

# Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé\*

Muriel Moisy (DREES)

Ont collaboré à ce dossier : Anne-Marie Servant et Patrick Ambroise (DGS), François Beck, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Christine Jestin, Nathalie Lydié, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard (INPES), Juliette Bloch, Christine Chan-Chee, Anne Fagot-Campagna, Katia Castetbon, Marie Jauffret-Roustide, Bertrand Thélot (InVS), Jean-Michel Costes (OFDT)

*Représentant 13 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé, proche de la notion de bien-être, reflète en partie leurs modes de vie, qui passent parfois par l'adoption de comportements à risque.*

*Selon l'enquête Escapad 2008, 30 % des jeunes de 17 ans déclarent fumer quotidiennement et 9 % consommer régulièrement de l'alcool, au moins dix usages au cours du dernier mois. Par ailleurs, 42 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en consomment régulièrement. Les jeunes se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'INPES. La prévalence de l'obésité chez les 15-24 ans continue d'augmenter, passant de 1,5 % en 1997 à 4 % en 2009 selon l'enquête Obépi. En outre, les inégalités sociales de santé en matière de surcharge pondérale s'accroissent, et ce dès le plus jeune âge. Autre enjeu majeur de santé publique, les questions liées à une sexualité non protégée ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les mineures.*

*Ainsi, même si les jeunes vont bien, ces comportements à risque peuvent entraîner des conduites de rupture plus large avec la société. Favoriser l'autonomie des jeunes et leur accès aux soins et renforcer l'information auprès des adolescents et des jeunes adultes sont les deux axes retenus dans le plan Santé des jeunes annoncé en 2008 et complétés de mesures prises en faveur des jeunes dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009.*

Pourquoi s'intéresser à la santé des adolescents et des jeunes adultes, alors que plus de neuf sur dix se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé et que le « capital santé » est loin de constituer une priorité pour eux à cette période de la vie ?

Le rapport des jeunes à la santé est paradoxal. L'adolescence, voire l'adulthood pour ceux pour lesquels le chemin vers l'âge adulte s'allonge au-delà de la norme sociale, est pour la plupart d'entre eux une période de recherche de bien-être et de plaisirs instantanés. Ces expérimentations contribuent à l'équilibre des jeunes qui se sentent, pour une très grande majorité d'entre eux, en bonne santé. Toutefois, dans cette quête, certains transgressent les limites et multiplient les prises de risque. Pour devenir adulte, il faut s'essayer, se prouver à soi et aux autres, au risque de se mettre en danger physiquement et psychologiquement. Alcoolisation excessive, consommation de tabac et de substances psychoactives, troubles des conduites alimentaires, rapports sexuels non protégés : tous ces comportements et pratiques posent des questions de santé publique à court et plus long terme. Ces conduites peuvent avoir des répercussions immédiates sur la santé des jeunes (dépression, suicides, accidents) mais aussi et surtout entamer leur capital santé à l'âge adulte. Pour prévenir ces risques, la santé des jeunes a été placée au cœur du débat public : un plan Santé des jeunes a été annoncé en février 2008 (encadré 1 p. 47), complété de mesures dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires en juillet 2009 (encadré 2 p. 48) et une Conférence biennale sur la santé des jeunes s'est tenue en octobre 2009.

Ce dossier est une synthèse des fiches réalisées pour cette première conférence biennale, lesquelles rassemblent les dernières données disponibles concernant les jeunes de moins de 25 ans à partir de résultats d'enquêtes de l'INPES, de l'InVS, de l'OFDT et de la DREES. Il explore la santé des jeunes au sens large, des comportements de santé et habitudes de vie jusqu'aux indicateurs de morbidité et mortalité. Les données s'appuient principalement sur : des enquêtes en population générale (baromètres Santé 2000 et 2005, Enquête santé et protection sociale 2006, etc.) ; des enquêtes thématiques (Enquête sur les interruptions volontaires de grossesse 2007, Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004, etc.) et des enquêtes spécifiques aux jeunes (enquêtes de santé en milieu scolaire, enquête Entrée dans la vie adulte, qui suit un panel d'élèves entrés en classe de 6<sup>e</sup> en 1995, etc.).

\* Synthèse réalisée par la DREES à partir du dossier des participants à la Conférence biennale sur la santé des jeunes, organisée le 29 octobre 2009.

### ■ LA TRANSITION VERS L'ÂGE ADULTE

Qui sont les jeunes aujourd'hui en France ? Difficile de répondre à cette question tant le concept de « jeunesse » revêt un caractère paradoxal. D'un côté, la référence aux « jeunes » est banalisée et le qualificatif est repris comme tel dans la sphère sociale, économique et culturelle, avec des dispositifs qui les concernent et y font ouvertement référence (« emploi jeunes », « tarif jeunes », « carré jeune », « portail jeunes », « fil santé jeunes »). D'un autre côté, les définitions de la catégorie des « jeunes » en termes de tranches d'âge sont multiples, surtout depuis le début des années 1980, où la période de transition vers l'âge adulte s'allonge du fait du prolongement des études et de la difficulté à obtenir un emploi stable. Entre l'âge de la puberté (variable mais souvent compris entre 11 et 13 ans), l'âge légal pour se marier (15 ans pour une fille, 18 ans pour un garçon), l'âge légal pour travailler (16 ans), l'âge de la majorité civile (18 ans), l'âge de la décohabitation parentale ou encore celui des mères à l'arrivée du premier enfant, il est difficile de poser des bornes inférieures et supérieures. Les enquêtes ne recouvrent d'ailleurs pas toutes les mêmes tranches d'âge selon leur thématique. Ainsi, cette synthèse explore le plus souvent la santé des 15-24 ans mais se focalise parfois sur des « générations » – les jeunes entrés en 6<sup>e</sup> en 1995, intégrés dans le panel de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) et interrogés sur leur santé en 2007 – ou sur des promotions scolaires, dans le cas des enquêtes de santé scolaires qui portent sur les adolescents qui étaient en classe de 3<sup>e</sup> l'année 2003-2004.

**Huit millions d'adolescents et de jeunes adultes.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 13 % de la population française est âgée de 15 à 24 ans, soit 8 millions d'adolescents et de jeunes adultes. Ils constituent à la fois un groupe à part au sein de la population, numériquement en recul depuis les années 1970 du fait de la baisse de la fécondité, et très hétérogène de par son environnement social et familial et son mode de vie. Sortis de l'enfance, sur la voie de l'autonomie mais encore loin de l'indépendance (Galland, 2009), ces jeunes doivent choisir un certain nombre d'orientations : identitaires et scolaires dès l'entrée dans l'adolescence, résidentielles, affectives ou enfin professionnelles plus tardivement. L'accès à un emploi ou à une formation professionnelle leur procurant des ressources financières stables constitue l'aboutissement de ce chemin vers l'âge adulte.

**Trois jeunes sur quatre âgés de 15 à 24 ans vivent chez leurs parents.** En 2007, 3,2 millions de garçons et 2,7 millions de filles vivent chez leurs parents, soit près des trois quarts des jeunes de 15-24 ans. Avant l'âge de 20 ans, ils sont même plus de 90 % (tableau 1). En revanche, entre 20 et 24 ans, la part des jeunes qui ne résident plus chez leurs parents dépasse 45 %, les filles davantage que les garçons (54 % contre 37 %) car elles sont aussi plus nombreuses à vivre en couple (30 % contre 15 %).

TABLEAU 1 • Mode de cohabitation des 15-24 ans selon le sexe en 2007

Proportion de jeunes (en %) déclarant habiter...	15-19 ans	20-24 ans
<b>Femmes</b>		
... chez les parents	89,3	45,6
... en dehors du domicile parental	10,7	54,4
<i>pas en couple</i>	8,8	24
<i>en couple non marié</i>	1,8	25
<i>en couple marié</i>	0,1	5,4
<b>Hommes</b>		
... chez les parents	92,4	62,8
... en dehors du domicile parental	7,6	37,2
<i>pas en couple</i>	7	21,9
<i>en couple non marié</i>	0,6	14,2
<i>en couple marié</i>	0	1,1
<b>Ensemble</b>		
...chez les parents	90,9	54,2
...en dehors du domicile parental	9,9	45,8
<i>pas en couple</i>	7,9	22,9
<i>en couple non marié</i>	1,1	19,6
<i>en couple marié</i>	0,1	3,3

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

**Sources :** Enquête Emploi 2007, INSEE.

**Un quart des filles et un tiers des garçons de 15-24 ans occupent un emploi.** Si le taux de scolarisation diminue sensiblement entre 15 ans et 24 ans, passant de 98 % à 17 % pour l'année scolaire 2004-2005, c'est évidemment au profit de la part des jeunes entrant sur le marché du travail, qu'ils aient trouvé un emploi ou qu'ils en recherchent un. L'enquête Emploi de l'INSEE révèle qu'en 2008, plus d'un tiers (36 %) des jeunes âgés de 15-24 ans sont présents sur le marché du travail (en emploi ou en recherche active d'emploi), avec une différence de plus de 7 points entre les filles (32 %) et les garçons (39 %). Dans ce groupe d'âge, 29 % travaillent mais là encore, les différences sont importantes selon le sexe : un quart des filles occupent un emploi contre un tiers des garçons. Quant au chômage, il touche un jeune sur cinq, les filles comme les garçons, ce qui traduit une transition école-marché du travail difficile. Les emplois à durée déterminée sont de moins en moins un tremplin vers un emploi stable : en 2005-2006, seuls 16 % des jeunes de 15-24 ans en contrat à durée déterminée ont obtenu un contrat à durée indéterminée un an après, contre 45 % dix ans auparavant.

