



Santé perçue et comportements de santé des jeunes

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques

François Beck

Département
Enquêtes et analyses statistiques

*Institut national
de prévention
et d'éducation
pour la santé*

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.*

À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les jeunes construisent leurs représentations et acquièrent des comportements qui peuvent avoir des conséquences immédiates ou ultérieures sur leur santé. Il s'agit d'une période charnière, d'autant plus qu'elle est également synonyme de changements dont l'impact ne doit pas être négligé : physique (puberté), scolaire (fin du lycée et éventuellement études supérieures), professionnelle (début de la vie active ou période de chômage), familiale (départ du domicile parental, mise en couple, premier enfant...). Placer l'effort de prévention sur les jeunes apparaît donc crucial d'autant plus lorsque le retard de certaines acquisitions dès les premiers âges de la vie constitue le socle de l'installation des inégalités sociales de santé [67, 89].

La santé des jeunes est l'objet de toutes les attentions et de toutes les inquiétudes souvent relayées et amplifiées par les médias sur la base de faits divers ou de reportages ciblés montés pour provoquer de l'émotion. De ces émotions peuvent naître et se répandre certaines croyances. De ce fait, le regard porté sur cette tranche d'âge manque parfois de recul et de perspectives. Les enquêtes en population générale sont donc indispensables pour quantifier les pratiques engagées au cours de cette période de la vie. Le recours aux enquêtes représentatives menées auprès des jeunes permet de rendre compte des pratiques de la jeunesse par une description de leurs comportements reposant sur leurs propres déclarations.

Santé perçue

Globalement, 96 % des jeunes de 15 à 30 ans se déclarent en bonne santé. La moitié d'entre eux considère même que leur santé est excellente ou très bonne (47 %). Ces perceptions tendent à diminuer avec l'avancée en âge : 59,5 % des 15-19 ans se disent en très bonne santé, alors que les 20-25 ans ne sont plus que 45 % à avoir cette opinion et les 26-30 ans sont encore moins nombreux, soit 38 % [4]. Leur perception positive révèle également de fortes disparités entre les sexes. Les jeunes femmes présentent toujours une appréciation plus négative de leur santé que les hommes du même âge. Selon l'échelle de Duke, elles obtiennent un score en matière de qualité de vie inférieur de plus de 10 points sur les indicateurs de santé physique : 70 pour les femmes et 80 pour les hommes. Elles s'avèrent aussi plus sujettes aux problèmes d'anxiété (36 vs 28) et de dépression (34 vs 24). Notons enfin que parmi l'ensemble des jeunes, ce sont les jeunes chômeurs qui se considèrent le plus fréquemment en mauvaise santé (9 %).

Comportements de santé des jeunes : quelques facteurs de risque ou de protection

C'est parmi les 15-30 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée (44 % de fumeurs actuels dont 36 % de quotidiens). Entre 2005 et 2010, cette prévalence a augmenté de 3 points alors qu'elle avait baissé de 5 points entre 2000 et 2005 passant de 46 % à 41 % (les jeunes scolarisés ou étudiants fumeurs de manière régulière sont 23 %, ceux qui ont un emploi sont 42 %, alors que les chômeurs sont 53 %).

L'âge d'initiation de la première cigarette est fortement corrélé à la fois au fait de fumer quotidiennement et au fait de fumer au moins dix cigarettes par jour. Ainsi, ceux qui ont fumé leur première cigarette avant 14 ans sont 66 % à fumer quotidiennement entre 20 et 25 ans et 30 % à en fumer au moins dix par jour. Ceux qui ont commencé à 18 ou 19 ans ne sont que 33 % à fumer quotidiennement et 14 % à fumer au moins dix cigarettes par jour entre 20 et 25 ans.

La consommation annuelle d'alcool chez les 15-30 ans a augmenté de 3,5 points entre 2005 et 2010 (82 % vs 79 % ; $p < 0,001$). L'usage hebdomadaire est en légère hausse par rapport à 2005 avec 48 %. L'usage quotidien, bien que faible – 2,5 % entre 15 et 30 ans – est stable, alors qu'il diminue en population générale (15 % en 2005 ; 11 % en 2010).

En 2010, un tiers des 15-19 ans a rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (40,8 % des garçons, 25 % des filles), contre un quart en 2005.

Les sex-ratios concernant les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes ont nettement diminué entre 2005 et 2010, les rapprochements étant particulièrement visibles parmi les jeunes, cette tendance ayant également été relevée dans de nombreux pays européens [44].

Entre 2005 et 2010, on constate une augmentation des consommations d'alcool hebdomadaires ou ponctuelles importantes, que ce soit chez les actifs, les étudiants ou les chômeurs. Le statut d'étudiante est fortement corrélé à l'augmentation de survenue d'ivresse, alors que c'est la situation de chômage ou d'inactivité qui l'est avec le risque chronique chez les hommes.

La consommation de cannabis n'a pas varié entre 2005 et 2010 alors qu'elle avait augmenté de 2000 à 2005. En 2010, l'usage régulier (au moins 10 fois par mois) de cannabis concernait 2,5 % des 15 à 30 ans, et 11 % au cours des 30 derniers jours et 19 % au cours 12 derniers mois. La France reste néanmoins un des pays d'Europe où la prévalence au cours des 30 derniers jours est la plus élevée [44].

