
Charles Berg, Jean-Louis Meyer, Marianne Milmeister

Genre et expression contrastée du bien-être des jeunes

Projet DJAB - Diversité des jeunes et accès au bien-être

1. Objectifs de l'étude

Deux objectifs principaux ont été formulés pour ce projet: tout d'abord il s'agit de mener une étude sur les liens entre la diversité des jeunes, leurs comportements par rapport à la santé et l'accès au bien-être. Ensuite nous nous sommes proposés de contribuer à la construction d'une base de connaissances servant de cadre à la mise en oeuvre de politiques publiques d'éducation et de prévention visant notamment les populations juvéniles à risques. Dans cette optique, nous avons cherché à synthétiser un nombre épars de variables en quelques indicateurs synthétiques du bien-être des jeunes (*well being indicator*)

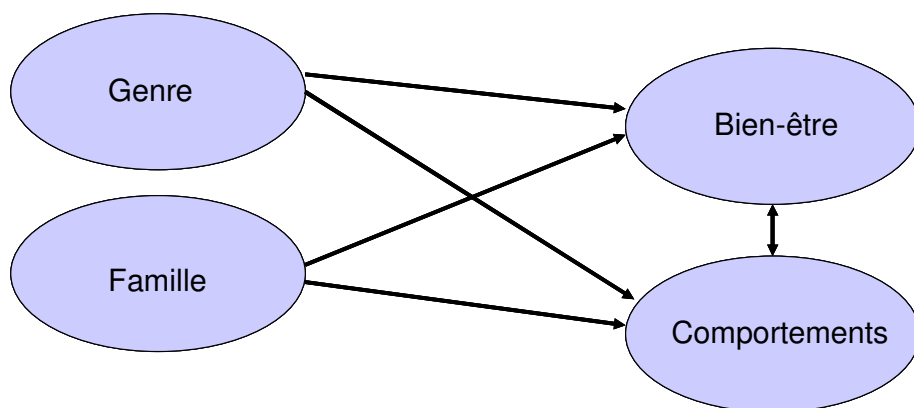
2. Méthodes

L'étude se base sur deux échantillons différents. Une base de données composée du fichier national HBSC (*Health Behaviour in Schoolaged Children*) constituée en 1999 sur une population de 7 397 personnes. Les données ont été recueillies dans les écoles secondaires luxembourgeoises par les Ministères de la Santé et de l'Education Nationale selon un échantillon aléatoire et pondéré.¹⁹ Notre apport à cette étude existante porte sur un ensemble d'analyses secondaires inspirées par la démarche exploratoire et comparative de B. Glaser et M. Strauss (*Grounded Theory*). Nous avons essentiellement travaillé sur une réduction des variables. Dans un second temps, nous nous sommes concentrés sur des échantillons de réplification, réalisés auprès de groupes dits sensibles (2003-2004). Il s'agissait du Centre Militaire de Diekirch, du Centre National de la Formation Professionnelle Continue à Esch-Alzette, du Centre Socio-éducatif de Dreibern et du Centre Thérapeutique de Manternach (N=485).

3. Focus conceptuel

Les hypothèses de travail portent essentiellement sur les interrelations pouvant exister entre des variables telles le genre, les comportements sociaux ou le milieu familial et le bien-être chez des populations juvéniles.

¹⁹ Cette recherche a été initiée et financée par la Direction de la Santé. Une convention entre le CESIJE et le SCRIPT (Ministère de l'Education Nationale) d'une part et entre le CESIJE et la Direction de la Santé d'autre part règlent entre autre la mise à disposition des données.



4. Mesure du bien-être

Construire un concept suppose au préalable d'arrêter les dimensions qui le constituent c'est-à-dire les axes d'analyse qui permettent à cette construction abstraite de rendre compte du réel. Ainsi nous avons construit un facteur à partir de six dimensions et de dix-huit variables. Nous avons retenu les dimensions suivantes pour le concept de bien-être: santé auto-diagnostiquée, sentiments de solitude et de malheur, symptômes somatiques, états émotionnels négatifs, acceptation du corps et image de soi. Quant aux indicateurs, « manifestations objectivement repérables et mesurables des dimensions du concept » (Quivy, Van Campenhoudt 1988, p. 114), ils proviennent directement des variables du questionnaire.