### ■ UNE BONNE SANTÉ PHYSIQUE MAIS DES FRAGILITÉS PSYCHIQUES

**Plus de neuf jeunes sur dix âgés de 15-24 ans se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé.** Au regard de l'ensemble de la population générale, les jeunes âgés de 15 à 24 ans forment un groupe à part. La santé ne déroge pas à ce constat. Selon l'enquête sur les statistiques et les conditions de vie des ménages (SRCV), sept adultes âgés de 15 ans ou plus sur dix (70 %) se perçoivent en bonne santé (état de santé « bon » ou « très bon ») en 2007, tandis qu'ils sont neuf sur dix (93 %) parmi les 15-24 ans. Comme en population générale, les filles de 15-24 ans se déclarent en moins bonne santé : elles sont 8,6 % à mentionner une santé altérée (« moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise ») contre 5,6 % chez les garçons. Cet écart est toutefois inférieur à celui observé pour l'ensemble de la population des 15 ans ou plus : 33 % des femmes et 26 % des hommes ne se déclarent pas en « bonne » ou « très bonne » santé.

**Les jeunes femmes sont davantage concernées par les maladies chroniques, les garçons plus confrontés aux limitations fonctionnelles.** Parmi les élèves du panel 1995 de la DEPP, interrogés en 2007 sur leur santé, un jeune sur sept âgé de 23 ans en moyenne dit souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques, une proportion deux fois moins élevée qu'en population générale. Allergies, asthme, migraines, maladies de la peau, maux de dos, problèmes de thyroïde et dépressions regroupent les trois quarts des maladies chroniques citées par les jeunes. La santé perçue apparaît assez nettement corrélée avec la déclaration de maladies chroniques : les jeunes du panel se percevant en bonne santé sont 11 % à déclarer une maladie chronique contre 43 % parmi ceux qui évoquent une santé altérée. À la question sur les limitations fonctionnelles, moins de 10 % répondent se sentir limités depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé. À noter qu'au sein du groupe des jeunes ayant déclaré un état de santé altéré, les filles disent souffrir plus souvent de maladies chroniques (47 % contre 39 % pour les garçons), tandis que les garçons évoquent davantage des limitations fonctionnelles (46 % contre 35 %).

**Les jeunes déclarent surtout des maladies de faible gravité.** Seuls cinq groupes de pathologie sont déclarés par plus de 10 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les pathologies citées sont le plus souvent de faible gravité : les maladies de l'œil et les troubles de la vue sont déclarées par 39 % des jeunes, les maladies respiratoires par 22 %, les causes externes et traumatismes par 12 % et les maladies de la peau par 11 % (tableau 2).

**Comme leurs aînées, les jeunes femmes déclarent en moyenne plus de maladies que les hommes.** Ce constat est valable pour l'ensemble des maladies citées. Pour certaines pathologies, la sur-déclaration féminine est même assez nette : c'est le cas par exemple pour les troubles de la vision (45 % contre 32 % chez les hommes), les maladies respiratoires (24 % contre 19 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (13 % contre 8 %). Les jeunes femmes déclarent également plus souvent des problèmes psychiques ou neurologiques : 12 % des jeunes femmes déclarent des problèmes psychiques contre 7 % des garçons du même âge et les proportions s'établissent respectivement à 11 % et 5 % pour les maladies du système nerveux. Ce phénomène ne concerne pas uniquement les jeunes, puisqu'on le retrouve en population générale.

TABLEAU 2 • Pathologies déclarées chez les jeunes de 15-24 ans selon le sexe\*

Grands groupes de pathologies de la CIM 10	Garçons	Filles	Ensemble
Maladies de l'œil et troubles de la vue	31,9	45,3	38,5
Maladies de l'appareil respiratoire	19,1	24	21,5
Causes externes, traumatisme et facteurs influant sur l'état de santé	11,5	12,1	11,8
Maladies de la peau	10,7	12,1	11,4
Maladies du système ostéo-articulaire	8,2	12,7	10,4
Maladies ou problèmes psychiques	7,3	11,9	9,6
Maladies du système nerveux	4,6	10,6	7,5
Maladies de la bouche et des dents (prothèses dentaires exclues)	6,1	7,8	6,9
Maladies ou problèmes génito-urinaires	0,9	12,9	6,8
Maladies endocriniennes et métaboliques**	4,0	7,0	5,5
Maladies de l'appareil digestif	4,1	6,3	5,2
Maladies de l'appareil circulatoire	3,7	6,3	5
Symptômes, maladies illisibles	3,6	6	4,8
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	2,5	2,9	2,7
Maladies infectieuses et parasitaires	0,9	2,2	1,6
Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	1,2	1,2	1,2
Maladies du sang	0,1	0,9	0,5
Tumeurs	0,3	0,6	0,5

\* Nombre de personnes déclarant au moins une affection du chapitre pour 100 personnes.

\*\* Dont obésité calculée à partir du BMI (poids/taille au carré).

**Lecture :** 45,3% des filles âgées de 15 à 24 ans déclarent une maladie de l'œil ou des troubles de la vue.

**Champ :** Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré par l'un des trois régimes de l'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM).

**Sources :** Enquête ESPS, IRDES, 2008 (échantillon standard); exploitation DREES.

### Une plus grande détresse psychique chez les femmes dès l'adolescence

À l'adolescence comme chez les adultes, les maux psychologiques peuvent recouvrir différentes formes : de la tristesse à l'anxiété, des phobies simples aux troubles paniques, des troubles de l'humeur jusqu'à la dépression. Certains de ces états seront passagers, en lien avec des difficultés scolaires, professionnelles, familiales ou sociales, tandis que d'autres s'installeront plus durablement et persisteront chez l'adulte en rendant plus difficile son adaptation à son environnement et aux différents événements de la vie.

Parmi les jeunes entrés en classe de 6<sup>e</sup> en 1995 et interrogés en 2007 à l'âge de 23 ans, 44% d'entre eux répondent s'être sentis « souvent », « très souvent » ou « en permanence » fatigués et près d'un tiers d'entre eux (31%) « souvent », « très souvent » ou « en permanence » nerveux. En revanche, ils signalent moins souvent les sentiments de découragement ou de tristesse. Par ailleurs, les filles apparaissent en moins bonne santé psychique. Elles sont plus de 55% à évoquer avoir ressenti « souvent », « très souvent » ou « en permanence » de la fatigue contre 37% chez les garçons. Elles sont pratiquement le double à rapporter s'être senties « souvent », « très souvent » ou « en permanence » nerveuses au cours des quatre semaines précédant l'enquête (41% contre 23%). Le même ratio (2 pour 1) ressort des réponses aux questions sur le découragement (14% chez les filles, 7,7% chez les garçons) ou la tristesse (15% contre 6,4%).

Les données épidémiologiques issues de l'enquête Analyse de la dépression (Anadep) 2005, mobilisée pour appréhender la dépression et l'anxiété généralisée chez les jeunes, laissent elles aussi apparaître une prédominance féminine des troubles anxio-dépressifs. 20% des jeunes femmes âgées de 16 à 25 ans ont connu un épisode dépressif majeur<sup>1</sup> au cours de leur vie (moins de 8% pour les garçons). Les prévalences mesurées au cours des douze derniers mois s'élèvent respectivement pour les filles et les garçons à 6,3% et 1,4%. L'anxiété généralisée<sup>2</sup> concerne pour sa part 3% des jeunes de 16 à 25 ans, près de 5% des femmes et moins de 1,5% des hommes.

**Idées suicidaires et tentatives de suicide se conjuguent au féminin.** À la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? », 5,2% des filles et 3,6% des garçons interrogés dans le cadre du panel DEPP répondent positivement. 4,7% des filles et 3,9% des garçons préfèrent ne pas répondre. La même question posée dans le Baromètre santé 2005 permet d'en savoir plus sur les 15-24 ans. Les données confirment que ce sont les femmes qui ont le plus d'idées suicidaires et que, parmi elles, ce sont surtout les plus jeunes : 11% des adolescentes de 15-19 ans reconnaissent avoir eu des idées suicidaires contre 5% des jeunes femmes de 20-24 ans. Chez les garçons, les proportions sont équivalentes chez les adolescents et post-adolescents, proches de 6%.

Le Baromètre santé 2005 établit également que 1,3% des filles de 15-19 ans et 0,5% des garçons ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Comme les idées suicidaires, les tentatives de suicide diminuent avec l'âge, les proportions s'établissant à 0,3% des femmes de 20-24 ans et 0,2% des garçons.

1. Un épisode dépressif majeur (EDM) est caractérisé par la survenue d'au moins quatre des symptômes suivants pendant au moins deux semaines, toute la journée ou presque, tous les jours ou presque avec un retentissement fonctionnel sur les activités habituelles : avoir vécu une période de tristesse ; avoir vécu une période de perte d'intérêt pour la plupart des choses ; un épuisement ou un manque d'énergie ; changement de poids d'au moins 5 kg (en plus ou en moins) ; des difficultés pour dormir ; des difficultés de concentration ; une perte de confiance en soi ; des pensées de mort récurrentes.

