



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime



Enquête sur la consommation de drogues et la santé chez les élèves des écoles secondaires du Sénégal



USAGES DE DROGUES CHEZ LES JEUNES AU SENEGAL

ENQUETE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES ET LA SANTE CHEZ LES ELEVES DES ECOLES SECONDAIRES DU SENEGAL

AVERTISSEMENT : CE DOCUMENT N'A PAS ETE FORMELLEMENT EDITE

REMERCIEMENTS

L'UNODC tient à remercier les personnes suivantes qui ont bien voulu offrir leurs appuis, expériences et documents pour rédiger ce rapport : Contrôleur Général de Police Matar Diop, Coordonnateur du Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue (CILD) ; Dr Aliou Abdourahmane Dia, Chef de la Division du Contrôle Médicale Scolaire (DCMS)/Ministère de l'Education Nationale du Sénégal ; Dr Jean Augustin Tine, Chef de Division de la Santé Mentale/Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS).

Un immense remerciement au comité de pilotage de l'enquête scolaire qui a assuré une bonne organisation et coordination de cette enquête : Mme Aissatou Wone (DCMS) ; M. Amadou Ndiaye (DCMS) ; Commissaire Marième Diao (CILD) ; Dr. Ndèye Khouredia Ndiaye (Division Santé Mentale) et les Inspecteurs d'Académie du Sénégal.

Enfin, l'UNODC témoigne toute sa reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur travail et appui technique dans la réalisation de cette activité : M. Amadou Ba, Consultant UNODC ; M. Souleymane Sow, Consultant UNODC ; M. Issa Diakité, Consultant UNODC ; Dr. Amado Philip de Andres (UNODC) ; Ms. Giovanna Campello (UNODC) ; M. Kameldy Neldjingaye (UNODC) ; Ms. Anja Busse (UNODC) ; Mme Mame Seyni Dieye Cisse (UNODC) ; M. Jan-Christopher Gumm (UNODC) ; Dr. Kamran NIAZ (UNODC) ; Dr. Anselme Simeon Sanou (UNODC) ; Mme Dominique Lopez (Consultante UNODC) ; Dr. Ibrahima Ndiaye (Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar, CEPIAD) ; Dr. Cecilia Essau (Roehampton University) ; M. Bojan Milosavljevic (UNODC) et Ms. Anna Tehova (UNODC).

Cette enquête et ce rapport ont été rendus possibles grâce à l'appui financier de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA).

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS..... | 1 |
| ABBREVIATIONS ET ACRONYMES | 3 |
| I. RESUME | 4 |
| II. INTRODUCTION..... | 7 |
| 1. REPERES METHODOLOGIQUES (DEFINITIONS)..... | 8 |
| III. RESULTATS..... | 10 |
| 1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON | 10 |
| 2. PREVALENCE DE L'USAGE DE CIGARETTES ET D'ALCOOL CHEZ JEUNES | 11 |
| 2.1 Usage de cigarettes..... | 11 |
| 2.2 Usage d'alcool | 14 |
| 3. PREVALENCE D'USAGE DE MEDICAMENTS ET DE DROGUES CHEZ JEUNES | 18 |
| 3.1 Connaissance de l'existence de substances psychoactives | 18 |
| 3.2 Usage de médicaments..... | 18 |
| 3.3 Usage de drogues..... | 21 |
| 3.4 Usage d'une ou plusieurs substances psychoactives..... | 25 |
| 4. FACTEURS DE RISQUES ET FACTEURS DE PROTECTION VIS A VIS DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES..... | 26 |
| 4.1 disponibilité et accessibilité aux substances psychoactives | 27 |
| 4.2 Problèmes liés à l'usage d'alcool ou de drogues | 30 |
| 4.3 approbation et risques perçus de l'usage de substances psychoactives | 31 |
| 4.4 parentalité..... | 33 |
| 4.5 Santé mentale | 36 |
| 4.8 Violence | 39 |
| 4.9 rapports sexuels et santé reproductive | 39 |
| 5. MODELE DE PREDICTION DE L'USAGE DE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE | 42 |
| 5.1 Usage d'une substance psychoactive au cours de la vie..... | 44 |
| 5.2 Usage d'alcool, de médicaments ou de drogues au cours de la vie | 45 |
| 5.3 Usage de médicaments ou de drogues au cours de la vie | 46 |
| 5.4 Usage de drogues au cours de la vie..... | 48 |
| IV. DISCUSSION | 54 |
| V. CONCLUSION..... | 56 |
| VI. METHODOLOGIE..... | 60 |
| 1. OBJECTIFS..... | 60 |
| 2. METHODES | 60 |
| 2.1 Échantillonnage et sélection des participants | 60 |
| 2.2 Considérations éthiques | 61 |
| 2.3 Conception et Test du questionnaire | 61 |
| 2.4 Organisation de l'enquête | 61 |
| 2.6 déroulement de l'enquête et Administration du questionnaire | 63 |
| 2.7 Impact de la pandémie de COVID-19 sur l'enquête | 64 |
| 2.8 Qualité des données et analyse statistique | 64 |
| BIBLIOGRAPHIE | 68 |
| LISTE DES FIGURES..... | 71 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 72 |

ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|---------|---|
| ANSD | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie |
| API | Alcoolisation ponctuelle importante |
| CILD | Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue |
| CNERS | Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé |
| DCMS | Division du Contrôle Médicale Scolaire |
| DS | Déviation standard |
| ESPAD | Projet d'enquête scolaire européenne sur l'alcool et les autres drogues (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) |
| IC | Intervalle de confiance |
| IME | Inspections Médicales scolaires |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| MICS | Enquête en grappe à indicateurs multiples (Multi-indicator Cluster Survey) |
| MILDECA | Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives |
| OR | Odd Ratio |
| UNODC | United Nations Office on Drugs and Crime (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) |
| WHO | World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé) |

I. RESUME

L'enquête réalisée par l'UNODC en 2019 auprès des jeunes en milieu scolaire au Sénégal a pour objectif de fournir une estimation de la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues parmi les élèves scolarisés. Le questionnaire d'enquête contenant également d'autres thématiques comme la santé mentale, les violences subies, la santé reproductive ou encore la parentalité permet de caractériser plus précisément les milieux, environnements et circonstances dans lesquels évoluent ces jeunes. Les données ont été récoltées à la fin de l'année 2019 auprès de jeunes scolarisés âgés de 15 et 16 ans et dans les 14 régions du Sénégal. Un ensemble de 3303 questionnaires exploitables ont été retenus pour l'analyse et c'est sur la base de ces informations que ce rapport a été écrit.

Les résultats montrent que 15 % des élèves ont déclaré avoir fumé des cigarettes ou bu de l'alcool dans leur vie, 7,8 % ont affirmé avoir consommé un tranquillisant ou un médicament antidouleur. Les usages d'autres substances sont beaucoup moins fréquents. En effet, seuls 3,5 % des jeunes scolarisés de 15 et 16 ans déclarent avoir consommé une substance psychoactive autre que les cigarettes, l'alcool ou des médicaments.

L'usage au cours de la vie de cigarettes s'élève à 9 % de l'ensemble des élèves de 15 et 16 ans enquêtés. Ce niveau est similaire à la prévalence d'usage au cours de la vie observée au Libéria (8,2 %) et en deçà de celle en Côte d'Ivoire (12,7 %) ou dans les études réalisées précédemment au Sénégal (DIOUF Abdoulaye , GUEYE Sidy et al. 2007) auprès du même type de population. Les résultats montrent que les garçons sont davantage consommateurs et fumeurs de cigarettes que les filles du même âge, ces différences étant statistiquement significatives pour l'usage au cours de la vie, l'usage actuel (consommation au cours de l'année ou 12 derniers mois) et l'usage récent (consommation au cours du mois écoulé ou 30 derniers jours).

Par rapport à l'usage de boissons alcoolisées (y compris la bière, le vin et les alcools forts), 10,4 % des jeunes enquêtés ont déclaré en avoir consommé de l'alcool au cours de leur vie. Ce résultat est bien en deçà des niveaux de consommation d'alcool constatés chez les jeunes ivoiriens ou libériens (39,9 % en Côte d'Ivoire et 26,2 % au Liberia). Mais il est important de replacer la question des prévalences d'usage d'alcool des élèves sénégalais dans le contexte national. Ainsi les consommations de boissons alcoolisées sont inférieures à celles trouvées dans les pays environnants mais supérieures à celles rapportées parmi les jeunes des pays à majorité musulmane d'Afrique du Nord. Il existe peu d'écart entre les usages actuels (5,9 %) et récents (5,3 %). Les écarts observés entre filles et garçons pour les consommations de cigarettes se retrouvent également pour l'alcool avec des consommations déclarées plus élevées chez les garçons. L'usage quotidien d'alcool reste extrêmement rare avec seulement 0,4 % des élèves interrogés qui ont déclaré avoir consommé plus de 20 fois de l'alcool au cours du mois écoulé. Les alcoolisations ponctuelles importantes au cours des 30 derniers jours ne sont cependant pas négligeables et s'élèvent à 4,1 % des jeunes interrogés.

L'usage au cours de la vie de tranquillisants s'élève à 4,6 % alors que la consommation récente est de 3 % et la consommation actuelle de 2,1 %. L'usage au cours de la vie d'antidouleurs prescrits s'élève à 5,9 % alors que la consommation récente est de 4,1 % et la consommation actuelle de 3,1 %. La seule différence notable entre genre pour les médicaments réside dans le fait que les filles sont plus nombreuses à déclarer un usage actuel d'antidouleurs prescrits.

Les usages de drogues (en dehors du tabac, de l'alcool et des médicaments) sont beaucoup moins répandus parmi les 15 et 16 ans. Comparativement aux filles, les garçons sont plus nombreux à avoir consommé une drogue dans leur vie. Les usages actuels (prévalence d'usage au cours de l'année) de drogues s'élèvent à 2,2 % parmi les garçons et 1,3 % parmi les filles, cette différence étant significative. Quant aux usages récents (prévalence d'usage au cours du mois écoulé), ils restent extrêmement faibles, aux alentours de 0,9 % de l'ensemble des jeunes enquêtés. En s'intéressant aux substances individuellement, l'usage au cours de la vie de cannabis s'élève à 2,3 % et celui de la cocaïne à 1,6 % des Sénégalais de 15 et 16 ans interrogés. L'usage au cours de la vie de substances telles que les amphétamines, la méthamphétamine, l'ecstasy, le crack, l'héroïne, l'opium, la morphine, autres hallucinogènes et le Spice se trouve en dessous de 1 % de l'échantillon.

D'une manière générale, la perception de l'accessibilité des produits déclarée est majoritairement très limitée. La perception de l'accessibilité de l'alcool est basse et peut être expliquée par le contexte religieux de la société sénégalaise. Les drogues considérées ont une accessibilité déclarée encore plus basse que les cigarettes ou l'alcool. Les jeunes ont également été interrogés sur les risques perçus de la consommation de drogues. Qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, des tranquillisants ou des autres substances psychoactives citées, le niveau de désapprobation est assez similaire dans l'échantillon (aux environs de 40 %). Les niveaux de désapprobation de la consommation d'alcool sont équivalents à ceux de la consommation de substances psychoactives telles que le cannabis ou la cocaïne. Le risque le plus élevé cité par les jeunes est de « fumer un paquet de cigarettes ou plus par jour ». La cigarette étant la substance la plus fréquemment connue et consommée par les jeunes, il est logique que le risque perçu soit plus élevé. Cependant, le fait que pour la plupart des autres produits psychoactifs, environ 50 % des élèves ne voient qu'un risque modéré/élevé à leur consommation, appelle à la vigilance sur le besoin accru d'informer et de sensibiliser sur les conséquences de la consommation de drogues vis-à-vis de cette tranche d'âge.

Un certain nombre de facteurs de risques ont été identifiés dans la littérature comme étant associés à l'initiation puis au passage à une consommation plus régulière de drogues, rendant les adolescents plus vulnérables. Ces facteurs peuvent être liés à des éléments environnementaux, personnels ou psychologiques. Dans le cadre de cette enquête, les facteurs de risques ont été analysés séparément en fonction des substances expérimentées par les jeunes (tabac, alcool, médicaments prescrits ou drogues ; alcool, médicaments prescrits ou drogues ; médicaments prescrits ou drogues ; drogues). Il ressort des analyses bivariées et multivariées menées, que l'âge actuel n'est pas un facteur significatif dans l'usage au cours de la vie de substances psychoactives quelles qu'elles soient. Le fait d'être une fille est un facteur protecteur lorsque l'on considère la consommation de l'ensemble des substances psychoactives en dehors des médicaments prescrits. En conformité avec la littérature publiée sur les facteurs de risque et de protection de consommation de substances psychoactives : le risque de consommation de substances est plus élevé parmi les jeunes qui déclarent une accessibilité plus facile aux produits, un risque perçu de la consommation moindre et qui ont signalé plus de problèmes dans leur vie courante ou des bagarres physiques à l'école ou encore sont plus souvent absents à l'école. Les analyses multivariées ont également montré un poids fort de l'expérimentation de substances dans l'initiation d'autres. A titre d'exemple, les jeunes qui auraient consommé des cigarettes au cours de leur vie auraient 3 fois plus de chance de consommer de l'alcool, des médicaments prescrits ou des drogues ; les adolescents ayant consommé des cigarettes ou de l'alcool au cours de leur vie auraient 2,5 fois plus de risque de consommer des médicaments prescrits ou des drogues. Ces résultats mettent en exergue la nécessité de repousser au maximum l'âge à la première initiation de substance.

Il est important de souligner que les facteurs socio-environnementaux comme le contrôle parental, le soutien social et émotionnel ou encore les facteurs liés à la santé mentale des élèves qui étaient fortement significatifs dans les analyses bivariées, ne sont pas ressortis dans les analyses multivariées comme étant des marqueurs importants et différentiels de la consommation de substances au cours de la vie.

Cette enquête nationale auprès des jeunes scolarisés fournit des données sur les prévalences de consommation de substances psychoactives et identifie les associations favorisantes ou protégeant de l'initiation et l'usage au cours de la vie. L'ensemble de ces résultats permettent, sur la base de données scientifiquement validées, de mettre en place des mesures de prévention ciblées et en cohérence avec les préoccupations et les problématiques rencontrées par la jeunesse sénégalaise. Ils permettent également de mieux cibler les besoins d'interventions en ligne avec les standards internationaux de prévention de l'usage de drogues (UNODC/WHO, 2018) afin d'éviter ou de retarder l'initiation et la consommation de drogues dans cette population particulièrement à risque.

II. INTRODUCTION

L'usage de drogues est un problème majeur de santé publique dans le monde. Environ 269 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans ont consommé au moins une drogue en 2018 dans l'année écoulée (UNODC, 2021). En Afrique, plus de 60 millions de personnes sont concernées, soit plus de 8,4 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Selon une analyse conduite par l'Office des Nations Unies contre la drogue et la criminalité (UNODC), la projection de croissance démographique pour 2030 se traduirait par une augmentation potentielle de 11 % de la population mondiale consommant des drogues, et ce, avec un impact plus important dans les pays à faible revenu. Cette augmentation, pourrait être encore supérieure dans les pays où la population de moins de 25 ans représente plus de la moitié de la répartition démographique (UNODC, 2021; UNODC, 2018). À cet égard, le continent africain apparaît particulièrement vulnérable face à l'augmentation de la consommation de substances dans les prochaines décennies. On estime qu'en 2030, 83 millions d'Africains âgés de 15 à 64 ans auront consommé au moins une drogue dans l'année, soit une augmentation de 38 % du nombre de consommateurs.

Sachant que l'Afrique est la région du monde comptabilisant la plus grande proportion de moins de 25 ans (60 %) (UNODC, 2018), l'exposition de sa jeunesse aux drogues constitue un défi majeur. On estime en effet qu'en 2030, en Afrique, 4,5 % des 15-19 ans auront consommé au moins une drogue. En outre, l'Afrique de l'Ouest servant de zone de transit pour certaines drogues comme l'héroïne à destination de l'Europe et d'autres régions, il est vraisemblable que l'accessibilité et la disponibilité de ces substances augmentent dans la région et puissent également avoir un impact sur les usages (UNODC, 2021).

Alors que les communautés en Afrique de l'Ouest souffrent des conséquences psychosociales, économiques et sanitaires de l'usage de drogues, l'indisponibilité de données fiables pour rendre compte de l'ampleur, des modes et des tendances de ces consommations constitue un obstacle majeur en matière de prévention et pour les efforts de réduction de la demande dans la région. Le Sénégal se caractérise par l'extrême jeunesse de sa population avec 42 % de sa population âgée de moins de 15 ans et un âge médian de la population à 18 ans selon le rapport 2018 de l'Agence Nationale de la Statistique et la Démographie (ANSD, 2018). Bien que les données de terrain et informelles disponibles suggèrent une tendance à l'accroissement des usages de drogues, en particulier chez les jeunes, les estimations de prévalence sont rares dans le pays, voir obsolètes, et ne couvrent généralement que les usages de tabac ou d'alcool (WHO, 2005).

Le Programme global de l'UNODC « Partenariats pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues » (GLOK32), financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), vise à promouvoir et à soutenir des politiques, des stratégies et des interventions de traitement fondées sur la science et les droits de l'homme afin de réduire les conséquences négatives des drogues sur la santé et la société. Au Sénégal, le GLOK32 mis en œuvre par l'UNODC joue un rôle important dans l'appui, la définition et la mise en œuvre d'une politique nationale de lutte contre l'usage et le trafic de drogues. Ainsi, c'est dans le cadre de ce programme qu'une enquête sur la consommation de drogues et la santé chez les élèves des écoles secondaires du Sénégal a été réalisée auprès de jeunes âgés de 15 à 16 ans en 2019 avec des représentants du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, du Ministère de l'Éducation Nationale, du Ministère de l'Intérieur et de l'UNODC. Reposant sur une méthodologie éprouvée sur le plan international et

régional, le principal objectif de cette enquête est d'estimer l'ampleur des usages chez les 15-16 ans et de décrire les caractéristiques comportementales qui y sont associées, afin, dans un second temps, de pouvoir mieux cibler les interventions de réduction de la demande et d'améliorer la santé des adolescents. C'est également une opportunité de comparer les résultats obtenus au Sénégal à ceux constatés dans les pays limitrophes africains ayant développé une enquête similaire.

1. REPERES METHODOLOGIQUES (DEFINITIONS)

CONCEPTS ET DEFINITIONS :

Prévalence d'usage au cours de la vie ou expérimentation : proportion de personnes enquêtées qui ont déclaré avoir consommé une substance au moins une fois au cours de leur vie.

Prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois ou usage actuel : proportion de personnes enquêtées qui ont déclaré avoir consommé une substance au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Cette notion peut aussi être présentée comme la prévalence d'usage au cours de l'année ou sous la terminologie d'usage actuel.

Prévalence d'usage au cours des 30 derniers jours ou usage récent : proportion de personnes enquêtées qui ont déclaré avoir consommé une substance au moins une fois au cours des 30 derniers jours. Les termes d'usage au cours du mois écoulé ou d'usage récent rendent également compte de ce niveau de prévalence.

Usage régulier : proportion de personnes enquêtées qui ont déclaré avoir consommé une substance au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours.

Usage quotidien : proportion de personnes enquêtées qui ont déclaré avoir consommé une substance au moins 30 fois au cours des 30 derniers jours, soit tous les jours ou plusieurs fois par jour au cours du mois écoulé.

Usage intensif (cigarettes) : consommation d'au moins 10 cigarettes par jour.

Alcoolisation ponctuelle importante (API) : proportion de personnes enquêtées ayant déclaré avoir consommé plus de 5 boissons alcoolisées en une même occasion au cours du mois écoulé. L'API au cours du mois correspond à un épisode, l'API répétée à au moins 3 épisodes au cours du mois) et l'API régulière à au moins 10 occurrences au cours du mois.

Pour une meilleure clarté et compréhension, les termes suivants seront adoptés dans le texte de ce rapport : usage au cours de la vie pour décrire l'expérimentation ; l'usage récent pour décrire la prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois, l'usage actuel pour décrire la prévalence d'usage au cours des 30 derniers jours.

Lorsque le terme « substances psychoactives » est employé dans le rapport, les substances sous-entendues sont toutes les substances psychoactives indépendamment de leur statut international et mentionnées dans le questionnaire de l'enquête (cigarettes, alcool, tranquillisant ou calmant, antidouleurs prescrits, cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres substances »).

Lorsque le terme « drogues » est employé dans le rapport, les substances sous-entendues sont les substances psychoactives placées sous contrôle international et mentionnées dans le questionnaire de l'enquête (tranquillisant ou calmant, antidouleurs prescrits, cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, autres hallucinogènes, « autres substances »).

Lorsque le terme « médicament » est employé dans le rapport, il fait référence aux médicaments dont les noms ont été mentionnés dans le rapport à savoir les tranquillisants ou calmants et les antidouleurs prescrits.

Le questionnaire de l'enquête couvre également l'alcool et les cigarettes. Ainsi l'emploi du terme cigarettes sera préféré à celui du tabac car le questionnaire de l'enquête ne couvrirait que les cigarettes et non pas tous les autres dérivés du tabac comme la « chicha » ou la cigarette électronique.

III. RESULTATS

La plupart des recherches suggèrent que l'adolescence (entre 12 et 17 ans) est une période critique quant à l'initiation de la consommation de substances psychoactives et que leur usage atteint généralement son plus haut niveau parmi les 18-25 ans (UNODC, 2018). Les jeunes faisant face à des défis économiques et psychologiques, et en raison de vulnérabilités accrues, présentent un risque élevé de développer des troubles liés à l'utilisation de drogues (Legleye, Beck, Khlal, Perretti-Watel, & Chau, 2012; Gerra, Benedetti, Resce, Potente, Cutilli, & Molinaro, 2020). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'abus de drogues est l'un des principaux risques pris durant cette période de leur vie et qui peut avoir un impact sur la santé mentale et physique des adolescents (OMS, 2021).

L'objectif principal de l'enquête auprès des jeunes en milieu scolaire menée en 2019 au Sénégal est de fournir une estimation de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives parmi les jeunes Sénégalais. Au total 3 639 questionnaires exploitables ont été récoltés auprès de jeunes scolarisés âgés de 15 à 16 ans et dans les 14 régions du Sénégal au cours de la fin de l'année 2019. Parmi ces questionnaires, certains ont dû être exclus de l'analyse du fait de leur remplissage incomplet et approximatif. Ainsi les résultats exposés dans ce rapport se rapportent au reste des élèves enquêtés, soit un total de 3 303 individus.

1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

L'échantillon se compose de 44 % de garçons et 56 % de filles. Tous les élèves inclus dans l'analyse avaient 15 ou 16 ans au moment de l'enquête (Tableau 1). Le niveau d'études des parents reste relativement bas, le niveau d'études du père ou de la mère déclaré étant en majorité du niveau de l'école primaire (Tableau 2). Les pères ont plus fréquemment un niveau d'éducation secondaire ou plus élevé que les mères.

Tableau 1 : Sexe et âge des élèves répondants (n=3303)

| | Nombre | % |
|---------------|--------|------|
| Garçons | 1445 | 43,9 |
| Filles | 1848 | 55,9 |
| Non renseigné | 10 | 0,3 |
| Total | 3303 | 100 |
| | | |
| Né en 2003 | 2273 | 68,5 |
| Né en 2004 | 1030 | 31,2 |
| Non renseigné | 0 | 0,0 |
| Total | 3303 | 100 |

Tableau 2 : Niveau d'étude des parents déclarés par les élèves enquêtés (n=3303)

| | Niveau d'étude du père | | Niveau d'étude de la mère | |
|--|------------------------|------|---------------------------|------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| A terminé, n'a pas terminé, ou n'a jamais effectué sa scolarité primaire | 1361 | 41,2 | 1502 | 45,5 |
| A effectué des études secondaires | 576 | 17,4 | 572 | 17,3 |
| A fréquenté quelques années le cycle secondaire ou l'université | 171 | 5,2 | 168 | 5,1 |
| A terminé ses études secondaires ou l'université | 475 | 14,4 | 213 | 6,4 |
| Non renseigné | 720 | 21,8 | 848 | 25,7 |
| Total | 3303 | 100 | 3303 | 100 |

2. PREVALENCE DE L'USAGE DE CIGARETTES ET D'ALCOOL CHEZ JEUNES

Les informations collectées auprès des élèves sont présentées dans cette section en fonction des indicateurs de la prévalence d'usage au cours de la vie, de l'usage actuel (prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois) et de l'usage récent (prévalence d'usage au cours des 30 derniers jours).

2.1 USAGE DE CIGARETTES

L'usage au cours de la vie de cigarettes chez les jeunes enquêtés de 15 et 16 ans s'élève à 9 % de l'ensemble des élèves. Ce niveau est similaire à la prévalence observée au Libéria où l'usage de tabac au cours de la vie s'élève à 8,2 % (UNODC, 2021) et en dessous du niveau trouvé en Côte d'Ivoire (12,7 %) (UNODC, 2020). Cette prévalence est également inférieure à celle trouvée en 2007 dans l'enquête sur le tabac chez les adolescents au Sénégal où il avait été déterminé que 12,8 % des jeunes scolarisés et âgés de 13 à 15 ans avaient utilisé la cigarette au cours de leur vie (Sarr, Mane, Der, Dia, & Diallo, 2007). Moins de 5 % des jeunes sénégalais scolarisés déclarent avoir fumé une cigarette durant l'année (3,7 %) et aux environs de 2 % (2,4 %) au cours des 30 derniers jours (Figure 1 et Tableau 3). Ces deux dernières prévalences sont inférieures aux niveaux relevés au Libéria ou en Côte d'Ivoire (UNODC, 2020 - UNODC, 2021), qui sont respectivement de 11% et de 6% au Liberia et de 7,2% et de 4,3% en Côte d'Ivoire.

Il existe de fortes disparités entre les filles et les garçons sénégalais en ce qui concerne la prévalence d'usage au cours de la vie et la consommation de cigarettes comme le montre le graphique ci-dessous (Figure 1). Les garçons sont davantage consommateurs de cigarettes que les filles du même âge, ces différences étant statistiquement significatives pour l'usage au cours de la vie, l'usage actuel et l'usage récent (Tableau 3). Les prévalences d'usage actuel de cigarettes sont en dessous de ceux trouvés en 2007 dans l'enquête en milieu scolaire (Sarr, Mane, Der, Dia, & Diallo, 2007) : alors que dans cette enquête 2,4 % des jeunes déclarent un usage récent, c'était le cas pour 7,5 % dans l'enquête 2007. Les écarts entre les deux sexes sont, cependant, à peu près similaires dans les deux enquêtes, les garçons étant environ quatre fois plus nombreux que les filles à avoir fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours.

