

La santé des jeunes

- > adsp n° 10
- > adsp n° 86
- > adsp n° 96

Dans plusieurs numéros, la revue *Adsp* s'est intéressée à la santé des jeunes. Dès 1995, dans le premier dossier consacré à cette population, on constatait que, si globalement les indicateurs décrivant la santé des jeunes s'amélioraient, il demeurait des problèmes spécifiques, comme la souffrance psychique ou la consommation de produits psychoactifs. En 2014 un nouvel état des lieux mettait en exergue les inégalités sociales et leur poids dans la construction du capital santé des individus dès leur enfance.

Renée Pomarède
Médecin de santé
publique

Marie Choquet
Épidémiologiste
et psychologue,
directrice de
recherche horaire
à l'Institut national
de la santé et de la
recherche médicale
(Inserm)

**Marie-Hélène
Bouvier-Colle**
Directrice de
recherche émérite
à l'Inserm,
membre d'honneur
du Collège national
des gynécologues et
obstétriciens français

Dominique Deugnier
Médecin de santé
publique

La société française a connu en vingt ans des bouleversements accélérés. Certains sont plutôt positifs, comme la diminution de la mortalité néonatale, l'accroissement de la durée de la vie (ce qui a diminué le nombre d'adolescents orphelins et augmenté le nombre de ceux qui ont encore tous leurs grands-parents, voire des arrière-grands-parents), l'augmentation du niveau d'études des parents, l'amélioration des conditions d'habitat. D'autres plutôt négatifs, comme l'augmentation du niveau de chômage, en particulier celui des jeunes, l'accroissement des ruptures familiales et des familles monoparentales (dont le niveau de vie est inférieur de 30 % à celui des couples mariés ou vivant ensemble), l'augmentation de la pollution environnementale, atmosphérique et alimentaire, dont les perturbateurs endocriniens. Quant à la révolution des nouvelles technologies, elle permet à la fois des connaissances plus larges et des informations plus rapides, mais peut avoir des conséquences dramatiques quand leur usage est trop précoce, trop intense ou non contrôlé.

Comment dans cette société en mutation, la santé des jeunes a-t-elle évolué ? Il n'est pas aisé de parler de la santé des jeunes dans un pays où l'on nous explique quotidiennement que les dépenses de santé ne peuvent que s'accroître du fait du vieillissement inexorable de la population. D'autant que la jeunesse, passée la première année de vie, est caractérisée par une bonne santé et semble être donc le plus bel âge de ce point de vue. Il

n'existe pas de synthèse sur l'évolution de la santé des jeunes, mais des études ciblées sur certains aspects, telles l'obésité ou les addictions par exemple. Il est ici proposé, sans viser l'exhaustivité, d'analyser l'évolution de la santé des adolescents et des politiques de santé mises en place à leur intention.

Les jeunes dont nous parlons sont les personnes âgées de 10 à 24 ans, vivant en France. Les évolutions sont chaque fois que possible considérées sur vingt ans.

La place des jeunes, en termes démographiques (nombre et pourcentage), tend à diminuer

En 2017, on compte en France 11,6 millions d'individus âgés de 10 à 24 ans, soit 18 % de la population tous âges confondus. En 1995, ils étaient 12,3 millions et représentaient 20 % de la population. Toutefois, les garçons sont toujours plus nombreux que les filles : sexe masculin, 5,9 millions ; sexe féminin, 5,7 millions (source Insee [1]).

L'espérance de vie des jeunes a augmenté de façon remarquable : cinq ans pour les garçons, plus de trois ans pour les filles

À l'âge de 20 ans, l'espérance de vie est actuellement pour le sexe masculin de 59,8 ans (contre 54,7 ans en 1995) et pour le sexe féminin de 65,8 ans (contre 62,5 en 1995). Parallèlement, le différentiel entre sexe masculin et sexe féminin a diminué, passant de 7,8 ans en 1995 à 6 ans en 2014.

RÉFÉRENCES

1. Insee. Situation démographique, 1995, 2017 [database sur Internet]. Insee, 2017.

2. Inserm. Statistiques des causes de décès 1995 et 2014 [database sur Internet]. Inserm, juin 2017.

La mortalité a chuté d'un facteur 2,3

En 2014, on a enregistré 2 560 décès de jeunes âgés de 10 à 24 ans, soit 2 à 3 fois moins qu'en 1995 (6 000 décès), source Insee [1]. Les taux de mortalité générale pour 100 000 ont également diminué de façon importante (tableau 1).

Les causes de mortalité sont les mêmes, leur fréquence a beaucoup diminué

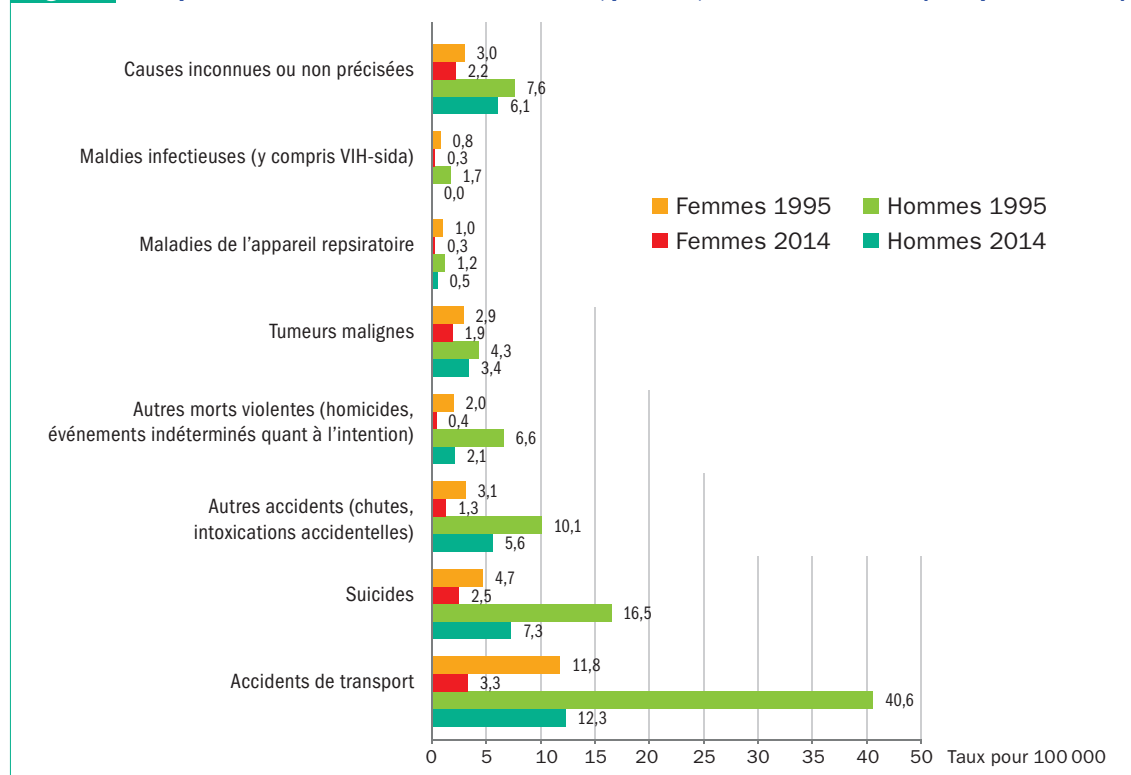
Bien qu'en nette diminution, la mortalité des jeunes relève toujours principalement de causes accidentelles et violentes (figure 1), qu'il s'agisse des accidents de transport (première cause, taux de 12,4 pour 100 000

Tableau 1 Mortalité générale des jeunes en France par groupe d'âge et par sexe, effectifs et taux pour 100 000, en 1995 et en 2014

	1995		2014		Indice d'évolution (b/a)
	Effectifs	Taux (a)	Effectifs	Taux (b)	
Hommes					
10-14 ans	398	20,0	186	9,0	0,45
15-19 ans	1276	66,0	552	29,0	0,44
20-24 ans	2 605	125,0	1 080	63,0	0,50
Femmes					
10-14 ans	278	15,0	134	7,0	0,47
15-19 ans	540	29,0	258	14,0	0,48
20-24 ans	903	44,0	250	21,0	0,48

(a) et (b) taux pour 100 000.

Figure 1 Principales causes de mortalité des 15-24 ans, par sexe, en 1995 et en 2014 (taux pour 100 000)



pour les 15-24 ans de sexe masculin et de 3,3 pour le sexe féminin), d'autres accidents tels que les chutes et les intoxications accidentelles, ou encore des suicides (deuxième cause, taux de 7,3 pour 100 000 pour les 15-24 ans de sexe masculin et de 2,5 pour le sexe féminin) [2]. Les disparités par sexe restent donc considérables malgré le rapprochement des comportements des uns et des autres.