La déclinaison du concept de bien-être en dimensions et indicateurs est résumée dans le tableau suivant:

Facteur bien-être																																	
Santé auto-diagnostiquée		Sentiments de solitude et de malheur		Symptômes somatiques				Etats émotionnels négatifs				Acceptation du corps		Image de soi																			
Auto-évaluation santé		Sentiment de solitude		Maux de ventre		Maux de tête		Maux de dos		Insomnies		Vertiges		Tristesse		Mauvaise humeur		Nervosité		Fatigue		Acceptation du corps		Acceptation du poids		Attravance physique		Sentiment de rejet		Sentiment d'incapacité		Confiance en soi	

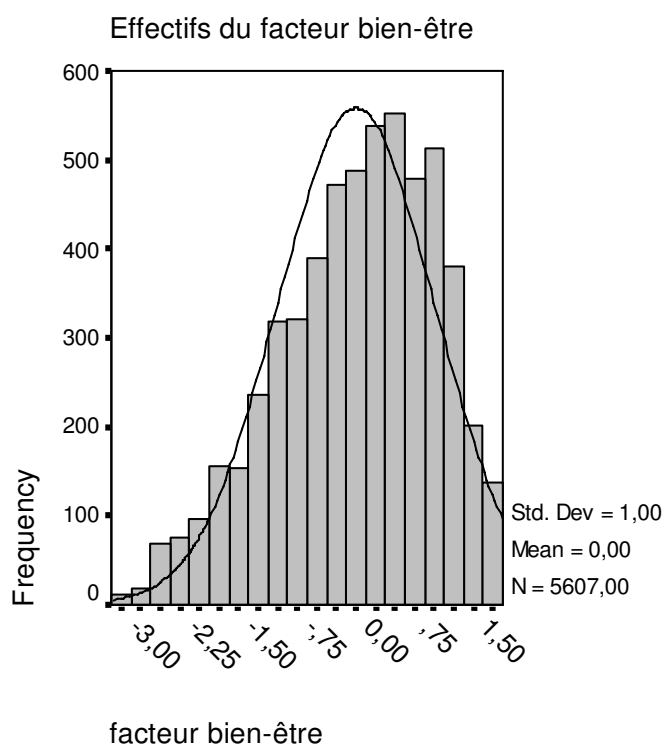
Chaque variable extraite du questionnaire a donné lieu à deux types de traitement: un premier tri à plat permettant de vérifier la dispersion des résultats; une agrégation des modalités de la variable (quand cela se révèle possible) transformant

cette dernière en variable dichotomique. Pour les dichotomisations nous avons suivi deux logiques: la plausibilité par rapport aux modalités et la distribution des effectifs. Nous avons ensuite regroupé entre elles des variables proches pour organiser les dimensions de notre indicateur de bien-être. Ces nouvelles agrégations ont été transformées en dimensions normalisées. Cette normalisation nous permettra par la suite de mettre en correspondance les diverses dimensions et ainsi de constituer l'indicateur de bien-être.

5. Résultats

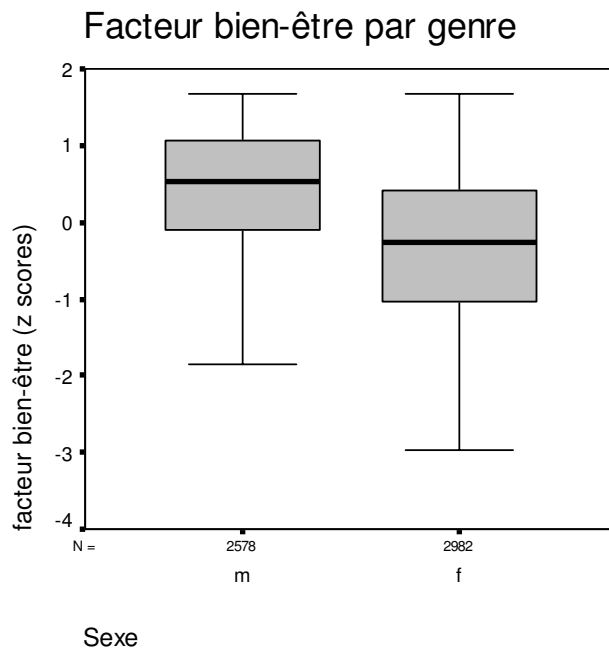
5.1 Données HBSC (Health Behaviour in Schoolaged Children)

5.1.1 Facteur de bien-être



La distribution des z-scores du facteur bien-être est assez proche de la courbe de Gauss. Nous l'utiliserons comme mesure paramétrique du bien-être dans notre modèle d'analyse.