2. L'anxiété généralisée est un trouble plus chronique que l'EDM. Sa caractéristique essentielle réside en une inquiétude anormale et des soucis successifs survenant la plupart du temps durant une période d'au moins 6 mois et concernant plusieurs événements ou activités. Cette anxiété est accompagnée d'au moins 3 symptômes parmi les suivants : 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.

## Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé

Parmi les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les jeunes, figurent certaines conduites à risque, telles que l'usage régulier de cannabis et l'alcoolisation problématique ainsi que certains troubles comme l'épisode dépressif majeur et les troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie, etc.).

**Les morts violentes (accidents de transport et suicides), principales causes de mortalité chez les 15-24 ans.** Entre 15 et 24 ans, la maladie est rarement une cause de décès. Les jeunes sont davantage exposés au risque d'une mort violente, en premier lieu les accidents, suivis des suicides (tableau 3).

En 2007, 1 484 jeunes de 15-24 ans sont décédés des suites d'un accident, principalement des accidents de transport (1 095 décès), et 511 d'un suicide. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les deux premières causes médicales de décès, avec respectivement 352 et 122 décès de jeunes de 15-24 ans en 2007. Entre 15 et 24 ans, les trois quarts des décès sont masculins. Garçons et filles ne sont pas exposés exactement aux mêmes risques de décès. Si les causes externes, et notamment les accidents, sont la première cause de décès pour les deux sexes, leur poids diffère sensiblement puisque ces causes externes (accidents, suicides, homicides, etc.) représentent deux décès masculins sur trois contre moins d'un décès féminin sur deux. La surmortalité masculine est particulièrement notable en ce qui concerne les accidents de la route qui concentrent plus d'un tiers des décès masculins (36%) contre moins d'un quart des décès féminins (23%). Si les décès liés aux tumeurs, aux maladies de l'appareil circulatoire et aux maladies de l'appareil respiratoire sont plus nombreux chez les garçons, la part de ces décès chez les jeunes femmes est plus élevée. Ainsi, près d'un décès féminin sur six entre 15 et 24 ans est lié à une tumeur contre un décès masculin sur douze.

TABLEAU 3 • Nombre de décès des 15-24 ans selon la cause de décès et le sexe en 2007

	Filles		Garçons		Ensemble	
	Nombre de décès	Taux de décès*	Nombre de décès	Taux de décès*	Nombre de décès	Taux de décès*
Maladies infectieuses et parasitaires	17	0,4	16	0,4	33	0,4
Tumeurs	130	3,3	222	5,5	352	4,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	30	0,8	28	0,7	58	0,7
Maladies de l'appareil circulatoire	32	0,8	90	2,2	122	1,5
Maladies de l'appareil respiratoire	15	0,4	28	0,7	43	0,5
Troubles mentaux et du comportement	13	0,3	27	0,7	40	0,5
Causes externes	396	10,1	1 708	42,5	2 104	26,5
Accidents	254	6,5	1 230	30,6	1 484	18,7
dont accidents de transport	194	5	901	22,4	1 095	13,8
Suicides	114	2,9	397	9,9	511	6,4
Autres causes externes (homicides, empoisonnement...)	28	0,7	81	2	109	1,4
Causes inconnues ou non précisées	77	2	175	4,4	252	3,2
Toutes autres causes	128	3,3	227	5,6	355	4,5
Total des décès en 2007	838	25,3	2 521	71,1	3 359	48,5
<b>Répartition des décès des 15-24 ans selon le sexe (%)</b>	<b>24,9%</b>		<b>75,1%</b>		<b>100%</b>	

\* Taux de décès pour 100 000 personnes.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDC.

### ■ CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :

#### LES PLAISIRS IMMÉDIATS INHÉRENTS À « L'ÂGE DES POSSIBLES »

Si la jeunesse apparaît donc le plus souvent associée à une bonne santé, elle se caractérise toutefois pour certains par des comportements à risque susceptibles d'entamer leur capital santé à l'âge adulte.

#### Les jeunes fument de plus en plus tôt mais la consommation régulière de tabac recule depuis les années 2000

Selon l'enquête Escapad 2008<sup>3</sup>, 30% des garçons âgés de 17 ans et 28% des filles du même âge déclarent fumer quotidiennement, des niveaux similaires qui mettent en évidence un rapprochement des comportements féminins

3. Depuis huit ans maintenant, l'OFDT réalise régulièrement, en partenariat avec la Direction du service national, une enquête statistique nationale auprès des adolescents âgés de 17 ans. Cette enquête déclarative se déroule lors de la journée d'appel à la préparation à la défense (JAPD). Elle est centrée sur la santé, les usages de drogues et les modes de vie. Représentative des adolescents âgés de 17 ans, elle complète le dispositif d'observation des usages de drogues en population adolescente (HBSC, *Health Behaviour in School-Aged Children* et ESPAD, *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) et adulte (Baromètre santé).

et masculins en matière d'usage régulier du tabac. Parmi l'ensemble des adolescents de 17 ans interrogés dans l'enquête, 71 % disent avoir déjà fumé une cigarette à cet âge et 52 % déclarent fumer au moins occasionnellement.

Selon le panel DEPP des élèves entrés en 6<sup>e</sup> en 1995, 40 % des jeunes (interrogés à l'âge de 23 ans en moyenne) déclarent fumer quotidiennement en 2007, avec une différence sexuée plus marquée : 42 % des garçons et 36 % des filles. La confrontation des résultats à 17 ans et à 23 ans, bien que non interprétable directement puisqu'issus de sources de données et d'échantillon distincts, suggère néanmoins que l'usage quotidien de tabac est plus répandu dans ce dernier groupe d'âge. Cette consommation croissante avec l'âge est confirmée dans le Baromètre santé 2005 : la prévalence du tabagisme, occasionnel ou quotidien, chez les garçons, passe de 3,6 % entre 12 et 14 ans à 31 % entre 15 et 19 ans et 49 % entre 20 et 25 ans. Chez les filles, les prévalences s'élèvent à respectivement 7,7 %, 31 % et 41 %.

Par ailleurs, il apparaît que l'expérimentation survient plus précocement. En 2008, c'est-à-dire pour les générations nées au milieu des années 1990, c'est à 13,4 ans en moyenne que les garçons fument leur première cigarette et à 13,7 ans pour les filles. Pour comparaison, les femmes nées entre 1980 et 1985 ont commencé à fumer en moyenne leur première cigarette à 15 ans (Legleye, 2009). En un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a baissé de 7 ans pour les femmes et de 2 ans pour les hommes. La comparaison des baromètres Santé 2000 et 2005 révèle cependant une baisse de la consommation quotidienne de tabac chez les 16-25 ans au cours de cette période (tableau 4).

**TABEAU 4 • Usages réguliers de produits psychoactifs chez les 16-25 ans en 2000 et 2005 (%)**

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

**Note :** 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.

\* Test du X<sup>2</sup> significatif au seuil de 0,05, \*\* Au seuil de 0,01 et \*\*\* Au seuil de 0,001 ; ns = non significatif.

**Lecture :** Selon les données du Baromètre santé 2005, 33,5 % des jeunes de 16-25 ans déclarent une consommation quotidienne de tabac contre 38,6 % en 2000, soit une baisse significative de 5,1 points.

**Sources :** Baromètres santé 2000 et 2005, INPES.

**Léger recul des ivresses alcooliques chez les jeunes adultes au cours des années 2000.** Selon les données 2006 du volet français de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), l'expérimentation d'alcool est déjà très élevée chez les préadolescents : à l'âge de 11 ans, 64 % des garçons et 54 % des filles ont déjà consommé de l'alcool (Legleye *et al.*, 2008). L'expérimentation progresse ensuite lentement jusqu'à 16 ans et se stabilise autour de 90 % pour les deux sexes. La consommation régulière d'alcool (au moins dix consommations au cours du dernier mois) est en revanche exceptionnelle avant 14 ans : à cet âge, elle concerne 4 % des garçons et 1 % des filles. En revanche, elle augmente avec l'âge : à 17 ans, 9 % des adolescents consomment régulièrement de l'alcool, 13 % des garçons contre 4 % des filles (Escapad, 2008). Quant à la consommation quotidienne, elle est rare chez les jeunes, à l'exception des garçons de 20-25 ans, qui sont un sur cinq à être concerné (Baromètre santé 2005).

À cet usage régulier voire quotidien d'alcool, s'ajoute un autre mode de consommation spécifique aux jeunes : l'ivresse alcoolique ponctuelle<sup>4</sup>, répétée (au moins trois ivresses dans l'année) ou régulière (au moins 10 ivresses dans l'année). Selon les données de l'enquête Espad 2007, la moitié des jeunes de 16 ans déclarent avoir été ivres au cours de leur vie, 36 % au cours des douze derniers mois et 3,5 % au moins dix fois au cours de cette dernière année (Legleye *et al.*, 2009a). À 17 ans, les proportions observées à partir de l'enquête Escapad 2008, s'élèvent à respectivement 60 %, 51 % et 9 %, avec une nette dominante masculine (Legleye *et al.*, 2009b). Selon le Baromètre santé 2005, c'est entre 20 et 25 ans que les proportions de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois sont les plus élevées, chez les femmes comme chez les hommes. Les évolutions mesurées entre 2000 et 2005 pour les 16-25 ans soulignent un léger recul des ivresses alcooliques, au moins chez les garçons (Beck *et al.*, 2009).

