



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* ». 



Santé perçue et comportements de santé des jeunes

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques

François Beck

Département
Enquêtes et analyses statistiques

*Institut national
de prévention
et d'éducation
pour la santé*

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

À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les jeunes construisent leurs représentations et acquièrent des comportements qui peuvent avoir des conséquences immédiates ou ultérieures sur leur santé. Il s'agit d'une période charnière, d'autant plus qu'elle est également synonyme de changements dont l'impact ne doit pas être négligé : physique (puberté), scolaire (fin du lycée et éventuellement études supérieures), professionnelle (début de la vie active ou période de chômage), familiale (départ du domicile parental, mise en couple, premier enfant...). Placer l'effort de prévention sur les jeunes apparaît donc crucial d'autant plus lorsque le retard de certaines acquisitions dès les premiers âges de la vie constitue le socle de l'installation des inégalités sociales de santé [67, 89].

La santé des jeunes est l'objet de toutes les attentions et de toutes les inquiétudes souvent relayées et amplifiées par les médias sur la base de faits divers ou de reportages ciblés montés pour provoquer de l'émotion. De ces émotions peuvent naître et se répandre certaines croyances. De ce fait, le regard porté sur cette tranche d'âge manque parfois de recul et de perspectives. Les enquêtes en population générale sont donc indispensables pour quantifier les pratiques engagées au cours de cette période de la vie. Le recours aux enquêtes représentatives menées auprès des jeunes permet de rendre compte des pratiques de la jeunesse par une description de leurs comportements reposant sur leurs propres déclarations.

Santé perçue

Globalement, 96 % des jeunes de 15 à 30 ans se déclarent en bonne santé. La moitié d'entre eux considère même que leur santé est excellente ou très bonne (47 %). Ces perceptions tendent à diminuer avec l'avancée en âge : 59,5 % des 15-19 ans se disent en très bonne santé, alors que les 20-25 ans ne sont plus que 45 % à avoir cette opinion et les 26-30 ans sont encore moins nombreux, soit 38 % [4]. Leur perception positive révèle également de fortes disparités entre les sexes. Les jeunes femmes présentent toujours une appréciation plus négative de leur santé que les hommes du même âge. Selon l'échelle de Duke, elles obtiennent un score en matière de qualité de vie inférieur de plus de 10 points sur les indicateurs de santé physique : 70 pour les femmes et 80 pour les hommes. Elles s'avèrent aussi plus sujettes aux problèmes d'anxiété (36 vs 28) et de dépression (34 vs 24). Notons enfin que parmi l'ensemble des jeunes, ce sont les jeunes chômeurs qui se considèrent le plus fréquemment en mauvaise santé (9 %).

Comportements de santé des jeunes : quelques facteurs de risque ou de protection

C'est parmi les 15-30 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée (44 % de fumeurs actuels dont 36 % de quotidiens). Entre 2005 et 2010, cette prévalence a augmenté de 3 points alors qu'elle avait baissé de 5 points entre 2000 et 2005 passant de 46 % à 41 % (les jeunes scolarisés ou étudiants fumeurs de manière régulière sont 23 %, ceux qui ont un emploi sont 42 %, alors que les chômeurs sont 53 %).

L'âge d'initiation de la première cigarette est fortement corrélé à la fois au fait de fumer quotidiennement et au fait de fumer au moins dix cigarettes par jour. Ainsi, ceux qui ont fumé leur première cigarette avant 14 ans sont 66 % à fumer quotidiennement entre 20 et 25 ans et 30 % à en fumer au moins dix par jour. Ceux qui ont commencé à 18 ou 19 ans ne sont que 33 % à fumer quotidiennement et 14 % à fumer au moins dix cigarettes par jour entre 20 et 25 ans.

La consommation annuelle d'alcool chez les 15-30 ans a augmenté de 3,5 points entre 2005 et 2010 (82 % vs 79 % ; $p < 0,001$). L'usage hebdomadaire est en légère hausse par rapport à 2005 avec 48 %. L'usage quotidien, bien que faible – 2,5 % entre 15 et 30 ans – est stable, alors qu'il diminue en population générale (15 % en 2005 ; 11 % en 2010).

En 2010, un tiers des 15-19 ans a rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (40,8 % des garçons, 25 % des filles), contre un quart en 2005.

Les sex-ratios concernant les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes ont nettement diminué entre 2005 et 2010, les rapprochements étant particulièrement visibles parmi les jeunes, cette tendance ayant également été relevée dans de nombreux pays européens [44].

