

Conférence biennale sur la santé des jeunes

29 octobre 2009

Avec la contribution de l'INPES, l'InVS, l'OFDT
dossier coordonné par la DREES

Santé des jeunes

- Le sentiment d'information des jeunes face à la santé
- Comment les jeunes perçoivent-ils leur santé ?
- Le rapport au corps à l'adolescence et à l'entrée en vie adulte
- La vaccination
- La sexualité
- La contraception
- Les interruptions volontaires de grossesse
- Les accidents chez les jeunes
- L'usage de substances psychoactives
- La santé mentale des jeunes
- Tentatives de suicide et suicides
- Recours et renoncement aux soins des jeunes



Santé des jeunes

Sous la direction d'Anne-Marie Brocas et de Lucile Olier
Dossier coordonné par Muriel Moisy

Édition: Nadine Gautier

Ont contribué à ce dossier

■ INPES

François Beck, Arnaud Gautier, Romain Guignard,
Christine Jestin, Nathalie Lydié, Colette Ménard,
Jean-Baptiste Richard

■ InVS

Christine chan-Chee, Juliette Bloch, Julien Brière,
Anne Chevalier, Cécile Ricard, Bertrand Thélot

■ OFDT

Stéphane Legleye

■ Pour la DREES

Bénédicte Boisguerin, Nathalie Guignon,
Muriel Moisy et Annick Vilain

Le sentiment d'information des jeunes face à la santé

Même si les jeunes ont le sentiment d'être plutôt bien informés sur la plupart des sujets de santé, sans doute grâce aux campagnes de communication engagées entre 2000 et 2005, certains sujets comme la dépression et les risques environnementaux ne suscitent pas le même sentiment.

■ UN SENTIMENT D'INFORMATION EN PROGRESSION SUR LES ADDICTIONS ET LES IST...

En matière d'information sur la santé, en 2005, les jeunes de 16-25 ans se déclaraient particulièrement bien informés sur le tabac (93,2% contre 91,5% des 26-75 ans, $p < 0,01$), le sida (89,0% contre 85,3% chez les 26-75 ans, $p < 0,001$), l'alcool (87,4%, sans différence significative avec leurs aînés), la contraception (82,6% contre 86,3% chez les 26-75 ans, $p < 0,001$) et le cannabis (68,5% contre 53,2%, $p < 0,001$). Concernant le cannabis, les jeunes se sentent particulièrement bien informés comparativement aux autres tranches d'âges.

Sur tous les autres thèmes, les jeunes de 16 à 25 ans déclaraient se sentir moins bien informés que leurs aînés ($p < 0,001$), mais toutefois près de 6 sur 10 s'estiment plutôt bien informés sur le cancer, l'alimentation, les IST et la vaccination. En revanche, la dépression et les problématiques environnementales comme la pollution de l'air ou de l'eau restaient très largement méconnues des jeunes (graphique 1 et tableau 1).

En termes d'évolution par rapport à 2000 (tableau 1), le sentiment d'information des jeunes a fortement progressé sur les addictions : +5 points sur le tabac (en parallèle de la constatation d'une augmentation de 50,2% à 51,6% des jeunes déclarant craindre « pas

mal ou beaucoup » les maladies liées au tabac $p < 0,001$); +6 points sur l'alcool, +17,5 points sur le cannabis ($p > 0,001$).

■ ...MAIS EN BAISSÉ SUR LE SIDA ET LA VACCINATION

Si le niveau d'information perçu sur les IST semble également s'améliorer (+8 points entre 2000 et 2005), un léger recul est constaté sur le niveau d'information sur le sida (-3 points par rapport à 2000). Ce résultat est sans doute à mettre en regard du niveau de craintes liées au sida (diminution de 43,2% en 2000 à 36,3% en 2005 de la proportion de jeunes de 16-25 ans déclarant craindre « pas mal ou beaucoup » les maladies liées au sida, $p < 0,001$). Ces données confirment les tendances constatées dans les enquêtes KABP Sida (Beltzer *et al.*, 2005).

Parmi les différentes thématiques de santé, la vaccination subit également un net recul : le sentiment d'être bien informé sur le sujet régresse de 61,6% en 2000 à 57,5% en 2005 ($p < 0,001$).

■ LES CAMPAGNES D'INFORMATION RÉCENTES SUR LA DÉPRESSION ET LA CONTRACEPTION : DES RÉSULTATS À SUIVRE

Le sentiment d'information des jeunes qui a très nettement progressé sur les addictions et les IST peut vraisemblablement se mettre en

lien avec l'intensification des campagnes de communication publiques qui ont été menées sur ces différents sujets entre les années 2000 et 2005.

Pour autant, en 2005, les résultats du Baromètre santé permettaient de constater la nécessité d'approfondir certaines thématiques auprès des jeunes. Dans le domaine de la contraception, même si le sentiment d'information semblait satisfaisant, et si, la contraception d'urgence semblait désormais bien connue, l'information quant à son utilisation et à son délai de recours restait encore largement méconnue des jeunes (Lydié *et al.*, 2006). Il conviendra d'évaluer si les récentes campagnes menées par l'INPES en direction des 18-30 ans autour de la contraception ont contribué à améliorer ce sentiment.

Le recul du niveau d'information sur les vaccinations, même s'il n'était pas inquiétant demeure à surveiller.

Quant à la dépression, le manque d'information ressenti par les jeunes sur ce sujet était à souligner, les jeunes de 16-25 ans présentant une prévalence importante d'épisodes dépressifs caractérisés (Lamboy, 2006). En 2007, le ministère de la Santé et l'INPES ont entrepris une vaste campagne d'information du grand public sur la dépression associant différents médias, dont un site Internet (plus de 500 000 internautes se sont connectés au site www.info-depression.fr) et un livret d'information édité à plus de 600 000 exemplaires. Ces efforts auront sans doute contribué à améliorer le sentiment d'information sur ce sujet, ce qui pourra être mesuré dans le prochain Baromètre santé qui aura lieu en 2010. ●

synthèse

En 2005, les jeunes de 16-25 ans avaient le sentiment d'être plutôt bien informés sur la plupart des sujets de santé. Les thématiques liées aux addictions (tabac, alcool, cannabis), au sida et aux IST sont les sujets sur lesquels ils se sentent particulièrement bien informés. Ce sentiment de bonne information sur ces thématiques, à l'exception de celle sur le sida qui a baissé, a enregistré une forte progression entre 2000 et 2005, à mettre sans doute au crédit des campagnes de communication engagées sur ces thèmes. D'autres sujets en revanche ne suscitaient pas en 2005 le même sentiment d'information, comme la dépression et les risques environnementaux (pollution de l'air, pollution de l'eau). La campagne d'information du grand public sur la dépression engagée par le ministère de la Santé et l'INPES en octobre 2007 a sans doute contribué à améliorer ce sentiment d'information.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INPES

Graphique I • Sentiment d'information sur les grands thèmes de santé : pourcentages des personnes déclarant se sentir très ou plutôt bien informés, suivant l'âge

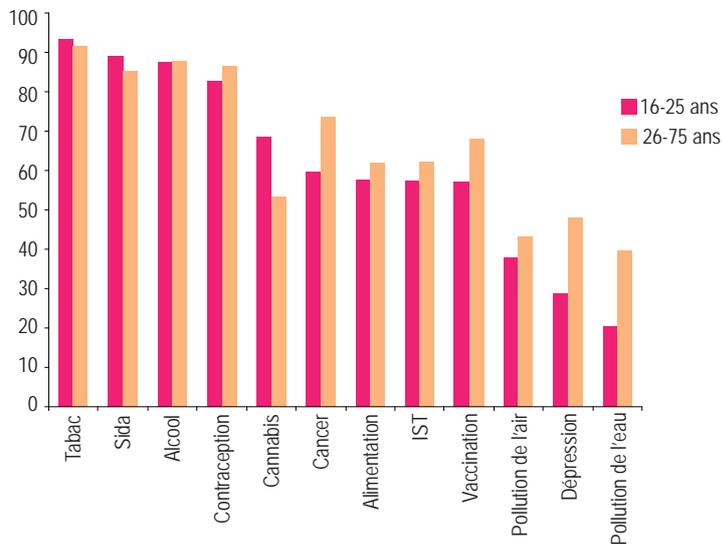


Tableau I • Évolution entre 2000 et 2005 des pourcentages de jeunes de 16 à 25 ans déclarant se sentir très ou plutôt bien informés

	2000	2005	Différence
Tabac	88,2 %	93,2 %	***
Sida	92,2 %	89,0 %	***
Alcool	81,4 %	87,4 %	***
Contraception	82,2 %	82,6 %	ns
Cannabis	51,0 %	68,5 %	***
Cancer	-	59,8 %	-
Alimentation	59,6 %	57,7 %	ns
IST	49,6 %	57,5 %	***
Vaccination	61,6 %	57,1 %	***
Pollution de l'air	41,5 %	37,6 %	**
Dépression	-	28,7 %	-
Pollution de l'eau	18,6 %	20,3 %	ns

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

CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon ($n = 13\,685$, dont 2049 de 16-25 ans). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total $n = 30\,514$, dont 4838 de 16-25 ans).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les individus résidant en France métropolitaine sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant du nombre de personnes éligibles au sein du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Il s'agit des déclarations des personnes sur le sentiment d'être plutôt bien ou très bien informé sur différents sujets de santé : les addictions (tabac, alcool, cannabis), le VIH, les IST, la contraception, les vaccinations, les problématiques environnementales (pollution de l'air, pollution de l'eau) ; sujets auxquels se sont ajoutés, en 2005, le cancer et la dépression.

LIMITES ET BIAIS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES

Beck F., Guilbert P., 2007, «Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution». In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, p. 27-43.

références

- Gautier A., Pin S., Courouve L., 2006, «Perception de la santé et qualité de vie», in Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, 19-28.
- Beltzer N., Lagarde M., Wu-zhou X., Vongmany N., Gremy L., 2005, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004*, Paris, ORS Île-de-France, 176 + XXVIII p.
- Lydié N., Léon C., 2006, «Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse», in Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, 103-108.
- Lamboy B., 2006, «Les troubles dépressifs et leur prise en charge», in Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, 69 -76.

Comment les jeunes perçoivent-ils leur santé ?

La perception qu'ont les jeunes de leur santé est majoritairement bonne, les garçons se percevant en meilleure santé que les filles. Toutefois, ce sentiment dépend d'un certain nombre de déterminants dont le mode de vie, le rapport au corps ou encore la santé psychique.

■ 9 JEUNES ADULTES SUR 10 SE DÉCLARENT EN « BON » OU « TRÈS BON » ÉTAT DE SANTÉ

À la première question « Comment est votre état de santé en général ? », 91 % des jeunes de la cohorte (encadré) se déclarent en bon ou très bon état de santé tandis qu'ils sont 9 % à évoquer une santé altérée (un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ») (tableau 1). Comme en population générale, les garçons se déclarent plutôt en meilleure santé que les filles (92 % contre 90 %). En outre, un jeune sur sept dit avoir actuellement une ou plusieurs maladies chroniques. Les jeunes de la cohorte se percevant en « bonne » ou « très bonne » santé sont 11 % à déclarer une maladie chronique contre 43 % parmi ceux qui évoquent une santé altérée. Allergies, asthme, migraines, maladies de la peau, maux de dos, problèmes de thyroïde et dépressions regroupent les trois quarts des maladies chroniques citées. Par ailleurs, moins de 10 % considèrent être limités depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé. Il est à noter qu'au sein du groupe de jeunes ayant déclaré un état de santé altéré, les filles mentionnent plus souvent des maladies chroniques (47 % contre 39 % pour les garçons) tandis que les garçons évoquent davantage des limitations dans les activités habituelles (46 % contre 35 %).

■ DES INÉGALITÉS SOCIALES DE PERCEPTION DE LA SANTÉ EN LIEN AVEC LES MODES DE VIE

Si la grande majorité des jeunes apparaissent de prime abord en bonne santé, l'examen de leurs réponses à cette première question, en s'appuyant sur une analyse multivariée, met en évidence l'influence de facteurs tels que la santé psychique des jeunes (nervosité, troubles du sommeil), leur regard sur leur apparence corporelle (rapport poids/taille, perception corporelle), leur hygiène de vie (alimentation, sport, pratiques addictives) ou, dans une moindre mesure, leurs conditions de vie actuelles (situation par rapport aux études, au logement). Il faut toutefois souligner que les différences observées dans les modes de vie (hygiène, santé psychique, comportement face aux addictions, apparence corporelle)

traduisent probablement pour partie les inégalités sociales auxquelles sont confrontés les jeunes adultes dans leurs conditions de vie.

La santé psychique, une composante principale de la santé perçue

Sur le ressenti des jeunes à propos de leur santé mentale au cours des quatre semaines précédant l'enquête, la nervosité est aussi particulièrement pointée du doigt : près d'un tiers d'entre eux (31 %) se sont sentis « souvent », « très souvent » ou « en permanence » nerveux, les filles davantage que les garçons (40,7 % contre 22,5 %) (graphique 1). L'auto-évaluation de leur état de santé varie sensiblement selon la nervosité ressentie : 67 % des filles et 77 % des garçons déclarant s'être sentis « souvent », « très souvent », voire « en permanence », nerveux dans le mois qui a précédé l'enquête jugent leur santé « bonne » ou « très bonne » contre 97 % parmi ceux n'ayant à aucun moment ressenti de la nervosité (tableau 2). Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de se déclarer en « bonne » ou « très bonne » santé est divisée par trois lorsque les enquêtés disent avoir été « souvent », « très souvent » ou « en permanence » nerveux comparé à la situation où ils ne l'ont été que « quelquefois », « rarement » ou « jamais ».

Dans le même registre, un jeune sur cinq dit éprouver des difficultés de sommeil « plusieurs fois par semaine ». Là encore, les difficultés hebdomadaires de sommeil sont davantage citées par les filles (26 %) que par les garçons (16 %), mais l'impact est le même en termes de santé perçue : le risque de se déclarer en « bonne » ou « très bonne » santé est multiplié par 0,4.

La perception du corps, un facteur non neutre sur la perception de la santé

Le ressenti des jeunes à propos de leur état de santé varie selon leur IMC (mesuré à partir des données de poids et de taille déclarées par les jeunes eux-mêmes) et reflète le rapport au corps et à un idéal différencié selon les sexes. Ce sont les filles atteintes d'obésité qui déclarent moins fréquemment un état de santé « bon » ou « très bon » (85 %) (tableau 3). À l'inverse, ce sont les garçons en sous-poids qui se perçoivent en moins bonne santé : 85 % contre 93 % pour ceux qui déclarent un poids

normal. Le regard croisé de la perception corporelle et de la santé perçue conforte ce premier constat élaboré à partir de l'IMC : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité pour les jeunes femmes de se déclarer en « bonne » ou « très bonne » santé est inférieure de 20 % lorsqu'elles se trouvent « un peu » ou « beaucoup » trop grosses et est divisée par deux lorsqu'elles se perçoivent « un peu » ou « beaucoup » trop maigres. Chez les hommes, ces probabilités sont multipliées respectivement par 0,6 et 0,5.

La perception de la santé déterminée aussi par les pratiques et comportements

Considérer son alimentation comme « plutôt » ou « bien » équilibrée ou encore pratiquer un sport sont autant de facteurs de « bonne » ou « très bonne » santé. Si les garçons sont légèrement plus nombreux que les filles à percevoir leur alimentation « plutôt » ou « bien » équilibrée, le retentissement de ce jugement sur la santé perçue se ressent davantage chez les filles : la probabilité pour un garçon de se déclarer en « bonne » ou « très bonne » santé lorsqu'il émet un jugement négatif sur ce qu'il mange est divisée par un tiers comparé à ceux qui considèrent manger « plutôt » ou « bien » équilibré. Chez les filles, cette probabilité est divisée par deux.

S'il existe une différence sensible quant à la pratique sportive entre les sexes (moins de

encadré

La mesure de la santé perçue repose le plus souvent sur un questionnaire synthétique composé de trois indicateurs standardisés au niveau européen appelé « mini-module européen ». Il s'agit d'un questionnaire déclaratif où les enquêtés sont amenés à décrire le ressenti concernant leur état de santé. Les informations issues d'enquêtes déclaratives ne correspondent pas à des diagnostics. Toutefois, à côté des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques (mortalité, hospitalisations, consommation de soins, etc.), ces données reflètent bien le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et d'incapacités diagnostiquées, ainsi que de mortalité.

Ce mini-module ainsi que 31 autres questions reposant sur cinq thématiques (santé perçue, psychique, modes de vie, événements graves passés et présents, recours aux soins) ont été posés, en 2007, à plus de 11 000 jeunes faisant partis d'une cohorte de jeunes entrés en 6^e en 1995 et interrogés depuis sur leurs parcours scolaires, professionnels et familiaux.

Tableau 1 • Les réponses au mini-module européen des jeunes entrés en sixième en 1995 et interrogés sur leur santé en 2007, selon le sexe (%)

État de santé déclaré	% dans la cohorte	Hommes	Femmes	Souffre d'une maladie chronique au moins			Est limité ou fortement limité *		
				Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
« Bon ou très bon »	91	92	90	11	9	12	4	4	5
« Altéré »	9	8	10	43	39	47	40	45	35
Ensemble	100	100	100	14	11	16	8	7	8

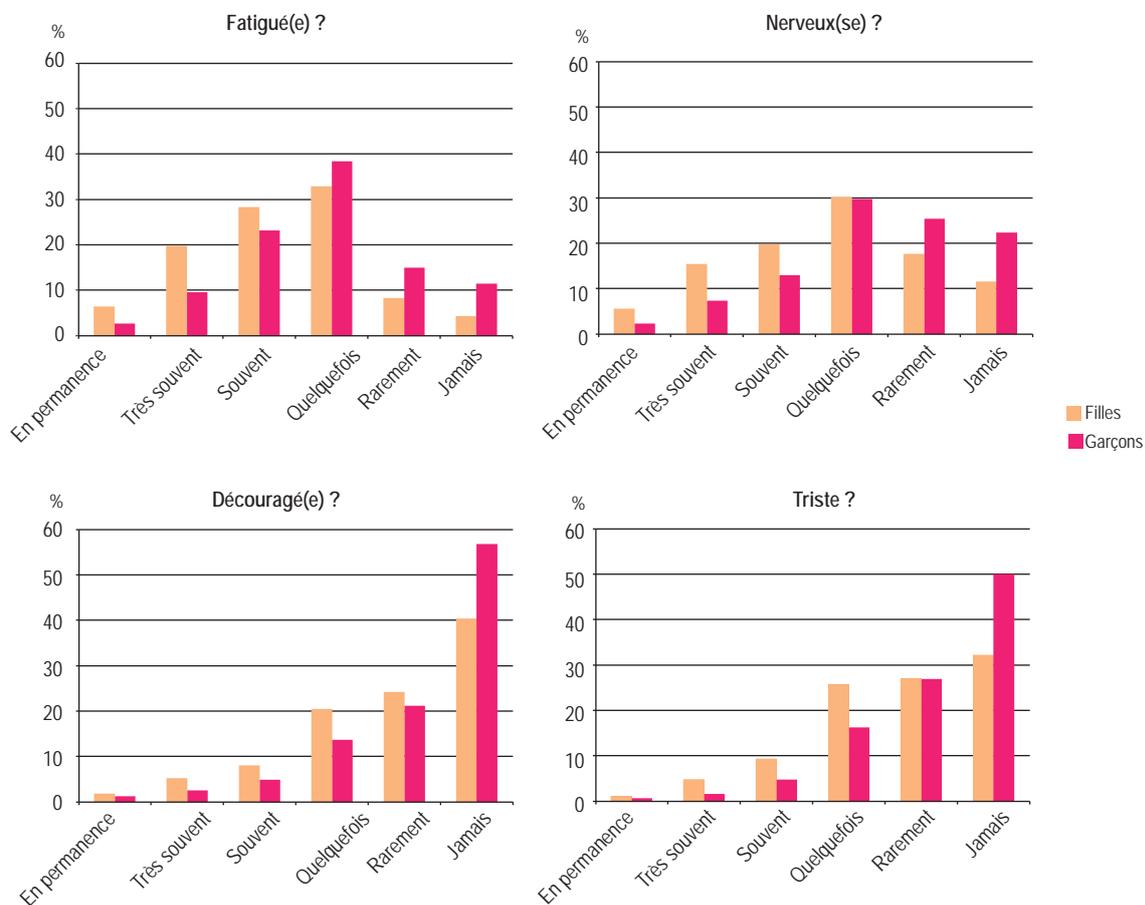
* Depuis au moins 6 mois dans ses activités quotidiennes à cause d'un problème de santé.

Champ : Élèves entrés en 6^e en 1995.

