



Que sait-on de la santé des enfants et adolescents ?

Les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé. Cependant, ils acquièrent à cette période des comportements qui vont conditionner leur avenir en matière de santé.

Santé des enfants et des jeunes, données chiffrées

Béatrice Tran

Chargée de mission,
Haut Conseil de la
santé publique

Anne Tallec

Directrice de l'ORS
Pays de la Loire,
membre du HCSP

Pierre Arwidson

Directeur des affaires
scientifiques,
Institut national
de prévention
et d'éducation
pour la santé

Entre 0 et 25 ans se suivent la période périnatale, celles de l'enfance, de l'adolescence et l'entrée dans la vie adulte, avec des caractéristiques propres à chacune, en matière de santé. Ce sont les périodes du développement physique et psychique, des acquisitions culturelles et scolaires, de l'intégration à la vie sociale. L'environnement prénatal et familial joue un rôle majeur au cours de ces périodes de la vie, qui sont porteuses d'occasions multiples d'expérimentations nouvelles et de développement de comportements de prise de risque et de prévention.

Les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé. Cependant, les comportements qui se mettent en place à cette période vont conditionner leur avenir en matière de santé. Leurs problèmes sont un enjeu particulier en ce sens qu'ils engagent le capital de développement et d'avenir de notre société.

Quelques-uns ont un pronostic sévère immédiat ou à long terme.

État des connaissances

La mortalité globale est faible et en baisse [21]. La plus grande part des décès concerne la tranche d'âge des 15-24 ans (3236 décès en 2010), touchant les

garçons de façon plus importante, principalement pour des causes de mort violente (accidents de la route, suicides, homicides), et les enfants de moins d'un an (2977 décès en 2010), dont les taux bruts de mortalité sont les plus élevés (326 décès pour 100 000 habitants vs 38,4 entre 15 et 24 ans), principalement par le fait d'affections d'origine périnatale ou des conséquences de malformations congénitales, mais aussi des morts subites du nourrisson ou de causes accidentelles. S'ajoutent à tous les âges, mais particulièrement entre 1 et 4 ans, les accidents de la vie courante.

Les problèmes de santé sont variables selon les catégories d'âge et sont souvent socialement marqués.

La périnatalité est encore un sujet de fragilité dans notre pays.

En 2010, la prématurité est en légère hausse par rapport à 2003 : elle passe de 6,3 à 6,6 % des naissances vivantes (10^e rang en Europe). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 g) est stable à 6,4 %. Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole. Le taux de

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

prématurité est très lié aux facteurs sociaux : il passe de 4 %, quand la mère a un niveau d'études supérieures, à 9 % en cas de niveau scolaire primaire. Ces inégalités, présentes dès la naissance, vont s'accroître au cours de la vie, la fréquence des déficiences cognitives et des difficultés scolaires augmentant chez les anciens grands prématurés selon un gradient inverse du niveau d'études de la mère.

Le nombre de grossesses pathologiques est en augmentation, par combinaison de plusieurs facteurs : augmentation de l'âge moyen à la maternité, dégradation des situations économiques et sociales des couples, augmentation de prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité des mères et augmentation de la part des déclarations de grossesses tardives [9].

Le dépistage néonatal systématique de cinq maladies graves, mis en place il y a 40 ans et géré par l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE) permet de repérer, diagnostiquer et prendre en charge très rapidement les nouveau-nés atteints de phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose et mucoviscidose. Près de 20000 enfants en ont bénéficié ; leur pronostic vital et leur développement psychomoteur ont ainsi été sauvés. Le principe de la systématisation du dépistage néonatal de la surdité a été acté en 2012.

Le niveau de la vaccination est globalement satisfaisant en France, mais la couverture vaccinale est clairement insuffisante pour certains vaccins, conséquences de l'influence importante dans notre pays des ligues antivaccinales, ce qui entraîne des risques de survenue de foyers épidémiques (ex : rougeole, coqueluche, méningite). Des vaccins permettant la prévention de cancers, comme celui de l'hépatite B, ont de longue date rencontré une très forte résistance, tout comme le vaccin anti-HPV (prévention du cancer du col de l'utérus) pour lequel à peine un tiers des jeunes filles concernées sont vaccinées [45].

Les troubles des apprentissages ont des conséquences sur le développement, les acquisitions scolaires et l'insertion sociale des enfants. Ils doivent être précocement repérés et pris en charge : les enfants atteints de dyslexie représenteraient environ un quart des enfants ayant des difficultés en lecture [51]. La prévalence de la dyspraxie est estimée de 5 à 7 % des enfants de 5 à 11 ans. Les données manquent sur la prévalence de la dyscalculie. De même, la fréquence des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention et des troubles envahissants du développement (type autisme) sont difficiles à déterminer.