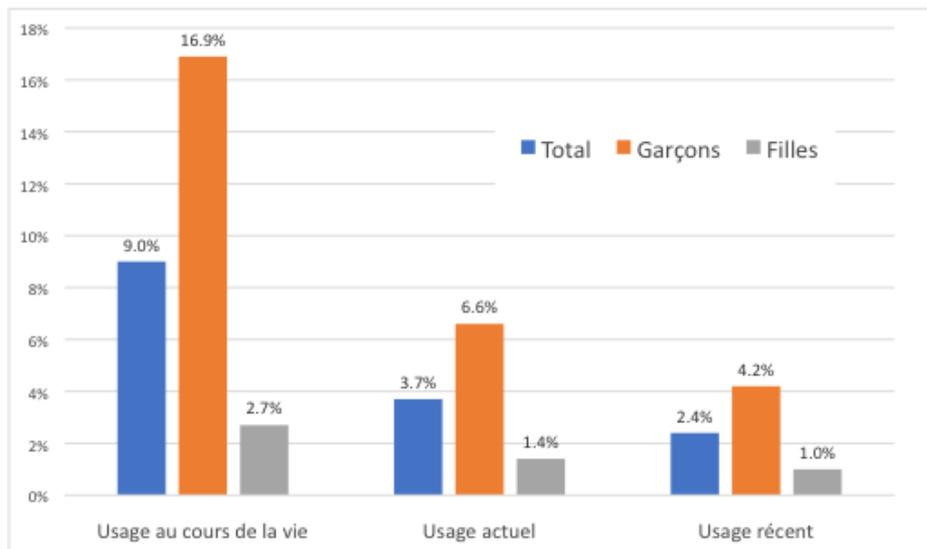
En moyenne, l'âge à la première expérimentation de cigarette se situe à 13,3 ans ($DS=1.8$), les déclarations s'étageant de 11 à 16 ans. Que cela soit pour les garçons ou pour les filles, la première expérimentation de cigarette se déroule aux alentours de 13 ans, sans différence statistiquement significative.

Tableau 3: Niveaux d'usages de cigarettes (n=3145) (%)

| | Garçons | IC (95 %) | Filles | IC (95 %) | Sex-ratio | Ensemble | IC (95 %) |
|--------------------------|---------|-------------|--------|-----------|-----------|----------|------------|
| Usage au cours de la vie | 16,9*** | 14,94-18,86 | 2,7 | 1,86-3,34 | 4,96 | 9,0 | 7,93-9,87 |
| Usage actuel | 6,6*** | 5,29-7,91 | 1,4 | 0,85-1,95 | 3,60 | 3,7 | 2,87-4,13 |
| Usage récent | 4,2*** | 3,16-5,24 | 1,0 | 0,54-1,46 | 3,16 | 2,4 | 1,88-2,92 |
| Usage régulier | 1,2 | 0,64-1,76 | 0,5 | 0,18-0,82 | 1,80 | 0,9 | -0,01-0,19 |
| Usage quotidien | NA | NA | NA | NA | NA | 0, | 0,09-0,45 |
| Usage intensif | NA | NA | NA | NA | NA | 0,06 | -0,02-0,14 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées
- NA : Effectifs insuffisants pour pouvoir donner une estimation robuste
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$

Figure 1 : Niveaux d'usages de cigarettes par sexe (n=3145)



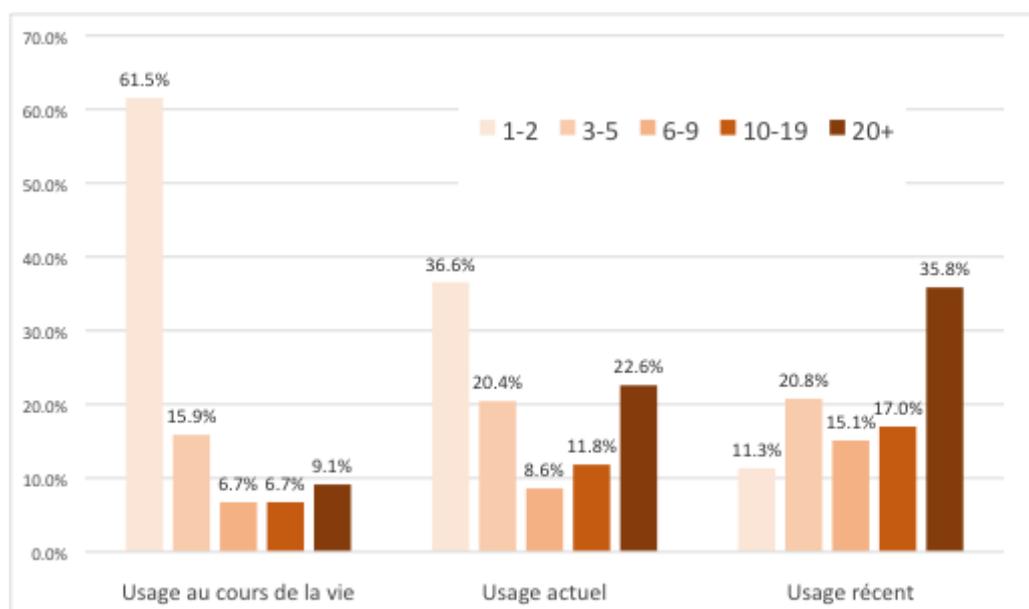
Interprétation graphique : 9,0 % des élèves enquêtés ont consommé des cigarettes au cours de leur vie, 16,9 % des garçons enquêtés ont consommé des cigarettes au cours de leur vie, 2,7 % des filles enquêtées ont consommé des cigarettes au cours de leur vie.

Pour chaque catégorie d'usage de cigarettes (usage au cours de la vie, usage actuel, usage récent), il est possible de connaître le nombre d'épisodes de consommation des usagers, respectivement dans leur vie, au cours de l'année ou dans le dernier mois (Figure 2). Les résultats sont présentés dans le graphique suivant. Logiquement, les consommateurs au cours de la vie ont déclaré un nombre de prises moins élevé que les consommateurs actuels ou récents.

Concernant plus spécifiquement les usagers récents, il apparaît pertinent de se pencher sur leur consommation quotidienne de cigarettes : la moitié d'entre eux fument moins d'une cigarette par semaine et seulement 14 % fument plus de 6 cigarettes par jour. Ainsi, parmi l'ensemble des élèves ayant déclaré avoir eu un usage récent de cigarettes (usage au cours du mois précédent), environ un tiers fument quotidiennement (35 % des usagers récents), mais très peu fument de façon intensive (7 % des usagers récents).

Parmi les usagers récents, qui fument tous les jours, le début de la consommation quotidienne de cigarettes se situe à 14 ans \pm 3,3 (médiane=15).

Figure 2 : Consommation de cigarettes : nombre d'occasions en fonction du type d'usage (n=218)

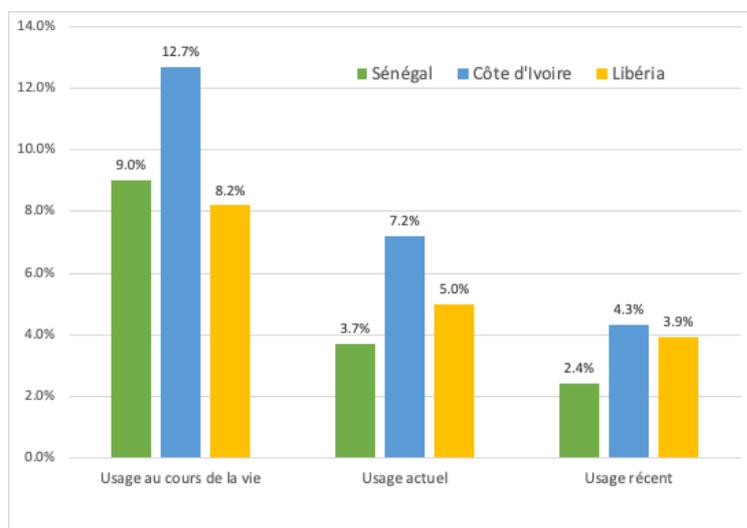


Interprétation graphique : Parmi les usagers de cigarettes au cours de la vie, 61,5 % déclarent 1 à 2 épisodes de consommation de cigarettes au cours de leur vie. Parmi les usagers actuels de cigarettes, 36,6 % déclarent 1 à 2 épisodes de consommation de cigarettes au cours des 12 derniers mois. Parmi les usagers récents de cigarettes, 11,3 % déclarent 1 à 2 épisodes de consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours.

COMPARAISON REGIONALE

D'autres enquêtes auprès de jeunes ont été réalisées récemment dans la région avec les mêmes méthodologies et il est intéressant de pouvoir comparer leurs résultats à ceux trouvés au Sénégal. Les niveaux d'usage au cours de la vie, d'usage actuel et d'usage récent de cigarettes observés au Sénégal auprès des jeunes scolarisés sont inférieurs à ceux trouvés en Côte d'Ivoire, mais sensiblement équivalents à ceux trouvés au Libéria (Figure 3).

Figure 3 : Comparaison des niveaux d'usage au cours de la vie, usage actuel et usage récent de cigarettes au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Libéria (%)



Source : (UNODC, 2020; UNODC, 2021).

2.2 USAGE D'ALCOOL

Par rapport à l'usage de boissons alcoolisées, 10,4 % des jeunes enquêtés ont déclaré avoir consommé au cours de leur vie soit de la bière, du vin ou un alcool fort. Ce résultat est bien en deçà des niveaux de consommation d'alcool constatés chez les jeunes ivoiriens ou libériens (39,9 % en Côte d'Ivoire et 26,2 % au Liberia). Mais il est supérieur à ceux rapportés s'agissant des consommations de boissons alcoolisées parmi les jeunes de pays musulmans environnants comme l'Égypte (3,6 %), l'Algérie (4,7 %) ou le Maroc (6 %) (Pompidou Group, 2018; Pompidou Group, 2017a; Pompidou Group, 2017b).

Il est important de replacer la question des prévalences d'usage d'alcool des élèves dans le contexte national : le Sénégal est un pays composé à 95 % de personnes musulmanes et pour lesquelles la consommation d'alcool est le plus souvent un acte tabou et répréhensible culturellement. Ainsi, il n'est pas surprenant que les prévalences de consommation d'alcool constatées dans cette enquête soient en deçà des niveaux rencontrés dans les autres pays de la région ou de manière générale en dessous des niveaux attendus dans des enquêtes en milieux scolaire. La prévalence de la consommation d'alcool apparaît moins répandue chez les adolescents musulmans que chez leurs homologues chrétiens, ce constat s'expliquant principalement par la restriction voire l'interdiction de la consommation d'alcool par l'Islam (Torre-Luque, Ozeylem, & Essau, 2021). Les prévalences de consommation d'alcool dans la population générale sont aussi extrêmement basses, l'enquête MICS menée en 2015-2016 auprès de 5 000 ménages dans l'agglomération de Dakar (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Novembre 2016) révélait que la consommation d'alcool chez les femmes âgées de 15-49 ans était de 1,5 % au cours du dernier mois, et de 3,9 % chez les hommes de la même tranche d'âge. D'après la même enquête, « la proportion d'hommes qui consomment de l'alcool avant l'âge de 15 ans » était de 2,4 % soit un peu plus du double de celle des femmes (1,0 % pour les filles). De même les estimations faites par l'OMS dans le pays, pointent vers une consommation d'alcool très faible dans la population générale adulte : en 2016, 0,7 litre d'alcool par habitant auraient été consommé par la population sénégalaise de plus de 15 ans, alors que le chiffre pour la région Africaine est de 6,3 litres par habitant (WHO, 2018).

Il existe peu de différence entre les prévalences de consommation actuelle (5,9 %) et récente (5,3 %) (Figure 4 et Tableau 4). Les écarts observés entre filles et garçons pour les consommations de cigarettes se retrouvent également pour l'alcool : les prévalences d'usage au cours de la vie et d'usage actuel ou d'usage récent (au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours) sont plus élevées chez les garçons et les différences significatives (Figure 4 et Tableau 4). Une enquête menée en 2005 au Sénégal auprès de jeunes âgés de 13 à 15, trouvait que 3,2 % des enquêtés avaient déclaré un usage récent de boissons alcoolisées (OMS, 2005) et un écart 2 fois plus grand entre les garçons et les filles (4,0 % chez les garçons contre 2,0 % chez les filles). Même si la prévalence d'usage récent trouvée dans cette enquête est plus élevée (5,3 %), les écarts entre les deux sexes sont sensiblement réduits (7,2 % chez les garçons contre 3,9 % chez les filles) (Tableau 4). L'usage quotidien d'alcool reste extrêmement rare avec seulement 0,4 % des élèves interrogés qui ont déclaré avoir consommé plus de 20 fois de l'alcool au cours du mois écoulé (Tableau 4). Ce dernier résultat confirme des estimations récentes selon lesquelles, parmi 73 pays à niveau économique bas et moyen, le Sénégal avait la prévalence la plus basse d'usage régulier et problématique d'alcool chez les adolescents (Torre-Luque, Ozeylem, & Essau, 2021).

Figure 4 : Niveaux d'usages d'alcool (n=3208)

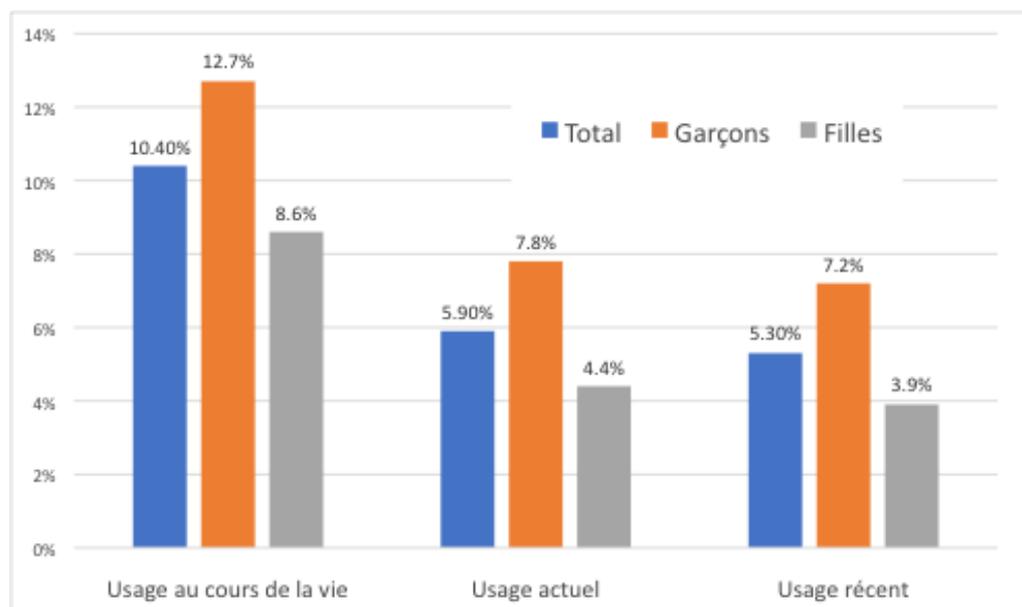


Tableau 4 : Niveaux d'usages d'alcool (n=3208) (%)

| | Garçons | IC (95%) | Filles | IC (95%) | Sex-ratio | Ensemble | IC (95%) |
|--------------------------------|---------|-------------|--------|------------|-----------|----------|------------|
| Usage au cours de la vie | 12,7*** | 10,97-14,43 | 8,6 | 7,30-9,90 | 1,17 | 10,4 | 9,35-11,45 |
| Usage actuel | 7,8*** | 6,40-9,20 | 4,4 | 3,45-5,35 | 1,39 | 5,9 | 5,08-6,72 |
| Usage récent | 7,2*** | 5,85-8,55 | 3,9 | 3,00-4,80 | 1,46 | 5,3 | 4,52-6,08 |
| Usage régulier | 1,1*** | 0,56-1,64 | 0,3 | 0,05-0,55 | 2,67 | 0,7 | 0,42-0,98 |
| Usage quotidien ^(a) | 0,7** | 0,26-1,14 | 0,2 | -0,01-0,41 | 3,33 | 0,4 | 0,18-0,62 |

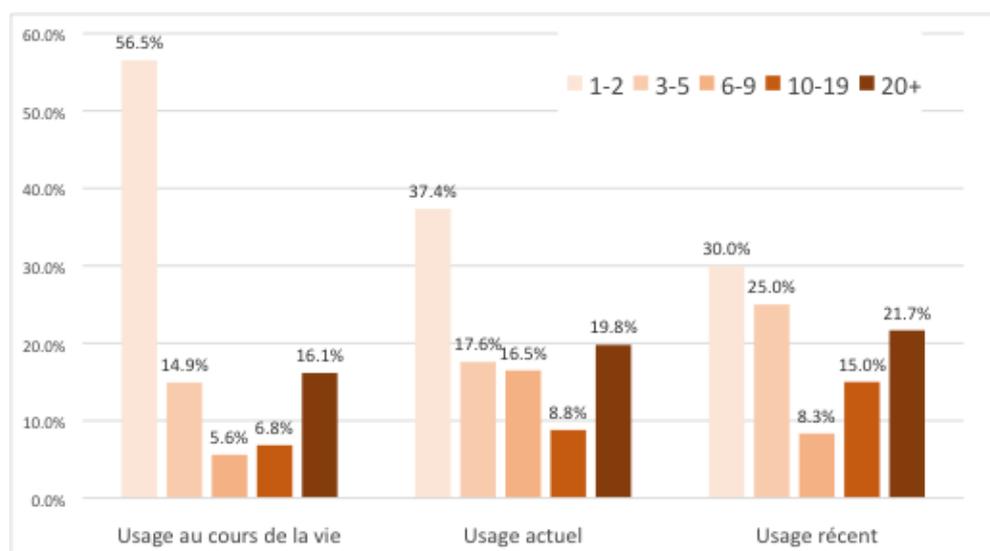
- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées
- (a) Calculé sur la base de déclaration de plus de 20 prises d'alcool dans le mois écoulé.
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$

L'âge moyen d'expérimentation de la première boisson alcoolisée, qu'il s'agisse de bière, de vin ou d'un alcool fort, se situe à $13,4 \pm 1,9$ ans (médiane =14) et comme pour les cigarettes, il n'existe pas de différence significative entre les filles et les garçons quant à la période de la première initiation.

Parmi les élèves qui ont bu de l'alcool au cours de leur vie, 86 % déclarent n'avoir jamais été ivres. Et parmi ceux qui déclarent avoir été ivres au cours de leur vie, l'âge moyen à la première ivresse est de $13,5 \pm 1,9$ ans (médiane =13). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge à la première ivresse des filles ou des garçons.

Pour chaque type d'usager d'alcool, on peut estimer le nombre de prises de boissons alcoolisées, respectivement dans leur vie, au cours de l'année (usage actuel) ou durant le dernier mois (usage récent) (Figure 5). Les résultats sont présentés dans le graphique suivant. Logiquement, les consommateurs d'alcool au cours de la vie ont déclaré moins d'occasions de consommation que les consommateurs actuels ou récents.

Figure 5 : Consommation d'alcool : nombre d'occasions en fonction du type d'usage (n=178)



Interprétation graphique : Parmi les usagers au cours de la vie d'alcool, 56,5 % déclarent 1 à 2 épisodes de consommation d'alcool au cours de leur vie. Parmi les usagers actuels d'alcool, 37,4 % déclarent 1 à 2 épisodes de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois. Parmi les usagers récents d'alcool, 30,0 % déclarent 1 à 2 épisodes de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours.

Pour les élèves qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours (usagers récents), 55 % indiquent avoir consommé entre 1 à 5 fois, 23 % entre 6 et 19 fois et enfin 22 % déclarent avoir consommé de l'alcool plus de 20 fois au cours du mois, ce qui permet de les apparenter à des usagers quotidiens.

Le questionnaire incluait une question sur les alcoolisations ponctuelles importantes (API) au cours du mois écoulé, équivalent à une consommation de plus de 5 boissons alcoolisées en une seule occasion. Les niveaux d'API déclarés parmi l'ensemble des élèves et les usagers récents d'alcool sont consignés dans le Tableau 5. Alors que seulement 4 % des élèves interrogés déclarent une API au cours des 30 derniers jours, presque 78 % des usagers récents d'alcool en déclarent autant. Ces résultats sont en ligne avec l'enquête OMS qui donnait une prévalence d'API parmi les 15-19 ans à 4,5 % (WHO, 2018). À titre de comparaison, les statistiques internationales estiment la prévalence de l'API à 13,6 % parmi les jeunes de 15 à 19 ans, les garçons étant plus à risque que les filles (OMS, 2020).

Tableau 5 : Niveaux d'alcoolisations ponctuelles importantes (n=3303) (%)

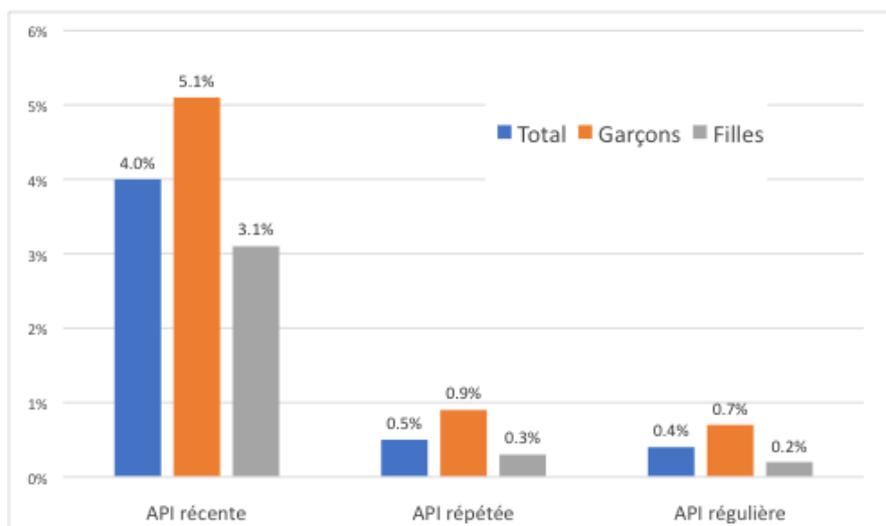
| | Ensemble des élèves | IC (95%) | Usagers récents d'alcool | IC (95%) |
|--------------------------|---------------------|-----------|--------------------------|-------------|
| Récente ^(a) | 4,1 | 3,42-4,78 | 77,6 | 71,33-83,87 |
| Répétée ^(b) | 1,1 | 0,74-1,46 | 21,2 | 15,06-27,34 |
| Régulière ^(c) | 0,4 | 0,18-0,62 | 2,9 | 0,38-5,42 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées.
- (a) Au moins une API dans le mois ; (b) Au moins 3 API dans le mois ; (c) Au moins 10 API dans le mois.

Qu'il s'agisse des API récentes, répétées ou régulières, les garçons sont plus enclins à ce genre d'épisodes que les filles. La différence est statistiquement significative pour les API récentes ($p=0,004$) mais ne l'est pas pour les API répétées ($p=0,15$) ou régulières ($p=0,14$) (Figure 6).

Les fréquences d'API sont similaires en fonction de l'âge actuel des élèves.

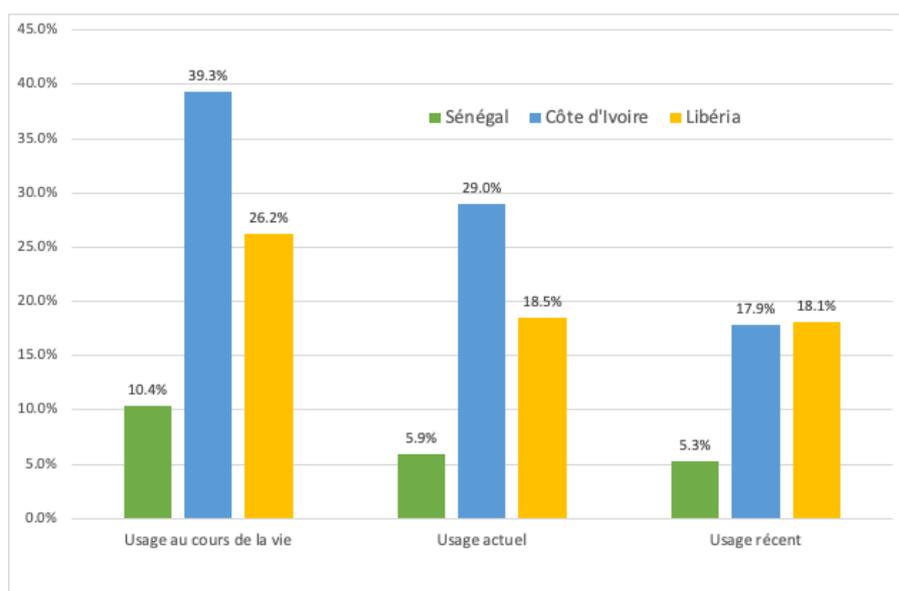
Figure 6 : Alcoolisations ponctuelles importantes en fonction du sexe (n=3293)



COMPARAISON REGIONALE

D'autres enquêtes auprès de jeunes ont été réalisées récemment dans la région avec les mêmes méthodologies et il est intéressant de pouvoir comparer leurs résultats à ceux trouvés au Sénégal. Les niveaux d'usage au cours de la vie, d'usage actuel et d'usage récent d'alcool observés au Sénégal auprès des jeunes scolarisés sont inférieurs, deux à trois fois plus bas, à ceux trouvés en Côte d'Ivoire et au Libéria (Figure 7).

Figure 7 : Comparaison des niveaux d'usage au cours de la vie, usage actuel et usage récent d'alcool au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Libéria (%)



Source : (UNODC, 2020; UNODC, 2021).

3. PREVALENCE D'USAGE DE MEDICAMENTS ET DE DROGUES CHEZ JEUNES

Les informations collectées auprès des élèves sont présentées dans cette section en fonction des indicateurs de l'usage au cours de la vie, de l'usage actuel (prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois) et de l'usage récent (prévalence d'usage au cours des 30 derniers jours). Les drogues¹ considérées sont analysées soit individuellement (lorsque l'échantillon le permet) soit par groupe de substances : tranquillisant ou calmant, antidouleurs prescrits, cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, autres hallucinogènes et Spice,, « autres substances ». Ainsi dans le reste de ce rapport, lorsque l'on parlera d'usage de drogues l'ensemble de ces produits seront considérés. De même, lorsque l'on parlera d'usage de médicaments, seront sous-entendus les usages de tranquillisant ou d'antidouleurs prescrits.

3.1 CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les élèves ont pu désigner parmi une longue liste de substances psychoactives² lesquelles ils connaissaient déjà. Au total, 37 % des élèves interrogés déclarent n'avoir jamais entendu parler des différentes drogues listées.

Parmi les élèves ayant connaissance d'au moins une drogue, en moyenne trois produits étaient connus (médiane =2 et $DS=2,7$). Certains (1,8 %) ont répondu connaître toutes les drogues (14 substances au total) y compris la substance piège (Relevin).

Les drogues connues les plus fréquemment citées par les élèves interrogés sont les tranquillisants (35 %), les antidouleurs prescrits (24 %), le cannabis (27 %), la cocaïne (44 %) et l'héroïne (25 %). La place de la cocaïne en tête de ces citations de produits est un résultat assez inattendu.

3.2 USAGE DE MEDICAMENTS

Les élèves de 15 et 16 ans ont été interrogés sur leur usage de tranquillisants ou calmants, ou d'antidouleurs prescrits. Compte tenu de la formulation des questions, il est toutefois difficile de déterminer avec certitude s'il s'agit d'usages encadrés médicalement ou de mésusages hors prescription médicale.

La réponse à la question Q.16 du questionnaire (« avez-vous déjà pris un médicament habituellement délivré sous ordonnance (comme la codéine, Adderall, Ritalin ou Xanax, sans prescription médicale »), fournit des éléments sur la question des mésusages et ce pour un ensemble de catégorie de médicaments (sédatifs et médicaments opiacés) et sans pouvoir les différencier. Ainsi, les prévalences sur les usages de tranquillisants et médicaments antidouleurs permettent d'estimer la prise de ces médicaments, sans qu'il soit pour autant possible d'affirmer que ces prises se soient déroulées en dehors-d'un contexte médical.