Sources : DEP-INSEE, panel d'élèves entrés en 6^e en 1995, enquête complémentaire santé 2007.

Graphique 1 • La santé psychique des jeunes (déclarations par sexe)

« Au cours des quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes sentis... ? »



Champ : Elèves entrés en 6^e en 1995.

Sources : DEP-INSEE, panel d'élèves entrés en 6^e en 1995, enquête complémentaire santé 2007.

Tableau 2 • Part des filles et des garçons appartenant à la cohorte des jeunes entrés en 6^e en 1995 qui déclarent un état de santé « bon ou très bon » selon le sentiment de nervosité ressenti au cours des quatre semaines précédant l'enquête (%)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	jamais
Filles	67,2	82,7	86,8	94,4	95,0	97,3
Garçons	77,4	79,0	85,4	93,3	96,2	96,8
Ensemble	70,3	81,5	86,2	93,9	95,7	97,0

Champ : Élèves entrés en 6^e en 1995.

Sources : DEP-INSEE, panel d'élèves entrés en 6^e en 1995, enquête complémentaire santé 2007.

Comment les jeunes perçoivent-ils leur santé? (suite)

40% des filles pratiquent une activité sportive (contre 57% de garçons), l'effet du sport est comparable sur la santé perçue, environ 10% des filles et des garçons non sportifs évoquant une santé altérée.

Tabagisme quotidien et consommation de substances nuisibles pour la santé associés à une moins bonne santé perçue

Les pratiques addictives chez les jeunes de moins de 25 ans semblent moins associées à la santé perçue, les jeunes percevant peut-être moins leur impact sur la santé que les adultes. Si les différences de consommation d'alcool et de tabac entraînent peu ou pas de variations sur les réponses des jeunes quant à la perception de leur santé perçue, quelques différences se dessinent tout de même à propos de leur consommation de substances psychoactives autres que l'alcool et le tabac. Son influence se mesure essentiellement sur la proportion de jeunes consommateurs qui déclarent un état de santé «altéré», respectivement 16% des filles et 15% des garçons contre 6% et 9% chez les non-consommateurs. Toutes choses égales par ailleurs, la

probabilité de se déclarer en «bonne» ou «très bonne» santé est multipliée par 0,6 chez les garçons consommateurs et par 0,5 chez les consommatrices comparé aux non-consommateurs.

Une perception de la santé moins influencée par les caractéristiques socio-économiques intrinsèques que par les comportements associés

Prendre en compte la situation des jeunes vis-à-vis de leurs études et du marché du travail permet d'éclairer certaines situations plus favorables en termes de santé perçue: avoir un emploi, résider dans un logement indépendant et vivre en couple. Néanmoins les différences observées sur le ressenti des jeunes quant à leur santé sont nettement plus faibles que celles décrites précédemment pour le mode de vie ou la santé psychique. Cela n'invalide nullement l'existence d'inégalités sociales mais suggère qu'elles s'expriment avant tout au travers des comportements et modes de vie associés. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Neuf jeunes adultes sur dix interrogés dans le cadre du panel d'élèves entrés en 6^e en 1995 répondent être en «bonne» ou «très bonne» santé en 2007, les garçons se déclarant plutôt en meilleure santé que les filles. Ils sont 14% à déclarer une maladie chronique et 8% à évoquer des limitations dans leurs activités habituelles. Le jugement des jeunes sur leur santé est influencé à la fois par les modes de vie, la relation à leur corps ou encore leur état de santé psychique. Les difficultés de sommeil, une nervosité fréquemment ressentie ou la consommation de substances psychoactives diminue sensiblement la probabilité de se déclarer en «bonne» ou «très bonne» santé. La prise en compte de la situation des jeunes vis-à-vis de leurs études et du marché du travail permet elle aussi d'éclairer certaines situations plus favorables en termes de santé perçue. Néanmoins, les différences observées sur le ressenti des jeunes quant à leur santé semblent plus faibles que celles relative aux modes de vie ou à la santé psychique.

Tableau 3 • Déterminants comportementaux et socio-économiques de la santé perçue chez les filles et les garçons de la cohorte de jeunes entrés en 6^e en 1995

	Filles		Garçons	
	%	Déclarent un état de santé « bon ou très bon »	%	Déclarent un état de santé « bon ou très bon »
IMC				
Poids normal	70,3	91	75,5	93
Sous-poids	15,2	87	5,6	85
Surpoids	10,2	88	15,3	95
Obésité	4,3	85	3,6	91
Perception de soi				
Jeunes qui se perçoivent à peu près du bon poids	51,0	93	62,6	95
Jeunes qui se perçoivent « un peu » ou « beaucoup » trop maigres	5,0	78	16,8	87
Jeunes qui se perçoivent « un peu » ou « beaucoup » trop gros(es)	44,0	89	20,6	91
Difficultés de sommeil				
Rarement ou jamais	45,4	95	62,7	96
Quelques fois par mois	28,2	91	21,3	92
Une à plusieurs fois par semaine	26,4	80	16,0	80
Nervosité				
« Quelquefois », « rarement », « jamais »	73,8	95	89,0	95
« Souvent », « très souvent », « en permanence »	26,2	79	11,0	79
Pratique sportive				
Ne pratique pas d'activité sportive	62,2	89	42,7	90
Pratique une activité sportive au moins une fois par semaine	37,8	92	57,3	94
Perception de son alimentation				
Jeunes qui perçoivent leur alimentation « plutôt » ou « bien » équilibrée	62,6	93	65,4	94
Jeunes qui perçoivent leur alimentation « pas très » ou « pas trop » équilibrée	37,4	85	34,6	89
Tabagisme				
Non-fumeurs	56,4	91	50,2	94
Fumeurs quotidiens	36,3	88	42,1	91
Consommation d'alcool				
Non-consommateurs	35,8	89	18,9	88
Consommateurs à risque ponctuel	28,5	90	48,5	94
Consommateurs à risque chronique	2,8	87	11,7	92
Substance				
N'a pas consommé de substances pouvant nuire à la santé du fait de leur nature ou des quantités absorbées	91,3	91	82,5	94
A consommé de tels produits ou substances	8,7	84	17,5	85
Situation actuelle du jeune				
En cours d'études	40,3	89	30,9	93
Études terminées, avec emploi	47,1	92	58,1	94
Études terminées, sans emploi	12,6	88	11,0	84
Situation du jeune par rapport au logement				
Au domicile parental ou familial	39,3	90	56,8	92
Dans un logement indépendant	56,4	90	38,5	94
Situation affective du jeune				
Ne vit pas en couple	62,3	89	78,0	92
Vit en couple	37,7	92	22,0	94

Champ : Élèves entrés en 6^e en 1995.

Sources : DEP-INSEE, panel d'élèves entrés en 6^e en 1995, enquête complémentaire santé 2007.

CHAMP • Élèves entrés en 6^e en 1995.

SOURCES • DEP-INSEE, panel d'élèves entrés en 6^e en 1995 et ayant répondu au questionnaire complémentaire santé en 2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Réponse à la question « Comment est votre état de santé en général? ».

RÉFÉRENCES • INPES, *Baromètre santé 2005*.

Le rapport au corps à l'adolescence et à l'entrée en vie adulte

En classe de 3^e, un adolescent sur six est concerné par le surpoids et l'obésité, une prévalence qui tend à augmenter chez les jeunes adultes selon les enquêtes Nutrition Santé 2006-2007 et INCA 2 2007, même si les déclarations des jeunes eux-mêmes interrogés dans l'enquête Entrée en vie adulte (EVA) sur leur taille et leur poids sous-estiment cet état de fait.

La surcharge pondérale apparaît comme le miroir des inégalités sociales aussi bien chez les adolescents que chez les jeunes à l'entrée en vie adulte puisque le surpoids est davantage répandu chez les adolescents dont le père est ouvrier et chez les jeunes adultes en situation de précarité. Souvent insatisfaits de leur image corporelle, les adolescents et les jeunes adultes ont une perception de leur corps qui reflète un idéal différencié selon le sexe.

Les données exposées dans la présente fiche sont issues de deux sources : l'enquête sur la santé des adolescents de classe de 3^e réalisée en 2004-2005 (encadré 1) et l'enquête EVA qui suit une cohorte de jeunes entrés en classe de 6^e en 1995 et interrogés sur leur santé en 2007 (encadré 2).

■ UN RAPPORT AU CORPS DIFFÉRENCIÉ SELON LE SEXE

En classe de 3^e, un adolescent sur six est en surcharge pondérale

Selon les mesures effectuées par les médecins et infirmier(e)s, à peine 2 % des adolescents en classe de 3^e sont en sous-poids et 17 % sont en surcharge pondérale dont 4 % obèses (encadré 3). Si aucune différence n'est observée selon le sexe, les filles semblent plus préoccupées par leur poids que les garçons : 32 % d'entre elles déclarent se peser au moins une fois par semaine contre à peine 15 % des garçons.

encadré 1

Le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire est organisé conjointement par la DREES et la DGS du ministère chargé de la santé, la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère chargé de l'éducation, avec l'appui méthodologique de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il a débuté en 1999-2000 et repose sur une série d'enquêtes menées alternativement auprès de trois classes d'âge : les grandes sections de maternelles, les élèves de CM2 et les adolescents des classes de 3^e.

L'objectif principal de ces enquêtes est de suivre l'évolution de la prévalence de pathologies susceptibles de gêner l'enfant dans le bon déroulement de sa scolarité, comme l'asthme, les troubles sensoriels (audition, vision), les accidents. Elles permettent aussi d'éclairer les pouvoirs publics et les professionnels de terrain sur les actions de santé publique à mener pour lutter contre la surcharge pondérale, améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire, des troubles sensoriels et la couverture vaccinale. Pour la première fois, dans le cadre de cette enquête, un auto-questionnaire portant sur la perception que les adolescents ont de leur qualité de vie (relations avec leurs camarades, leurs parents, leurs enseignants), de leur image corporelle et sur certains aspects de leur santé « psychique » (troubles anxieux...) a été administré.

L'enquête a été réalisée par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale. Elle a concerné 7500 élèves scolarisés dans des collèges publics ou privés de France métropolitaine et des DOM. La majorité des élèves (85,2 %) avait entre 14 et 15 ans au moment de l'enquête, 12 % avait 16 ans ou plus.

Un jeune adulte sur six se déclare en surpoids à l'entrée en vie adulte

D'après les déclarations des jeunes adultes enquêtés sur leur taille et leur poids, un sur dix, âgé en moyenne de 23 ans en 2007, serait en sous-poids et un peu plus d'un sur six déclarerait des mensurations synonymes de surcharge pondérale (IMC supérieur ou égal à 25). Ces déclarations déclinées selon le sexe laissent entendre que le sous-poids est essentiellement féminin et la surcharge pondérale plutôt masculine. Ainsi, une fille sur six serait en sous-poids contre un garçon sur vingt et près d'un garçon sur cinq en surcharge pondérale (une fille sur six). L'obésité concernerait autant les filles que les garçons (4 %) (graphique 1). Ces résultats sont cohérents avec ceux relevés dans des études nationales telles que l'étude INCA 2 (AFSSA) ou l'étude nationale nutrition santé 2006-2007 (InVS), même si l'on note une sous-estimation de la prévalence de la surcharge pondérale en raison du mode de recueil des données.

Les adolescentes plus insatisfaites de leur image corporelle que les adolescents

Interrogés sur la perception de leur poids, 64 % des adolescents tous sexes confondus déclarent que leur poids est « bien », 23 % se considèrent comme « plutôt » gros(ses) et 3 % « très » gros(ses). À l'inverse, 9 % se perçoivent « plutôt » maigres et 1 % « très » maigres. D'importantes différences sont observées selon le sexe : 38 % des adolescentes se considèrent comme « plutôt » ou « très » grosses (contre 14 % des garçons), alors que 13 % des adolescents se voient « très » ou « plutôt » maigres (contre 8 % des filles).

L'analyse de la perception du corps au regard de l'indice de masse corporelle (IMC) souligne deux constats : d'une part, parmi les adolescents et adolescentes ayant un poids

normal, les filles sont plus nombreuses à se trouver « plutôt » ou « très » grosses que « plutôt » ou « très » maigres (29 % contre 8 %) tandis que la relation est inversée chez les garçons, plus nombreux à se trouver « plutôt » ou « très » maigres (14 % contre 6 %) ; d'autre part, parmi les adolescents en surpoids, plus de 50 % des garçons et seulement 20 % des filles se trouvent « bien » (graphique 2).

Une insatisfaction qui perdure à l'entrée en vie adulte

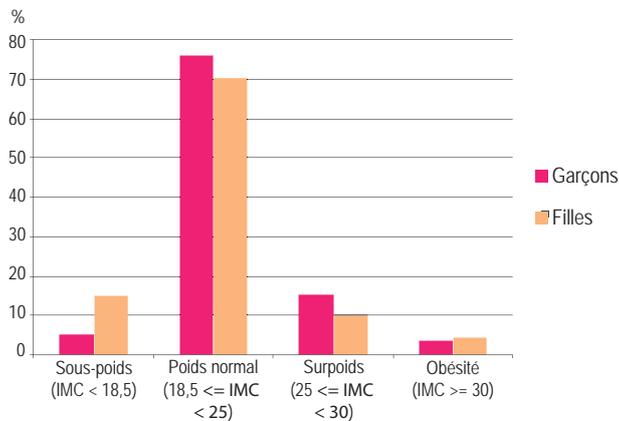
À la question « comment vous trouvez-vous ? », 17 % des jeunes hommes se perçoivent « un peu » ou « beaucoup trop » maigres contre seulement 5 % des jeunes femmes qui sont, en revanche, 44 % à se trouver « un peu » ou « beaucoup trop » grosses (21 % des garçons). Parmi les jeunes femmes ayant un poids normal d'après leur déclaration poids/taille, 40 % se considèrent « un peu » ou « beaucoup » trop grosses (graphique 3). En comparaison, 20 % des jeunes hommes se perçoivent « un peu » ou « beaucoup » trop maigres, alors même que leur IMC indiquerait un poids normal. Ainsi, la perception par les jeunes de leur état de santé varie selon leur IMC et reflète le rapport des jeunes à leur corps et à un idéal différencié selon les sexes.

■ LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA CORPULENCE

Les adolescents issus de milieux défavorisés plus exposés au surpoids et à l'obésité

D'importantes disparités sont observées quant à la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents selon la catégorie socioprofessionnelle du père : environ un enfant de cadre sur 10 est en surpoids contre un sur cinq chez ceux dont le père est ouvrier. Le gradient social est encore plus marqué pour

Graphique 1 • Répartition des jeunes adultes en fonction de leur statut pondéral

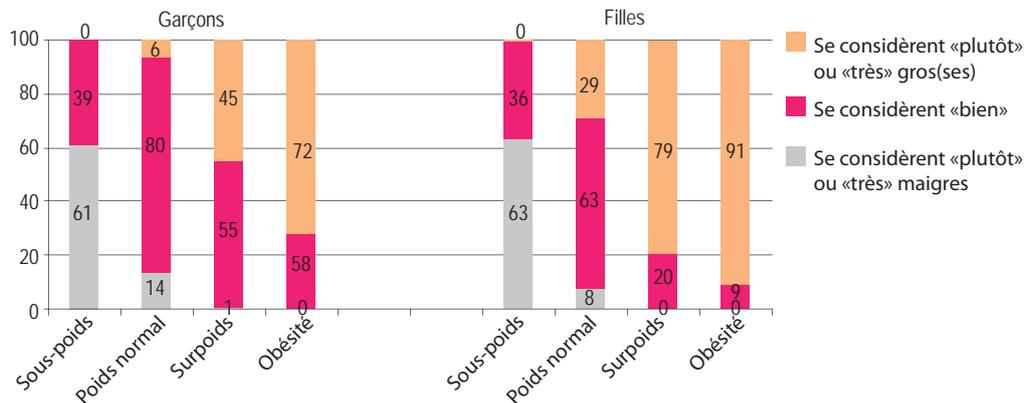


Note de lecture : D'après leurs déclarations statur pondérales, 15,4% des filles seraient en surpoids (25 = IMC < 30) contre 10,3% des garçons.

Champ : Jeunes entrés en 6^e en 1995 - France métropolitaine.

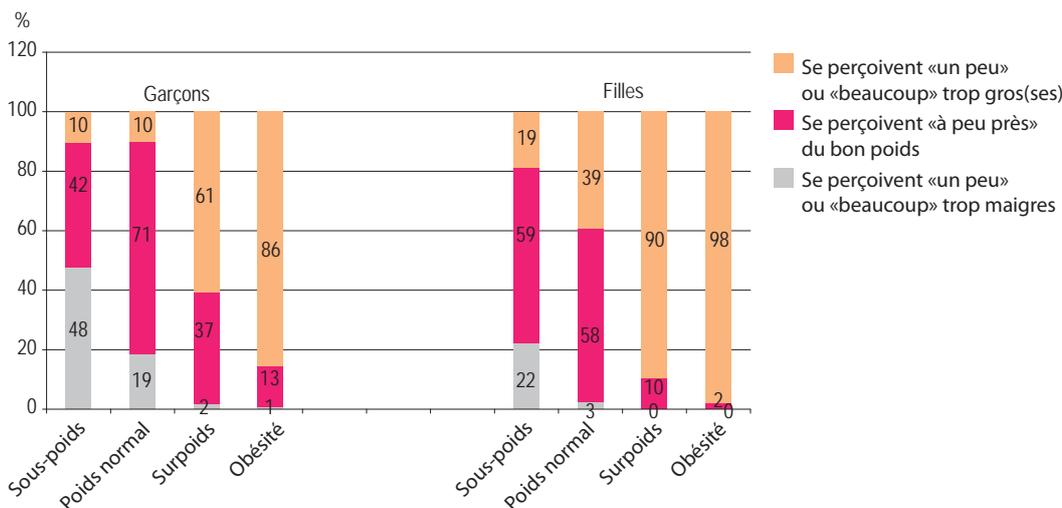
Sources : Questionnaire complémentaire santé 2007 (DREES) introduit en marge des enquêtes annuelles SUP (DEP) et EVA (INSEE).

Graphique 2 • Perception du corps selon le sexe et le statut pondéral chez les adolescents des classes de 3^e



Note de lecture : Parmi les filles ayant un poids normal, 29% se perçoivent «plutôt» ou «très» grosses, 63% se considèrent «bien» et 8% «plutôt» ou «très» maigres. **Champ :** France entière. **Sources :** Enquête du cycle triennal auprès des élèves de 3^e, année scolaire 2003-2004.

Graphique 3 • Perception corporelle selon le sexe et l'indice de masse corporelle chez les jeunes adultes



Note de lecture : Parmi les filles ayant un poids normal, 39% se perçoivent «un peu» ou «beaucoup» trop grosses, 58% se perçoivent «à peu près» du bon poids et 3% «un peu» ou «beaucoup» trop maigres.

Champ : Jeunes entrés en 6^e en 1995 - France métropolitaine.

Sources : Questionnaire complémentaire santé 2007 (DREES) introduit en marge des enquêtes annuelles SUP (DEP) et EVA (INSEE).

Le rapport au corps à l'adolescence et à l'entrée en vie adulte (suite)

encadré 2

L'enquête Entrée en vie adulte

L'enquête sur l'entrée dans la vie adulte (EVA) a été mise en place par l'INSEE en 2005 et s'appuie sur un fichier d'élèves conçu par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance en 1995 (panel DEPP). La population de départ de ce panel était constituée de 17 830 jeunes entrés en sixième en septembre 1995 et nés le 17 d'un mois donné (à l'exception de mars, juillet et octobre) et dont il s'agissait d'observer le déroulement des carrières scolaires de collégiens ayant bénéficié des réformes engagées au début des années 1990. L'objectif général de l'enquête est d'interroger, chaque année, les jeunes qui sont sortis du système scolaire sur leur entrée en vie adulte, leur carrière professionnelle et leurs comportements (familiaux, migratoires, culturels). Les autres jeunes, encore scolarisés, continuent, eux, d'être interrogés par la DEPP dans un questionnaire annuel des bacheliers de l'enseignement supérieur (enquête SUP).

