



Ministère  
de l'emploi, du travail  
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé  
et de la protection sociale



# Études et Résultats

N° 322 • juin 2004

## La santé des adolescents

*Les adolescents de 12 à 17 ans s'estiment dans une très large majorité bien portants. Pourtant, les études sur les facteurs liés à leurs comportements et modes de vie et sur leur recours au système de soins montrent que ce propos doit être nuancé. Bien que les adolescents semblent à maints égards en meilleure santé que les adultes, ils sont également sujets à certains risques spécifiques. De plus, cette classe d'âge n'est pas homogène, avec notamment des problèmes de santé différenciés entre garçons et filles.*

*Ainsi, les adolescents ont des habitudes alimentaires contrastées : ce sont eux dont l'apport quotidien en fruits et légumes est le plus éloigné des recommandations établies par le Plan national nutrition - Santé (PNNS), mais ce sont également eux qui consomment le plus de céréales et féculents. Ils pratiquent plus d'activités physiques que les adultes, et sont aussi moins touchés par le surpoids et l'obésité.*

*En matière de conduites « à risque », les comportements sont très distincts selon le sexe : la consommation de cannabis augmente et concerne surtout les garçons, de même que les comportements violents, tandis que les filles sont davantage sujettes à la dépressivité et aux tentatives de suicide.*

*Le recours aux soins des adolescents présente également des spécificités. Leur recours aux services d'urgences est important, principalement pour des traumatismes et, à partir de 15 ans, suite à des accidents de la circulation.*

*Les hospitalisations sont relativement rares, et surtout motivées par des problèmes dentaires et des traumatismes ou empoisonnements. En ce qui concerne les suivis psychiatriques, les adolescents pris en charge sont de plus en plus nombreux, particulièrement les filles à partir de 15 ans pour des troubles névrotiques.*

*Enfin, le taux de mortalité des garçons de 15 à 19 ans est beaucoup plus élevé que celui des filles, essentiellement du fait des suicides et des accidents de la circulation.*

La notion d'« adolescents » peut recouvrir des groupes d'âges très différents : dans son acception la plus large, celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle inclut les 11-24 ans. Toutefois, entre 11 et 24 ans, la situation sociale, scolaire, familiale et relationnelle se modifie tellement, qu'il nous est apparu, dans le but d'analyser leur santé, peu pertinent de regrouper l'ensemble des 11-24 ans sous une dénomination unique. La présente étude se limite donc à un groupe plus restreint, les 12-17 ans. Ce groupe d'âge apparaît relativement homogène, car ces jeunes sont majoritairement scolarisés dans le second degré (plus de 90 % d'entre eux sont au collège ou au lycée) et vivent au foyer familial (plus de 90 % vivent avec leurs parents, ensemble ou séparés). Le

Ont collaboré à la réalisation de cette étude :

- L'Inpes pour les paragraphes sur les comportements alimentaires et sportifs, les violences et les accidents  
Hélène Perrin-Escalon, Christophe Léon

- L'Inserm pour les paragraphes sur les conduites à risque  
Christine Hassler, Marie Choquet, Delphine Morin  
avec la collaboration de François Beck, Stanislas Spilka, Stéphane Legleye pour la consommation de produits psycho-actifs

- La Drees pour les paragraphes sur le surpoids et l'obésité, la morbidité déclarée, les recours aux soins, la mortalité et les accidents  
Vanessa Bellamy, Valérie Carrasco, Chantal Cases  
Magali Coldefy, Marie-Claude Mouquet, Christine de Peretti, Emmanuelle Salines, Annick Vilain

- L'Irdes pour le paragraphe sur les recours aux soins ambulatoires  
Florence Naudin



## Les sources de données

Plusieurs sources d'information existent sur la santé des adolescents :

- Il existe d'abord les sources indirectes, données « officielles » fournies par les professionnels ou les institutionnels. Ils ont souvent l'avantage d'être disponibles de façon systématique (par exemple, la mort donne lieu à une déclaration obligatoire et on possède donc des données annuelles, centralisées et analysées systématiquement par l'Inserm).

- Il existe ensuite les sources directes, données obtenues par enquête spécifique auprès des professionnels (statistiques de service) ou d'un échantillon de personnes (par « auto-questionnaire » ou « hétéro-questionnaire ») dont la liste est obtenue par échantillonnage sur la base de l'anonymat.

#### Les Baromètres santé de l'Inpes

Ce sont des enquêtes aléatoires par téléphone réalisées auprès de personnes parlant le français et dont la résidence principale se situe en France métropolitaine. Pour les trois enquêtes utilisées ici, le recueil des données a été réalisé par l'institut BVA. Les échantillons ont été constitués par tirage au sort d'un échantillon aléatoire de ménages à partir du fichier de France Télécom. Un redressement est effectué sur le sexe, l'âge, la taille de l'agglomération, la région et la profession de l'interviewé (uniquement pour le Baromètre santé nutrition) d'après les données du recensement de population précédant l'enquête.

##### Baromètre santé 2000

Cette enquête multithématique a été réalisée du 6 octobre au 23 décembre 1999 auprès de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans.

##### Baromètre santé nutrition 2002

L'enquête a été réalisée entre le 2 février et le 29 mars 2002 auprès de 3 153 personnes âgées de 12 à 75 ans. Les interviews ont été réalisées chaque jour de la semaine, y compris le dimanche, afin de couvrir l'ensemble des variations journalières des prises alimentaires.

##### Baromètre santé jeunes 97/98

L'enquête a été réalisée du 6 novembre au 23 décembre 1997 auprès de 4 115 jeunes âgés de 12 à 19 ans.

##### L'Enquête Espad

C'est une enquête quadriennale européenne réalisée auprès d'échantillons nationaux représentatifs d'élèves ( $N > 2500$  élèves) dans leur 16<sup>e</sup> année, sous la responsabilité de B. Hibell & B. Andersson (Can, Suède). En France, l'enquête est sous la responsabilité conjointe de M. Choquet (Inserm) et F. Beck (OFDT), en collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale. L'échantillon des établissements est constitué par la DPD (ministère de l'Éducation nationale), l'échantillonnage des classes étant fait de façon aléatoire. Tous les élèves d'une classe tirée au sort remplissent un auto-questionnaire en classe, sous la supervision du personnel infirmier ou médical de l'Éducation nationale. Le taux de réponses des élèves est de 86% (sont inclus dans ce calcul les refus des établissements, les élèves absents le jour de l'enquête et les élèves ou parents qui refusent l'enquête).

##### L'enquête SPS 2002

Irdes (anciennement Credes)

C'est une enquête effectuée en 2002 auprès d'un échantillon représentatif de la population métropolitaine (7 342 ménages participant, 20 834 personnes) en deux vagues (printemps et automne). Elle a été réalisée par entretien téléphonique (ou déplacements lorsque l'on ne disposait pas des coordonnées téléphoniques) et auto-questionnaires.

##### La base de données IMS Health

IMS Health publie trimestriellement des données relatives aux pathologies et aux prescriptions réalisées par les médecins libéraux généralistes et spécialistes de France métropolitaine : étude permanente sur la prescription

médicale (EPPM). Ces informations, extrapolées à l'ensemble de l'univers des médecins libéraux sont issues d'un échantillon représentatif de médecins libéraux recrutés après tirage aléatoire.

Les résultats présentés ici sont issus d'une exploitation de données réalisée par l'Irdes sur la période du 1<sup>er</sup> septembre 2001 au 31 août 2002.

##### L'enquête sur les urgences hospitalières

Effectuée auprès d'un échantillon de près de 10 000 usagers de services d'urgences hospitalières métropolitains en janvier 2002, elle comporte deux modes de recueil : une fiche de données médicalisées (motifs, diagnostic) renseignée par les soignants et un entretien téléphonique auprès d'une partie de ces usagers (environ 3 000), 15 jours environ après leur passage aux urgences. Les données ont été redressées selon la structure des services d'urgences.

##### Le PMSI-MCO

Les données sur les hospitalisations en soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) proviennent de l'analyse de la base nationale 2001 constituée dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Tout séjour hospitalier en soins de courte durée en MCO fait l'objet d'un enregistrement standardisé comportant notamment les caractéristiques démographiques du patient, les pathologies traitées, et les actes chirurgicaux pratiqués. Cette base a été redressée par la Drees pour corriger ses défauts d'exhaustivité. Les informations sur les pathologies traitées sont issues de l'exploitation du diagnostic principal affecté à chaque séjour codé selon la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé. Les codes ont été regroupés selon les chapitres de la 10<sup>e</sup> révision de la classification. Les résultats présentés concernent les résidents de France métropolitaine.