Entre 2005 et 2010, on constate une augmentation des consommations d'alcool hebdomadaires ou ponctuelles importantes, que ce soit chez les actifs, les étudiants ou les chômeurs. Le statut d'étudiante est fortement corrélé à l'augmentation de survenue d'ivresse, alors que c'est la situation de chômage ou d'inactivité qui l'est avec le risque chronique chez les hommes.

La consommation de cannabis n'a pas varié entre 2005 et 2010 alors qu'elle avait augmenté de 2000 à 2005. En 2010, l'usage régulier (au moins 10 fois par mois) de cannabis concernait 2,5 % des 15 à 30 ans, et 11 % au cours des 30 derniers jours et 19 % au cours 12 derniers mois. La France reste néanmoins un des pays d'Europe où la prévalence au cours des 30 derniers jours est la plus élevée [44].

En 2010, moins d'un pour cent (0,9 %) des 15-30 ans (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes) déclarent

avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Cette proportion apparaît relativement stable depuis 2000. Cinq pour cent des 15-30 ans (2,7 % des hommes et 7,3 % des femmes) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

La moyenne des temps de sommeil déclarés par les 15 à 30 ans est de 7 h 26, ce qui apparaît insuffisant par rapport au temps de sommeil recommandé à ces âges. Ainsi, 23 % des jeunes (vs 17 % des 31-45 ans) se trouvent aujourd'hui en dette de sommeil (par convention quand il y a une différence d'au moins 90 minutes entre le temps de sommeil effectif et celui jugé nécessaire pour être en forme le lendemain, ce qui est équivalent de plus d'une nuit de sommeil chaque semaine).

Le temps moyen de sommeil diminue avec l'avancée en âge. Il passe de 7 h 37 pour les 15-19 ans à 7 h 27 pour les 20-25 ans, puis à 7 h 15 pour les 26-30 ans. Cette baisse du temps de sommeil, amorcée dès le collège, s'avère liée à une concurrence avec les loisirs et le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, tablette ou téléphone portable), tout comme pour les collégiens. L'usage, le soir, d'outils électroniques et audiovisuels aurait pour conséquence une diminution de 30 à 45 minutes de temps de sommeil [63].

Tout comme leurs aînés, les jeunes peuvent être concernés par les troubles du sommeil. Ainsi, les 15-30 ans sont 13 % à déclarer avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours. Ce chiffre est quasi constant depuis 2000 (12 %). Les jeunes sont aussi 17 % à être insatisfaits de leur sommeil, 14 % à être en insomnie chronique et 8 % à somnoler régulièrement pendant la journée.

De manière générale, les femmes entre 15 et 30 ans sont plus nombreuses que les hommes du même âge à être sujettes aux troubles du sommeil : 19 % d'entre

elles sont insomniaques vs 9 % de leurs homologues masculins.

Les différences de troubles du sommeil sont également liées à la situation socio-professionnelle du jeune. Les étudiants sont, en effet, plus nombreux à avoir une dette de sommeil (28 %) que les jeunes actifs (20 %) et surtout que les jeunes qui sont au chômage (18,5 %).

L'âge et le sexe apparaissent comme des variables discriminantes importantes pour tous ces comportements de santé. Une approche mêlant le genre et l'appréhension de la santé et des comportements de santé semble particulièrement adaptée ; les jeunes filles tendent ainsi à se déclarer en moins bonne santé que les jeunes hommes, à davantage souffrir de problèmes de santé mentale ou de troubles du sommeil, mais consomment moins de substances psychoactives qu'eux. Elles présentent par ailleurs des habitudes alimentaires globalement plus favorables à leur santé. Ces différences traduisent des représentations de la santé spécifiques et des attitudes « genrées » à l'égard de la santé qu'il convient de ne pas négliger quand on intervient auprès de ces publics. On voit aussi sur ces quelques exemples, les inégalités sociales de santé ne se dessinent pas qu'en termes de morbidité et de mortalité survenant très majoritairement en fin de vie, elles se cristallisent dès les plus jeunes âges et l'adolescence, notamment autour des comportements de santé. La jeunesse ne recouvre pas une catégorie uniforme, mais il existe différentes jeunesse et plusieurs critères pèsent sur les comportements de santé et le recours aux soins des jeunes. Intervenir auprès des jeunes permet de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé ou l'installation de comportements défavorables à la santé. Il semble crucial d'agir le plus précocement possible pour obtenir une réduction des inégalités sociales de santé. †

Les cohortes d'enfants et d'adolescents en France

Le principe des cohortes épidémiologiques est le suivi longitudinal d'un groupe de sujets. Une distinction majeure doit être faite d'emblée entre cohortes de malades souffrant d'une pathologie particulière et cohortes en population générale.