Le questionnaire complémentaire santé

Un questionnaire auto-administré de 4 pages sur la santé, réalisé par la DREES, a été proposé à l'ensemble des jeunes du panel au printemps 2007, qu'ils soient suivis par la DEPP ou par l'INSEE. Il comprend des questions sur :

- la santé en général (santé perçue, handicaps, événements de santé importants ayant entraîné ou non des interruptions d'activité, santé mentale et retentissements sur la vie au quotidien, pensées suicidaires) ;
- le recours aux soins (prévention, renoncement aux soins, consommation de somnifères, d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, observance d'un traitement) ;
- les habitudes de vie (horaires de sommeil, alimentation équilibrée ou non, pratique d'une activité sportive, taille/poids et perception de son corps, consommation régulière/quotidienne de tabac, consommation régulière d'alcool et ivresse, dépistage du VIH, inquiétude du jeune par rapport à certains comportements à risque : accidents de la circulation, sida, alcool, tabac) ;
- les événements importants du passé (événements ayant concerné les parents, la parenté plus large, le cercle plus large d'amis, recours à un psychothérapeute, psychologue ou psychiatre dans l'enfance/adolescence, mauvais traitements subis dans l'enfance/adolescence, placements).

les enfants atteints d'obésité, la prévalence variant de 1,4 % chez les cadres à 6 % chez les ouvriers (graphique 4). Ces écarts recouvrent probablement des différences de niveaux à la fois socio-économiques¹ et culturels.

Les étudiants moins concernés par le surpoids que les jeunes sortis du système éducatif

Si l'on continue d'observer des différences dans les IMC déclarés des jeunes adultes en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de leurs parents, d'autres déterminants semblent aussi influencer tels que la situation du jeune vis-à-vis des études et du marché du travail ou sa situation familiale. Ainsi, le surpoids est nettement plus répandu chez les jeunes ayant terminé leurs études : 14 % pour les actifs occupés, 16,5 % pour les chômeurs et les inactifs contre 10 % chez les étudiants. La précarité est très nettement associée à des indices de masse corporelle extrêmes : les jeunes sortis du système éducatif mais qui n'ont pas d'emploi au moment de l'enquête (12 % des enquêtés) sont plus de 13 % en sous-poids et 8 % obèses contre respectivement 10 % et 3 % chez les étudiants. Les filles sont particulièrement affectées lorsqu'elles sont au chômage ou inactives (non-étudiantes) : 16 % sont en surpoids et 10 % obèses.

■ MODES DE VIE COMPARÉS ENTRE L'ADOLESCENCE ET L'ENTRÉE EN VIE ADULTE

Des modes de vie comparables entre filles et garçons à l'adolescence ?

Plus de la moitié des adolescents disent passer entre 1 et 3 heures par jour devant un écran les jours d'école, qu'il s'agisse de la télévision, des jeux vidéo ou d'un ordinateur (graphique 5). Les garçons sont un peu plus nombreux à passer plus de 3 heures devant un écran surtout les jours sans école (39,4 % contre 34,6 %).

Concernant l'alimentation, sept adolescents sur dix déclarent prendre quotidiennement un petit-déjeuner ; près de deux sur dix en consomment au plus 3 fois par semaine. Les filles sont plus nombreuses à déclarer une

consommation régulière, au moins 4 jours par semaine pour 86 % d'entre elles contre 78 % des garçons².

Une meilleure hygiène de vie chez les hommes à l'entrée en vie adulte ?

À l'âge de 23 ans en moyenne, les garçons considèrent un peu plus que les filles avoir une alimentation équilibrée : 65 % déclarent avoir une alimentation « plutôt » ou « bien » équilibrée contre 63 % des filles. De même, ils sont plus nombreux que les filles à déclarer pratiquer, au moins une fois par semaine, une activité sportive : 57 % contre 38 %. Concernant le sommeil, la moitié des enquêtés déclarent dormir 8 heures par nuit en semaine. La durée moyenne s'établit à 8 heures et 37 minutes. Un jeune sur deux rapporte n'avoir que rarement ou jamais des difficultés de sommeil. Qu'il s'agisse des somnifères, des anxiolytiques ou des tranquillisants, les jeunes filles semblent en être davantage consommatrices que les garçons. Au cours des douze derniers mois, 12 % des filles déclarent avoir pris des anxiolytiques, près de 8 % des somnifères et 5 % des antidépresseurs. Les pourcentages s'établissent respectivement à 5 %, 4 % et 2 % chez les garçons. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

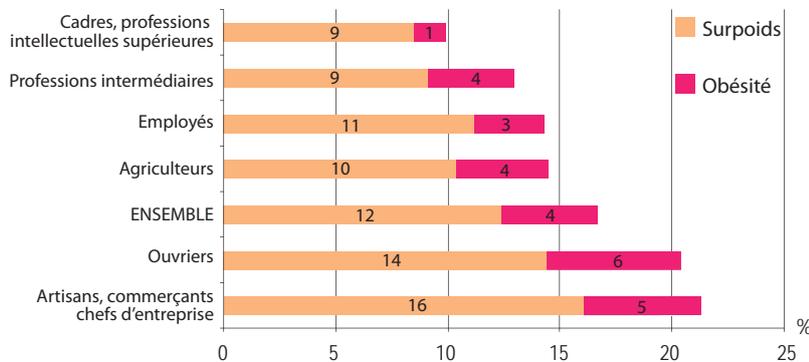
1. L'enquête ne permet pas de mesurer directement le niveau socio-économique de la famille, par le revenu. Il est cependant approché par la catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère, par leur situation par rapport à l'emploi et par la structure de la famille, à partir des déclarations des élèves. Les caractéristiques du collège, notamment sa localisation en ZEP, permettent d'avoir des éléments de géographie sociale.

2. L'enquête ne permet pas de préciser le contenu du petit-déjeuner.

synthèse

À deux âges de la vie, adolescents et jeunes adultes présentent des prévalences de surcharge pondérale proches, de l'ordre de 17 % pour le surpoids dont 4 % pour l'obésité et ce, malgré des modes de recueil différents. Autre similitude, une insatisfaction persistante face à leur image corporelle : 38 % des adolescentes se trouvent « plutôt ou très grosses » contre 14 % des adolescents, les pourcentages sont respectivement de 44 % et de 21 % chez les jeunes adultes. Par ailleurs, pour ces deux populations, l'obésité apparaît comme un marqueur d'inégalité sociale : en 3^e, la prévalence de l'obésité est six fois plus élevée chez les adolescents dont le père est ouvrier comparé à ceux dont le père est cadre. Chez les jeunes adultes, l'obésité concerne 3 % des étudiants et 8 % des jeunes sortis du système éducatif et sans emploi au moment de l'enquête.

Graphique 4 • Prévalence du surpoids et de l'obésité selon la profession et la catégorie sociale du père de l'adolescent

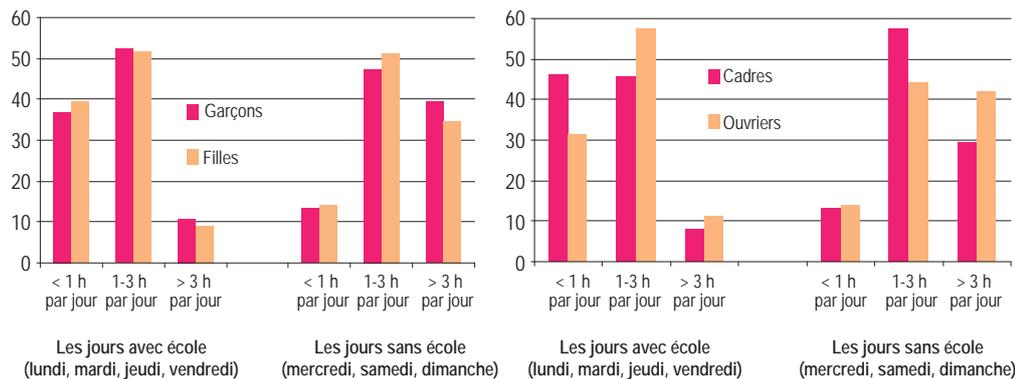


Note de lecture : 9% des adolescents dont le père est cadre sont en surpoids, 1% sont obèses. Chez les adolescents dont le père est ouvrier, 14% sont en surpoids et 6% sont obèses.

Champ : France entière.

Sources : Enquête du cycle triennal auprès des élèves de 3^e, année scolaire 2003-2004.

Graphique 5 • Temps que les adolescents déclarent passer devant la télévision, les jeux vidéo ou l'ordinateur, les jours avec école/les jours sans école, selon le sexe et selon la profession et la catégorie sociale du père



Note de lecture : Les jours avec école, parmi les enfants dont le père est cadre, 46% passent moins d'une heure devant un écran (TV, ordinateur ou jeux vidéo), contre 31% des enfants dont le père est ouvrier.

Champ : France entière.

Sources : Enquête du cycle triennal auprès des élèves de 3^e, année scolaire 2003-2004.

références

- Coudrin C., 2006, « Devenir des élèves neuf ans après leur entrée en sixième », Note d'information n° 06-11, MEN-DEPP, avril.
- Guignon N., 2007 « La santé des adolescents scolarisés en classe de 3^e en 2003-2004. Premiers résultats », *Études et Résultats*, n° 573 mai, DREES.
- Guyon V., Lemaire S., Murat F., 2007, « Un élève sur deux entrés en 6^e en 1995 fait des études 10 ans plus tard », *INSEE Première*, n° 1158, septembre.
- INSERM, 2000, « Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant », Expertise collective, Paris.
- Peretti (de) C., 2004, « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de 3^e », *Études et Résultats*, n° 283, janvier, DREES.

encadré 3

Définition du surpoids et de l'obésité

Dans l'enquête sur la santé des adolescents des classes de 3^e (2003-2004), les données staturales ont été relevées par le médecin ou l'infirmière lors de l'examen médical. L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport poids/taillé² exprimé en kg/m² (INSERM, 2000). À la différence des adultes, pour lesquels il existe une valeur unique de l'IMC pour définir le surpoids et l'obésité, les seuils chez l'enfant évoluent selon l'âge et le sexe du fait des variations de corpulence au cours de la croissance. Les seuils utilisés pour le surpoids et l'obésité sont ceux établis pour les enfants, par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS, l'*International Obesity Task Force* (IOTF). Ces seuils sont fournis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de 6 mois, et ont été définis par les courbes de corpulence, reposant sur l'IMC, qui rejoignent, à 18 ans, les valeurs de 25 et 30, qui correspondent respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte.

Dans l'enquête EVA (2005), le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) repose sur les déclarations des jeunes adultes concernant leur poids et leur taille. Les seuils sont ceux définis par l'Organisation mondiale de la Santé : maigre (IMC < 18,5), corpulence normale (18,5 <= IMC < 25), surpoids (25 < IMC < 30), obésité (IMC >= 30).

La vaccination

À l'adolescence, période de transition en termes de responsabilité par rapport à la santé et notamment en termes de maintien de l'immunité vaccinale, il est particulièrement important de suivre les évolutions des opinions et des pratiques sur les vaccinations.

■ UNE VACCINATION SOUVENT MAL IDENTIFIÉE

En 2005, 83,5 % des 16-25 ans disent s'être fait vacciner au cours des 5 dernières années (98,1 % au cours des 10 dernières). Cependant, la nature de la vaccination est très mal identifiée. Près d'un jeune sur deux (46,4 %) n'est pas en mesure de citer contre quelle maladie il s'est fait vacciner la dernière fois. Sans différence selon le genre, cette méconnaissance est essentiellement le fait des plus jeunes : elle atteint 56,7 % des 16-19 ans, 44,7 % des 20-22 ans et 34,2 % des 23-25 ans. Elle ne concerne « plus » qu'une personne sur cinq (19,8 %, $p < 0,001$) parmi les 26-75 ans¹. L'initiative de la dernière vaccination² chez les 16-25 ans revient en premier lieu à un médecin³ (47,9 %), notamment au médecin de famille (29,3 %), ensuite au jeune lui-même (31,4 %) puis aux parents (21,4 %). L'origine de cette demande est différente selon le genre et l'âge : la décision « parentale » est plus fréquente chez les garçons (23,5 % contre 19,0 % chez les filles, $p < 0,05$) ainsi que chez les plus jeunes (34,4 % des 16-19 ans contre 13,6 % des 23-25 ans, $p < 0,001$). Plus l'âge avance, plus les jeunes prennent eux-mêmes la décision de se faire vacciner (graphique 1).

Deux tiers (66,1 %) des jeunes interrogés en 2005 déclarent être sûrs d'être à jour de leurs vaccinations, 22,9 % se disent à jour mais n'en sont pas totalement certains, 5,6 % ne le pensent pas et 4,8 % sont certains de ne pas l'être (0,7 % ne se prononcent pas). Les filles sont en proportion plus souvent certaines de respecter les recommandations que les garçons (68,8 % contre 63,6 %, $p < 0,01$) ainsi que plus jeunes (graphique 2).

■ DES JEUNES FAVORABLES À LA VACCINATION...

Si la quasi-totalité des 16-25 ans (94,4 %) reste favorable à la vaccination en 2005 (54,1 % « très » et 40,3 % « plutôt »), plus encore que leurs aînés (89,2 % des 26-75 ans, $p < 0,001$), seulement 57,1 % se sentent bien informés sur les vaccinations (18,1 % « très » et 39,0 % « plutôt »). Le niveau d'infor-

mation déclaré par ces jeunes est d'ailleurs significativement moins élevé que celui observé pour la population adulte (68,1 % des 26-75 ans, $p < 0,001$).

Des différences entre garçons et filles se dessinent déjà parmi les 16-25 ans : les filles se déclarent proportionnellement mieux informées (59,8 % contre 54,6 % des garçons, $p < 0,001$) mais restent légèrement moins favorables au principe de la vaccination (93,4 % contre 95,3 %, $p < 0,05$).

■ ...MAIS UNE ÉROSION DE L'ADHÉSION, DES CONNAISSANCES ET DE L'INFORMATION DANS CE DOMAINE

Les évolutions mesurées entre 2000 et 2005 sur la tranche d'âge 16-25 ans montrent une érosion de l'ensemble des indicateurs liés à la vaccination (tableau 1). Le niveau d'information reçue, le fait d'être très favorable à la vaccination en général et le fait d'avoir déclaré s'être fait vacciner dans les 10 dernières années ont diminué significativement entre 2000 et 2005. Par ailleurs, malgré la forte proportion de jeunes s'estimant à jour de leurs vaccinations, la proportion de ceux déclarant ne pas connaître la nature de la dernière vaccination pratiquée est quant à elle en forte augmentation (près de 20 points).

■ UNE IMPLICATION NÉCESSAIRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La vaccination chez les 16-25 ans est non seulement bien perçue, puisque près de 95 % déclarent y être favorables, mais également bien « suivie » ; 9 jeunes sur 10 se déclarent en effet à jour de leurs vaccinations. Pourtant,

près de la moitié se considère mal informée et une proportion identique ne connaît pas la nature de sa dernière vaccination. Une enquête qualitative, réalisée plus spécifiquement sur l'hépatite B pour l'INPES avait montré que certains adolescents (plus particulièrement les jeunes hommes) s'en remettaient totalement à leurs parents qui pouvaient parfois continuer à gérer le carnet de vaccination bien après l'adolescence.

Par ailleurs, malgré cette forte adhésion, les évolutions ne sont pas positives : en 5 ans, le sentiment d'être bien informé a diminué ; les jeunes interrogés connaissent de moins en moins contre quelle maladie ils se sont fait vacciner ; enfin la proportion d'avis très favorables est significativement en baisse. L'effritement de l'adhésion du public adulte et de certains professionnels de santé observé notamment après la polémique sur la vaccination contre l'hépatite B, se répercute donc aujourd'hui (entre 2000 et 2005) chez les jeunes de 16 à 25 ans.

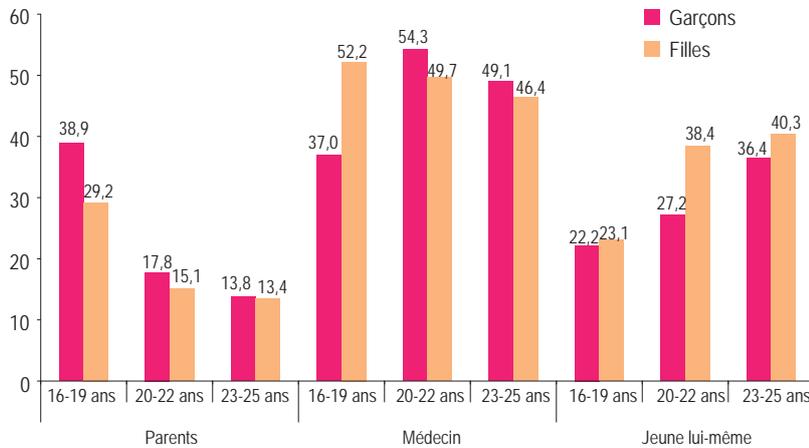
Ces chiffres montrent donc une nouvelle fois l'importance d'une information sur la vaccination et rappellent l'implication nécessaire des professionnels de santé pour maintenir un taux optimal de couverture vaccinale. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INPES

synthèse

La vaccination demeure une mesure de prévention efficace rapidement pour prévenir de nombreuses maladies infectieuses, que ce soit dans un objectif de prévention individuelle ou collective. Elle reste en 2005 très bien perçue par les jeunes de 16 à 25 ans et nombre d'entre eux déclarent être à jour de leurs vaccinations. Pourtant, un effritement de leur adhésion est perceptible : la proportion de jeunes déclarant être très favorables diminue de près de 5 points entre 2000 et 2005. Par ailleurs, un désintérêt pour ce domaine semble se dessiner : la proportion de 16-25 ans ne connaissant pas la nature de leur dernière vaccination est passée en 5 ans de 29 à 46 % et pour un tiers d'entre eux seulement, celle-ci est de leur propre initiative.

Graphique 1 • Dernière décision vaccinale selon le genre et l'âge en 2005 chez les 16-25 ans (%)



Graphique 2 • Déclarer être à jour de ses vaccinations selon le genre et l'âge en 2005 chez les 16-25 ans (%)

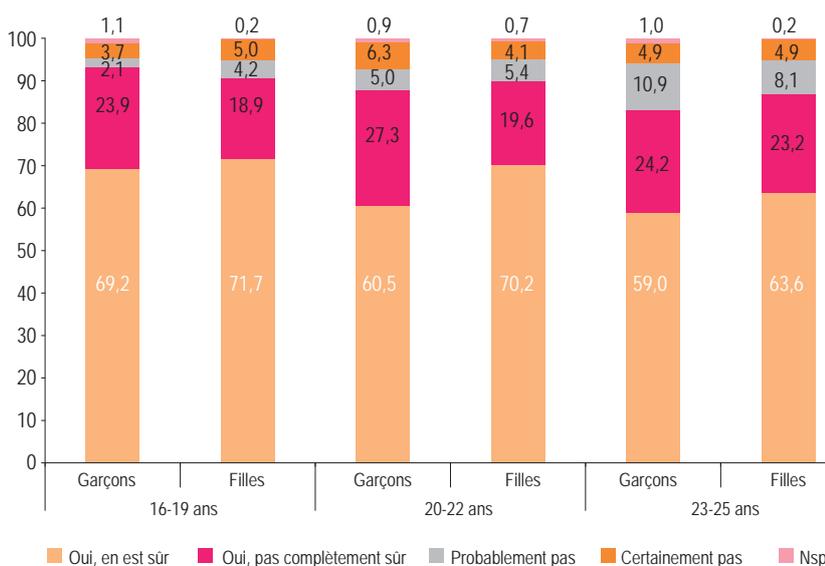


Tableau I • Évolution des indicateurs «vaccination» en 2000 et 2005 pour les 16-25 ans (%)

	Baromètre santé 2000 (n = 2 234)	Baromètre santé 2005 (n = 4 357)	Différence
Bien ou très bien informé sur les vaccinations	61,6 %	57,1 %	***
Favorable à la vaccination (plutôt ou très)	95,3 %	94,4 %	ns
Très favorable à la vaccination	54,1 %	49,3 %	***
Vaccin dans les 10 dernières années	99,2 %	98,1 %	***
Ne connaît pas la nature de la dernière vaccination	28,9 %	46,4 %	***

*** : Test du χ^2 significatif au seuil de 0,001.
Sources : Baromètres santé 2000 et 2005, INPES.

CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été incluses dans l'échantillon (n = 13 685, dont 2 049 de 16-25 ans). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes possédant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514, dont 4 838 de 16-25 ans).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les individus résidant en France métropolitaine sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant du nombre de personnes éligibles au sein du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Il s'agit du sentiment d'information et de l'opinion vis-à-vis de la vaccination. Par ailleurs, les personnes devaient se prononcer sur l'état de leurs vaccinations (à jour ou non), sur l'année et la nature de la dernière vaccination. En 2005, le module «vaccination» a été posé uniquement aux personnes interrogées sur ligne fixe (soit 26 672 de 12-75 ans et 3 280 de 16-25 ans).