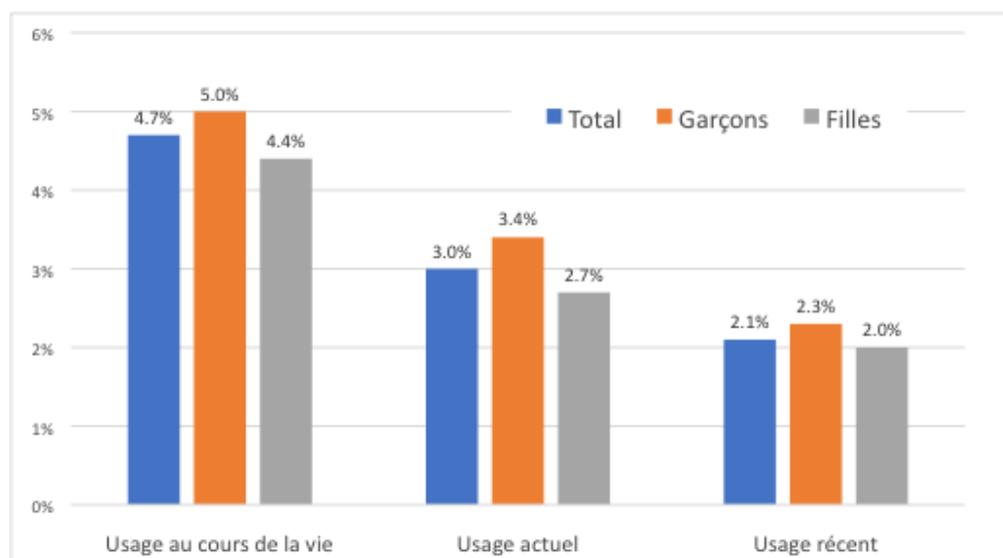
¹ Lorsque le terme drogues est employé dans le rapport, les substances sous-entendues sont les substances psychoactives placées sous contrôle international et mentionnées dans le questionnaire de l'enquête (tranquillisant ou calmant, antidouleurs prescrits, cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres substances »).

² Tranquillisant ou calmant, antidouleurs prescrits, cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, Relevin, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, autres substances.

L'usage au cours de la vie de tranquillisants ou calmants parmi les jeunes interrogés, concerne 4,6 % alors que la consommation actuelle est de 3 % et la consommation récente de 2,1 %. Il n'existe pas de différence de comportement entre filles et garçons et ce quel-que soit l'indicateur de consommation (Figure 8).

Il n'existe pas non plus de différence de comportement en fonction de l'âge des répondants (15 ou 16 ans). L'âge moyen de la première prise de tranquillisant est de 13,1 ans \pm 2,08 (médiane =13) chez les filles comme chez les garçons.

Figure 8: Niveaux d'usages de tranquillisants en fonction du sexe (n=3223)



Pour ce qui est des antidouleurs prescrits, on constate que les filles sont généralement plus consommatrices bien qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes en termes d'usage au cours de la vie, d'usage actuel, d'usage régulier et quotidien. En revanche, les filles sont plus consommatrices d'antidouleurs au cours des 30 derniers jours et ce au seuil de $p < 0,005$ (Tableau 6).

Ces résultats sont en ligne avec les tendances internationales où les prévalences d'usage de tranquillisants ou de médicaments antidouleurs parmi les femmes adultes sont comparables aux hommes, voir supérieures (UNODC, 2018). L'âge moyen de la première prise d'antidouleurs est de 13,0 ans \pm 1,09 (médiane =13) sans différence de genre.

Tableau 6 : Niveaux d'usages de tranquillisants et antidouleurs prescrits (n=3223) (%)

| | Garçons | IC (95%) | Filles | IC (95%) | Sex-ratio | Ensemble | IC (95%) |
|--------------------------------|---------|-----------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Tranquillisants | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 5,0 | 3,86-6,14 | 4,4 | 3,46-5,34 | 0,88 | 4,7 | 3,88-5,32 |
| Usage actuel | 3,4 | 2,45-4,35 | 2,7 | 1,95-3,45 | 0,98 | 3,0 | 2,41-3,59 |
| Usage récent | 2,3 | 1,52-3,08 | 2,0 | 1,35-2,65 | 0,89 | 2,1 | 1,60-2,60 |
| Usage régulier | 0,6 | 0,20-1,00 | 0,4 | 0,11-0,69 | 1,14 | 0,5 | 0,26-0,74 |
| Usage quotidien ^(a) | 0,3 | 0,02-0,58 | 0,4 | 0,11-0,69 | 0,71 | 0,4 | 0,18-0,62 |
| Antidouleurs prescrits | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 5,3 | 4,12-6,48 | 6,4 | 5,27-7,53 | 0,64 | 5,9 | 5,08-6,72 |
| Usage actuel | 3,5 | 2,53-4,47 | 4,6 | 3,63-5,57 | 0,60 | 4,1 | 3,41-4,79 |
| Usage récent | 2,1 | 1,35-2,85 | 3,9*** | 2,88-4,92 | 0,41 | 3,1 | 2,50-3,70 |
| Usage régulier | 0,1 | -0,6-0,26 | 0,3 | 0,05-0,55 | 0,40 | 0,2 | 0,05-0,35 |
| Usage quotidien ^(a) | 0,1 | -0,6-0,26 | 0,3 | 0,05-0,55 | 0,40 | 0,2 | 0,05-0,35 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées.
- (a) Calculé sur la base de déclaration de 20 prises ou plus dans le mois écoulé
- ** Différence significative au seuil de p<0,01
- *** Différence significative au seuil de p<0,005

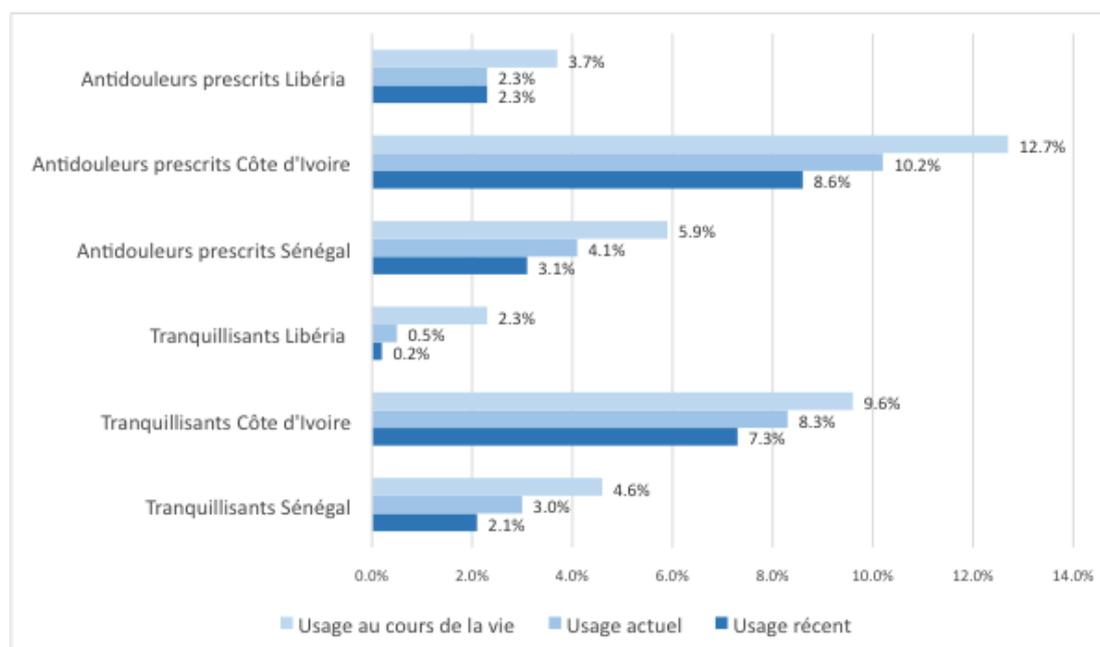
L'utilisation de médicaments à des fins non-médicales est considérée à l'échelle mondiale comme un problème majeur émergent qui doit être surveillé. Les jeunes peuvent consommer des médicaments hors du contexte médical pour différentes raisons comme susciter l'euphorie, renforcer les effets de l'alcool ou d'autres drogues, ou améliorer leurs performances scolaires. En Europe, en moyenne 9,2 % des jeunes interrogés dans l'enquête ESPAD déclarent avoir consommé des médicaments à des fins non médicales (ESPAD Group, 2020). Dans la grande majorité des pays couverts par l'enquête européenne les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir consommé des médicaments sans prescription médicale. Selon ESPAD les médicaments utilisés le plus fréquemment sans ordonnance par les jeunes sont les tranquillisants suivis par les médicaments antidouleurs.

Au total, 7,8 % des élèves interrogés ont consommé un médicament dans leur vie : soit un tranquillisant ou un médicament antidouleurs. Comme mentionné dans l'introduction de cette section, la question Q.16 du questionnaire fournit des éléments sur la question des consommations de médicaments sans ordonnance médicale pour un ensemble de catégorie de médicaments (codéine, Adderall, Ritalin ou Xanax, sans prescription médicale). À la question Q.16, 7,1 % des élèves déclarent qu'ils ont déjà consommé au cours de leur vie un médicament sans avoir de prescription médicale : 7,5 % des garçons et 6,9 % des filles (différence non significative). Il n'existe pas non plus de différence de comportement en fonction de l'âge actuel au moment de l'enquête (15 ou 16 ans). Et lorsque que l'on considère uniquement les jeunes qui ont déclaré n'avoir utilisé soit un tranquillisant soit un médicament antidouleur au cours de leur vie, 15,4 % de l'échantillon déclare avoir déjà pris un médicament sans ordonnance médicale, sans différence de genre (15,7 % pour les garçons et 15,1 % pour les filles).

COMPARAISON REGIONALE

D'autres enquêtes auprès de jeunes ont été réalisées récemment dans la région avec les mêmes méthodologies et il est intéressant de pouvoir comparer leurs résultats à ceux trouvés au Sénégal. Les niveaux d'usage au cours de la vie, d'usage récent et d'usage actuel de tranquillisants ou de médicaments antidouleurs observés au Sénégal auprès des jeunes scolarisés sont inférieurs à ceux de Côte d'Ivoire mais supérieurs à ceux constatés au Libéria (Figure 9).

Figure 9: Comparaison des niveaux d'usage de tranquillisants et d'antidouleurs prescrits entre le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Libéria (%)



Source : (UNODC, 2020; UNODC, 2021).

3.3 USAGE DE DROGUES

Si 15 % des élèves ont déclaré avoir fumé des cigarettes ou bu de l'alcool dans leur vie, 7,8 % avoir consommé un tranquillisant ou un médicament antidouleur, les usages de drogues sont beaucoup moins fréquents dans l'échantillon interrogé. En effet, seuls 3,5 % des jeunes scolarisés de 15 et 16 ans déclarent avoir consommé au cours de leur vie une drogue³ (Tableau 7). Comparativement aux filles, les garçons sont plus nombreux à avoir consommé une drogue. Les usages actuels (au cours de l'année) de drogues s'élèvent à 2,2 % parmi les garçons et 1,3 % parmi les filles, cette différence étant significative. Quant aux usages récents (au cours du mois écoulé), ils restent extrêmement faibles, aux alentours de 0,9 % de l'ensemble des jeunes enquêtés.

Les consommateurs de drogues sont dans leur grande majorité utilisateurs d'une unique substance : 67,0 % des jeunes ayant déclaré l'usage d'une seule drogue, 21,2 % deux à trois drogues et 11,2 % quatre drogues et plus (Figure 10). Les filles déclarent plus fréquemment que les garçons avoir essayé seulement une drogue, alors que les garçons ont consommé plus souvent deux à trois substances de

³ Substances incluses dans la liste : cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, autres substances.

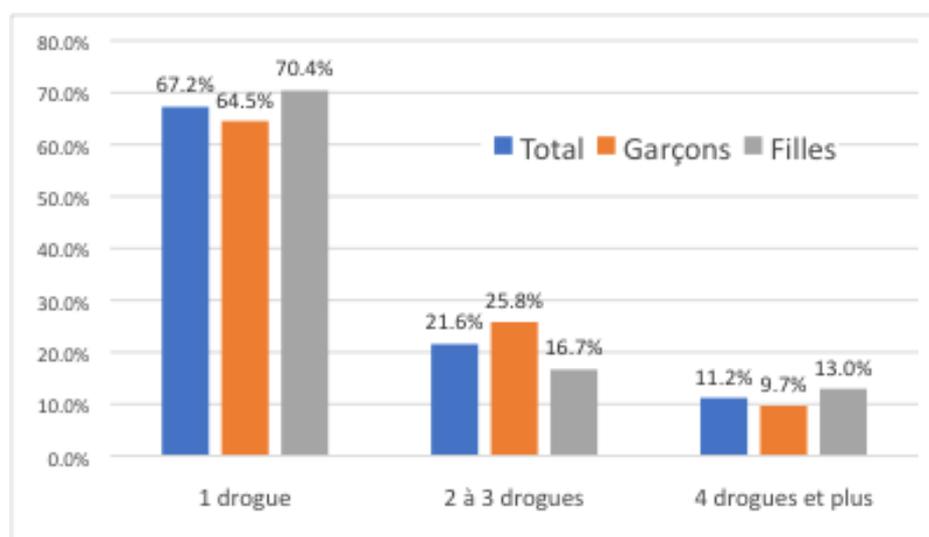
plus qu'elles (25,8 % vs 16,6 %). Cependant, lorsque l'on considère les jeunes qui ont consommé plus de 4 drogues et plus, les garçons et les filles se situent à des niveaux similaires (Figure 10).

Tableau 7 : Niveaux d'usages de drogues (n=3293) (%)

| | Garçons | IC (95%) | Filles | IC (95%) | Sex-ratio | Ensemble | IC (95%) |
|--------------------------|---------|-----------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Drogues ^(a) | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 4,3* | 3,25-5,35 | 2,9 | 2,13-3,67 | 1,15 | 3,5 | 2,87-4,13 |
| Usage actuel | 2,2* | 1,44-2,96 | 1,3 | 0,78-1,82 | 1,33 | 1,7 | 1,26-2,14 |
| Usage récent | 1,1 | 0,56-1,64 | 0,7 | 0,32-1,08 | 1,23 | 0,9 | 0,58-1,22 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées.
- (a) Substances incluses : cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres ».
- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$

Figure 10: Nombre de drogues utilisées au cours de la vie par sexe (n=116)



Substances incluses : cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres ».

Parmi les drogues les plus fréquemment utilisées, on trouve le cannabis (1,8 % de consommateurs au cours de la vie parmi l'échantillon) et la cocaïne (1,1 %). Si l'usage au cours de la vie de ces deux produits est au-dessus de 1 % pour l'ensemble des jeunes enquêtés, les usages actuel et récent se situent en deçà. Ces résultats sont conformes aux tendances globales de consommation parmi les jeunes selon lesquelles le cannabis est la substance la plus consommée après l'alcool et le tabac (UNODC, 2018; ESPAD Group, 2020). Pour les autres drogues considérées, les différents niveaux d'usage au cours de la vie, d'usage récent et d'usage actuels sont résumés dans le Tableau 8 ci-après. La consommation au cours de la vie, au cours de l'année ou du mois écoulé sont en dessous de 1 % pour l'ensemble de l'échantillon. Il est à noter que les effectifs sont extrêmement restreints pour les substances comme la méthamphétamine, l'ecstasy, le crack, l'opium, la morphine, le Spice ou les hallucinogènes.

Les filles sont, en général, moins consommatrices de drogues que les garçons (Tableau 7), mais il existe des différences notables lorsque l'on s'intéresse aux drogues individuellement. Les garçons sont plus

consommateurs de cannabis, de crack et cocaïne, héroïne et morphine (Tableau 8). De leur côté, les filles se distinguent par des usages d'amphétamines plus élevées.

Tableau 8 : Niveaux d'usage au cours de la vie, usage actuel et récent en fonction des drogues consommées et du sexe (n=3303) (%)

| | Garçons | IC (95%) | Filles | IC (95%) | Sex-ratio | Ensemble | IC (95%) |
|--------------------------|-------------------|------------|-------------------|------------|-----------|----------|------------|
| Cannabis | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 2,3* | 1,52-3,08 | 1,4 | 0,86-1,94 | 1,32 | 1,8 | 1,34-2,26 |
| Usage actuel | 0,9 | 0,40-1,40 | 0,6 | 0,24-0,96 | 1,30 | 0,7 | 0,41-0,99 |
| Usage récent | 0,3 | 0,01-0,59 | 0,2 | -0,01-0,41 | 1,00 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Amphétamines | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,4 | 0,07-0,73 | 1,0* | 0,54-1,46 | 0,28 | 0,7 | 0,41-0,99 |
| Usage actuel | 0,2 | -0,03-0,43 | 0,6 | 0,24-0,96 | 0,27 | 0,4 | 0,18-0,62 |
| Usage récent | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,3 ^{NA} | 0,05-0,55 | 0,20 | 0,2 | 0,04-0,36 |
| Méthamphétamines | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,5 | 0,13-0,87 | 0,4 | 0,11-0,69 | 0,88 | 0,5 | 0,26-0,74 |
| Usage actuel | 0,3 ^{NA} | 0,01-0,59 | 0,4 ^{NA} | 0,11-0,69 | 0,57 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Usage récent | 0,0 ^{NA} | 0,00-0,00 | 0,2 ^{NA} | -0,01-0,41 | 0,00 | 0,1 | -0,1-0,21 |
| Ecstasy | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,4 ^{NA} | 0,11-0,69 | 0,25 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Usage actuel | 0,0 ^{NA} | 0,00-0,00 | 0,1 ^{NA} | -0,05-0,25 | 0,00 | 0,1 | -0,01-0,21 |
| Usage récent | 0,0 ^{NA} | 0,00-0,00 | 0,1 ^{NA} | -0,05-0,25 | 0,00 | 0,0 | 0,00-0,00 |
| Crack | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,4 | 0,07-0,73 | 0,4 | 0,11-0,69 | 0,86 | 0,4 | 0,18-0,62 |
| Usage actuel | 0,3 ^{NA} | 0,01-0,59 | 0,2 ^{NA} | -0,01-0,41 | 1,00 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Usage récent | 0,2 ^{NA} | -0,03-0,43 | 0,1 ^{NA} | -0,05-0,25 | 2,00 | 0,2 | 0,04-0,36 |
| Cocaïne | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 1,6*** | 0,95-2,25 | 0,6 | 0,24-0,96 | 2,09 | 1,1 | 0,74-1,46 |
| Usage actuel | 1,1* | 0,55-0,65 | 0,3 | 0,05-0,55 | 2,50 | 0,7 | 0,41-0,99 |
| Usage récent | 0,6 | 0,19-1,01 | 0,2 | -0,01-0,41 | 3,00 | 0,4 | 0,18-0,62 |
| Héroïne | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,9 | 0,41-1,39 | 0,7 | 0,31-1,09 | 1,08 | 0,8 | 0,49-1,11 |
| Usage actuel | 0,6 | 0,19-1,01 | 0,3 | 0,05-0,55 | 1,33 | 0,4 | 0,18-0,62 |
| Usage récent | 0,3 | 0,01-0,59 | 0,3 | 0,05-0,55 | 1,00 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Opium | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,2 ^{NA} | -0,04-0,44 | 0,4 ^{NA} | 0,11-0,69 | 0,43 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Usage actuel | 0,2 ^{NA} | -0,04-0,44 | 0,2 ^{NA} | -0,01-0,41 | 1,00 | 0,2 | 0,04-0,36 |
| Usage récent | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,2 ^{NA} | -0,01-0,41 | 0,50 | 0,1 | -0,01-0,21 |
| Morphine | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,6 | 0,19-1,01 | 0,3 | 0,05-0,55 | 1,33 | 0,4 | 0,18-0,62 |
| Usage actuel | 0,4 ^{NA} | 0,07-0,73 | 0,2 ^{NA} | -0,1-0,41 | 1,50 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Usage récent | 0,3 ^{NA} | 0,01-0,59 | 0,1 ^{NA} | -0,05-0,25 | 3,00 | 0,2 | 0,04-0,36 |
| Spice | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,4 ^{NA} | 0,07-0,73 | 0,3 ^{NA} | 0,05-0,55 | 0,83 | 0,3 | 0,11-0,49 |
| Usage actuel | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,2 ^{NA} | -0,1-0,41 | 0,67 | 0,2 | 0,04-0,36 |
| Usage récent | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,1 ^{NA} | -0,05-0,25 | 1,00 | 0,1 | -0,01-0,21 |
| Hallucinogènes | | | | | | | |
| Usage au cours de la vie | 0,5 | 0,13-0,87 | 0,5 | 0,17-0,83 | 0,78 | 0,5 | 0,25-0,75 |
| Usage actuel | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,2 ^{NA} | -0,1-0,41 | 0,5 | 0,2 | 0,04-0,36 |
| Usage récent | 0,1 ^{NA} | -0,07-0,27 | 0,1 ^{NA} | -0,05-0,25 | 1,00 | 0,1 | -0,01-0,21 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées.
- * Différence significative au seuil de p<0,05
- ** Différence significative au seuil de p<0,01
- *** Différence significative au seuil de p<0,005
- NA : Effectifs insuffisants pour pouvoir donner une estimation robuste

Peu de jeunes interrogés ont répondu à la question sur l'âge à la première expérimentation de drogues, les effectifs sont donc limités et ne donnent qu'une vision partielle et non représentative de l'âge d'initiation. En moyenne, la première expérimentation de cannabis se déroule vers 14,3 ans (médiane = 15) et il en est de même pour les amphétamines. Pour la cocaïne, l'âge moyen à l'initiation est de 13 ans (médiane =15). Ces chiffres sont à considérer avec attention dans la mesure où plusieurs travaux ont montré que des consommations précoces de cannabis, avant l'âge de 16 ans, peuvent être liées à un risque accru de développer des troubles mentaux, comme des troubles de la personnalité, de l'anxiété ou de la dépression (Deidre & al, 2012; Shelder & Block, 1990).

De même, lorsque les élèves ont été interrogés sur la première substance qu'ils ont essayée au cours de leur vie (médicament ou drogue), le taux de réponse reste bas et ne permet d'avoir qu'une image superficielle des potentielles substances à l'origine d'un début de consommation⁴ (Tableau 9). Il existe aussi une part non négligeable des jeunes qui ont déclaré ne pas connaître la substance qu'ils avaient ingérée. Les médicaments (tranquillisant ou antidouleurs prescrits) ou le cannabis semblent être les premières substances à l'origine d'une consommation.

Tableau 9 : Première substance utilisée (%) (n=60)

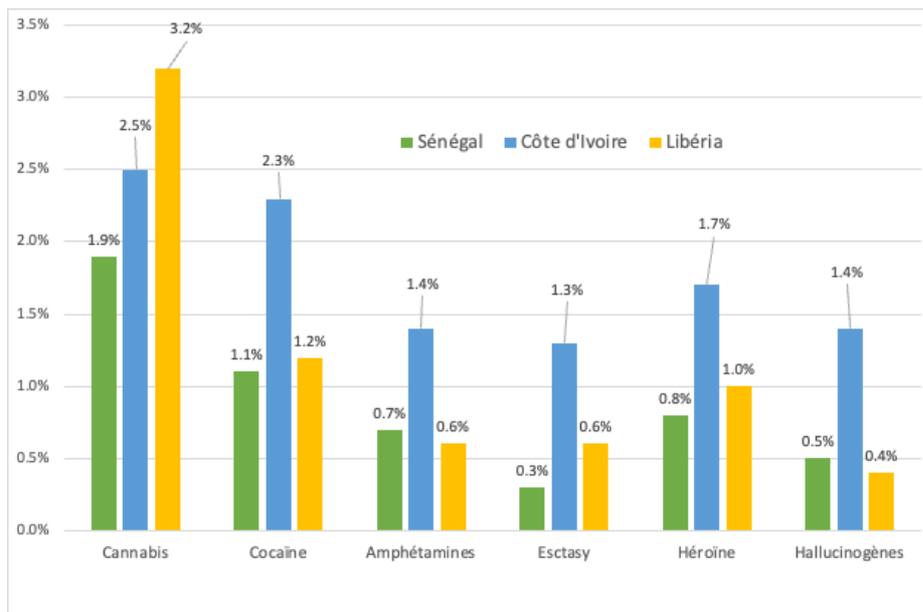
| | Parmi les usagers de drogues | Parmi les usagers de médicaments et de drogues |
|-------------------------------------|------------------------------|--|
| 1 ^{ere} substance utilisée | | |
| Tranquillisant | 7,76 | 12,1 |
| Cannabis | 7,76 | 2,95 |
| Spice | | |
| Amphétamines | 0,86 | 0,33 |
| Méthamphétamines | | 0,33 |
| Cocaïne, Crack | 2,59 | 0,98 |
| Héroïne | | |
| Ecstasy | | |
| Je ne sais pas ce que c'était | 3,45 | 2,95 |
| Manquant | 77,6 | 80,3 |
| Total | 100 | 100 |

COMPARAISON REGIONALE

D'autres enquêtes auprès de jeunes ont été réalisées récemment dans la région avec les mêmes méthodologies et il est intéressant de pouvoir comparer leurs résultats à ceux trouvés au Sénégal. Les niveaux d'usage au cours de la vie de différentes drogues observées au Sénégal auprès des jeunes scolarisés sont inférieurs à ceux trouvés en Côte d'Ivoire et au Libéria pour le cannabis (Figure 11). Pour les autres produits comme la cocaïne ou les amphétamines, le Sénégal et le Libéria présentent des niveaux de prévalence au cours de la vie similaires et inférieurs aux niveaux de consommation trouvés en Côte d'Ivoire.

⁴ Il est à noter que la liste de substances proposée dans la question Q.18 du questionnaire n'était pas non plus exhaustive, ainsi des élèves ont pu ne pas être dans la possibilité de donner une réponse (produits non cités : antidouleurs, hallucinogènes, opium, morphine).

Figure 11 : Comparaison des niveaux d'usage au cours de la vie de drogues au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Libéria (%)



Source : (UNODC, 2020; UNODC, 2021).

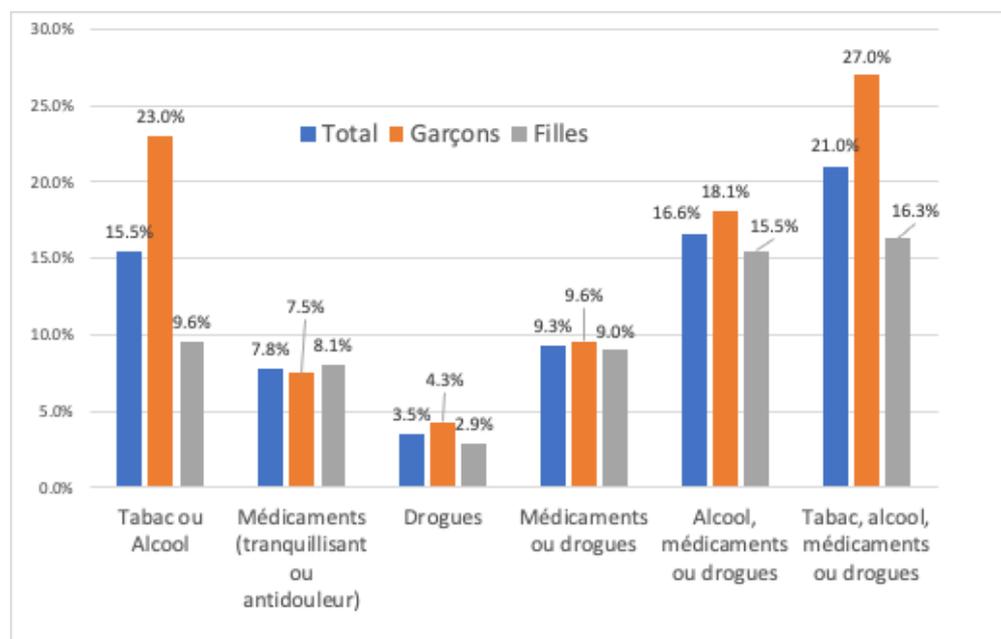
3.4 USAGE D'UNE OU PLUSIEURES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Il est fréquent que les jeunes aient eu l'occasion de consommer plusieurs substances au cours de leur vie : que ce soit du tabac, de l'alcool, des médicaments ou des drogues. Il est intéressant de se pencher sur les prévalences par catégories et plus particulièrement sur l'usage au cours de la vie.