5.1.2 Facteur bien-être par genre



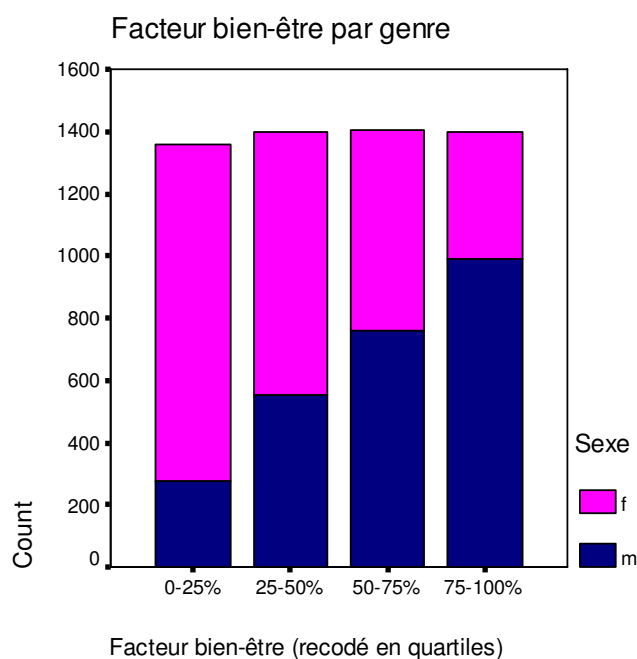
$F = 963.8$

$Sig = .000$

$ETA = .38$

$ETA^2 = .15$

Le croisement des variables bien-être et sexe laisse apparaître un score à l'échelle de bien-être légèrement supérieur chez les garçons que chez les filles. Pour autant, comme le soulignent les boxplots ci-dessus, la dispersion des réponses chez les filles est plus importante que chez leurs homologues garçons. Cette différence au score du facteur synthétique de bien-être peut déjà trouver un début d'explication dans la distribution des garçons et des filles par quartiles illustrée par le graphique ci-dessous:



$CHI^2 = 707$

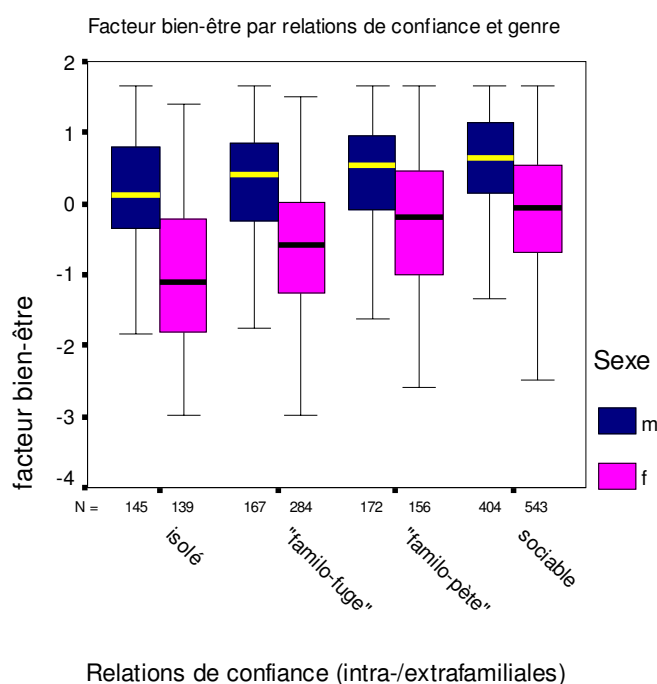
$Sig = .000$

$PHI = .36$

On voit, dans cette répartition des scores que les garçons sont largement majoritaires dans le quart supérieur du facteur (quartile 75-100%) et très minoritaires dans le quart inférieur (quartile 0-25%). Cette particularité ne signifie pas automatiquement qu'ils connaissent de meilleures conditions de vie comparativement aux filles, cela souligne simplement que leurs modes de représentation du bien-être et leur rapport avec certaines de ses dimensions tels qu'ils sont renseignés par l'enquête profitent d'un score supérieur. On peut noter ici qu'en répétant la comparaison par genre pour les six dimensions qui composent le facteur bien-être on retrouve des tendances correspondantes pour chaque dimension étudiée séparément.

Ce premier indice nous invite fortement à poursuivre la piste des différences culturelles pouvant intervenir dans la mesure du bien-être entre groupes de garçons et de filles.

