

---

# Vue d'ensemble

---

Conditions de vie

## Les jeunes conjuguent bonne santé et comportements à risque

Muriel Moisy\*

Au cours du passage à l'âge adulte, souvent source d'inquiétudes, la santé est rarement au cœur de la préoccupation des jeunes. La plupart se déclarent en bonne santé et plutôt bien informés en matière de prévention.

Pourtant, cette transition vers l'indépendance, ponctuée d'expérimentations, peut fragiliser leur état de santé physique et mentale. Addictions, troubles alimentaires, conduites routières dangereuses, ces comportements n'exposent pas nécessairement les jeunes à un risque de décès immédiat mais peuvent avoir des répercussions sur leur santé, de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiques à l'âge adulte.

Les évolutions récentes incitent à la vigilance. La consommation quotidienne de tabac est repartie à la hausse depuis 2008. Aujourd'hui, près d'un tiers des jeunes de 17 ans fument tous les jours. Les épisodes d'ivresse ont progressé depuis 2005, particulièrement chez les jeunes filles. À 17 ans, plus d'une sur deux déclare avoir déjà été ivre en 2011. Par ailleurs, les prévalences du surpoids et de l'obésité augmentent depuis les années 2000 chez les 18-24 ans.

Dans cette recherche de transgression des règles, les garçons paient un lourd tribut avec près de 2 300 décès chez les 15-24 ans en 2010, des décès associés à des morts violentes (accidents de la route et suicides). Chez les filles, le corps est l'expression de leur mal-être : en classe de 3<sup>e</sup>, 42 % se perçoivent trop « grosses », une insatisfaction qui peut les conduire vers des troubles alimentaires et s'accompagne parfois de pensées suicidaires voire de tentatives de suicide (2 % des filles âgées de 15 à 19 ans en 2010).

La santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes est au cœur des enjeux de santé publique récents (*encadré*). L'intérêt porté à la santé des jeunes s'explique en grande partie par le fait que, si les jeunes se déclarent pour une très large majorité d'entre eux en bonne ou très bonne santé, le niveau de santé et de bien-être mais aussi les habitudes de vie dans l'enfance conditionnent l'état de santé à l'âge adulte. Si la santé est rarement au cœur de la préoccupation, des adolescents et des jeunes adultes, certains de leurs comportements peuvent les exposer à court terme à un risque de décès, notamment chez les garçons, et, à plus long terme, amoindrir leur « capital santé ».

### Entre 16 et 24 ans, filles et garçons se déclarent globalement en bonne santé

Lorsque l'on interroge les jeunes sur leur état de santé, plus de neuf enquêtés sur dix, âgés de 16 à 24 ans, se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé en 2011<sup>1</sup>, un résultat déjà

\* Muriel Moisy, Drees.

1. Enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011. La question posée dans le volet santé était la suivante : « Comment est votre état de santé en général ? » avec 5 modalités de réponse proposées : « Très bon », « Bon », « Assez bon », « Mauvais » et « Très mauvais ».

mis en avant en 2007 à partir d'un panel d'élèves entrés en 6<sup>e</sup> en 1995 [Degorre, Guyon et Moisy, 2009]. À noter que depuis le début des années 2000, la part des jeunes se déclarant en « très bonne » santé a sensiblement reculé (de 72 % à 61 % entre 2004 et 2011) au profit, notamment, des enquêtés se déclarant en « bonne » santé (de 22 % à 31 % sur la même période). Cette part de jeunes en « bonne » ou « très bonne » santé est logiquement plus élevée que celle observée pour l'ensemble de la population de 16 ans ou plus (68 %).

Un point commun cependant chez les jeunes comme chez les adultes : les hommes se déclarent plus fréquemment en « bonne » ou « très bonne » santé (93 % des garçons de 16-24 ans *versus* 90 % des filles). Sans surprise, les jeunes apparaissent peu concernés par les maladies chroniques ou les limitations d'activité<sup>2</sup> : moins de 13 % des 16-24 ans déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (36 % parmi les personnes âgées de 16 ans ou plus) et moins de 10 % se disent touchés par des limitations d'activité (25 % parmi les personnes âgées de 16 ans ou plus). Les pathologies déclarées par les jeunes apparaissent le plus souvent de faible gravité (troubles de la vision, maladies de la peau, etc.). Toutefois, les jeunes évoquent des maladies ou problèmes psychiques qui apparaissent essentiellement à l'adolescence et témoignent de la nécessité de nuancer l'image d'une jeunesse en parfaite santé.

Le type de conduites à risques diffère chez les garçons et les filles [Choquet et Ledoux, 2000]. Pour les premiers, cela passe davantage par une recherche de plaisir et d'adrénaline avec l'adoption de comportements à risque pouvant les mettre en danger ou exposer les autres au danger. Chez les secondes, les troubles apparaissent plus intériorisés, avec notamment une image négative de leur corps.

## À 17 ans, un jeune sur deux a été ivre au moins une fois au cours de l'année

Certaines conduites à risque sont parfois difficiles à appréhender parce qu'elles se déroulent souvent dans un contexte festif, entouré des pairs. Les jeunes ont du mal à considérer ces pratiques comme dangereuses alors même que la famille et les proches sont parfois à l'origine de ces expérimentations, à l'image du premier verre d'alcool. De l'ensemble des substances psychoactives, l'alcool est en effet celle qui est expérimentée le plus jeune. En classe de CM2, 54 % des enfants déclarent avoir déjà consommé de l'alcool. Plus tard, au lycée, l'expérimentation de l'alcool est quasiment généralisée pour les deux sexes (*figure 1*).