LIMITES ET BIAIS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES

- Beck F., Guilbert P., 2007, «Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution». In: Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES ; p. 27-43.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.-C., Arwidson P., Janvrin M.-P., 2001, *Baromètre santé 2000 : Méthode*, vol 1, CFES, Vanves, 144 p.

références

- Baudier F., Leon C., 2007, «Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention», in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, 168-221.
- Baudier F., Balinska M.-A., 2005, «La vaccination : un geste à consolider?», in: Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, Saint-Denis, INPES, 84-99.
- Gautier A., Baudier F., Leon C., 2004, «Synthèse des résultats nationaux – la vaccination», in Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A., *Baromètre santé 2000 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux*, vol. 3.1, Saint-Denis, INPES, 35-37.
- Guagliardo V., Barnier J., Rotily M., 2001, «Vaccination : opinions et pratiques», in: *Baromètre santé 2000 : Résultats*, vol. 2, Vanves, CFES, 55-72.
- INPES-Ipsos Santé, 2008, «Étude exploratoire sur les perceptions et les pratiques actuelles en matière de vaccination et dépistage de l'hépatite B dans le grand public», rapport non publié.

La sexualité

■ UN RAJEUNISSEMENT RÉCENT DE L'ÂGE D'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

En 2005, 38,8% des hommes interrogés avaient déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 16 ans, 89,7% à 20 ans et 92,3% à 25 ans. L'âge médian au premier rapport sexuel est resté particulièrement stable pour les générations nées après 1960 et se situe autour de 17,5 ans.

Les mêmes tendances sont observées chez les femmes avec un léger décalage dans le temps, celles-ci déclarant démarrer leur activité sexuelle un peu plus tard que les hommes. À 16 ans, elles sont 34,6% à avoir déjà eu des rapports sexuels, 79,0% à 20 ans et 93,7% à 25 ans. L'âge médian des femmes au premier rapport sexuel est également assez stable entre les générations nées après 1960. Un léger rajeunissement est enregistré pour les plus jeunes générations (nées entre 1985 et 1987) [graphique 1].

■ PLUS DE 80% DES JEUNES DE 16 À 25 ANS ONT UTILISÉ LE PRÉSERVATIF LORS DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

S'il n'y a pas eu d'évolution marquée dans le sens d'une précocité au premier rapport sexuel, d'autres traits de cet événement se sont modifiés, comme la place qu'occupe le préservatif masculin depuis maintenant plusieurs années. Les données montrent une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel entre 1988 et 1995, puis un maintien à un niveau élevé après cette date (supérieur à 80%) [graphique 2]. En 2005, parmi les 16-25 ans sexuellement actifs interrogés dans le

cadre du Baromètre santé, 86,3% ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel.

■ ACTIVITÉ SEXUELLE AU COURS DES DOUZE MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE ET NOMBRE DE PARTENAIRE

En 2005, parmi les personnes âgées de 16 à 25 ans sexuellement actives, 87,2% des hommes et 91,8% des femmes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. Le multipartenariat récent (c'est-à-dire au moins deux partenaires sexuels dans l'année – simultanément ou successivement) était plus fréquemment rapporté par les hommes que par les femmes (36,6% contre 16,4%).

■ CONCLUSION

Les mesures répétées dans le temps à partir de quelques indicateurs-clés de l'activité sexuelle explorés dans les enquêtes Baromètre santé, notamment auprès d'un groupe d'âge pour lequel on ne dispose par ailleurs que de données anciennes ou parcelaires (les 15-19 ans), permettent de montrer la permanence de certains phénomènes. Ainsi par exemple, l'enquête confirme que le calendrier de l'entrée dans la sexualité adulte a très peu évolué ces dernières années : les garçons continuent d'avoir leur première relation sexuelle peu après leur dix-septième anniversaire, soit quelques mois seulement avant les filles. Le rajeunissement très récent observé chez les filles a été confirmé par l'enquête sur la sexualité en France. À partir du début des années 1990, le préservatif s'est de plus en

plus souvent imposé lors du premier rapport sexuel. Une telle évolution sur une période aussi courte atteste de l'efficacité des politiques de prévention engagées autour des questions de sexualité. ●

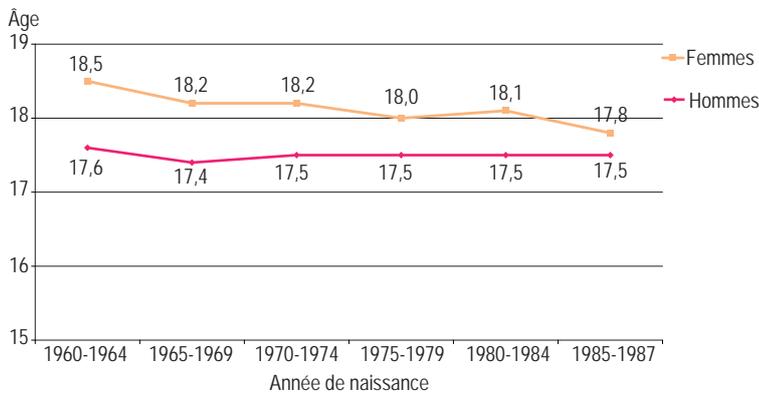
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INPES

synthèse

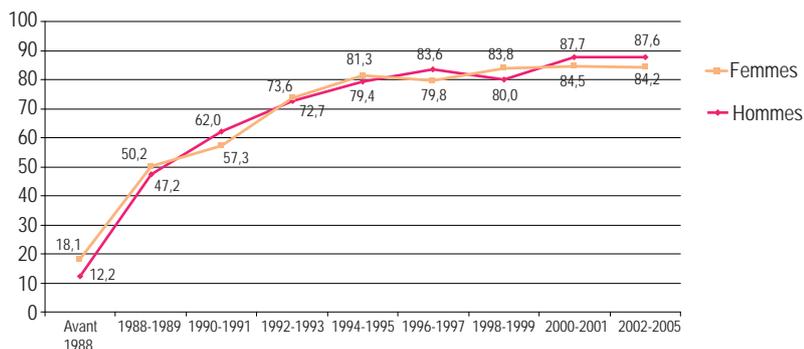
Les données du Baromètre santé 2005 ne montrent pas d'évolution marquée dans le sens d'une plus grande précocité au premier rapport sexuel par rapport à 2000. En revanche, ces dernières années se caractérisent par une augmentation importante et régulière de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel. Ainsi, en 2005, 86,3% des 16-25 ans sexuellement actifs ont déclaré l'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel.

Parmi les 16-25 ans sexuellement actifs, 89,3% ont déclaré avoir eu des rapports sexuels dans les douze mois qui ont précédé l'enquête (87,2% des hommes et 91,8% des femmes). Le multipartenariat récent (c'est-à-dire au moins deux partenaires sexuels dans l'année – simultanément ou successivement) était plus fréquemment rapporté par les hommes que par les femmes du même âge (35,9% contre 16,5%).

Graphique 1 • Âge médian des hommes et des femmes au premier rapport sexuel selon la génération



Graphique 2 • Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu, par sexe



CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été incluses dans l'échantillon (n = 13 685, dont 2049 de 16-25 ans). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514, dont 4 838 de 16-25 ans).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les individus résidant en France métropolitaine sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant du nombre de personnes éligibles au sein du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Les personnes sont interrogées sur leur activité sexuelle au cours de la vie et au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, sur leur âge au premier rapport sexuel, l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel et le nombre de partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. Il s'agit donc de données déclaratives.

LIMITES ET BIAIS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES

Beck F., Guilbert P., « Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES ; 2007. p. 27-43.

références

- Moreau C., Lydié N., Warszawski J., Bajos N., 2007, « Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée ». In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, p. 329-353.
- Bajos N., Bozon M., Beltzer N., 2008, *Enquête sur la sexualité en France, pratiques, genre et santé*, Paris : La Découverte, 609 pages.

La contraception

■ LA PILULE EST LA MÉTHODE LA PLUS UTILISÉE

Parmi les femmes de 15 à 54 ans qui déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 73% déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse au moment de l'enquête (72,0% systématiquement), proportion en légère augmentation par rapport à celle enregistrée en 2000 (70,5%).

La pilule est la méthode la plus utilisée en France en 2005 (57,4%) quel que soit l'âge (sauf pour les femmes de 45-54 ans qui déclarent plus souvent être porteuses d'un stérilet). La fréquence maximale de recours à la pilule contraceptive est enregistrée parmi les femmes de 20 à 24 ans, qui sont 87,8% à l'utiliser (tableau 1). Son utilisation décline à partir de 35 ans (42,1% contre 73,4% avant 35 ans), au profit d'une augmentation du recours au stérilet. Le stérilet occupe la seconde place des méthodes contraceptives (24,2%). Son utilisation reste toutefois marginale avant 30 ans (4,3%) progressant rapidement ensuite (22,2% entre 30 et 34 ans, 38,2% entre 35 et 54 ans).

synthèse

Chez les jeunes (15-24 ans), la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée, devant le préservatif dont l'utilisation concerne d'abord les 15-19 ans. Si, en 2005, la grande majorité des 15-24 ans a entendu parler de la contraception d'urgence et sait que cette dernière est disponible sans ordonnance, le délai maximal d'efficacité de la contraception d'urgence est, quant à lui, mal connu des femmes et encore plus des hommes. La comparaison des données du Baromètre santé 2005 avec celles recueillies en 2000 montre une augmentation importante du recours à la contraception d'urgence au cours des cinq dernières années, en particulier chez les jeunes, sans que les pratiques contraceptives régulières ne se modifient dans le même temps, ce qui constitue un signe très encourageant. Cependant, la diffusion de la contraception d'urgence reste insuffisante pour observer une baisse de la prévalence des grossesses non prévues.

Toujours pour ce qui concerne les femmes, l'usage du préservatif masculin dépend avant tout de l'âge, avec un maximum observé entre 15 et 19 ans (20,1% des femmes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse).

La comparaison des pratiques contraceptives déclarées lors des deux dernières enquêtes Baromètre santé (2000 et 2005) montre une remarquable stabilité des pratiques contraceptives des femmes au cours de la période récente et ce quel que soit l'âge.

■ LA CONTRACEPTION D'URGENCE : DES MODALITÉS D'USAGE ENCORE MAL CONNUES

La grande majorité des 15-24 ans ont entendu parler de la contraception d'urgence en 2005 (tableau 2). Savoir que la méthode existe ne préjuge pas de la connaissance des modalités d'usage et d'efficacité que les personnes en ont. Si environ neuf personnes sur dix savent que la contraception d'urgence est disponible sans ordonnance, en revanche le délai maximal d'efficacité de la contraception d'urgence est mal connu des femmes et encore plus des hommes.

■ UN TIERS DES JEUNES FEMMES ONT EU RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE

En 2005, parmi les femmes sexuellement actives, 30,3% des 15-19 ans et 31,8% des 20-24 ans ont déclaré avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie. La comparaison de ces données avec celles du Baromètre santé 2000 montre une augmentation importante du recours à la contraception d'urgence au cours des cinq dernières années puisqu'en 2000, ces pourcentages étaient respectivement de 12,2% et 16,0% (graphique 1).

La prise de contraception d'urgence reste le plus souvent unique (60,8% des femmes de 15 à 19 ans, 69,2% des 20-24 ans). Cependant, les 15-19 ans sont significativement plus nombreuses à déclarer deux prises

(29,8%) que celles appartenant aux autres tranches d'âge (20,0% des 20-24 ans par exemple).

■ DIVERSIFIER LA PRESCRIPTION CONTRACEPTIVE

Les données du Baromètre santé 2005 montrent une stabilisation des pratiques contraceptives, y compris chez les jeunes. Chez ces derniers, la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée, devant le préservatif dont l'utilisation concerne d'abord les 15-19 ans. Le stérilet, dont l'efficacité pratique est supérieure à celle de la pilule et qui peut être prescrit à la plupart des femmes n'est quasiment jamais prescrit aux femmes de cette tranche d'âge. Cet écart entre pratiques et recommandations cliniques doit inciter à une réflexion plus générale sur la nécessité d'introduire plus de diversification dans la prescription contraceptive, de nombreux échecs de contraception renvoyant à l'inadéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie, affectives, sexuelles et sociales, des femmes. La démedicalisation de l'accès à la contraception d'urgence, disponible sans prescription depuis mai 1999, s'est accompagnée d'une forte augmentation de son utilisation au cours des cinq dernières années, en particulier chez les jeunes, sans pour autant que les pratiques contraceptives régulières ne se modifient dans le même temps. Les données du Baromètre 2005 montrent que son utilisation, le plus souvent unique, fait d'ailleurs majoritairement suite à une erreur d'utilisation d'une méthode régulière de contraception. Si l'efficacité théorique de la contraception d'urgence conduit à en promouvoir l'utilisation au titre de méthode de rattrapage contraceptif, cette efficacité reste inférieure aux méthodes contraceptives régulières. La diffusion rapide de cette méthode en France sans modification des pratiques de contraception régulière est encourageante mais semble aujourd'hui encore insuffisante pour observer un effet mesurable sur la prévalence des grossesses non prévues. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INPES

Tableau 1 • Pratiques contraceptives en 2005 parmi les femmes déclarant avoir utilisé au cours des 12 derniers mois, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, selon l'âge

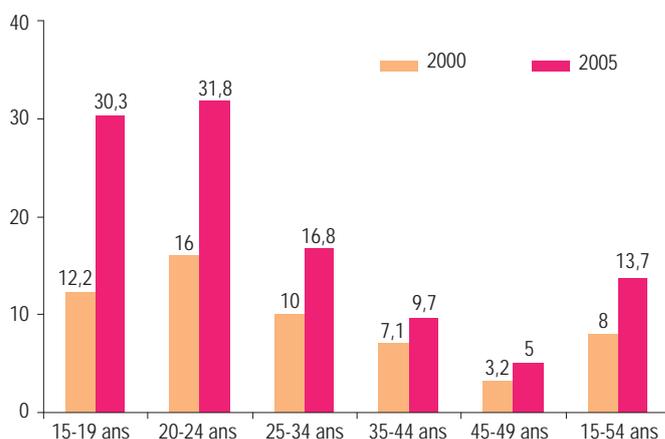
	Ensemble n = 6 055	15-19 ans n = 367	20-24 ans n = 610	25-34 ans n = 2026	35-44 ans n = 2068	45-54 ans n = 984
Contraception médicalisée	85,8	79,6	89,8	85,8	87,2	83,0
Pilule (n = 3 472)	57,4	78,8	87,8	66,8	46,5	33,1
Stérilet (n = 1 443)	24,8	0,0	1,1	16,9	36,5	41,8
Implant (n = 78)	1,3	0,8	0,9	1,8	1,4	0,3
Stérilisation (n = 126)	2,3	0,0	0,0	0,2	2,7	7,8
Contraception non médicalisée	14,2	20,4	10,2	14,2	12,8	17,0
Préservatif (n = 764)	11,4	20,1	9,7	11,4	9,7	12,5
Méthodes locales ou naturelles (n = 172)	2,8	0,2	0,5	2,8	3,1	4,5

Tableau 2 • Connaissances relatives à la contraception d'urgence en 2005, par sexe et par âge (en %)

	Connaît la contraception d'urgence		Sait qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour l'achat		Connaît le délai maximal d'efficacité de 72 heures ¹	
	Femmes n = 9 450	Hommes n = 6 859	Femmes n = 9 428	Hommes n = 6 783	Femmes n = 9 315	Hommes n = 6 698
15-19 ans	100,0	98,6	96,1	87,7	23,6	9,4
20-24 ans	100,0	99,1	91,1	85,9	18,5	6,1
25-34 ans	99,9	99,2	76,4	76,1	8,6	5,0
35-44 ans	99,8	99,1	70,2	69,6	5,2	2,4
45-54 ans	99,6	98,6	69,0	69,1	3,8	2,1
15-54 ans	99,8	99,0	75,1	74,5	8,1	4,0

1. La question est : « Au maximum, combien de temps après un rapport non protégé faut-il prendre la contraception d'urgence (pilule du lendemain ?) ».

Graphique 1 • Pourcentage d'utilisation de la contraception d'urgence dans la vie en 2000 et en 2005, parmi les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans



CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été incluses à l'échantillon (n = 13 685, dont 1 951 de 15-24 ans). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes possédant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514, dont 4 662 de 15-24 ans).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les individus résidant en France métropolitaine sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant du nombre de personnes éligibles au sein du ménage.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Il s'agit du suivi du déclaratif des personnes sur leur pratique contraceptive, leur connaissance et leur utilisation de la contraception d'urgence au cours de la vie. Les personnes concernées par la contraception sont définies comme étant sexuellement actives dans les douze mois précédant l'enquête, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête et déclarant utiliser un moyen contraceptif (stérilisation exclue).

LIMITES ET BIAIS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES

Beck F., Guilbert P., « Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES ; 2007. p. 27-43.

références

- Moreau C., Lydié N., Warszawski J., Bajos N., « Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée », in : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2007. p. 329-353.
- Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné, 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris, ed., INSERM, 345 p.
- Moreau C., Bajos N., Trussell J., 2006, « The Impact of Pharmacy Access to Emergency Contraceptive Pills in France », *Contraception*, 73(6):602-8.
- Moreau C., Trussell J., Bajos N., 2006, « The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access », *Contraception*, 74 (6) : 476-482.
- Régnier-Lollier A., Leridon H., 2007, « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues », *Population et Société*, 439.

Les interruptions volontaires de grossesse

En 2007, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont concerné 227 000 femmes, dont 207 500 en établissement et 19 500 en cabinet libéral de ville. Plus de 15 000 IVG ont concerné des mineures et 96 000 IVG concernaient des jeunes filles de 16 à 25 ans. Au total, près d'une IVG sur deux (46%) concerne une jeune fille âgée de moins de 25 ans.

Si, depuis quelques années, le nombre d'IVG est relativement stable, autour de 14 pour 1 000 femmes, il augmente régulièrement parmi les mineures et les jeunes femmes de moins de 20 ans. Depuis 2002, les recours chez les mineures (hors IVG en ville) sont passés de 6 IVG pour 1 000 femmes en 2002 à 7,8 en 2007, et de 10,6 à 12,5 chez les moins de 20 ans.

L'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG permet de mieux appréhender les caractéristiques de ces jeunes femmes : 89% des moins de 16 ans, et 45% des 16-25 ans vivent chez leurs parents. Parmi les moins de 26 ans, 9% sont étrangères, 28% vivent en couple et 33% exercent un emploi.

■ PAS DE CONTRACEPTION CHEZ UNE FEMME SUR TROIS AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'IVG

Un peu plus du tiers des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 n'utilisaient aucune contraception durant le mois ayant précédé leur IVG, sans différence majeure selon le groupe d'âge. Elles étaient 31% à avoir recours à une méthode de contraception médicale (essentiellement la pilule) et 35% à une méthode non médicale (préservatif, retrait ou abstinence) (tableau 1).

Parmi les femmes ayant eu recours à une IVG, 8% des moins de 16 ans et 2% des 16 à 25 ans n'ont jamais utilisé de moyen de contraception au cours de leur vie. Les femmes de 16 à 25 ans ayant eu recours à une IVG qui n'utilisaient plus de méthode de contraception pendant le mois où la grossesse a débuté mentionnent essentiellement n'avoir pas pensé pouvoir être enceinte (23%), n'avoir pas prévu de rapports sexuels à ce moment (14%), avoir eu des problèmes avec leur méthode de contraception (10%), n'avoir pas pensé à utiliser une méthode (9%) et ne pas avoir de partenaire régulier (7%). La peur que leurs parents découvrent qu'elles ont des relations sexuelles est évoquée par 11% des 13-15 ans et 6% des 16-25 ans.

Parmi les très jeunes femmes de moins de 16 ans ayant eu recours à une IVG, le moyen contraceptif le plus utilisé est le préservatif, qui concerne une femme sur deux. Les méthodes médicales de contraception telles que pilule, patch, anneau, stérilet ou implant sont beaucoup plus employées au-delà de 16 ans (33% des 16-25 ans et 30% des 26 ans et plus).

Les causes évoquées de la survenue de grossesse pour les femmes de 16 à 25 ans encore sous méthode contraceptive sont, dans près d'un cas sur deux (44%), du fait d'un «oubli» de la contraception (pilule oubliée pendant 1 ou 2 jours ou retard de la prise, pas d'utilisation du préservatif, du sper-

micide ou de l'éponge). Les «erreurs» de contraception (préservatif déchiré ou glissé ou mauvais calcul des dates) représentent 32% des autres causes d'IVG chez les 16-25 ans. Chez les moins de 16 ans, les causes de la grossesse déclarées par les femmes concernent en grande majorité le préservatif, déchiré ou ayant glissé dans un cas sur deux et oublié dans un cas sur six.

■ BEAUCOUP PLUS D'IVG ASSOCIÉES AU PRÉSERVATIF QU'À LA PILULE

On note une nette sur-représentation des femmes utilisant une méthode contraceptive non médicale parmi celles ayant eu recours à une IVG «sous contraception». Alors que seulement une femme de 15 à 24 ans sur sept n'étant pas enceinte ou stérile et ne souhaitant pas avoir d'enfant utilise une méthode non médicale de contraception, une femme sur deux ayant eu une IVG utilisait en 2007 une de ces méthodes (tableau 2).

