

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

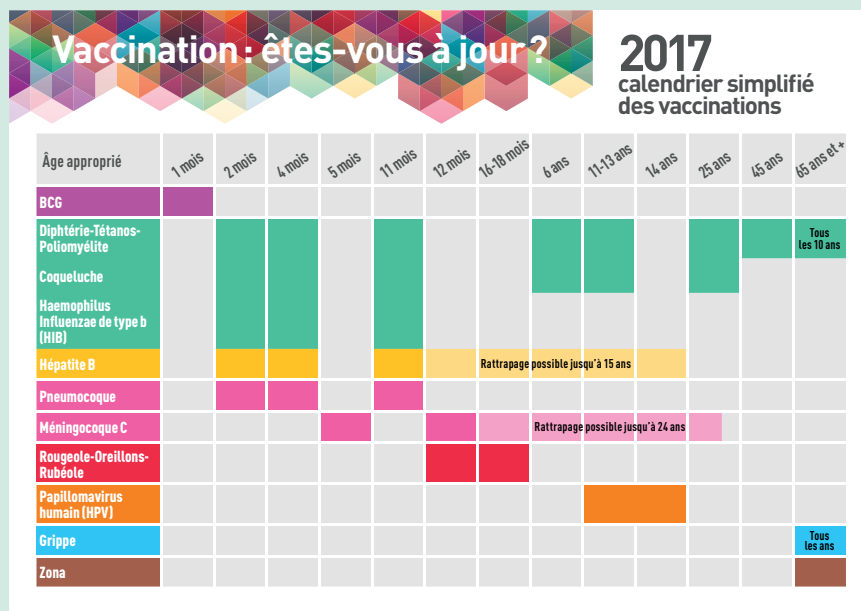
Pays des premiers grands vaccinateurs – Pasteur, Calmette –, la France devient un des pays les moins bien vaccinés d'Europe, et les vaccinations y font l'objet de nombreux débats.

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.