

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,