En dehors des médicaments, les garçons déclarent des niveaux d'usage au cours de la vie plus élevés que les filles (sans que la différence soit significative). Les différences sont d'autant plus marquées pour l'initiation à l'alcool et au tabac (Figure 12).

Si 15 % des jeunes interrogés ont consommé des cigarettes ou de l'alcool au cours de leur vie, 7,8 % ont consommé des médicaments (tranquillisants ou antidouleurs prescrits) au cours de leur vie. En cumulant les médicaments et les drogues, il apparaît que près d'un jeune sur 10 (9,3 %) âgé de 15-16 ans en a consommé au cours de sa vie. Enfin, si l'on considère l'ensemble des substances psychoactives (tabac, alcool, médicaments et drogues), les jeunes sont presque un quart (21 %) à en avoir utilisé au cours de leur vie.

Figure 12 : Usage au cours de la vie chez les jeunes en fonction des types de substances (n=3208)



4. FACTEURS DE RISQUES ET FACTEURS DE PROTECTION VIS A VIS DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Un certain nombre de facteurs ont été identifiés comme étant associés à l'initiation de l'usage de substances psychoactives, puis au passage à une consommation régulière et pouvant entraîner des conséquences négatives sur l'adolescent ou le jeune adulte. Ces facteurs sont souvent en dehors de leur contrôle (UNODC, 2018) et rendent les adolescents plus vulnérables à l'usage de substance psychoactives. Ils peuvent être liés à des éléments environnementaux de niveau macro (comme le niveau socioéconomique ou l'environnement physique) ou de niveau micro (comme la structure familiale et parentale, l'influence des pairs), mais également à des éléments relevant du domaine plus personnel tels que les comportements individuels et caractéristiques psychologiques. À l'inverse, il existe aussi des facteurs protecteurs comme certaines influences sociales positives qui protègent les jeunes individus (Figure 13).

Figure 13 : Facteurs de protection et de risque parmi les jeunes pour la consommation de drogues

| Facteurs protecteurs | Facteurs de risque |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Participation et surveillance de la famille • Santé et développement neurologique: <ul style="list-style-type: none"> • Habilités d'adaptation • Régulation émotionnelle • Sécurité physique et inclusion sociale <ul style="list-style-type: none"> • Quartiers sûrs • Environnement scolaire de qualité | <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme et adversité rencontrée dans l'enfance • Maltraitance et négligence • Problèmes de santé mentale • Pauvreté • Consommation de substances par les pairs • Disponibilité des substances • Climat scolaire négatif • Recherche de sensations |

Source : (UNODC, 2018; UNODC, 2020).

Toutefois, les études montrent que la vaste majorité des jeunes ne consomment pas de drogues, et que la minorité qui en consomment effectivement ont généralement été exposés à des facteurs de risque significatifs en matière d'usage de drogues (UNODC, 2018). L'influence de ces facteurs fait que les jeunes ne sont pas égaux face au risque d'initiation et d'usage de substances psychoactives, d'où la nécessité de prendre en considération l'ensemble de ces éléments pour une meilleure compréhension des mécanismes d'initiation. C'est généralement la combinaison entre la présence de facteurs de risques et l'absence de facteurs protecteurs à un moment particulier de l'adolescent qui fait la différence dans son exposition à l'usage.

Problèmes de santé mentale, comportementaux, pauvreté, manque d'implication des parents et de support social, manque d'opportunité ou encore l'isolement sont les facteurs de risques les plus communs parmi les jeunes qui développent des problèmes liés à la consommation de drogues (UNODC, 2018) (Figure 13). Ainsi, tant du point de vue de la prévention et de l'initiation à la consommation, que de celui du développement et de la prévention des troubles qui y sont liés, il est essentiel d'avoir une bonne compréhension des modèles de consommation ainsi que des influences, sociales, environnementales et personnelles pouvant entraîner ces usages.

4.1 DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La consommation de produits psychoactifs est directement corrélée avec leur accessibilité, et inversement (ESPAD group, May 2002; ESPAD Group, 2020). Les jeunes ont été interrogés sur l'accessibilité d'une liste de substances⁵ (« Auriez-vous du mal à vous procurer les produits ci-après si vous le vouliez ?»). Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que la perception de l'accessibilité des substances soit déclarée plus facile parmi les consommateurs alors que les jeunes qui n'ont jamais consommé de substances au cours de leur vie, déclarent eux, une accessibilité plus difficile voire impossible. D'une manière générale, la perception de l'accessibilité des produits déclarée est majoritairement « impossible ou très difficile » (Tableau 10). Même pour les cigarettes qui sont, a priori, facilement accessibles au Sénégal auprès de vendeurs ambulants ou dans les magasins, deux tiers des jeunes interrogés estiment qu'elles sont impossibles ou très difficiles à se procurer. La perception de l'accessibilité de l'alcool aussi très basse est directement liée au contexte culturel et au tabou religieux autour de sa consommation dans la société sénégalaise. L'ensemble des médicaments et des drogues ont une accessibilité déclarée encore plus basse que les cigarettes ou l'alcool (Tableau 10).

Les jeunes qui ont consommé au cours de leur vie des cigarettes, des tranquillisants, de l'héroïne, de l'opium au cours de leur vie, sont deux fois plus nombreux à déclarer une accessibilité à ces produits moyennement facile ou très facile que ceux qui ne les ont pas consommés (Tableau 10). Ceux qui ont consommé du crack, de la cocaïne, des amphétamines, des méthamphétamines, ou encore de la morphine au cours de leur vie sont au moins deux fois plus nombreux à répondre que l'accessibilité est moyennement difficile plutôt qu'impossible ou très difficile.

⁵ Cigarettes, petite bouteille d'alcool, cannabis, méthamphétamine, tranquillisants, cocaïne et crack, ecstasy, héroïne, opium, morphine, inhalant.

Les différences déclarées entre les garçons et les filles en termes de perception d'accessibilité reflètent les écarts de niveaux de consommation. En effet, les garçons plus consommateurs de tabac, ont une perception de l'accessibilité des cigarettes plus facile ; la tendance est similaire pour l'alcool alors que pour l'accessibilité aux tranquillisants il n'existe pas de différence entre les sexes. En ce qui concerne les drogues, les filles déclarent une meilleure accessibilité à la cocaïne et au crack ($p=0,38$) ; c'est la seule différence notable et sans que l'on puisse fournir une explication du comportement différentiel en dehors des faibles effectifs sur lesquels sont basés ces chiffres.

Il existe, en revanche, des différences de perception de l'accessibilité en fonction de l'âge. Les jeunes nés en 2003 (âgés de 16 ans au moment de l'enquête) déclarent moins de difficultés pour accéder aux produits que leurs pairs plus jeunes d'une année (15 ans) ; cette différence est uniquement significative dans le cas des cigarettes ($p=0,29$).

Tableau 10 : Disponibilité perçue des substances psychoactives en fonction de leur usage au cours de la vie par les jeunes de 15-16 ans (%) (=171)

| | N'a jamais consommé la substance dans sa vie | A consommé la substance dans sa vie | Total |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-------|
| Cigarettes | | | |
| Impossible ou très difficile | 72,1 | 49,0 | 69,4 |
| Moyennement difficile | 3,1 | 4,0 | 3,2 |
| Moyennement facile ou très facile | 24,8 | 47,0 | 27,4 |
| Alcool | | | |
| Impossible ou très difficile | 78,3 | 67,0 | 76,9 |
| Moyennement difficile | 5,6 | 10,0 | 6,1 |
| Moyennement facile ou très facile | 16,1 | 23,0 | 16,9 |
| Tranquillisant | | | |
| Impossible ou très difficile | 85,5 | 60,0 | 84,1 |
| Moyennement difficile | 5,4 | 11,8 | 5,7 |
| Moyennement facile ou très facile | 9,1 | 28,2 | 10,2 |
| Cannabis | | | |
| Impossible ou très difficile | 88,8 | 91,2 | 88,9 |
| Moyennement difficile | 3,8 | 2,9 | 3,8 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,3 | 5,9 | 7,3 |
| Amphétamines | | | |
| Impossible ou très difficile | 89,3 | 88,9 | 89,3 |
| Moyennement difficile | 3,6 | 11,1 | 3,7 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,1 | 0,0 | 7,0 |
| Méthamphétamines | | | |
| Impossible ou très difficile | 89,2 | 88,9 | 89,3 |
| Moyennement difficile | 3,9 | 11,1 | 3,70 |
| Moyennement facile ou très facile | 6,9 | 0,0 | 7,00 |
| Ecstasy | | | |
| Impossible ou très difficile | 89,7 | 100 | 89,7 |
| Moyennement difficile | 3,6 | 0,0 | 3,6 |
| Moyennement facile ou très facile | 6,7 | 0,0 | 6,7 |
| Cocaïne et Crack | | | |
| Impossible ou très difficile | 88,6 | 78,8 | 88,4 |
| Moyennement difficile | 3,8 | 18,2 | 4,1 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,6 | 3,0 | 7,5 |
| Héroïne | | | |
| Impossible ou très difficile | 89,2 | 66,7 | 89,1 |
| Moyennement difficile | 3,7 | 8,3 | 3,8 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,0 | 25,0 | 7,2 |
| Opium | | | |
| Impossible ou très difficile | 89,5 | 80,0 | 89,4 |
| Moyennement difficile | 3,6 | 0,0 | 3,6 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,0 | 20,0 | 7,0 |
| Morphine | | | |
| Impossible ou très difficile | 89,5 | 44,4 | 89,2 |
| Moyennement difficile | 3,4 | 44,4 | 3,6 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,1 | 11,1 | 7,2 |
| Inhalants ^(a) | | | |
| Impossible ou très difficile | 88,8 | 87,5 | 88,8 |
| Moyennement difficile | 3,8 | 0,0 | 3,8 |
| Moyennement facile ou très facile | 7,4 | 12,5 | 7,4 |

- (a) alors que le questionnaire considérait les hallucinogènes, la question Q.21 mentionne uniquement les inhalants.

4.2 PROBLEMES LIES A L'USAGE D'ALCOOL OU DE DROGUES

Le questionnaire comprenait des questions sur certains événements ou problèmes déjà rencontrés par les élèves dans la vie, ces problèmes pouvant être liés à une consommation d'alcool ou de drogues⁶. La littérature établit que les élèves qui déclarent un usage de substance psychoactive sont plus susceptibles de rapporter ou de rencontrer plus fréquemment ce genre d'événements.

Au total 1,5 % des élèves interrogés déclarent avoir déjà eu dans leur vie au moins un problème lié à la consommation d'alcool, et seulement 0,6 % au moins un problème lié à la consommation de drogues. On n'observe pas de différence significative dans les occurrences de problèmes liés à la consommation d'alcool entre les garçons et les filles. Mais la différence est en revanche significative ($p=0,056$) pour les occurrences liées à la consommation de drogues. Dans la majorité des cas (90 % en fonction du problème en question), les élèves déclarent ne jamais avoir eu de problèmes (Tableau 11). Parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les élèves, figurent les disputes ou bagarres, accidents ou blessures, perte d'argent ou d'objet de valeur et enfin les problèmes relationnels avec les amis. Dans ces derniers cas, d'autres raisons sont à l'origine de l'événement (Tableau 11).

Tableau 11 : Occurrences de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues en fonction du problème survenu (%) (n=2997)

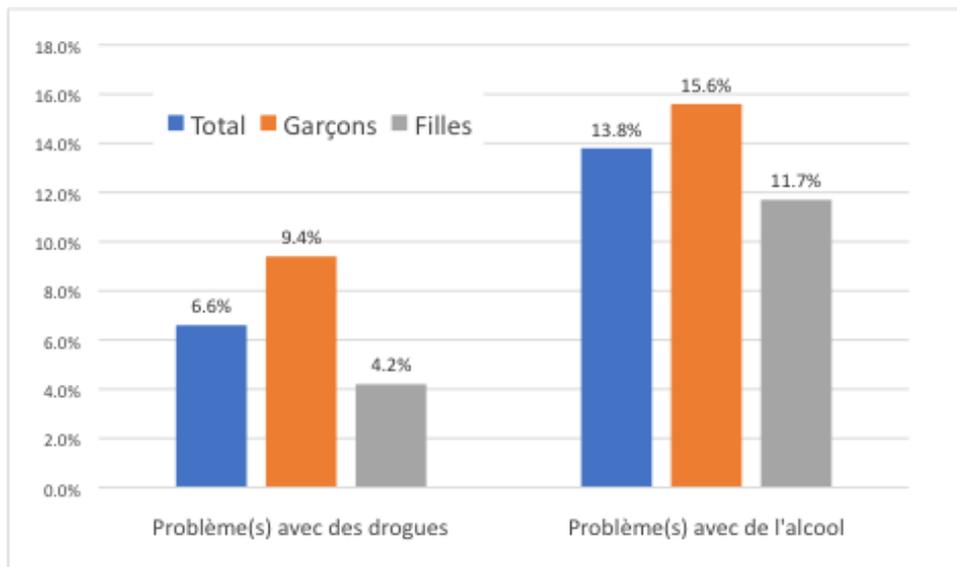
| | Jamais | À cause de mon usage d'alcool | À cause de mon usage de drogues | Pour d'autres raisons |
|---|--------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Altercation ou désaccord | 90,9 | 0,3 | 0,0 | 8,8 |
| Dispute ou bagarre | 82,1 | 0,7 | 0,1 | 17,1 |
| Accident ou Blessure | 86,3 | 0,5 | 0,2 | 13,1 |
| Perte d'argent ou d'objet de valeur | 86,3 | 0,5 | 0,2 | 13,1 |
| Vêtement ou objet abîmé | 90,8 | 0,4 | 0,1 | 8,7 |
| Problèmes relationnels avec les parents | 91,9 | 0,5 | 0,1 | 7,5 |
| Problèmes relationnels avec les amis | 86,2 | 0,5 | 0,1 | 13,1 |
| Problèmes relationnels avec les enseignants | 94,5 | 0,3 | 0,1 | 5,1 |
| Mauvais résultats scolaires | 90,9 | 0,5 | 0,0 | 8,6 |
| Victime d'un vol | 93,9 | 0,5 | 0,1 | 5,6 |
| Problèmes avec la police | 96,5 | 0,5 | 0,1 | 3,0 |
| Hospitalisation ou visite aux urgences | 91,8 | 0,3 | 0,1 | 7,8 |
| Relations sexuelles regrettées le lendemain | 96,3 | 0,3 | 0,0 | 3,4 |
| Relations sexuelles sans préservatif | 96,3 | 0,3 | 0,0 | 3,4 |

Concernant la question des différences entre les sexes dans la survenue de ces problèmes, il semble, du fait de la faible quantité de jeunes ayant rapporté un événement problématique lié à l'alcool ou à des drogues, plus approprié de s'intéresser au nombre de problèmes survenus à cause d'une consommation d'alcool ou de drogues. Parmi les usagers d'alcool au cours de la vie, 13,8 % déclarent avoir rencontré un ou plusieurs problèmes liés à leur consommation d'alcool. Et il n'existe pas, dans ce cas de figure, de différence de genre. Parmi les consommateurs de drogues au cours de la vie, 6,6 % déclarent avoir eu un ou plusieurs problèmes liés à leur consommation de drogues ; comme pour

⁶ C'est la formulation utilisée dans le questionnaire : Avez-vous déjà eu les problèmes suivants ? Oui, à cause de mon problème d'alcool ; Oui à cause de mon problème de drogues ; Oui, pour d'autres raisons que l'usage d'alcool ou de drogues.

l'alcool. Malgré la différence de pourcentage, la différence n'est pas significative entre les deux sexes (Figure 14).

Figure 14 : Problèmes déclarés chez les usagers au cours de la vie d'alcool et de drogues (%) (n=305 et n=334)



4.3 APPROBATION ET RISQUES PERÇUS DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les attitudes envers certains comportements et la perception des risques sont des facteurs importants dans le processus de décision d'initiation et de consommation de substances. Il est dans ce cas attendu que les jeunes qui ont déjà utilisé une substance psychoactive déclarent un risque moindre que ceux qui n'en ont jamais consommé (ESPAD group, May 2002). Le risque perçu de la nocivité de la substance est également un indicateur de la consommation récente ou actuelle (plus le risque de nocivité est bas, plus le risque de consommation de la substance est élevée). Il a été demandé aux répondants de déclarer s'ils approuvaient ou désapprouvaient la consommation de certaines substances, et si, selon eux, les consommateurs de ces substances « risquent de se faire mal » (physiquement ou autrement).

La question sur les jugements de valeur demandait, pour des raisons éthiques et pour éviter l'approbation de consommation de substances, si les jeunes étaient « contre les pratiques » de consommation. Une des limitations dans l'interprétation des réponses données par les élèves à ces deux questions est que le questionnaire ne reprenait pas les mêmes catégories de réponse pour les deux questions et ne couvrait pas les mêmes substances non plus. Par conséquent, les réponses aux deux questions doivent être étudiées indépendamment.

Une forte proportion d'élèves a déclaré ne pas savoir s'ils désapprouvent ou non la consommation et les risques associés à la consommation (au moins un tiers des effectifs), ce qui semble témoigner d'une désinformation généralisée des jeunes sur l'impact de la consommation de substances sur la santé et la sociabilité (Tableau 12).

Tableau 12 : Désapprobation et risques perçus de consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues (%) (n=3175)

| | Désapprouve la consommation | | | Risque perçu de consommation | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------------------------|------------------------|-------------|
| | Ne désapprouve pas | Désapprouve ou désapprouve fortement | Ne sais pas | Pas de risque ou risque léger | Risque modéré ou élevé | Ne sais pas |
| Cigarettes | | | | | | |
| Fumer plus de 10 cigarettes par jour | 19,2 | 44,1 | 36,7 | | | |
| Fumer des cigarettes occasionnellement | | | | 21,5 | 49,3 | 29,2 |
| Fumer un paquet de cigarettes ou plus par jour | | | | 7,7 | 65,9 | 26,3 |
| Alcool | | | | | | |
| Boire plus de 5 boissons alcoolisées d'affilée pendant le week-end | 22,7 | 43,7 | 33,5 | | | |
| Boire presque tous les jours 1 ou 2 boissons alcoolisées | | | | 14,5 | 54,8 | 30,7 |
| Boire presque tous les jours 4 ou 5 boissons alcoolisées | | | | 10,5 | 59,9 | 29,5 |
| Tranquillisant | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois un tranquillisant ou calmant | 23,8 | 39,3 | 36,8 | 17,0 | 46,2 | 36,8 |
| Cannabis | | | | | | |
| Fumer du cannabis 1 ou 2 fois | 21,9 | 43,7 | 35,2 | | | |
| Fumer du cannabis de temps en temps | 21,9 | 43,5 | 34,6 | | | |
| Fumer du cannabis occasionnellement | 22,1 | 41,9 | 36,0 | | | |
| Fumer du cannabis régulièrement | | | | 11,9 | 54,2 | 34,0 |
| Amphétamines | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois une amphétamine | 21,5 | 41,0 | 37,5 | 15,8 | 46,0 | 38,2 |
| Ecstasy | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois de l'ecstasy | 21,3 | 41,1 | 37,7 | 11,0 | 49,2 | 39,8 |
| Cocaïne et Crack | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois de la cocaïne ou du crack | 21,5 | 41,9 | 36,5 | | | |
| Héroïne | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois de l'héroïne | 21,8 | 41,8 | 36,5 | 14,4 | 49,7 | 35,9 |
| Prendre de l'héroïne tous les jours | | | | 9,5 | 55,1 | 35,4 |
| Opium | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois de l'opium | | | | 12,2 | 49,9 | 38 |
| Prendre de l'opium tous les jours | | | | 10,0 | 52,3 | 37,7 |
| Morphine | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois de la morphine | | | | 13,1 | 47,9 | 39,0 |
| Essayer de la morphine tous les jours | | | | 8,8 | 50,3 | 40,8 |
| Inhalants ^(a) | | | | | | |
| Essayer 1 ou 2 fois un inhalant | 21,6 | 40,8 | 37,6 | 11,8 | 47,6 | 40,6 |

Qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, des tranquillisants ou des drogues citées, le niveau de désapprobation est assez similaire dans l'échantillon (aux environs de 40 %). Une fois de plus, sans doute du fait de la stigmatisation culturelle de l'alcool, les niveaux de désapprobation de la consommation d'alcool sont équivalents à la désapprobation de consommation de drogues. Il est

également raisonnable de supposer que les risques perçus des différentes substances ne reflètent pas seulement les attitudes personnelles mais aussi les cultures et stigmatisations nationales, des niveaux de consommation et de disponibilité dans la société plus largement (ESPAD group, May 2002). À titre de comparaison, les niveaux de désapprobation de ces substances étaient beaucoup plus élevés dans l'enquête en Côte d'Ivoire, avec une désapprobation en moyenne autour de 60 % (UNODC, 2020).

Le risque le plus élevé cité par les jeunes est de « fumer un paquet de cigarettes ou plus par jour », avec un risque modéré ou élevé qui s'établit à 66 % (Tableau 12).

Pour l'ensemble des autres substances considérées, les risques déclarés par les élèves sont plus faibles. La cigarette étant la substance la plus fréquemment connue et consommée par les jeunes, il est logique que le risque perçu soit plus élevé. Cependant, le fait que pour la plupart des drogues, environ 50 % des élèves n'y voient qu'un risque modéré/élevé, appelle à la vigilance sur le manque d'information et de sensibilisation de cette tranche d'âge des risques sanitaires et sociaux encourus par la consommation de produits psychoactifs.

Les risques perçus de la consommation augmentent de manière significative avec la quantité de substances consommées dans le cas des cigarettes (Tableau 12).

Dans le cas de l'alcool, de l'héroïne, de l'opium ou de la morphine, la consommation ponctuelle (consommer une ou deux fois) ou journalière ne génère pas de grande différence dans les perceptions entre un risque léger ou modéré/élevé, ce qui plaide en faveur d'une meilleure information et des mesures de prévention sur les différents risques encourus en fonction des niveaux de consommation (usage au cours de la vie, usage actuel ou usage récent) mais également en fonction de la nocivité connue des substances.

4.4 PARENTALITE

La parentalité mais également divers autres aspects de l'environnement familial peuvent influencer le comportement d'usage d'un enfant puis d'un adolescent (UNODC, 2018). Une étude internationale sur les adolescents en Europe a montré que la surveillance et le suivi parental pourraient être liés à de faibles niveaux de consommation de drogues parmi les jeunes (Tornay & al, 2013). Et que cette surveillance parentale est moins fréquente chez les familles qui connaissent des difficultés socio-économiques que parmi les familles qui n'en ont pas (Fallu & al, 2010).

Dans différentes parties du questionnaire, les relations avec les parents ou tuteurs et les amis ont été abordées : la satisfaction des relations familiales (Q.5), les règles de conduite établies par les parents (Q.6), le partage d'information sur les sorties du samedi soir (Q.7), et les rapports avec les parents et les tuteurs (Q.49 à Q.57).

D'une manière générale, les réponses à la question Q.5 montrent que les jeunes sont satisfaits de leurs relations familiales, 86 % déclarant être « très satisfaits » de leur relation avec leur mère, 74 % de leur relation avec leur père ou leurs frères et sœurs. Les élèves qui se déclarent « pas du tout satisfaits » sont moins de 2 % : 0,9 % sont insatisfaits de leur relation avec leur mère, 1,8 % de leur relation avec leur père et enfin 1,2 % de la relation avec leurs frères ou sœurs.

En ce qui concerne les sorties du samedi soir, les adolescents scolarisés déclarent dans 76 % des cas que leurs parents savent « toujours » ou « assez souvent » où ils passent les samedis soir. On observe sur ce point une différence entre les filles et les garçons, entre les non-consommateurs et les consommateurs, mais pas en fonction de l'âge actuel (Tableau 13). Il est donc plus fréquent que les parents de filles savent où elles passent le samedi soir comparativement aux parents de garçons. De même, les élèves qui n'ont jamais consommé d'alcool, de médicaments ou drogues au cours de leur vie partagent leurs plans du samedi soir avec leurs parents plus fréquemment que les consommateurs.

Les questions Q.49 à Q.57 portaient sur les rapports des élèves avec leurs parents ou leurs tuteurs. Sur la presque totalité de ces questions, les filles sont plus nombreuses à déclarer une communication et des rapports plus harmonieux avec leurs parents (Tableau 14). Il est intéressant de constater que si les parents sont jugés comme répondant en majorité aux besoins de leurs adolescents (54,5 % de l'ensemble des élèves interrogés), peu d'entre eux déclarent recevoir de l'argent de leurs parents (seulement 40 %). Les sorties après l'école ou pendant la nuit sont relativement peu encadrées : 46 % des parents essayent de savoir où leurs enfants étaient pendant la nuit ou après l'école et la moitié savent réellement où étaient leurs enfants.

Tableau 13 : Parents informés sur les sorties du samedi soir en fonction de différentes caractéristiques (%) (n=3175)

| | N | Toujours ou assez souvent | Parfois ou pas habituellement |
|--|------|---------------------------|-------------------------------|
| Sexe | | | |
| Garçons | 1380 | 69,2 | 30,8*** |
| Filles | 1785 | 81,1 | 18,9 |
| Total | 3165 | 75,9 | 24,1 |
| Année de naissance | | | |
| Né en 2003 | 2184 | 76,4 | 23,6 |
| Né en 2004 | 991 | 74,9 | 25,1 |
| Total | 3175 | 75,9 | 24,1 |
| Usage au cours de la vie^(a) | | | |
| N'a jamais consommé de substances psychoactives dans sa vie | 2648 | 77,1 | 70,2 |
| A déjà consommé une substance psychoactive ou plus dans sa vie | 527 | 22,9 | 29,8*** |
| Total | 3175 | 75,9 | 24,1 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées.
- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$
- (a) : soit de l'alcool, soit des médicaments (tranquillisant ou antidouleurs) soit une drogue.