##### Les rapports de psychiatrie infanto-juvénile

Cette enquête administrative exhaustive, exploitée régulièrement depuis 1986, porte sur les moyens, le personnel et l'activité des 320 secteurs. En 2000, une version rénovée de ces rapports a été établie afin de mieux appréhender les réponses actuelles de ce dispositif spécialisé, notamment à travers les modalités d'accès aux soins et les pratiques des équipes dans l'organisation des soins et les activités de réseau. Le recueil sera désormais réalisé tous les trois ans.

L'enquête sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques et les hôpitaux de jour privés a été réalisée du 3 au 15 juin 1996 par la Direction générale de la santé (DGS) et le Centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale (INSERM) dans la totalité de ces établissements. Elle porte sur les caractéristiques des jeunes patients suivis : sexe, âge, catégorie diagnostique, scolarité, mode de prise en charge, rythme des consultations ou des prises en charge à temps partiel, durée du suivi à la date d'enquête.

##### Les données de mortalité sur les causes médicales de décès

La statistique nationale des causes de décès est établie par le Centre d'épidémiologie des causes de décès (CépiDc) de l'Inserm, en collaboration avec l'Insee, à partir des informations recueillies sur le certificat médical de décès, rempli par le médecin qui constate le décès, et le bulletin de décès, rempli par l'officier d'état civil lors de la déclaration du décès. Le médecin inscrit la cause initiale à l'origine du processus morbide ayant entraîné la mort, ainsi que la cause terminale et d'éventuels états morbides associés. Dans cette étude, c'est la cause initiale du décès qui a été retenue comme « cause directe » des décès des adolescents.

Les données présentées ici concernent la France métropolitaine.

1. Pour le Baromètre santé 2000 et le Baromètre santé nutrition 2002, des personnes dont le numéro de téléphone est sur liste rouge ont pu être interrogées, après incrémentation du numéro puis recherche dans l'annuaire inversé.
2. Hors périodes de vacances scolaires.

présent article donne une vision globale et diversifiée de la santé des adolescents à travers l'ensemble des sources disponibles (encadré 1). Elle aborde à la fois les facteurs liés aux modes de vie (alimentation, activité sportive), les troubles ou conduites dont l'effet peut être néfaste pour la santé, la morbidité et le recours des adolescents au système de soins, ainsi que les décès qu'il ne faut pas oublier, bien que relativement peu nombreux dans cette tranche d'âge.

### ■ Des jeunes de 12 à 17 ans qui se disent globalement en bonne santé.

Les adolescents ainsi définis se disent globalement en bonne santé. Ainsi, quelle que soit la source d'information, enquêtes téléphoniques (type Baromètre Santé) ou enquêtes par auto-questionnaire (type enquêtes *Espad*), la majorité des jeunes répondent positivement quand on leur demande une appréciation globale de leur santé. Entre 12 et 17 ans, neuf adolescents sur dix se disent bien portants : ils sont, selon le Baromètre santé Jeunes 1997-1998, 95 % à déclarer que leur santé est « plutôt » ou « très » satisfaisante par rapport aux personnes de leur âge et

1 % affirme qu'elle ne l'est pas du tout. Il s'avère dans tous les cas qu'ils se déclarent en meilleure santé que les 18-24 ans ou les adultes plus âgés (graphique 1). Par exemple, dans l'enquête *Santé et protection sociale (SPS)* réalisée par l'Irdes en 2002, les 12 à 17 ans attribuent une meilleure note à leur santé (moyenne à 9,3), que les 18 à 24 ans (moyenne= 8,9) et les 25 à 64 ans (moyenne= 8,0).

Si, globalement, les adolescents se disent en meilleure santé que les adultes, il convient, au regard des résultats qui suivent (alimentation et obésité, conduites à risque, conduites violentes, recours aux soins...) de nuancer ce propos, car la fréquence des troubles de santé au sens large du terme (somatique, psychologique et sociale) n'est pas négligeable dans cette tranche d'âge. D'ailleurs, selon le Baromètre santé 2000, les adolescents de 12 à 17 ans déclarent une meilleure santé physique et sociale, appréhendée par les scores de Duke<sup>1</sup>, que leurs aînés de 25 à 44 ans, mais une moins bonne santé mentale.

En outre, la santé perçue donne lieu, comme chez leurs aînés, à une appréhension différente chez les garçons et chez les filles. Ces dernières se déclarent

plus souvent en moins bonne santé (physique, mentale ou sociale), alors même que les garçons sont plus enclins à adopter des conduites à risque.

### Les comportements alimentaires et sportifs des adolescents

■ **L'alimentation des 12-17 ans : satisfaisante pour le groupe « viande – œuf – poisson » et les céréales, moins favorable pour les fruits et légumes, les produits laitiers et les produits sucrés.**

En 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a été mis en place afin de diffuser un certain nombre de repères concrets pour une alimentation quotidienne favorable à la santé. Ces repères sont utilisés ici pour analyser l'alimentation des jeunes de 12 à 17 ans<sup>2</sup>.

Selon le Baromètre santé nutrition 2002, l'alimentation des jeunes se rapproche ou s'éloigne plus ou moins de ces recommandations selon les groupes d'aliments que l'on considère (graphique 2). Si leurs comportements sont plutôt favorables en ce qui concerne la consommation de céréales et féculents, ainsi que de « viande – produits de la pêche et œufs », ils le sont moins au

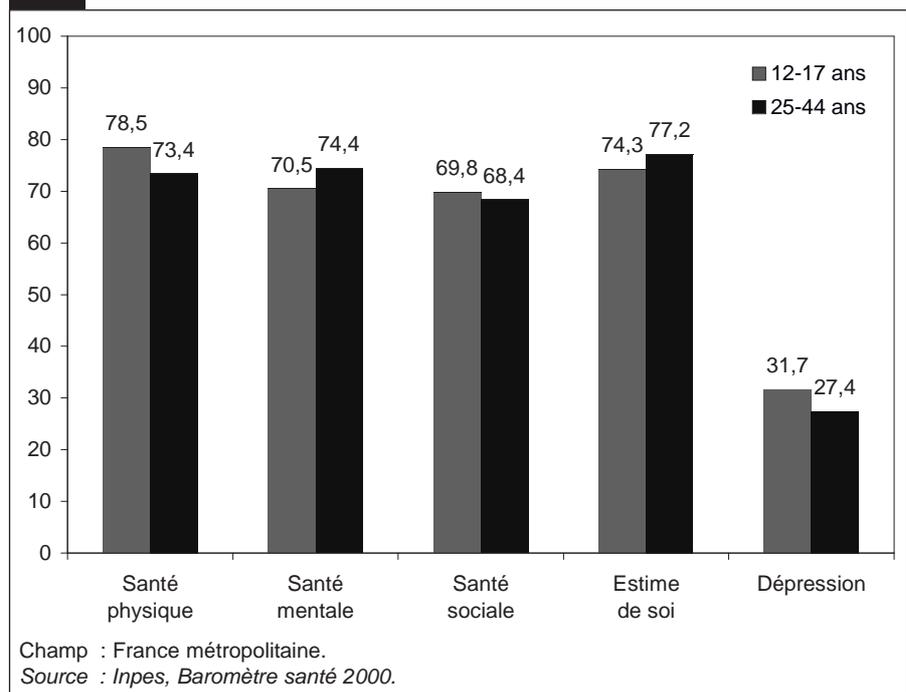
1. Il s'agit d'un instrument permettant d'explorer la santé perçue et la qualité de vie ressentie par les individus. Il comporte 17 questions qui, combinées entre elles, permettent d'obtenir différents score de santé.

Le score de santé physique résulte de la combinaison de 5 questions relatives à la difficulté à monter un étage, la difficulté à courir une centaine de mètres, le fait d'avoir eu, au cours des huit derniers jours, des problèmes de sommeil, des douleurs quelque part et/ou l'impression d'être fatigué(e).

Le score de santé sociale est obtenu à partir de 5 questions relatives au sentiment de ne pas être quelqu'un de facile à vivre, d'être content de sa vie de famille, d'être à l'aise avec les autres, au fait de s'être retrouvé au cours des huit derniers jours, avec des gens de sa famille qui n'habitent pas chez soi ou avec des copains en dehors de l'école ou d'avoir eu des activités de groupe ou de loisirs.