5.1.3 Facteur bien-être par paramètres familiaux et genre

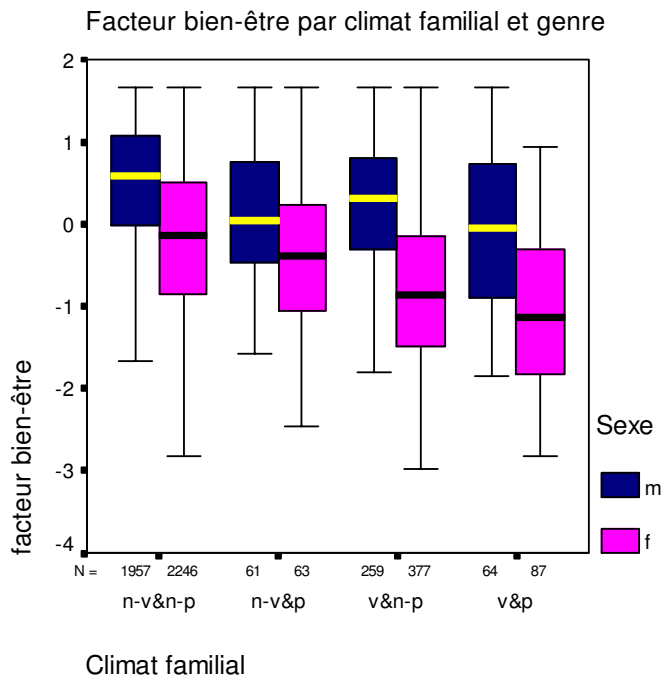


Un certain nombre de questions traite des relations de confiance que le jeune entretient avec des personnes à l'intérieur et à l'extérieur de sa famille. La combinaison et le recodage du premier groupe de variables nous a donné un indicateur renseignant sur la qualité des relations de confiance à l'intérieur de la famille. Par les mêmes opérations pour le second groupe de variables nous avons obtenu un indicateur similaire concernant le champ exogène. La combinaison logique des deux indicateurs nous permet de distinguer quatre groupes de jeunes: le groupe des isolés est caractérisé par

une déficience des relations de confiance intra- et extrafamiliales; le groupe opposé des sociables est caractérisé par de bonnes relations dans les deux champs (endogènes et exogènes). Les deux groupes intermédiaires, qu'on pourrait baptiser les « familo-fuges » et les « familo-pètes » sont définis par de bonnes relations dans l'un des deux champs et par de mauvaises relations dans l'autre. L'étude du réseau des relations de confiance nous donne une mesure approximative de l'ancrage du jeune dans un groupe et sa disposition à s'inscrire dans des relations qu'elles soient familiales ou extrafamiliales.

Les boxplots montrent clairement que plus les relations de confiance sont fortes, plus élevé est le score de bien-être. Nous retrouvons par contre le décalage perçu sur l'autre graphique entre garçons et filles. Ce qui est toutefois remarquable dans cette répartition sexuée, c'est que le sentiment de bien-être varie plus fortement chez les filles que chez les garçons en fonction de l'ancrage social, la mesure du bien-être des filles réagissant à priori plus sensiblement à l'isolement que celle des garçons.

Une observation similaire peut être faite à partir du graphique suivant:



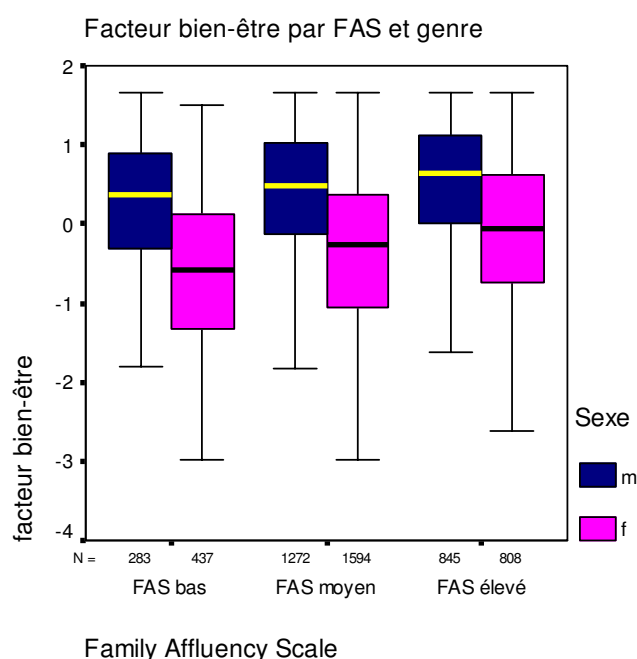
Dans le questionnaire sont contenues des informations sur différentes interactions qui ont lieu en famille. Nous avons regroupé les différentes variables en nous rapportant à une analyse par cluster sur les variables. De cette façon nous avons obtenu trois indicateurs concernant le climat des interactions familiales. Le premier se rapporte à la violence et le second au caractère punitif du climat familial. Par combinaison logique des indicateurs de violence et de punitivité et par un recodage

subséquent nous avons obtenu l'indicateur suivant renseignant sur les dimensions négatives du climat familial.

Plus le climat familial est vécu sur le mode violent, plus le score au facteur de bien-être est faible. Ici encore, une distinction s'observe entre garçons et filles, les filles ayant un score de bien-être inférieur à celui des garçons, il est normal que l'on retrouve cette distinction, comme le montre le graphique ci-dessus. Là encore, l'incidence entre climat familial et facteur de bien-être est plus marquée chez les filles. Il apparaît également opportun de relever que le climat familial violent a une influence plus négative sur les filles que sur les garçons.