Tableau 14 : Rapport avec les parents ou tuteurs en fonction du sexe (%) (n=3085)

| | Garçons | Filles | Sex-ratio | Ensemble |
|--|---------|---------|-----------|----------|
| Vos parents ou tuteurs vous ont souvent accordé de l'attention | | | | |
| Jamais | 46,8 | 42,0 | 0,85 | 44,1 |
| Rarement ou parfois | 19,2 | 18,2 | 0,81 | 18,6 |
| La plupart du temps ou toujours | 34,1 | 39,8*** | 0,66 | 37,3 |
| Vos parents ou tuteurs ont eu une communication ouverte avec vous | | | | |
| Jamais | 37,7 | 33,4 | 0,86 | 35,2 |
| Rarement ou parfois | 25,6 | 24,7 | 0,86 | 24,0 |
| La plupart du temps ou toujours | 36,7 | 43,9*** | 0,64 | 40,8 |
| Vos parents ou tuteurs ont-ils répondu à vos besoins | | | | |
| Jamais | 30,9 | 26,3 | 0,90 | 28,3 |
| Rarement ou parfois | 20,0 | 15,1 | 1,02 | 17,2 |
| La plupart du temps ou toujours | 49,1 | 58,6*** | 0,64 | 54,5 |
| Vos parents ou tuteurs vous ont-ils donné de l'argent | | | | |
| Jamais | 28,3 | 25,1 | 1,13 | 26,5 |
| Rarement ou parfois | 35,7 | 32,4 | 1,10 | 33,8 |
| La plupart du temps ou toujours | 36,0 | 42,5*** | 0,85 | 39,7 |
| Vos parents ou tuteurs ont-ils essayé de savoir où vous êtes allés la nuit | | | | |
| Jamais | 38,5 | 36,8 | 0,80 | 37,5 |
| Rarement ou parfois | 23,5*** | 10,6 | 1,70 | 16,2 |
| La plupart du temps ou toujours | 38,0 | 52,6*** | 0,56 | 46,3 |
| Vos parents ou tuteurs savaient-ils réellement où vous êtes allés la nuit | | | | |
| Jamais | 35,0 | 31,8 | 0,84 | 33,2 |
| Rarement ou parfois | 23,7*** | 10,6 | 1,70 | 16,3 |
| La plupart du temps ou toujours | 41,3 | 57,5*** | 0,55 | 50,5 |
| Vos parents ou tuteurs ont essayé de savoir où vous étiez l'après-midi après l'école | | | | |
| Jamais | 38,2 | 32,8 | 0,89 | 35,1 |
| Rarement ou parfois | 23,7*** | 14,2 | 1,77 | 18,3 |
| La plupart du temps ou toujours | 38,2 | 53,0*** | 0,55 | 46,6 |
| Vos parents ou tuteurs savaient-ils réellement où vous étiez l'après-midi après l'école | | | | |
| Jamais | 34,4 | 31,3 | 0,84 | 32,7 |
| Rarement ou parfois | 24,3*** | 12,2 | 1,52 | 17,4 |
| La plupart du temps ou toujours | 41,2 | 56,5*** | 0,56 | 49,9 |
| Vos parents ou tuteurs ont essayé de savoir ce que vous faisiez pendant votre temps libre | | | | |
| Jamais | 38,2 | 32,6 | 0,89 | 35,0 |
| Rarement ou parfois | 29,5*** | 19,1 | 1,18 | 23,6 |
| La plupart du temps ou toujours | 32,3 | 48,3*** | 0,51 | 41,4 |

- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$

4.5 SANTE MENTALE

Au total, quatre questions qui se rapportaient à la santé mentale des jeunes étaient incluses dans le questionnaire de l'enquête (Q.45 à Q.48). Parmi ces questions, une était en lien avec la consommation d'alcool ou de « drogues »⁷.

Les questions Q.45 à Q.47 ayant été formulées de la même façon dans le questionnaire, il est possible de considérer les réponses apportées ensemble. Les élèves avaient à indiquer s'ils avaient été préoccupés au cours des 12 derniers mois : parce qu'ils voulaient « consommer de l'alcool ou d'autres drogues » (Q.45) :

- parce qu'ils n'arrivaient pas à « manger ou n'avaient pas faim » (Q.46),
- parce que qu'ils n'arrivaient pas à « rester concentrés sur les devoirs ou d'autre choses qu'ils avaient à faire » (Q.47).

L'analyse des réponses collectées est extrêmement pertinente, car, comme cela a déjà été mentionné, les caractéristiques psychologiques et psychopathologiques sont des facteurs qui sont associés à l'initiation ou la consommation de substance, voire au développement de pathologies ou comorbidités. À titre d'exemple, la dépression et l'anxiété, les troubles de l'attention, les troubles de la personnalité sont fortement et systématiquement liés au risque de consommation nocive de substances (Amstrong & Costello, 2002). Et les personnes qui développent ces troubles sont plus susceptibles que les autres de consommer des substances, et ce, à un âge plus précoce (Rowe & al, 2004). Les troubles mentaux sont également très répandus parmi les adolescents, une estimation récente de l'OMS donnait un chiffre de 1 adolescent sur 7 (âgé de 10 à 17 ans) (OMS, 2020).

Il a également été démontré que la présence de troubles de santé mentale et comportementaux peut exacerber le rôle de la pauvreté et de la réaction au stress dans le développement des trajectoires de consommation (UNODC, 2018; UNODC, 2020; Blair, 2010). Inversement ; une exposition à la pauvreté pendant l'enfance peut également être associée à des problèmes de santé mentaux pendant l'adolescence (Boe, et al., 2017).

4.6 PREOCCUPATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

S'agissant des différentes préoccupations, le manque d'appétit ou le manque de capacité à se concentrer sont plus répandus parmi les élèves que la forte envie de consommation d'alcool ou drogues (Tableau 15). Et c'est le manque de concentration qui semble être le problème le plus fréquemment rencontré par les répondants (36,6 % sont préoccupés). Dans l'ensemble, le niveau de préoccupation relatif à la consommation de produits reste relativement bas (98 % de l'échantillon déclare ne jamais être préoccupé) mais les garçons déclarent plus souvent avoir été préoccupés que les filles par ce problème ($p=0,006$). À l'inverse les filles sont plus préoccupées par leur manque d'appétit ou le fait de ne pas arriver à manger ($p=0,016$). Il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes sur la capacité à rester concentré.

⁷ « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été particulièrement préoccupé parce que vous vouliez consommer de l'alcool ou d'autres drogues pour vous sentir mieux ».

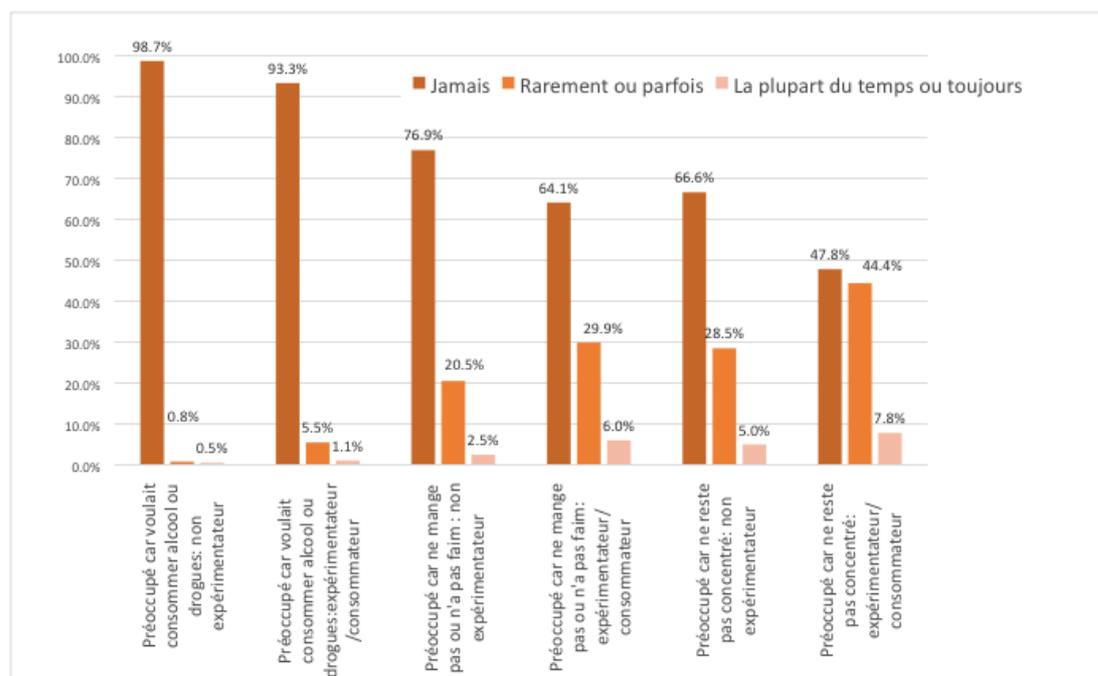
Tableau 15 : Préoccupations déclarées par les élèves et par sexe (%) (n=3119)

| | Garçons | Filles | Sex-ratio | Ensemble |
|--|---------|--------|-----------|----------|
| Consommation d'alcool ou d'autres drogues | | | | |
| Jamais | 96,80 | 98,50 | 0,76 | 97,80 |
| Rarement ou parfois | 2,40** | 1,00 | 1,78 | 1,60 |
| La plupart du temps ou toujours | 0,80** | 0,50 | 1,38 | 0,60 |
| Ne mange pas ou n'a pas faim | | | | |
| Jamais | 77,20 | 73,00 | 0,82 | 74,80 |
| Rarement ou parfois | 20,40 | 23,40* | 0,68 | 22,10 |
| La plupart du temps ou toujours | 2,40 | 3,60* | 0,52 | 3,10 |
| Manque de concentration | | | | |
| Jamais | 63,30 | 63,50 | 0,76 | 63,40 |
| Rarement ou parfois | 32,00 | 30,50 | 0,80 | 31,10 |
| La plupart du temps ou toujours | 4,80 | 5,90 | 0,62 | 5,40 |

- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$

Il est apparu pertinent de déterminer si le niveau de préoccupation est modifié en fonction de l'usage de substance. Il en ressort que le niveau de préoccupation est plus élevé chez les consommateurs d'alcool et de drogues que chez les non-consommateurs et ce sur l'ensemble des trois questions, comme le montre la Figure 15. Sur l'envie de consommer, la préoccupation est presque 6 fois supérieure chez les usagers au cours de la vie que chez les non-consommateurs (6,6 % vs 1,3 %), et sur la difficulté à se concentrer, la préoccupation est 1,5 fois plus forte (33,5 % contre 52,2 %).

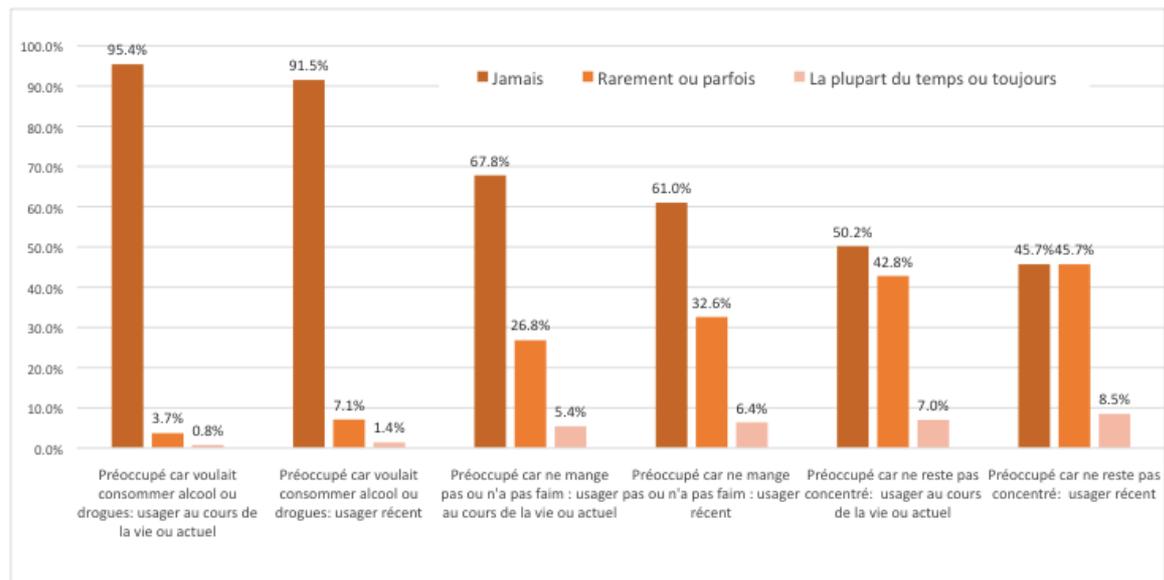
Figure 15 : Niveau de préoccupation des élèves en fonction de leur usage au cours de la vie d'alcool et de drogues (n=3128)



Si l'on se focalise uniquement sur les élèves qui ont déjà consommé au cours de leur vie, sont consommateurs actuels ou récents, les préoccupations sont plus marquées chez les usagers récents

par rapport aux usagers actuels ou aux usagers au cours de la vie. Comme on l'a vu précédemment, ce n'est pas forcément la consommation d'alcool ou de drogues qui est vécue comme une préoccupation mais davantage le manque d'appétit et le manque de concentration, qui peuvent être directement liés à la consommation de substances ou inversement, les consommateurs pouvant aussi consommer des substances pour pallier ces désagréments. Ainsi, comme le montre la Figure 16, le bien être ressenti semble être négativement lié à la consommation de substances : plus les jeunes deviennent des consommateurs réguliers, plus la notion de bien être diminue.

Figure 16 : Niveau de préoccupation des élèves en fonction de l'usage au cours de la vie, l'usage actuel et l'usage récent d'alcool et de drogues (n=523)



4.7 TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Le suicide est la 4^e cause de décès parmi les 15-19 ans dans le monde (OMS, 2020). Il est important de noter que le suicide reste peu fréquent au regard de la mortalité générale au Sénégal. Une étude rétrospective sur les cas de suicide dans la région de Dakar a montré que les cas de suicide étaient deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et la majorité des suicides sont reportés chez les jeunes adultes dont l'âge se situe entre 21 et 30 ans. La même étude souligne que le suicide des jeunes entre 10 et 20 ans représente 14 % des cas de suicide étudiés (Soumiah, Eboué, Ndiaye, & Sow, 2013). Il était donc important que ce sujet soit couvert dans le questionnaire de l'enquête. La question Q.48 demandait aux élèves s'ils avaient fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 3,0 % des jeunes ont répondu qu'ils avaient tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne les tentatives de suicide déclarées par les garçons (3,2 %) et les filles (2,8 %), ni selon les âges actuels des jeunes (15 ans = 2,7 % et 16 ans = 3,5 %). En revanche, on constate une différence entre les usagers d'alcool, de médicaments et de drogues au cours de la vie et les non-consommateurs : 5,9 % des usagers au cours de la vie déclarent avoir tenté de se suicider contre 2,3 % des non-consommateurs (p=0,000). Contrairement aux questions sur le bien-être, les usagers récents (consommation d'alcool, de

médicaments et de drogues dans les 30 derniers jours) ne déclarent pas plus fréquemment de tentative de suicide que les usagers au cours de la vie ou les usagers actuels.

4.8 VIOLENCE

Le questionnaire comportait 9 questions sur la ou les violences subies par les élèves à différentes occasions et notamment dans l'espace scolaire.

Sur l'ensemble des élèves, 2,8 % ont répondu faire partie d'un groupe violent. De façon attendue, les garçons sont plus fréquemment impliqués dans des groupes violents : 4,2 % pour les garçons interrogés contre 1,6 % des filles (différence significative au seuil $p=0,000$). Et cette différence est également significative lorsque l'on compare les usagers d'alcool, de médicaments ou de drogues au cours de la vie aux non-usagers. Parmi les élèves qui ont consommé une substance dans leur vie, 5,9 % déclarent faire partie d'un groupe violent contre seulement 2,2 % parmi ceux qui n'ont jamais consommé (différence significative au seuil $p=0,000$).

En ce qui concerne les blessures au cours des 12 derniers mois, 60,7 % des élèves déclarent ne pas avoir été blessé. Pour ceux qui ont été blessés au cours de l'année, le lieu de la blessure était principalement la maison ou un terrain de jeu.

Les ports d'armes au cours des 30 derniers jours sont extrêmement rares, 94,6 % déclarent n'avoir jamais porté une arme comme un pistolet, un couteau, un club de golf ou autre objet potentiellement dangereux. Et l'utilisation d'arme, au cours du mois écoulé, encore moins fréquente avec 97,3 % des élèves déclarant n'avoir jamais utilisé une arme ou un autre objet pouvant grièvement blesser ou tuer.

Un peu plus de 60 % des jeunes déclarent avoir un ou une petite amie. On a demandé à ces élèves s'ils avaient déjà été maltraité par leur partenaire : 11 % déclarent avoir été tapés, tapotés ou blessés physiquement exprès par leur petit ou petite amie au cours des 12 derniers mois.

Trois questions s'intéressaient spécifiquement aux violences dans l'espace scolaire. Au cours des 30 derniers jours, 96,3 % des jeunes déclarent ne pas se sentir menacé à l'école ou sur le chemin de l'école, ni avoir été menacé par une arme ou un objet potentiellement dangereux. Enfin, seulement 9,9 % des élèves disent avoir été plus impliqués dans une ou plusieurs bagarres physiques à l'école dans les 12 derniers mois, mais sans que l'on connaisse la gravité de ces bagarres ou les conséquences. Les garçons sont souvent impliqués dans des bagarres physiques dans l'espace scolaire que les filles (13 % pour les garçons contre 6,1 % pour les filles). L'espace scolaire sénégalais semble donc être un environnement relativement sûr et sécurisant pour les élèves.

4.9 RAPPORTS SEXUELS ET SANTE REPRODUCTIVE

La sexualité est un facteur important dans le développement des adolescents vers l'âge adulte. Les statistiques montrent que la plupart des garçons et des filles ont des rapports sexuels à l'âge de 15 ans ou avant (OMS, 2004). Même si en Europe, près de 70% des adolescents sexuellement actifs utilisent des préservatifs, il a été montré qu'en Afrique, et ce malgré l'épidémie de VIH, moins de 25 % des jeunes ont reconnu avoir utilisé un moyen de contraception moderne, ce qui les expose à des risques plus élevés de grossesses non désirées, de risque de contraction de maladies sexuellement transmissible et du VIH (Godeau, Gabhainn, Vignes, Ross, Boyce, & Todd, 2008). Dans le questionnaire,

9 questions portaient sur les rapports sexuels, l'utilisation de méthodes de contraception, l'accessibilité aux préservatifs et enfin l'occurrence d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Sur l'ensemble des élèves interrogés, 12,3 % ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. Les garçons sont beaucoup plus précoces que les filles dans ce domaine : 23,5 % disent avoir eu une expérience sexuelle contre seulement 3,6 % des filles (Tableau 16). Il n'existe pas de différence notable en fonction de l'âge actuel (15 ou 16 ans). Il est important de souligner qu'il existe également une différence marquée entre les consommateurs et les non-consommateurs (Tableau 16). L'âge à la première expérience sexuelle se situe en moyenne à $14 \pm 1,9$ ans (médiane=15) et une fois de plus on observe une initiation plus précoce chez les garçons que chez les filles : une moyenne à $13 \pm 1,9$ ans chez les garçons (médiane=14) contre $15 \pm 1,6$ ans chez les filles (médiane=16 ans).

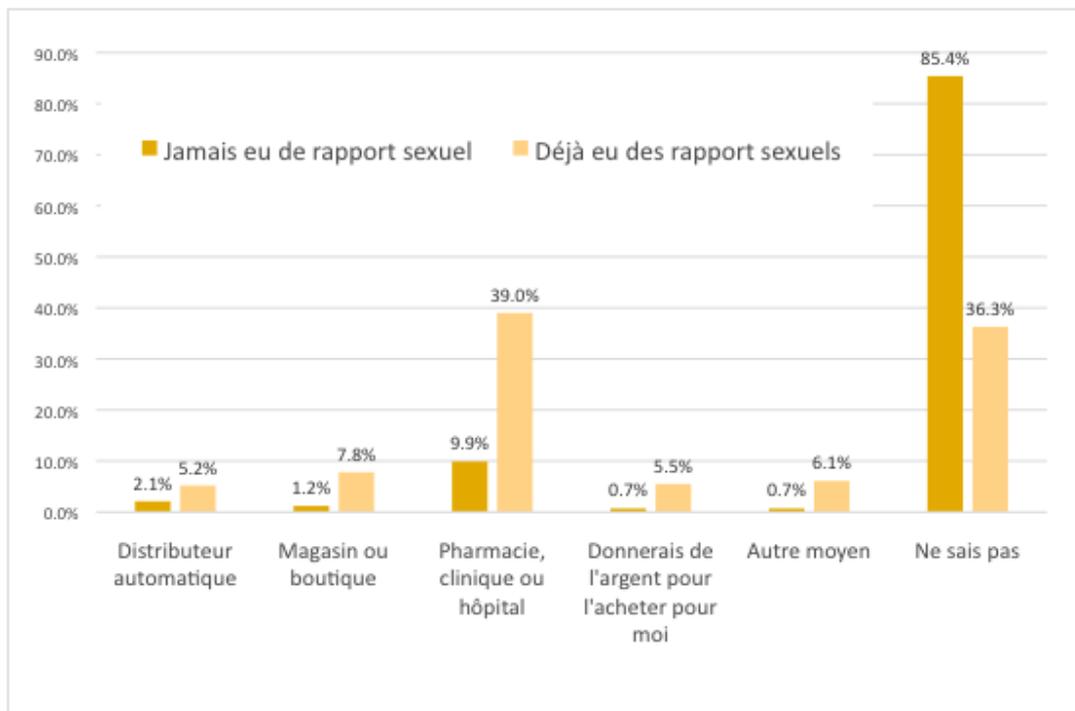
Tableau 16 : Rapports sexuels en fonction des caractéristiques des élèves (%) (n=3149)

| | N | A déjà eu des rapports sexuels | N'a jamais eu de rapport sexuel |
|--|------|--------------------------------|---------------------------------|
| Sexe | | | |
| Garçons | 1377 | 23,5*** | 76,5 |
| Filles | 1762 | 3,6 | 96,4 |
| Total | 3139 | 12,3 | 87,7 |
| Année de naissance | | | |
| Né en 2003 | 2162 | 12,2 | 87,8 |
| Né en 2004 | 987 | 12,6 | 87,4 |
| Total | 3149 | 12,3 | 87,7 |
| Usage au cours de la vie^(a) | | | |
| Jamais consommé de substance psychoactive dans sa vie | 2622 | 10,2 | 89,9 |
| Déjà consommé une substance psychoactive ou plus dans sa vie | 527 | 22,8*** | 77,2 |
| Total | 3149 | 12,3 | 87,7 |

- Se reporter à la section Repères Méthodologiques en début de rapport pour les différentes définitions d'usage considérées.
- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$
- (a) : soit de l'alcool, soit des médicaments (tranquillisant ou antidouleurs) soit une drogue.

Parmi les élèves qui ont déjà eu une expérience sexuelle, le nombre de partenaires déclarés au cours de la vie est en moyenne de 2,3 (médiane=2 et DS=1,7), mais la réponse la plus fréquemment déclarée (mode) est une seule personne. Lors du dernier rapport sexuel, 49,4 % des jeunes déclarent avoir utilisé un préservatif. L'accessibilité perçue du préservatif est particulièrement liée au fait que les élèves soient ou non sexuellement actifs (Figure 17). Une question était posée sur l'usage d'alcool ou des drogues lors du dernier rapport sexuel, 9 % des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir consommé de l'alcool ou des drogues avant et lors de leur dernier rapport sexuel. Certains ont également admis avoir contracté une infection sexuellement transmissible dans les 12 derniers mois : 13,8 % des jeunes sexuellement actifs.

Figure 17 : Comment se procurer un préservatif en % et en fonction de l'activité sexuelle (n=2760)



La section sur la violence comprenait une question sur les rapports sexuels forcés. Parmi les jeunes ayant déclaré être sexuellement actifs, 20,6 % ont répondu avoir déjà été forcé d'avoir un rapport sexuel sans consentement. Les proportions sont beaucoup plus élevées lorsque l'on considère les filles (30,5 %) comparativement aux garçons (18,9 %). Ces résultats sont en phase avec les tendances globales qui indiquent que les violences sexuelles sont plus élevées parmi les femmes que parmi les hommes (Borumandnia, Khadembashi, Tabatabaei, & Majd, 2020). Les chiffres connus sur les violences sexuelles au Sénégal dans la population générale datent de 2016 et donne un taux de 0,9 % pour 100000 habitants (UNODC, 2002), ce taux étant largement sous-estimé (WHO, 2002). Il n'existe pas de différence significative dans cette enquête en fonction de l'usage d'alcool ou de drogues. Le taux trouvé dans cette enquête sur les rapports sexuels forcés est à considérer sérieusement en termes de protection et de prévention de la jeunesse, lorsque que l'on sait que les conséquences de rapports sexuels non consentuels pour la victime peuvent dans le court ou long terme entrainer des dommages physiques, psychologiques (dépression, suicide), sanitaire (grossesses non désirées, IST, infection VIH, etc..) ou encore sociaux (mauvais résultats scolaires, rejet de la famille, etc..) tout comme des comportements à risques ultérieurs comme l'abus de d'alcool et de drogues (Jejeebhoy, 2011). Si des programmes d'éducation et de prévention à la sexualité sont nécessaires, ils ne sont pas toujours suffisants pour protéger les jeunes contre des rapports sexuels sans consentement. La mise en place d'approches normatives pour adresser les raisons sous-jacentes, valeurs et comportements des jeunes hommes qui peuvent être des auteurs potentiels sont tout aussi importantes (Jejeebhoy, 2006). Les estimations disponibles de l'OMS affirment qu'une femme sur trois dans le monde a dû faire face à des violences physiques et ou sexuelles et la plupart du temps par leur partenaire intime (WHO, 2022).

5. MODELE DE PREDICTION DE L'USAGE DE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE

La plupart des recherches suggèrent que l'adolescence (entre 12 et 17 ans) est une période critique quant à l'initiation à la consommation de drogues et que leur usage atteint généralement son plus haut niveau parmi les 18-25 ans (UNODC, 2018). Des jeunes faisant face à des défis économiques et psychologiques, du fait de vulnérabilités accrues, présentent un risque élevé de développer des troubles liés à la consommation de drogues (Blair, 2010; Legleye, Beck, Khlal, Perretti-Watel, & Chau, 2012). Selon l'OMS, l'abus de drogues est l'un des principaux risques pris durant cette période de leur vie et qui peut avoir un impact sur la santé mentale et physique des adolescents (OMS, 2021).

Comme il a été vu précédemment, les facteurs personnels, environnementaux, psychologiques varient entre les individus et adolescents. Tous les jeunes ne sont ainsi pas tous aussi vulnérables face à l'initiation et l'usage de substances psychoactives. Un seul facteur n'est pas suffisant pour mener à l'usage de substances et il s'avère aussi que les facteurs changent au cours du temps.

Dans le cadre de cette enquête un des objectifs est de déterminer, grâce aux différents éléments d'information collectés dans le questionnaire et décrits dans les sections précédentes, du mieux possible, quels sont ces facteurs protecteurs et de risques qui entrent en jeu chez les jeunes sénégalais dans l'initiation de la consommation de substances (alcool, médicaments et drogues).

Des modèles de régression logistique ont été établis pour tester l'effet de variables indépendantes sur l'usage de substances au cours de la vie (variable dépendante) afin d'identifier des facteurs de risques et des facteurs protecteurs. Plusieurs cas de figures ont été considérés : la consommation au cours de la vie d'une substance psychoactive quelle qu'elle soit (tabac, alcool, médicaments ou drogues) ; l'usage au cours de la vie d'alcool, de médicaments prescrits (tranquillisants ou antidouleurs) et de drogues⁸ ; l'usage au cours de la vie de médicaments prescrits ou de drogues⁹ ; et l'usage au cours de la vie de drogues¹⁰. Les résultats sont consignés dans les sections ci-dessous et pour chaque variable dépendante considérée.

Afin de s'assurer de la validité des variables explicatives entrées dans les différents modèles, les relations bivariées avec test de Khi-deux et calcul des risques relatifs ont été exécutés entre les variables dépendantes et les différentes variables explicatives. Il est à noter que pour un certain nombre d'éléments du questionnaire, tels que la connaissance des différentes substances psychoactives, les jugements de valeur sur les risques perçus de consommation, les problèmes rencontrés par les jeunes ou le niveau de supervision parentale, des indices de mesure composites ont dû être créés afin d'être intégrés dans les analyses bivariées et multivariées. Les résultats des croisements entre les variables dépendantes et les variables explicatives sont indiqués dans le Tableau 21.

⁸ Variable dépendante : usage au cours de la vie d'alcool, de tranquillisants, d'antidouleurs prescrits ou de drogues (cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres substances »).