Le surpoids et l'obésité sont des sujets préoccupants et emblématiques des inégalités sociales de santé.

Début 2000, de 10 % à 16 % des enfants de 3 à 17 ans étaient en surpoids et 3,5 % à 4 % étaient obèses, avec des prévalences plus élevées dans les milieux les plus modestes. La stabilisation récente du surpoids et de l'obésité, avec un léger recul parmi les

5-6 ans, masque un accroissement des inégalités entre catégories sociales : la surcharge pondérale des enfants de CM2 dont le père est ouvrier est restée stable et la prévalence de l'obésité est passée de 5,1 % à 6,1 % en trois ans, alors qu'elle a diminué chez les enfants de cadre ou de profession intellectuelle supérieure.

Désormais, il y a dix fois plus d'enfants obèses dans les familles d'ouvriers que dans celles des cadres, contre quatre fois plus en 2002¹ [25]. Chez les jeunes adultes de 18-24 ans, la prévalence de l'obésité est passée de 2,1 % en 1997 à 5,4 % en 2012, ce qui représente l'évolution la plus forte parmi toutes les tranches d'âge.

La santé mentale a un poids important dans la morbidité des jeunes. Les troubles mentaux constituaient en 2007, avec les troubles du comportement, le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) des moins de 15 ans [87]. La fréquence des recours en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile illustre également le poids important des troubles de santé mentale à ces âges, souvent sous-estimés par les familles.

Les violences subies ou provoquées sont mal mesurées. L'Observatoire national de l'enfance en danger, créé en 2004, indique qu'en 2010 19 mineurs sur 1000 sont pris en charge par les services de la protection de l'enfance. La mortalité des enfants du fait de maltraitance est sujette à des biais de déclaration qui minorent ce problème, mal décrit par les seules statistiques de décès. Le repérage est important car les violences subies dans l'enfance et non prises en charge sont liées aux violences agies à l'âge adulte.

Les motifs de recours au médecin chez les enfants de moins de 25 ans sont en premier lieu les maladies d'origine respiratoire (27 motifs pour 100 séances avant un an, 36,6 entre 1 et 14 ans et 21,2 entre 15 et 24 ans), révélant le poids des infections respiratoires aiguës des voies aériennes, mais également de l'asthme [25]. Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentent 52 % des séjours pour asthme. Alors que les taux annuels d'hospitalisation pour asthme baissent chez les enfants de plus de 10 ans, aucune diminution n'est observée chez les moins de 10 ans et augmentent même chez les plus jeunes [25].

L'adolescence est l'âge des prises de risque sur la route ou dans le domaine de la sexualité (même si l'on constate, en France, moins de grossesses chez les adolescentes que dans d'autres pays comme les États-Unis ou le Royaume-Uni), des consommations de produits psychotropes, des troubles du comportement alimentaire, de la violence dirigée contre soi ou contre autrui et des déséquilibres dans la vie quotidienne.

La route est la première cause de mortalité chez les 15-24 ans, même si l'on observe une diminution du nombre de décès par accidents (notamment de transport) de 39 % chez les hommes et 50 % chez les femmes de cette classe d'âge entre 2000 et 2008 [1]. Les jeunes paient également un lourd tribut sous forme

1. Drees 2011



La santé : un capital en construction dès l'enfance

de séquelles et de handicaps, les victimes corporelles d'accidents de la route sont essentiellement masculines et âgées de moins de 30 ans [25].

Le suicide est la deuxième cause de décès entre 15 et 24 ans chez les garçons, la troisième chez les filles. Dans les douze derniers mois, environ 1 % des 15-30 ans ont fait une tentative de suicide. Cette tranche d'âge est ainsi la plus concernée. À l'échelle de la vie entière, 5 % des 15-30 ans déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide [2, 4]. On note toutefois une diminution de la mortalité par suicide de 11 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes de 15 à 24 ans entre 2000 et 2008 [1].

Consommations de psychotropes

Tabac

La précocité de l'expérimentation est identifiée comme un facteur de risque important pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance. On observe une hausse du tabagisme récent parmi les adolescents, après plus de dix ans de forte baisse, plaçant la France parmi les pays à plus forte prévalence tabagique en Europe, avec 38 % de fumeurs à 16 ans. La proportion de fumeurs quotidiens augmente (32 % en 2011 contre 29 % en 2008 [46]), elle atteint 40,9 % des 20-25 ans. Les inégalités sociales, liées à la situation de chômage chez les jeunes, se sont accrues entre 2000 et 2010 en matière de tabagisme [4].