5.1.4 Facteur de bien-être et FAS

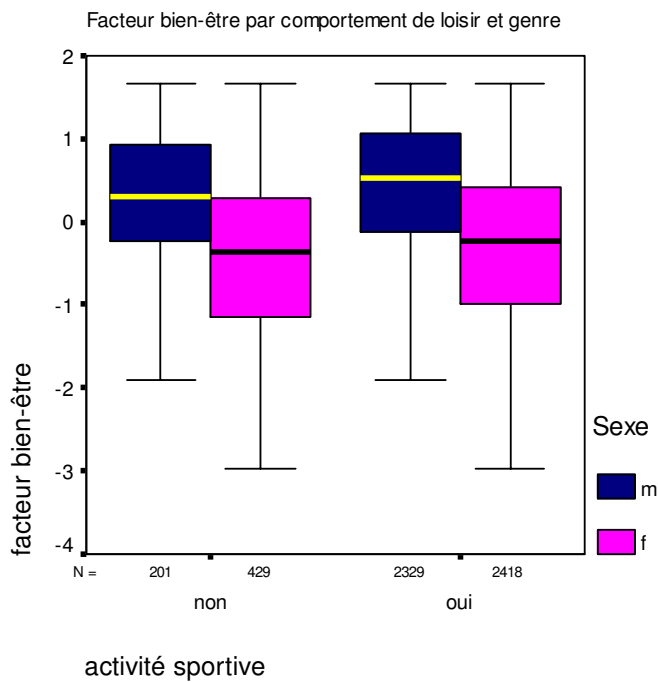
Le *Family Affluence Scale* (FAS) est une mesure conventionnelle indiquant la situation économique de la famille. Cette échelle est surtout utilisée avec une population cible d'enfants et de jeunes. Il tient compte des variables: possession de voitures, chambre individuelle et fréquence des vacances. L'indicateur est obtenu par l'addition des variables. On peut certes discuter de la pertinence de l'indicateur à prendre en compte l'ensemble des dimensions socio-économiques du milieu familial. Bien que l'on soit amené à analyser avec précaution ce FAS, on constate que plus le FAS est élevé, plus le score du bien-être est également élevé.



L'expression du sentiment de bien-être est ainsi liée au milieu social. Comme l'appréciation du bien-être est corrélée avec le sexe, on observe logiquement une différence dans la distribution des réponses FAS et bien-être en fonction du sexe.

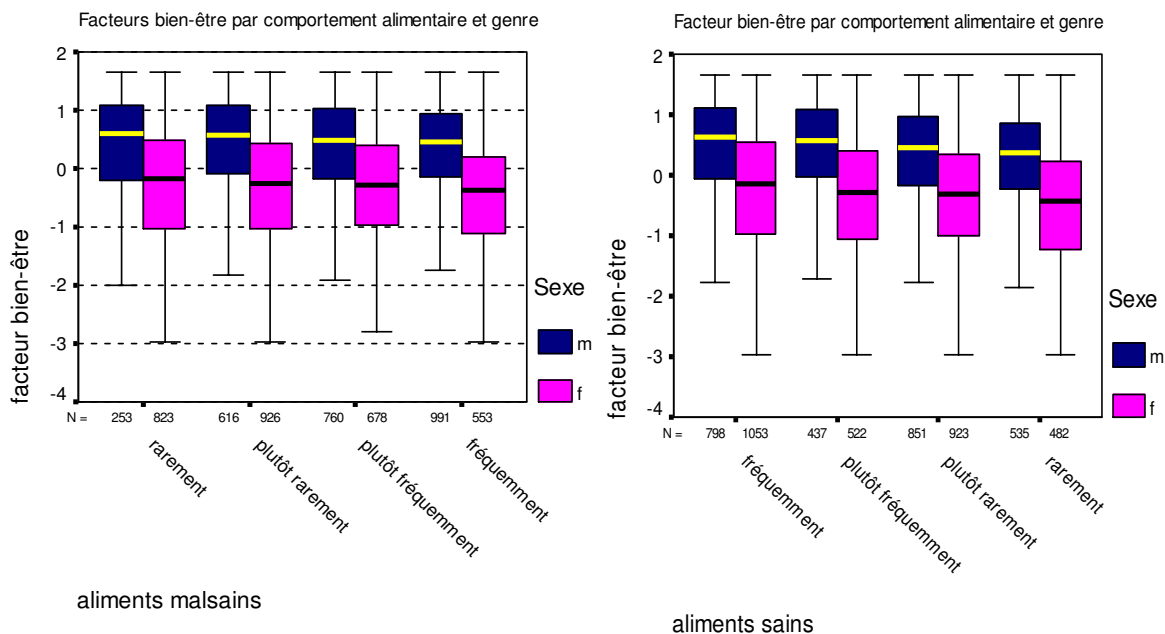
5.1.5 Facteur de bien-être et pratiques de loisirs

Les pratiques de loisir évaluées dans le questionnaire renvoient tant à des loisirs individuels artistiques ou sportifs qu'à des loisirs collectifs.