■ DES RECOURS À L'IVG EN VILLE MOINS FRÉQUENTS POUR LES PLUS JEUNES QU'POUR LEURS AÎNÉES

La propension à recourir à une IVG médicalemente augmente avec l'âge des femmes (47% d'IVG médicalementes chez les 13-15 ans, 51% chez les 16-25 ans et 56% parmi les plus de 25 ans).

Ainsi, les IVG en ville représentent désormais 9% du total des IVG, mais 11% parmi les plus de 25 ans contre seulement 1,8% parmi les moins de 16 ans (d'après l'enquête de la DREES).

Le motif le plus souvent cité comme ayant motivé le choix du lieu final de l'IVG est la proximité géographique, citée chez plus d'une femme sur quatre. La rapidité de la prise en charge, le conseil donné par le premier contact et le fait que «l'accueil était bon» interviennent ensuite.

Quel que soit l'âge de la femme, les motifs de choix varient peu, et moins de 2% des

femmes mentionnent une volonté d'aller loin pour préserver leur anonymat.

■ DES TRAJECTOIRES PLUTÔT DIRECTES

L'IVG a été réalisée par le premier professionnel contacté par la femme dans 34% des cas : 27% chez les 13-15 ans, 30% chez les 16-25 ans et 37% chez les plus de 25 ans. Cette part d'IVG directement prise en charge varie selon le premier professionnel contacté : près de la moitié des gynécologues et des professionnels de centres hospitaliers réaliseront l'IVG eux-mêmes, contre seulement 33% des premiers professionnels contactés en centre hospitalier et 17% des «généralistes habituels».

Le fait que les plus jeunes aient des trajectoires un peu moins directes s'explique par leur choix du premier contact : le premier recours effectué auprès d'un professionnel d'un centre de planification familiale ou d'un centre de PMI est typique des très jeunes femmes (41% des moins de 16 ans contre 23% des 16-25 et 11% des plus de 25 ans), sans doute en raison de la gratuité du recours. Les 16-25 ans, quant à elles, s'adressent d'abord à leur généraliste (29% des cas).

Moins d'une femme sur deux a contacté plus de deux professionnels différents avant de rencontrer celui qui pratiquera l'IVG. Lorsqu'il n'a pas réalisé lui-même l'IVG, le premier professionnel contacté a presque toujours orienté les femmes pour leur IVG et moins de 5% des femmes de 16-25 ans n'ont pas été conseillées lorsque le premier praticien n'a pas réalisé l'IVG.

Ainsi, 41% des femmes de 16 à 25 ans ont rencontré au moins un autre praticien entre le premier contacté et celui qui réalisera finalement l'IVG, mais seulement 13% en ont rencontré au moins deux. Le délai médian entre le premier contact et l'acte lui-même est de 10 jours, indépendamment du groupe d'âge de la femme.

Tableau 1 • Méthode de contraception utilisée dans le mois où la grossesse a débuté

		13-15 ans	16-25 ans	26 ans et +	Total
Pas de contraception		31,6	35,4	33,5	34,3
Contraception médicale	Pilule	3,5	27,6	23,8	25,3
	Patch ou anneau	0,9	2,8	2,8	2,8
	Contraception d'urgence	1,8	1,4	1,1	1,2
	Stérilet	0	0,9	2,3	1,6
	Implant	0	0	0,1	0,1
	Stérilisation	0	0	0	0
Méthode naturelles ou locales	Préservatif masculin	47,8	18,1	13,9	16,3
	Retrait	12,4	8,3	12,3	10,5
	Abstinence périodique	2,0	5,3	9,2	7,3
	Spermicide	0	0,2	1,0	0,6

Sources : Enquête IVG 2007, DREES.

Tableau 2 • Méthodes contraceptives utilisées par les femmes

		Parmi les 15-24 ans ayant eu une IVG en 2007 « sous contraception »	Parmi les 15-24 ans déclarant une pratique contraceptive pour éviter une grossesse en 2005
Contraception médicale	Pilule	42,8 %	84,4 %
	Implant/stérilisation	4,2 %	0,8 %
	Stérilet	1,2 %	0,7 %
Méthode naturelles ou locales	Préservatif	31,1 %	13,7 %
	Méthodes locales ou naturelles	20,7 %	0,4 %
Total		100 %	100 %

Sources : Enquête IVG 2007, DREES ; Baromètre santé 2005, INPES.

encadré 1

L'enquête sur les recours à l'IVG

La DREES a réalisé d'avril à octobre 2007 une enquête concernant les recours à l'IVG, auprès des établissements réalisant des IVG, des praticiens prenant en charge les IVG (médecins, sages-femmes) et auprès des femmes concernées. L'enquête a inclus plus de 200 établissements, 1 260 praticiens et 13 000 IVG.

Au sein des structures échantillonnées, tous les praticiens prenant en charge des IVG se sont vu proposer un questionnaire, y compris les médecins réalisant uniquement des IVG médicamenteuses en ville et ayant conclu une convention avec ces établissements. Toutes les IVG réalisées pendant la durée de l'enquête (variable selon la région) étaient concernées, avec une sur-représentation des IVG réalisées en cabinet de ville et de celles concernant des mineures.

L'enquête a été réalisée à l'aide de quatre questionnaires :

- un questionnaire auprès de chaque structure, avec des questions sur les caractéristiques de l'établissement, l'organisation, le type d'IVG prises en charge, l'activité, les moyens, la file active des établissements où sont réalisées les IVG ;
- un questionnaire par praticien, concernant sa qualification, son expérience, ses motivations et les difficultés rencontrées.

Et, pour chacune des IVG réalisées pendant la période de l'enquête :

- un questionnaire « médical » rempli par le médecin, avec des questions médicales sur la grossesse, le protocole, la contraception et un volet sur la visite de contrôle ;
- un questionnaire « patiente » auto-administré proposé aux femmes juste après l'intervention, concernant des informations sociodémographiques, leur parcours de soin et leur situation contraceptive, avec un volet spécifique pour les femmes mineures.

Au total, 13 443 femmes ayant subi une IVG ont été enquêtées, dont 9 905 pour lesquelles nous disposons à la fois les données « médicales » et « patientes » de la femme.

Les interruptions volontaires de grossesse (suite)

■ QUATRE MINEURES SUR DIX N'ONT PAS INFORMÉ LEURS PARENTS

L'article L2212-1 du Code de la santé publique autorise la jeune fille mineure voulant garder le secret vis-à-vis de ses parents à pratiquer une IVG sans leur consentement, accompagnée de l'adulte de son choix. Seules 61 % des jeunes filles mineures ont informé leurs parents de l'intervention ; d'elles-mêmes et non à la demande des professionnels pour 94 % d'entre elles. Parmi celles qui ont informé leurs parents, 85 % leur ont demandé leur accord pour cette IVG. Moins de trois mineures sur cent ont recours à l'IVG alors que leur(s) parent(s) leur ont refusé cet accord.

Lorsque la jeune mineure est étudiante, l'intervention a eu lieu 3 fois sur 4 pendant le temps scolaire. Dans ce cas, l'établissement scolaire a le plus souvent été informé de son absence (7 cas sur 10) et a permis à l'étudiante de s'absenter (6 fois sur 10). Les établissements ayant informé les parents de l'absence de leur fille sont minoritaires (dans moins de 3 cas sur 10).

Les jeunes filles mineures sont presque toujours accompagnées pour l'intervention : seule une jeune fille sur cent est venue seule (graphique). Par ailleurs une sur six est venue

accompagnée par plus d'une personne. L'adulte accompagnant le plus souvent cité est la mère, puis le partenaire. La présence de la mère est d'autant plus fréquente que la jeune fille est jeune : 60 % des 13-15 ans sont venues accompagnées de leur mère contre 45 % des 16-17 ans.

L'adulte accompagnant était présent à la fois pour les consultations médicales préalables, l'intervention et la sortie dans plus d'un cas sur deux (53 %). Dans 84 % des cas, l'adulte accompagnant était présent pour les consultations médicales préalables, dans 67 % des cas pour l'intervention et dans 75 % des cas pour la sortie.

Ce choix de la présence de l'adulte accompagnant au moment de ces démarches a été fait par la jeune fille elle-même dans 85 % des cas.

Enfin, on constate que les jeunes filles de 16 à 25 ans ayant recours à une IVG ne semblent pas particulièrement issues de milieux sociaux défavorisés : 27 % d'entre elles ont un père ouvrier et 20 % un père cadre ; sachant que, parmi les hommes actifs occupés, 35 % sont ouvriers et 18 % cadres (enquête Emploi de 2007). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

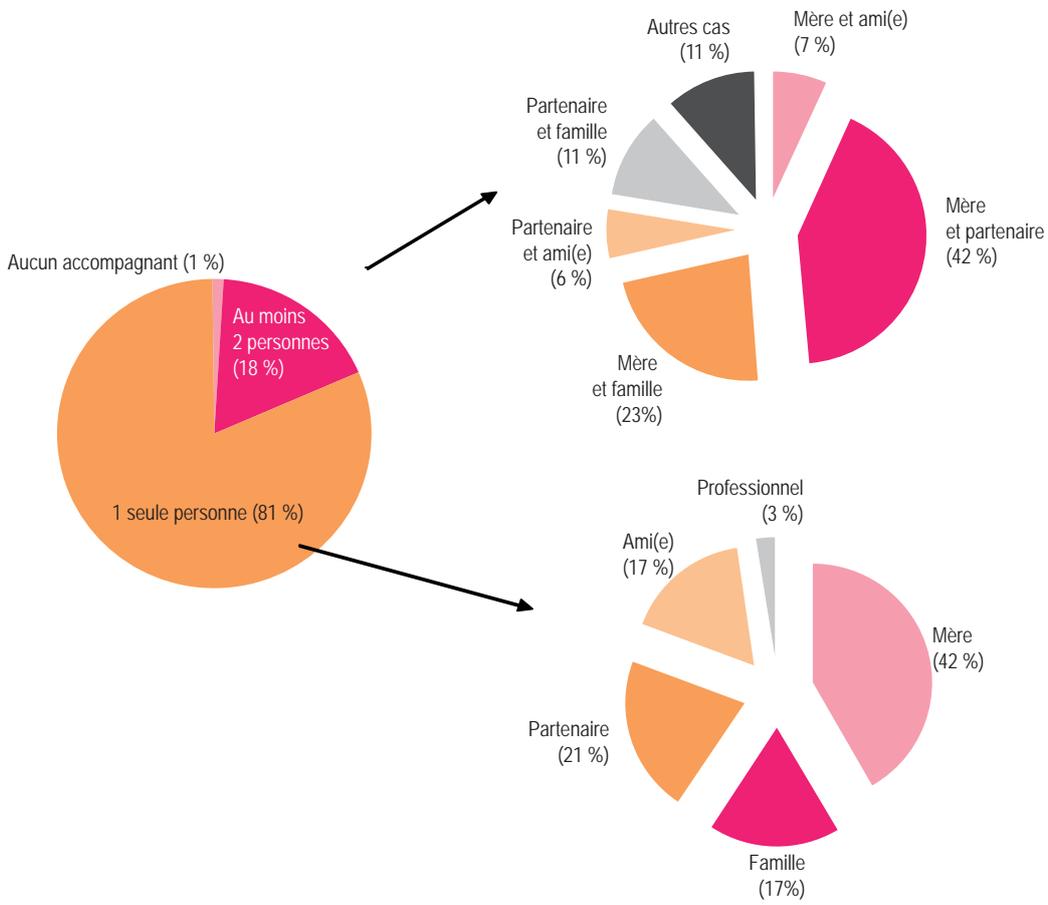
synthèse

En 2007, plus de 15 000 IVG ont concerné des mineures et 96 000 des jeunes filles de 16 à 25 ans. Au total, près d'une IVG sur deux concerne une jeune femme de 25 ans au plus.

Parmi les 16-25 ans ayant eu recours à une IVG en 2007, 35 % n'utilisaient aucune contraception au cours du mois précédent et 32 % utilisaient une méthode de contraception médicale (pilule, stérilet, patch ou anneau). Les causes évoquées de survenue de la grossesse sont essentiellement des « oublis » (44 % des cas) et des « erreurs » (préservatif déchiré, glissé, ou mauvais calcul de dates dans 32 % des cas).

Parmi les 15-24 ans, les femmes utilisant une méthode de contraception naturelle ou locale (préservatif, spermicide, retrait, abstinence) représentent la moitié des femmes ayant eu une IVG, alors qu'elles ne représentent que 14 % des pratiques contraceptives de cet âge. Quatre mineures sur dix n'ont pas informé leurs parents de leur IVG.

Graphique I • Les adultes accompagnant la mineure pour une IVG



Sources: Enquête IVG 2007, DREES.

Les accidents chez les jeunes

Les accidents, ou «traumatismes non intentionnels», sont répartis en accidents de la circulation, accidents du travail et accidents de la vie courante. Très nombreux, ils sont la première cause de mortalité chez les jeunes. Les plus fréquents, en particulier chez les 15-24 ans, sont les accidents de la vie courante (AcVC).

■ DES DISPARITÉS SELON LE SEXE, LA RÉGION ET LA PROFESSION

Selon le Baromètre santé 2005, les accidents les plus fréquents chez les 15-25 ans, tous types d'accidents confondus, sont les accidents de la vie courante et de la circulation, avec des disparités selon le sexe et l'âge (graphiques 1 et 2), en particulier :

- Chez les hommes de 15-19 ans, 9,6% des personnes interrogées déclarent avoir eu dans l'année un accident de la circulation (deux-roues motorisé ou voiture), 9,8% un accident de la vie courante (sport et loisirs, vélo ou domestique) et 7,1% un accident du travail. Chez les 20-25 ans ces proportions sont respectivement de 9,5%, 9,8% et 6,6%.
- Chez les femmes, les pourcentages sont plus faibles : entre 15 et 19 ans ils sont respectivement de 3,5%, 9,0% et 1,7% et entre 20 et 25 ans de 4,3%, 4,3% et 2,5%.

Sur l'ensemble des 15-25 ans, les hommes sont donc 9,5% à déclarer avoir eu un accident de la circulation dans l'année, 9,8% un accident de la vie courante et 6,8% un accident du travail. Chez les femmes, ces pourcentages sont beaucoup plus faibles : 3,9%, 6,4% et 2,1%.

Parmi les jeunes âgés de 12 à 25 ans, des disparités régionales sont observées : les moins accidentés résident dans l'ouest du Bassin parisien (11% déclarent avoir eu un accident dans l'année écoulée), les plus accidentés dans les régions du Nord et de l'Est de la France (18,5%). C'est parmi les agriculteurs et les ouvriers que les accidents sont les plus nombreux (chez les 16-25 ans) : 30% des agriculteurs et 22% des ouvriers ont déclaré avoir eu au moins un accident dans l'année, contre 7,7% pour les cadres et professions libérales supérieures. Les accidents sont plus nombreux pour les jeunes dont les revenus sont compris entre 900 et 1500 euros (20% contre 13% pour les plus de 1500 euros et 17% pour les moins de 900 euros).

■ LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE SONT LES PLUS NOMBREUX

Les accidents de la vie courante sont les traumatismes les plus nombreux : environ 11 millions par an en France, dont près de 5 millions avec recours aux urgences hospita-

lières, tous âges confondus. Les 15-24 ans sont victimes d'environ 15% de ces accidents. Dans cette tranche d'âge, 64% des AcVC concernent les hommes (sex ratio = 1,8). La répartition par type d'accident n'est pas la même chez les hommes et chez les femmes :

- Les hommes ont surtout des accidents de sport et loisirs (68%), avant les accidents lors d'activité domestique (5%), de bricolage (4%), d'activité vitale (se nourrir, se laver, manger, 3%) ou d'autres activités (21%). Le mécanisme accidentel est une chute (47%) ou un coup (24%). Les lésions sont des contusions (28%), des entorses (25%) ou des plaies (22%), elles concernent les membres inférieurs (39%) et supérieurs (38%). Parmi les recours aux urgences, 5% des patients ont été hospitalisés.
- Les femmes sont davantage victimes d'accidents domestiques (42%), avant les accidents sur les aires de sport et de jeux (26%), sur la voie publique (13%), dans les lieux publics ou d'enseignement ou les autres lieux (9% chacun). Pour elles aussi, les chutes ont été le principal mécanisme accidentel (50%). Les contusions (35%) et les entorses (29%) étaient les blessures les plus nombreuses. Les membres inférieurs (41%) et supérieurs (36%) ont été les parties du corps les plus atteintes. Parmi les accidentées, 3% ont été hospitalisées.

Selon les données du Cépidec, il y a près de 19000 décès chaque année par AcVC. La répartition de ces décès selon l'âge est très hétérogène. Chez les 15-24 ans, on a enregistré 335 décès en 2006, dont la plupart (265, soit 79%) chez les hommes. Les trois causes principales de décès sont les noyades, les intoxications (54 décès chacun en 2006) et les chutes (53).

■ LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION, PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ LES 15-24 ANS

C'est entre 15 et 24 ans qu'il y a le plus de blessés et de décès par accident de la circulation. En 2008, 29227 jeunes de 15 à 24 ans ont été blessés sur la route, soit 30% des 96905 blessés alors que cette classe d'âge ne représente que 13% de la population. Le nombre de personnes décédées a fortement diminué depuis 2002 : -44,7% chez les 15-17 ans, -41,9% chez les 18-24 ans. Les 15-24 ans représentent cependant encore 27% de l'ensemble des personnes décédées sur la route : 1184 sur 4443. Ce taux varie avec la catégorie d'usagers et l'âge (tableau 1). Les accidents de la circulation sont la première cause de mortalité pour cette classe d'âge avec 41% des causes de mortalité chez les jeunes hommes de cet âge. Les femmes sont environ trois fois moins concernées par ces accidents que les hommes.

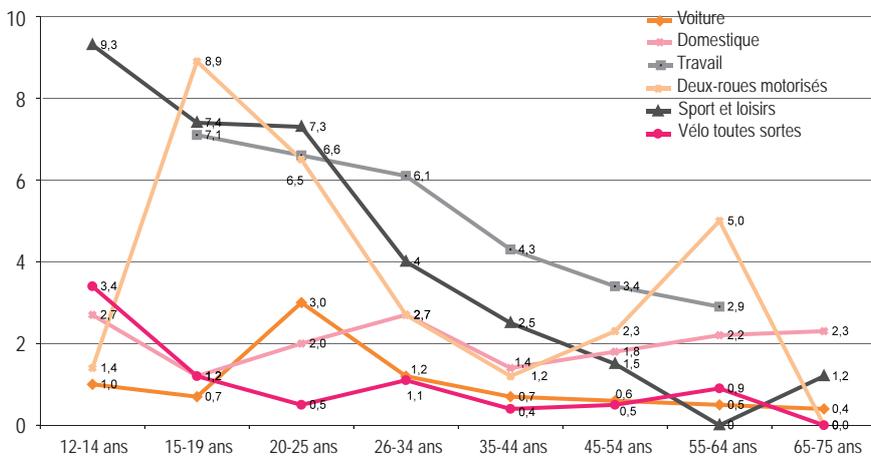
synthèse

Les hommes de 15-25 ans sont 9,5% à déclarer avoir eu un accident de la circulation dans l'année, 9,8% un accident de la vie courante et 6,8% un accident du travail (enquête réalisée en 2005). Chez les femmes, les pourcentages sont beaucoup plus faibles : 3,9%, 6,4% et 2,1%. Les agriculteurs et les ouvriers sont plus souvent accidentés : 30% et 22% respectivement chaque année, contre 8% pour les cadres et professions libérales supérieures. Il y a eu 335 décès en 2006 par accident de la vie courante (79% chez les hommes), particulièrement par noyade, intoxication et chute. Pour l'ensemble des accidents de la vie courante, entre 15 et 24 ans, les hommes ont surtout des accidents de sport et loisirs (68% des accidents de la vie courante), les femmes surtout des accidents domestiques (42%).

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent, en 2008, 30% des blessés sur la route et 27% des décédés (pour 13% de la population). Il s'agit d'hommes trois fois sur quatre. La répartition des accidents de la circulation est différente entre les 15-17 ans (179 décès dont près de la moitié à deux-roues motorisés) et les 18-24 ans (1005 décès dont 62% en voiture).