En 2010, moins d'un pour cent (0,9 %) des 15-30 ans (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes) déclarent

avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Cette proportion apparaît relativement stable depuis 2000. Cinq pour cent des 15-30 ans (2,7 % des hommes et 7,3 % des femmes) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

La moyenne des temps de sommeil déclarés par les 15 à 30 ans est de 7 h 26, ce qui apparaît insuffisant par rapport au temps de sommeil recommandé à ces âges. Ainsi, 23 % des jeunes (vs 17 % des 31-45 ans) se trouvent aujourd'hui en dette de sommeil (par convention quand il y a une différence d'au moins 90 minutes entre le temps de sommeil effectif et celui jugé nécessaire pour être en forme le lendemain, ce qui est équivalent de plus d'une nuit de sommeil chaque semaine).

Le temps moyen de sommeil diminue avec l'avancée en âge. Il passe de 7 h 37 pour les 15-19 ans à 7 h 27 pour les 20-25 ans, puis à 7 h 15 pour les 26-30 ans. Cette baisse du temps de sommeil, amorcée dès le collège, s'avère liée à une concurrence avec les loisirs et le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, tablette ou téléphone portable), tout comme pour les collégiens. L'usage, le soir, d'outils électroniques et audiovisuels aurait pour conséquence une diminution de 30 à 45 minutes de temps de sommeil [63].

Tout comme leurs aînés, les jeunes peuvent être concernés par les troubles du sommeil. Ainsi, les 15-30 ans sont 13 % à déclarer avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours. Ce chiffre est quasi constant depuis 2000 (12 %). Les jeunes sont aussi 17 % à être insatisfaits de leur sommeil, 14 % à être en insomnie chronique et 8 % à somnoler régulièrement pendant la journée.

De manière générale, les femmes entre 15 et 30 ans sont plus nombreuses que les hommes du même âge à être sujettes aux troubles du sommeil : 19 % d'entre

elles sont insomniaques vs 9 % de leurs homologues masculins.

Les différences de troubles du sommeil sont également liées à la situation socio-professionnelle du jeune. Les étudiants sont, en effet, plus nombreux à avoir une dette de sommeil (28 %) que les jeunes actifs (20 %) et surtout que les jeunes qui sont au chômage (18,5 %).

L'âge et le sexe apparaissent comme des variables discriminantes importantes pour tous ces comportements de santé. Une approche mêlant le genre et l'appréhension de la santé et des comportements de santé semble particulièrement adaptée ; les jeunes filles tendent ainsi à se déclarer en moins bonne santé que les jeunes hommes, à davantage souffrir de problèmes de santé mentale ou de troubles du sommeil, mais consomment moins de substances psychoactives qu'eux. Elles présentent par ailleurs des habitudes alimentaires globalement plus favorables à leur santé. Ces différences traduisent des représentations de la santé spécifiques et des attitudes « genrées » à l'égard de la santé qu'il convient de ne pas négliger quand on intervient auprès de ces publics. On le voit aussi sur ces quelques exemples, les inégalités sociales de santé ne se dessinent pas qu'en termes de morbidité et de mortalité survenant très majoritairement en fin de vie, elles se cristallisent dès les plus jeunes âges et l'adolescence, notamment autour des comportements de santé. La jeunesse ne recouvre pas une catégorie uniforme, mais il existe différentes jeunesse et plusieurs critères pèsent sur les comportements de santé et le recours aux soins des jeunes. Intervenir auprès des jeunes permet de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé ou l'installation de comportements défavorables à la santé. Il semble crucial d'agir le plus précocement possible pour obtenir une réduction des inégalités sociales de santé. †

Les cohortes d'enfants et d'adolescents en France

Le principe des cohortes épidémiologiques est le suivi longitudinal d'un groupe de sujets. Une distinction majeure doit être faite d'emblée entre cohortes de malades souffrant d'une pathologie particulière et cohortes en population générale.

L'objectif des cohortes de malades est d'étudier l'évolution d'une maladie, naturelle ou sous traitement, elles incluent un nombre souvent restreint de sujets habituellement recrutés en milieu médical. Il existe de nombreuses études de cohortes d'enfants souffrant de pathologies diverses ou d'adolescents ayant fait une tentative de suicide, par exemple.

Nous ne citerons ici que les cohortes en population générale, qui s'intéressent essentiellement aux causes

des maladies, particulièrement les maladies multifactorielles aux déterminants environnementaux et génétiques multiples. Concernant spécifiquement les enfants et les adolescents, un intérêt majeur des cohortes en population est l'étude du développement physique, cognitif et moteur, psychologique, affectif, social. Ces cohortes doivent inclure et suivre des échantillons parfois très vastes, pour lesquels sont recueillies, de façon prospective, des données personnelles, de mode de vie, sociales, professionnelles et environnementales, et s'accompagnent de biobanques.

Les cohortes d'enfants

Plusieurs cohortes « de naissance » existent actuellement en France. On peut citer la cohorte Eden, mise

Marie Zins
Marcel Goldberg
 Unité Cohortes épidémiologiques en population, UMS 011, Inserm-UVSQ, Villejuif
Marie-Aline Charles
 UMS Ined-Inserm-Elfe, Paris