4. L'ivresse alcoolique ponctuelle n'est pas définie, elle est laissée à l'appréciation du répondant.

**Une consommation régulière de cannabis élevée, contrairement aux autres drogues illicites.** Les 16-25 ans consomment plus souvent des substances psychoactives illicites que les autres tranches d'âge. Selon l'enquête Escapad 2007, un tiers des jeunes âgés de 16 ans disent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, un sur sept au cours du mois et un sur trente déclarent en fumer régulièrement (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) [Legleye *et al.*, 2009a]. À 17 ans, la part des jeunes ayant déjà expérimenté le cannabis s'élève à 42% (Legleye *et al.*, 2009b) et 7% sont des fumeurs réguliers (tableau 5).

**TABLEAU 5 • Évolution de l'usage régulier et de l'expérimentation du cannabis, de l'alcool et du tabac entre 2000 et 2008 chez les jeunes de 17 ans (%)**

	2000	2002	2005	2008
<b>Expérimentation</b>				
Cannabis	45,6	50,2	49,4	42,2
Ivresse	56,4	56,1	56,6	59,8
Tabac	77,6	77,2	72,2	70,7
<b>Usage régulier</b>				
Cannabis	10	12,3	10,8	7,3
Alcool	10,9	12,6	12	8,9
Tabac	41,1	39,5	33	28,9

Sources : Enquête Escapad, OFDT (OFDT, 2009, *Drogues, chiffres clés*, 2<sup>e</sup> édition).

Contrairement à ce que l'on observe pour le tabac ou l'alcool, les usages de cannabis des jeunes adultes se situent à des niveaux assez proches de ceux des adolescents (Legleye *et al.*, 2007 et 2009). La consommation augmenterait donc peu avec l'âge entre 15 et 24 ans. À noter qu'après une augmentation entre 2000 et 2005, l'expérimentation tout comme l'usage régulier du cannabis ont diminué entre 2005 et 2008, passant respectivement de 49% à 42% et de 11% à 7,3%.

Les prévalences des expérimentations de produits psychoactifs illicites autres que le cannabis se situent à des niveaux faibles mais ont augmenté, pour la plupart d'entre elles, entre 2000 et 2008. À cette date, l'expérimentation de la cocaïne concerne environ 25 000 jeunes (3,3% des 17 ans) et a été multipliée par trois depuis 2000. L'expérimentation de l'héroïne (1,1% des 17 ans) et, dans une moindre mesure, celle du LSD (1,2% des 17 ans) ont connu une nette augmentation entre 2005 et 2008, tout en restant à des niveaux très bas. Parmi les autres substances illicites pour lesquelles l'expérimentation augmente significativement sur la période récente, figurent les amphétamines (2,7% des 17 ans en 2008). En revanche, celles des champignons hallucinogènes (3,5% des 17 ans) et de l'ecstasy (2,9% des 17 ans) ont reculé depuis 2005. Pour la plupart de ces substances, les niveaux de consommation restent faibles : 1% des 15-39 ans ont consommé de la cocaïne dans l'année, 0,9% de l'ecstasy et 0,2% de l'héroïne (OFDT, 2009).

Toutefois, des données récentes issues de dispositifs de surveillance épidémiologiques et ethnographiques mettent en évidence l'émergence d'une population de jeunes âgés de moins de 25 ans, issus du milieu festif dans les dispositifs d'accueil pour toxicomanes (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006 ; Cadet-Tairou, 2010). Ces jeunes, engagés dans des conduites de polyconsommation (crack, cocaïne, héroïne) et ayant recours à la voie injectable, s'exposent à de multiples risques sanitaires (infectieux, troubles psychiques, surdoses) et sociaux (désocialisation, conduites délictueuses). Ce phénomène concerne certes une minorité d'usagers, mais tend à devenir préoccupant car il semble s'amplifier. Ces jeunes usagers dépendants ont des trajectoires de vie fortement marquées par la précarité et les ruptures de vie et cette population tend à se féminiser.

#### ■ MANGER OU S'ALIMENTER ? SURPOIDS, OBÉSITÉ ET IMAGE CORPORELLE

**Un jeune sur huit en surcharge pondérale.** Si les jeunes enquêtés dans le Baromètre santé 2005 se sentent « plutôt bien » voire « très bien » informés sur tout ce qui concerne la consommation de psychotropes, et surtout mieux informés que leurs aînés, l'alimentation ne suscite pas le même intérêt. Pourtant, la progression du surpoids et de l'obésité<sup>5</sup> depuis le milieu des années 1990 n'épargne aucune tranche d'âge. Selon les données anthropométriques collectées dans l'enquête Obépi en 2009, la part des jeunes de 15-24 ans obèses est passée de 1,8% en 1997 à 4% en 2009. La part des jeunes de cette tranche d'âge en surpoids avoisine, quant à elle, 8,5% en 2009, après avoir surtout augmenté chez les jeunes femmes (de 7,3% en 1997 à 8,3% en 2009).

**Des inégalités sociales qui se creusent en matière de surpoids et d'obésité.** Tous les jeunes ne sont pas à égalité face aux problèmes de poids. Outre des déterminants physiologiques, les inégalités sociales face au surpoids et à l'obésité apparaissent très tôt au cours de la vie. Selon l'enquête réalisée en 2005-2006 auprès des élèves de grande section de maternelle, 9% sont en surpoids et 3% sont obèses (tableau 6).

5. Pour la définition du surpoids et de l'obésité, voir la note du tableau 6.

Parmi les adolescents en classe de 3<sup>e</sup> interrogés en 2003-2004, un enfant de cadre sur dix présente un « excès de poids » (cette catégorie comprend les situations de surpoids et d'obésité), contre un sur cinq chez ceux dont le père est ouvrier. Le gradient social est plus marqué encore pour l'obésité, les prévalences étant comprises entre 1,4 % pour les enfants de cadres et 6,0 % pour les enfants d'ouvriers.

**TABLEAU 6 • Prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants de grande section de maternelle, de CM2 et de 3<sup>e</sup> selon la catégorie socioprofessionnelle du père (en %)**

Profession du père	Grande section (2005-2006)		CM2 (2001-2002)		3 <sup>e</sup> (2003-2004)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Agriculteurs	9,5	2,9	21,0	3,4	10,4	4,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9,0	2,6	11,3	6,8	16,0	5,2
Cadres, prof. Intellectuelles sup.	7,4	1,2	11,5	1,3	8,5	1,4
Prof. intermédiaires	8,6	2,0	13,8	2,3	9,0	3,9
Employés	9,1	2,8	15,6	3,9	11,2	3,1
Ouvriers	9,5	4,3	18,2	5,1	14,3	6,0
<b>Ensemble</b>	<b>9,0</b>	<b>3,1</b>	<b>15,8</b>	<b>4,1</b>	<b>12,4</b>	<b>4,4</b>

**Note :** L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport poids/taille<sup>2</sup> (exprimé en kg/m<sup>2</sup>). 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 en raison des variations de corpulence au cours de la croissance. Les seuils utilisés pour le surpoids sont ceux établis pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS (Seuils IOTF: International Obesity Task Force). Ces seuils sont définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de 6 mois. Ils s'inscrivent sur des courbes qui rejoignent à 18 ans les valeurs de 25 et 30 qui correspondent respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte.

**Champ :** France entière.

**Sources :** Enquêtes du cycle triennal auprès des élèves de grandes sections de maternelles, de CM2 ou de 3<sup>e</sup>.

La comparaison des deux dernières enquêtes menées auprès des élèves de classes de CM2 (2001-2002 et 2004-2005) souligne une stabilité de la prévalence globale du surpoids et de l'obésité, autour de 16 % et 4 % (tableau 7).

L'apparente stabilité entre 2002 et 2005 masque en revanche des inégalités sociales qui se creusent : la proportion d'enfants obèses a diminué de façon plus ou moins importante dans toutes les catégories socioprofessionnelles, excepté pour les enfants d'ouvriers où elle a augmenté, passant de 5,1 % à 6,1 %. La baisse la plus importante a concerné les enfants de cadres, pour lesquels la prévalence de l'obésité a été divisée par deux. En 2004-2005, on compte dix fois plus d'obèses parmi les enfants d'ouvriers que chez les cadres, contre quatre fois plus en 2001-2002.

Une étude récente sur les habitudes alimentaires et le mode de vie des adolescents en classe de 3<sup>e</sup> souligne que « les comportements alimentaires, d'activité physique et de sédentarité considérés comme défavorables [pour la santé sont] globalement associés à des caractéristiques socio-économiques défavorables » (Deschamps *et al.*, 2010).