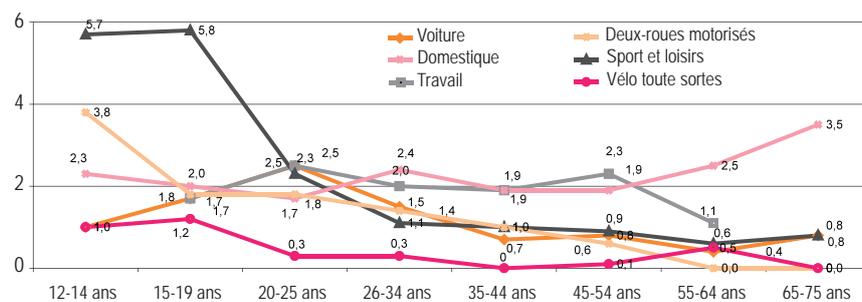
Le nombre annuel de décès par accident du travail chez les 15-29 ans est estimé en France à 112 chez les hommes et à 6 chez les femmes sur la période 2002-2004. Parmi les salariés du régime général de Sécurité sociale (secteur privé) en 2004, les 15-19 ans sont victimes de 66000 accidents du travail (80% d'hommes), les 20-24 ans de 175000 (73% d'hommes).

Graphique 1 • Accidents déclarés par les hommes



Sources : Baromètre santé 2005.

Graphique 2 • Accidents déclarés par les femmes



Sources : Baromètre santé 2005.

Tableau 1 • Nombre de tués sur la route par catégorie d'usagers et par âge

	Piétons	Cyclistes	Deux-roues à moteur	Voitures de tourisme	Autres (poids lourds, utilitaires, etc.)	Total tués
15-17 ans	16 8,9%	6 3,4%	84 46,9%	70 39,1%	3 1,7%	179 100%
18-24 ans	32 3,2%	20 2,0%	297 29,6%	622 61,9%	34 3,4%	1 005 100%
Total tous âges	580 13,1%	159 3,6%	1 157 26,0%	2 256 50,8%	291 6,5%	4 443 100%

Sources : Office national interministériel de sécurité routière (ONISR), données 2008.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL TOUCHENT PLUTÔT LES HOMMES

Le nombre d'accidents du travail reconnus par le régime général de la Sécurité sociale en 2004 chez les 15-19 ans (non compris les accidents sur le trajet domicile travail) s'établit à 65 589 dont 52 541 (80 %) chez les hommes. Chez les 20-24 ans, 175 474 accidents du travail ont été reconnus dont 128 102 (73 %) chez les hommes. Le nombre annuel moyen d'accidents du tra-

vail mortels en France est estimé à 905 [845-969], tous âges confondus, sur la période 2002-2004. Ces accidents touchent en très grande majorité les hommes (96%). Les estimations pour la tranche d'âge 15-29 ans sont de 112 [92-135] décès chez les hommes, et de 6 [2-13] chez les femmes. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA FICHE •
INVS, INPES

SOURCES DE DONNÉES ● Concernant la morbidité par AcVc, la principale source utilisée a été l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) (Thélot, 2004). Ces résultats ont été complétés par ceux de l'enquête Santé et protection sociale (Dalichamp, 2008), et du Baromètre santé 2005 (Bourdessol, 2008), qui fournit aussi des éléments sur l'ensemble des accidents, tous types confondus. La mortalité a été tirée de la base des certificats de décès consolidée par le Centre d'épidémiologie des causes de décès (CépiDC) (Ermanel, 2007).

Dans le domaine des accidents de la circulation, les résultats sont issus des publications de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) qui exploite les bulletins d'analyse d'accidents corporels de la circulation (BAAC) (ONISR, 2009).

Concernant les accidents du travail, les résultats sur l'ensemble des accidents mortels et non mortels ont été établis à partir des données du régime général de Sécurité sociale (ils concernent donc les seuls salariés de ce régime). Les estimations nationales de décès (entre 15 et 29 ans) ont été établies à partir des accidents mortels reconnus comme tels par les principaux régimes de Sécurité sociale (Brière, 2008).

La diversité des sources conduit à des résultats parfois hétérogènes, selon les types d'enquêtes et les années de réalisation. Les résultats ont été établis le plus souvent entre 15 et 24 ans.

références

- Bourdessol H., Thélot B., 2008, «Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante», in *Baromètre santé 2005*, novembre : 379-412.
- Brière J., Chevalier A., 2008, «Surveillance des accidents mortels d'origine professionnelle en France : première estimation», 30^e congrès national médecine et santé au travail, Tours, juin.
- Dalichamp M., Thélot B., 2008, Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête Santé et protection sociale 2004. Saint-Maurice (France) : Institut de veille sanitaire.
- Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G., 2007, «Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004», *Bull epidemiol hebdom*; 37-38:318-22. Données 2006 à paraître.
- Office national interministériel de la sécurité routière (ONISR), 2009, La sécurité routière en France : bilan de l'année 2008.
- Thélot B., Ricard C., Nectoux M., 2004, Guide de référence pour le recueil des données de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Réseau EPAC, Institut de veille sanitaire, décembre.

L'usage de substances psychoactives

■ BAISSÉ DU TABAGISME ET DIFFUSION DE LA COCAÏNE MAIS À UN NIVEAU BIEN INFÉRIEUR À CELUI DU CANNABIS

Les 16-25 ans ont un usage des substances psychoactives illicites plus fréquent que les autres tranches d'âge. Les usages de cannabis des jeunes adultes apparaissent à des niveaux assez proches de ceux observés à la fin de l'adolescence (Legleye *et al.*, 2007; 2009). Cependant, les consommations régulières d'alcool et de tabac apparaissent plus fréquentes, ce qui tend à montrer une certaine diffusion de ces comportements au-delà de l'adolescence, d'autant qu'après 25 ans les usages se modifient en se concentrant principalement sur l'alcool et le tabac (Beck *et al.*, 2007a). Par ailleurs, les prévalences des expérimentations de produits psychoactifs illicites autres que le cannabis sont à des niveaux faibles. Pour la plupart des substances, les niveaux de consommation sont nettement plus élevés chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes.

Les évolutions mesurées entre 2000 et 2005 pour les 16-25 ans montrent une nette baisse des niveaux de consommation de tabac, ainsi qu'un léger recul des ivresses alcooliques, au moins chez les garçons (Beck *et al.*, 2009). Pour le cannabis, le constat est plus complexe, car à une relative stabilité de l'expérimentation chez les garçons et une augmentation chez les filles (de 32,1% en 2000 à 37,4% en 2005, $p < 0,01$), s'adjoint une modeste diminution des usages dans l'année et une tendance à l'augmentation des usages réguliers. Enfin, les expérimentations des autres produits illicites apparaissent plutôt stables, à l'exception, d'une part, du LSD qui a diminué et, d'autre part, de l'ecstasy et de la cocaïne, qui ont notablement progressé.

■ DES SITUATIONS DE PRÉCARITÉ SOCIALE QUI PEUVENT DÉBOUCHER SUR DES USAGES PROBLÉMATIQUES

Concernant l'origine sociale des consommateurs, les parcours scolaires dégradés ou écourtés d'un côté, l'exclusion du monde du travail de l'autre (en particulier la situation de chômage) apparaissent associés à des usages souvent plus intenses, voire problématiques, de produits licites et illicites (Legleye *et al.*, 2008). Il faut toutefois noter que les milieux favorisés sur le plan économique ou culturel présentent globalement de

forts niveaux d'expérimentation ou d'usage occasionnel (Legleye *et al.*, 2007).

■ UN TABAGISME DANS LA MOYENNE EUROPÉENNE

En 2007, parmi les adolescents de 16 ans, la France affiche des niveaux d'usage d'alcool et de tabac relativement proches de la moyenne européenne. Avec un taux d'expérimentation de tabac de 60% contre 58% au niveau européen, elle se situe dans le premier tiers au sein des 35 pays européens ayant participé à l'enquête ESPAD (Hibell *et al.*, 2009). Le tabagisme actuel concerne pour sa part 30% des jeunes adolescents français de 16 ans, situant la France dans la moyenne européenne. Les évolutions entre les trois dernières enquêtes montrent que les chiffres du tabagisme présentent, dans la majorité des pays participants, une nette tendance à la baisse qui fait suite à une période de relative stabilité entre 1995 et 2003. Cette diminution apparaît plus nette dans les nations occidentales.

■ LE NIVEAU D'ALCOOLISATION DES ADOLESCENTS FRANÇAIS APPARAÎT INFÉRIEUR À LA MOYENNE EUROPÉENNE, EN PARTICULIER CONCERNANT LES IVRESSES

Avec 10% d'usagers réguliers d'alcool à 16 ans, la France se situe, à cet âge, dans le dernier tiers des pays européens. Concernant l'ivresse, la France est là encore légèrement en retrait avec 36% déclarant avoir déjà été ivres au cours des 12 derniers mois (24^e position, le 1^{er} pays étant le Danemark avec 73%). Globalement, les deux grands profils européens de consommations d'alcool, l'un nordique (avec des usages réguliers plutôt faibles mais par contre des épisodes d'ivresse décl-

rés plus importants) et l'autre latin (avec des usages réguliers plus importants mais peu d'épisodes d'ivresse déclarés), apparaissent moins marqués que par le passé.

■ UN NIVEAU D'USAGE DE CANNABIS QUI RESTE ÉLEVÉ, CONTRAIREMENT AUX AUTRES DROGUES ILLICITES

Pour le cannabis en revanche, la proportion d'élèves qui déclarent en avoir déjà consommé au moins une fois se révèle en France nettement supérieure à la moyenne de l'ensemble des pays (31% contre 19%). Le premier pays pour l'usage au cours de la vie (expérimentation) reste la République tchèque avec un taux de 45%, mais des taux élevés sont également rapportés en Espagne, en Suisse et en Slovaquie (32-36%), ainsi qu'au Royaume-Uni (29%) ou encore aux Pays-Bas (28%). À l'opposé, des pays comme la Grèce, la Roumanie ou encore la Norvège ou la Suède, par exemple, rapportent des taux extrêmement faibles (de 3% à 7%). Les jeunes Français figurent aussi parmi les premiers consommateurs de cannabis au cours du mois (15% contre 7% pour l'ensemble des pays).

L'expérimentation des autres produits psychoactifs reste marginale dans la majorité des pays. Toutefois, en France, si pour la plupart des produits (LSD, cocaïne, crack, ecstasy, héroïne, amphétamines) les niveaux d'usage au cours de la vie sont inférieurs à 4%, ceux concernant les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes se révèlent relativement élevés (respectivement 12% et 7% contre 9% et 3% pour l'ensemble des pays).

Concernant les jeunes adultes (âgés d'environ 18-35 ans suivant les pays), au sein de l'Union européenne, les niveaux d'usage de cannabis au cours de l'année varient de 3% en Grèce à 22% en République tchèque

encadré 1

Les drogues à 17 ans : résultats de l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD 2008)

L'analyse de l'enquête ESCAPAD 2008 a porté sur 39 542 adolescents français âgés de 17 ans pour ce qui est de la métropole. Par rapport au dernier exercice datant de 2005, elle montre des reculs importants de la diffusion et des usages du tabac et du cannabis et une stabilité des ivresses alcooliques qui fait suite à une forte hausse entre 2000 et 2005. Elle objective également une diminution des usages réguliers d'alcool et laisse néanmoins apparaître une modeste augmentation des fréquences de consommation d'au moins cinq verres en une occasion durant le mois écoulé (de 45,8% en 2005 à 48,7% en 2008). Les âges moyens d'expérimentation du tabac et du cannabis s'élevaient pour la première fois depuis 8 ans, signe probable d'une modification des comportements d'entrée dans les consommations de ces produits. ESCAPAD met également en lumière la diversité des motifs d'usage de l'alcool, du tabac et du cannabis, au sein desquels le plaisir et la convivialité occupent une place majeure.

Quelques points restent préoccupants comme l'augmentation des niveaux de diffusion de la cocaïne, des amphétamines, du crack, de l'héroïne et du GHB, bien que ces comportements restent marginaux : l'expérimentation de GHB n'est déclarée que par 0,4% des 17 ans, celles de crack et d'héroïne par 1,1%, celles d'amphétamines et de cocaïne par 2,2% et 3,3%. Enfin, les expérimentations de produits à inhaler (5,5% contre 3,6% en 2005) et de poppers (13,7% contre 5,5% en 2005) sont en nette hausse, mais leur consommation semble plus vite abandonnée que celle des autres produits.

Tableau I • Usages de produits psychoactifs à 16-25 ans en 2000 et 2005 (%)

	2000 (n = 2 049)	2005 (n = 4 838)	P
Tabac quotidien	38,6	33,5	***
Alcool régulier	16,3	15,8	ns
Ivresse dans l'année	35,7	32,1	**
Cannabis au cours de la vie	42,7	44,8	ns
Cannabis année	25,5	22,4	**
Cannabis régulier	6,0	8,1	**
Champignons hallucinogènes au cours de la vie	—	3,1	—
Poppers au cours de la vie	—	4,5	—
Ecstasy au cours de la vie	2,4	3,4	*
Cocaïne au cours de la vie	1,8	2,7	*
Amphétamines au cours de la vie	1,2	0,9	ns
LSD au cours de la vie	2,6	1,1	***
Héroïne au cours de la vie	0,8	0,8	ns

L'usage régulier désigne au moins 10 usages dans les 30 derniers jours pour le cannabis, au moins deux consommations par semaine au cours des douze derniers mois pour l'alcool.

Lecture : *, **, *** : test du χ^2 significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001.

Source : Baromètres santé 2000-2005, INPES.

références

- Beck F., Legleye S., Guignard R., 2009, «Les usages des enfants et adolescents : état des lieux épidémiologique», in Krebs M.-O., *Comportements addictifs de l'enfant et de l'adolescent*, Solal, coll. «Neuropsychologie».
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2007, «Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier», in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, coll. «Baromètres Santé», p. 168-221.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2007, «L'usage de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes : comparaison des consommations européennes», *Santé Publique*, vol. 13, n° 6, p. 481-488.
- EMCDDA, 2008, «Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway», Rapport, Lisbon : EMCDDA.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L., 2009, «The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries», Rapport, Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN.
- Legleye S., Beck F., Le Nezet O., Spilka S., 2007, «Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad», Rapport, Saint-Denis, OFDT.
- Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., 2008, «Travail, chômage et études : les usages de drogue des 18-25 ans en 2005», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56 (5), p. 345-355.
- Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Laffiteau C., 2009, «Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête Escapad 2008», *Tendances*, OFDT, n° 66, juin.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2008, «Summary of Findings from the 2007 National Household Survey on Drug Abuse», Rockville, MD : Office of Applied Studies.

(EMCDDA, 2008). La France, la République tchèque, l'Espagne, le Royaume-Uni et Chypre sont les pays qui présentent les taux d'usage de cannabis au cours de l'année les plus élevés, que ce soit à l'adolescence ou parmi les jeunes adultes (Beck *et al.*, 2007b). Aux États-Unis, le niveau était de l'ordre de 20 % en 2007 parmi les 18-34 ans (SAMHSA, 2008).

CONCLUSION

Au cours de l'adolescence, jusqu'au début de l'âge adulte, s'opère une diffusion rapide des usages de produits psychoactifs, avec des contrastes suivant les produits : niveaux élevés pour le tabac et dans une moindre mesure l'alcool, plus faibles pour le cannabis et surtout pour les autres substances illicites. Depuis de nombreuses années, le tabagisme apparaît en net recul, du fait de la «dénormalisation» engagée par les pouvoirs publics. La consommation d'alcool entre 2000 et 2005 semble stable, voire diminue, en France parmi les moins de 25 ans, tandis que les ivresses alcooliques à 17 ans

apparaissent en hausse entre 2000 et 2008 : ces tendances montrent une inflexion dans la façon de boire des adolescents, qui se rapprocherait de celle de leurs homologues du Nord de l'Europe. La hausse de la diffusion de l'expérimentation du cannabis et de ses usages épisodiques a cessé au cours des années 2000. Parmi les jeunes adultes, la proportion des usagers réguliers a légèrement crû entre 2000 et 2005,

CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685, dont 2 049 de 16-25 ans). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514, dont 4 838 de 16-25 ans).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les individus résidant en France métropolitaine sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant du nombre de personnes éligibles au sein du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Il s'agit de déclarations de consommations à des questions portant sur la vie, l'année et les trente derniers jours précédant l'enquête. L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des trente derniers jours pour le cannabis et un usage plusieurs fois par semaine pour l'alcool.

LIMITES ET BIAIS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES

- Beck F., Guilbert P., 2007, «Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution», in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, Saint-Denis, coll. «Baromètres santé», p. 27-43.

tandis qu'à 17 ans, elle a baissé entre 2005 et 2008. Enfin, si l'ecstasy et la cocaïne se sont diffusés dans la population, leurs niveaux d'expérimentation restent faibles et ceux des autres produits illicites paraissent stables. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA FICHE • INPES ET OFDT

synthèse

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les premières substances psychoactives consommées entre 16 et 25 ans en France. Pourtant, ce sont les autres drogues qui distinguent le plus les jeunes adultes du reste de la population. Depuis quelques années, le tabagisme apparaît en net recul parmi les moins de 25 ans et la consommation régulière d'alcool semble relativement stable. Alors que les ivresses alcooliques apparaissent en léger recul parmi les jeunes adultes, elles sont en hausse entre 2000 et 2008 parmi les jeunes de 17 ans. L'augmentation de la diffusion du cannabis a cessé au cours des années 2000. Enfin, si l'ecstasy et la cocaïne se sont diffusés dans la population, leurs niveaux d'expérimentation restent faibles. Ceux des autres produits illicites paraissent stables. Par ailleurs, ces produits sont désormais plus souvent expérimentés au-delà de 18 ans. Il existe d'importantes variations de niveaux d'usage suivant l'âge et le sexe, mais également le milieu social. Le chômage est une situation associée à une consommation de cannabis plus fréquente. Les milieux favorisés sur le plan économique et social présentent globalement de forts niveaux d'expérimentation ou d'usage occasionnels de tous les produits.

La santé mentale des jeunes

Les troubles anxio-dépressifs, mesurés par des outils standardisés en dehors d'une situation clinique, sont les troubles mentaux les plus courants à l'adolescence. L'utilisation d'outils standardisés permet néanmoins d'approcher certains problèmes de santé mentale et d'en étudier les facteurs associés, même si les limites de ces outils sont nombreuses (Sapinho *et al.*, 2008). L'une de ces limites est de ne pas pouvoir distinguer de manière nette les troubles anxieux des troubles dépressifs.

■ DES ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS DEUX FOIS PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES JEUNES FEMMES QUE CHEZ LES JEUNES HOMMES

Selon les critères retenus dans ces enquêtes (voir encadré), la prévalence des épisodes dépressifs majeurs (EDM) au cours de la vie chez les 16-25 ans apparaît en deçà (13,4 %) de celle mesurée dans l'ensemble de la population des 15-75 ans (17,8 %) (Sapinho *et al.*, 2009). La prédominance féminine observée dans la prévalence des EDM en population générale adulte est présente dès l'adolescence. Ainsi, la prévalence chez les hommes de 16-25 ans est de 7,8 % et elle est de 19,2 % chez les femmes. Parmi les individus repérés comme ayant eu un EDM au cours de la vie, 8,2 % avaient eu un épisode léger ou modéré et 5,2 % un épisode sévère. La prévalence mesurée au cours des 12 derniers mois est de 3,8 % chez les 16-25 ans (1,4 % chez les jeunes hommes et 6,3 % chez les jeunes femmes) alors qu'elle est de 5,0 % chez les 15-75 ans.

■ DES ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS ASSOCIÉS À LA SITUATION DE CHÔMAGE

La présence de ce type de troubles au cours des 12 derniers mois est associée à la situation de chômage (ou à l'alternance travail/chômage), comme chez les personnes âgées de plus de 25 ans (Chan-Chee *et al.*, 2009).

■ L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, UN PHÉNOMÈNE PLUS RARE

L'anxiété généralisée (AG) concerne pour sa part 3,0 % des jeunes âgés de 16 à 25 ans (1,4 % chez les hommes et 4,6 % chez les femmes). Cette prévalence est de 5,1 % dans la population des 15-75 ans. La co-occurrence des troubles anxieux et dépressifs au cours de la vie concerne 1,7 % des jeunes de 16 à 25 ans (2,8 % en population générale).

■ LA SURVENUE DES TROUBLES, ENTRE L'ADOLESCENCE ET LE PASSAGE À L'ÂGE ADULTE

Même s'il existe des données de prévalence des troubles dépressifs et anxieux en population générale à l'échelle des pays européens

avec l'*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED/MHEDEA 2000) [Alonso *et al.*, 2004], aucune comparaison internationale spécifique sur les jeunes n'a été publiée à ce jour. L'enquête *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* (ICPE) de l'OMS (WHO, 2000) a, quant à elle, montré que les premiers troubles mentaux survenaient en général entre l'adolescence et le passage à l'âge adulte, avec un âge médian de premier trouble à 15 ans pour l'anxiété et à 26 ans pour les troubles de l'humeur.