Particulièrement remarquable est l'évolution de la mortalité par accident de transport, trois fois moins fréquente en 2014 qu'en 1995 (figure 1). Ainsi, en 1994, 2 099 jeunes (15-24 ans) mouraient chaque année

d'accidents de transport; en 2015, les chiffres sont beaucoup plus bas mais on déplore encore 592 morts.

Toutes les autres causes sont en diminution, y compris les affections de l'appareil respiratoire (asthme inclus), les tumeurs malignes ou les maladies infectieuses.

Les gains sur la mortalité sont à mettre en rapport d'une part avec le progrès technique médico-chirurgical, d'autre part avec la politique de prévention, notamment vis-à-vis des accidents de la route et plus spécifiquement associés aux deux roues qui étaient une grande cause de mortalité des jeunes dans les années 1980. La contrepartie est le développement de la morbidité chronique.

La santé mentale des adolescents : une question clé

La santé mentale des adolescents est devenue une question prioritaire dans les pays industrialisés, où la santé physique est globalement satisfaisante et les taux de mortalité faibles. Les problèmes de santé « psychosociale », en particulier la consommation de substances psychoactives, les troubles alimentaires, la violence, la dépression, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, peuvent avoir des répercussions importantes non seulement sur la santé somatique des sujets, mais aussi sur leur vie familiale, sociale et professionnelle à court et à long termes.

La période de l'adolescence jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte dure près de quinze ans (de 11 à 25 ans). Elle s'est allongée et modifiée dans le temps. Si la puberté en signe le début (vers 11 ans pour les filles, un peu plus tard pour les garçons), la fin dépend de la situation économique, sociale et affective des sujets. Ceux qui font des études longues sont plus longtemps dépendants de leurs parents, s'installent plus tardivement en couple et vivent une vie d'adolescent au-delà de 18 ans (âge de la majorité légale). Ceux qui abandonnent leurs études précocement ou font des études courtes restent aussi dépendants plus longtemps, faute de trouver un travail stable et rémunérateur. On convient donc que c'est vers l'âge de 25 ans que l'autonomie affective, sociale et économique s'acquiert, signant ainsi la fin de l'adolescence. Les résultats qui suivent sont issus des enquêtes décrites page 41.

La consommation d'alcool, tabac et cannabis

L'entrée de la consommation des principaux produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis) a souvent lieu avant l'âge de la majorité, sans qu'on observe une évolution vers une consommation plus précoce des substances. On montre même une entrée plus tardive dans l'usage du tabac. Cette idée que la consommation est de plus en plus précoce fait partie de ce que l'Observatoire

français des drogues et des toxicomanies (OFDT) appelle « *le mythe contemporain du rajeunissement des usages* ».

Par contre, toutes les enquêtes concordent, et ce depuis 1993, sur les points suivants.

- À propos de l'expérimentation des substances, l'alcool vient en tête, suivi du tabac et du cannabis. Cet ordre est resté le même depuis une vingtaine d'années, malgré des évolutions différentielles selon les substances.
- En matière de consommation régulière des substances, le tabac vient en tête, suivi de l'alcool puis du cannabis, et ce quel que soit l'âge des jeunes.
- Il existe des différences entre garçons et filles, même si celles-ci tendent à diminuer. Les garçons sont plus nombreux à consommer de l'alcool et du cannabis que les filles, et plus la consommation devient régulière, plus la différence est importante.
- Toutes les consommations augmentent avec l'âge, quel que soit le sexe. Si l'expérimentation du tabac et de l'alcool augmente surtout au collège, leur consommation régulière connaît une augmentation importante au lycée. Quant au cannabis, son expérimentation augmente sensiblement tout au long de l'adolescence.

Quant à l'évolution de la fréquence de la consommation, selon l'enquête ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs) auprès des jeunes de 16 ans, qui dispose de données comparables depuis 1999 jusqu'en 2015, on observe les résultats suivants.

- Une diminution régulière de la consommation de tabac, même si la moyenne française reste au-dessus de la moyenne européenne. En effet, le tabagisme des jeunes a diminué sensiblement dans la majorité des pays européens.
- Une évolution contrastée de la consommation d'alcool, avec une diminution entre 1999 et 2003, puis une augmentation entre 2003 et 2011 et une diminution récente importante. Depuis 2011, la consommation d'alcool des jeunes en France se situe au-dessus de

RÉFÉRENCES

1. Choquet M., Granboulan V. Jeunes suicidants à l'hôpital. EDK, *Épidémiologie Santé publique*, 2004.
2. Suicide. Rapports de l'Observatoire national du suicide. 2014-2016.
3. Amsellem-Mainguy Y. Le suicide des jeunes – les fiches Repères de l'INJEP.

La santé mentale, cette grande inconnue

Des spécificités de la santé mentale des adolescents

Entre 10 et 25 ans, les troubles liés à la santé mentale sont à la fois nombreux, fluctuants et difficiles à mesurer. Certes, la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est caractérisée par une fragilité émotionnelle, relationnelle et sociale, et donc source de troubles de l'humeur et de conduites à risque. Mais ces conduites et troubles peuvent être exceptionnels, occasionnels, plus réguliers voire envahissants et entraver le fonctionnement quotidien des sujets. De plus, certains comportements à risque peuvent être passagers et donc plus typiques de l'adolescence (il en est ainsi de certaines conduites de consommation de substances psychoactives et des conduites violentes), alors que d'autres, moins bruyants et moins perceptibles (comme l'isolement social, les idées suicidaires, les troubles des conduites alimentaires) peuvent présager de difficultés ultérieures d'intégration sociale et professionnelle. Tout est ainsi une question de fréquence, de cumul, de persistance, de contexte. Plus les troubles (ou comportements) sont fréquents, persistants, se cumulent et se situent dans un contexte psychosocial défavorable, plus il y a des risques pour l'avenir de la santé mentale du sujet.

Reste que, pour la majorité des pathologies de santé mentale, le diagnostic est plus difficile à réaliser durant l'enfance que durant l'âge adulte.

Évolution des concepts

La « bonne mesure » d'un comportement ou d'un état de santé dépend à la fois de sa *définition*, des *critères diagnostiques* et des *outils* qui en permettent la mesure. Or :

- contrairement à bon nombre de troubles d'ordre somatique, les *définitions* en matière de santé mentale, ainsi que les symptômes qui les caractérisent, ont été établies plus tardivement et ont connu une sensible évolution depuis une vingtaine d'années. Un exemple important est l'évolution du concept de l'addictologie. En trente ans, sans nier des spécificités par produit, un concept générique d'addiction et de conduites addictives s'est progressivement imposé grâce aux nouvelles

connaissances acquises par la neurobiologie et les neurosciences ;

- comme les *outils de mesure* sont consécutoifs à la définition et à l'établissement de *critères diagnostiques*, on note qu'ils ont évolué sensiblement avec le temps et que les outils de mesure (les « questions ») proposés sont multiples, tout comme les modes de passation (« auto ou hétéro passation »).

Ces difficultés de mesure ne sont pas uniquement le fait des comportements complexes (comme l'addiction, les troubles des conduites alimentaires ou la dépression), mais aussi des comportements qui paraissent *a priori* plus simples à mesurer, comme la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis. En effet, il existe de multiples questionnaires et questions sur ces thèmes, ce qui met en cause la comparabilité des résultats. Ainsi il y a des différences dans la formulation de la question, le temps de référence étudié (durant la vie, l'année, les six derniers mois, le dernier mois...) et les catégories de réponses proposées... À titre d'exemple, pour la consommation de tabac, les questions « Fumez-vous ? » et « Avez-vous déjà fumé ? » ne font pas référence au même temps d'observation et ne donnent donc pas les mêmes résultats. Depuis une quinzaine d'années, l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) s'évertue à proposer des questions standardisées afin de faciliter la comparaison des résultats d'enquêtes. Si la tâche est lourde, tant chaque institution, chaque enquête a ses habitudes et contraintes, un vrai pas en avant a été opéré par l'OFDT et, dans l'avenir, on peut s'attendre à plus de cohérence entre les méthodologies épidémiologiques sur ce thème. Sur d'autres thèmes, les discussions sont ouvertes.

Une hétérogénéité des enquêtes et un manque de permanence de la mesure

Depuis 1993, première enquête sur les comportements de santé des adolescents scolarisés (Enado), il n'y a pas d'enquêtes nationales systématiques sur l'ensemble des problèmes de santé mentale des jeunes (consommation de substances psychoactives, dépressivité,

prise de médicaments psychotropes, plaintes psychologiques, tentatives de suicide et idées suicidaires). En effet, les enquêtes quadriennales internationales ESPAD et HBSC, priorisées depuis les années 2000, concernent :

- soit des groupes d'âge différents : l'enquête HBSC ne concerne que les jeunes de 11, 13 et 15 ans (donc essentiellement collégiens) ; actuellement l'enquête ESPAD ne concerne, au niveau international, que les élèves de 16 ans, même si l'OFDT a élargi l'enquête à l'ensemble des lycéens ;

- soit des aspects différents de la santé : l'enquête HBSC s'attache de façon systématique à l'étude de la santé physique, de la consommation de substances psychoactives et de l'alimentation (depuis 2014, elle inclut une mesure de la dépression) alors que l'enquête ESPAD se focalise depuis 2007 sur l'étude des consommations de substances psychoactives.