Le rapport des jeunes à la consommation d'alcool est très spécifique, avec un mode de consommation plutôt ponctuel. 77,0 % des jeunes de 17 ans déclarent, en 2011, avoir bu dans le mois qui s'est écoulé, même si la consommation régulière progresse depuis 2008 (10,5 % des jeunes de 17 ans disent avoir consommé au moins dix fois de l'alcool dans le mois écoulé). Plus de 5 points séparent les proportions de filles et de garçons de cet âge qui ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours du dernier mois, respectivement 74,2 % et 79,7 % ; et les écarts sont plus élevés encore en ce qui concerne la consommation régulière. Quant au phénomène des ivresses répétées et régulières, il prend de l'ampleur sur la période récente, aussi bien chez les jeunes filles que chez les garçons. Un jeune sur deux déclare au moins une ivresse au cours de l'année. Bien que ponctuelle, la consommation d'alcool des jeunes n'en demeure pas moins dangereuse, sous la forme d'une hyperalcoolisation sur un très court laps de temps (« *binge drinking* »).

2. Concernant les limitations d'activité, la question posée était la suivante : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens ont habituellement ? », « Oui, fortement limité(e) », « Oui, limité(e), mais pas fortement », « Non, pas limité(e) du tout ».

## 1. Évolution du rapport des jeunes de 17 ans à l'alcool

en %

	Filles			Garçons			Ensemble		
	2005	2008	2011	2005	2008	2011	2005	2008	2011
Expérimentation	91,2	91,7	90,0	93,3	93,5	91,8	<b>92,3</b>	<b>92,6</b>	<b>91,0</b>
<b>Usage</b>									
Au cours du mois	75,3	74,2	74,2	82,0	80,5	79,7	<b>78,7</b>	<b>77,4</b>	<b>77,0</b>
Régulier <sup>1</sup>	6,1	4,0	5,6	17,7	13,6	15,2	<b>12,0</b>	<b>8,9</b>	<b>10,5</b>
Quotidien	0,3	0,2	0,3	2,1	1,3	1,6	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>
<b>Ivresse</b>									
Au cours de la vie	49,6	54,3	53,3	63,4	65,1	63,5	<b>56,6</b>	<b>59,8</b>	<b>58,5</b>
Au cours de l'année	41,0	44,1	44,1	57,2	56,6	56,4	<b>49,3</b>	<b>50,5</b>	<b>50,3</b>
Répétée <sup>2</sup>	18,3	18,9	21,3	33,4	32,0	34,0	<b>26,0</b>	<b>25,6</b>	<b>27,8</b>
Régulière <sup>3</sup>	5,0	4,6	5,7	14,2	12,4	15,0	<b>9,7</b>	<b>8,6</b>	<b>10,5</b>

1. L'usage régulier d'alcool se définit comme au moins 10 usages dans le mois.

2. Les ivresses répétées correspondent à au moins 3 épisodes d'ivresses au cours de l'année écoulée.

3. Les ivresses régulières correspondent à au moins 10 épisodes d'ivresse au cours de l'année écoulée.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 17 ans.

Lecture : en 2011, 90,0 % des jeunes filles de 17 ans ont déjà expérimenté l'alcool. 74,2 % déclarent en avoir consommé dans le mois de l'enquête, 5,6 % en consomment régulièrement et 0,3 % quotidiennement. En matière d'ivresse, 53,3 % ont déjà connu au moins un épisode d'ivresse au cours de leur vie, 44,1 % au moins une ivresse au cours de l'année. 21,3 % ont atteint un état d'ivresse de manière répétée et 5,7 % de manière régulière.

Source : Observatoire français des drogues et toxicomanies, enquêtes sur la Santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) 2005, 2008 et 2011.

## En 2011, plus de 30 % des jeunes de 17 ans fument quotidiennement

L'expérimentation de la cigarette est plus tardive que celle du premier verre d'alcool (6 % des enfants déclarent avoir déjà fumé une cigarette en classe de CM2) et reste à des niveaux inférieurs à l'âge de 17 ans avec 68 % des jeunes de 17 ans qui déclarent avoir déjà fumé contre 91 % qui disent avoir déjà bu un verre d'alcool. À 17 ans, les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons à avoir déjà essayé la cigarette (69,9 % contre 66,9 % en 2011) (figure 2). Elles sont aussi plus nombreuses à fumer occasionnellement (en 2011, 11,5 % versus 9,6 %). En revanche, elles fument moins souvent quotidiennement : 30,2 % des filles âgées de 17 ans contre 32,7 % parmi les garçons du même âge. Les tendances qui apparaissent ces dernières années témoignent d'un rebond entre 2008 et 2011 de la consommation quotidienne de tabac chez les jeunes de 17 ans (de 28,9 % à 31,5 % pour les deux sexes) alors qu'elle avait reculé entre 2005 et 2008 (33,0 % en 2005). Les filles comme les garçons sont concernés par cette évolution défavorable. Si l'on met en perspective ces évolutions avec celle du prix du tabac en France ces dernières années, il apparaît difficile de faire un rapprochement entre le comportement tabagique des jeunes et les politiques d'intervention en matière de prix. En effet, entre 2005 et 2008, le prix moyen du paquet de