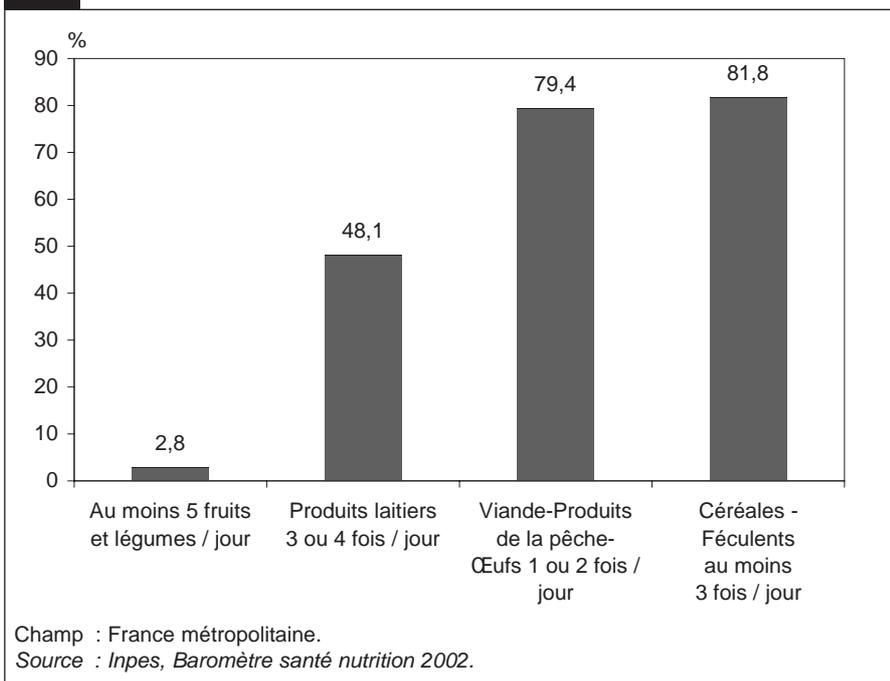
2. À l'exception des résultats sur les produits de type snacks, les produits sucrés et les habitudes alimentaires qui ne correspondent pas strictement à des repères du PNNS.

**G** 01 perception de différentes dimensions de la santé appréhendées par les scores de Duke, selon l'âge



G  
•02

alimentation des jeunes de 12 à 17 ans relativement aux repères de consommation actuellement recommandés par le PNNS



niveau de la consommation de fruits et légumes et, dans une moindre mesure, de produits laitiers, celle-ci apparaissant insuffisante. Les jeunes sont également de plus gros consommateurs de produits de type « snacks » et de certains produits gras ou sucrés que les adultes.

Les fruits et légumes sont le groupe alimentaire pour lequel la consommation des adolescents est la plus éloignée des repères recommandés (au moins cinq fruits et légumes par jour). Si cette insuffisance est observée pour l'ensemble des Français, elle est plus marquée chez les jeunes que chez les adultes. 2,8 % des 12-17 ans et 3,5 % des 18-24 ans mangent des fruits ou légumes au moins cinq fois par jour (sans différence significative entre ces deux tranches d'âge) contre 16 % des 45-64 ans et 21,3 % des 65-75 ans. Si les femmes sont en général plus nombreuses à manger dans la journée au moins cinq fruits et légumes, cette différence ne s'observe pas chez les 12-17 ans.

Les jeunes sont toutefois plus nombreux que les adultes à consommer trois fois par jour des produits laitiers (32,8 % des 12-17 ans et 30,3 % des 18-24 ans contre 24,3 % des 25-44 ans et 23,5 % des 45-64 ans). À peine la moitié d'entre eux (48,1 %) en pren-

nent cependant trois ou quatre fois par jour, fréquence recommandée spécifiquement pour les adolescents.

On peut toutefois souligner que les jeunes sont particulièrement de gros consommateurs de yaourts (63,5 % chez les 12-17 ans et 56,2 % des 18-24 ans en ont pris au moins un la veille contre 51,1 % des 25-44 ans).

En ce qui concerne le groupe alimentaire « viande – œufs – produits de la pêche », il n'apparaît guère de différence entre les jeunes et les adultes : environ quatre sur cinq ont mangé un aliment de ce groupe une ou deux fois la veille. Si les jeunes sont aussi nombreux que les adultes à avoir consommé de la viande la veille, ils sont en revanche nettement moins nombreux (19,8 % chez les 12-17 ans contre 29,3 % chez les 25-44 ans et 44,1 % chez les 45-64 ans) à avoir mangé du poisson au moins deux fois dans la semaine, fréquence recommandée par le PNNS.

La consommation de céréales et de féculents des jeunes apparaît quant à elle assez satisfaisante. Les adolescents sont, comme les personnes âgées (65-75 ans), plus nombreux que les adultes à manger des céréales et féculents au moins trois fois par jour (81,8 % chez les 12-17 ans). Si le pain est plutôt une habitude des individus les plus âgés, les

jeunes manifestent une préférence spécifique pour les céréales prêtes à consommer (les 12-17 ans sont 24,7 % à en consommer, proportion qui diminue de moitié chez les 18-24 ans (12,2 %) et n'excède pas 6,5 % à partir de 25 ans).

Plus d'un adolescent sur quatre (27,5 %) a cependant mangé la veille un produit de type snack, pizza, tarte salée, hamburger. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée chez les adultes de 18 à 44 ans, mais elle est plus élevée que parmi les 45-64 ans (27,5 % contre 16,6 %).

Les 12-17 ans sont en outre proportionnellement plus nombreux que les adultes de 25 ans et plus à consommer certains types de produits sucrés, les 18-24 ans ayant des comportements similaires à ceux de leurs cadets. Ils sont ainsi plus nombreux à ces âges à manger du chocolat, des viennoiseries ou des biscuits, mais moins nombreux à prendre de la confiture. Il n'y a pas de différence significative avec les autres tranches d'âge pour les desserts lactés, les glaces, le sucre ou les confiseries.

D'autres habitudes alimentaires peu favorables à la santé sont aussi plus fréquentes chez les jeunes. Les 12-17 ans ont ainsi, davantage que leurs aînés de 25 ans et plus, l'habitude de mettre sur la table du sel, de la mayonnaise et du ketchup, et pour ce dernier produit, plus que les 18-24 ans (39,2 % contre 25,5 %).

Ils sont également plus nombreux à consommer des boissons non alcoolisées, sirop et sodas, jus de fruits et boissons lactées. Les 12-17 ans sont de loin les plus gros consommateurs de boissons sucrées de type sirops et sodas : 38,1 % en ont pris la veille contre 21,4 % des 25-44 ans et 7,9 % des 45-64 ans. Ils sont aussi, avec les jeunes adultes de 18 à 24 ans, de plus grands consommateurs de jus de fruits : plus de la moitié en consomment au moins une fois dans la journée (55,2 % des 12-17 ans et 50,2 % des 18-24 ans, sans différence significative) contre 33,2 % des 25-44 ans et 26,4 % des 45-64 ans. Ils sont enfin les plus nombreux, en proportion, à avoir pris une boisson lactée la veille : 61,1 % contre 49,7 % des 18-24 ans et 35,9 % des 25-44 ans.

La consommation alimentaire des 12-17 ans apparaît peu différenciée par sexe. Parmi les aliments étudiés ci-dessus, les seules différences significatives concernent la consommation de chocolat et de « desserts et pâtisseries », produits sucrés davantage prisés par les garçons (42,5 % contre 27,2 % des filles ont pris du chocolat la veille et 36,9 % contre 21,3 % des filles ont pris un dessert ou une pâtisserie) et l'habitude de mettre du sel sur la table, habitude également davantage déclarée par les garçons (80,7 % contre 66,7 %).

### ■ Activité physique : une pratique plus répandue chez les jeunes que chez les adultes.

Les adolescents sont, en proportion, plus nombreux que les adultes à déclarer avoir pratiqué au moins un sport au cours des quinze derniers jours : c'est le cas de 93,8 % d'entre eux contre 71,7 % des 18-24 ans et de moins d'un adulte sur deux à partir de 25 ans. L'activité sportive des jeunes, tous scolarisés jusqu'à 16 ans, est très certainement liée aux activités pratiquées dans le cadre scolaire.