■ DES VARIATIONS INTERNATIONALES DUES À DES DIFFÉRENCES MÉTHODOLOGIQUES ET CULTURELLES...

Les enquêtes (*Eurobarometer* 2002) de l'Union européenne (UE) évaluent la détresse psychologique mesurée par l'échelle *Mental Health Inventory-5* (MHI-5), module du questionnaire de qualité de vie SF36¹. Parmi les 15-25 ans, la prévalence de la détresse psychologique est de 18,3 % dans les 15 pays de l'UE. Les prévalences sont les plus basses en Irlande (6,8 %) et en Finlande (8,2 %) et les plus élevées en Italie (26,9 %) et en Grande-Bretagne (26,4 %). Quant à la France, elle occupe une position relativement moyenne avec une prévalence de 19,1 %.

Concernant plus spécifiquement les enfants et adolescents, une récente méta-analyse au niveau mondial donne quelques indications intéressantes (Merikangas *et al.*, 2009). En dépit d'importantes variations dans les résultats, notamment liées à la méthodologie

employée dans les études, les données obtenues montrent qu'environ un quart des jeunes ont souffert d'un trouble mental au cours des 12 derniers mois, les troubles anxio-dépressifs étant les affections les plus fréquentes chez l'enfant et l'adolescent. Les variations observées seraient également dues à de réelles différences culturelles. Le développement d'outils simples et efficaces (Revah-Levy *et al.*, 2007), spécifiques aux adolescents, devraient permettre d'améliorer cette comparabilité dans les études à venir. Le projet d'atlas de la santé mentale développé par l'OMS, qui collecte également des informations sur les adolescents dans plus de 60 nations devrait également contribuer à améliorer la connaissance (Belfer, 2008).

■ ...MAIS UNE PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION TOUJOURS PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES

En termes de facteurs associés, toutes les enquêtes concernant les troubles dépressifs montrent que leur prévalence est une fois et demi à trois fois plus élevée chez les femmes et ce, quelle que soit la tranche d'âge étudiée. Cette différence importante, qui s'avère relativement stable quelle que soit l'approche par laquelle le syndrome est mesuré et quel que soit le pays, traduit une réelle différence bien que les mécanismes n'en soient pas complètement élucidés.

1. La présence d'une détresse psychologique y est définie par un score MHI-5 inférieur ou égal à 52.

synthèse

Les données épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes sont fragmentaires. Celles qui sont issues d'enquêtes en population générale reposent sur l'usage de questionnaires standardisés qui ne prétendent pas être l'équivalent du diagnostic clinique d'un professionnel de santé qualifié. L'utilisation d'outils standardisés permet néanmoins d'approcher certains problèmes de santé mentale et d'en étudier les facteurs associés.

La prévalence des épisodes dépressifs majeurs ainsi mesurés au cours de la vie chez les 16-25 ans est de 13,4 %, tandis que l'anxiété généralisée concernerait 3,0 % des jeunes de cet âge. Ces chiffres situent les jeunes adultes légèrement en deçà de leurs aînés. La prédominance féminine observée dans la prévalence des troubles anxio-dépressifs en population générale adulte se révèle présente dès l'adolescence. La prévalence des épisodes dépressifs majeurs mesurée au cours des 12 derniers mois est de 3,8 % chez les 16-25 ans. La présence de ce type de troubles apparaît associée à la situation de chômage, comme chez les personnes âgées de plus de 25 ans.

Tableau I • Indicateurs de santé mentale (Épisodes dépressifs majeurs et anxiété généralisée) parmi les 16-25 ans en 2005

	Total	Hommes	Femmes	p-value
EDM au cours de la vie	13,4 %	7,8 %	19,2 %	< 0,001
EDM léger/modéré	8,2 %	5,6 %	10,9 %	< 0,05
EDM sévère	5,2 %	2,2 %	8,2 %	< 0,001
EDM 12 mois	3,8 %	1,4 %	6,3 %	< 0,001
Anxiété généralisée vie	3,0 %	1,4 %	4,6 %	< 0,01
EDM et AG vie	1,7 %	0,9 %	2,7 %	< 0,05

Lecture : 13,4 % des 16-25 ans ont connu un épisode dépressif majeur au cours de leur vie ; ils sont 3,8 % à l'avoir connu au cours des 12 derniers mois ; 3,0 % des 16-25 ans ont connu un état d'anxiété généralisé au cours de leur vie ; 1,7 % des 16-25 ans ont connu à la fois un épisode dépressif majeur et un état d'anxiété généralisé au cours de leur vie.

Source : Enquête Anadep 2005, INPES.

références

- Alonso J., Angermeyer M.-C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H. *et al.*, 2004, «Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project», *Acta Psychiatrica Scandinavica* n° 109 (Suppl 420), p. 21-27.
- Belfer M.-L., 2008, «A global perspective on child and adolescent mental health». Editorial. *Int Rev Psychiatry*, 20:215-216.
- Chan-Chee C., Sapinho D., Guilbert P., 2009, «Facteurs socio-démographiques associés à l'épisode dépressif majeur», in Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P., *La dépression en France: enquête Anadep 2005*, Saint-Denis, INPES, coll. Études santé, p. 59-83.
- European Opinion Research Group, 2002, «The Mental Health Status of the European Population», *Eurobarometer 58.2 Public Health Approach on Mental Health in Europe*
- Lepine J.-P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G. *et al.*, 2005, «Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000(ESEMeD)», *L'Encéphale*; 31(2):182-94.
- Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C., 2009, «Epidemiology of mental disorders in children and adolescents», *Dialogues in Clinical Neuroscience*.11(1):7-20.
- Revah-Levy A., Birmaher B., Gasquet I., Falissard B., 2007, «The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study», *BMC Psychiatry* 7, 2.
- Sapinho D., Chan-Chee C., Beck F., 2009, «Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités», in Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P., *La dépression en France: enquête Anadep 2005*, INPES, Saint-Denis, coll. Études santé, p. 35-57.
- Sapinho D., Chan-Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F., 2008, «Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 35-36, septembre, p. 314-317.
- WHO, 2000, «International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders», *Bull World Health Organ.*; 78(4):413-26.

En revanche les différences en termes de prévalence par âge varient selon les enquêtes et les pays... Dans l'enquête ESEMeD Europe, la prévalence apparaît décroissante avec l'âge, mais l'analyse de la partie française d'ESEMeD trouve la même allure de la courbe que l'enquête «Analyse de la dépression» (Anadep), à savoir une prévalence plutôt élevée chez les jeunes adultes, suivie d'une diminution de la prévalence et un nouveau pic à 50-64 ans avant une baisse chez les 65 ans et plus (Lepine *et al.*, 2005), illustrant peut-être une spécificité française qu'il conviendrait d'étudier plus en profondeur. Quoi qu'il en soit, toutes les observations s'accordent à montrer une prévalence des troubles mentaux plutôt élevée parmi les jeunes adultes.

■ DES DONNÉES ENCORE PARCELLAIRES

Les données épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes sont encore parcellaires en France. Celles qui sont issues d'enquêtes en population générale reposent sur l'utilisation de questionnaires standardisés qui présentent des limites. Néanmoins, ces outils permettent de suivre des tendances et d'étudier les facteurs associés. Les chiffres observés dans les enquêtes françaises récentes situent les jeunes adultes légèrement en deçà de leurs aînés. Ils montrent aussi que dès l'adolescence, les troubles anxio-dépressifs concernent davantage les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INPES

CHAMP ● Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 15 à 75 ans.

SOURCES ● Enquête Analyse de la dépression (Anadep) 2005. L'enquête a été réalisée auprès des 15-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été incluses dans l'échantillon. Au total, 6 498 individus ont été interrogés, parmi lesquels 4 042 ont répondu à une version longue et 2 456 à une version courte. Les individus ayant vécu une période de tristesse ou d'anhédonie étaient sur-représentés dans la version longue.

MÉTHODOLOGIE ● Cette enquête téléphonique déclarative utilise la technique du sondage aléatoire. Elle interroge les individus résidant en France métropolitaine sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé mentale. Le mode de tirage est dit à deux degrés: un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant du nombre de personnes éligibles au sein du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS ● Les sections évaluant les épisodes dépressifs et l'anxiété généralisée s'appuient sur le questionnaire standardisé CID-I – *Short form*, développé en 1995 et qui s'inspire du manuel DSM IV. Les symptômes mesurés par cette échelle pour l'épisode dépressif majeur (EDM) sont: avoir vécu une période de tristesse d'au moins deux semaines, pratiquement toute la journée et presque tous les jours, avoir vécu une période de perte d'intérêt pour la plupart des choses d'au moins deux semaines, pratiquement toute la journée et presque tous les jours (symptômes principaux), un épuisement ou un manque d'énergie, la prise ou la perte de 5 kg au moins, des difficultés pour dormir, des difficultés de concentration, une perte de confiance en soi, des pensées de mort récurrentes (symptômes secondaires). L'EDM se caractérise par la présence d'au moins quatre de ces symptômes, dont au moins un symptôme principal, et doit être accompagné d'un retentissement sur les activités habituelles. L'anxiété généralisée est un trouble plus chronique que l'EDM. Sa caractéristique essentielle réside en une inquiétude anormale et des soucis excessifs survenant la plupart du temps durant une période d'au moins 6 mois et concernant plusieurs événements ou activités. Le sujet éprouve des difficultés à contrôler ces préoccupations. Cette anxiété est accompagnée d'au moins trois symptômes parmi l'agitation, la fatigabilité, des difficultés de concentration, une irritabilité, une tension musculaire ou une perturbation du sommeil. Ces symptômes sont accompagnés d'un retentissement fonctionnel sur les activités habituelles.

LIMITES ET BIAIS ● Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont une tendance à augmenter depuis le début des années 2000. En outre, la fragilité de la mesure de l'EDM a été montrée au travers d'une comparaison entre les données du Baromètre santé 2005 et celles de l'enquête Anadep.

RÉFÉRENCES ●

- Beck F., Sapinho D., Chan Chee C., Briffault X., Lamboy B., 2009, «Méthodologie de l'enquête Anadep», in Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. (dir.), *La dépression en France*, Saint-Denis: INPES, coll. Études santé, 19-34.
- Sapinho D., Chan-Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F., 2008, «Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 35-36, septembre, p. 314-317.
- Sapinho D., Chan-Chee C., Beck F., 2009, «Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités», in Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P., *La dépression en France: enquête Anadep 2005*, Saint-Denis, INPES, coll. Études santé, p. 35-57.

Tentatives de suicide et suicides

Chaque année, environ 11 000 personnes se suicident en France. En 2007, environ 82 000 personnes ont été hospitalisées pour un total de 94 300 tentatives de suicide¹.

Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le suicide constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation. L'objectif préconisé par la loi de santé publique est de diviser par deux le taux de suicides chez les adolescents.

■ LES SUICIDES

En 2006, les 522 suicides comptabilisés par le CépiDc-INSERM ont représenté 15% des décès dans la population de cette classe d'âge, la mortalité par suicide était de 6,6 pour 100 000 personnes. Elle était trois fois plus importante chez les garçons que chez les filles (10,0 p 100 000 hommes et 3,2 p 100 000 femmes)². Cette surmortalité masculine par suicide s'observe dès l'adolescence et persiste à tout âge. Selon les régions, la mortalité par suicide était très différente, la Bretagne étant la région la plus touchée avec 12,4 suicides pour 100 000 habitants de 15 à 24 ans. Elle s'échelonnait de 3,8 p 100 000 hommes en Auvergne à 18,6 p 100 000 hommes en Bretagne (carte 1) et de 0 décès par suicide chez les femmes en Corse à 5,9 p 100 000 femmes en Bretagne (carte 2).

Les taux de décès par suicide ont tendance à baisser au cours du temps (graphique 1). Entre 1990 et 2006, la variation était de -34% (-21% entre 1990 et 2000; -16,5% entre 2000 et 2006)³.

Chez les hommes, la pendaison est le moyen utilisé dans un suicide sur deux, l'utilisation d'une arme à feu dans 15% des cas, la précipitation d'un lieu élevé et la collision intentionnelle avec un véhicule dans 9% des cas. Chez les femmes, la pendaison reste le moyen le plus souvent utilisé (44%) suivie de l'intoxication médicamenteuse (23%), la précipitation d'un lieu élevé (14%) et la collision intentionnelle avec un véhicule dans 8% des cas.

Dans l'Europe des 25, le taux de décès par suicide des 15-19 ans était de 7,3 pour 100 000 habitants en 2006 (graphique 2). La France se trouvait en dessous de cette moyenne, cependant les comparaisons internationales sont à considérer avec précaution du fait des différences dans les méthodes d'enregistrement.

■ LES TENTATIVES DE SUICIDE

La tentative de suicide est fortement associée à l'âge et au sexe. Contrairement aux suicides, les femmes sont sur-représentées dans les tentatives de suicide. Dans le Baromètre santé 2005 de l'INPES, la prévalence déclarée

d'une tentative de suicide au cours des douze derniers mois a concerné environ 1,3% des adolescentes de 15-19 ans et 0,5% des adolescents de la même tranche d'âge. Parmi les 20-25 ans, une tentative de suicide au cours des douze derniers mois a été déclarée par 0,3% des femmes interrogées et par 0,2% des hommes interrogés. Ces pourcentages sont restés globalement relativement stables jusque dans les âges élevés.

Certaines conduites à risque telles que l'usage régulier de cannabis et l'alcoolisation problématique ainsi que certains troubles tels que l'épisode dépressif majeur et les symptômes boulimiques semblent associés à la tentative de suicide.

Globalement moins d'une personne sur deux ayant fait une tentative de suicide a été hospitalisée.

Entre 2005 et 2007, environ 19 000 séjours pour tentative de suicide par des jeunes de 15 à 24 ans ont été comptabilisés chaque année dans les unités de soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'hospitalisation pour tentative de suicide concernait chaque année environ 433 adolescentes de 15-19 ans pour 100 000 et 126 adolescents de 15-19 ans pour 100 000, soit trois fois plus de filles que de garçons. Dans les classes d'âge plus élevées, le rapport était de 1,8 femme pour 1 homme. Dans la classe des 20-24 ans, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chutait chez les femmes à 268 pour 100 000 tandis qu'il augmentait chez les hommes à 156 pour 100 000 (graphique 3).

Dans la quasi-totalité des cas, les patients hospitalisés pour tentative de suicide provenaient de leur domicile. Le retour à domicile s'effectuait dans 70% des cas et, dans environ 20% des cas, il y avait un transfert vers un service de psychiatrie. L'auto-intoxication médicamenteuse était le mode opératoire de la très grande majorité des tentatives de suicide (73,9% des séjours hospitaliers pour TS parmi les hommes et 82,1% des séjours hospitaliers pour TS parmi les femmes) et l'auto-intoxication par d'autres produits dans respectivement 7,4% et 4,1% des hospitalisations pour TS parmi les hommes et les femmes. La phlébotomie (section volontaire

synthèse

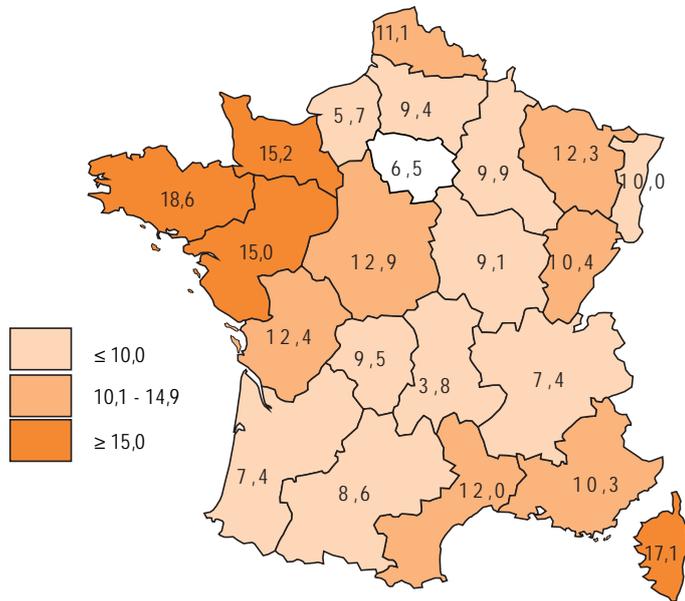
L'adolescence est une période critique pour le passage à l'acte suicidaire comme en témoignent les 522 décès par suicide parmi les jeunes de 15 à 24 ans et les 19 000 tentatives de suicide hospitalisées par an (avec probablement autant de tentatives de suicide non hospitalisées). Si les pensées suicidaires et les tentatives de suicide concernent plus souvent les jeunes femmes, ce sont les jeunes hommes qui en décèdent le plus souvent. Bien que les taux de décès soient en diminution depuis les années 1990, le suicide reste un problème de santé publique, avec des disparités importantes selon les régions, pour lequel les efforts de prévention devraient être renforcés.

1. D'après les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

2. Comparativement, la mortalité par suicide tous âges confondus était de 17,1 pour 100 000 personnes en 2006 (25,6 p 100 000 hommes et 9,0 p 100 000 femmes). Le suicide représentait 3% de l'ensemble des décès masculins et 1% des décès féminins.

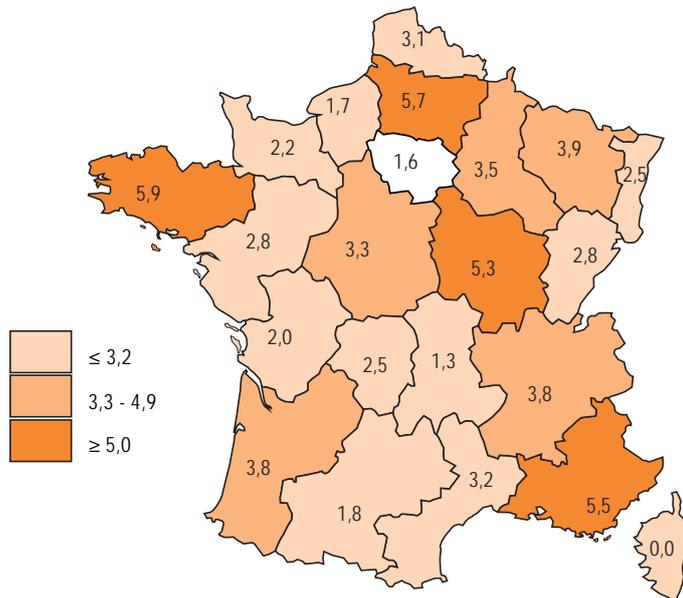
3. Variation entre 1990 et 2006 = (taux 2006 - taux 1990) *100/taux 1990.

Carte 1 • Taux de mortalité par suicide pour 100 000 hommes de 15-24 ans, selon la région, en 2006



Source : INSERM-CépiDc.

Carte 2 • Taux de mortalité par suicide pour 100 000 femmes de 15-24 ans, selon la région, en 2006



Source : INSERM-CépiDc.

CHAMP • Personnes de 15 à 24 ans en France métropolitaine.

SOURCES • INSERM – CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Taux bruts = nombre de décès par suicide rapportés à la population des 15-24 ans (pour 100 000). Sont retenus comme suicide, les décès comportant en cause initiale un des codes E950 - E959 de la CIM-9 jusqu'en 1999 et X60 - X84 de la CIM-10 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Un certain nombre de décès par suicide n'est pas rapporté comme tel dans les statistiques de décès, en particulier en Île-de-France. Globalement, la sous-estimation des décès par suicide est estimée à 20%.

Tentatives de suicide et suicides (suite)

des veines) représentait le mode opératoire dans respectivement 8,4 % et 6,4 % des hospitalisations pour TS parmi les hommes et les femmes. Les autres modes opératoires représentaient moins de 1 à 2 % des hospitalisations pour TS.

