

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 maigre

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 maigre 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. ■