La pratique d'un sport la veille, moins susceptible d'englober l'éducation physique et sportive pratiquée en milieu scolaire, est aussi plus courante dans cette tranche d'âge : elle concerne près de la moitié des 12-17 ans (48,0 % contre 25,9 % chez les 18-24 ans et 13,1 % chez les 25-44 ans). Si la pratique déclarée au cours des 15 derniers jours ne révèle pas de différence selon le sexe, le pourcentage de garçons âgés

de 12 à 17 ans ayant fait du sport la veille est significativement supérieur à celui des filles (55,8 % contre 39,8 %).

Trois adolescents sur cinq (59,0 %) ont en outre déclaré avoir marché au moins 30 minutes la veille de l'interview, sans différence significative ni selon le sexe, ni avec les autres tranches d'âge étudiées.

La sédentarité, appréhendée dans le Baromètre santé nutrition par le temps passé devant un écran (télévision, ordinateur, console de jeux) n'est pas spécifiquement le fait des jeunes. Si 87,3 % des 12-17 ans déclarent avoir regardé la télévision la veille, il n'y a pas de différence significative entre garçons et filles, ni avec l'ensemble des adultes de moins de 65 ans. Les jeunes ayant regardé la télévision la veille ont toutefois passé moins de temps que les adultes devant le petit écran (1h47 chez les 12-17 ans contre 2h14 chez les 25-44 ans, 1h10 chez les 45-64 ans et 2h32 chez les 65-75 ans). L'utilisation d'un ordinateur ou d'une console de jeux est en revanche plus fréquente chez l'ensemble des jeunes de 12 à 24 ans que chez les adultes : plus de la moitié d'entre eux en ont utilisé un la veille (50,7 % des 12-17 ans et 52,1 % des 18-24 ans, sans différence significative) contre 40,5 % des adultes de 25 à 44 ans. Néanmoins, les 12-17 ans qui en ont utilisé la veille ont passé en moyenne moins de temps devant ces machines que les adultes qui les utilisent sans doute souvent dans un cadre professionnel (1h 26 contre 2h19 pour les 18-24 ans et 3h19 chez les 25-44 ans).

### ■ Surpoids et obésité : moins répandus que chez les adultes.

L'évolution de la prévalence de l'obésité des adultes français est attestée par les études réalisées en population générale adulte : au début des années 90 la prévalence de l'obésité<sup>3</sup> des adultes français se situait aux alentours de 6 %, contre 9,7 % en 2000<sup>4</sup>. Les études menées par la Sofres, l'Institut Roche et l'Inserm dans la population des 15 ans et plus (enquêtes Obépi) confirment cette augmentation rapide, de 8,2 % en 1997 à 9,6 % en 2000<sup>5</sup> et 11,3 % en 2003<sup>6</sup>.

L'obésité des enfants et des adoles-

cents est globalement moins fréquente. Les résultats du Baromètre santé nutrition 2002 montrent que les jeunes ne sont pas aujourd'hui les plus touchés par ce problème de surcharge pondérale : les prévalences d'obésité et de surpoids les plus importantes concernent les adultes. Néanmoins, l'obésité semble, d'après différentes études réalisées sur le territoire français, en augmentation pour toutes les classes d'âge.

Chez les adolescents scolarisés en classe de troisième pendant l'année scolaire 2000-2001 (âgés essentiellement de 14 et 15 ans), plus de huit élèves sur dix ont ainsi une corpulence qui peut être considérée comme optimale, c'est-à-dire ni trop faible, ni trop élevée. Selon les normes internationales *International Obesity Task Force (IOTF)*, la prévalence globale du surpoids (obésité incluse) est de 15,7 %<sup>7</sup> : le surpoids, plus fréquent, concerne 12,4 % des adolescents, et l'obésité, 3,3 %. L'insuffisance pondérale, plus rare, touche à cet âge un élève sur cent<sup>8</sup>. Ces prévalences sont sensiblement identiques pour les filles et les garçons. En revanche, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont très fortement liées au milieu social : ainsi, lorsque le père est cadre ou exerce une profession libérale, la prévalence globale du surpoids (obésité incluse) chez les adolescents de troisième est d'à peine 11 %, et celle de l'obésité inférieure à 1 %. Lorsque le père est ouvrier non qualifié, le surpoids (obésité incluse) est deux fois plus fréquent, mais l'obésité dix fois plus. La prévalence de l'obésité est également relativement élevée, proche de 5 %, chez les enfants issus des milieux d'ouvriers qualifiés.

### Les conduites à risque

Les conduites à risque sont habituellement définies comme « comportant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu ». Cette définition relativement floue recouvre des comportements qui peuvent être extrêmement variés selon le niveau et le type de risque que l'entourage (familial et/ou social) accepte. Ainsi, toute conduite peut comporter des risques plus ou moins graves, plus ou moins chroniques, plus ou moins

3. Définie par une valeur de l'indice de masse corporelle (rapport du poids, en kg, par le carré de la taille exprimée en mètre)-supérieure ou égale à 30 kg/m<sup>2</sup>.

4. Données de l'étude *SPS 2000 (Credes)*.

5. Obépi 2000

6. Obépi 2003

7. Le 97<sup>e</sup> centile des références françaises donne une prévalence égale à 11,5 %.

8. Normes françaises : il n'existe pas de normes internationalement reconnues pour la maigreur des enfants.

immédiats. Une analyse par thèmes est ainsi brièvement proposée ici.

### ■ La consommation de substances psycho-actives : en augmentation pour le cannabis, en baisse pour le tabac.

Depuis dix ans, les tendances sont à un accroissement considérable de la consommation de cannabis, une stabilité de la consommation d'alcool, et une augmentation de la consommation de tabac entre 1993 et 1999, suivie d'une diminution entre 1999 et 2003. Cette diminution est certes repérée par des données concernant les jeunes scolarisés de 14 à 17 ans, mais rappelons qu'à cet âge le taux de scolarisation est très élevé (98 % entre 14 et 15 ans, de 92 % à 16 ans et de 82 % à 17 ans<sup>9</sup>). Cette évolution différentielle incite à considérer chaque substance séparément.

En 1999, dernière année de comparaison internationale actuellement disponible (les données *Espad* 2003 Europe seront publiées fin 2004), le fait d'avoir déjà consommé de l'alcool ou du tabac au cours de leur vie concerne la presque totalité des jeunes, alors que c'est le cas d'un jeune sur trois pour le cannabis, de près d'un jeune sur dix pour la consommation de produits à inhaler ou de médicaments contre la nervosité ou l'insomnie, et de moins d'un jeune sur vingt pour les autres substances illicites (ecstasy, héroïne, cocaïne)

[tableau 1]. Mais ces consommations augmentent très sensiblement avec l'âge. Ainsi, entre 14 et 17 ans, la consommation régulière d'alcool passe de 3 à 11 %, celle de tabac de 1 à 14 à 30 % et celle de cannabis de 1 à 10 %. Ces consommations diffèrent aussi entre garçons et filles : dans la majorité des cas, les garçons sont plus enclins à une consommation régulière de substances psycho-actives que les filles. Il en est ainsi de la consommation régulière d'alcool, et de cannabis. Ils sont également plus nombreux à avoir expérimenté l'ecstasy, la cocaïne, l'héroïne ou les produits à inhaler. Reste que le tabagisme et la prise de médicaments sont des comportements plus typiquement féminins, même si la différence entre les sexes est moins marquée que pour les consommations typiquement masculines. Ainsi, pour la consommation quotidienne de tabac le rapport entre filles et garçons est de 1,1, et de 1,4 en ce qui concerne la prise de médicaments sans ordonnance (tableau 1).

Entre 1999 et 2003 (derniers résultats *Espad* disponibles), la consommation d'alcool au cours de la vie a très légèrement augmenté pour les garçons (de 85,2 % à 86,5 %), mais pas pour les filles, alors que la consommation régulière est restée stable. Au contraire, la proportion de jeunes ayant déjà consommé du tabac a diminué (de 72,8

à 63,5 % chez les garçons, de 75,6 à 64,3 % chez les filles), tout comme la consommation quotidienne (de 23,4 à 16,8 % chez les garçons, et de 26,6 à 18,8 % chez les filles). Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis est aussi devenu plus répandu (de 32,7 à 36,8 % pour les garçons et de 25,8 à 28,8 % chez les filles), la consommation régulière n'ayant augmenté que chez les garçons (de 6,4 % à 7,4 %). Actuellement, la consommation régulière de cannabis est au même niveau que la consommation régulière d'alcool, le tabac venant largement en tête de toutes les consommations régulières déclarées par les adolescents de 14 à 17 ans.