**TABLEAU 7 • Comparaison de la prévalence du surpoids et de l'obésité en classe de CM2 en 2001-2002 et 2004-2005 (en %)**

Profession du père	CM2 (2001-2002)		CM2 (2004-2005)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Agriculteurs	21,0	3,4	-	-
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	11,3	6,8	16,6	2,2
Cadres, prof. Intellectuelles sup.	11,5	1,3	6,8	0,6
Prof. intermédiaires	13,8	2,3	16,1	2,0
Employés	15,6	3,9	17,8	2,9
Ouvriers	18,2	5,1	18,4	6,1
<b>Ensemble</b>	<b>15,8</b>	<b>4,1</b>	<b>16</b>	<b>3,7</b>

**Champ :** France entière.

**Sources :** Enquêtes du cycle triennal auprès des élèves de grandes sections de maternelles, de CM2.

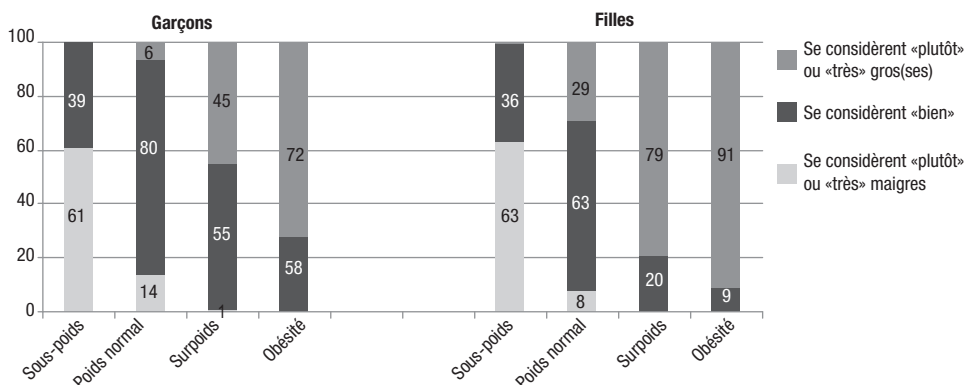
**Les adolescentes et les jeunes femmes plus insatisfaites de leur image corporelle.** D'après les données recueillies par les médecins et infirmiers mobilisés en 2003-2004 pour le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire dans les classes de 3<sup>e</sup>, un adolescent sur six se trouve déjà en situation de surcharge pondérale (sur-



## Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé

poids et obésité inclus) selon les références internationales. À l'adolescence, on n'observe aucune différence entre les sexes en ce qui concerne le surpoids. En revanche, les jeunes filles en fin de collège sont déjà 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. Les adolescentes sont aussi plus insatisfaites de leur image corporelle que les adolescents : 38 % se considèrent « très » ou « plutôt » grosses contre 14 % des garçons. L'analyse croisée de la perception corporelle avec l'indice de masse corporelle recalculé à partir des données de taille et de poids souligne pourtant que la perception des jeunes est parfois faussée. Ainsi, parmi les adolescents ayant un indice de masse corporelle « normal », 20 % des garçons et 37 % des filles déclarent ne pas se trouver « bien » (graphique 1).

**GRAPHIQUE 1 • La perception corporelle comparée à l'indice de masse corporelle des adolescents en classe de 3<sup>e</sup> en 2003-2004 (en %)**



**Lecture :** Parmi les garçons qui ont un poids normal, 14 % se considèrent « très » ou « plutôt » maigres, 80 % se considèrent « bien » et 6 % « plutôt » ou « très » gros.

**Champ :** France entière.

**Sources :** Enquête du cycle triennal auprès des élèves de 3<sup>e</sup>, année scolaire 2003-2004.

L'insatisfaction corporelle semble perdurer avec l'âge puisque, parmi les jeunes du panel DEPP déclarant un poids normal, 40 % des femmes se considèrent « un peu » ou « beaucoup » trop grosses et 20 % des hommes « un peu » ou « beaucoup » trop maigres.

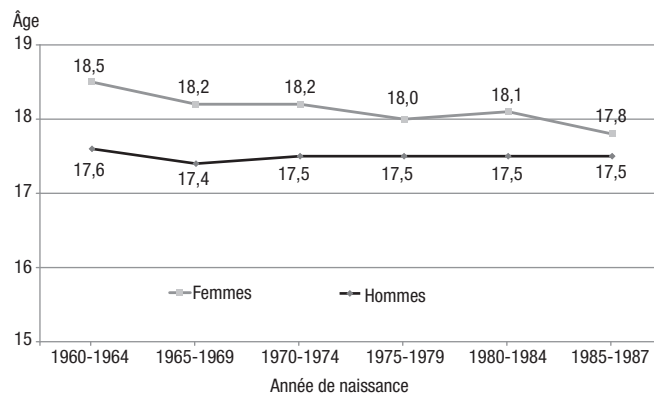
**Une bonne hygiène de vie, des différences sexuées.** Dans leur ensemble, les jeunes du panel 1995 de la DEPP, interrogés en 2007, considèrent avoir une bonne hygiène de vie. Deux tiers d'entre eux trouvent leur alimentation « plutôt » ou « bien » équilibrée, un sentiment partagé aussi bien par les filles (63 %) que par les garçons (65 %). Un jeune sur deux déclare pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine mais la pratique sportive est davantage signalée par les garçons (57 %) que par les filles (38 %). Par ailleurs, la moitié des enquêtés déclare dormir 8 heures par nuit un soir ordinaire de la semaine. La durée moyenne de sommeil, un jour ordinaire de la semaine, s'établit à 8 heures et 37 minutes. Un jeune sur deux rencontre au moins de temps en temps des difficultés de sommeil mais la durée de sommeil et les difficultés de sommeil ne sont pas corrélées. De même, la prise de somnifères n'est pas liée à la durée du sommeil. Qu'il s'agisse des somnifères, des anxiolytiques ou des tranquillisants, les jeunes filles semblent en consommer davantage que les garçons. Selon le panel de la DEPP, 12 % des filles âgées de 23 ans en moyenne déclarent en 2007 avoir pris des anxiolytiques au cours de la dernière année, 7,6 % des somnifères et 5,1 % des antidépresseurs. Les proportions s'établissent respectivement à 4,8 %, 3,6 % et 2,2 % chez les garçons.

### ■ SEXUALITÉ ET CONTRACEPTION :

#### UN INTÉRÊT PARTAGÉ ENTRE FILLES ET GARÇONS, UNE RESPONSABILITÉ FÉMININE

**17 ans et demi, l'âge médian du premier rapport sexuel.** Si l'entrée dans la sexualité est un processus progressif qui démarre en amont de l'adolescence, c'est durant celle-ci que survient le plus souvent le premier rapport sexuel. Aujourd'hui, cet événement est vécu quasiment au même âge par les adolescents et adolescentes, l'âge médian se situant autour de 17,5 ans. Si l'on compare les données du Baromètre santé pour différentes générations, il semblerait que l'âge médian du premier rapport sexuel soit relativement stable pour les jeunes hommes, avec un rajeunissement chez les femmes depuis les générations 1960-1964 (graphique 2). Selon le Baromètre santé 2005, 39 % des garçons et 35 % des filles disent avoir déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 16 ans, tandis que ces proportions s'élèvent respectivement à 90 % et 79 % à l'âge de 20 ans.

GRAPHIQUE 2 • Âge médian au premier rapport sexuel selon le sexe et la génération



**Lecture :** Lecture : La moitié des hommes nés entre 1960 et 1964 ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 17,6 ans, contre 18,5 ans pour les filles de mêmes générations.

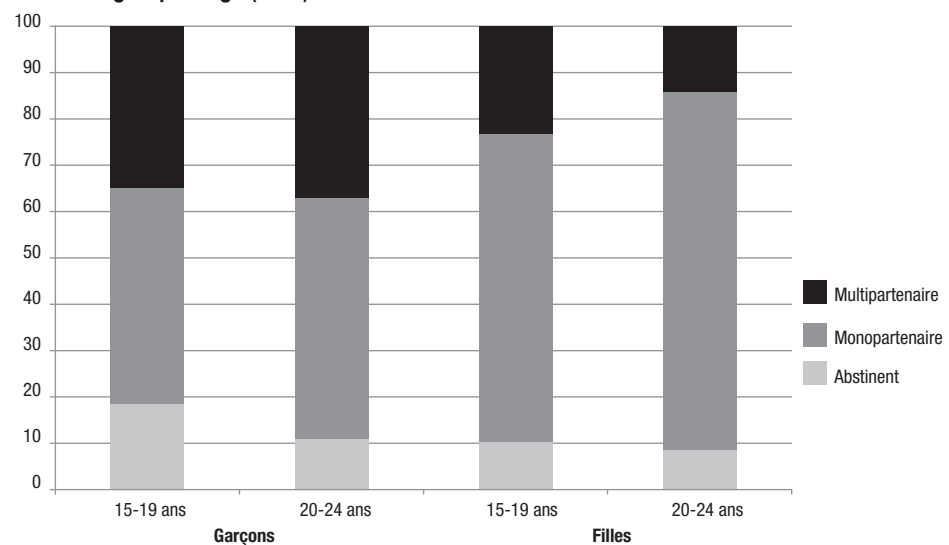
**Champ :** Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

**Sources :** Baromètre santé 2005, INPES.

**Le multipartenariat, un phénomène qui concerne principalement les jeunes et les hommes.** Si les femmes entrent plus tôt dans la sexualité qu'autrefois, leur sexualité se diversifie aussi, comme le montre l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) [Bajos et Bozon, 2008]. En 1970, elles déclaraient en moyenne 1,8 partenaire sexuel au cours de la vie contre 3,3 en 1992 et 4,4 en 2006, tandis que le nombre de partenaires déclaré par les hommes reste stable au cours de la période (autour de 11,5). Selon le Baromètre santé 2005, deux garçons et une fille sur dix âgés de 15 à 19 ans se sont déclarés abstinentes dans les douze mois précédant l'enquête (graphique 3).