La consommation de substances psychoactives est le thème mieux renseigné dans le temps par les diverses enquêtes, car on a des données fiables et comparables depuis les années 2000 grâce aux enquêtes effectuées par l'OFDT (Escapad, ESPAD) ou avec sa participation (HBSC). Des efforts ont été faits depuis 2010 pour inclure dans l'enquête HBSC de façon permanente des indicateurs de santé mentale (les plaintes psychologiques, l'échelle ADRS [mesure de la dépression], la prise de médicaments contre la nervosité et les troubles du sommeil), alors que l'enquête ESPAD a progressivement abandonné les questions sur la santé mentale (en particulier les questions sur la dépression, les troubles corporalisés et les idées ou passages à l'acte suicidaires), incluses précédemment.

En conclusion, la France manque de mesures de la santé mentale et de connaissances sur son évolution. Ce manque est dû d'abord à la difficulté de sa définition à l'âge critique qu'est l'adolescence. S'y ajoutent la diversité des outils, des enquêtes et des organismes qui l'étudient. Reste qu'une volonté se manifeste pour mieux aborder la connaissance dans ce domaine. ■

la moyenne européenne, alors qu'elle était en dessous avant 2007. Les alcoolisations ponctuelles importantes des jeunes (*binge drinking*) sont un nouveau mode de consommation de l'alcool auquel il faut prêter attention.

● À propos du cannabis, les niveaux d'usage récent (durant les derniers 30 jours) sont 2 à 3 fois plus élevés que la moyenne européenne, la France se situant en tête de peloton, et ce malgré des fluctuations des niveaux d'usage entre 1999 et 2015, après une augmentation très importante entre 1993 (enquête nationale adolescents, Enado) et 1999 (ESPAD).

Ces évolutions sont confortées par l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), qui, concernant des âges plus jeunes (11, 13 et 16 ans), confirme la diminution récente de la consommation d'alcool et dans une moindre mesure celle du tabac. Quant à Escapad (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense), auprès des jeunes de 17 ans, scolarisés ou non, elle confirme la diminution de la consommation d'alcool entre 2011 et 2014, mais pas celle du tabac.

En conclusion, la consommation d'alcool semble en régression parmi les mineurs, celle du tabac en régression parmi les moins de 16 ans seulement, mais la diminution est plus ancienne et continue pour le tabac que pour l'alcool. Quant au cannabis, sa consommation reste importante depuis 2000.

Les passages à l'acte suicidaire

La morbidité suicidaire n'est pas systématiquement disponible et, pour la mesurer, des enquêtes doivent être faites, soit auprès des centres hospitaliers, ce qui permet d'identifier les tentatives de suicide hospitalisées et repérées comme telles par le sujet et le médecin, soit auprès des praticiens, ce qui permet de connaître les tentatives de suicide non hospitalisées mais prises en charge médicalement, soit auprès des personnes elles-mêmes, ce qui permet d'étudier les tentatives de suicide non prises en charge. Il a été montré que les données sont plus fiables quand elles sont recueillies par écrit (questionnaire papier ou sur ordinateur) qu'oralement (en face-à-face ou par téléphone). La comparaison des données temporelles n'est possible que si les questions et la méthode de recueil des données restent comparables dans le temps.

Selon les enquêtes téléphoniques des baromètres santé de l'Inpes, en 2010, 1,4 % des garçons et 6,8 % des filles âgés de 15 à 18 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide durant la vie, respectivement 0,4 % (garçons) et 2 % (filles) une tentative durant les 12 derniers mois, proportions stables depuis les années 2000. Ces chiffres, au regard de la méthodologie utilisée, constituent de toute évidence des chiffres « plancher ». En effet, en comparant aux données provenant d'enquêtes « papier-crayon » en auto-remplissage faites auprès des jeunes lors de la journée d'appel et de la préparation à la défense (Escapad), en 2007, 4,6 % des garçons de 17 ans et 12,7 % des filles du même âge déclarent

avoir fait un passage à l'acte suicidaire durant la vie, chiffres proches des enquêtes scolaires (ESPAD) faites durant la même période... mais en légère augmentation pour les filles par rapport aux données 1993 (selon les données Enado, 4 % des garçons et 9 % des filles déclarent avoir fait une TS durant la vie). Quelle que soit la source d'information, les filles sont plus nombreuses que les garçons à avoir fait une tentative de suicide et le nombre semble être en légère augmentation; c'est le fait d'avoir subi des violences, en particulier des violences sexuelles, qui est le facteur de risque le plus important.

Les suicides accomplis

Chaque année, environ 600 jeunes de moins de 25 ans meurent par suicide (total des suicides annuels en France : 10 000), représentant en 2012 un taux de 9,4/100 000 (67,1/100 000 chez les plus de 65 ans), cette mesure

Quoi de neuf ? Obésité et maigreur

Si la prévalence de l'obésité et du surpoids a fortement augmenté entre les années 1980 et 2000 en France, on constate depuis 2002 une légère mais constante diminution du surpoids. Ainsi, en 2015, parmi les élèves de CM2, 18 % sont en surcharge pondérale, alors qu'ils étaient 20,3 % en 2002, 20,1 % en 2005 et 18,9 % en 2008. Par contre, on observe une stabilité de l'obésité, avec 3,6 % d'élèves de CM2 obèses en 2015 *versus* 4,2 % en 2002, 3,7 % en 2005 et 4,0 % en 2008.

Les données recueillies auprès des collégiens (HBSC 2014) montrent une moindre fréquence de l'obésité (1,5 %) et du surpoids (10,3 %) chez les collégiens, avec une stabilité depuis 2010. Mais 20 % des filles *versus* 16 % des garçons sont à considérer comme « minces » et 5 %, filles comme garçons, comme « maigres ». Ainsi la maigreur s'avère plus fréquente que l'obésité... D'ailleurs 13 % des collégiennes et 6,3 % des collégiens suivent un régime... La mise en perspective avec des données 1993 (Enado) montre une sta-

bilité de la proportion de collégiennes qui suivent un régime (13 % en 1993) et une légère augmentation parmi les collégiens (4,8 % en 1993).

Le programme national nutrition santé (PNNS) mis en place depuis 2001, renouvelé en 2006, a atteint l'objectif de stabilisation du surpoids et de l'obésité, mais l'évaluation en 2010 de l'Inspection générale des affaires sociales déplore d'une part une insuffisance de repérage de l'obésité et du surpoids en PMI et à l'école, d'autre part un retard dans l'élaboration de bonnes pratiques de prise en charge et dans la mise en place des réseaux de prise en charge. Le Plan obésité 2011, dans sa partie pédiatrique, reprend ces objectifs. Le volet maigreur n'est pas abordé dans ces plans.

À noter que l'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en divisant le poids par la taille au carré. Or, les seuils chez l'enfant évoluent selon l'âge et le sexe, en raison des variations de corpulence au cours de la croissance. ■

étant sous-évaluée d'environ 10 % selon le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc).

Très rare avant 15 ans, le suicide représente, pour la tranche d'âge 15-24 ans, 18 % des décès (deuxième cause après les accidents de transports). Les taux de suicide ont diminué dans le temps pour toutes les classes d'âge (-17 % entre 2002 et 2012). Le suicide accompli est un acte principalement masculin. Son taux pour les 15-24 ans en 2014 était de 7,3/100 000 pour le sexe masculin et de 2,5/100 000 pour le sexe féminin. Les jeunes morts par suicide sont surreprésentés en milieu rural et/ou en situation de difficultés socio-familiales.

Les modes de suicide diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les garçons : pendaison pour 59 % et armes à feu pour 19 %, modes qui laissent moins de chances de survie [1]; pour les filles : pendaison pour 39 % et prise de médicaments ou autres produits pour 25 %. Des variations géographiques sont également enregistrées : davantage de suicides par armes à feu dans le Sud, davantage de pendaisons dans le Nord.

Les plaintes somatiques et/ou psychologiques récurrentes

Le mal-être psychologique est un concept difficile à définir. Toutefois on note qu'à travers les plaintes diffuses (céphalées, maux de ventre, nervosité, difficultés à s'endormir, déprime ressentie), les jeunes peuvent signifier leur souffrance à l'entourage. Si la collecte de ces données diffère sensiblement d'une enquête à une autre (l'enquête HBSC 2014 mesure la fréquence par mois durant les six derniers mois, alors que l'enquête ENADO 1993 mesure leur fréquence depuis un an), on est surpris par la cohérence des résultats obtenus.