La consommation de substances psycho-actives par les jeunes de 16 ans présente en France certaines particularités, au regard de certains autres pays d'Europe<sup>10</sup>. En effet, la consommation de tabac en 1999 (et surtout sa consommation quotidienne) était plutôt plus élevée en France qu'ailleurs, la différence étant particulièrement défavorable pour les filles (tableau 2). La consommation d'alcool des garçons se situe près de la moyenne européenne, alors que celle des filles est au contraire en dessous de la moyenne. Par contre, la consommation régulière de cannabis dépasse de loin, pour filles comme garçons, celle observée dans les autres pays.

### ■ Dépressivité et tentatives de suicide : plus fréquentes chez les adolescents.

L'absentéisme scolaire (défini comme le fait d'être souvent en retard, et/ou absent à un cours, et/ou absent pour une journée, quel qu'en soit le motif) est actuellement aussi fréquent chez les garçons que chez les filles, alors qu'il était il y a une dizaine d'années plus fréquent chez les premiers (en 1993, 14,2 % des garçons et 10,8 % des filles étaient, avec les mêmes critères, alors considérés comme absentéistes).

9. Source : DPD, ministère de l'Éducation nationale.

10. Les pays présentés ici ont été choisis de façon à refléter la diversité culturelle des pays enquêtés en Europe.

**T** consommation de substances psycho-actives des 14-17 ans, par sexe

**•01**

en %

	Garçons	Filles	Sex ratio G/F
<b>Tabac</b>			
Consommation durant la vie	72,8	75,6	0,9
Consommation quotidienne	23,4	26,6	0,9
<b>Alcool</b>			
Consommation durant la vie	85,2	83,4	1,0
Consommation 10+/mois	9,7	4,6	2,1
<b>Cannabis</b>			
Consommation durant la vie	32,7	25,8	1,3
Consommation 10+/mois	6,4	3,4	1,9
Ecstasy (consommation vie)	3,1	1,7	1,8
Cocaïne (consommation vie)	1,9	1,1	1,7
Héroïne (consommation vie)	1,3	0,8	1,7
Produit à inhaler (consommation vie)	12,4	9,5	1,3
Médicament contre la nervosité et l'insomnie sans ordonnance (consommation vie)	9,5	13,7	0,7
Note : les pourcentages sont établis sur une population enquêtée de 3 751 garçons et 3 995 filles.			
Source : <i>Espad</i> 99, <i>Inserm</i> , <i>OFDT</i> , <i>MENR</i> .			

Si l'on considère d'autre part les manifestations psychiques que sont les troubles de l'humeur déclarés (dépressivité), on note que, parmi les 14-17 ans, les filles sont plus nombreuses à avoir une note élevée à l'échelle de dépressivité<sup>11</sup> que les garçons. Elles sont également plus nombreuses à avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide (tableau 3), alors même que les garçons se suicident plus fréquemment (cf. infra).

### ■ Davantage de conduites violentes chez les garçons de 12 à 17 ans.

Dans l'enquête *Espad 99*, divers comportements violents ont été étudiés. Parmi les comportements relativement banalisés (qui concernent plus d'un élève sur cinq), 40 % des garçons disent avoir déjà été mêlés à une bagarre, 24 % l'avoir provoqué. D'autres comportements déclarés tels que le fait d'avoir abîmé des biens publics ou privés (21 % des garçons, 12 % des filles), d'avoir volé un objet dont la valeur dépasse 15 euros (15 % des garçons, 6 % des filles) ou le fait d'avoir vendu des objets volés (15 % des garçons, 3 % des filles) sont également assez répandus. Frapper un professeur, utiliser une arme ou mettre volontairement le feu sont par contre mentionnés par moins de 5 % de cette génération.

Les comportements de violence sont plus fréquents chez les garçons que les filles. Pour le vol, la bagarre et le fait d'abîmer des biens publics ou privés, le rapport entre garçons et filles se situe autour de 2, alors que pour les délits graves, les garçons sont nettement majoritaires (avec un sex ratio supérieur à 4).

La violence physique, appréhendée dans le Baromètre santé 2000 par le fait de déclarer avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un, seul ou en groupe au cours des douze mois précédant l'enquête pour la violence agie et par le fait de déclarer l'avoir été pour la violence subie, est en outre un phénomène davantage rapporté par les jeunes de 12

11. Calculée sur l'échelle de Kandel.

### T 02 consommation de substances psycho-actives des jeunes âgés de 16 ans, dans divers pays d'Europe, chez les garçons et les filles

en %

	France		Italie		UK		Pays-Bas		Suède		Pologne	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
<b>Tabac</b>												
Consommation vie	69	74	62	66	60	70	61	67	67	67	75	62
Consommation quotidienne	30	32	19	26	21	26	24	29	12	15	28	17
<b>Alcool</b>												
Consommation vie	86	85	86	84	94	94	85	82	90	90	93	88
Consommation 10+/mois	12	5	12	4	17	13	24	16	2	1	12	5
<b>Cannabis</b>												
Consommation vie	38	32	28	23	39	32	32	24	11	6	19	10
Consommation 6+/mois	12	6	4	4	8	4	9	2	0	0	4	2
<b>Ecstasy (consommation vie)</b>	4	2	3	1	3	3	5	3	2	1	3	2
<b>Cocaïne (consommation vie)</b>	2	2	3	2	3	4	4	2	1	1	2	1
<b>Produit à inhaler (consommation vie)</b>	12	9	7	5	14	17	-	-	9	8	10	7
<b>Médicament sans ordonnance (consommation vie)</b>	10	14	5	8	6	3	-	-	5	6	13	24

Source : *Espad 99, Europe, sous la responsabilité de Hibell & Andersson.*

### T 03 dépressivité, tentative de suicide et absentéisme scolaire des 14-17 ans, par sexe

en %

	Garçons N=3751	Filles N=3995
<b>Absentéisme scolaire</b>		
Jamais	40,8	41,6
Rarement	45,6	45,2
Souvent	13,6	13,3
<b>Dépressivité (échelle de Kandel)</b>		
Moyenne (écart-type)	11,99 (± 3,24)	14,29 (± 3,04)
Note 6-13 (pas dépressif)	66,0	35,4
Note 14-16 (moyennement dépressif)	24,0	35,0
Note 17-18 (symptomatologie dépressive)	10,0	29,6
<b>Tentative de suicide</b>		
Non	95,1	87,2
Une seule	3,5	9,1
Plusieurs	1,4	3,5

Source : *Espad 99, Inserm, Ofdt, Menr.*

à 17 ans que par leurs aînés, y compris la tranche d'âge des 18-24 ans (graphique 3).

9,6 % des 12-17 ans déclarent ainsi avoir porté des coups au cours de l'année précédant l'enquête et 8,5 % disent en avoir reçu. Pour ces deux types de violence, on n'observe pas de différence significative entre les 12-14 ans et les 15-17 ans.

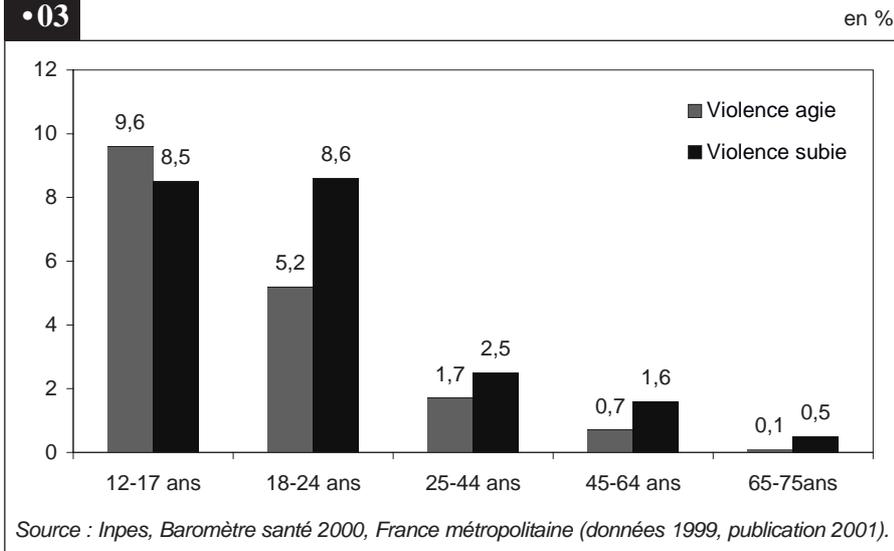
### État de santé et recours aux soins

#### ■ La morbidité déclarée par les 12-17 ans : prédominance des problèmes dentaires et ophtalmologiques.

De façon générale, les moins de 25 ans déclarent naturellement moins de maladies que les personnes plus âgées ; la plupart sont bénignes et

G  
•03

violence agie et subie selon l'âge



accompagnent le développement normal de l'individu.