## 2. Évolution du rapport des jeunes de 17 ans au tabac

en %

	Filles			Garçons			Ensemble		
	2005	2008	2011	2005	2008	2011	2005	2008	2011
Expérimentation	73,5	71,0	69,9	71,0	70,5	66,9	<b>72,2</b>	<b>70,7</b>	<b>68,4</b>
<b>Usage</b>									
Occasionnel	8,5	11,5	11,5	7,7	11,6	9,6	<b>8,1</b>	<b>11,5</b>	<b>10,5</b>
Quotidien	32,3	27,9	30,2	33,6	29,9	32,7	<b>33,0</b>	<b>28,9</b>	<b>31,5</b>
Intensif (> 9 cigarettes/jour)	9,1	6,2	5,8	11,0	9,1	9,6	<b>10,1</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 17 ans.

Lecture : en 2005, 73,5 % des jeunes filles de 17 ans ont déjà expérimenté le tabac.

Source : Observatoire français des drogues et toxicomanies, enquêtes sur la Santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) 2005, 2008 et 2011.

20 cigarettes est resté relativement stable (de 5 euros en 2005 à 5,30 euros en 2008) alors que les hausses de prix ont été beaucoup plus soutenues et régulières sur la période 2008-2011 puisque le prix moyen atteint 6,20 euros en 2011 et avoisine 7 euros en 2013. Les études sur le sujet soulignent que les adolescents et les jeunes adultes sont sensibles aux hausses de prix du tabac mais que ces hausses auraient plus d'impact sur l'initiation tabagique que sur les consommateurs quotidiens [Grignon et Reddock, 2012].

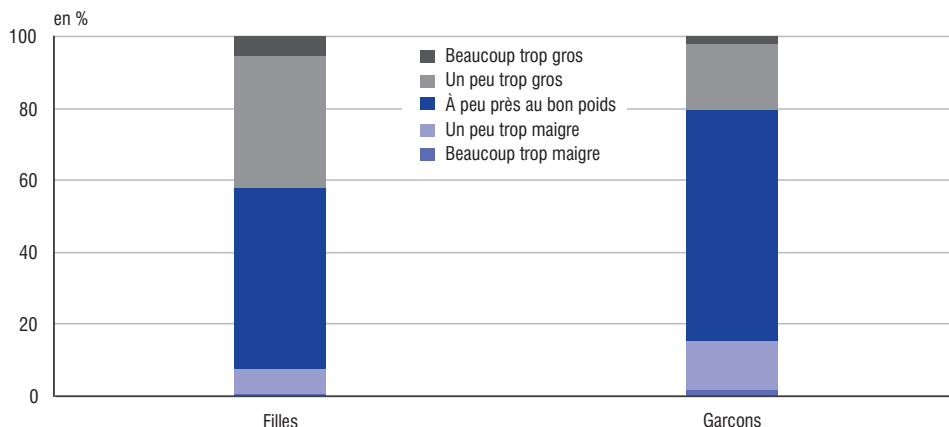
## Les jeunes expérimentent et consomment de moins en moins souvent du cannabis

Loin derrière le tabac et l'alcool, le cannabis est la première substance illicite consommée par les jeunes. À 17 ans, quatre jeunes sur dix déclarent en avoir déjà fait usage, une proportion en baisse depuis le début des années 2000 mais qui semble se stabiliser sur la période récente. Non seulement les jeunes se tournent moins vers cette substance mais pour ceux qui consomment, les usages dans l'année ou le mois diminuent depuis 2002 : 32 % des jeunes déclaraient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans le mois en 2002, ils sont 22 % en 2011. Seule reste stable, autour de 3 %, la part des jeunes qui en consomment quotidiennement. Pour les autres substances illicites (cocaïne, ecstasy, héroïne), les niveaux d'expérimentation sont stables ou en recul, et concernent de 1 % à 3 % des jeunes.

## En classe de 3<sup>e</sup>, plus de 4 collégiennes sur 10 se considèrent trop « grosses »

Chez les adolescentes, le corps est souvent le terrain d'expression de leur mal-être. L'insatisfaction d'un corps qui se transforme et ne correspond pas forcément à la représentation d'un idéal féminin socialement valorisé fait de l'alimentation un enjeu majeur. Cette mauvaise image de soi commence tôt. Quand on demande aux jeunes de 3<sup>e</sup> : Penses-tu que ton corps est ? « beaucoup trop maigre », « un peu trop maigre », « à peu près au bon poids », « un peu trop gros » et « beaucoup trop gros », l'insatisfaction apparaît plus grande chez les filles (*figure 3*). En outre, elle n'apparaît pas de même nature puisque, chez les garçons, cette

### 3. Image du corps en fonction du sexe



Champ : France métropolitaine, élèves de 3<sup>e</sup>.

Lecture : en classe de 3<sup>e</sup>, 50,1 % des filles se trouvent « à peu près au bon poids », contre 64,2 % des garçons.

Source : OMS, données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 2010.