- Les filles sont toujours plus nombreuses que les garçons à émettre des plaintes diffuses, et ce quelle que soit la période d'observation.
- La prévalence des plaintes récurrentes augmente avec l'âge chez les filles, alors qu'elle reste stable chez les garçons.
- Ainsi, avec l'âge la différence entre garçons et filles s'accroît. Selon HBSC 2015, le rapport filles/garçons est de 1,28 en sixième et de 1,84 en troisième; selon

Enado 1993, le rapport filles/garçons est de 1,58 à 11-13 ans et de 2,3 à 16-17 ans.

Quant à l'évolution dans le temps de la fréquence de ces symptômes, selon HBSC 2010 et HBSC 2014 (même méthodologie), les plaintes récurrentes sont à la hausse, et ce quels que soient l'âge et le sexe. Ainsi, la proportion de jeunes qui expriment au moins deux plaintes plus d'une fois par semaine depuis six mois passe de 38 % (2010) à 42 % (2014), de 46 % à 51 % chez les filles et de 30 % à 34 % chez les garçons.

La consommation de médicaments contre la nervosité ou l'insomnie

Le recours à des médicaments contre la nervosité ou l'insomnie est aussi un indicateur important de santé mentale, même si des différences existent entre les pays dans la pratique médicale et sociale à ce sujet. En effet, la France s'avère un pays où la prescription et la prise de médicaments psychoactifs sont importantes, et ce dès le plus jeune âge. Ici encore, malgré des questions différentes d'une enquête à une autre (on a comparé les enquêtes Enado, HBSC et ESPAD), des constantes apparaissent.

- Les filles sont plus nombreuses à consommer ces médicaments que les garçons.
- La consommation augmente avec l'âge pour les filles, pas pour les garçons.

Selon l'enquête ESPAD (de 1999 à 2015), la consommation sans ordonnance de médicaments contre la nervosité et l'insomnie a légèrement diminué en quinze ans, passant de 12 % en 1999 à 10 % en 2015, mais après avoir connu une augmentation entre 1999 et 2007 (de 12 % à 15 %). Il est intéressant de noter que cette augmentation ne concernait que la consommation féminine.

Selon HBSC, le recours aux médicaments pour des symptômes diffus a globalement augmenté significativement entre 2010 et 2014 chez les collégiens; pour les médicaments contre l'insomnie, la consommation récente (au cours du dernier mois) passe de 3,4 % (2010) à 7,1 % (2014); pour les médicaments contre la nervosité, elle passe de 4,8 % (2010) à 6,4 % (2014), l'augmentation étant alors surtout significative pour les garçons. ■

Les politiques et les dispositifs de santé en direction des jeunes de 11 à 25 ans

Les jeunes étant, depuis deux décennies, un peu moins nombreux dans la population, en nombre et en pourcentage, on pourrait craindre que leur poids dans les politiques publiques diminue également. Aujourd'hui cela ne semble pas le cas, si on considère les dispositifs et les politiques mis en œuvre à leur attention. Il conviendrait cependant de regarder de près

les financements afférents et leur évolution, ce qui est toujours difficile.

Le dispositif de soins et de prise en charge, auquel les jeunes peuvent s'adresser, a été décrit en 1995 (*Adsp* n° 10) puis vingt ans plus tard (*Adsp* n° 86). Il concerne les médecins de ville, généralistes et pédiatres, les médecins et services hospitaliers et, plus récemment,

La santé des jeunes, une connaissance encore trop partielle...

Les principales enquêtes portant en tout ou partie sur les jeunes 10 ou 11 ans à 24 ans

Enado (enquête nationale adolescents)

Plusieurs enquêtes régionales ont été mises en place par l'Inserm, d'abord sous la responsabilité de F. Davidson, puis de M. Choquet. La première enquête nationale sur la santé des jeunes (Enado 93) a été réalisée en 1993 auprès de 12 500 élèves du second degré, de la 6^e à la terminale, donc de 11 à 18 ans. L'enquête Enado était autoadministrée, avec une méthode standardisée et portait sur la situation sociale, familiale, scolaire des jeunes, ainsi que sur leur santé physique, sociale et psychologique. Elle a été menée par l'U 169 de l'Inserm (M. Choquet et S. Ledoux), en collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale (Degesco, direction générale de l'Enseignement scolaire), auprès des élèves de l'enseignement public et privé de la France métropolitaine.

HBSC (Health Behavior in School Aged Children)

L'enquête HBSC est menée sous l'égide de l'OMS tous les quatre ans depuis 1982. Quarante pays, essentiellement européens, y participent. Elle concerne les élèves de 11 à 15 ans. Elle porte sur la perception de leur santé, de leurs comportements de santé ainsi que sur l'analyse de leurs déterminants. Elle a été conduite en milieu scolaire (autoquestionnaire) pour la 6^e fois en 2014. L'Inpes a publié les résultats des enquêtes 2002, 2006 et 2010. Elle a comme objectif la santé globale, le mode alimentaire, les problèmes de santé physique, la consommation de substances, la scolarité, la famille, la sexualité et l'intégration parmi les pairs. L'analyse de l'évolution de ces données

permet de construire des stratégies de promotion de la santé.

Escapad (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense)

Mise en place en 2000 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Escapad est réalisée tous les deux à trois ans. Elle concerne les jeunes filles et garçons de 17 à 18 ans. Elle est conduite par autoquestionnaire lors de la journée Défense et citoyenneté. Elle concerne principalement les usages de tabac, alcool, cannabis et autres drogues, et les facteurs associés. Les principaux objectifs sont de suivre l'évolution dans le temps des comportements et attitudes, d'étudier les liens entre les représentations, les conditions de vie et les comportements, et enfin d'étudier les spécificités des jeunes situés hors du milieu scolaire. L'enquête 2014 a été publiée par l'OFDT en 2015.

ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs)

ESPAD est une enquête européenne réalisée dans trente-cinq pays, tous les quatre ans ; la France y participe depuis 1999 grâce à l'Inserm et l'OFDT. Elle concerne les élèves de 15-16 ans. Elle est conduite en milieu scolaire. Elle porte principalement sur les usages d'alcool, de tabac, de cannabis, sur les facteurs associés et les modes de vie. Le dernier exercice est 2015.

Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire

Ces enquêtes sont menées depuis 1999 par les ministères chargés de

la santé et de l'éducation nationale, tous les deux ans depuis 2002. Leurs résultats sont publiés par la DREES. Elles concernent des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e. Elles sont menées en milieu scolaire alternativement, ainsi le même niveau scolaire est enquêté tous les six ans. Elles portent sur des données de santé issues de l'examen de santé (poids, taille, dépistage sensoriel, examen bucco-dentaire...), des déclarations des élèves (habitudes de vie...), et du carnet de santé (vaccinations...).

Baromètres santé

Les baromètres santé existent depuis 1992, mais comportent des questionnaires différents d'un exercice à l'autre. Ils sont réalisés par l'Inpes, intégré aujourd'hui à Santé publique France, par voie téléphonique. Ils concernent la population de 15 à 75 ans (échantillon représentatif de la population métropolitaine). Ils portent principalement sur les attitudes et les comportements, les prises de risque et les opinions sur la santé. Les thèmes abordés sont de plus en plus nombreux (en 2000 : douze thèmes, en 2010 : vingt thèmes). ■

RÉFÉRENCES

Choquet M., Ledoux S. *Adolescents, enquête nationale*. Inserm, 1994.

Les résultats et références des enquêtes HBSC, ESPAD et Escapad sont consultables sur le site de l'OFDT.

Les résultats des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont consultables sur le site de la Drees.

Les résultats des baromètres santé sont consultables sur le site de l'Inpes (Santé publique France) ou sur le site de l'OFDT (en ce qui concerne les consommations de substances psychoactives).

les réseaux de santé visant une organisation coordonnée de tous les acteurs, entre la ville et l'hôpital, pour des pathologies telles que l'obésité de l'enfant, le diabète, les pathologies respiratoires, dont l'asthme.

La prévention organisée depuis la grossesse, à la naissance (dépistages), pendant les premières années de la vie et la période scolaire puis universitaire, par les services de PMI, de santé scolaire et de santé universitaire (*Adsp* n° 86), fait l'objet de nombreux débats face à la diminution des effectifs et des financements. La politique vaccinale fait l'objet d'un développement spécifique (lire p. 47).

Gardons en tête que les jeunes en France sont globalement en bonne santé et que la mortalité a chuté de manière importante au cours des vingt dernières années. Il reste que les problèmes de santé psychosociale sont au premier plan : consommation de substances psychoactives, troubles alimentaires, violence, suicide, dépression.

Devant la complexité des problèmes à résoudre, l'obligation d'orienter au mieux des ressources raréfiées et la nécessité d'actions multiples dans des champs variés, une démarche programmatique s'est mise en place. Cela a été rendu possible par l'amélioration des connaissances épidémiologiques et par la définition de priorités de santé et d'objectifs cibles chiffrés, dont l'atteinte doit être évaluée. Ainsi se sont mis en place, dans les années 2000, les programmes nationaux de santé (analysés dans *Adsp* n° 50) puis les plans de santé publique.