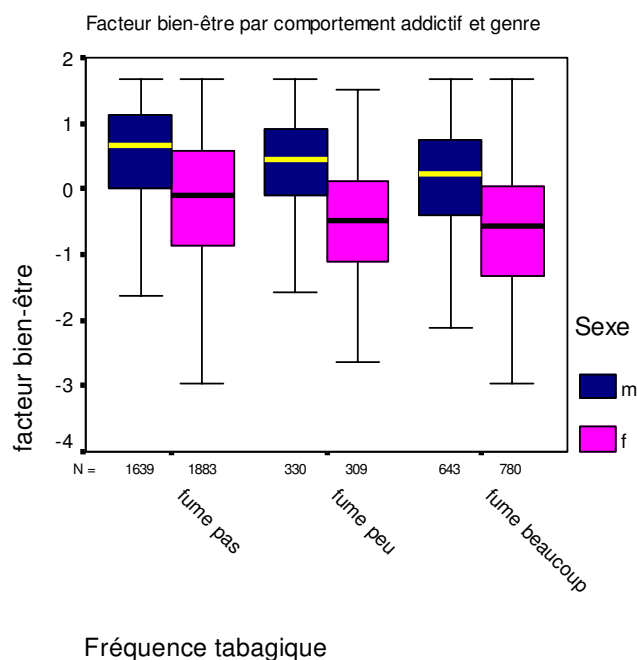


La présence d'activités de loisir paraît n'avoir aucune influence sur l'expression individuelle de bien-être. Les scores entre sportifs et non sportifs sont statistiquement comparables.

5.1.6 Conduites alimentaires, tabagisme et bien-être



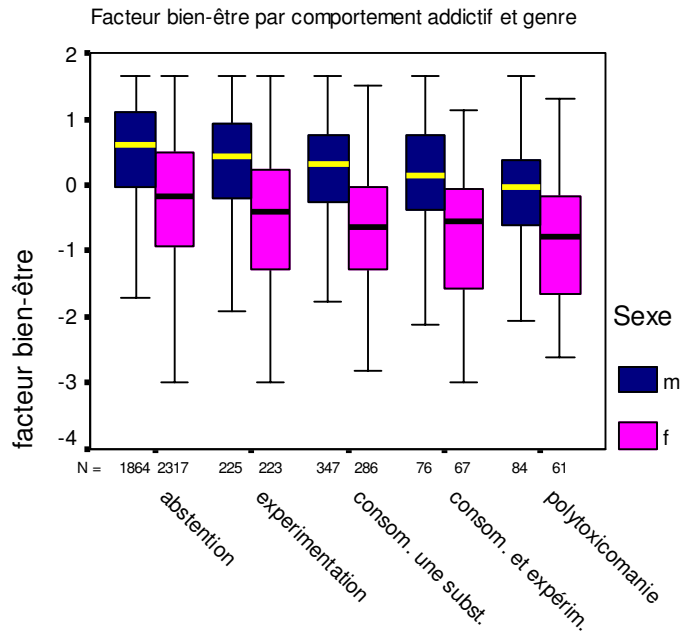
Assez logiquement, si les comportements alimentaires n'interviennent pas dans l'expression du bien-être, le tabagisme par contre influe sur les scores obtenus à l'indicateur, en particulier celui des garçons.



5.1.7 Comportements addictifs et facteur de bien-être

On note dans le contexte des conduites addictives une tendance lourde: celle d'une baisse linéaire du facteur bien-être en fonction de la consommation de drogue.

Que ce soit chez les garçons ou les filles, plus le jeune est en proximité avec les conduites toxicomanes, plus son niveau de bien-être mesuré à notre indicateur synthétique diminue.

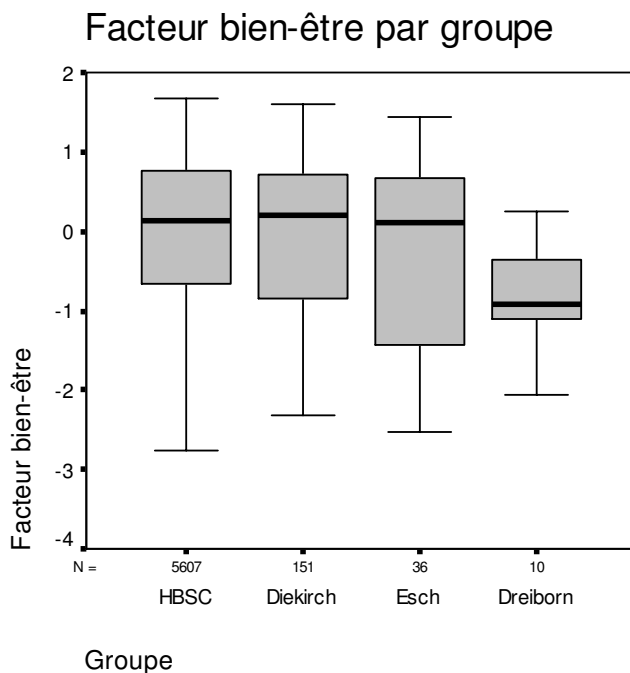


Rapport aux drogues

5.2 Données DJAB (Diversité des jeunes et accès au bien-être)

L'indicateur de bien-être a été construit à partir de la population HBSC. Voyons à présent ce qu'il donne sur nos échantillons spécifiques.