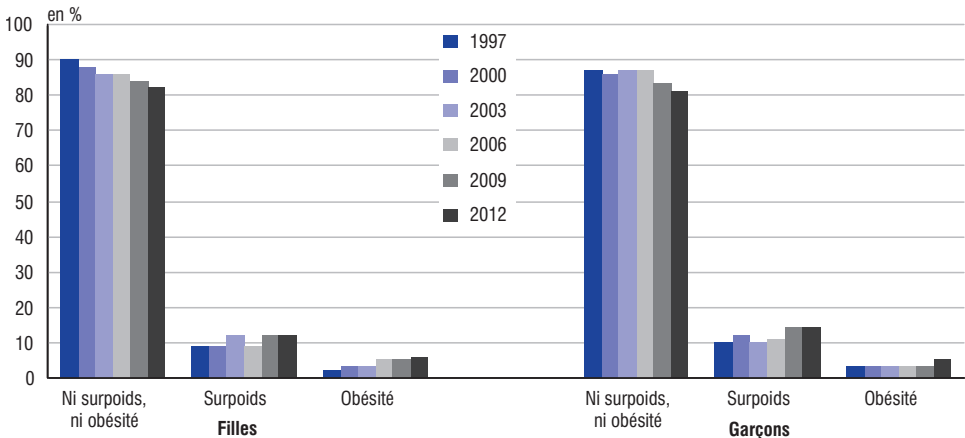
insatisfaction s'équilibre entre ceux qui se trouvent « un peu » ou « beaucoup » trop maigres (16 %) et ceux qui s'estiment « un peu » ou « beaucoup » trop gros (20 %). Chez les adolescentes, en revanche, l'insatisfaction penche essentiellement vers des kilos en trop : 42 % se voient « un peu » ou « beaucoup » trop grosses contre 8 % « un peu » ou « beaucoup » trop maigres. Près d'une collégienne sur cinq en classe de 3<sup>e</sup> déclare suivre un régime en 2010 (contre 5 % des garçons). Plus d'une sur quatre déclare ne pas faire de régime mais avoir besoin de perdre du poids (15 % chez les garçons). À partir des enquêtes de Santé scolaire réalisées par le ministère de la Santé, il est possible de confronter ces données subjectives à des données mesurées par un médecin ou une infirmière sur la corpulence des adolescents. Ainsi en 2008-2009, un adolescent sur cinq en classe de 3<sup>e</sup> est en surcharge pondérale<sup>3</sup>. On observe assez peu de différences entre les sexes et une relative stabilité depuis le début des années 2000<sup>4</sup> : environ 14 % des adolescents et des adolescentes sont considérés en surpoids et 4 % sont obèses.

## Entre 18 et 24 ans, 2 jeunes sur 10 se déclarent en surpoids ou obèses

Le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les jeunes adultes (18-24 ans) et s'inscrivent dans une évolution à la hausse depuis le début des années 2000, notamment en ce qui concerne l'obésité féminine (figure 4).

Ces évolutions distinctes chez les adolescents et les jeunes adultes peuvent résulter d'une part, d'un effet de génération qui expliquerait que les plus jeunes aient bénéficié des campagnes de prévention des années 2000 et, d'autre part, d'un effet d'âge avec un contrôle de l'alimentation des adolescents par leurs parents qui laisserait place à de « mauvais »

### 4. Évolution de la répartition des jeunes âgés de 18 à 24 ans selon leur indice de masse corporelle et selon le sexe



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 24 ans.

Lecture : en 2012, 82 % des jeunes filles âgées de 18 à 24 ans ne sont ni en surpoids ni obésité, contre 90 % en 1997.

Note : les trois catégories décrites ici reposent sur les seuils standards de l'IMC : « ni surpoids, ni obésité » correspond à un IMC inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup>, « surpoids » correspond à un IMC compris entre 25 kg/m<sup>2</sup> et 29,9 kg/m<sup>2</sup> et « obésité » renvoie à un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>.

Source : enquêtes ObEpi-Roche 1997, 2000, 2003, 2006, 2009 et 2012.

3. Les seuils chez les adolescents ne sont pas les mêmes que ceux pour les adultes. Il s'agit des seuils qui répondent à la norme IOTF (International obesity task force), définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de six mois.

4. Si l'on compare aux résultats des enquêtes de santé scolaire réalisées auprès de la même classe d'âge en 2000-2001 et en 2003-2004.

comportements alimentaires après le départ du domicile parental. D'autres facteurs tels que la diminution du temps de sommeil, mise en évidence dans les enquêtes Emploi du temps [Ricroch, 2012] peuvent aussi contribuer à expliquer l'augmentation de la surcharge pondérale chez les jeunes adultes. En effet, la diminution du temps de sommeil est considérée comme un facteur de risque d'obésité et de prise de poids [HAS, 2011].

Avec ces problèmes de poids et d'image de soi peuvent apparaître des troubles des conduites alimentaires (TCA) considérés comme des affections psychiatriques. C'est le cas de l'anorexie mentale, de la boulimie nerveuse ou encore de l'alimentation compulsive, parmi les plus connues. Toutes les jeunes filles (dans neuf cas sur dix, il s'agit d'une jeune fille) qui pratiquent un régime d'auto-restriction alimentaire ne basculent pas dans l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse, des pathologies pour lesquelles il reste difficile d'établir une estimation chiffrée des prévalences et incidences. Selon l'Inserm, environ 5 % des jeunes femmes de moins de 25 ans présentent certains symptômes de l'anorexie mentale mais pas l'ensemble des critères diagnostiques<sup>5</sup>.