Les plans de santé publique, une approche globale et interministérielle

Pour améliorer la santé psychosociale des jeunes, de nombreux plans de santé publique ont été élaborés : certains ciblent la population des jeunes, d'autres sont thématiques par rapport aux problèmes de santé et comportent, chaque fois que c'est pertinent, un volet relatif aux enfants et aux jeunes. Les différents ministères se coordonnent pour y participer (Santé, Éducation nationale, Sports, Affaires sociales, Justice...).

Le plan santé des jeunes 2008-2010

Fondé sur des études qui montraient une situation préoccupante en termes de souffrance psychique, de conduites à risques, d'alimentation, de sexualité et de consommation de substances psychoactives, le plan santé des jeunes 2008-2010 visait à permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé tout en répondant aux besoins des plus vulnérables. Pour cela, le développement des maisons des adolescents est soutenu, l'accessibilité au service téléphonique Fil santé jeunes, mis en place en 1995, est améliorée (lire p. 45), des professionnels de différents horizons sont formés au repérage de la crise suicidaire. L'accompagnement des jeunes pour lutter contre les pratiques addictives se fait dans les lycées (test de repérage de l'usage à risque du cannabis), les consultations jeunes consommateurs

ont été mises en place (lire p. 46). En outre, des tentatives sont entreprises pour développer les activités sportives à l'école et à l'université.

Le plan psychiatrie santé mentale 2008

Dans son volet pédiatrique, le plan psychiatrie santé mentale 2008 vise à améliorer le repérage des troubles psychiques, à augmenter les moyens de prise en charge et à construire un parcours de soins sans rupture. L'évaluation réalisée en 2011 par le HCSP a montré que les capacités de prise en charge, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation, ont un peu augmenté mais de manière inégale sur le territoire ; la coordination entre professionnels et avec les institutions, de l'Éducation nationale et de la Justice, reste beaucoup trop faible pour assurer un parcours coordonné de soins. Les maisons des adolescents, après évaluation, sont reconnues comme une avancée importante en termes de prise en charge coordonnée.

De plus, depuis 2016, dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé, la politique de santé mentale (prévention, diagnostic, soins, réadaptation, réinsertion sociale) s'organise localement autour d'un projet territorial de santé, qui se décline spécifiquement pour les enfants et les adolescents. Au niveau national, un appui stratégique est donné par le Conseil national de santé mentale, mis en place en octobre 2016.

Le plan de réduction du tabagisme 2014

Intégré au plan cancer, le plan de réduction du tabagisme 2014 fait suite d'une part à une série de mesures législatives et réglementaires (voir les détails dans *Adsp* n° 81) : loi s'attaquant à la publicité du tabac et interdisant de fumer dans certains lieux publics (1976), dans les établissements scolaires (2007), puis dans tous les lieux publics (2008), interdiction de vente de cigarettes aux mineurs de 16 ans (2004) puis de 18 ans (2010), augmentation du prix du tabac ; d'autre part aux actions d'information menées en milieu scolaire auprès des plus jeunes et aux actions de « dénormalisation » du tabac : campagne de communication centrée sur la liberté, la force et l'énergie (de pouvoir s'arrêter), campagne dénonçant les manipulations de l'industrie vis-à-vis des jeunes.

Le plan 2014 prolonge et amplifie ces actions, qui commencent à porter leurs fruits. Pour les jeunes, l'objectif est d'éviter l'entrée dans le tabagisme, pour cela il prévoit :

1. d'adopter les paquets de cigarettes neutres pour les rendre moins attractifs ;
2. d'interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans ;
3. de rendre non-fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants ;
4. d'encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques et d'interdire le vapotage dans certains lieux publics, notamment dans tous les lieux accueillant des mineurs.

Quoi de neuf ? L'asthme de l'enfant et la pollution de l'air

Depuis deux décennies, la mortalité par asthme et maladies de l'appareil respiratoire chez l'enfant a diminué. Parallèlement, la morbidité augmente avec, au fil des années, un accroissement du nombre de malades chroniques.

La prévalence de l'asthme ne cesse d'augmenter : elle était proche de 12 % il y a vingt ans ; de 14 % en classe de CM2 et de 16 % en classe de troisième selon les enquêtes nationales en milieu scolaire 2003 et 2008. L'augmentation est significative entre les deux périodes (+ 2,1 en CM2, + 2,3 en troisième). De même, les symptômes évocateurs d'asthme ont augmenté : sifflement, sifflement à l'effort, toux sèche nocturne. Il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles. La proportion de crises graves ou fréquentes, qui témoignent d'un asthme non contrôlé, est importante : 37,9 % en CM2 (année scolaire 2003-2004) et 36,1 % en troisième (année scolaire 2004-2005) ; ces chiffres ne se sont pas améliorés au cours du temps (nouvelles enquêtes respectivement en 2007-2008 pour le CM2 et en 2008-2009 en troisième).

Les variations géographiques et les expositions à la pollution

La montée constante de l'asthme et des allergies, notamment chez les sujets les plus jeunes, ne peut pas être rapportée à des facteurs exclusivement génétiques. Ce phénomène suit un gradient géographique nord-ouest/centre et sud-est avec un minimum en Corse et un maximum dans le Nord. La probabilité d'un lien avec des facteurs environnementaux, incluant l'exposition aux allergènes et aux polluants physicochimiques de l'air, est forte. La prévalence de l'asthme augmente alors que les indicateurs classiques de la pollution de l'air (SO₂ et CO

ont vu leur concentration diminuer dans les pays industrialisés, mais il faut prendre en compte l'augmentation de nouvelles formes de pollution atmosphérique comme les particules fines et les oxydes d'azote. Il existe actuellement de nombreuses études expérimentales qui montrent que la pollution urbaine exacerbe le stress oxydatif, l'hyperréactivité bronchique et l'inflammation liée à l'allergie. Plusieurs études épidémiologiques suggèrent qu'il existe une association entre la densité du trafic automobile et la prévalence des symptômes respiratoires, plus particulièrement de l'asthme et des rhinites allergiques. Ainsi les pics ordinaires de pollution atmosphérique aggravent nettement les symptômes des patients asthmatiques et le mauvais contrôle de leur maladie. De plus, l'exposition chronique depuis la petite enfance à une pollution liée au trafic automobile pourrait accélérer, voire provoquer chez des sujets génétiquement prédisposés, un processus inflammatoire bronchique qui pourrait contribuer à l'augmentation de l'incidence de l'asthme dans les pays industrialisés. L'augmentation de l'incidence de l'asthme chez les enfants vivant à proximité des routes à haut trafic va dans ce sens.

Les hospitalisations sont encore fréquentes

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet d'analyser, parmi les hospitalisations, les séjours avec le diagnostic d'asthme ou d'asthme aigu grave, ou d'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) avec asthme en diagnostic associé, chez les enfants de moins de 15 ans. En 2010, 30 pour 10 000 enfants ont été hospitalisés pour asthme ou IRA associée (plus de 35 000 séjours ; durée moyenne des séjours, deux jours). Le

taux annuel d'hospitalisation standardisé sur l'âge a augmenté entre 2002 et 2010 (+ 2,5 % par an en moyenne en France métropolitaine). En 2010, 11,8 % des enfants hospitalisés ont été réadmis pour ces mêmes motifs, au moins une fois au cours de la même année, et 1,3 % dans les sept jours.

L'enquête décennale santé 2003 portant sur 1 600 enfants asthmatiques de 11 à 14 ans montre que l'absentéisme scolaire lié à l'asthme est important : 14,5 % de ces enfants ont manqué la classe pour raison médicale au cours des deux mois de l'enquête.

La prévalence de l'asthme de l'enfant augmente et le lien avec la pollution atmosphérique moyenne est montré. Si on peut se réjouir de la baisse de la mortalité, il paraît peu acceptable que plus d'un tiers des enfants et adolescents asthmatiques n'aient pas un contrôle satisfaisant de leur maladie et soient contraints à des hospitalisations parfois répétées, témoignant d'une prise en charge mal adaptée. Cela retentit sur leur vie quotidienne, scolaire et sociale et constitue une perte de chance pour la meilleure intégration possible de ces futurs jeunes adultes déjà fragiles. ■

RÉFÉRENCES

- Dossier Asthme, Santé publique France.
- Delmas M.-C., Guignon N., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Chardon O. et al. Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008. *Bull Epidemiol Hebd*, 2014, (20) : 360-5.
- Delmas M.-C., Marquet C., Raberison C., Nicolau J., Fuhrman C. Les hospitalisations pour asthme chez l'enfant en France, 2002-2010. *Arch Ped*, 2013, vol 20, n° 7 : 739-47.
- Just J., Nisakinovic L., Laoudi Y., Grimfeld A. Pollution et asthme de l'enfant. *Arch Ped*, Juillet 2006, vol 13, n° 7 : 1055-60.