L'âge d'initiation au tabagisme a légèrement reculé en 5 ans (de 15,2 à 15,6 ans) [4], mais les deux dernières années de collège sont des périodes charnières de forte diffusion du tabagisme chez les jeunes et 30 % des collégiens ont déjà expérimenté le tabac [46]. Ces niveaux élevés chez les plus jeunes s'opposent à la baisse tendancielle du tabagisme mesurée parmi les adolescents depuis bientôt une décennie, laissant entrevoir des résistances aux politiques de santé publique menées ces dernières années. L'impact de la cigarette électronique sur ces publics est difficile à anticiper.

Alcool

Parmi les jeunes adultes (actifs occupés, chômeurs ou étudiants), les comportements d'alcoolisation se mettent en place, avec pour certains l'installation des premières dépendances. Certaines « pratiques d'abus régulières » peuvent présenter des risques sanitaires et sociaux élevés, notamment en termes d'accidents domestiques, d'accidents de la route, de violences associées, mais aussi de coma éthylique pouvant entraîner la mort ou des complications somatiques et psychiques graves.

À l'adolescence, les consommations excessives ponctuelles ont des effets délétères sur le cerveau, notamment sur la mémoire et les fonctions d'apprentissage. L'âge à la première ivresse est démontré être un facteur prédictif des problèmes d'alcool ultérieurs [16].

La consommation régulière des jeunes de 17 ans a augmenté significativement entre 2008 et 2011 : elle est passée de 0,8 % à 0,9 % pour la consommation

quotidienne, et de 8,9 % à 10,5 % pour la consommation d'au moins 10 fois dans le mois. On enregistre également une hausse significative des ivresses tant répétées (3 à 9 fois dans l'année) que régulières (≥ 10 fois), avec un rapprochement des comportements entre filles et garçons [82]. Ces dernières caractéristiques se sont accentuées entre 2005 et 2010. Pour les jeunes hommes, la situation de chômage ou d'inactivité est un facteur de risque. Les ivresses répétées concernent près de deux fois plus d'étudiants en 2010 qu'en 2005, cette proportion ayant doublé sur la période parmi les jeunes femmes [4].

Cannabis et autres drogues illicites

La consommation de cannabis chez les jeunes s'est stabilisée à un niveau élevé depuis le début des années 2000. Entre 15 et 30 ans, 13 % des femmes et 25 % des hommes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. L'âge d'initiation est en léger recul (16,7 ans entre 2000 et 2005 ; 17 ans entre 2005 et 2010) [4]. Les consommations régulières, combinant cannabis et drogues licites, culminent entre 20 et 25 ans, ce qui laisse penser que cette période de la vie demeure particulièrement sujette aux consommations de drogues régulières et multiples, en lien avec les enjeux liés à la construction d'une identité affective, sociale et professionnelle aux débuts de l'âge adulte [4].

Addictions aux jeux vidéo

Les jeux vidéo, les conduites alimentaires (anorexie, boulimie), les comportements compulsifs répétés, les achats compulsifs, les dépendances sexuelles et affectives, les dépendances sectaires et les dépendances à l'activité physique peuvent être considérés à l'origine de comportements addictifs ; ils concernent une proportion relativement faible de la population [20]. Il est encore difficile d'établir, à l'heure actuelle, l'importance de ces addictions en termes d'impact de santé publique.

Santé sexuelle

Si l'âge médian au premier rapport sexuel a peu évolué depuis 30 ans et se situe autour de 17,5 ans, les premiers rapports sexuels à l'âge du collège s'accroissent [46]. Les méthodes contraceptives sont majoritairement utilisées, mais sont absentes dans 1 cas sur 10.

La sexualité précoce constitue un enjeu de santé publique car elle est un indicateur de risque vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.

Malgré une large utilisation des méthodes contraceptives, dont la pilule d'urgence, utilisée par plus de 4 femmes sur 10 de 15 à 24 ans, un tiers des grossesses survenues au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives étaient non prévues ; et les femmes les moins diplômées et les moins favorisées financièrement avaient moins fréquemment utilisé une contraception. Par ailleurs, le taux de recours à l'IVG est le plus élevé parmi les

20-24 ans (27 femmes sur 1000) et parmi les femmes de moins de 20 ans, il est stable (15 femmes sur 1000). Il est nécessaire de rappeler la plus grande vulnérabilité des jeunes en situation de changement de statut ou de rupture.