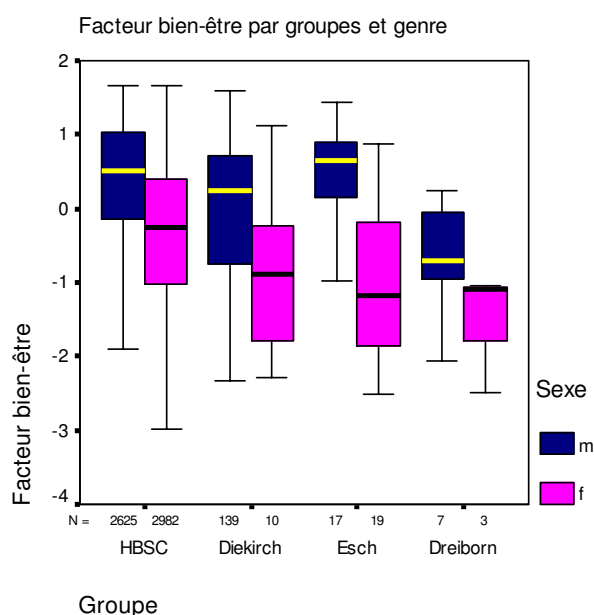
5.2.1 Facteur de bien-être par groupe



Un premier constat s'impose: celui d'un niveau comparable de bien-être entre Diekirch, Esch et HBSC. Dreibern connaît un score moyen nettement plus bas, toutefois compte tenu de la taille de l'échantillon, il est difficile de rejeter l'hypothèse d'une proximité avec les autres échantillons. Les amplitudes des résultats à l'indicateur de bien-être des échantillons Diekirch et Esch sont moindres que celles de la population témoin. Tout se passe comme si, au regard de l'indicateur de bien-être, Diekirch et Esch pouvaient être considérés comme issus de la population HBSC.

5.2.2 Facteurs de bien-être par groupe et genre

Là encore, ce qui est remarquable, ce sont les écarts repérables entre le groupe des garçons et celui des filles. Si l'on fait abstraction de Dreibern du fait de son faible effectif ($n = 10$ dont 3 filles seulement) les filles dans chacun des échantillons obtiennent des scores inférieurs aux garçons. Il faut signaler que la tendance générale s'inverse dans un seul cas de figure, celui du groupe d'Esch. Dans ce groupe de jeunes qui vivent un passage difficile entre la formation et l'emploi, on constate pour les garçons un facteur de bien-être dont la moyenne est peu différente et même légèrement supérieure à celle de l'échantillon national, la baisse générale du facteur de bien-être sur les quatre groupes touche essentiellement les filles.



Ces constats invitent fortement à poursuivre les investigations dans au moins deux directions:

La première sera de tenter de comprendre la sensibilité des filles à cet indicateur. De nouveau, il ne s'agit en aucun cas d'infériorité mais bien d'une "attitude" sexuée qui pondère les résultats moyens enregistrés.

La seconde est d'analyser plus finement les sous-groupes à l'intérieur de chaque échantillon. D'autres investigations que l'on n'a pas présentées ici soulignent les corrélations existant entre tabagisme, alcoolisme, drogues légères et conduites à risque. Reste à les analyser dans nos échantillons.

6. Discussion

6.1 Points faibles et points forts des données d'enquête HBSC

Les premières analyses que nous avons présentées nous autorisent déjà à une appréciation générale de l'étude HBSC. Les points forts sont évidents: la comparabilité avec d'autres pays, la répétitivité de l'étude (construction de séries chronologiques possible) ainsi que la taille ($n > 7000$) et la représentativité de l'échantillon. On peut donc recommander sans restriction aucune la participation du Luxembourg à l'étude internationale.

Toutefois il y a également quelques problèmes à mentionner: le questionnaire présente certainement des lourdeurs. Ceci influence surtout de façon négative la collecte des données auprès de jeunes défavorisés qui ont souvent des difficultés de lecture et de compréhension face à des formulaires à plusieurs dimensions. L'analyse se heurte certainement aussi aux problèmes liés au phénomène de la désirabilité sociale. Il est difficile de faire la part des choses entre une réalité de vie et le comportement de discours des jeunes. Une partie de ces difficultés pourrait peut-être résolue par une collecte des données en face à face. Il faudra donc peut-être penser à recueillir les données dans les groupes marginaux par des entretiens de face à face tout en maintenant pour la collecte générale l'ancienne procédure.