Entre 12 à 17 ans, selon l'enquête SPS 2002, les problèmes les plus fréquents sont les affections dentaires et ophtalmologiques, des troubles de la réfraction pour l'essentiel, qui sont respectivement déclarées par 38 et 30 % des adolescents (contre 48 et 41 % entre 18 et 24 ans, 49 et 60 % entre 25 et 64 ans et 31 et 89 % après 65 ans).

Les pathologies respiratoires sont déclarées par environ 15 % des adolescents, comme aux âges d'activité professionnelle, près de 7 % des adolescents ayant déclaré de l'asthme. Viennent ensuite les problèmes nutritionnels, métaboliques ou endocriniens qui touchent également environ 15 % des adolescents.

C'est à ces âges que l'on observe la prévalence la plus élevée des problèmes dermatologiques, qui atteignent globalement plus de 14 % des adolescents et plus particulièrement, la tranche d'âge des 15-17 ans (16 %) : il s'agit le plus souvent d'acné qui touche un adolescent sur dix (13 % chez les 15-17 ans).

#### ■ En médecine de ville, les adolescents consultent surtout pour des affections respiratoires et des actes administratifs ou de prévention.

Selon l'étude réalisée en 2000 par l'Irdes, les adolescents de 11 à 20 ans sont principalement suivis par des médecins généralistes, qui réalisent 70 % des actes médicaux les concer-

nant. Ils déclarent peu d'affections et lorsqu'ils consultent c'est le plus souvent pour des pathologies bénignes et saisonnières, des actes de prévention ou des motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux, etc.).

La consultation en médecine de ville des adolescents de 12 à 17 ans ne comporte donc fréquemment qu'un seul motif : avec les 6-11 ans, ce sont les âges où les motifs de recours par séance sont les moins nombreux (tableau 5).

Entre 12 et 17 ans, ce sont les pathologies respiratoires qui induisent le plus de consultations pour les garçons comme pour les filles avec, chez les garçons, près de 26 % des motifs de consultation entre 12 et 14 ans et 25 % entre 15 et 17 ans et, chez les filles, respectivement près de 25 et de 22 %. Les actes de prévention et les motifs administratifs représentent, quant à eux, un peu plus de 19 % des motifs de consultation chez les garçons âgés de 12 à 14 ans et près de 18 % chez ceux âgés de 15 à 17 ans. Chez les filles, leur fréquence atteint près de 17 % dans les deux groupes d'âges.

Les motifs de recours diffèrent ensuite selon le groupe d'âge considéré. Chez les 12-14 ans, apparaissent, pour les garçons comme pour les filles, les symptômes et problèmes de santé mal définis avec environ 10 % des motifs de consultation, les maladies infectieuses et les maladies de la peau, avec environ 8 %, puis les maladies ophtalmologiques qui avoisinent 6,5 % des

consultations chez les garçons et près de 9 % chez les filles.

Chez les 15-17 ans, les maladies de la peau représentent le troisième motif de consultation (12 % des cas pour les jeunes gens et 11 % pour les jeunes filles). Apparaissent ensuite, pour les garçons comme pour les filles, les symptômes et problèmes de santé mal définis (respectivement 8 et 10 %), les maladies ophtalmologiques (8 et 7 %) et les maladies infectieuses (7 et 6 %). Viennent ensuite pour les garçons, les traumatismes (près de 7 %) et, pour les filles, les maladies de l'appareil génito-urinaire (près de 6 %).

Les troubles mentaux représentent un motif de recours à la médecine libérale relativement peu fréquent pour les adolescents, avec, selon le sexe et le groupe d'âge, entre 3 et 4 % des motifs de consultation. Ils deviennent au contraire le cinquième motif de consultation chez les jeunes adultes (18-24 ans) motivant près de 7 % des séances de médecins, et le premier chez les adultes d'âge actif (25-64 ans) pour qui ils en motivent près de 12 %.

#### ■ Des taux de recours aux services d'urgence relativement élevés et dominés par la traumatologie...

Les adolescents recourent souvent à l'hôpital via les services d'urgence. L'enquête nationale sur les usagers des services d'urgences réalisée en janvier 2001 par la Drees a permis d'estimer à 10 % la part des passages aux urgences concernant des adolescents de 12 à 17 ans. Les adolescents ont ainsi l'un des taux de passages aux urgences les plus élevés, après les enfants en bas âge et les personnes très âgées ; ils ont en revanche, comme les jeunes adultes (18-24 ans), l'un des plus faibles taux d'hospitalisation à l'issue de leur passage : 8 % contre 19 % pour l'ensemble. Ce taux n'est toutefois pas uniforme parmi les 12-17 ans et une différence assez marquée apparaît entre les 12-14 ans, pour lesquels il est en moyenne très faible (6,4 %) et les 15-17 ans dont près de 11 % des passages aux urgences entraînent une hospitalisation.

Le faible taux d'hospitalisation des adolescents est le corollaire de la très forte part de la traumatologie qui caractérise leurs motifs de recours : 75 %

des passages des adolescents aux urgences (contre 48 % pour l'ensemble des usagers) sont liés à ces motifs. Là encore, les 12-14 ans se distinguent des 15-17 ans par une part encore plus forte de la traumatologie, qui est à l'origine de 78 % de leurs passages aux urgences, contre seulement 69 % pour les 15-17 ans. Les circonstances des traumatismes conduisant les adolescents aux urgences sont également très différentes pour les deux tranches d'âge, la part des accidents de la circulation restant marginale pour les 12-14 ans alors qu'elle atteint 19 % pour les 15-17 ans (comme d'ailleurs pour les 18-24 ans).

Les problèmes somatiques non traumatologiques ne sont au contraire à l'origine que d'à peine un quart des passages aux urgences des adolescents (24 %), cette part passant de 21 % pour les 12-14 ans à 27 % pour les 15-17 ans. Si l'on commence à voir apparaître des recours pour troubles psychiatriques à partir de 14 ans, ils sont très rares pour les 12-14 ans (0,6 %) et représentent 2,6 % des motifs de recours des 15-17 ans.

#### ■ Peu d'hospitalisations en services de soins de courte durée, et surtout pour des problèmes dentaires ou des traumatismes et empoisonnements.

En 2001, les 12-14 ans ont effectué 1,5 % des séjours recensés dans les services de soins de courte durée médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) et les 15-17 ans, 2,1 %. Le taux de recours à l'hôpital diffère sensiblement selon le groupe d'âge considéré. Les 12-14 ans sont ainsi, avec les 6-10 ans, la tranche d'âge qui a le moins recours à l'hôpital. Le léger surcroît de recours des garçons (103 pour 1000 contre 96 pour 1 000 chez les filles) est largement expliqué par les hospitalisations pour causes accidentelles (24 pour 1 000 contre 12). En revanche, les 15-17 ans ont un niveau de recours à l'hôpital plus élevé : 124 pour 1 000 pour les jeunes gens et 149 pour 1 000 pour les

jeunes filles. L'hospitalisation plus fréquente des jeunes filles s'explique par des causes spécifiques liées à l'avortement, la grossesse ou l'accouchement : 15 pour 1 000.

À l'adolescence, les maladies de l'appareil digestif (incluant les problèmes dentaires) et les traumatismes et empoisonnements prédominent parmi les causes d'hospitalisation et motivent entre 41 et 52 % des séjours selon le sexe et le groupe d'âge. La répartition entre ces deux groupes de maladies diffère sensiblement selon le sexe. La part des maladies de l'appareil digestif est deux fois plus élevée que celle des traumatismes et empoisonnements dans les séjours des filles âgées de 12 à 14 ans et trois fois dans ceux des 15-17 ans alors qu'elles sont voisines dans ceux des garçons.

En 2001, les maladies de l'appareil digestif ont ainsi été à l'origine de près du tiers des hospitalisations des filles âgées de 12 à 17 ans. Les maladies des dents et du parodonte (extraction des dents de sagesse en particulier) y occupent une place prépondérante. Elles ont occasionné, en 2001, la moitié des hospitalisations liées à ce groupe de pathologies chez les garçons âgés de 12 à 14 ans, 58 % chez les filles du même âge, et même 76 % de ceux des 15-17 ans (garçons ou filles). Les problèmes dentaires sont ainsi la première cause d'hospitalisation des adolescents.