Les mesures d'ordre législatif ont été intégrées à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. L'objectif final ambitieux est de connaître la première génération sans tabac avec les enfants nés en 2014.

La politique de lutte contre l'alcool

Il n'y a pas, à proprement parler, de plan de santé publique en ce qui concerne l'alcool mais une politique qui se situe dans la ligne de la stratégie de l'OMS de lutte contre les maladies non transmissibles qui, pour l'alcool, vise à en réduire l'usage nocif, ligne déclinée également au niveau européen : réglementation de la

production et de la vente, du marketing, politique des prix, lutte contre l'alcool au volant, programme pour les groupes vulnérables – femmes enceintes, chômeurs, jeunes.

Un plan d'action européen sur l'alcoolisation des jeunes et les alcoolisations périodiques intenses (2014-2016) a également été arrêté. L'objectif est de retarder l'âge de la première alcoolisation et de diminuer la quantité d'alcool consommée en réduisant l'accessibilité à l'alcool et l'exposition des jeunes à la publicité. En France, les mesures ont été intégrées dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Quoi de neuf ? Santé sexuelle des adolescents

La santé sexuelle des adolescents n'a pas fondamentalement évolué depuis vingt ans. Bien que l'utilisation du préservatif et de la contraception soit élevée chez les jeunes en France, la prévalence des comportements à risque demeure également élevée [1]. Il peut en résulter des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses non prévues et des avortements. Ces événements seront éventuellement plus pénalisants s'ils se produisent précocement [1]. Selon une étude comparative européenne et les données HBSC 2006, en France, 12 % des filles et 19,7 % des garçons auraient déclaré une initiation sexuelle précoce, c'est-à-dire avant l'âge de 15 ans. Pour l'étude réalisée en 2010, selon les mêmes sources, on observe des proportions respectivement de 14,1 % et de 25,5 % [2].

En ce qui concerne les aspects de la morbidité liée aux pratiques sexuelles, les données sont connues pour les interruptions volontaires de grossesse. C'est entre 15 et 24 ans que l'avortement est le plus fréquent, comparé à celui des femmes plus âgées, malgré une contraception très présente mais pas toujours adaptée au mode de vie des jeunes [3]. Les modalités de l'IVG ont changé du fait qu'il n'est plus nécessaire de passer par un acte invasif ou chirurgical. La moitié des IVG se font par la méthode médicamenteuse

mais en établissement hospitalier le plus souvent [4]. Le taux d'IVG des 15-17 ans est passé de 7 pour 1 000 en 1990 à 10 pour 1 000 en 2008-2009, mais il est redescendu à 7,6 pour 1 000 en 2015, soit environ 12 000 avortements annuels dans ce groupe d'âge [4]. L'allongement du délai entre les premiers rapports sexuels et l'engagement tardif dans un rôle parental explique, en partie, le taux élevé de recours à l'avortement chez les jeunes femmes.

Quant à la prévalence des MST (chlamydiae, VIH-sida, syphilis), les données sont éparpillées, toutefois il s'avère que sa hausse régulière, depuis la fin des années 1990, concerne aussi les jeunes [5]. En 2005, sur 100 diagnostics de chlamydiae concernant des femmes, 40 % portaient sur les 20-24 ans et 12 % sur les 15-19 ans, tandis que respectivement, pour les hommes, les diagnostics se répartissaient en 23 % et 5 % [6]. Dans ce contexte, il est d'autant plus préoccupant que la vaccination contre les papillomavirus (par les vaccins Gardasil® ou Cervarix®), recommandée depuis 2007 chez les jeunes filles pour la prévention des lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve ou du vagin, soit en baisse continue. En 2010, la couverture vaccinale du schéma complet (trois doses) était de 27 % chez les jeunes filles avant 16 ans, elle tombe à 20 % en 2012 et

est inférieure à 15 % au 31 décembre 2015 [7]. ■

RÉFÉRENCES

- Jovic S., Delpierre C., Ehlinger V., Sentenac M., Young H., Arnaud C. et al. Associations between life contexts and early sexual initiation among young women in France. *Perspect Sex Reprod Health*, 2014, 46 (1) : 31-9. Epub 2014/01/18.
- Madkour A. S., Farhat T., Halpern C. T., Gabhainn S. N., Godeau E. Parents' support and knowledge of their daughters' lives, and females' early sexual initiation in nine European countries. *Perspect Sex Reprod Health*, 2012, 44 (3) : 167-75. Epub 2012/09/11.
- Mazuy M., Baril E., Toulemon L. L'IVG en France et l'évolution des normes procréatives et contraceptives. *Adsp*, 2016, septembre (96) : 21-3.
- Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*, Drees, 2016, 968.
- Ngangro N., Viriot D., Fournet N. et al. Les infections transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *BEH*, 2016, 41-42 : 738-44.
- Gallay A., Herida M., Bouyssou A., Goulet V. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH). Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005. Saint-Maurice : InVS, 2007 : p. 66-79.
- Guthmann J., Pelat C., Parent du Châtelet I., Duport N., Lévy-Bruhl D. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Saint-Maurice : InVS, 2016 : 48 p.

Le plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

Piloté par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et des conduites addictives (Mildeca), le plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 consiste à prendre en compte l'ensemble des consommations : cannabis, tabac mais aussi alcool. Il est en cohérence avec les plans par produits. Un des volets concerne les jeunes et s'attache à limiter l'entrée en consommation pour le tabac et l'alcool : interdiction de vente de tabac et d'alcool aux mineurs et contrôle de cette interdiction par les préfets ; repérage au plus tôt des consommations avant qu'elles ne soient problématiques, grâce à la mise en place des consultations jeunes consommateurs (lire p. 46).

Dernier en date, le plan santé et bien-être des jeunes 2016

Le plan santé et bien-être des jeunes 2016 associe l'Éducation nationale et la Santé. Plan global, il se situe dans la continuité des politiques antérieures ; il est destiné aux adolescents et aux adultes jeunes et vise à éviter les ruptures inhérentes aux périodes de transition (11-21 ans). Il met en jeu tous les acteurs auprès des jeunes : famille, communauté éducative et du sport, professionnels du soin. Les objectifs sont constants : permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de souffrance des adolescents, mieux orienter les jeunes, et plus précocement, vers les professionnels compétents, s'assurer que les jeunes se sentent soutenus et écoutés.

Les principales orientations visent à rendre les jeunes eux-mêmes acteurs de leur santé en leur donnant accès à des informations fiables concernant leur santé et à des informations géolocalisées sur les structures compétentes (site dédié). Une expérimentation de « Pas S' Santé Jeunes » donne un accès gratuit à des consultations de psychologues pour les jeunes qui en ont besoin (après évaluation du besoin par un médecin formé). Les maisons des adolescents restent le pilier du dispositif, elles doivent être davantage présentes sur tous les territoires, être bien repérées, partenaires des structures éducatives et sanitaires locales. Une convention nationale a été signée entre les ministères chargés de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la santé pour assurer un pilotage national et local de la mise en œuvre du plan.

Quelques dispositifs phares ont plusieurs fois été plébiscités dans les bilans ou évaluations, reconduits et améliorés

Fil santé jeunes

Le service anonyme d'écoute et d'orientation par téléphone Fil santé jeunes, mis en place en 1995, représentait une approche nouvelle, décrite dans *Adsp* n° 10. Sa pertinence a été soulignée au cours du temps pour répondre aux interrogations des jeunes sur l'amour, la sexualité, la normalité, mais aussi sur le stress, la dégoût de soi, la tristesse, voire la détresse avec

risque de tentative de suicide. Les écoutants sont des professionnels, psychologues, médecins ou conseillers conjugaux et familiaux ; ils connaissent les problématiques des jeunes. Conforté par le plan santé des jeunes 2008, son accessibilité est améliorée (gratuité et numéro simplifié : 3224). Il s'est adapté aux besoins et aux modes de communication des jeunes, qui aujourd'hui échangent volontiers par mail et sur des forums. Fil santé jeunes a donc créé un site adapté et des formules de forums à la fois ludiques et professionnelles, comme les rencontres hebdomadaires sur la communauté virtuelle Habbo. Il reste que l'écoute téléphonique classique reste essentielle pour les jeunes en détresse, et les écoutants doivent faire preuve d'un grand professionnalisme pour savoir reconnaître les signes précurseurs d'une tentative de suicide et, dans ce cas, aider le jeune à sortir de l'anonymat pour qu'on lui prête secours. L'exercice est encore plus complexe depuis la mise en place du ch@t individuel, au cours de l'année 2015. Les difficultés psychologiques concernent près d'un ch@t sur deux.