⁹ Variable dépendante : usage au cours de la vie de tranquillisants, d'antidouleurs prescrits ou de drogues (cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres substances »)

¹⁰ Variable dépendante : usage au cours de la vie de cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, « autres substances ».

Il ressort des analyses bivariées que l'âge actuel n'est pas un facteur significatif dans la consommation au cours de la vie. Le sexe est un facteur différentiel significatif lorsque l'ensemble des substances psychoactives sont prises en considération (tabac, alcool, médicaments ou drogues), de même que dans le cas de consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues et de drogues uniquement. Le genre n'est pas un facteur différentiel pour la consommation de médicaments ou de drogues au cours de la vie. Les relations familiales avec la mère ou encore la possibilité de trouver du réconfort et de l'écoute auprès d'un(e) meilleur(e) ami(e) ne sont pas non plus des facteurs discriminants. Il est également à noter que le niveau d'éducation supérieur des parents n'est pas un facteur protecteur (Tableau 21). En ligne avec d'autres résultats déjà publiés, les adolescents issus de milieux aisés sont exposés à un risque plus élevé d'usage au cours de la vie de cannabis mais moins enclins à s'engager dans une consommation plus fréquente ou quotidienne (Gerra, Benedetti, Resce, Potente, Cutilli, & Molinaro, 2020). Les mêmes conclusions ont été avancées chez les adolescents français usagers de cannabis et usagers d'alcool (Legleye, Beck, Khlaf, Perretti-Watel, & Chau, 2012; OFDT, 2022).

Les facteurs de risques identifiés, et ce pour l'ensemble des différentes variables dépendantes considérées, dans les analyses bivariées sont soit des facteurs comportementaux (le fait d'avoir eu des rapports sexuels, d'avoir été absents à l'école sans justification, d'appartenir à un groupe violent, être impliqué dans une bagarre physique à l'école, d'avoir rencontré des problèmes physiques ou relationnels, avoir été menacé au cours du mois écoulé à l'école) ou psychologiques (être préoccupé car n'a pas d'appétit ou pas faim, être préoccupé car n'arrive pas à se concentrer, avoir fait une tentative de suicide). Les analyses européennes ont également démontré que l'absentéisme à l'école était associé à une probabilité plus grande d'usage fréquent de cannabis, cocaïne et héroïne (Gerra, Benedetti, Resce, Potente, Cutilli, & Molinaro, 2020) ou de fumer du tabac (Perelman, Leao, & Kunst, 2019). La connaissance des drogues et la perception de l'accessibilité des drogues ou les risques encourus de leurs consommations sont également significatifs pour les quatre variables dépendantes.

Les facteurs protecteurs apparaissent comme étant des facteurs sociaux : niveau faible d'éducation des parents, bonnes performances scolaires, bonnes relations familiales avec le père ou la mère, réconfort des amis, ou encore le contrôle parental (Tableau 21). Les facteurs trouvés sont en ligne avec les résultats trouvés dans d'autres études européennes sur les adolescents en Europe qui ont montré que la surveillance et le suivi parental pourraient être liés à de faibles niveaux de consommation de drogues parmi les jeunes et que cette surveillance parentale est moins fréquente chez les familles qui connaissent des difficultés socio-économiques que parmi les familles qui n'en ont pas (Tornay & al, 2013; Fallu & al, 2010).

L'analyse multivariée a été réalisée pour les quatre variables dépendantes en suivant la même méthodologie, dans le but de prédire les facteurs risque et protecteur dans la consommation de substance : identification des variables explicatives les plus significatives à introduire dans le modèle, identification des corrélations entre les différentes variables explicatives et l'exclusion des variables fortement corrélées, identification du modèle explicatif le plus pertinent.

5.1 USAGE D'UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE AU COURS DE LA VIE

Dans cette analyse, l'objectif est d'identifier les facteurs explicatifs de la consommation au cours de la vie d'une substance psychoactive quelle qu'elle soit (tabac, alcool, médicaments prescrits ou drogues) chez les jeunes sénégalais de 15 et 16 ans.

Les résultats de l'analyse multivariée sont consignés dans le Tableau 17 ci-dessous. Le modèle de régression présenté est statistiquement significatif. Il explique 25,5 % de la variance de la consommation d'une substance psychoactive au cours de la vie et a correctement classifié 74 % des cas. Il est intéressant de souligner que les variables significatives dans les analyses bivariées ne le sont plus forcément dans l'analyse multivariée.

Tableau 17 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments ou de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité.

| Variable | Catégories | OR | IC | p |
|--|---------------------------------------|----------|-------------|-------|
| Sexe | Garçons | | | |
| | Filles | 0,818 | 0,574-0,066 | 0,268 |
| Avoir eu des rapports sexuels | Jamais | | | |
| | Déjà eu des rapports sexuels | 2,568*** | 1,637-4,029 | 0,000 |
| Éducation du père | Niveau primaire | | | |
| | Niveau secondaire ou universitaire | 1,274 | 0,916-1,774 | 0,15 |
| Absentéisme scolaire | 0 jours | | | |
| | 1 jour ou plus dans le mois | 1,575* | 1,123-2,531 | 0,03 |
| Préoccupé car n'arrive pas à se concentrer | Jamais | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 1,621*** | 1,157-2,272 | 0,005 |
| Bagarre physique à l'école | Jamais | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 2,210*** | 1,343-3,636 | 0,002 |
| Problèmes rencontrés | Pas de problème | | | |
| | Un ou plusieurs problèmes | 1,715*** | 1,217-2,416 | 0,002 |
| Accessibilité perçue des drogues | Impossible ou très difficile | | | |
| | Relativement facile ou facile | 2,057*** | 1,418-2,983 | 0,000 |
| Risque perçu de la consommation de drogues | Risque élevé ou modéré | | | |
| | Pas ou peu de risque | 1,719*** | 1,237-2,387 | 0,001 |
| Connaissance des drogues | Ne connaît aucune drogue | | | |
| | Connaît au moins une drogue | 2,227*** | 1,412-3,514 | 0,001 |
| Parents savent où est le samedi soir | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 1,381 | 0,922-2,068 | 0,117 |

- Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$
- $n=3303$, total inclus dans l'analyse $n=944$
- Modèle de régression statistiquement significatif $X^2(11)=179.5$, $p < 0,000$. $R^2=0,173$ (Cox & Snell), 0,255 (Nagelkerke).

Il ressort de l'analyse multivariée que les facteurs comportementaux ou psychologiques ont un poids non négligeable dans la prédiction de la consommation de substances psychoactives au cours de la vie. Ainsi les jeunes qui sont sexuellement actifs auraient 2,5 fois plus de risques de consommer une substance que ceux qui ne le sont pas ($OR=2,568$; $IC=1,637-4,029$; $p < 0,000$), ceux qui ont été

impliqués dans une bagarre à l'école 2,2 fois plus de risque (OR=2,21 ; IC=1,343-3.636 ; p=0,002). Les jeunes qui sont préoccupés du fait de leur manque de concentration auraient 1,6 fois plus de risques de consommer (OR=1,621 ; IC=1,157-2,272 ; p=0,005), risque à peu près équivalent au risque lorsque les adolescents ont déjà rencontré des problèmes (OR=1,715 ; IC=1,217-2.416 ; p=0,002). L'absentéisme scolaire jouerait également un rôle mais moindre (OR=1,575 ; IC=1,123-2,531 ; p=0,03). Les résultats récemment publiés de l'enquête auprès de jeunes de 17 ans en France montrent en l'occurrence que pour les jeunes les usages d'alcool ou de cannabis sont fortement associées à leur situation scolaire (OFDT, 2022). Les jeunes pour qui l'accessibilité perçue des substances psychoactives est relativement facile ont un risque deux fois plus élevé (OR=2,057 ; IC= 1,438-2,989 ; p<0,000) de consommer une substance au cours de leur vie. Ceux qui jugent que les risques engendrés par la consommation de drogues sont moindres, ont eux aussi un risque plus élevé d'expérimenter une substance (OR=1,719 ; IC=1,237-2,387 ; p=0,001).

Le niveau d'éducation du père ou les règles établies par les parents pour encadrer les sorties du samedi soir, tout comme le sexe de l'adolescent n'apparaissent pas comme étant des facteurs différenciateurs dans l'expérimentation de substances psychoactives.

5.2 USAGE D'ALCOOL, DE MEDICAMENTS OU DE DROGUES AU COURS DE LA VIE

Sur la base des résultats consignés dans le Tableau 21, une analyse multivariée a été réalisée dans le but de prédire les facteurs risque et protecteur dans la consommation d'alcool, de médicaments prescrits ou de drogues, tout en contrôlant les interrelations entre les différentes variables. Bien que le sexe n'ait pas été révélé comme un facteur différentiel dans la consommation de substances, il a été cependant gardé dans le modèle multivarié. Les résultats de l'analyse multivariée sont consignés dans le Tableau 18. Le modèle de régression présenté est statistiquement significatif. Il explique 20 % de la variance de la consommation d'alcool, de médicaments prescrits ou de drogues au cours de la vie et a correctement classifié 80 % des cas. Il est intéressant de souligner que les variables significatives dans les analyses bivariées ne le sont plus forcément dans l'analyse multivariée.

Il ressort de l'analyse multivariée que les facteurs environnementaux ou psychologiques ont un poids relativement faible dans la prédiction de la consommation d'alcool, de médicaments prescrits ou de drogues au cours de la vie parmi les jeunes sénégalais âgés de 15 ou 16 ans interrogés comparativement à l'accessibilité perçue des drogues ou la consommation de cigarettes au cours de la vie (Tableau 18). Ainsi les jeunes pour qui l'accessibilité perçue des drogues est relativement facile ont un risque deux fois plus élevé (OR=1,927 ; IC=1,1313-2,830 ; p=0,001) de consommer de l'alcool, des médicaments ou des drogues au cours de leur vie. Quant aux jeunes qui ont déjà consommé des cigarettes au cours de leur vie, ils ont un risque trois fois plus élevé de consommer d'autres substances (OR=3,149 ; IC=1,853-5,351 ; p<0,000). Parmi les autres variables significatives dans le modèle : les bagarres physiques à l'école (OR=2,140 ; IC=1,300-3,524 ; p=0,003), les problèmes rencontrés par les adolescents dans leur vie courante (OR=1,603 ; IC=1,121-2,293 ; p=0,01) ou encore le fait d'être préoccupé à cause d'un manque de concentration (OR=1,628 ; IC=1,143-2,319 ; p=0,007). Finalement, l'éducation de la mère (OR=1,542 ; IC=1,007-2,361 ; p=0,047), les risques perçus de la consommation (OR=1,654 ; IC=1,125-2,432, p=0,01) et le fait d'être sexuellement actif (OR=2,052 ; IC=1,190-3,539 ; p=0,01) jouent également un rôle mais moindre dans l'ensemble des facteurs considérés.

Tableau 18 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation d'alcool, de médicaments prescrits ou de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité.

| Variable | Catégories | OR | IC | p |
|--|---------------------------------------|----------|-------------|-------|
| Sexe | Garçons | | | |
| | Filles | 1,268 | 0,861-0,869 | 0,229 |
| Avoir eu des rapports sexuels | Jamais | | | |
| | Déjà eu des rapports sexuels | 1,239 | 0,744-2,062 | 0,411 |
| Éducation du père | Niveau primaire | | | |
| | Niveau secondaire ou universitaire | 1,168 | 0,827-1,651 | 0,378 |
| Niveau scolaire | Excellent ou au-dessus de la moyenne | | | |
| | Moyen ou en dessus de la moyenne | 1,091 | 0,720-1,655 | 0,681 |
| Préoccupé car n'arrive pas à se concentrer | Jamais | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 1,628** | 1,143-2,319 | 0,007 |
| Bagarre physique à l'école | Jamais | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 2,140*** | 1,300-3,524 | 0,003 |
| Problèmes rencontrés | Pas de problème | | | |
| | Un ou plusieurs problèmes | 1,603** | 1,121-2,293 | 0,01 |
| Accessibilité perçue des drogues | Impossible ou très difficile | | | |
| | Relativement facile ou facile | 1,927*** | 1,313-2,830 | 0,001 |
| Risque perçu de la consommation d'alcool et de drogues | Risque élevé ou ne sait pas | | | |
| | Pas ou peu de risque | 1,727*** | 1,225-2,434 | 0,001 |
| Usage de cigarettes dans la vie | Jamais consommé dans sa vie | | | |
| | A consommé des cigarettes dans sa vie | 3,149*** | 1,853-5,351 | 0,000 |
| Connaissance des drogues | Ne connaît aucune drogues | | | |
| | Connaît au moins une drogue | 1,575 | 0,987-2,515 | 0,057 |
| Parents savent où est le samedi soir | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 1,078 | 0,697-1,666 | 0,736 |

- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$
- $n=3303$, total inclus dans l'analyse $n=939$
- Modèle de régression statistiquement significatif $X^2(12)=130$, $p < 0,000$. $R^2=0,129$ (Cox & Snell), $0,200$ (Nagelkerke).

5.3 USAGE DE MEDICAMENTS OU DE DROGUES AU COURS DE LA VIE

L'objectif est d'identifier, avec cette analyse, les facteurs explicatifs de la consommation au cours de la vie de médicaments prescrits (tranquillisants ou antidouleurs) ou drogues chez les jeunes sénégalais de 15 et 16 ans. Le modèle de régression présenté est statistiquement significatif (Tableau 19). Il explique 25 % de la variance de la consommation de médicaments prescrits ou de drogues au cours de la vie et a correctement classifié 86 % des cas.

Le modèle de régression fait ressortir plusieurs spécificités (Tableau 19). Il est observé une différence significative entre les sexes (OR=1,683 ; IC=1,052-2,694 ; $p=0,03$), vraisemblablement une réflexion de la différence de consommation de médicaments (tranquillisants ou antidouleurs prescrits) entre le

genre car les filles consomment plus de médicaments prescrits que les garçons. Les filles auraient en effet 1,6 fois plus de risque de consommer des médicaments prescrits ou des drogues que les garçons. Autre différence, l'éducation du père apparaît aussi significative contrairement aux modèles testés avec les autres variables dépendantes (OR=1,643 ; IC=1,084-2,489 ; p=0,019).

Tableau 19 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation de médicaments ou de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité.

| Variable | Catégories | OR | IC | p |
|--|---------------------------------------|----------|--------------|-------|
| Sexe | Garçons | | | |
| | Filles | 1,683* | 1,052-2,694 | 0,03 |
| Avoir eu des rapports sexuels | Jamais | | | |
| | Déjà eu des rapports sexuels | 1,143 | 0,615-2,125 | 0,673 |
| Éducation du père | Niveau primaire | | | |
| | Niveau secondaire ou universitaire | 1,643* | 1,084-2,489 | 0,019 |
| Absentéisme scolaire | 0 jours | | | |
| | 1 jour ou plus dans le mois | 1,264 | 0,768-2,082 | 0,357 |
| Préoccupé car n'arrive pas à se concentrer | Jamais | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 1,550* | 1,012-2,376 | 0,044 |
| Problèmes rencontrés | Pas de problème | | | |
| | Un ou plusieurs problèmes | 1,869** | 1,222-2,858 | 0,004 |
| Accessibilité perçue des drogues | Impossible ou très difficile | | | |
| | Relativement facile ou facile | 2,293*** | 1,470-3,578 | 0,000 |
| Risque perçu de la consommation de drogues | Risque élevé ou ne sait pas | | | |
| | Pas ou peu de risque | 1,809*** | 1,194-2,741 | 0,005 |
| Usage de cigarettes ou d'alcool dans la vie | Jamais consommé dans sa vie | | | |
| | A consommé des cigarettes dans sa vie | 2,637*** | 1,589-4,376 | 0,000 |
| Connaissance des drogues | Ne connaît aucune drogues | | | |
| | Connaît au moins une drogue | 7,791*** | 2,784-21,805 | 0,000 |
| Menacé ou blessé à l'école dans le mois écoulé | 0 fois | | | |
| | 1 fois ou plus | 1,504 | 0,593-3,817 | 0,39 |
| Règles claires et stables en dehors de la maison | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 1,382 | 0,879-2,175 | 0,161 |
| Réconfort, affection et écoute des parents | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 0,982 | 0,550-1,752 | 0,951 |

- * Différence significative au seuil de p<0,05
- ** Différence significative au seuil de p<0,01
- *** Différence significative au seuil de p<0,005
- n=3303, total inclus dans l'analyse n=896
- Modèle de régression statistiquement significatif X² (13)=141,2, p<0,000. R²=0,146 (Cox & Snell), 0,258 (Nagelkerke).

Une fois de plus, l'accessibilité, les jugements de valeur sur les risques de consommation, la connaissance des drogues jouent des rôles clés dans la consommation de médicaments prescrits ou de drogues. Les jeunes pour qui l'accessibilité perçue des drogues est relativement facile ont un risque deux fois plus élevé (OR=2,293 ; IC=1,470-3,578 ; p<0,000) de consommer des médicaments prescrits ou des drogues au cours de leur vie. Les adolescents qui déclarent connaître des drogues auraient

quant à eux un risque 7 fois plus élevé de consommer (OR=7,791 ; IC=1,2,784-21.805 ; p<0,000). Les jeunes qui ont déjà consommé des cigarettes ou de l'alcool au cours de leur vie auraient, eux, un risque presque 3 fois plus élevé de consommer des médicaments prescrits ou des drogues que les autres (OR=2,637 ; IC=1,589-4,376 ; p<0,000). Parmi les autres variables significatives dans le modèle : les problèmes rencontrés par les adolescents dans leur vie courante (OR=1,869 ; IC=1,122-2,858 ; p=0,004), ou encore le fait d'être préoccupé à cause d'un manque de concentration (OR=1,550 ; IC=1,012-2,376 ; p=0,044).

5.4 USAGE DE DROGUES AU COURS DE LA VIE

Ce dernier modèle de régression multivariée s'intéresse plus spécifiquement à la consommation de drogues au cours de la vie¹¹ chez les jeunes sénégalais interrogés.

Il s'avère que le modèle identifie seulement une seule variable significative en dehors de celle de la consommation au cours de la vie de tabac, d'alcool ou de médicaments prescrits (Tableau 20). L'absentéisme scolaire est significatif au seuil de p<0,05, les élèves qui ont été absents 1 jour ou plus dans le mois auraient trois fois plus de risque de consommer des drogues que les autres (OR=2,792 ; IC=1,065-7,317 ; p=0,037). Ce résultat se retrouve également chez les jeunes français de 17 ans où les expérimentations et consommations de cannabis sont fortement associées à la situation scolaire actuelle (OFDT, 2022).

Le modèle révèle que la consommation au cours de la vie de tabac, d'alcool ou de médicaments prescrits sont les facteurs de risques les plus pertinents pour expliquer la consommation de drogues. Ainsi, les jeunes qui ont consommé des cigarettes auraient un risque 4 fois plus élevé de consommer des drogues (OR=4,401 ; IC=1,620-11,956 ; p=0,004), alors que les jeunes qui ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie auraient un risque 5 fois plus élevé de consommer des drogues (OR=5,536 ; IC=2,191-13,990-11 ; p<0,000). Enfin les jeunes qui ont consommé des tranquillisants ou des antidouleurs prescrits auraient un risque 7 fois plus élevé de consommer des drogues (OR=7,357 ; IC=2,727-19,844 ; p<0,000).

¹¹ Variable dépendante : usage au cours de la vie de cannabis ou haschisch, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy, crack, cocaïne, héroïne, opium, morphine, Spice, hallucinogènes, ou encore « autres substances ».

Tableau 20 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité.

| Variable | Catégories | OR | IC | p |
|--|---------------------------------------|----------|--------------|-------|
| Sexe | Garçons | | | |
| | Filles | 0,928 | 0,320-2,688 | 0,89 |
| Avoir eu des rapports sexuels | Jamais | | | |
| | Déjà eu des rapports sexuels | 1,083 | 0,348-3,366 | 0,891 |
| Éducation de la mère | Niveau primaire | | | |
| | Niveau secondaire ou universitaire | 1,373 | 0,571-3,301 | 0,479 |
| Absentéisme scolaire | 0 jours | | | |
| | 1 jour ou plus dans le mois | 2,792* | 1,065-7,317 | 0,037 |
| Préoccupé car n'arrive pas à se concentrer | Jamais | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 0,494 | 0,190-1,284 | 0,148 |
| Problèmes rencontrés | Pas de problème | | | |
| | Un ou plusieurs problèmes | 0,705 | 0,277-1,799 | 0,465 |
| Accessibilité perçue des drogues | Impossible ou très difficile | | | |
| | Relativement facile ou facile | 1,759 | 0,704-4,399 | 0,227 |
| Risque perçu de la consommation de drogues | Risque élevé ou modéré | | | |
| | Pas ou peu de risque | 0,935 | 0,377-2,320 | 0,884 |
| Usage de cigarettes dans la vie | Jamais consommé dans sa vie | | | |
| | A consommé des cigarettes dans sa vie | 4,401*** | 1,620-11,956 | 0,004 |
| Usage d'alcool dans la vie | Jamais consommé dans sa vie | | | |
| | A consommé des cigarettes dans sa vie | 5,536*** | 2,191-13,990 | 0,000 |
| Usage de tranquillisants ou antidouleurs prescrits dans la vie | Jamais consommé dans sa vie | | | |
| | A consommé des cigarettes dans sa vie | 7,357*** | 2,727-19,844 | 0,000 |
| Connaissance des drogues | Ne connaît aucune drogues | | | |
| | Connaît au moins une drogue | 1,708 | 0,353-8,277 | 0,506 |
| Menacé ou blessé à l'école dans le mois écoulé | 0 fois | | | |
| | 1 fois ou plus | 1,433 | 0,264-7,789 | 0,677 |
| Parents savent où est le samedi soir | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 2,42 | 0,936-6,259 | 0,068 |
| Réconfort, affection et écoute des parents | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 1,008 | 0,331-3,066 | 0,989 |
| Réconfort, affection et écoute du meilleur ami | Toujours, assez souvent | | | |
| | Parfois, pas habituellement | 2,146 | 0,907-5,077 | 0,082 |

- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$
- $n = 3303$, total inclus dans l'analyse $n = 852$
- Modèle de régression statistiquement significatif $X^2(16) = 107,2$, $p < 0,000$. $R^2 = 0,119$ (Cox & Snell), $0,425$ (Nagelkerke).

Tableau 21 : Relation bivariées entre les différentes variables explicatives et dépendantes considérées

| Variable | Catégories | Usage au cours de la vie de tabac, alcool, médicaments ou de drogues | | | Usage au cours de la vie d'alcool, de médicaments ou de drogues | | | Usage au cours de la vie de médicaments ou de drogues | | | Usage au cours de la vie de drogues | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|-------------|--------|---|-------------|--------|---|-------------|--------|-------------------------------------|-------------|--------|
| | | OR | IC | P | OR | IC | P | OR | IC | P | OR | IC | P |
| Sexe | Garçons | | | | | | | | | | | | |
| | Filles | 0,535*** | 0,446-0,626 | <0,000 | 0,835* | 0,694-1,003 | =0,054 | 0,927 | 0,732-1,175 | 0,532 | 0,671* | 0,463-0,974 | =0,035 |
| Année de naissance | 2003 | | | | | | | | | | | | |
| | 2004 | 1,231 | 1,031-0,469 | =0,022 | 1,187 | 0,977-0,144 | =0,083 | 1,196 | 0,933-1,532 | =0,158 | 1,215 | 0,824-1,791 | =0,325 |
| Avoir eu des rapports sexuels | Jamais | | | | | | | | | | | | |
| | Déjà eu des rapports sexuels | 3,859*** | 3,090-4,820 | <0,000 | 2,593*** | 2,040-3,295 | <0,000 | 1,772*** | 1,296-2,422 | <0,000 | 2,873*** | 1,872-4,410 | <0,000 |
| Éducation de la mère | Niveau primaire | | | | | | | | | | | | |
| | Niveau secondaire ou universitaire | 1,302** | 1,073-1,581 | =0,007 | 1,498*** | 1,214-1,850 | <0,000 | 1,722*** | 1,318-2,250 | <0,000 | 2,726*** | 1,757-4,231 | <0,000 |
| Éducation du père | Niveau primaire | | | | | | | | | | | | |
| | Niveau secondaire ou universitaire | 1,381*** | 1,147-1,664 | =0,001 | 1,360*** | 1,111-1,665 | =0,003 | 1,476*** | 1,144-1,906 | =0,003 | 1,189 | 0,801-1,763 | =0,390 |
| Niveau scolaire | Excellent ou au-dessus de la moyenne | | | | | | | | | | | | |
| | Moyen ou en dessus de la moyenne | 1,377*** | 1,131-1,677 | =0,001 | 1,369*** | 1,105-1,696 | =0,004 | 1,196 | 0,906-1,580 | =0,206 | 1,186 | 0,766-1,836 | =0,443 |
| Absentéisme scolaire | 0 jours | | | | | | | | | | | | |
| | 1 jour ou plus dans le mois | 2,849*** | 2,327-3,849 | <0,000 | 2,210*** | 1,173-2,753 | <0,000 | 2,496*** | 1,911-3,260 | <0,000 | 3,449*** | 2,334-5,096 | <0,000 |
| Appartenance à un groupe violent | Non | | | | | | | | | | | | |
| | Oui | 3,229*** | 2,103-4,956 | <0,000 | 2,789*** | 1,782-4,365 | <0,000 | 2,584*** | 1,517-4,402 | <0,000 | 3,305*** | 1,613-6,771 | =0,001 |
| Préoccupé car pas faim | Jamais | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 1,768*** | 1,467-2,130 | <0,000 | 1,866*** | 1,526-2,282 | <0,000 | 2,098*** | 1,633-2,695 | <0,000 | 1,731** | 1,164-2,575 | =0,006 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|-------------|--------|----------|-------------|--------|----------|-------------|--------|----------|-------------|--------|
| Préoccupé car n'arrive pas à se concentrer | Jamais | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 2,262*** | 1,900-2,694 | <0,000 | 2,173*** | 1,797-2,627 | <0,000 | 2,280*** | 1,788-2,908 | <0,000 | 1,736*** | 1,184-2,545 | =0,004 |
| Tentative de suicide | Jamais | | | | | | | | | | | | |
| | Une tentative au cours des 12 derniers mois | 2,251*** | 1,459-3,473 | <0,000 | 2,645*** | 1,695-4,129 | <0,000 | 2,262*** | 1,316-3,887 | =0,002 | 2,732** | 1,288-5,795 | =0,006 |
| Bagarre physique à l'école | Jamais | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, souvent, la plupart du temps | 3,658*** | 2,843-4,708 | <0,000 | 3,302*** | 2,535-4,303 | <0,000 | 2,954*** | 2,152-4,055 | <0,000 | 2,961*** | 1,850-4,738 | <0,000 |
| Problèmes rencontrés | Pas de problème | | | | | | | | | | | | |
| | Un ou plusieurs problèmes | 2,640*** | 2,180-3,196 | <0,000 | 2,542*** | 2,066-3,128 | <0,000 | 3,154*** | 2,432-4,090 | <0,000 | 2,040*** | 1,329-3,131 | =0,001 |
| Accessibilité perçue des cigarettes | Impossible ou très difficile | | | | | | | | | | | | |
| | Relativement facile ou facile | 1,699*** | 1,776-2,982 | <0,000 | 1,272 | 0,990-1,635 | =0,060 | 1,342 | 0,987-1,824 | =0,060 | 1,426 | 0,881-2,307 | =0,147 |
| Accessibilité perçue des drogues | Impossible ou très difficile | | | | | | | | | | | | |
| | Relativement facile ou facile | 2,301*** | 1,776-2,982 | <0,000 | 2,276*** | 1,729-2,996 | <0,000 | 2,939*** | 2,131-4,053 | <0,000 | 2,944*** | 1,795-4,828 | <0,000 |
| Accessibilité perçue de l'alcool | Impossible ou très difficile | | | | | | | | | | | | |
| | Relativement facile ou facile | 1,883*** | 1,467-2,417 | <0,000 | 1,716*** | 1,312-1,242 | <0,000 | 1,487* | 1,065-2,075 | =0,019 | 1,942** | 1,162-3,244 | =0,010 |
| Risque perçu de la consommation de cigarettes | Risque élevé ou modéré | | | | | | | | | | | | |
| | Pas ou peu de risque | 1,591*** | 1,302-1,944 | <0,000 | 1,386*** | 1,112-1,727 | =0,004 | 1,340* | 1,017-1,765 | =0,037 | 1,730* | 1,122-2,667 | =0,012 |
| Risque perçu de la consommation d'alcool et de drogues | Risque élevé ou ne sait pas | | | | | | | | | | | | |
| | Pas ou peu de risque | Exclue | Exclue | Exclue | 2,023*** | 1,635-2,502 | <0,000 | Exclue | Exclue | Exclue | Exclue | Exclue | Exclue |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------|-------------|--------|----------|-------------|--------|----------|-------------|--------|----------|--------------|--------|
| Risque perçu de la consommation d'alcool | Risque élevé ou modéré | | | | | | | | | | | | |
| | Pas ou peu de risque | 1,582*** | 1,264-1,981 | <0,000 | 1,735*** | 1,365-2,205 | <0,000 | 1,427 | 1,051-1,937 | =0,022 | 2,186*** | 1,384-3,451 | =0,001 |
| Risque perçu de la consommation de drogues | Risque élevé ou modéré | | | | | | | | | | | | |
| | Pas ou peu de risque | 1,828*** | 1,495-2,236 | <0,000 | 2,068*** | 1,662-2,573 | <0,000 | 2,432*** | 1,848-3,202 | <0,000 | 2,653*** | 1,702-4,135 | <0,000 |
| Connaissance des drogues | Ne connaît aucune drogues | | | | | | | | | | | | |
| | Connait au moins une drogue | 2,702*** | 2,214-3,296 | <0,000 | 2,634*** | 2,111-3,287 | <0,000 | 6,387*** | 4,327-9,429 | <0,000 | 6,601*** | 3,438-12,673 | <0,000 |
| Menacé à l'école dans le mois écoulé | 0 fois | | | | | | | | | | | | |
| | 1 fois ou plus | 3,354*** | 2,277-4,939 | <0,000 | 3,181*** | 2,133-4,744 | <0,000 | 3,267*** | 2,066-5,166 | <0,000 | 4,137*** | 2,239-7,644 | <0,000 |
| Parents savent où est le samedi soir | Toujours, souvent | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, habituellement | 1,587*** | 1,314-1,917 | <0,000 | 1,430*** | 1,162-1,759 | =0,001 | 1,117 | 0,848-1,470 | =0,431 | 1,773** | 1,189-2,643 | =0,004 |
| Règles claires dans la maison | Toujours, souvent | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, habituellement | 1,421*** | 1,155-1,748 | =0,001 | 1,282* | 1,020-1,612 | =0,033 | 1,401* | 1,054-1,861 | =0,020 | 1,486 | 0,959-2,301 | =0,074 |
| Règles claires en dehors de la maison | Toujours, souvent | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, habituellement | 1,439*** | 1,192-1,737 | <0,000 | 1,518*** | 1,239-1,861 | <0,000 | 1,454** | 1,131-1,896 | =0,004 | 1,642* | 1,100-2,449 | =0,014 |
| Réconfort de la part des parents | Toujours, souvent | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, habituellement | 1,432** | 1,130-1,814 | =0,003 | 1,350* | 1,043-1,749 | =0,022 | 1,432** | 1,099-2,073 | =0,010 | 1,678* | 1,039-2,709 | =0,032 |
| Réconfort de la part du meilleur ami(e) | Toujours, souvent | | | | | | | | | | | | |
| | Parfois, habituellement | 1,254* | 1,039-1,513 | =0,018 | 1,168 | 0,950-1,436 | =0,141 | 1,219 | 0,940-1,581 | =0,135 | 1,648* | 1,116-2,435 | =0,011 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|----------|-------------|--------|----------|-------------|--------|-------|-------------|--------|-------|-------------|--------|
| Relation avec la mère | Très satisfait ou | | | | | | | | | | | | |
| | Pas satisfait | 1,245 | 0,842-1,842 | =0,271 | 1,361 | 0,900-2,061 | =0,143 | 1,065 | 0,606-1,875 | =0,826 | 1,451 | 0,662-3,178 | =0,349 |
| Relation avec le père | Très satisfait ou | | | | | | | | | | | | |
| | Pas satisfait | 1,769*** | 1,330-2,353 | <0,000 | 1,730*** | 1,274-2,350 | <0,000 | 1,373 | 0,918-2,053 | =0,121 | 1,191 | 0,613-2,313 | =0,606 |