■ LES IDÉES SUICIDAIRES

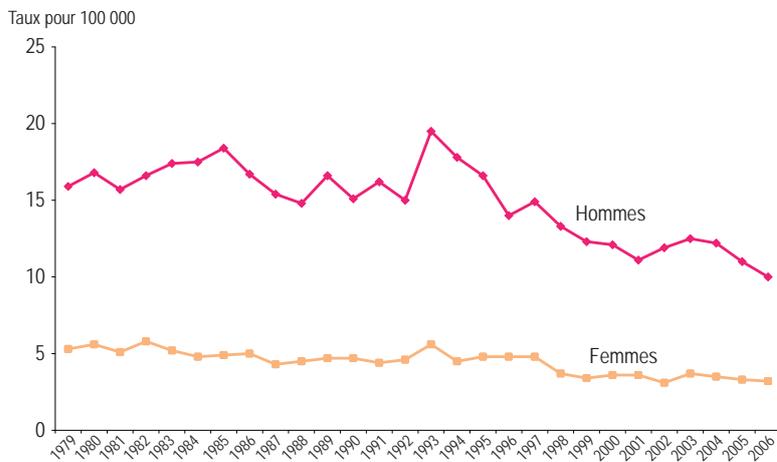
La prévalence des idées suicidaires au cours des douze derniers mois varie aussi avec l'âge et le sexe. D'après le Baromètre santé 2005⁴, elle était très élevée au moment de l'adolescence (8,4 % parmi les 15-19 ans), diminuait à partir de 20 ans et restait relativement stable, autour de 5 %, dans les âges plus élevés (5,3 % parmi les 20-25 ans). Comme

pour les tentatives de suicide, l'idéation suicidaire est à prédominance féminine. Les idées suicidaires étaient déclarées plus souvent par les adolescentes de 15-19 ans (11,4 %) que par les garçons (5,9 %) ; dans la classe d'âge des 20-25 ans, elles ont concerné respectivement 4,5 % des femmes et 6,1 % des hommes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

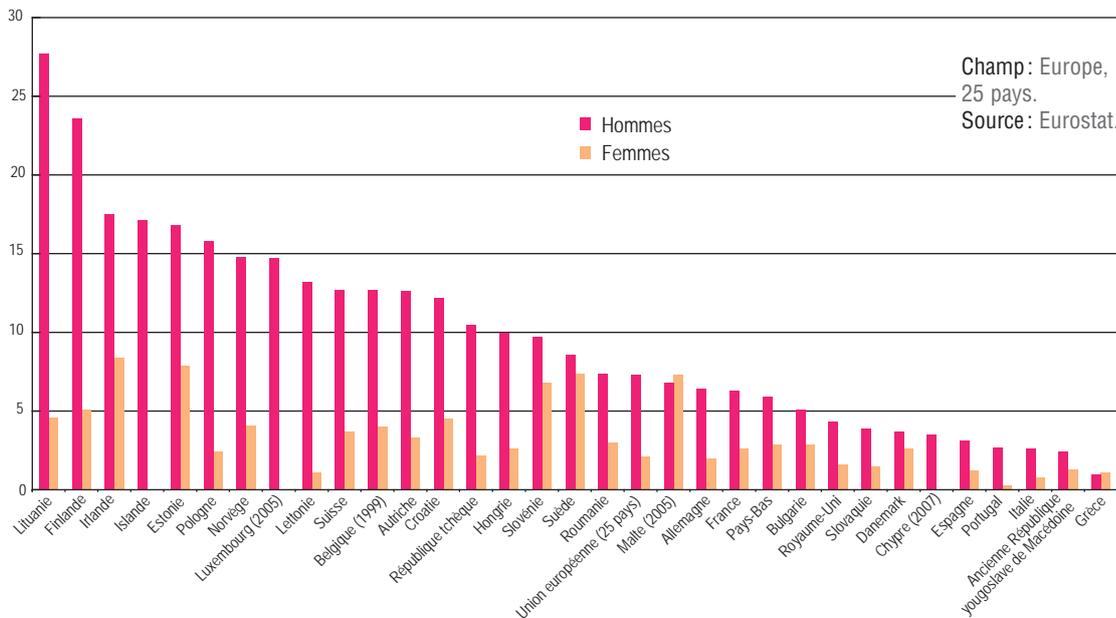
4. La question posée était : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? »

Graphique 1 • Évolution du taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes de 15-24 ans entre 1979 et 2006, selon le sexe



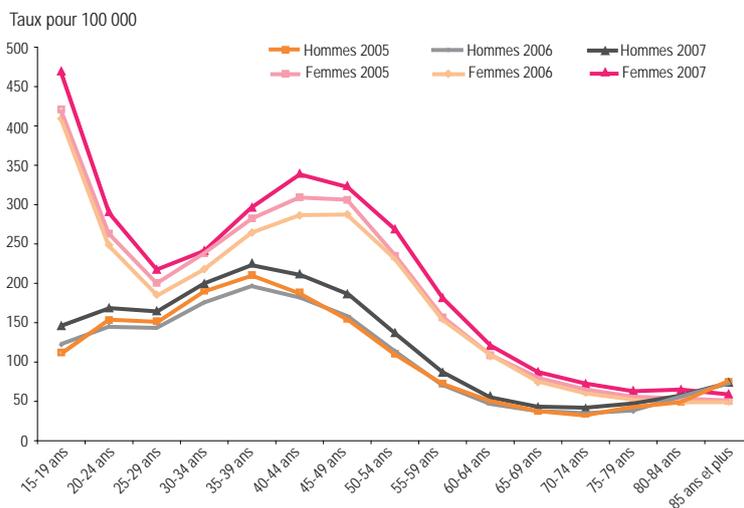
Champ : France métropolitaine.
Source : INSERM-CépiDc.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes de 15-19 ans en 2006 dans les 25 pays européens, selon le sexe



Champ : Europe,
25 pays.
Source : Eurostat.

Graphique 3 • Taux d'hospitalisation en MCO entre 2005 et 2007 pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe



CHAMP • Personnes de 15 à 24 ans en France métropolitaine.

SOURCES • Base nationale PMSI-MCO.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Taux bruts = nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide rapportés à la population moyenne annuelle des 15 – 24 ans (pour 100 000). Sont retenus comme tentative de suicide, les séjours comportant les codes X60 - X84 de la CIM-10.

LIMITES ET BIAIS • Il s'agit de séjours d'hospitalisation et non de patients.

Champ : France métropolitaine.
Source : Base nationale PMSI-MCO.

Ces chiffres ne prennent pas en compte les établissements spécialisés en psychiatrie.

Recours et renoncement aux soins des jeunes

En 2007, un questionnaire complémentaire santé a été adressé aux jeunes faisant parti du panel d'élèves entrés en 6^e en 1995. Malgré une très bonne santé perçue, les jeunes adultes sont nombreux à déclarer consulter fréquemment leur généraliste : huit sur dix au cours des douze derniers mois. Toutefois le recours comme le renoncement aux soins diffèrent selon le sexe et l'état de santé du jeune, sa couverture santé ou sa situation sociale. Le recours aux soins des jeunes est décrit à partir de deux sources de données : l'enquête Entrée en vie adulte (DREES-INSEE-DEP) et l'enquête Santé protection sociale (IRDES) 2006.

■ RECOURS AUX SOINS CHEZ LES JEUNES ENTRÉS EN 6^e EN 1995

Les filles plus proches du système de soins

En 2007, plus de 8 jeunes sur 10 (84,4 %) déclarent avoir vu un médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Cette proportion n'est plus que d'un jeune sur deux quand il s'agit du recours au dentiste et d'un sur trois quand on évoque un autre médecin (généraliste, gynécologue, dentiste et psychologue mis à part). Comme dans la population générale, les filles sont plus à l'écoute de leur corps et se rendent plus fréquemment chez le médecin : plus de 9 jeunes filles sur 10 déclarent avoir vu un médecin généraliste au cours des douze derniers mois contre à peine 8 garçons sur 10 (soit des proportions équivalentes à celles observées dans d'autres grandes enquêtes). On retrouve cette différence concernant le recours au dentiste (54,5 % des filles contre 45,4 % des garçons) ou au psychologue (7,9 % contre 3,7 %). Il est à noter que 62 % des filles déclarent avoir vu un gynécologue au cours de l'année écoulée.

Un recours aux soins accentué en cas d'une santé perçue comme mauvaise ou en présence d'une maladie chronique

Plus les jeunes se sentent en bonne santé et moins ils fréquentent le généraliste (graphique 1). Ainsi, 80 % des jeunes déclarant une santé « très bonne » ont eu recours à un médecin généraliste au cours des douze derniers mois contre plus de 90 % de ceux indiquant une santé altérée (« moyenne », « mauvaise », « très mauvaise »). À état de santé comparable, les filles consultent davantage leur généraliste. Le fait de déclarer au moins une maladie chronique favorise aussi le recours au médecin. Avoir une maladie chronique rapproche le comportement de recours aux soins des deux sexes : 89 % des garçons et 93 % des filles ayant déclaré une maladie chronique ont eu recours au médecin. Les limitations, depuis au moins six mois, dans les activités habituelles concernent peu de jeunes

(7,6 %). Toutefois, elles ont un impact important en termes de recours, notamment chez les garçons : 77 % de ceux déclarant ne pas être limités ont vu un généraliste au cours de l'année précédente contre 91 % pour ceux déclarant une limitation.

■ LE RENONCEMENT AUX SOINS CHEZ LES JEUNES ENTRÉS EN 6^e EN 1995

Une fille sur quatre a renoncé à des soins dentaires au cours des douze derniers mois

Parmi les jeunes ayant renoncé aux soins dentaires au cours des douze mois précédant l'enquête, un peu plus d'un jeune sur dix déclare l'avoir fait pour des « raisons financières ». Dans les mêmes proportions, un jeune sur dix évoque « d'autres raisons » qui les ont conduits à ne pas consulter de dentiste. Pour les huit autres jeunes déclarant ne pas avoir eu de dentiste, ils ont répondu ne pas avoir eu de problèmes dentaires. Le renoncement est davantage féminin puisque les filles sont 25 % à répondre avoir renoncé contre 18 % des garçons. Plus les jeunes déclarent une santé altérée et plus ils renoncent aux soins dentaires pour des raisons financières : quatre jeunes sur dix se percevant en « très bonne » santé

indiquent avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières tandis qu'ils sont six sur dix parmi ceux ayant déclaré une santé « altérée » (graphique 2).

■ LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES PARMIS LES JEUNES ADULTES RÉSIDANT DANS UN LOGEMENT INDÉPENDANT

Le renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois n'est renseigné que pour une seule personne par ménage dans l'enquête Santé protection sociale (ESPS). Cette information est disponible pour un nombre limité de jeunes âgés de 16 à 24 ans, qui sont la plupart du temps chefs de ménage et donc peu représentatifs de l'ensemble des jeunes de cette tranche d'âge.

Parmi les chefs de ménage âgés de 16 à 24 ans, 15 % ont renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Ce taux de renoncement est proche de celui observé chez les autres chefs de ménage âgés de 25 ans et plus (16 %), bien que la proportion des 16-24 ans ne bénéficiant pas de couverture complémentaire soit plus importante (près de 12 % contre 7,5 % des plus de 25 ans). Comme dans les autres groupes d'âge, le renoncement des 16-24 ans concerne principalement les soins les moins

encadré 1 L'enquête Entrée en vie adulte

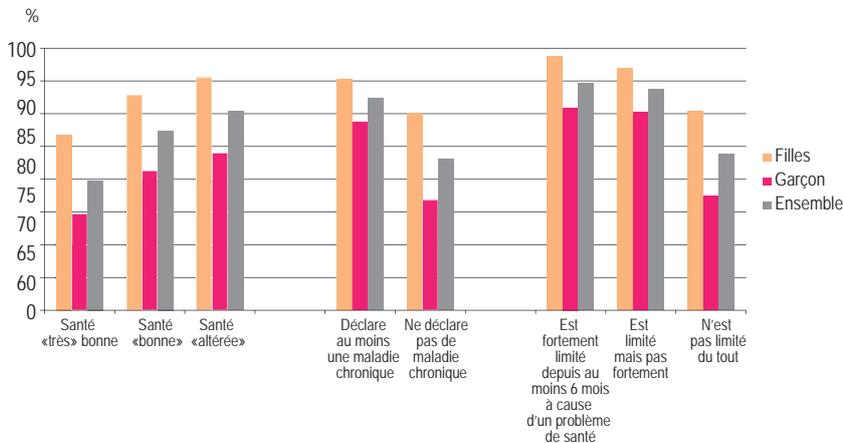
L'enquête sur l'entrée dans la vie adulte (EVA) a été mise en place par l'INSEE en 2005 et s'appuie sur un fichier d'élèves conçu par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance en 1995 (panel DEP). La population de départ de ce panel était constituée de 17 830 jeunes entrés en sixième en septembre 1995 et nés le 17 d'un mois donné (à l'exception de mars, juillet et octobre) et dont il s'agissait d'observer le déroulement des carrières scolaires de collégiens ayant bénéficié des réformes engagées au début des années 1990. L'objectif général de l'enquête est d'interroger, chaque année, les jeunes qui sont sortis du système scolaire sur leur entrée en vie adulte, leur carrière professionnelle et leurs comportements (familiaux, migratoires, culturels). Les autres jeunes, encore scolarisés, continuent, eux, d'être interrogés par la DEPP dans un questionnaire annuel des bacheliers de l'enseignement supérieur (enquête SUP).

Le questionnaire complémentaire santé

Un questionnaire auto-administré de 4 pages sur la santé, réalisé par la DREES, a été proposé à l'ensemble des jeunes du panel au printemps 2007, qu'ils soient suivis par la DEPP ou par l'INSEE. Il comprend des questions sur :

- la santé en général (santé perçue, handicaps, événements de santé importants ayant entraîné ou non des interruptions d'activité, santé mentale et retentissements sur la vie au quotidien, pensées suicidaires) ;
- le recours aux soins (prévention, renoncement aux soins, consommation de somnifères, d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, observance d'un traitement) ;
- les habitudes de vie (horaires de sommeil, alimentation équilibrée ou non, pratique d'une activité sportive, taille/poids et perception de son corps, consommation régulière/quotidienne de tabac, consommation régulière d'alcool et ivresse, dépistage du VIH, inquiétude du jeune par rapport à certains comportements à risque : accidents de la circulation, sida, alcool, tabac) ;
- les événements importants du passé (événements ayant concerné les parents, la parenté plus large, le cercle plus large d'amis, recours à un psychothérapeute, psychologue ou psychiatre dans l'enfance/adolescence, mauvais traitements subis dans l'enfance/adolescence, placements).

Graphique 1 • Recours au généraliste et réponses déclarées au mini-module européen selon le sexe en 2007

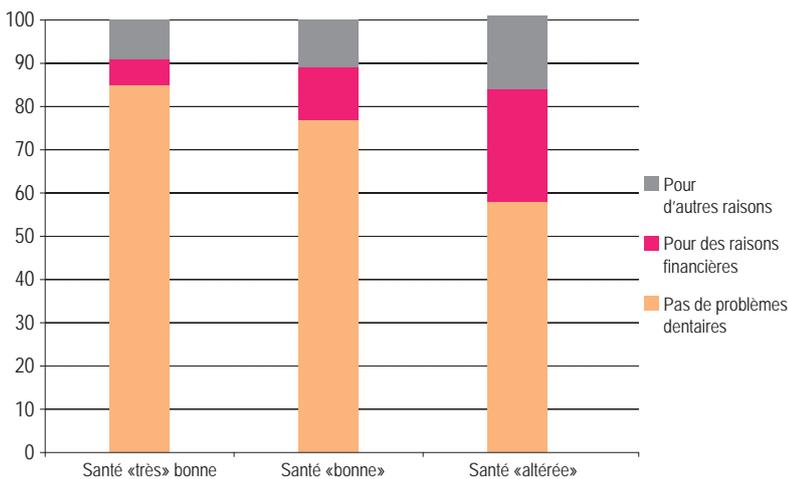


CHAMP • Jeunes entrés en 6^e en 1995.

SOURCES • Questionnaire complémentaire santé 2007 (DREES) introduit en marge des enquêtes annuelles SUP (DEP) et EVA (INSEE).

LIMITES ET BIAIS • Dans le questionnaire complémentaire santé, les réponses des jeunes sont des réponses déclaratives entraînant un certain nombre de biais comparé à des données mesurées.

Graphique 2 • Raisons pour lesquelles les jeunes n'ont pas eu recours au dentiste au cours des douze derniers mois, selon la santé perçue (%)



CHAMP • Jeunes entrés en 6^e en 1995.

SOURCES • Questionnaire complémentaire santé 2007 (DREES) introduit en marge des enquêtes annuelles SUP (DEP) et EVA (INSEE).

LIMITES ET BIAIS • Dans le questionnaire complémentaire santé, les réponses des jeunes sont des réponses déclaratives entraînant un certain nombre de biais comparé à des données mesurées.

références

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », *Rapport* n° 1701, IRDES, avril.
- Boisguérin B., 2009, « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 675, février.

Recours et renoncement aux soins des jeunes (suite)

bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire : les soins dentaires y compris prothétiques (8%) et l'optique (4%). Aussi le renoncement est-il plus fréquent pour les jeunes sans couverture complémentaire que pour ceux munis d'une couverture complémentaire privée ou de la CMUC (graphiques 3a et 3b). Il concerne 40% des jeunes sans couverture complémentaire et 11% de ceux qui en sont pourvus. Les taux de renoncement sont respectivement de 25 et 6% pour les soins dentaires, de 7 et 3% pour l'optique. La couverture complémentaire limite le renoncement

pour raisons financières. Ainsi les taux de renoncement global des jeunes pourvus d'une couverture complémentaire sont proches, qu'ils soient actifs, étudiants, apprentis ou chômeurs. Le taux de renoncement des chômeurs et des étudiants sans couverture complémentaire est en revanche plus élevé que celui des jeunes actifs (71, 49 et 27%)¹.

Déclarer un renoncement aux soins suppose au préalable la perception d'un besoin de soins. Les jeunes chefs de ménages ont des besoins de soins différents des gens plus âgés, notamment pour les soins optiques qui

représentent un quart de leurs renoncements aux soins. Ainsi, constater chez eux des taux de renoncements aux soins proches des renoncements aux soins du reste de la population pourrait masquer des renoncements un peu plus fréquents à besoin de soins donnés. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Compte tenu des faibles effectifs concernés, ces résultats sont à prendre avec précaution.

synthèse

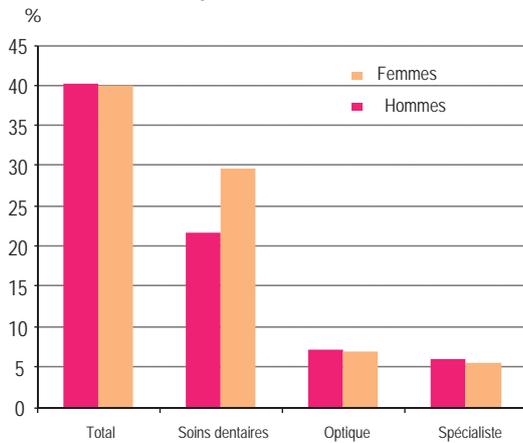
Plus de huit jeunes adultes sur dix âgés de 23 ans en moyenne en 2007 déclarent avoir vu un généraliste au cours des douze derniers mois. Ils y ont d'autant plus recours qu'ils déclarent un état de santé altéré (« moyen », « mauvais », « très mauvais ») et/ou au moins une maladie chronique. Ce sont les filles qui consultent plus fréquemment : plus de neuf sur dix contre moins de huit sur dix parmi les garçons.

Le recours aux spécialistes est moins fréquent : un jeune sur deux dit avoir eu recours au dentiste dans les douze derniers mois. Parmi ceux qui ont renoncé, un peu plus d'un sur dix déclare l'avoir fait pour des raisons financières. Le renoncement est davantage féminin.

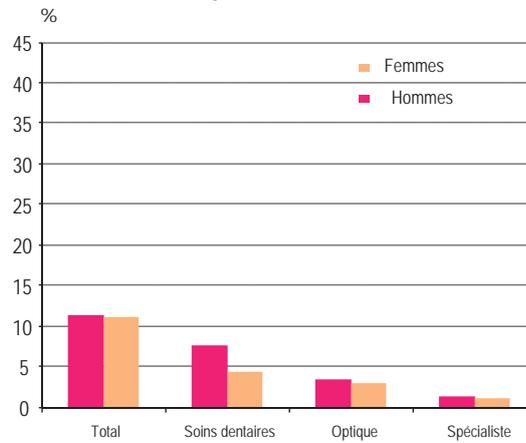
Parmi les chefs de ménage âgés de 16 à 24 ans, un sur six a renoncé à des soins quels qu'ils soient pour raisons financières au cours des douze derniers mois, le plus souvent des soins dentaires et optiques.

Graphique 3a et 3b • Renoncement à des soins au cours des douze derniers mois pour raisons financières selon le type de couverture

Sans couverture complémentaire



Avec couverture complémentaire



CHAMP • Chefs de ménage âgés de 16-24 ans.

SOURCES • ESPS 2006-IRDES traitement DREES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête Santé protection sociale (ESPS) est réalisée auprès d'un échantillon de ménages ordinaires. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, le recours aux services de santé et la couverture santé des personnes résidant en France.

LIMITES ET BIAIS • Dans l'enquête SPS, les questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières concernent une seule personne du ménage, généralement la personne de référence. Le renoncement aux soins des 16-24 ans présenté ici concerne donc seulement les chefs de ménage âgés de 16 à 24 ans et non les personnes âgées de 16 à 24 ans ayant un statut d'enfant du chef de ménage.