L'objectif des cohortes de malades est d'étudier l'évolution d'une maladie, naturelle ou sous traitement, elles incluent un nombre souvent restreint de sujets habituellement recrutés en milieu médical. Il existe de nombreuses études de cohortes d'enfants souffrant de pathologies diverses ou d'adolescents ayant fait une tentative de suicide, par exemple.

Nous ne citerons ici que les cohortes en population générale, qui s'intéressent essentiellement aux causes

des maladies, particulièrement les maladies multifactorielles aux déterminants environnementaux et génétiques multiples. Concernant spécifiquement les enfants et les adolescents, un intérêt majeur des cohortes en population est l'étude du développement physique, cognitif et moteur, psychologique, affectif, social. Ces cohortes doivent inclure et suivre des échantillons parfois très vastes, pour lesquels sont recueillies, de façon prospective, des données personnelles, de mode de vie, sociales, professionnelles et environnementales, et s'accompagnent de biobanques.

Les cohortes d'enfants

Plusieurs cohortes « de naissance » existent actuellement en France. On peut citer la cohorte Eden, mise

Marie Zins
Marcel Goldberg
Unité Cohortes épidémiologiques en population, UMS 011, Inserm-UVSQ, Villejuif
Marie-Aline Charles
UMS Ined-Inserm-Elfe, Paris



La santé : un capital en construction dès l'enfance

en place de 2003 à 2006, qui a recruté 2 000 femmes à la fin du premier trimestre de grossesse et recueilli des données auprès de la mère, du père, et lors des examens des enfants suivis depuis. Eden s'intéresse aux déterminants pré et post natals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'enfant, comme l'impact de la nutrition de la mère pendant la grossesse sur le développement et la santé de l'enfant, l'apparition d'un surpoids, d'asthme, à l'exposition aux polluants, aux toxiques et aux allergènes pendant la grossesse et les premières années de vie, ou le rôle des facteurs socio-économiques, psycho-affectifs [6].

La cohorte Pélagie suit, en Bretagne depuis 2002, environ 3 500 couples mères-enfants pour étudier les effets de composés toxiques dans l'environnement. Les premières études ont porté sur le rôle de la consom-

mation de produits de la mer pendant la grossesse, l'exposition professionnelle des femmes enceintes aux solvants, ainsi que l'exposition environnementale à des pesticides (agricoles et biocides) [15].

La cohorte Paris a pour but d'étudier les relations entre la santé respiratoire, les allergies au cours des premiers mois et des premières années de vie, et le mode et le cadre de vie des jeunes enfants, notamment les caractéristiques des environnements intérieur et extérieur dans lesquels ils évoluent. Elle a inclus près de 4 000 nouveau-nés recrutés dans des maternités parisiennes entre 2003 et 2006, et qui font l'objet d'un suivi régulier [43].

Actuellement, la plus importante cohorte d'enfants française est la cohorte Elfe. Lancée depuis avril 2011, elle concerne plus de 18 000 enfants. Des données sont

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

Les Forums Adolescents de la Fondation Pfizer, un observatoire du bien-être adolescent, par les adolescents et les adultes

Comportements à risque, différences entre les sexes, passage à l'âge adulte... Depuis 2005, la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent - en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale et l'Inserm - offre une tribune ouverte aux adolescents, soucieuse de faire entendre leurs opinions et attentes des adultes, à travers les Forums Adolescents (FA). Ces Forums sont des lieux d'expression, de dialogue et de confrontation des points de vue entre, d'une part, les lycéens qui travaillent en région, plusieurs mois en amont du Forum, avec leurs équipes éducatives sur la thématique de l'année; et d'autre part, des experts des communautés scientifiques, médicales ou des sciences humaines. Ces échanges intergénérationnels sont illustrés notamment par les résultats d'une enquête nationale sur la thématique et ceux du Baromètre Bien-être Adolescent, menés par Ipsos pour la Fondation Pfizer : ils permettent une compréhension plus fine de l'adolescence tout en s'attaquant aux idées préconçues.

intégration aux pairs - et montre chaque année un décalage de perceptions qui, même s'il a tendance à diminuer en 2013 *versus* les années précédentes, reste très marqué. Par exemple, 25 % des adolescents déclarent se sentir mal dans leur peau¹ contre 62 % des adultes (vs 74 % en 2012) et 65 % des adultes estiment que les ados sont souvent sous pression¹ (vs 74 % en janvier 2012²) contre 47 % des ados¹.