Les maisons des adolescents

C'est suite à la conférence de la famille de 2004 qu'ont été créés ces lieux spécifiques de soin et d'accueil des adolescents : les maisons des adolescents (MDA), qui accueillent les jeunes collégiens et lycéens (11 à 21 ans, voire 25 ans), quels que soient leurs questionnements (champ médical, sexuel, psychique, scolaire, juridique, social...). Cet objectif est repris en 2005, en 2008 dans les plans psychiatrie et santé mentale et santé des jeunes, puis en 2016 dans le plan bien-être et santé des jeunes.

Pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, les MDA mettent en réseau les acteurs de santé, justice, aide sociale à l'enfance... autour du jeune. Les conditions doivent être adaptées aux besoins – avec ou sans rendez-vous, anonymat et gratuité si nécessaire – et remplir les quatre missions suivantes (cahier des charges des MDA) :

1. l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation ;
2. l'évaluation des situations ;
3. la prise en charge médicale et psychologique ;
4. l'accompagnement éducatif, social et juridique.

« L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir. »

En 2010, 95 projets de MDA dans 87 départements ont été financés, mais toutes les MDA n'étaient pas ouvertes et toutes n'étaient pas encore pluridisciplinaires. L'objectif d'une MDA au moins par département reste affiché.

Les maisons des adolescents, bien qu'hétérogènes, constituent une avancée substantielle en matière de prise en charge coordonnée ; elles permettent effectivement, quand l'offre est complète, un travail en commun des différents professionnels, s'ils sont formés au repérage et à la prise en charge des adolescents. Cela permet d'assurer la continuité des soins ainsi que la transition au cours du temps vers les structures appropriées à l'âge adulte.

RÉFÉRENCES

1. HCSP *Évaluation du plan psychiatrie, santé mentale*. HCSP, 2011.
2. Obradovic I. 10 ans d'activité des CJC. *Tendances*, OFDT, mai 2015, 101.
3. Obradovic I. 10 ans d'activité des consultations jeunes consommateurs (CJC). *Thérapie*, février 2017, vol 72, n° 1 : 147.

Les consultations jeunes consommateurs

La création des consultations jeunes consommateurs (CJC) fait suite à plusieurs constats : dans la lutte contre les addictions, mieux vaut accompagner que stigmatiser, orienter que punir, encadrer que laisser faire. Initiées en 2004, elles étaient alors destinées aux très jeunes consommateurs de cannabis. Très vite elles ont élargi leur champ à toutes les addictions, usage d'alcool, de cannabis, pratique de jeux vidéo ou utilisation d'Internet, et vers les jeunes de tous âges. Elles sont positionnées comme structure pivot de l'intervention précoce, assurant l'écoute, l'information et le soutien.

Espaces de rencontre entre d'une part les professionnels des addictions et les professionnels de l'adolescence (psychologues, médecins, éducateurs, assistants sociaux), et d'autre part les jeunes présentant des conduites addictives, ceux-ci sont reçus seuls ou accompagnés de leur parent ou d'un proche, pour faire le point et si besoin proposer une aide, avant que la consommation ne devienne problématique.

Présentes dans la quasi-totalité des départements français, ces consultations gratuites et confidentielles se déroulent dans les divers lieux fréquentés par les jeunes : centres spécialisés d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), maisons des adolescents, points accueil écoute jeunes, centres de formation, centres socioculturels, missions locales..., mais également dans les foyers de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), au tribunal ou en établissements pénitentiaires.

Dix ans après, les CJC ont trouvé leur public : on compte 500 antennes et 30 000 consultants (pour trois quarts des consommateurs et pour un quart leur entourage). Si le recours « contraint » par la justice est le premier mode de contact, la santé scolaire intervient également et les démarches spontanées ne sont pas rares (17 %). Dans plus de la moitié des cas, la première consultation est suivie d'une deuxième. Le public est

à plus de 80 % masculin, la moitié est âgée de 18 à 25 ans, plutôt des jeunes en filière professionnelle et des chômeurs ou inactifs pour les plus âgés. Le produit à l'origine du recours est dans 80 % des cas le cannabis, loin devant l'alcool (14 %), le tabac (6 %) et les addictions comportementales, Internet et jeux vidéo, (8 %); les polyconsommateurs sont 11 %.

Pour ces trois dispositifs, afin qu'ils soient plus et mieux utilisés, il serait utile que des campagnes d'information soient amplifiées auprès des jeunes et plus largement auprès des adultes à leur contact, au premier rang desquels leurs parents.

Pour conclure, et contre toute attente, on constate que, malgré un climat de dramatisation générale, la santé des jeunes s'est plutôt améliorée (mortalité, consommation de tabac et alcool, obésité...) ou stabilisée (consommation de cannabis, tentatives de suicide). Les dispositifs de prévention et de prise en charge mis en place, l'augmentation de la vigilance des acteurs éducatifs, sociaux et médicaux tout comme celle des parents, la prise en compte de la parole des jeunes dans les instances de socialisation (famille, école, quartier) ont certainement contribué à cette évolution favorable, et ce malgré l'augmentation ou l'apparition de facteurs sociétaux jugés défavorables, comme le chômage, les séparations parentales, la pression scolaire, les réseaux sociaux et les nouvelles technologies... Si notre contribution ne met pas en perspective l'ensemble des transformations qui se sont opérées depuis une vingtaine d'années, ses conclusions obligent non seulement à plus de précautions dans le discours public, mais aussi à mettre en place des recherches multidisciplinaires afin de mieux comprendre comment interagissent les évolutions économiques et sociétales, les actions de prévention, la responsabilité individuelle et les modes de prise en charge, et pourquoi les inégalités sociales persistent, voire augmentent notamment dans certains territoires. ■

Les inégalités sociales s'installent dès l'enfance

Les inégalités sociales affectent les individus dès l'enfance, elles s'installent progressivement au fur et à mesure que se dégrade le gradient social et ne touchent pas seulement les jeunes vivant dans une grande précarité. Les déterminants exogènes et endogènes des inégalités peuvent se cumuler dès l'enfance et s'aggraver au fil de la vie, ou parfois être compensés. Les inégalités sociales affectent particulièrement les secteurs suivants de la santé des jeunes.

L'état pondéral

Selon l'enquête de santé réalisée auprès des élèves de CM2 en 2014-2015, 18 % des élèves sont en surcharge pondérale et 3,6 % sont obèses, pour les filles comme

pour les garçons entre 9 et 10 ans [1]. En 2002, la surcharge pondérale était présente chez 20,3 % des élèves, et l'obésité chez 4,2 %.

Si la prévalence de l'obésité a diminué en France sur une dizaine d'années, des anomalies persistent, beaucoup plus importantes et fréquentes pour les enfants moins favorisés dont l'équilibre alimentaire est précaire et le temps passé devant les écrans pour des jeux vidéo est plus long, pour les garçons notamment. L'enquête révèle que parmi les enfants dont le père est cadre, 13 % sont en surpoids, contre 22 % chez ceux dont le père est ouvrier; pour l'obésité, ces chiffres sont de respectivement 1 % et 6 %.

Les élèves des écoles relevant de l'éducation prioritaire

Quoi de neuf ? La politique vaccinale pour les enfants et les adolescents

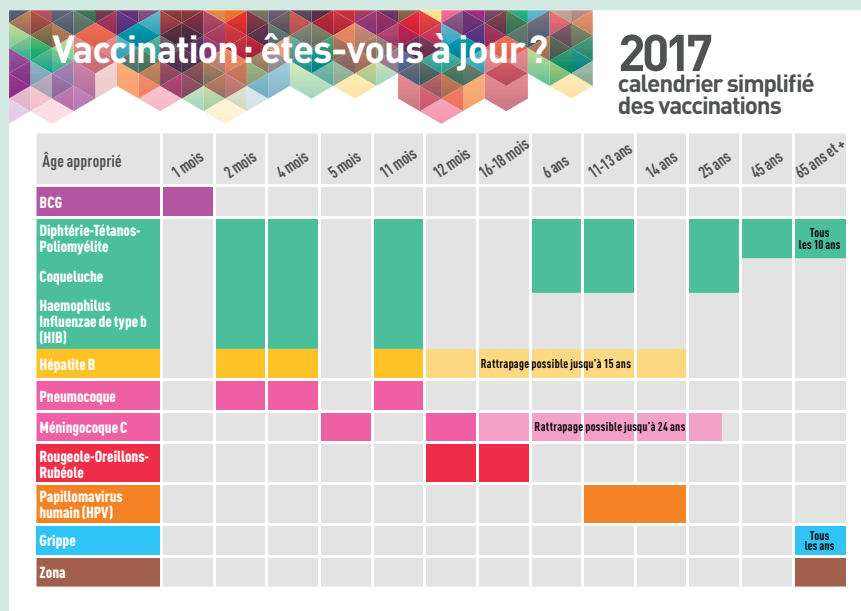
Pays des premiers grands vaccinateurs – Pasteur, Calmette –, la France devient un des pays les moins bien vaccinés d'Europe, et les vaccinations y font l'objet de nombreux débats.