## Les conduites sexuelles à risque : les deux sexes concernés

Les conduites sexuelles à risque peuvent avoir des répercussions à court et plus long terme et impliquent l'un et l'autre sexe. Certains risques, comme les maladies sexuellement transmissibles, sont partagés, d'autres risques ont des répercussions qui incombent aux jeunes filles, comme les grossesses non désirées. À ces risques peut se greffer un contexte de violences sexuelles subies à des âges où la sexualité se déroule moins souvent qu'à l'âge adulte dans le cadre d'une relation amoureuse stable<sup>6</sup>.

En France, les indicateurs liés à l'entrée dans la sexualité et à la contraception témoignent d'une utilisation élevée du préservatif lors du premier rapport sexuel et d'une bonne couverture contraceptive chez les adolescentes et les jeunes filles. Selon le baromètre Santé 2010, 90 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel et 88 % lors du premier rapport sexuel avec un nouveau partenaire<sup>7</sup>. En matière de contraception, seule une minorité de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, non enceintes et

### 5. Pratiques contraceptives des femmes âgées de 15 à 24 ans

en %

	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans
Pilule seule	37,3	55,2	63,5
Pilule et préservatif	14,5	23,0	11,7
Autre méthode hormonale <sup>1</sup>	< 0,1	0,5	5,1
Stérilet	< 0,1	0,0	1,8
Préservatif seul	44,7	16,5	10,9
Stérilisation	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Autre méthode	2,0	2,3	4,0
Aucune méthode	1,0	2,4	2,7

1. Parmi les autres méthodes hormonales figurent : l'anneau vaginal, le patch contraceptif, l'implant contraceptif ou encore l'injection contraceptive.

Champ : France métropolitaine, femmes non stériles ni enceintes, sexuellement actives et ne désirant pas d'enfant.

Lecture : en 2010, 37,3 % des jeunes femmes âgées de 15 à 17 ans, non stériles ni enceintes, sexuellement actives et ne désirant pas d'enfant, utilisent la pilule, et la pilule seulement, comme méthode de contraception.

Sources : Inserm, Ined, enquête Fecond 2010.

5. [www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie](http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie)

6. Le multipartenariat se concentre chez les moins de 25 ans : 35 % des garçons et 23 % des filles âgés de 15 à 19 ans ont eu au moins 2 partenaires dans les 12 mois précédant l'enquête. Des pourcentages qui restent élevés chez les jeunes adultes de 20-24 ans (37 % des garçons et 14 % des filles) tandis qu'ils diminuent assez nettement par la suite, notamment après 30 ans (moins de 10 % pour les deux sexes) (baromètre Santé 2005).

7. Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS) 2012.

sexuellement actives, déclarent n'avoir utilisé aucune méthode contraceptive alors qu'elles ne souhaitent pas d'enfant (figure 5).

Toutefois, en évolution, il ressort une baisse du recours à la pilule, de l'ordre de 5 % entre 2000 et 2010<sup>8</sup>. Cette baisse est plus importante chez les 20-24 ans (- 10 %) et surtout non compensée par le report vers d'autres méthodes contraceptives. Bajos *et al.* [2012] suggèrent, entre autres, un effet de la mauvaise conjoncture économique, parmi les explications possibles de cette baisse du recours à la pilule.

De plus, malgré la couverture contraceptive élevée chez les jeunes filles, la part des grossesses non désirées reste élevée. 8 % des jeunes filles de 15-19 ans déclarent une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années, un pourcentage qui s'élève à 15 % parmi les 20-24 ans (baromètre Santé 2010). Les principales raisons citées chez les 15-19 ans sont un problème avec le préservatif (40 % des cas) suivi d'un oubli de pilule (29 %) et un rapport sans protection (22 %). Parmi les 20-24 ans, c'est d'abord un oubli de pilule (42 %) suivi d'un problème de préservatif (22 %) et de l'absence de contraception (18 %) (baromètre Santé 2005).

À la suite de ces rapports sexuels à risque, une partie des jeunes se tournent vers la contraception d'urgence<sup>9</sup>. Si les pilules contraceptives réservées aux cas d'urgence existent, en France, depuis la fin des années 1980, c'est l'autorisation de la mise sur le marché de la pilule contraceptive NorLevo<sup>®</sup> en avril 1999 puis, en 2002, l'accès gratuit pour les mineures et sans ordonnance pour l'ensemble des femmes qui marquent un tournant et ouvrent la voie à une montée en charge de ce contraceptif d'urgence. En 2000, 12 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans et 16 % des jeunes de 20-24 ans avaient déjà eu recours au moins une fois au cours de leur vie à la pilule du lendemain (figure 6). En 2010, elles sont respectivement 42 % et 43 %.

## 6. Part de femmes âgées de 15 à 24 ans ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence selon l'âge

	en %		
	2000	2005	2010
15-17 ans	12,3	27,9	40,6
18-19 ans	10,9	30,1	43,7
15-19 ans	11,6	29,0	42,4
20-24 ans	15,7	29,8	43,3

Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 15 à 24 ans sexuellement actives.