- * Différence significative au seuil de $p < 0,05$.
- ** Différence significative au seuil de $p < 0,01$.
- *** Différence significative au seuil de $p < 0,005$.

IV. DISCUSSION

L'enquête sur la consommation de drogues chez les élèves des écoles secondaires est une enquête nationale et représentative menée au Sénégal sur l'usage de substances psychoactives et la santé. Elle a pour objectif de fournir des informations sur la nature et la fréquence de la consommation de produits psychoactifs parmi les jeunes âgés de 15 et 16 ans et scolarisés en établissement public ou privé. Largement basée sur la méthodologie d'enquête développée par l'UNODC et mise en œuvre précédemment dans la région, le questionnaire de l'enquête a été adapté à la situation et aux besoins nationaux grâce à une phase pilote de tests et des consultations avec l'ensemble des parties prenantes (CNRS, Division du Contrôle Médical Scolaire du Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère de la santé et de l'Action sociale, CILD). L'enquête a prouvé qu'il était possible de collecter des données représentatives et exhaustives au moyen d'une enquête scolaire d'envergure dans la mesure où une collaboration étroite et continue de toutes les parties prenantes locales était assurée.

Toutes les études scientifiques ont des limites et cette enquête n'est pas sans en avoir. Celles-ci doivent être méticuleusement prises en compte afin d'assurer une interprétation non biaisée des données recueillies. La première limite est liée à la nature intrinsèque de l'enquête qui repose sur l'auto-déclaration. Il est toujours convenu de s'attendre à un certain niveau de sous-déclaration des consommations dans les enquêtes en milieu scolaire, mais l'étendue de ce phénomène est en grande partie inconnue. Cette enquête a donc intégré certaines questions spécifiques permettant de contrôler des déclarations inexactes. Il a ainsi été demandé aux élèves dans la question Q.26 « si vous aviez déjà consommé du cannabis, croyez-vous que vous l'auriez dit dans ce questionnaire » (la question d'honnêteté). Un peu plus 9 % des élèves interrogés ont répondu « j'ai déjà dit que je l'avais pris », tandis que la consommation auto-déclarée de cannabis n'est que de 2,3 %. Ceci suggérerait que la consommation de cannabis au cours de la vie aurait pu être aussi élevée que 9 %. Une analyse un peu plus approfondie des réponses à cette question et les doutes émis sur la compréhension de la question par les élèves ou encore les limites soulevées dans le récent rapport de l'enquête au Kazakhstan (UNODC, April 2021) sont parmi les raisons qui ont conduit à ne pas corriger les niveaux de prévalence obtenus en fonction des réponses à cette question. Il faut cependant considérer que dans le cas où les répondants auraient répondu correctement à cette question, la consommation de cannabis au cours de la vie aurait alors été plus proche du chiffre de 9 % que de 2,3 %. Un autre argument en faveur de la sous déclaration de l'usage au cours de la vie et la consommation de cannabis et le fait que le questionnaire ne mentionne pas, pour cette substance en particulier, les termes généralement utilisés localement (« chanvre indien » ; « yamba ») et ceci laisse aussi à penser que les jeunes n'aient effectivement pas réussi à identifier le cannabis faute d'avoir employé son appellation locale usuelle. Le questionnaire de l'enquête contenait également des questions sur une substance piège (et donc inexistante), ce qui a permis à l'inverse de contrôler les sur-déclarations de consommation. Sur l'ensemble des questionnaires collectés, au total 121 élèves ont reconnu connaître ou avoir consommé la substance piège « Relevin ». La totalité de ces élèves ont été exclus de l'analyse du fait du manque de sincérité de leurs réponses sur leur consommation de substances psychoactives.

L'écart d'âge entre les élèves interrogés étant seulement d'un an, il n'est pas surprenant que l'âge actuel ne soit pas un facteur discriminant dans les analyses bivariées ou multivariées. Le résultat aurait été vraisemblablement différent si la tranche d'âge des élèves considérés avait été plus important, de 12 à 18 ans par exemple. De même le peu d'écart entre les âges à la première expérimentation en

fonction des substances considérées est lié à plusieurs facteurs : la restriction des âges pouvant être déclarés dans le questionnaire (de 11 à 16 ans) et le nombre très élevé de non-réponse à ces questions.

L'échantillonnage en grappe à plusieurs degrés a assuré la représentativité nationale de l'enquête en intégrant les proportionnalités régionales, entre le milieu urbain et rural, les inspections académiques et le type d'établissement scolaire (public ou privé). La collecte des données s'est accordée à collecter les questionnaires nécessaires à maintenir cette représentativité et en incluant tous les élèves de classe de seconde âgés de 15 ou 16 ans. Cependant, il a été constaté que les élèves inscrits en classe de seconde étaient généralement plutôt âgés entre « 17 ans et 18 ans » qu'entre « 15 et 16 ans ». Lors de la passation des questionnaires, il a été décidé de prioriser le critère d'âge (être âgé de 15 ou de 16 ans) plutôt que celui de la classe fréquentée. De ce fait, et pour s'assurer d'un nombre suffisant de questionnaires collectés en ligne avec l'échantillonnage, des élèves ont parfois été sélectionnés dans d'autres classes à chaque fois que l'effectif de « 15- 16 ans » inscrits en classe de seconde n'était pas suffisant pour atteindre l'effectif fixé. Il est également important de souligner d'autres ajustements par rapport à l'échantillonnage initial. Sur l'ensemble des écoles sélectionnées lors de l'échantillonnage (54), toutes sauf une (1) localisée dans l'axe Nord ont participé à l'enquête. Et de l'échantillon initial sélectionné pour l'étude (4 041), un total de 3 644 questionnaires a été récolté soit 90 %. Sur ces 3 644 questionnaires un nombre très limité (5) ont dû être écartés du fait qu'ils étaient trop peu remplis pour être exploitables. Cependant, même si un total de 3639 questionnaires a été intégré dans la base de données, tous n'ont pu être utilisés pour les analyses, notamment du fait du nombre élevé de non-réponse sur certaines variables essentielles comme l'année de naissance (221 questionnaires). Ainsi, finalement, les analyses portent sur les réponses données par 3303 participants. Ceci ne remet pas en cause la représentativité de l'enquête mais réduit les possibilités d'analyse. Une autre limite de l'enquête est de ne pas pouvoir différencier les strates enquêtées par milieu urbain et rural ou établissement scolaire public ou privé. Ces informations ont été malheureusement perdues pendant la phase d'instabilité liée à l'apparition de la pandémie de Covid-19 et tous les essais de reconstruction a posteriori de ces informations se sont révélés infructueux. La perte du lieu d'enquête ne remet cependant pas en cause la validité de l'enquête mais ne permet pas d'effectuer des explorations différentielles géographiques sur les consommations de substances ou encore l'accessibilité des produits. La littérature scientifique a en effet prouvé que les usages de substance sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural, principalement du fait d'une accessibilité plus facile (Cronk & Sarvela, 1997; UNODC, 2021), mais les tendances constatées lors des deux dernières décennies appellent à la vigilance du fait de l'augmentation des prévalences d'usage en milieu rural (UNODC, 2017; UNODC, 2021). Enfin il est également nécessaire de souligner les limites liées à l'instrument de recueil de données lui-même. Certains problèmes de formulation ou de mise en page ont pu être identifiés dans la phase de test cognitif mais tous n'ont pas pu être rectifiés avant la passation officielle du questionnaire dans les écoles. Ainsi il apparaît que certaines questions, du fait de leur formulation, mais également du fait que la plupart des élèves ne répondaient pas dans leur langue maternelle (Wolof ou autre langue locale), n'aient pas été précisément comprises et la fiabilité des réponses qui en résultent peut-être remise en question.

V. CONCLUSION

Malgré les limites précitées, l'enquête sur la consommation de drogues et la santé chez les élèves des écoles secondaires apporte un éclairage essentiel sur l'usage de drogues et la santé des adolescents de 15 et 16 ans dans le pays. Bien que les niveaux de consommation déclarés par les jeunes enquêtés restent relativement bas, des associations ont été identifiées comme étant des éléments susceptibles d'exposer les élèves à un risque plus élevé d'initiation et de consommation de substances.

Les résultats montrent que 15 % des élèves ont déclaré avoir fumé des cigarettes ou bu de l'alcool dans leur vie. Pour l'alcool et le tabac, les résultats de l'enquête apparaissent en ligne avec les tendances observées dans la région et le reste du monde comme les substances les plus fréquemment consommées parmi les jeunes pendant l'adolescence. Et ces deux substances sont utilisées, comme ailleurs, avant toute autre substance psychoactive, notamment le cannabis (Degenhardt, Stocking, Patton, Hall, & Lynskey, 2016).

L'usage au cours de la vie de cigarettes s'élève à 9 % de l'ensemble des élèves de 15 et 16 ans enquêtés. Ce niveau est similaire à la prévalence observée au Libéria (8,2 %) et en dessous du niveau trouvé en Côte d'Ivoire (12,7 %) ou dans les études réalisées précédemment au Sénégal (Diouf Abdoulaye, GUEYE Sidy, et al. 2007) auprès du même type de population. Les résultats montrent que les garçons sont davantage fumeurs de cigarettes que les filles du même âge, ces différences étant statistiquement significatives quel que soit le type d'usage (usage au cours de la vie, usage actuel ou usage récent). Il est important de replacer la question des prévalences d'usage d'alcool des élèves sénégalais dans le contexte national. Le Sénégal étant un pays principalement musulman, les niveaux d'usage au cours de la vie, d'usage récent, d'usage actuel d'alcool et les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont plus bas que ceux trouvés dans les pays de la région où les autres confessions sont majoritaires comme la Côte d'Ivoire ou encore le Libéria. Mais les consommations de boissons alcoolisées chez les jeunes enquêtés sont supérieures à ceux rapportés parmi les jeunes de pays musulmans d'Afrique du Nord (Pompidou Group, 2017b; Pompidou Group, 2017a; Pompidou Group, 2018).

Au total, 7,8 % des élèves interrogés déclarent avoir consommé un tranquillisant ou un médicament antidouleur. Les filles sont plus consommatrices d'antidouleurs prescrits que les garçons (6,4 % contre 5,3 %) et c'est l'inverse pour les tranquillisants (4,4 % contre 5,0 %) sans pour autant que les différences soient statistiquement significatives. Les usages d'autres substances psychoactives sont beaucoup moins fréquents. En effet, seuls 3,5 % des jeunes scolarisés de 15 et 16 ans déclarent avoir consommé au cours de leur vie un produit psychoactif autre que les cigarettes, l'alcool ou des médicaments. L'usage au cours de la vie de cannabis s'élève à 2,3 % et celui de cocaïne à 1,1 %. Ces deux prévalences sont inférieures à celles trouvées en Côte d'Ivoire et au Libéria. La prévalence de consommation de cannabis, pourrait être, du fait des sous-estimations inhérentes aux questionnaires auto-administrés aussi élevée que 9 % suivant les informations récoltées par la question d'honnêteté et dont les résultats sont discutés dans la section précédente. La consommation au cours de la vie d'autres substances psychoactives comme les amphétamines (0,7 %), l'ecstasy (0,3 %) ou les hallucinogènes (0,5 %) sont rares et les usages récents ou actuels de ces dernières substances pratiquement inexistantes. Hormis la grande différence liée à la consommation d'alcool, les tendances d'usage au cours de la vie chez les jeunes de 15 et 16 ans semblent similaires et de niveaux équivalents au Sénégal et au Libéria.

Une tendance à souligner est le peu de différence comportementale entre le cannabis et la cocaïne. Si le cannabis est considéré comme la drogue la plus communément consommée par les adolescents (UNODC, 2018; ESPAD Group, 2020), il est assez inattendu de trouver qu'au Sénégal les niveaux de connaissance et de consommation de cannabis et de cocaïne soient si proches. Presque la moitié (44 %) des élèves déclarent connaître la cocaïne alors que seulement 27 % savent ce qu'est le cannabis. S'il est plus fréquent pour les adolescents sénégalais d'avoir consommé du cannabis au cours de leur vie que de la cocaïne, les usages actuels et récents sont similaires entre les deux substances. Ces résultats sont un argument supplémentaire plaidant en faveur de la sous-déclaration vraisemblable de la consommation de cannabis par les répondants (voire limites discutées précédemment).

Un des résultats importants de l'enquête est que les perceptions de risques reportés par les adolescents pour les différentes substances et pour les différents niveaux d'utilisation sont incompatibles et très en dessous des niveaux de risques sanitaires et sociaux que posent effectivement ces substances. Il ressort de l'analyse, entre autres, de l'analyse que les élèves ne font pas facilement la distinction entre des niveaux de risques différentiels en ce qui concerne l'usage au cours de la vie d'une substance, son usage actuel ou récent. De même, les perceptions de risques entre les substances qui présentent des risques moins graves et celles potentiellement plus nocives sont également peu différenciés. Ces résultats sont assez différents de ceux trouvés en Europe. L'enquête ESPAD montre par exemple, que les jeunes européens, ont une compréhension plus nette des risques perçus en fonction des niveaux de consommation et des substances considérées (ESPAD group, May 2002). Il peut donc être établi qu'il existe une marge d'amélioration pour un meilleur ciblage et développement des contenus des interventions en milieu scolaire visant au retardement de l'initiation de la consommation de substances tout comme une meilleure compréhension des risques liés à la consommation de ces produits, ainsi que l'inculcation de la notion différentielle de nocivité.

L'addition de sections supplémentaires dans le questionnaire de l'enquête sur les relations sexuelles et la santé reproductive, la santé mentale, la violence ou les rapports familiaux fourni un large ensemble de paramètres environnementaux et personnels dans lesquels il est possible d'explorer les associations et prédicteurs possibles de la consommation de substances. Des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées pour comprendre l'importance relative de ces différents facteurs sur l'usage au cours de la vie de catégories de substances (tabac, alcool, médicaments ou drogues ; alcool, médicaments ou drogues ; médicaments ou drogues ; drogues). En fonction des substances considérées, les facteurs qui ressortent comme étant les plus décisifs varient mais il est néanmoins possible d'établir quelques tendances communes. En conformité avec la littérature publiée sur les facteurs de risque et de protection de consommation de substances psychoactives (UNODC, 2018; Gerra, Benedetti, Resce, Potente, Cutilli, & Molinaro, 2020; Perelman, Leao, & Kunst, 2019; Bond, et al., 2007; OFDT, 2022) : le risque de consommation de substances est plus élevé parmi les jeunes qui déclarent une accessibilité plus facile aux produits, un risque perçu de la consommation moindre et qui ont signalé plus de problèmes dans leur vie courante ou des bagarres physiques à l'école ou encore sont plus souvent absents à l'école. Les analyses multivariées ont montré un fort poids de l'expérimentation de substances dans l'initiation d'autres. Par exemple, les jeunes qui ont consommé des cigarettes au cours de leur vie auraient 3 fois plus de risque de consommer de l'alcool, des médicaments prescrits ou des drogues au cours de leur vie ; les adolescents ayant consommé des cigarettes ou de l'alcool au cours de leur vie auraient 2,5 fois plus de risque de consommer des médicaments prescrits ou des drogues au cours de leur vie. Ces résultats mettent en exergue la

nécessité d'éviter ou de repousser au maximum l'âge à la première initiation de substance. Il est important de souligner que les facteurs socio-environnementaux comme le contrôle parental, le soutien social et émotionnel ou les facteurs liés à la santé mentale des élèves comme les tentatives de suicide, le manque de concentration qui étaient fortement significatifs dans les analyses bivariées, ne sont pas ressortis dans les analyses multivariées comme étant des marqueurs importants et différentiels de la consommation de substances au cours de la vie. Bien que le niveau socioéconomique n'apparaisse pas significatif dans les analyses, les chiffres montrent que les jeunes issus de milieux favorisés seraient plus susceptibles de consommer des substances au cours de leur vie. Le sexe est un facteur différentiel significatif dans l'initiation aux substances psychoactives, mais ne s'est pas révélé significatif dans les analyses multivariées. Il ressort néanmoins des analyses que le fait d'être une fille est un facteur protecteur sauf dans le cas de la consommation de médicaments prescrits. Ce résultat est en ligne avec les études nationales et européennes déjà publiées (ESPAD Group, 2020; OFDT, 2022). Enfin, il est également nécessaire de souligner que l'âge actuel ne soit jamais apparu dans les analyses bivariées ou multivariées comme un facteur différentiel dans la consommation de substances au cours de la vie.

Cette enquête nationale auprès des jeunes scolarisés est la première à fournir des données sur les prévalences de consommation de substances psychoactives et d'en identifier les facteurs de risques et protecteurs d'initiation et d'usage au cours de la vie. L'enquête montre que la consommation de cigarettes, d'alcool, de médicaments ou de drogues est relativement peu répandue parmi les jeunes sénégalais. Et les analyses ont permis d'identifier des facteurs associés à l'initiation et à la consommation de drogues. Les résultats présentés dans ce rapport forment le socle de base de données scientifiquement validées et disponibles dans le pays sur la consommation de cigarettes, d'alcool, de médicaments et de drogues et sur la santé des adolescents. L'ensemble de ces résultats vont également permettre de mettre en place des mesures de prévention ciblées et en cohérence avec les préoccupations et les problématiques rencontrées par la jeunesse sénégalaise et de mieux cibler les besoins d'interventions en ligne avec les Normes Internationales de Traitement des Troubles Liés à la Consommation des Drogues (UNODC/WHO, 2020) afin d'éviter ou de retarder l'initiation et la consommation de drogues dans cette population particulièrement à risque.

L'enquête a également permis de collecter un ensemble très riche d'informations liées aux modes de vie des adolescents, leur soutien social et la surveillance parentale auquel ils sont soumis, les problèmes de personnalité ou personnels auxquels ils doivent faire face. Ces données ont permis de caractériser et de modéliser les consommations de substances, mais pourront également être utilisés au niveau national à des fins plus générales d'amélioration de la santé des adolescents et de prise en charge des problèmes de santé mentale ou psychologiques déclarés. La dissémination des résultats de l'enquête est donc essentielle afin que les organisations ou institutions travaillant dans le domaine de la santé des adolescents puissent s'en appuyer pour mieux développer et cibler des interventions en phase avec les besoins et les problèmes identifiés auprès des jeunes enquêtés. Il est effectivement important de souligner que le milieu scolaire reste un environnement privilégié pour l'identification et la mise en œuvre de programmes de prévention ciblés et efficace auprès des adolescents.

Les phénomènes de consommation de drogues étant constamment changeant du fait de l'apparition de nouveaux produits, de l'adaptation des marchés, tout comme des changements de législation, ou des mesures nationales ou locales mises en place de réduction de la demande ou de l'offre, il est essentiel que des enquêtes de ce type soient menées à intervalles réguliers afin de pouvoir faire un

suivi des tendances de consommation et de fournir les informations les plus fiables possibles sur lesquelles l'élaboration des politiques de réduction de la demande puissent s'appuyer. De préférence, cette enquête devrait être répétée régulièrement et couplée avec des entretiens qualitatifs approfondis avec certains élèves et personnel enseignant.

VI. METHODOLOGIE

1. OBJECTIFS

L'enquête réalisée par l'UNODC auprès des jeunes en milieu scolaire au Sénégal a pour objectif de fournir une estimation de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues parmi les élèves. Le questionnaire d'enquête contenant également d'autres thématiques comme la santé mentale, les violences subies et la santé reproductive ou encore la parentalité permettent de caractériser plus précisément les milieux, environnements et circonstances dans lesquels évoluent ces jeunes. L'enquête a été menée à la fin de l'année 2019 dans les établissements scolaires privés et publics qui ont un programme d'étude formel régulièrement approuvé par le ministère de l'Éducation. Les classes sélectionnées étant celles de seconde où les jeunes sont généralement âgés de 15 ou 16 ans. Au total, 3 936 jeunes scolarisés ont été interrogés dans les différents établissements sélectionnés.

2. METHODES

2.1 ECHANTILLONNAGE ET SELECTION DES PARTICIPANTS

L'enquête s'est déroulée de façon à être représentative de toutes les régions du Sénégal. La méthode d'échantillonnage en grappe à plusieurs degrés a été privilégiée en respectant la représentativité de l'échantillon par rapport au milieu rural et au milieu urbain, aux académies régionales d'éducation et enfin au type d'établissement (public ou privé).

Le ministère de l'Éducation a fourni les éléments permettant d'organiser l'échantillonnage : établissements secondaire privés et publics du pays, par région et avec le nombre déclaré d'élèves de seconde dans chaque institution. La distribution entre filles et garçons dans les classes de seconde étant considérée comme équilibrée, l'échantillon a été pondéré par type de lycée. Les écoles ont été sélectionnées en suivant le principe de randomisation. Après les différents tirages, l'échantillon avait retenu 54 écoles dans les 14 régions du pays et se composait de 75 % d'élèves en établissement public, en ligne avec la répartition nationale des élèves entre les établissements publics et privés.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants : tous les élèves des classes de seconde des écoles sélectionnées devaient être inclus ou les élèves âgés de 15 et 16 ans dans les établissements où l'étude a été autorisée. Ainsi, n'ont pas été inclus dans l'enquête, les enfants ne suivant pas un programme d'éducation formel approuvé par le ministère de l'Éducation Nationale, les élèves ayant refusé de participer, les élèves de moins de 15 ans et de plus de 16 ans.

Lors de la phase d'enquête pilote et les discussions avec les interlocuteurs locaux et proviseurs de lycées, il a été constaté que les élèves inscrits en classe de seconde étaient généralement plutôt âgés entre « 17 ans et 18 ans » qu'entre « 15 et 16 ans ». Ce constat, confirmé plus tard sur le terrain lors de la collecte proprement dite, a conduit l'équipe du projet à un consensus pour prioriser le critère d'âge (être âgé de 15 et 16 ans) plutôt que celui de la classe fréquentée. Pour cette raison, lors du la passation du questionnaire, les élèves ont parfois été sélectionnés dans d'autres classes à chaque fois que l'effectif de « 15-16 ans » inscrits en classe de seconde n'était pas suffisant pour atteindre l'effectif fixé par l'échantillonnage.

2.2 CONSIDERATIONS ETHIQUES

L'étude a été soumise au Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) et les recommandations faites par ce comité ont été intégrées. Une approbation a également été obtenue auprès du Ministère de l'Éducation du Sénégal.

La participation des élèves à l'enquête était volontaire mais soumise au consentement des parents ou des tuteurs. Le consentement des parents a été obtenu grâce à une procédure de consentement passif : le parent ou le tuteur devait renvoyer le formulaire de consentement éclairé uniquement s'il refusait la participation de l'élève à l'enquête. Dans le cadre de cette étude aucun formulaire n'a été retourné. L'accord des élèves dans les classes sélectionnées a également été obtenu avant la passation du questionnaire. Les répondants ont par ailleurs été assurés que leurs réponses resteraient complètement anonymes et confidentielles.