Les traumatismes ou empoisonnements ont quant à eux motivé en 2001 près du quart des séjours à l'hôpital des garçons âgés de 12 à 17 ans. Les fractures représentent, pour eux, la deuxième cause d'hospitalisation avec un taux de recours voisin de 13 pour 1 000. Elles sont responsables de 52 % des séjours pour « traumatismes et empoisonnements » des garçons de 12 à 14 ans et de 43 % de ceux des 15-17 ans. Les séjours du même type sont moins fréquents entre 6 et 11 ans, mais le sont encore davantage chez les jeunes adultes que chez les adolescents.

Pour les filles âgées de 12 à 14 ans, ce sont également les fractures qui sont le plus fréquemment à l'origine des séjours pour traumatismes et empoisonnements avec environ 30 % des séjours de ce groupe de pathologies. En revanche, pour les jeunes filles âgées de 15 à 17 ans, ce sont les intoxications par pro-

duit pharmaceutique avec un taux de recours de 5,7 pour 1 000. Ce dernier motif d'hospitalisation est nettement plus élevé chez les jeunes filles que chez les femmes plus âgées (3,8 pour 1 000 chez les 18-24 ans, 3,3 chez les 25-34 ans et 3,8 chez les 35-44 ans). Ceci peut sembler préoccupant dans la mesure où, dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de tentatives de suicide avec, de plus, une tendance à l'augmentation (5,1 pour 1 000 en 1997, 4,9 en 1998, 5,2 en 1999 et 5,7 en 2000).

Les hospitalisations d'adolescents pour traumatismes et empoisonnements demeurent toutefois bien moins nombreuses que celles des personnes les plus âgées. En effet, en 2001, les traumatismes et empoisonnements ont été responsables de près de 53 séjours pour 1 000 hommes âgés de 85 ans ou plus et de 83 séjours pour les femmes du même âge.

#### ■ Une tendance à l'augmentation des grossesses et des IVG chez les mineures adolescentes.

En 2001, 4 845 jeunes filles mineures ont eu un enfant ; soit 4,3 sur 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 17 ans, ce qui représente un taux un peu plus élevé que pendant la période 1995-1999 (aux environs de 3,6 naissances pour 1 000).

Le nombre d'interruptions de grossesse effectuées pour des mineures en 2001 est de 10 153, soit un taux de 9,1 pour 1 000 qui a également augmenté ces dernières années (7,5 pour 1 000 en 1995).

Au niveau international les comparaisons concernent exclusivement les jeunes femmes de moins de 20 ans. L'Amérique du Nord se distingue par un taux élevé de recours à l'interruption de grossesse chez les 15-19 ans trois fois supérieur à celui constaté en France. Les grossesses précoces sont également beaucoup plus fréquentes outre-Atlantique.

#### ■ Les adolescents suivis par les secteurs psychiatriques : surtout des filles à partir de 15 ans.

Les adolescents pris en charge dans les établissements de soins spécialisés pour troubles mentaux le sont principalement dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (176 000 jeunes âgés de 10 à 19 ans). Le taux de recours<sup>12</sup>

12. Le taux de recours est le rapport du nombre de patients suivis dans l'année par le secteur à sa population (pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, il s'agit de la population de moins de 20 ans).

global aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en France est passé de 16 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 1991 à 28 pour 1 000 en 2000.

Ils peuvent également être suivis en ambulatoire dans des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) [environ 50 000 adolescents entre 10 et 19 ans sur un mois en décembre 2000]. Quelques-uns bénéficient en outre de soins à temps complet ou à temps partiel dans des cliniques et des hôpitaux de jour privés.

Par ailleurs, 21 % des enfants et adolescents accueillis dans les établissements et services médico-sociaux ont pour déficience principale un trouble psychique ce qui correspondait en 2001 à environ 27 300 jeunes sur un mois tous âges confondus sans que l'on puisse établir précisément la part des adolescents.

Parmi les adolescents suivis par les secteurs psychiatriques, les 10-14 ans sont sur-représentés contrairement aux 15-19 ans (tableau 4). Toutefois, c'est pour ces derniers que le taux de recours a augmenté le plus rapidement entre 1997 et 2000 (tableau 5).

Quel que soit le mode ou la structure de prise en charge, les adolescents suivis par les établissements psychiatriques sont le plus souvent scolarisés (tableau 6). Ces taux élevés témoignent des efforts d'intégration réalisés par les équipes de soins en partenariat avec les structures éducatives.

Jusqu'à vers 15 ans, les garçons sont plus nombreux que les filles à être suivis dans toutes les structures psychiatriques dépendant des secteurs. À partir de 15 ans, la tendance s'inverse pour les prises en charge ambulatoires (les plus importantes en terme de file active). Les filles sont donc plus nombreuses à être suivies après 15 ans que les garçons mais ceux-ci restent plus représentés pour les prises en charge les plus « lourdes » (temps partiel et temps complet). Ceci doit être mis en lien avec la prédominance, constatée dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile<sup>13</sup>, des troubles névrotiques chez les filles (33 % contre 28 % pour les garçons) et réactionnels (12% contre 10 %), et, chez les garçons, des troubles de la personnalité (22 % pour les garçons contre 13 % chez les filles) et des psychoses (13 % contre 10 %).

## La mortalité des adolescents

### ■ Faible entre 6 et 15 ans, la mortalité augmente ensuite avec l'âge.

Passée la première année de vie, durant laquelle le taux de mortalité se situe à 451 pour 100 000<sup>14</sup>, la mortalité des enfants diminue fortement (16 pour 100 000 entre 10 et 14 ans). Mais elle augmente au cours de l'adolescence s'élevant à 48 pour 100 000 pour les 15 et 19 ans. Le taux de mortalité augmente ensuite continuellement avec l'âge.

La comparaison avec l'Union européenne<sup>15</sup> montre que les taux de décès français sont sensiblement identiques à ceux de l'Union entre 10 et 19 ans. Toutefois, la mortalité est légèrement supérieure entre 15 et 19 ans, l'écart étant dû à la surmortalité masculine liée notamment aux accidents de la circulation. Le bilan 2003 de la sécurité routière fait penser que ces écarts ont très probablement diminué en 2003, particulièrement pour les jeunes conducteurs d'automobiles, les décès des cyclomoteuristes n'ayant toutefois pas diminué.

### ■ Les morts violentes sont les causes de décès les plus fréquentes à l'adolescence.

Les taux de décès observés s'accroissent sensiblement dans la deuxième partie de l'adolescence, entre 15 et 19 ans, cette augmentation étant essentiellement due aux morts violentes.

En effet, entre 10 et 19 ans, les décès sont deux fois plus fréquents chez les garçons (43 pour 100 000 contre 21 pour les adolescentes). Cet écart est particulièrement marqué dans la deuxième partie de l'adolescence, les morts violentes devenant alors presque trois fois plus fréquentes dans la population masculine (quatre fois plus chez les jeunes adultes). Les écarts observés entre 15 et 19 ans sont liés aux accidents de la circulation, qui sont presque trois fois plus fréquents chez les jeunes garçons, mais aussi aux suicides.

13. Sur l'ensemble des enfants suivis dans les secteurs et non uniquement sur les adolescents.

14. 2000, Inserm, CépiDc.

15. Année 1999, quinze pays.

**T 04** pourcentage des adolescents dans l'ensemble de la file active des secteurs infanto-juvénile et dans la population générale par tranche d'âge en %

	10-14 ans	15-19 ans
% de la file active	31	13
% de la population générale (moins de 20 ans)	26	26

Source : rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 2000, exploitation Drees.

**T 05** évolution du taux de recours des adolescents (nombre moyen de patients suivis dans l'année rapporté à 1000 habitants de moins de 20 ans)

	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Tous âges
1997	26	11	21
2000	31	13	28

Source : rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 2000, exploitation Drees.

**T 06** pourcentage d'adolescents scolarisés (toutes formes de scolarisation confondues) en fonction des modes de prise en charge

Tranche d'âge		10 à 14 ans	15 à 19 ans
Secteurs infanto-juvéniles	Ambulatoire	98	92
	Temps partiel	87	75
	Temps complet	73	58
CMPP		99	97
Hôpitaux de jour		84	85

Source : rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 2000, exploitation Drees.