Lecture : en 2010, 40,6 % des femmes âgées de 15 à 17 ans, sexuellement actives, ont déjà eu recours à la contraception d'urgence, contre 12,3 % en 2000.

Note : il s'agit de l'âge au moment de l'enquête et non de l'âge au moment du recours à la contraception d'urgence.

Source : INPES, baromètres Santé 2000, 2005 et 2010.

Passé le délai de 3 à 5 jours après le rapport sexuel non protégé, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) prend le relai de la contraception d'urgence et permet de mettre un terme à une grossesse non désirée. Malgré des taux de couverture contraceptive élevée et l'accès facilité à la contraception d'urgence, 27 076 adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont eu recours à une IVG en 2011, soit un taux de recours de 14 %. Ce taux a connu une évolution en deux temps au cours des années 2000 : en nette hausse jusqu'en 2005 puis en légère baisse depuis 2006.

8. Estimations obtenues à partir des données de l'enquête de cohorte sur la contraception (Cocon) 2000 et de l'enquête Fecond 2010.

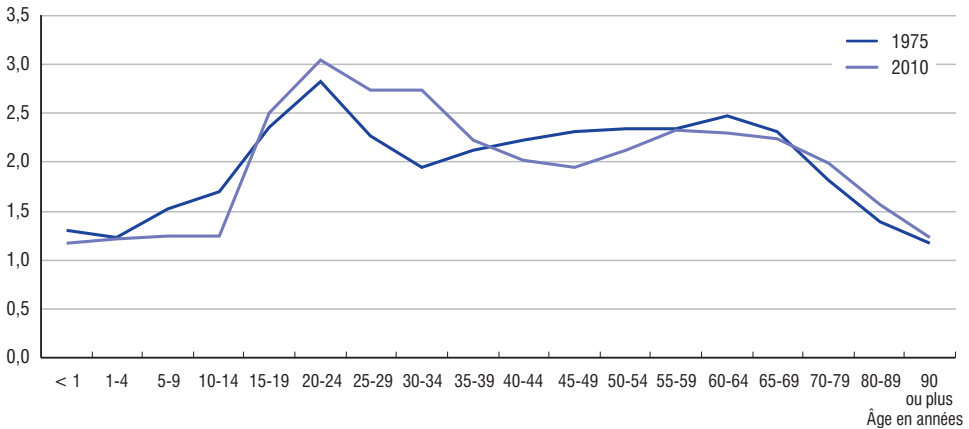
9. En France, il existe une pilule dite du « lendemain » efficace dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé et une pilule dite du « surlendemain », avec un délai un peu plus long, de l'ordre de 120 heures après le rapport à risque.



## Une surmortalité masculine aux âges jeunes associée à des morts violentes

Si parfois les conduites à risque masculines peuvent refléter des tendances suicidaires sous-jacentes, le plus souvent, elles traduisent un désir de vivre intensément et de repousser les limites et les interdits. Aux âges jeunes, les garçons sont particulièrement exposés au risque de décès. En 2010, la mortalité masculine est 3 fois plus élevée entre 20 et 24 ans que celle des jeunes femmes. La surmortalité masculine est restée stable avec le temps chez les adolescents (15-19 ans) comme chez les jeunes adultes (20-24 ans) avec des ratios hommes/femmes compris entre 2,5 et 3 depuis 1975. En revanche, au cours de ces quatre décennies, les écarts de mortalité entre hommes et femmes sont de plus en plus marqués entre 25 et 34 ans (*figure 7*).

### 7. Surmortalité masculine par âge



Champ : France métropolitaine en 1975, France en 2010.

Lecture : en 2010, entre 20 et 24 ans, la mortalité masculine est 3 fois plus élevée que celle des femmes. Entre 1975 et 2010, la surmortalité masculine s'est accentuée entre 25 et 34 ans.

Note : la surmortalité masculine par âge désigne dans chaque tranche d'âge le rapport du taux de décès des hommes et du taux de décès des femmes.

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population 1975 et 2010.

L'évolution des taux de mortalité par âge et sexe souligne que la mortalité chez les jeunes s'inscrit dans une tendance régulière à la baisse depuis le milieu des années 1970 avec des taux de mortalité qui sont passés, entre 1975 et 2010, de 0,9 ‰ à 0,3 ‰ pour les 15-19 ans et de 1,2 ‰ à 0,5 ‰ pour les 20-24 ans. À noter que la baisse est plus marquée pour les garçons parmi les 15-24 ans.

En écho au faible pourcentage de maladies chroniques déclarées par les jeunes, les causes de décès à ces âges-là sont à rechercher ailleurs que sur un plan médical. En 2010, environ 3 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans sont décédés : dans près de trois cas sur quatre il s'agit d'un jeune homme (*figure 8*). Les deux tiers de ces décès « masculins » sont dus à des causes de décès dites « externes », au premier rang desquelles les accidents de la circulation (33 % des décès masculins chez les 15-24 ans), suivi des suicides (17 %) et des « autres causes externes », intoxication, chutes ou homicides (15 %). Ces décès, notamment les accidents de la circulation, peuvent être imputés à des comportements à risque de type consommation d'alcool par exemple<sup>10</sup>.