Si les garçons sont plus souvent abstinentes, ce sont aussi eux qui déclarent le plus souvent avoir eu plusieurs partenaires au cours d'une période récente (au moins deux partenaires dans l'année, simultanément ou successivement) : 35 % contre 23 % chez les femmes. Entre 20 et 24 ans, la part des abstinentes est similaire chez les femmes et les hommes (un sur dix), tandis que le « multipartenariat » se masculinise davantage : il progresse chez les hommes entre 15-19 ans et 20-24 ans (de 35 % à 37 %), alors qu'il est en recul chez les femmes (de 23 % à 15 %).

GRAPHIQUE 3 • Nombre de partenaires déclarés dans les douze mois précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge (en %)

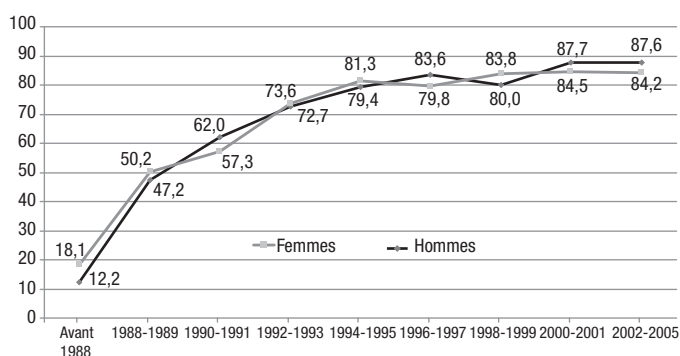


**Champ :** France métropolitaine. Jeunes âgées de 15 à 24 ans.

**Sources :** Baromètre santé 2005, INPES.

**Un recours dominant au préservatif lors des premiers rapports sexuels.** Une évolution remarquable au cours des deux dernières décennies concerne l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel. Confidentiel avant la fin des années 1980 (moins d'un jeune homme sur cinq et d'une jeune fille sur huit déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport), il est devenu la « norme » à la fin des années 1990 avec près de neuf jeunes sur dix, filles ou garçons, qui déclarent y avoir eu recours (graphique 4). Reste qu'entre 10 % et 15 % des jeunes (selon le sexe) n'y ont pas recours. Parmi les facteurs associés à l'utilisation du préservatif, l'âge au premier rapport sexuel constitue le facteur le plus discriminant pour les hommes et les femmes (Baromètre santé 2005), le recours au préservatif étant d'autant moins fréquent que le premier rapport a lieu tardivement. Parmi les autres déterminants, figurent la pratique régulière d'une religion ou le niveau de diplôme (pour les femmes).

**GRAPHIQUE 4 • Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu (en %)**



**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 2005, INPES.

**La contraception davantage au cœur des discussions entre partenaires que les infections sexuellement transmissibles avant le premier rapport sexuel.** Si l'entrée dans la sexualité passe pour neuf jeunes sur dix par le seul mode de contraceptif masculin qu'est le préservatif, il est paradoxal de constater que par la suite, la contraception reste le plus souvent une « affaire de femmes ». Certes, parler de contraception avec son ou sa partenaire est devenu plus courant au fil des générations : plus de deux femmes sur trois et un homme sur deux déclarent avoir eu une discussion autour de la contraception avec leur partenaire avant le premier rapport (tableau 8). Néanmoins, d'après leurs déclarations dans l'enquête Contexte de la sexualité en France, les jeunes garçons reconnaissent volontiers qu'ils abordent moins le sujet si leur partenaire est expérimentée, « comme s'ils pouvaient se défausser de la préoccupation d'une protection sur cette dernière, en raison de son expérience » (Bajos et Bozon, 2008). Après 20 ans, l'usage du préservatif recule au profit de la pilule : entre 20 et 24 ans, 88 % des jeunes filles sexuellement actives et qui souhaitent éviter une grossesse utilisent la pilule (tableau 9).

**TABLEAU 8 • Discussions sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH avant le premier rapport, selon le sexe (en %)**

Sujets abordés avant le premier rapport sexuel	18-19 ans	20-24 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
<b>La contraception</b>					
Femme	70,1	63,0	45,9	23,9	16,3
Homme	48,9	49,6	35,9	24,2	12,7
<b>Les IST et le VIH</b>					
Femme	46,6	44,9	13,6	5,0	3,7
Homme	39,5	38,0	7,2	4,6	3,0

**Champ :** Femmes et hommes de 18 à 69 ans ayant eu des rapports sexuels.

**Sources :** Enquête CSF 2006, INSERM-INED (Bozon et Bajos, 2008).

**TABLEAU 9 • Méthodes de contraception utilisées par les femmes qui déclarent en avoir utilisées au cours des douze derniers mois (en %)**

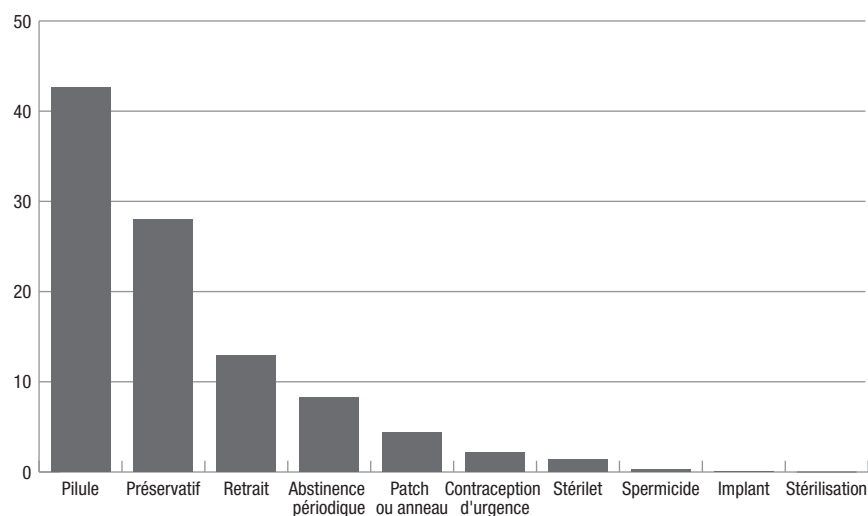
	15-19 ans	20-24 ans
<b>Contraception médicalisée</b>	<b>79,6</b>	<b>89,8</b>
pilule	78,8	87,8
stérilet	0	1,1
implant	0,8	0,9
<b>Contraception non médicalisée</b>	<b>20,4</b>	<b>10,2</b>
préservatif	20,1	9,7
méthodes locales ou naturelles	0,2	0,5

**Champ :** France entière. Femmes sexuellement actives dans les 12 derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête.

**Sources :** Baromètre santé 2005, INPES.

**Le recours à l'IVG se concentre chez les 20-24 ans.** D'après l'enquête sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) menée par la DREES en 2007, deux tiers des jeunes femmes de 16-25 ans avaient utilisé une méthode contraceptive au cours du mois précédant l'IVG, dont plus de 42 % la pilule, un contraceptif médical pourtant réputé très efficace (graphique 5).

**GRAPHIQUE 5 • Part des IVG réalisées chez des jeunes femmes âgées de 16 à 25 ans qui étaient sous méthode contraceptive (en %)**



**Champ :** Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

**Sources :** Enquête IVG 2007, DREES.

Comment expliquer ces échecs ? 44 % des femmes de 16 à 25 ans encore sous méthode contraceptive tombent enceintes à cause d'« oublis » de contraception, et 32 %, à cause d'« erreurs » de contraception. L'oubli de la pilule pendant 1 ou 2 jours, le retard de la prise ou bien encore l'absence d'utilisation du préservatif, du spermicide ou de l'éponge sont évoquées par près d'une jeune femme sur deux, tandis que les « erreurs » de contraception concernent surtout un préservatif déchiré ou glissé ou encore un mauvais calcul de date. Oublis, retards ou erreurs, la gestion du risque de grossesse pèse lourd et principalement sur les jeunes femmes.

Outre la gestion du risque de grossesse, il reste aux femmes à prendre en main leur parcours vers l'IVG en cas de grossesse non désirée. Les premiers résultats de l'enquête IVG montrent que les 16-25 ans s'adressent en premier lieu à leur généraliste (29 %), puis au centre de planification familiale ou aux centres de protection maternelle et infantile (23 %). Les plus jeunes (moins de 16 ans) suivent un parcours différent, se tournant d'abord vers les centres de protection maternelle et infantile (PMI). Une jeune fille sur deux recourt à la méthode médicamenteuse pour interrompre sa grossesse non désirée : 47 % parmi les 13-15 ans et 51 % parmi les 16-25 ans<sup>6</sup>.

6. Les IVG des jeunes femmes de 16 à 25 ans font l'objet d'un encadré dans le dossier sur l'IVG de l'ouvrage (voir page 62).