Il ressort également qu'une enquête quantitative à elle seule ne pourra pas fournir les savoirs nécessaires pour fonder les orientations politiques et pratiques. Il est alors absolument opportun de prévoir des études se rapportant à HBSC qui complètent les analyses. On peut penser à des projets de nature différente: d'un côté des études de modélisation tendant à vérifier des hypothèses plus générales sur la genèse et le rôle du bien-être des jeunes dans la société luxembourgeoise, d'un autre côté des études qualitatives ou même ethnographiques menées aux points chauds identifiés par l'analyse quantitative et aboutissant le cas échéant à des recherches-actions visant des changements concrets et spécifiques. Pour ce faire il faut continuer à focaliser l'étude comparative sur les échantillons spécifiques et faire démarrer un travail interactif avec

les institutions, notamment par exemple en vue du développement de programmes s'adressant aux jeunes filles.

6.2 Aspects d'une théorie de la diversité des jeunes

En général l'axe de recherche qui apparaît derrière nos analyses ouvre deux horizons: le premier est lié à la notion de bien-être et au concept de santé positive. Le second a l'idée d'une jeunesse éclatée opposée à la jeunesse comme milieu homogène (Pour reprendre les propos de Bourdieu: « La jeunesse n'est qu'un mot »²⁰). Il ressort déjà que les données sur le bien-être relativisent la thèse de l'individualisation de la transition de l'âge adulte en faisant apparaître un mélange complexe d'expériences communes, de trajectoires distinctes et de profils partiellement comparables. Il semble nécessaire que les politiques publiques en la matière prennent en compte ces constats.

Restent des questions qui se posent comme points de départ de recherches futures: Qu'en est-il de la diversité? Comment répertorier les expériences communes, les trajectoires distinctes, les profils partiellement comparables. Enfin, comment imaginer le passage de la notion de bien-être au concept différencié de santé positive?

²⁰ Bourdieu, Pierre (1984). Questions de sociologie. Paris: Les éditions de Minuit. p. 143-154.

Bibliographie

- Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Babbie, E. (⁸1998). *The Practice of Social Research*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Badma, B., Strodtholz, P. (2003). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaft. In: Hurrelmann, Kl., Laaser, U. (Hrsg.) (³2003). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München: Juventa, pp. 145-174.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press. [= Key Concepts]
- Bourdieu, Pierre (1984). *Questions de sociologie*. Paris: Les éditions de Minuit. p. 143-154.
- Bowlby, J. (²1998). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bury, M., Gabe, J. (eds.) (2004). *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London and New York: Routledge. [=Routledge Student Readers]
- Deppe, H.-U. (2000). *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften.
- Doyal, L. (1995). *What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health*. London: Palgrave Macmillan.
- Carricaburu, D., Menoret, M. (2004). *Sociologie de la Santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin. [= U Sociologie]
- Dingwall, R. (²2001). *Aspects of Illness*. Aldershot etc.: Ashgate. [= Cardiff Papers in Qualitative Research; Classics in Medical Sociology]
- Freidson, E. (1988). *Medical Work in America. Essays on Health Care*. New Haven: Yale University Press.
- Freidson, E. (1989). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gabe, J. (ed.) (1995). *Medicine, Health and Risk. Sociological Approaches*. Oxford: Blackwells. [= Sociology of Health and Illness Monograph Series]
- Giddens, A. (⁴2001). *Sociology*. Cambridge: Polity. (Chap. 9: Sociology of the Body: Health, Illness and Aging, pp. 140-169)
- Hurrelmann, Kl. (⁴2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim etc: Juventa.
- Hurrelmann, Kl., Klocke, A., Melzer, W. et al. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. München und Weinheim: Juventa.

-
- Illich, I. (2001). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars Publ.
- Lindessmith, A.R., Strauss, A.L., Denzin, N. K. (⁸1999). *Social Psychology. Thousand Oaks etc: Sage Publ. (Chap. 14: Illness, Aging, Dying, and Medical Bodies, 399-426)*
- McCall, R.B. (⁸2001). *Fundamental Statistics for Behavioural Sciences*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B., Ducki, A. (2003). *Geschlecht und Gesundheit*. In: Hurrelmann, Kl., Laaser, U. (Hrsg.) (³2003). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München: Juventa, pp. 357-370.
- Moore, D.S., McCabe, G.P. (³1998). *Introduction to the Practice of Statistics*. New York: W.H. Freeman & Co.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Oxford: Blackwell Publ.
- Parsons, T. (1970). *Personal Structure and Personality*. New York: The Free Press. (Chap 3: Health and Illness, pp. 255-358)
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Bordas.
- Sontag, S. (1981). *Krankheit als Metapher*. Frankfurt/Main: Fischer-Taschenbuchverlag.
- Strauss, A.L. (1983). *Where Medicine Fails*. Somerset, NJ: Transaction Publishers.
- Wagener, Y., Petry, P. (2002). *Das Wohlbefinden der Jugendlichen in Luxemburg: Freizeit - Schule - Partnerschaft - Familie - Gesundheit*. Luxemburg: Ministère de la Santé, Ministère de l'Education nationale, de la Formation professionnelle et des Sports.