10. Concernant les accidents de la route, parmi les 18-24 ans, près de 4 jeunes tués sur 10 ont été victimes d'un accident avec alcool en 2010 (données 2010, direction de la Sécurité et de la circulation routières, fichiers, bulletins d'analyse des accidents, France métropolitaine).

## 8. Nombre et taux de décès chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans selon le sexe et la cause du décès

	Filles		Garçons		Ensemble	
	Nombre de décès	Taux de décès (pcm <sup>1</sup> )	Nombre de décès	Taux de décès (pcm <sup>1</sup> )	Nombre de décès	Taux de décès (pcm <sup>1</sup> )
Maladies infectieuses et parasitaires	13	0,3	21	0,5	34	0,4
Tumeurs	102	2,7	207	5,2	309	4,0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	22	0,6	15	0,4	37	0,5
Maladies de l'appareil circulatoire	43	1,1	78	2,0	121	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	15	0,4	25	0,6	40	0,5
Troubles mentaux et du comportement	16	0,4	31	0,8	47	0,6
Causes externes de décès	362	9,4	1 471	37,2	1 833	23,5
Accidents de transports	160	4,2	755	19,1	915	11,7
Suicides	116	3,0	380	9,6	496	6,4
Autres causes externes (intoxication, chutes, homicides, etc.)	86	2,2	336	11,5	422	5,4
<b>Ensemble</b>	<b>762</b>	<b>19,8</b>	<b>2 273</b>	<b>57,5</b>	<b>3 035</b>	<b>38,9</b>
Répartition des décès selon le sexe (en %)	///	25,1	///	74,9	///	100

1. Pcm : pour cent mille.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 24 ans.

Lecture : en 2010, 13 filles âgées de 15 à 24 ans sont décédées de maladies infectieuses ou parasitaires, soit un taux de décès de 0,3 pour 100 000.

Sources : INSERM-CépiDC 2010.

Les jeunes filles payent un tribut moins lourd en termes de décès. Un peu moins de 800 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont décédées en 2010, soit un taux de mortalité de 20 pour 100 000 (contre 58 pour 100 000 chez les garçons). Cette différence s'explique notamment par un plus faible nombre de décès liés à des causes externes comme les accidents de la route et les suicides. Il y a trois fois moins de filles qui décèdent par suicide que de garçons. Pour autant, les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide sont davantage répandues chez les filles. Selon les données du baromètre Santé 2010, 4,4 % des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et 2,0 % avoir tenté de se suicider (figure 9). Ces pourcentages s'établissent respectivement à 2,2 % et 0,4 % chez les garçons de la même classe d'âge. Concernant la proportion de jeunes personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de la vie (et non pendant les seuls 12 derniers mois), les résultats sont nettement en deçà de ce qui a pu être observé avec les éditions antérieures du baromètre Santé. En effet, en 2000, les jeunes femmes de 15-19 ans étaient 12,0 % à avoir déjà eu des pensées suicidaires et 11,4 % en 2005. Chez les garçons, le recul est moins spectaculaire compte tenu des pourcentages plus faibles (respectivement 3,7 % et 5,9 % en 2000 et 2005). Mais, pour ce qui est des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, elles sont en légère hausse chez les jeunes filles de 15-19 ans (de 1,3 % à 2,0 % entre 2005 et 2010) et stables chez les garçons (autour de 0,5 %).

## 9. Pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les jeunes âgés de 15 à 25 ans.

	2010				2005			
	15-19 ans		20-25 ans		15-19 ans		20-25 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Pensées suicidaires	2,2	4,4	2,6	3,7	5,9	11,4	6,1	4,5
Tentatives de suicide	0,4	2,0	0,6	1,1	0,5	1,3	0,2	0,3

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 25 ans.

Lecture : en 2010, 2,2 % des garçons âgés de 15 à 19 ans ont déclaré avoir des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Source : INPES, baromètres Santé 2005 et 2010.

Les données pour les 20-25 ans témoignent d'un rapprochement des comportements entre filles et garçons dû à un net recul chez les filles des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.

Les décès féminins sont proportionnellement plus souvent associés à des tumeurs, des maladies endocriniennes ou de l'appareil circulatoire que chez les garçons mais restent plus faibles en termes de taux de décès.

Cet examen des causes de décès éclaire une prise de risque plutôt masculine qui les expose davantage au risque de décès immédiat mais dont les répercussions peuvent aussi être visibles à plus long terme.

## **Une surmortalité masculine aux âges plus élevés, liée aux répercussions de comportements à risque souvent initiés à l'adolescence**

Outre le pic de surmortalité masculine aux âges jeunes, on note un rebond de la surmortalité masculine à partir de 50 ans (*figure 7*). Avant 65 ans, ces décès sont comptabilisés au sein de la mortalité prématurée<sup>11</sup> et considérés, pour une partie d'entre eux comme des décès évitables<sup>12</sup>. Parmi les principales causes de décès des hommes entre 45 et 65 ans figurent le cancer du poumon, de la prostate, du colon et du rectum mais aussi la mortalité par cirrhose et psychose alcoolique, autant de pathologies qui mettent en évidence les conséquences de mauvaises habitudes de consommation de tabac et d'alcool souvent initiées à l'adolescence par de nombreuses générations masculines.