### ■ ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE: LES GARÇONS DAVANTAGE EXPOSÉS

**Les garçons, victimes d'accidents de sport et loisirs et de la circulation, les filles plus concernées par les accidents domestiques.** Selon le Baromètre santé 2005, les 15-24 ans sont particulièrement concernés par les accidents ou «traumatismes non intentionnels», en premier lieu les accidents de la vie courante, mais aussi les accidents de la circulation qui constituent par ailleurs la première cause de mortalité de ce groupe d'âge.

Près de 10 % des garçons et plus de 6 % des filles âgés de 15 à 24 ans déclarent avoir eu un accident de la vie courante au cours de l'année. Derrière cette formulation, sont comptabilisés entre autres les accidents de sport et loisirs, d'activité domestique ou de bricolage. Le lieu, l'activité et le mécanisme de survenue des accidents de la vie courante sont marqués par des spécificités masculines et féminines. Selon le Baromètre santé 2005, 68 % des accidents de la vie courante dont sont victimes les garçons de 15 à 24 ans concernent un accident de sport et loisirs, 5 % des accidents domestiques, 4 % des accidents survenus en faisant du bricolage, 3 % lors d'activités vitales (besoins personnels, manger, se laver, etc.) et 21 % concernent d'autres activités. Chez les jeunes femmes, la configuration est différente puisqu'elles sont surtout victimes d'accidents domestiques, lesquels représentent 42 % de l'ensemble des accidents de la vie courante, devant les accidents sur les aires de sport et de jeux (26 %), sur la voie publique (13 %). Les accidents de la vie courante ont provoqué 335 décès de jeunes de 15-24 ans en 2006, près d'un décès par jour, en particulier par chute, noyade et intoxication (plus de 50 décès pour chacune de ces causes). Il s'agissait d'hommes quatre fois sur cinq. Quant aux accidents de la circulation, ils sont responsables de 1 184 décès chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2008 et de 29 227 blessés. Les femmes sont trois fois moins concernées par ce type d'accidents.

Tous les jeunes ne sont donc pas égaux face aux accidents et tous les accidents ne sont pas assimilables. Ceux qui relèvent de conduites à risque, de recherches de plaisirs immédiats et de défis lancés aux pairs côtoient des accidents de trajet domicile-école ou domicile-travail ou des accidents de sport de jeunes qui pratiquent une activité physique ponctuelle, régulière voire de haut niveau. Il semble donc difficile d'avoir une lecture unilatérale de ces données.

### ■ AUTONOMIE ET INFORMATION, DEUX AXES MAJEURS DU PLAN SANTÉ DES JEUNES

L'accès des jeunes à la santé a fait l'objet de plusieurs mesures récentes, à la suite du plan Santé des jeunes annoncé en 2008 (encadré 1) et aux nouvelles dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 (encadré 2).

Ces mesures gravitent autour de deux axes : un axe « autonomieaccès aux soins » et un axe « information-éducation ». Le premier comprend des mesures destinées à favoriser l'autonomie des jeunes en facilitant leurs démarches d'accès aux soins, mais aussi à leurs droits, qu'ils méconnaissent le plus souvent. Le second souligne la nécessité de prévenir les conduites à risque au sens large et de renforcer l'information auprès des jeunes.

#### ENCADRÉ 1 LE PLAN SANTÉ DES JEUNES

Ce plan comporte une série de mesures qui visent à mieux protéger la santé des jeunes de 16 à 25 ans, en particulier les plus vulnérables, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité.

##### 1. Face à la diffusion préoccupante des comportements à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées, le plan met l'accent sur :

- la lutte contre les pratiques addictives : la législation sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs sera mieux encadrée et plus protectrice grâce à l'adoption de mesures spécifiques (en particulier l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs) dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ;
- la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées, en agissant sur l'environnement des jeunes (publicité, bonnes pratiques autour des caisses des grandes surfaces, restauration scolaire, etc.), et par la mise en place d'un Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQAL) le 11 février 2008 ;
- la lutte contre l'anorexie, par la mise en œuvre de la charte sur l'image du corps, signée le 9 avril 2008 avec les professionnels du secteur ; la protection des mannequins, en particulier lorsqu'ils sont mineurs, par la médecine du travail et l'inspection du travail et la mise en place d'une politique répressive de l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie.

##### 2. Le plan prévoit également des mesures particulières en faveur des jeunes les plus vulnérables :

- la création de « maisons des adolescents » d'ici à 2010, dans tous les départements, en priorité dans les quartiers populaires, destinées notamment aux jeunes en grande vulnérabilité, et la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller au-devant des jeunes ;
- l'expérimentation d'un programme de prévention santé en milieu scolaire tenant compte des inégalités territoriales en matière de santé ;
- la promotion du numéro vert « fil santé jeunes » réduit à quatre chiffres (3224) et dont la gratuité à partir des téléphones portables devrait être expérimentée ;

- la mise en place d'un dispositif de repérage et de prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique chez les jeunes, en particulier chez les jeunes homosexuels.
- l'adaptation de la campagne contraception 2008-2009 aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

### 3. D'autres mesures concernent le développement des activités physiques et sportives :

- l'augmentation du nombre d'heures d'enseignements sportifs à l'école ;
- le développement du sport à l'université, sur la base des recommandations de la mission spécifique confiée à Stéphane Diagona et Gérard Auneau.

### 4. Enfin, le plan prévoit de renforcer l'autonomie et la responsabilité des jeunes pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé :

- en facilitant l'intégration du système de santé par les étudiants grâce à la possibilité d'effectuer en plusieurs fois le versement de leurs cotisations maladie dès la rentrée 2009 ;
- en permettant la transformation des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) en centres de santé, habilités à délivrer des soins curatifs et à établir certaines prescriptions ;
- en ouvrant le bénéfice d'une consultation annuelle et gratuite, sans avance de frais, chez le médecin généraliste de leur choix, à tous les jeunes de 16 à 25 ans. Les mineurs n'auront pas besoin d'un accord parental.

Source : ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, février 2008.

## ENCADRÉ 2

### DISPOSITIONS CONCERNANT LA SANTÉ DES JEUNES DANS LA LOI HÔPITAL PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (HPST) DU 21 JUILLET 2009

#### La lutte contre les pratiques addictives

- Alcool : interdiction de vente d'alcool aux mineurs (article 93 de la loi HPST - L. 3342-1 du Code de santé publique)

La loi HPST simplifie et harmonise la réglementation en vigueur :

- l'interdiction de vente concerne aussi bien la consommation sur place que la vente à emporter ;
- l'interdiction concerne tous les mineurs et toutes les boissons alcooliques quel que soit le lieu ;
- l'interdiction porte aussi sur l'offre gratuite à des mineurs dans les lieux publics.

Le non-respect de l'interdiction constitue un délit passible d'une amende de 7 500 euros ou, en cas de récidive dans les cinq ans, d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

- Alcool : obligation de prévoir des boissons sans alcool lors des « happy hours » (article 96 de la loi HPST - L. 3323-1 du Code de santé publique)

Cette loi instaure l'obligation de pratiquer la promotion des boissons sans alcool au même titre que celle pratiquée pour les boissons alcooliques lors des « happy hours » (pratique commerciale qui propose des boissons alcooliques à prix réduit pendant quelques heures).

- Tabac : interdiction de la vente de tabac aux moins de 18 ans (article 98 de la loi HPST - L. 3511-2 du Code de la santé publique)

Cette loi recule l'âge légal de vente de tabac aux mineurs de 16 à 18 ans, en cohérence avec l'interdiction posée pour l'alcool et en conformité avec la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, qui prévoit l'interdiction de vente du tabac aux mineurs. La vente et la distribution de « cigarettes bonbons » sont également interdites.

#### Contraception et grossesses non désirées

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées : les missions des sages-femmes sont élargies (article 86 de la loi HPST)

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées : un rôle renforcé pour les infirmières (article 88 de la loi HPST).

La loi permet désormais aux infirmières de renouveler pour une période de 6 mois une prescription de contraceptifs oraux. Cela concerne l'ensemble des infirmières, quel que soit le statut des structures dans lesquelles elles exercent. Dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmières scolaires peuvent également renouveler cette prescription.

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées : le rôle de relais des pharmaciens (article 89 de la loi HPST)

La loi les autorise à dispenser, sur présentation d'une ordonnance périmée datant de moins d'un an prescrivant des contraceptifs oraux, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement pour une période non renouvelable de 6 mois.

#### Consultations de prévention

- La prévention envers les 16-25 ans (article 55 de la loi HPST - L. 162-1-18 du Code de la santé publique).

Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais. Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite.

Cet article est complété par l'article 40 de la loi de finances de la Sécurité sociale (LFSS) 2010, qui précise que ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa.

**Autonomie et accès aux soins : faire en sorte que les jeunes deviennent acteurs de leur santé.** L'un des objectifs prioritaires de la politique de santé à destination de la jeunesse est de lutter contre les difficultés que rencontrent certains jeunes pour accéder aux soins. Cela passe par une meilleure information sur les possibilités d'accès à des consultations ainsi que sur les aides financières existantes ou qui seront bientôt mises en place : l'aide à la complémentaire santé, la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, la consultation annuelle pour les 16-25 ans sans avance de frais ni reste à charge, la possibilité de paiement des cotisations maladie en plusieurs fois pour les étudiants, l'ouverture de « consultations jeunes consommateurs » dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour une prise en charge

spécifique. Cela passe aussi par une meilleure connaissance du système de soins et des structures et dispositifs d'accueil à vocation médicale ou sociale, ciblés ou non sur les jeunes : les centres de planification et d'éducation familiale, les maisons des adolescents, les espaces santé jeunes, les points d'accueil et d'écoute jeunes, les missions locales ou encore le numéro vert « fil santé jeunes ». Il s'agit ainsi de garantir à l'ensemble des jeunes un accès équitable à la prévention et aux soins.