Les causes de décès les plus fréquentes entre 10 et 19 ans<sup>16</sup> sont les morts violentes (classées comme causes extérieures de traumatisme et empoisonnements) qui représentent 64 % des décès de cette tranche d'âge. Parmi elles, les accidents de la circulation causent à eux seuls 44 % des décès des 15-19 ans (et près des deux tiers des morts violentes), contre 25 % des décès de jeunes entre 10 et 14 ans. Toutefois, les taux de décès par accidents de la circulation deviennent encore plus élevés entre 20 et 24 ans.

Globalement, pour l'ensemble de la tranche d'âge des 10-19 ans, les suicides représentent la troisième cause de décès, après les accidents de la circulation (991 décès en 2000) et les tumeurs

(285). Avec 255 décès en 2000, les suicides représentent environ 10 % de l'ensemble des décès des 10-19 ans (près de 7 % entre 10 et 14 ans, 11 % entre 15 et 19 ans). Toutefois, si l'on restreint l'observation aux adolescents âgés de 15 à 19 ans, les suicides deviennent alors la deuxième cause de mortalité, comme entre 20 et 29 ans. Il convient toutefois de noter que les taux de suicides demeurent plus élevés aux âges adultes, et qu'ils représentent la première cause de mortalité entre 30 et 34 ans.

L'ensemble des données relatives aux comportements, aux modes de vie, à la morbidité et à la mortalité mettent donc en évidence des disparités importantes entre les adolescents, tant entre les garçons et les filles qu'entre les catégories d'âge (12-14 et 15-17 ans). Si, globalement, les jeunes se perçoivent

en bonne santé, ils ne sont pas indemnes de troubles somatiques, psychologiques et sociaux, dont les déterminants sont multiples.

De nombreux facteurs explicatifs de ces disparités ne sont toutefois pas abordés dans cette étude. La catégorie socioprofessionnelle de la famille à laquelle ils appartiennent mériterait notamment d'être analysée comme un déterminant de l'état de santé, bien que ce soit à l'adolescence que l'impact de la diversité sociale est sans doute parmi les plus faibles. Il en est de même pour d'autres aspects du mode de vie, ainsi que de la qualité de vie relationnelle dans la famille, à l'école ou dans le quartier qui entretiennent sans doute des liens importants avec la santé et le bien-être ressentis par les jeunes de ces classes d'âge. Cette approche analytique sera l'objet d'un futur travail en commun. ●

16. Les causes de décès sont examinées pour les adolescents de 10 à 19 ans, pour des raisons de disponibilité de données.

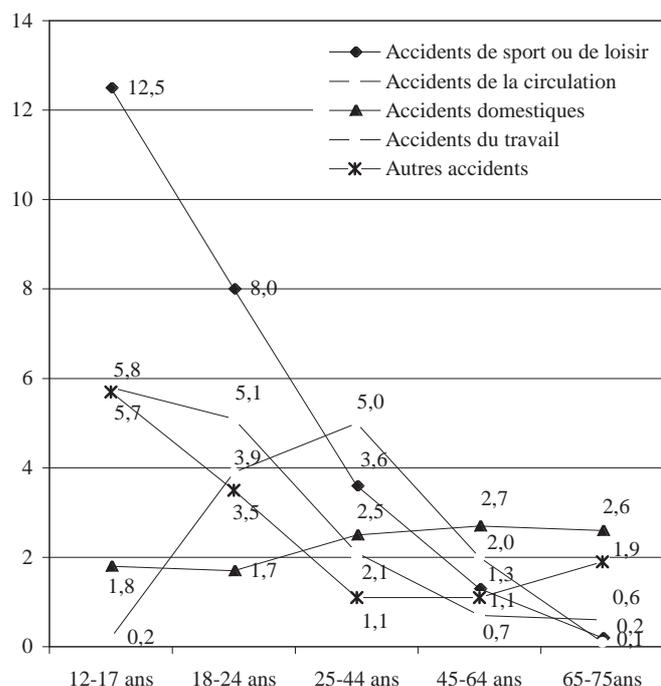
## E•2

### Les accidents

Selon le Baromètre santé 2000, les jeunes sont nettement plus souvent victimes d'accidents que leurs aînés : 24,2 % des 12-17 ans et 20,8 % des 18-24 ans (sans différence significative) ont eu, au cours de l'année précédant l'enquête, au moins un accident ayant entraîné une consultation ou une hospitalisation contre 13,9 % des 25-44 ans et 8,2 % des 45-64 ans. Le type d'accident le plus déclaré par les jeunes de 12 à 17 ans est celui lié aux sports et loisirs (hors bicyclette) : 12,5 % des jeunes ont eu au moins un accident de ce type au cours des douze mois précédant l'enquête, ce qui est significativement plus élevé que dans les autres tranches d'âge (8,0 % chez les 18-24 ans, 3,6 % chez les 25-44 ans). Viennent ensuite les accidents de la circulation (bicyclette, deux roues motorisés et voiture) dont 5,8 % des 12-17 ans et 5,1 % des 18-24 ans (sans différence significative) ont été victimes, soit près de trois fois plus que les adultes de 25 à 44 ans. Enfin, les accidents domestiques touchent 1,8 % des jeunes de 12 à 17 ans, proportion non significativement différente de celle des adultes.

Les données de l'accidentologie publiées par l'Observatoire de la sécurité routière permettent de détailler les chiffres de la mortalité routière pour l'année 2000 : il y a eu presque autant de décès sur la route pour la classe d'âge des 15-17 ans (331, soit 4,3 % des tués pour un groupe d'âge qui représente 3,9 % de la population française) que pour l'ensemble des 0-14 ans (343 soit 4,5 % des tués pour 18,8 % de la population totale). L'examen par catégories d'usagers montre le nombre élevé des cyclomoteuristes dans les accidents des 15-17 ans (157 sur 331 décès). Le poids de cette classe d'âge est en outre nettement plus élevé parmi les blessés : les adolescents de 15 à 17 ans représentent 8,3 % des blessés (13 458) et 8,7 % des blessés graves (2 394). Au total, 13 789 adolescents de 15 à 17 ans ont été tués ou blessés dans un accident de la circulation en 2000. Mais la mortalité routière augmente sensiblement entre 18 et 24 ans, avec les débuts de la conduite automobile : 1 633 tués en 2000 (soit 21,4 % de l'ensemble des personnes tuées sur la route), pour cette classe d'âge qui représente 9,1 % de la population.

types d'accidents ayant entraîné une consultation ou une hospitalisation au cours de l'année précédant l'enquête (en pourcentage de l'ensemble des personnes interrogées)



## Bibliographie

- CHOQUET Marie, LEDOUX S. : « Enquête nationale Adolescents », 1994, Inserm, Paris.
- CHOQUET Marie, LEDOUX S, HASSLER C. : « Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée », *Espad 99 France (tome 1)*, 2002, OFDT-Inserm, Paris.
- CHOQUET Marie, BECK F., HASSLER C., SPILKA S., MORIN D., LEGLEYE S. : « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis 10 ans », *Tendance n° 35*, 2004, OFDT, Paris.
- COLDEFY M., SALINES E. : « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », Documents de travail, Série Études, n° 32, Drees, mai 2003.
- Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés», Inserm-DGS, décembre 1997.
- GUILMIN A., PARAYRE C., BOISGUERIN Bénédicte : « Bilan de la sectorisation psychiatrique », Document de travail, série statistiques, n° 2, Drees, juin 2000.
- Rapport du Haut comité de la santé publique sur « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », 2000.
- « Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », *Expertise collective Inserm 2002*.
- ARENES J., JANVRIN M.-P., BAUDIER F. : « Baromètre santé jeunes 97/98 », éditions CFES, 1998.
- Guide de l'alimentation pour tous « La santé vient en mangeant » (ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, AFSSA, InVS, Assurance maladie, ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, INPES), 2002 : 127 p.
- GUILBERT P., BAUDIER F., GAUTIERA. : « Baromètre santé 2000 », Ed. CFES, 2001 (coll. Baromètres).
- GUILBERT P., PERRIN-ESCALON H. (sous la dir.) : « Baromètre santé nutrition 2002 », Ed. INPES (coll. Baromètres), à paraître.
- De PERETTI Christine avec la coll. de CASTETBON Katia : « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », Drees, Études et Résultats, n° 283, janvier 2004.
- AUVRAY Laurence, Le FUR Philippe : « Adolescents, état de santé et recours aux soins », questions d'économie de la santé, *Irdes*, n° 49, mars 2002.