Néanmoins, la surmortalité des hommes entre 40 et 60 ans est plus faible en 2010 qu'en 1975. Cette tendance suggère un rapprochement des comportements féminins et masculins, qui concerne autant leur rapport aux conduites à risque (notamment la consommation de substances psychoactives licites et illicites) que leur rapport au monde du travail et à la santé. Ce mouvement a été initié par les générations de femmes nées dans les années 1960 et suivantes qui se sont mises à fumer et boire davantage que leurs aînées alors même que les hommes suivaient le chemin inverse. Depuis le début des années 1990, la mortalité prématurée masculine est en baisse de 31 % contre « seulement » 22 %, chez les femmes<sup>13</sup>. De même, le poids de la mortalité évitable, plus élevée chez les hommes que chez les femmes, connaît une évolution plus favorable chez les hommes avec un recul de 20 % sur la période 2000-2008 (- 8 % chez les femmes). On observe ainsi un recul de l'avantage féminin en matière de santé, même si des différences subsistent encore. ■

11. La mortalité prématurée regroupe l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans.

12. Il s'agit de décès associés à des causes de décès qui pourraient être évitées en l'absence de comportements à risque.

13. Résultats issus de l'édition 2011 du rapport de la Drees « L'état de santé de la population en France ».

### Le plan Santé des jeunes 2008 et les mesures récentes

Le plan Santé des jeunes annoncé en février 2008 ainsi que les dispositions prises dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de juillet 2009 ont fixé les priorités en matière de santé publique afin de mieux protéger la santé des jeunes de 16 à 25 ans et de favoriser leur autonomie. Les 4 axes prioritaires sont : la lutte contre les conduites à risque, l'aide aux jeunes les plus vulnérables, le développement des activités physiques et sportives, l'encouragement des jeunes vers plus d'autonomie en matière de prise en charge de leur santé.

Certains dispositifs concrets ont été mis en place de façon immédiate comme l'interdiction de la vente de tabac et d'alcool aux mineurs, la nécessité de vendre des boissons non alcoolisées lors des « *happy hours* » pour ne pas favoriser la consommation d'alcool ou encore la mise en place d'une consultation annuelle gratuite de prévention pour les jeunes de 16 à 25 ans. D'autres mesures sont intervenues plus récemment parmi lesquelles :

- le remboursement de la contraception pour les jeunes filles : cette mesure a été votée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. La Sécurité sociale remboursera désormais à

hauteur de 100 % les moyens de contraception déjà remboursables (pilule, implant, stérilet). Les autres méthodes, et notamment les préservatifs, n'entrent pas dans le cadre de cette législation.

- une meilleure prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les jeunes : le plan Obésité 2010-2013 prévoit notamment de promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et d'assurer la prise en charge et le suivi sur plusieurs années. Cela passe, par exemple, par une volonté de systématiser la mesure et l'interprétation de l'indice de masse corporelle à chaque visite puis d'identifier les professionnels de santé auxquels les enfants dépistés peuvent être confiés.

- une révision de la politique fiscale du tabac pour protéger les jeunes : selon l'OMS, les jeunes sont trois fois plus sensibles au prix du tabac que les fumeurs plus âgés. Fixer des objectifs de hausses efficaces des prix permettra d'éviter à certains jeunes de commencer à fumer et conduira les autres à arrêter avant d'être entrés dans un cycle addictif. Le prix du tabac a augmenté de 20 à 40 centimes d'euros en juillet 2013. La dernière hausse remontait à octobre 2012.

---

## Pour aller plus loin

Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés* n° 492, Ined, septembre 2012.

Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saias T., « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bulletin Épidémiologique hebdomadaire* n° 47-48, InVS, 13 décembre 2011.

Beck F., Richard J-B., « La santé des 15-30 ans : une lecture du Baromètre santé », *Agora, Sciences-Po Les presses* n° 63, INJEP, 2013.

Beck F., Richard J-B., *Le comportement de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. INPES, Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé 2013.

Choquet M., Ledoux S., « Les adolescentes. Comment filles et garçons passent différemment de l'enfance à l'âge adulte », in *La santé des femmes*, B. Blondel, M.-J. Saurel-Cubizolles, 2000.

« Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale », *La note d'analyse* n° 226, Centre d'analyse stratégique, juin 2011.

« Contraception d'urgence, Prescription et délivrance à l'avance, Recommandations en santé publique », Haute Autorité de santé, avril 2013.

Degorre A., Guyon V., Moisy M., « Sur dix jeunes entrés en 6<sup>e</sup> en 1995, neuf se déclarent en bonne ou très bonne santé en 2007 », *Insee Première* n° 1261, octobre 2009.

Grignon M., Reddock J., « L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature », *Question d'économie de la santé* n° 182, Irdes, décembre 2012.

Moisy M., « Sources de données disponibles pour mesurer la santé des enfants et des jeunes », *Document de travail*, Drees, à paraître.

Spilka S., Le Nezet O., Tovar M-L., « Les drogues à 17 ans, premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances* n° 79, OFDT, février 2012.

Spilka S., Le Nezet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège », *Tendances* n° 80, OFDT, avril 2012.

Vilain A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », *Études et résultats* n° 843, Drees, juin 2013.

---