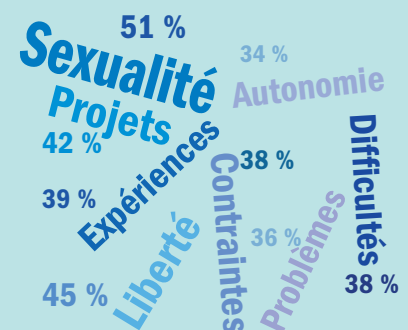
Ces résultats enseignent que, dans leur grande majorité, les adolescents vont mieux que ce que les adultes peuvent penser et qu'il est important, pour eux, de rester positifs et d'avoir confiance en l'avenir, et donc en eux.

L'adolescence, une périoderisée ?

Le Forum 2013 s'intéressait au passage à l'âge adolescent puis adulte. Pour les ados interrogés par Ipsos¹, l'adolescence balance entre ouverture du champ des possibles - liberté (45 %), projets (42 %) ou expériences (39 %) - et adversité - difficultés (38 %), contraintes (38 %) et

problèmes (36 %). Pour les ados impliqués dans les Forums, cette période est jalonnée de premières fois, aux vertus initiatiques ou intégratrices comme la première ivresse, le premier joint ou pari dangereux relevé; ou marquant le début de l'autonomie, comme les premiers emplois d'été, relations sexuelles, vacances sans parents/adultes ou déplacements seul. L'adolescence devient moment des expériences, des émotions fortes mais aussi apprentissage du renoncement et des conflits relationnels. Grâce à cela, « on s'endurcit », comme l'écrit un adolescent dans sa lettre à son jeune frère : l'adolescence, « c'est ce moment qui forge ta personnalité et qui bien souvent renforce ton caractère. » Prendre des risques, braver les interdits, chercher ses limites, vivre ses premières fois sont

L'adolescence pour les ados



Nathalie Dupin
Fondation Pfizer
Laïla Idtaleb
Ipsos
Philippe Jeammet
Président de la
Fondation Pfizer

Non, nos ados ne broient pas du noir !

Depuis 10 ans, le Baromètre Bien-être Adolescent Ipsos/Fondation Pfizer questionne, en regards croisés Ados/Adultes et en huit items - sentiment de bien-être général ou à l'école, facilité de parler des problèmes, sentiment de pression ou

1. Enquête Ipsos Santé réalisée auprès de 800 adolescents âgés de 15 à 18 ans, de 800 adultes âgés de 25 ans et plus, interrogés en ligne et de 200 seniors âgés de 60 ans et plus interrogés par téléphone du 23 octobre au 13 novembre 2012.

2. Enquête Ipsos Santé réalisée auprès de 807 adolescents de 15 à 18 ans et de 822 adultes de 25 ans et plus interrogés en ligne du 12 au 19 janvier 2012.

recueillies à la maternité, puis lors d'étapes d'intérêt particulier (à 2 mois, une fois par an jusqu'à 4 ans, puis de façon plus espacée). Elfe aborde les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé-environnement. Seront notamment ainsi étudiés l'histoire des enfants en prenant en considération celle de leurs parents, la socialisation de l'enfant, les parcours scolaires, la croissance, les pratiques alimentaires, le développement moteur, cognitif, langagier, social et affectif, les inégalités sociales de santé, l'asthme et l'obésité, les effets de l'exposition à différents composants chimiques *in utero* et après la naissance [14].

Les cohortes d'adolescents

La quasi-totalité des cohortes d'adolescents françaises

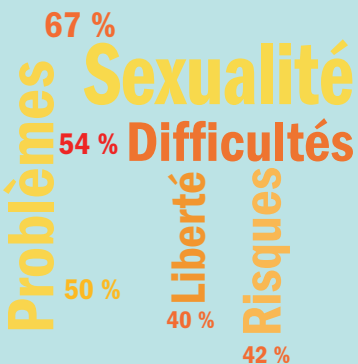
concernent des jeunes suivis parce qu'ils sont porteurs d'une pathologie, notamment psychiatriques, ou sélectionnés pour des comportements addictifs ou des tentatives de suicide. La seule cohorte non sélectionnées sur des critères de santé ou de comportement, à notre connaissance, est la cohorte Tempo, dont les participants sont des enfants de volontaires de la cohorte Gazel [35]. Ils étaient âgés de 4 à 16 ans en 1991 lorsque l'étude a débuté. Ils sont aujourd'hui de jeunes adultes et 1 103 d'entre eux font de nouveau l'objet d'un suivi depuis 2009, alors qu'ils avaient entre 22 et 35 ans. Les recherches s'intéressent tout particulièrement aux difficultés psychologiques ou liées à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues illicites, qui sont particulièrement fréquentes chez les jeunes adultes [92].