Les informations recueillies ont été protégées et analysées de sorte qu'aucune information sociodémographique ne puisse permettre d'identifier un participant en particulier. Les données ont été recueillies et conservées en lieu sûr et n'ont été accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche.

2.3 CONCEPTION ET TEST DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire de l'enquête a été développé à partir des enquêtes déjà réalisées dans la région, et adapté au contexte sénégalais.

Le questionnaire a été testé pendant la phase préliminaire de l'enquête auprès de 3 classes de seconde (voir pour plus de détails la section 2.4 Organisation de l'enquête).

Le questionnaire final en français était facile à lire et à remplir et contenait 57 questions fermées. Les questions incluses portaient sur les caractéristiques socioéconomiques des enfants et des parents, sur les consommations de cigarettes et d'alcool, la connaissance et la consommation de médicaments (tranquillisants, antidouleurs prescrits), la connaissance et la consommation de drogues (cannabis, amphétamines, méthamphétamines, ecstasy, crack, cocaïne ; héroïne, opium, morphine, Spice et hallucinogènes), les jugements de valeurs sur la consommation, l'accessibilité des substances ainsi que les problèmes relationnels. Des sections supplémentaires portaient sur les rapports sexuels, la violence, la santé mentale et enfin sur les relations avec les parents.

Le questionnaire comprenait une question piège avec le nom d'une substance psychoactive inexistante (Relevin). Cette question test a permis d'exclure les élèves qui tendaient sans doute à surestimer leur consommation de produits et paraissaient ne pas avoir répondu sincèrement au questionnaire.

2.4 ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

L'enquête a fait l'objet d'une préparation durant laquelle l'ensemble des aspects nécessaires à une bonne exécution sur le terrain ont été abordés :

- identification et localisation précise des lycées et collèges inclus dans l'échantillon ;

- pré-identification des points focaux, Inspections Médicales Scolaires (IME) et autres personnes ressources pour chaque établissement ;
- examen préalable et concerté des outils de collecte ;
- préparation et exécution d'une enquête pilote sur un petit échantillon ;
- planification logistique ;
- obtention de l'opinion du comité d'éthique du CNERS ;

Dans l'optique d'optimiser les délais de collecte et de couvrir de manière efficace le territoire national, il a été décidé de découper artificiellement le territoire en 3 axes (ou zones).

Les calendriers de visites dans les écoles et de passation du questionnaire ont été organisés en tenant compte des distances réelles, de l'état des routes ainsi que des contraintes liées aux horaires d'ouvertures des établissements, sachant que certaines écoles/régions ont adopté l'organisation en journée continue alors que d'autres non.

Pendant le déroulement de l'enquête, un comité d'organisation était tenu au moins deux fois par mois afin de superviser l'enquête. Ce comité était composé de représentants du ministère de la Santé, du Ministère de l'Éducation, du Ministère de l'Intérieur et de l'UNODC.

2.5 ENQUETE PILOTE

Afin de tester l'outil de collecte (le questionnaire), une enquête pilote a été organisée sur un petit échantillon d'élèves dans le but de recueillir le maximum d'information sur des aspects tels que :

- le temps d'auto-administration moyen des questionnaires ;
- la capacité des élèves à lire, comprendre et remplir le questionnaire de manière autonome ;
- l'uniformisation, parmi le pool des enquêteurs, de l'exposé introductif de présentation de l'objet de l'étude et des règles d'administration du questionnaire ;
- la prise en compte des durées consacrées aux aspects administratifs tels que la rencontre préalable avec les proviseurs et directeurs d'écoles au début de chaque visite pour leur (re)présenter l'objet de l'étude et le protocole d'administration ;
- tout autre aspect qui aurait été oublié lors des réunions préparatoires.

L'enquête pilote a été réalisée au sein du Lycée Seydina Rouhou Laye de Guédiawaye à Dakar dans la matinée du mardi 3 décembre 2019. Lors de ce test, le questionnaire a été administré dans 3 classes de seconde aléatoirement tirées au sort sur l'ensemble des 17 classes de seconde que comporte l'établissement. Au total, 15 à 20 questionnaires ont été administrés par classe.

La durée moyenne d'administration du questionnaire était de 45 minutes.

Il est apparu lors de ce pré-test que la catégorie d'âge « 15-16 ans » ciblée par l'enquête n'était pas suffisamment représentée dans les classes de seconde mais était plutôt présente en classes de 4^e et de 3^e.

De manière générale, les élèves ont présenté, lors de ce test, une bonne compréhension du contenu du questionnaire, même si certaines questions ont nécessité des explications complémentaires pour améliorer cette compréhension. Aucun besoin de modification du contenu du questionnaire et du

planning des visites n'a été relevé. Seuls des aspects de forme et d'édition du questionnaire imprimé ont été soulevés.

2.6 DEROULEMENT DE L'ENQUETE ET ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré et semi-structuré en langue française. L'enquête a recueilli des informations sur les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des enfants et de leurs parents, l'usage de tabac, d'alcool, de différents médicaments (tranquillisants et antidouleurs) et de drogues.

Les questionnaires ont été vérifiés avant leur distribution pour s'assurer de leur intégralité. La durée moyenne de passation d'un questionnaire était de 45 minutes.

La collecte de données a été effectuée du 9 au 17 décembre 2019 pour l'axe Nord (Louga, Saint-Louis, Matam et Diourbel) et l'axe Sud (Tambacounda, Kédougou, Kolda, Sédhiou et Ziguinchor). La collecte de données sur l'axe Centre (Dakar, Thiès, Fatick, Kaolack et Kaffrine) s'est déroulée au cours de la même période mais s'est poursuivie jusqu'au 21 décembre du fait de la taille de l'échantillon. Toutes les écoles sélectionnées lors de l'échantillonnage, sauf une localisée dans l'axe Nord, ont participé à l'enquête (Tableau 22). De l'échantillon initial sélectionné pour l'étude (4 041), 3 644 élèves ont rempli un questionnaire et ainsi participé à l'enquête.

Tableau 22 : Échantillonnage et questionnaires récoltés (décembre 2019)

| | Échantillon | Nombre d'écoles sélectionnées | Nombre de questionnaires récoltés | Nombre d'écoles enquêtées |
|---|-------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Axe Nord | 701 | 15 | 685 | 14 |
| Axe Centre | 2314 | 23 | 2306 | 23 |
| Axe Sud | 1026 | 16 | 653 | 16 |
| Total récoltés | 4041 | 54 | 3644 | 53 |
| Questionnaires intégrés dans la base de données | | | 3639 | 53 |

Dans les trois axes, les questionnaires ont été administrés dans les conditions requises par le protocole, dans les salles de classe pendant une période de classe normale et en apportant des éclairages lorsqu'un participant en faisait la demande. Dans certains cas de figure, il a été nécessaire de recourir au langage Wolof pour améliorer la compréhension du questionnaire par les répondants.

Les enquêteurs ont régulièrement insisté sur le caractère anonyme et impersonnel de l'étude de façon à mettre les participants suffisamment à l'aise pour répondre de manière sincère et honnête aux questions.

La consommation de substances psychoactives a été mesurée en utilisant les mesures de prévalence d'usage au cours de la vie (expérimentation), au cours des 12 derniers mois (usage actuel) et au cours des 30 derniers jours (usage récent).

2.7 IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ENQUETE

La collecte des données s'est terminée fin 2019 dans les différentes régions du Sénégal. Après avoir entré les données collectées pour la première fois au début de l'année 2020, la remise des questionnaires originaux de l'enquête scolaire auprès du bureau de l'UNODC a été retardée du fait du début de la pandémie de Covid-19 et des mesures de confinement décidées dans la ville Dakar et le reste du pays. Durant cette période d'instabilité, et à la suite des déplacements non anticipés des questionnaires et du changement imprévu de personnel, l'information sur le lieu de collecte et le type de lycée, qui avait été annotée séparément, a malheureusement été perdue. Tous les essais de reconstruction de ces éléments d'information ont été infructueux. De plus, la première base de données construite contenait des erreurs intrinsèques de codification des variables qui entravaient la validité de l'enquête et qui n'ont pas pu être corrigées sans avoir l'information correcte sur le lieu d'origine des questionnaires. De ce fait, il a été décidé de procéder à une seconde saisie de questionnaires collectés, qui a été organisée en 2021, en s'assurant d'un maximum de vérifications au cours du processus de construction de la base de données pour garantir sa qualité et validité (voir ci-dessous). Cette nouvelle base de données sur laquelle est basé ce rapport ne contient pas l'information sur le lycée spécifique ou la région de collecte du questionnaire. Néanmoins, l'enquête scolaire visant à dresser une image complète des consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 15 et 16 ans du pays sans discriminer certaines régions et/ou types de lycées, les données actuelles et présentées dans ce rapport présentent l'information la plus pertinente à cette fin.

2.8 QUALITE DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE

1) GESTION DES DONNEES

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Qualtrics par une équipe UNODC basée à Dakar pendant une période s'étalant de mars à septembre 2021. Les opérateurs de saisie ont été sélectionnés selon leur expérience, leur rigueur et leur maîtrise de l'outil informatique ainsi que sur leur performance pendant un test pilote.

L'équipe de saisie était composée de 7 opérateurs et de 2 superviseurs. Le quota de saisie de chaque opérateur était de 30 questionnaires par jour. Pendant toute la durée des opérations de saisie, les superviseurs ont, à tour de rôle, accompagné les opérateurs afin de contrôler le déroulement des travaux et in fine de réduire le risque d'erreurs lors de l'enregistrement des données.

Le contrôle qualité des questionnaires saisis a été effectué de manière hebdomadaire. Il a consisté à effectuer un tirage aléatoire de 20 % de l'ensemble des questionnaires saisis par chaque opérateur durant la période de saisie et de le comparer aux données enregistrées. Les questionnaires pour lesquels des données erronées ont été identifiées ont été supprimés puis saisis de nouveau. Parallèlement, un contrôle qualité sur l'ensemble de la base de données au fur et à mesure de sa construction a été périodiquement effectué sur Excel et sur SPSS version 26, permettant d'identifier en amont les doublons, des sauts de questionnaires, des défauts de codification. Les écarts résultant du comptage et de la numérotation des questionnaires remplis ont été rapprochés le cas échéant. L'ensemble de ces opérations a conduit à l'obtention d'une base corrigée de toutes les erreurs relevées lors des contrôles-qualité.

2) QUALITE DES REPONSES

Un total de 3 644 questionnaires a été récolté pendant la phase de collecte dans les 3 axes définis. Lors de la saisie des questionnaires, 5 questionnaires n'ont pu être intégrés dans la base de données du fait de leur remplissage incomplet et approximatif (Tableau 22). C'est donc un total de 3 639 questionnaires exploitables qui ont composé la base de données de l'enquête.

3) EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES REPORTEES SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET D'AUTRES VARIABLES

L'enquête a demandé aux jeunes de déclarer leurs usages de substances psychoactives au cours de la vie (expérimentation), au cours de l'année (usage récent) et au cours des 30 derniers jours (usage actuel). Lors des premières vérifications des données collectées, il est apparu que les concepts de ces 3 différents indicateurs de prévalence n'avaient pas forcément été complètement intégrés par les répondants. En effet, si certains déclaraient avoir fumé des cigarettes au cours des 12 derniers jours, ils n'avaient pas pour autant également dit qu'ils avaient fumé des cigarettes dans leur vie. Ainsi les réponses données par les élèves sur les prévalences d'usages ont nécessité un certain nombre de correction avant que ces données soient exploitables.

Le questionnaire comprenait une question sur la sincérité des réponses données par les élèves. On leur a demandé « si vous aviez déjà consommé du cannabis, croyez-vous que vous l'auriez dit dans ce questionnaire ». Un peu plus de 50 % des jeunes déclarent (56 %) qu'ils ne l'auraient probablement pas dit ou définitivement pas dit. Ainsi on peut s'interroger sur la sincérité des réponses données par les jeunes et il est vraisemblable que la prévalence d'usage du cannabis présentée dans ce rapport soit sous-estimée. De plus, le fait que le questionnaire ne mentionne pas, pour le cannabis, les termes généralement utilisés localement (« chanvre indien » ; « yamba ») laisse aussi à penser que les jeunes n'aient effectivement pas reconnu le cannabis dans l'appellation usuelle.

Le questionnaire a également montre ses faiblesses dans la considération de l'usage non médical de médicaments. Compte tenu de la formulation des questions sur l'usage de tranquillisants ou de médicaments antidouleurs, il est difficile de déterminer avec certitude s'il s'agit d'usages encadrés médicalement ou de mésusages hors prescription médicale. Par contre, la question Q.16 du questionnaire (« avez-vous déjà pris un médicament habituellement délivré sous ordonnance (comme la codéine, Adderall, Ritalin ou Xanax, sans prescription médicale »), fournit des éléments sur la question des mésusages et ce pour un ensemble de catégorie de médicaments (sédatifs et médicaments opiacés) et sans pouvoir les différencier. Ainsi, les prévalences sur les usages de tranquillisants et médicaments antidouleurs permettent d'estimer la prise de ces médicaments, sans qu'il soit pour autant possible d'affirmer que ces prises se soient déroulées en dehors d'un contexte médical. Et les réponses à la Q.16 donnent des éléments d'information sur les usages de médicaments en dehors d'une prescription médicale requise mais sans que l'on soit en position de savoir exactement quel médicament a été consommé dans la liste donnée à titre indicatif (codéine, Adderall, Ritalin ou Xanax).

Au total 121 élèves ont reconnu connaître ou avoir consommé la substance piège « Relevin ». La totalité de ces élèves ont été exclus de l'analyse du fait du manque de sincérité de leurs réponses sur la consommation de produits psychoactifs.

Il est également à noter que la question sur le suicide a nécessité de par sa formulation dans le questionnaire également un recodage afin de pouvoir présenter des informations cohérentes.

Enfin, la question sur l'éducation de la mère et du père contenait des catégories de réponse non exclusives (« a effectué des études secondaires » ; « a fréquenté quelques années de secondaire et d'université »), ce qui a vraisemblablement diminué la validité intrinsèque des réponses collectées.

4) ANALYSE DE DONNEES

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 26. Les élèves ayant répondu de façon positive à la question piège sur la substance inexistante (Relevin) ont été exclus de l'analyse du fait de la surestimation de leur consommation (n=121). De plus, l'enquête se focalisant sur les élèves de 15 et 16 ans, les questionnaires pour lesquels l'année de naissance n'était pas renseignée ont été écartés (n=221).

L'analyse statistique a donc été réalisée avec un effectif moindre (3 303) que le nombre total de questionnaires récoltés afin de garantir une plus grande robustesse des réponses. Dans un premier temps, l'analyse a été conduite, en fonction de l'organisation des différentes sections du questionnaire (données démographiques, connaissances de substances, consommation de produits psychoactifs, santé sexuelle et reproductive, violence, santé mentale).

Les réponses manquantes ont été considérées comme « non déclarées » et mentionnées comme faisant partie des catégories de réponse lorsque c'est nécessaire. La variable genre a été croisée avec les prévalences d'usage de substances psychoactives quand l'échantillon le permettait.

L'analyse descriptive repose sur des distributions de variables et présentée dans des tableaux de fréquence avec des proportions. Des mesures de tendance centrale (moyenne, médiane et mode) ont été réalisées selon les besoins et des intervalles de confiance ont été calculés pour l'ensemble des prévalences présentées dans le rapport. Les tests de Khi deux ont été effectués pour les comparaisons entre deux variables avec un seuil d'erreur fixé à 5 %. Dans le cas de l'analyse multivariée, les facteurs de risques de l'usage de substances ont été calculés grâce à une régression logistique, le seuil de significativité des tests des Odds Ratios (ORs) déterminé par la variable « p » a été fixé au seuils critiques de significativité de $p < 0,05$, $p < 0,01$ et $p < 0,005$.

L'ensemble des analyses a été menée avec un effectif de 3 303 questionnaires, nombre inférieur au nombre total de questionnaires récoltés (3 639), dans le but d'assurer une meilleure et plus solide représentativité des réponses. Néanmoins, le fait d'avoir dû exclure des questionnaires incomplets ou pour lesquels la fiabilité était douteuse a affaibli la robustesse statistique de l'enquête par rapport à l'échantillonnage initial et a limité la portée de certains résultats du fait du faible nombre de réponses valides sur certaines questions (comme par exemple, l'âge à la première expérimentation). De plus, l'effectif limité n'a pas permis de mener toutes les analyses prévues du fait du nombre limité d'occurrences dans la base de données comme par exemple, des analyses individualisées et comparatives entre les usages de différentes substances psychoactives ou encore l'analyse de facteurs de risques et de protection entre l'usage au cours de la vie et des trajectoires de consommations plus à risques (usage actuel et usage récent).

Enfin, comme il a été mentionné précédemment, la perte d'information sur le lycée ou la région de collecte du questionnaire n'a pas permis de dresser un tableau des consommations chez les jeunes sénégalais en fonction des caractéristiques régionales ou des types d'établissements fréquentés. Néanmoins, l'enquête scolaire visant à dresser une image complète des consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 15 et 16 ans du pays sans discrimination, les données présentées dans ce rapport restent parfaitement représentatives de la jeunesse sénégalaise scolarisée.

Aucune pondération n'a été appliquée du fait du manque d'information sur les régions et écoles enquêtées dans la base de données.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), F. d. (Novembre 2016). *Situation des femmes et des enfants, Dakar Urbain 2015-2016 Senegal, Enquête à grappe à indicateurs multiples*. UNICEF.

Amstrong, & Costello. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1224-1239.

ANSD. (2018). *Situation Economique et Sociale du Sénégal Ed. 2015 : état et structure de la population*. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Dakar.

Blair. (2010). Stress and the development of self-regulation in context. *Child development perspectives*, 4 (3), pp. 181-188.

Boe, Skogen, Sivertsen, Hysing, Petrie, Dearing, et al. (2017). Economic volatility in childhood and subsequent adolescent mental health problems: a longitudinal population-based study of adolescents. *BMJ Open*, 7 (e0107030), p. 11.

Bond, Butler, Thomas, Carlin, Glover, Bowes, et al. (2007, April). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health and academic outcomes. *Journal Adolescent Health*, 40 (4), p. 357.

Borumandnia, Khadembashi, Tabatabaei, & Majd, A. (2020 йил 20). The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*, 1835.

Cronk, & Sarvela. (1997 йил May). Alcohol, Tobacco and other drug use among rural/small town and urban youth : a secondary analysis of monitoring the future data set. *American Journal of Public Health*, 87, pp. 760-764.

Diouf Abdoulaye, Gueye Sidy, et al. (2007). Enquête sur l'abus des drogues en milieu scolaire à Dakar: 61.

Degenhardt, Stocking, Patton, Hall, & Lynskey. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, 3 (3), 251-264.

Deidre, & al. (2012). Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophrenia Research*, 137 (1-3), 45-49.

ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.

ESPAD group. (May 2002). *The 2011 ESPAD Report : Substance use among student in 36 European countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: CAN/EMCDDA/.

Fallu, & al. (2010, December). Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: a longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive Behaviors*, 35 (12), pp. 1074-1082.

- Gerra, Benedetti, Resce, Potente, Cutilli, & Molinaro. (2020, 17). Socioeconomic status, parental education, school connectedness and individual socio-cultural resources in vulnerability for drug use among students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, p. 1306.
- Godeau, Gabhainn, Vignes, Ross, Boyce, & Todd. (2008). Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse -- Results from 24 Countries,. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162 (1).
- Jejeebhoy. (2011). Protecting young people from sex without consent. *Promoting Health, safe and productive transition to adulthood*, 7 (January), p. 4.
- Jejeebhoy. (2006). *Sexual and reproductive health among young people: expanding the research and program agenda*. Population Council, New Delhi.
- Legleye, Beck, Khlata, Perretti-Watel, & Chau. (2012). The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *J Adolesc Health*, 50 (4), pp. 395-402.
- OFDT. (2022). *Rapport ESCAPAD, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence*. Paris: OFDT.
- Perelman, Leao, & Kunst. (2019). Smoking and adolescent absenteeism among 15 to 16 years old adolescents: a cross-section analysis on 36 European countries. *European Journal of Public Health*, 54, pp. 778-784.
- Pompidou Group. (2017b). *MEDSPAD 2016 en Algérie. Enquête scolaire: l'usage de tabac, d'alcool et des autres drogues en milieu scolaire*. Council of Europe.
- Pompidou Group. (2018). *Résultats de l'enquête MEDSPAD III Maroc 2017*. Council of Europe.
- Pompidou Group. (2017a). *Results of the first MEDSPAD 2016 in Egypt*. Council of Europe.
- Rowe, & al. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 1066-1078.
- Sarr, Mane, Der, Dia, & Diallo. (2007). *L'enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire au Sénégal*. Dakar: Ministère de la Santé et de la Prévention.
- Shelder, & Block. (1990). Adolescent drug use and psychological health : a longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45 (5), 612-630.
- Soumiah, Eboué, Ndiaye, & Sow. (2013). Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar. *Pan African Medical Journal*, 15 (10).
- Tornay, & al. (2013, 9). Parental monitoring: a way to decrease substance use among Swiss adolescents? *European Journal of Pediatrics*, 172, pp. 1229-1234.
- Torre-Luque, Ozylem, & Essau. (2021). Prevalence of addictive behaviours among adolescents from 73 low and middle income countries. *Addictive Behaviors Reports*, 14 (100387).
- UNODC. (2018). *Drugs and Age : drugs and associated issues among young people and older people*. Vienna.

- UNODC. (2020). *Enquête sur la consommation des jeunes en Côte d'Ivoire*. Vienna.
- UNODC. (2021). *Liberia National School drug Survey (Unpublished Draft)*. Vienna.
- UNODC. (2017). *Prevention of drug use and treatment of drug use disorders in rural settings*. UNODC, Vienna.
- UNODC. (2002). *Sexual Violence*. Retrieved 2022 from Data UNODC: <https://dataunodc.un.org/data/crime/sexual-violence>
- UNODC. (2018). *World Drug Report 2018. Women and Drugs: drug use, drug supply and their consequences*. UNODC, Vienna.
- UNODC. (2020). *World Drug Report 2020*. UNODC, Vienna.
- UNODC. (2021). *World Drug Report 2021*. UNODC, Vienna.
- UNODC. (April 2021). *Youth Survey on Drug Use and Health in Kazakhstan 2018*. UNDOC, Vienna.
- UNODC/WHO. (2018). *International standards on drug use prevention*. UNODC, Vienna.
- UNODC/WHO. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. UNODC, Vienna.
- WHO. (2002). *World report on violence and health*. WHO, Geneva.
- WHO. (2005). *Global School-based Student Health Survey: Sénégal 2005 Fact Sheet*. WHO.
- WHO. (2004). *La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC)*. WHO.
- WHO. (2004). *La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC)*. WHO.
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO.
- WHO. (2021). *Santé des adolescents et des jeunes adultes*. WHO.
- WHO. (2021). *Santé des adolescents et des jeunes adultes*. WHO.
- WHO. (2020). *Santé mentale des adolescents*. WHO.
- WHO. (2022 йил 01-01). *Violence against women*. Retrieved 2022 йил 27-01 from WHO: who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_3

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Niveaux d'usages de cigarettes par sexe (n=3145)..... | 12 |
| Figure 2 : Consommation de cigarettes : nombre d'occasions en fonction du type d'usage (n=218) . | 13 |
| Figure 3 : Comparaison des niveaux d'usage au cours de la vie, usage actuel et usage récent de cigarettes au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Libéria (%) | 13 |
| Figure 4 : Niveaux d'usages d'alcool (n=3208)..... | 15 |
| Figure 5 : Consommation d'alcool : nombre d'occasions en fonction du type d'usage (n=178) | 16 |
| Figure 6 : Alcoolisations ponctuelles importantes en fonction du sexe (n=3293)..... | 17 |
| Figure 7 : Comparaison des niveaux d'usage au cours de la vie, usage actuel et usage récent d'alcool au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Libéria (%) | 17 |
| Figure 8: Niveaux d'usages de tranquillisants en fonction du sexe (n=3223)..... | 19 |
| Figure 9: Comparaison des niveaux d'usage de tranquillisants et d'antidouleurs prescrits entre le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Libéria (%)..... | 21 |
| Figure 10: Nombre de drogues utilisées au cours de la vie par sexe (n=116) | 22 |
| Figure 11 : Comparaison des niveaux d'usage au cours de la vie de drogues au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Libéria (%) | 25 |
| Figure 12 : Usage au cours de la vie chez les jeunes en fonction des types de substances (n=3208).. | 26 |
| Figure 13 : Facteurs de protection et de risque parmi les jeunes pour la consommation de drogues | 26 |
| Figure 14 : Problèmes déclarés chez les usagers au cours de la vie d'alcool et de drogues (%) (n=305 et n=334) | 31 |
| Figure 15 : Niveau de préoccupation des élèves en fonction de leur usage au cours de la vie d'alcool et de drogues (n=3128)..... | 37 |
| Figure 16 : Niveau de préoccupation des élèves en fonction de l'usage au cours de la vie, l'usage actuel et l'usage récent d'alcool et de drogues (n=523) | 38 |
| Figure 17 : Comment se procurer un préservatif en % et en fonction de l'activité sexuelle (n=2760) | 41 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Sexe et âge des élèves répondants (n=3303)..... | 10 |
| Tableau 2 : Niveau d'étude des parents déclarés par les élèves enquêtés (n=3303)..... | 10 |
| Tableau 3: Niveaux d'usages de cigarettes (n=3145) (%) | 11 |
| Tableau 4 : Niveaux d'usages d'alcool (n=3208) (%)..... | 15 |
| Tableau 5 : Niveaux d'alcoolisations ponctuelles importantes (n=3303) (%)..... | 16 |
| Tableau 6 : Niveaux d'usages de tranquillisants et antidouleurs prescrits (n=3223) (%)..... | 20 |
| Tableau 7 : Niveaux d'usages de drogues (n=3293) (%) | 22 |
| Tableau 8 : Niveaux d'usage au cours de la vie, usage actuel et récent en fonction des drogues consommées et du sexe (n=3303) (%)..... | 23 |
| Tableau 9 : Première substance utilisée (%) (n=60) | 24 |
| Tableau 10 : Disponibilité perçue des substances psychoactives en fonction de leur usage au cours de la vie par les jeunes de 15-16 ans (%) (=171)..... | 29 |
| Tableau 11 : Occurrences de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues en fonction du problème survenu (%) (n=2997) | 30 |
| Tableau 12 : Désapprobation et risques perçus de consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues (%) (n=3175)..... | 32 |
| Tableau 13 : Parents informés sur les sorties du samedis soir en fonction de différentes caractéristiques (%) (n=3175) | 34 |
| Tableau 14 : Rapport avec les parents ou tuteurs en fonction du sexe (%) (n=3085)..... | 35 |
| Tableau 15 : Préoccupations déclarées par les élèves et par sexe (%) (n=3119) | 37 |
| Tableau 16 : Rapports sexuels en fonction des caractéristiques des élèves (%) (n=3149) | 40 |
| Tableau 17 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments ou de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité. | 44 |
| Tableau 18 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation d'alcool, de médicaments prescrits ou de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité. | 46 |
| Tableau 19 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation de médicaments ou de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité. | 47 |

Tableau 20 : Résultat de l'analyse multivariées entre la consommation de drogues au cours de la vie et autres variables explicatives, Odds ratios, intervalle de confiance et significativité.49

Tableau 21 : Relation bi-variées entre les différentes variables explicatives et dépendantes considérées50

Tableau 22 : Échantillonnage et questionnaires récoltés (décembre 2019)63