La plupart des adolescents initiés ont utilisé un moyen contraceptif lors du dernier rapport (88,7 %), le moyen le plus déclaré étant le préservatif (85,4 %), suivi de la pilule (33 %), puis de la pilule du lendemain (16,5 %).

Mais plus d'un élève sur 10 (11,3 %) n'a utilisé aucun mode de contraception lors du dernier rapport sexuel, proportion en hausse depuis 4 ans [46].

La pilule est largement la plus utilisée (78 % des cas). L'utilisation du préservatif a reculé depuis le début des années 2000, passant de 13 % à 9 % des méthodes utilisées [4].

Situations professionnelles

En 2012, 37 % des 15-24 ans et 54 % de l'ensemble des 15-29 ans sont actifs, c'est-à-dire en emploi ou au chômage selon les critères du Bureau international du travail (BIT). Le taux de chômage atteint 24 % pour les 15-24 ans « actifs », contre 8 % entre 30 et 49 ans. Il atteint 45 % chez les jeunes ayant récemment terminé leur formation initiale sans diplôme ou seulement diplômés du brevet.

Selon les enquêtes ESPS 2010 [22] et l'enquête HSM 2008 [48], 9 à 12 % des jeunes âgés de 20 à 29 ans ne sont pas protégés par une complémentaire santé (ou par la CMU-C) en France. Les jeunes en situation de chômage et les inactifs (hors étudiants) sont les plus concernés. Chez les jeunes au chômage notamment, 20 à 25 % ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 6 à 11 % des étudiants et 8 à 10 % des actifs.

L'entrée dans la vie active ou dans la formation professionnelle peut aussi générer des risques dont la prévention n'est pas toujours anticipée. L'enquête sur la surveillance médicale aux risques professionnels (SUMER 2010) a ainsi mis en évidence qu'une part importante des apprentis, soit 26,5 % d'entre eux, sont exposés, parfois très tôt (dès 14 ans) à des agents cancérigènes (garages, menuiserie, construction, mécanique). Ces expositions précoces sont sources, dès le début de l'entrée dans le parcours professionnel, d'itinéraires de santé défavorables aux catégories les moins élevées dans l'échelle sociale.

Inégalités de santé

La jeunesse est une période qui recouvre des réalités et des problématiques de santé diverses, aux différents âges du développement. Même si les enfants et

les adolescents sont globalement « en bonne santé », on observe, dès la naissance, les effets du gradient social sur les différentes composantes de la santé, qui s'accroîtront et marqueront au long du parcours de vie l'évolution du capital santé.

Les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Cette dimension est développée sous le nom de « *life course* », que l'on pourrait traduire par épidémiologie biographique. Ainsi, les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales de santé concernent, au-delà du secteur de la santé, de nombreux autres secteurs connexes, et doivent prendre place dès les premiers âges de la vie.

Les disparités géographiques s'associent aux inégalités sociales dans des relations complexes. Ceci est vrai pour la prévalence de l'obésité chez l'enfant [25], la consommation d'alcool et la fréquence d'ivresses répétées [4]; s'ajoutent également l'influence du contexte local sur les déterminants de santé.

Déterminants

L'enfance et la jeunesse représentent un moment clé, essentiel pour agir sur les déterminants de santé ; ce sont des périodes fondamentales durant lesquelles le rapport à la santé se construit, les conditions et les comportements favorables à la santé se mettent en place, la plasticité et l'engagement dans l'apprentissage sont tels que l'impact potentiel d'actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé agissant sur les conditions de vie, les situations sociales et économiques et les normes sociales pourrait être à son maximum.

L'effet de l'activité physique dès l'enfance sur la santé du futur adulte, comme facteur de prévention des principales maladies chroniques, mais aussi d'amélioration de la santé mentale, est démontré [49]. La pratique sportive débutée dès l'enfance augmente la probabilité de pratiquer une activité physique ou sportive à l'âge adulte.

Améliorer la santé d'une population et réduire les inégalités nécessitent de s'engager de façon déterminée dès l'enfance dans la prévention des risques pour la santé (agir sur les environnements de vie notamment) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé, consolider l'estime de soi) [11].

Il convient de mettre l'accent sur le suivi longitudinal de la santé, de la période prénatale à l'âge adulte, en privilégiant ce que les Anglo-saxons appellent le « *life course development* ». 