des étapes importantes pour se tester, se connaître, se construire.

Face à eux, les adultes tendent à dramatiser cet âge charnière lorsqu'ils songent aux ados et à la période de profonds bouleversements qu'ils traversent : ils balancent entre difficultés (54 %), problèmes (50 %) et risques (52 %), traduisant sans doute leur inquiétude vis-à-vis du monde adulte qui attend les ados.

L'enquête Ipsos/Fondation Pfizer 2011 sonde la question sous un autre angle, celui des différences : les ados qui se sentaient « différents » présentent des scores de mal-être bien plus élevés que les autres (49 % s'étaient déjà senti mal dans leur peau vs 24 % pour ceux qui ne se sentaient pas différents) et ont tendance à afficher des comportements provocants ou risqués plus prononcés

L'adolescence pour les adultes

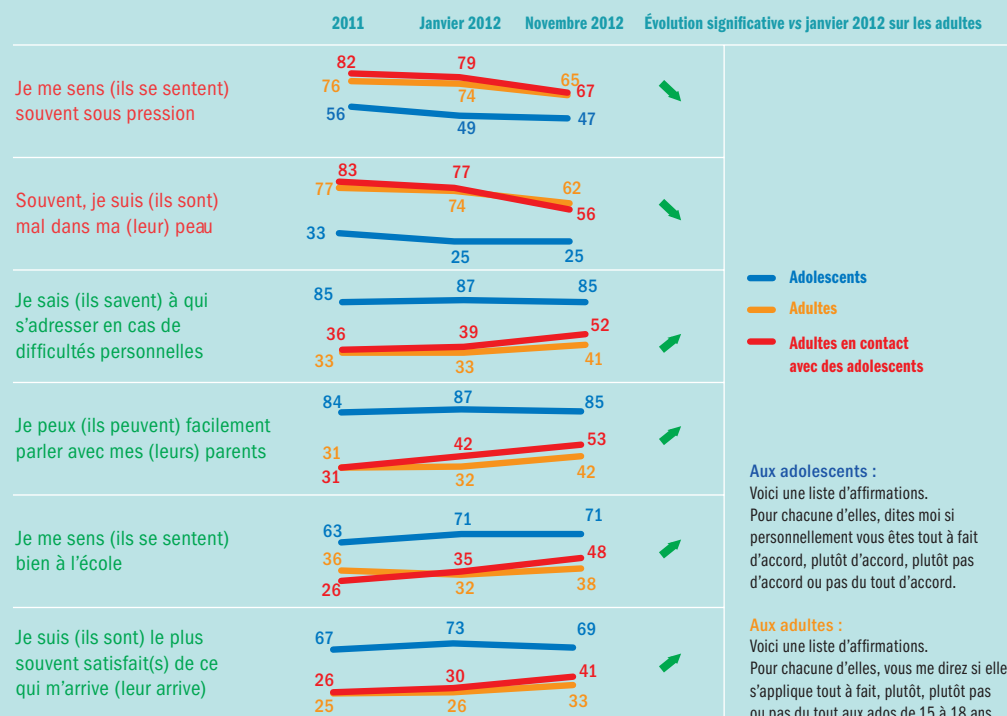


(boire de l'alcool, consommer de la drogue, sécher les cours), qu'ils souffrent ou soient fiers de leurs différences !

En septembre 2013, toujours en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale et l'Inserm, la Fondation Pfizer

a lancé une réflexion auprès de lycéens sur le message de prévention à adresser à leurs pairs pour se protéger des risques. Les résultats vont certainement, une nouvelle fois, bousculer nos visions d'adultes...

Évolution du pourcentage du total d'accord sur le bien-être des adolescents chez les adolescents, les adultes et les adultes en contact avec des adolescents



Source : Baromètre Bien-Être Adolescent 2013 (Ipsos/Fondation Pfizer).