La politique vaccinale est une compétence d'État; c'est le ministre de la Santé qui arrête et publie le calendrier vaccinal chaque année sur avis de la commission technique de vaccination placée sous l'autorité de la HAS et cela depuis 2017 (anciennement par le HCSP). Parallèlement, l'agence Santé publique France mesure la couverture vaccinale.

Aujourd'hui chez les enfants et les adolescents, trois vaccins sont obligatoires depuis la première moitié du xx^e siècle : contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite; les autres vaccins recommandés sont contre la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le pneumocoque, le méningocoque C (au total onze vaccins).

Une couverture vaccinale préoccupante

Actuellement, pour la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la poliomyélite et la coqueluche, la couverture est bonne : elle est de 95 % chez les enfants âgés de 24 mois. La couverture pour la vaccination contre l'hépatite B est en progrès mais toujours insuffisante, particulièrement chez les adolescents : 78 % pour les enfants de 2 ans et 51 % pour ceux de 6 ans, 43 % chez les adolescents. Chez les enfants âgés de 24 mois nés en 2012, la couverture vaccinale rougeole, oreillons, rubéole (ROR, deux doses) reste insuffisante (72 %), de même chez les adolescents de 15 ans (70 %) et cela en dépit de messages sanitaires incitatifs après les épidémies de rougeole de 2008 à 2012. La vaccination contre le méningocoque C, recommandée depuis 2010, est en progression chez les jeunes enfants (10 % de 1 à 4 ans et 31,7 % de 5 à 14 ans par rattrapage vaccinal), mais elle reste très insuffisante chez les adolescents et les jeunes adultes (10,5 %). C'est pourtant dans cette dernière classe d'âge qu'on enregistre un quart des cas de méningite de ce type. S'agissant de la vaccination contre



les papillomavirus humains oncogènes, la couverture est très insuffisante et en régression (lire l'encadré p. 44).

Face à la suspicion des Français à l'égard des vaccinations, une concertation citoyenne a été conduite en 2016 sur la mauvaise couverture vaccinale surtout chez les adolescents et sur la recrudescence de certaines maladies parfois graves, telles que la rougeole, chez les jeunes ou à l'âge adulte, sur le risque de méningites, d'hépatites, ou de cancers liés au virus HPV. Le dispositif, composé de deux enquêtes d'opinion, d'un jury citoyen, d'un jury de professionnels et enfin d'un espace Internet participatif, a permis d'aboutir à un rapport de consensus, dont la conclusion est la suivante : même si l'objectif ultime à atteindre est la levée de toute obligation vaccinale laissant aux personnes un choix éclairé, au vu du contexte actuel il paraît impératif de réaffirmer le bien-fondé des vaccinations. En conséquence, le Comité technique des vaccinations préconise un élargissement temporaire du caractère obligatoire

des vaccins recommandés de l'enfant, assorti de leur gratuité et d'une clause d'exemption.

Une obligation temporaire de vaccination à partir de 2018

C'est en s'appuyant sur ces travaux, et en dénonçant le système peu compréhensible qui fait cohabiter, sans raison sanitaire, des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés, que la ministre de la Santé a déclaré vouloir établir, à partir de 2018, une obligation de vaccination, limitée dans le temps, pour les onze valences de vaccinations du nourrisson. ■

RÉFÉRENCES

Données sur la couverture vaccinale, Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>

Avis d'expertise sur les vaccinations : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>

Rapport de la concertation citoyenne sur la vaccination (novembre 2016) : <http://concertation-vaccination.fr/la-restitution/>

sont plus souvent en excès pondéral que les autres (24 % contre 17 %) et deux fois plus souvent obèses. On observe par ailleurs nettement plus de surpoids et de maigreur chez les jeunes sortis du système scolaire.

Aussi, les jeunes ont-ils été au cœur du programme national nutrition santé depuis 2004. Celui-ci comportait, outre la nutrition, des actions de lutte contre la sédentarité.

Les usages de substances psychoactives

Dès l'adolescence, une association existe entre le gradient social et les usages de drogues. Les adolescents de milieu modeste se trouvent plus concernés par les usages quotidiens ou intensifs de produits psychoactifs que ceux des milieux favorisés. Toutefois ces derniers sont plus consommateurs d'alcool, de cannabis lorsqu'il s'agit d'usages peu fréquents. Les situations scolaires comme l'échec ou l'abandon de l'école jouent un rôle important dans le processus de transition vers des usages plus intensifs [2]. Les écarts de consommation entre les garçons et les filles sont plus grands chez les jeunes en apprentissage que chez ceux de la filière générale ou professionnelle, et encore plus grands chez les jeunes déscolarisés. Cela montre la plus forte vulnérabilité des garçons aux effets sur la santé d'une situation sociale défavorable, cela se retrouvant d'ailleurs à tous les âges de la vie.

Comparés aux actifs, les étudiants ont des usages moins importants d'alcool et de tabac, similaires pour le cannabis, mais des ivresses plus fréquentes. La poursuite d'études supérieures s'accompagne chez les femmes d'une consommation accrue de cannabis et d'ivresses plus fréquentes, tandis qu'en situation de chômage, on observe des usages plus élevés chez l'homme (pas chez la femme).

En bref, les comportements d'expérimentation sont plus répandus dans les milieux favorisés ; les consommations régulières, voire problématiques, sont au contraire plus fréquentes parmi les jeunes les plus précaires et les moins diplômés.

En matière de prévention, les actions soutenues au cours des années 1990 concernant le tabac (Loi Evin, augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics...) ont eu de bons résultats chez les plus diplômés et de moins bons dans les populations défavorisées. Ainsi certaines actions de prévention peuvent creuser les inégalités de santé [3].

Le renoncement aux soins par ignorance ou raison économique

Le renoncement aux soins, fort marqueur de précarité, concerne de nombreux jeunes. Les inégalités de renon-

cement portent principalement sur les soins dentaires et l'optique.

En 2015, en CM2, on ne note pas de différence sur l'équipement en lunettes entre enfants de cadres et enfants d'ouvriers ; par contre, parmi les enfants non porteurs de lunettes, 9 % des enfants relevant de l'éducation prioritaire ont un résultat anormal au test de dépistage de la vision de loin, contre 5 % pour les autres enfants.

Si les élèves de CM2 ont bénéficié d'une nette amélioration de leur état bucco-dentaire (68 % sont indemnes de caries, gagnant 8 points en sept ans), les disparités entre enfants de cadres et d'ouvriers persistent : 40 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 27 % des enfants de cadres. Près de la moitié des enfants d'ouvriers qui ont des dents cariées ont au moins une dent restée sans soins, contre 3 sur 10 chez les cadres. Près de 12 % des élèves ont un appareil dentaire : 13 % des enfants de cadres sont équipés contre 9 % des enfants d'ouvriers. Des examens dentaires gratuits systématiques mis en place par l'Assurance maladie ont cependant contribué à un accès égal aux chirurgiens-dentistes à des âges clés : 6, 9, 12, 15 ans, quel que soit le milieu social.

Les comportements favorables à la santé

Dans l'enquête visant les élèves de CM2 en 2015 :

- 42 % des enfants de cadres déclarent manger tous les jours des légumes et 15 % boire tous les jours des boissons sucrées, contre respectivement 27 % et 26 % pour les enfants d'ouvriers ;
- près de 80 % des enfants de cadres pratiquent une activité sportive, contre 67 % des enfants d'ouvriers ;
- le temps passé devant les écrans est moins important chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers (8 % plus de deux heures pendant les jours de classe, contre 16 %) ;
- la part d'enfants ne sachant pas nager est trois fois plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres (19 % vs 6 %).

Vaccin contre l'hépatite B : un contre-exemple lié à l'action des services de prévention

Les élèves de CM2 vaccinés contre l'hépatite B (vaccination contre laquelle une suspicion persiste dans une partie de la population en France) sont 46 % et l'on remarque que les enfants fréquentant une école relevant de l'éducation prioritaire ont reçu plus souvent les trois injections nécessaires (62 % contre 43 % des autres enfants). Cela pourrait être attribué à l'efficacité des services de la PMI, auxquels recourent plus souvent les familles modestes. ■

RÉFÉRENCES

1. Guignon N. et al. La santé des élèves de CM2 en 2015. *Études et résultats*, Drees, février 2017, 0993.
2. Legleye S., Obradovic I., Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *European Journal of Public Health*, avril 2010, vol 20, 2 : 157-163.
3. Beck F., Amsellem-Mainguy Y. « Les inégalités sociales de santé. Vers une prévention mieux ciblée ». In : Labadie F. (dir). *Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Injep*, 2012.
4. White M., Adams J., Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In Babones S. (dir.). *Health, Inequality and Society*. Bristol : Policy Press, 2009.