Dans cette perspective, le plan Santé des jeunes prévoit la création d'une maison des adolescents par département d'ici 2010, ainsi que le développement d'équipes mobiles. Par ailleurs, il envisage l'expérimentation de la gratuité des appels au numéro vert « fil santé jeunes » à partir de téléphones portables afin de faciliter l'accès à ce service d'écoute et d'orientation.

**Information et éducation : une attention particulière à la lutte contre les addictions et le mal-être.** La politique de santé envers les jeunes s'exerce également en termes de prévention, à la fois individuelle et collective. Interrogés dans le Baromètre santé sur leur sentiment d'information vis-à-vis des grandes thématiques de santé, les jeunes attestent sinon d'une connaissance, au moins d'un intérêt pour deux domaines spécifiques que sont les substances psychoactives et la sexualité (encadré 3).

Les problèmes de santé qui émergent dans la population des 16-25 ans sont souvent en lien avec des comportements à risque, dont les conséquences peuvent être invalidantes à plus ou moins long terme sur les plans physique, psychique ou social. L'objectif est donc de prévenir ces comportements ou de réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de mortalité.

Face à la diffusion préoccupante des conduites à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées, le plan Santé des jeunes met l'accent sur :

- la lutte contre les pratiques addictives, notamment par la mise en cohérence de la législation sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs, en lien avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ;
- des habitudes nutritionnelles plus équilibrées, en favorisant un environnement propice, notamment en matière de publicité, de bonnes pratiques autour des caisses des grandes surfaces, de restauration scolaire, de charte de qualité, en concertation avec les professionnels du secteur et les associations de consommateurs. Cet environnement sera suivi grâce à la création d'un Observatoire de la qualité alimentaire ;
- la lutte contre l'anorexie, grâce à une charte signée avec les professionnels du secteur de l'image, au renforcement de la protection des mannequins en particulier mineurs par la médecine du travail et l'inspection du travail, ainsi qu'une interdiction de l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie dans les médias ;
- le développement des activités physiques et sportives avec un nombre d'heures d'éducation physique à l'école revu à la hausse.

### ENCADRÉ 3

#### **SENTIMENT D'INFORMATION DES JEUNES DE 16-25 ANS SUR LES GRANDS THÈMES DE SANTÉ (BAROMÈTRE SANTÉ 2005, INPES)**

Interrogés sur leur niveau d'information concernant les grands thèmes de santé, les réponses des jeunes âgés de 16-25 ans en 2005 mettent en évidence deux sujets sur lesquels ils se sentent particulièrement bien informés : les substances psychoactives et la sexualité. Tabac, alcool, sida et contraception figurent en haut du classement des domaines cités. 93% des 16-25 ans se déclarent « très » ou « plutôt bien » informés du tabac, 89% citent ce même niveau d'information à propos du sida (tableau). Ils sont respectivement 87% et 83% pour ce qui est de l'alcool et de la contraception. En revanche, un peu moins de sept jeunes sur dix se sentent « très bien » ou « plutôt bien » informés à propos du cannabis. Cette proportion a toutefois fortement augmenté depuis le début des années 2000. Contrairement aux quatre thématiques citées précédemment, où les sentiments d'information semblent bien partagés entre les différents groupes d'âge, le cannabis est la thématique où les jeunes se démarquent de leurs aînés (26-75 ans), qui sont seulement 53% à estimer être « très bien » ou « plutôt bien » informés.

Sur tous les autres thèmes, le sentiment d'information est moindre : moins de six jeunes sur dix se disent « très » ou « plutôt » informés. C'est le cas du cancer, de l'alimentation, des infections sexuellement transmissibles et plus encore des thématiques environnementales (pollutions de l'air et de l'eau).

Les mesures de la loi HPST visent à interdire la vente aux mineurs de boissons alcoolisées ou de « cigarettes bonbons » contenant des produits dont les arômes sucrés effacent l'âpreté des premières cigarettes et favorisent la dépendance à la nicotine. L'interdiction concerne aussi la consommation d'alcool sur la voie publique à proximité d'établissements scolaires. Répressives, ces mesures sont principalement destinées à protéger les jeunes qui n'ont pas encore expérimenté ces produits ou ne sont pas encore devenus des usagers réguliers.

Elles sont accompagnées de mesures éducatives qui s'appuient sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs du monde de la santé, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, sociale et familiale pour des actions adaptées et coordonnées, visant le bien-être du jeune. Des contrats cadre de partenariat en santé

publique lie ainsi le ministère chargé de la santé et les ministères en charge des jeunes comme l'Éducation nationale, l'Enseignement supérieur, l'Agriculture pour les établissements scolaires agricoles et la Justice avec les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

**Des mesures envers les jeunes les plus vulnérables: un accompagnement sanitaire et social.** Les jeunes les plus vulnérables ne constituent pas un groupe homogène tant les situations et contextes de vie sont variés: jeunes en insertion, étudiants «pauvres», jeunes relevant des services de la PJJ, nouveaux migrants en France, jeunes en rupture, en errance. Cependant, un certain nombre de problèmes relatifs à la santé se retrouvent chez ces différentes catégories de population tant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de comportements à risque que de difficultés dans les conditions de vie, l'accès à la prévention, aux droits et aux soins.

Ces difficultés sont plus importantes que pour les autres jeunes du même âge. Elles sont la source de nombreuses vulnérabilités et les multiples déterminants de cette vulnérabilité nécessitent une synergie particulière de nombreux partenaires aux niveaux national, régional et local.

Si les grandes lignes du plan Santé des jeunes concernent l'ensemble des 16-25 ans, certaines mesures ciblent les plus vulnérables d'entre eux. C'est notamment le cas de l'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire et de la lutte contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité: un quart des garçons accueillis pour suicide évoquent leur homosexualité pour la première fois après leur tentative. Une campagne contraception doit également être déclinée pour répondre aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

Le plan Santé des jeunes préconise une approche non segmentée, permettant au jeune d'accéder à la santé et au bien-être. Il apparaît évident qu'une démarche ciblant uniquement la santé ne serait pas suffisante et doit s'articuler avec une prise en charge plus globale d'intégration ou de réintégration sociale. Cette cohérence doit transparaître aussi bien dans le dispositif d'aides que dans les lieux d'accueil et de prise en charge des jeunes.

### ■ CONCLUSION

Ces dernières années, la santé des jeunes a fait l'objet d'une attention politique particulière. Le plan Santé des jeunes (2008), la loi HPST (2009) et la Conférence biennale qui s'est tenue en octobre 2009 ont permis de faire le point sur la situation et de définir les enjeux. Prévention, éducation pour la santé, information, autonomie, telles sont les grandes orientations des mesures annoncées pour une approche globale de la santé des jeunes. Les recommandations issues de divers travaux menés sur ce sujet ont ainsi souligné la nécessité:

- d'une politique globale et d'une bonne coordination des acteurs;
- d'une prise en compte des liens santé/social, des liens santé physique/santé mentale, des facteurs environnementaux;
- de la continuité des actions entreprises.

Les réponses apportées aux problèmes de santé des jeunes ont en effet trop souvent été morcelées car liées aux préoccupations thématiques ou institutionnelles et les différents acteurs impliqués auprès des jeunes ont parfois du mal à partager une analyse et à coordonner leurs actions. Une approche en partenariat pluridisciplinaire s'impose donc pour assurer cohérence et continuité des actions.

### Bibliographie

- Bajos N., Bozon M.** (sous la dir. de), 2008, *La sexualité en France*, La Découverte, Paris, 2008, p. 136.
- Beck et al.**, 2009, «L'usage de substances psychoactives», fiche rédigée dans le cadre de la Conférence biennale sur la santé des jeunes, Paris, 29 octobre.
- Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Lahaie E. et al.**, 2010, *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes*, OFDT.
- Deschamps V., Salanave B., Vernay M., Guignon N., Castetbon K.**, 2010, «Facteurs socioéconomiques associés aux habitudes alimentaires, à l'activité physique et à la sédentarité des adolescents en classe de troisième en France (2003-2004)-cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 13, avril.
- Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al.**, 2006, «Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 33: 244-247.
- Galland O.**, 2009, Note sur l'autonomie.
- Legleye S.**, 2009, «Entretien avec...», *Tabac actualités*, n° 101, INPES, p. 5.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M.**, 2009a, «Alcool, tabac et cannabis à 16 ans», *Tendances*, OFDT, n° 64, janvier.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C.**, 2009b, «Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapas 2008», *Tendances*, OFDT, n° 66.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Godeau E.**, 2008, «Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence», *Tendances*, OFDT, n° 59, mars.
- OFDT**, 2009, *Drogues. Chiffres clés*, 2<sup>e</sup> édition, juin.
- OCDE**, 2009, *Des emplois pour les jeunes*, 214 p.