

Repères **épidémiologiques**

Que sait-on de la santé des jeunes ? Si les enquêtes réalisées montrent que globalement l'état de santé des jeunes est bon, on ne peut que déplorer la surmortalité des garçons de 13 à 25 ans liée aux accidents. Et nous étonner de la fréquence des troubles psychosomatiques dont surtout les jeunes femmes se plaignent.

Mortalité

Source ▶ Inserm, SC8
Haut Comité de la santé publique : *La santé en France*, Rapport général. La Documentation française, Paris, 1994.

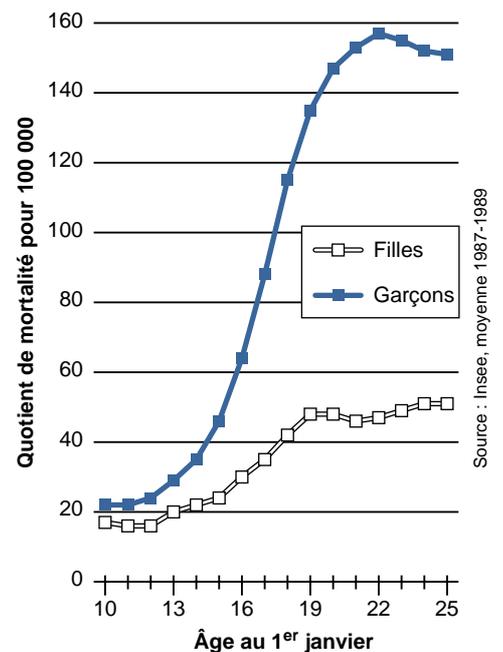
▶ En 1992, 6 085 décès d'adolescents (15-24 ans) ont été notifiés en France. Malgré une diminution depuis 1990 (le nombre de décès était alors de 6 545), la mortalité juvénile reste préoccupante, d'abord par sa fréquence (la mortalité prématurée est un enjeu de santé publique), ensuite par ses particularités.

▶ Ceux qui meurent trop jeunes... in : *Adolescence plurielle* (sous la direction de M. Choquet et C. Dressen), CFES, Paris, 1993.

Comme le montrent Janvrin et Bouvier-Colle, la répartition reste très inégale selon le sexe et l'âge. La probabilité de décès est trois fois plus élevée pour les garçons que pour les filles. Par ailleurs, si les taux de mortalité augmentent entre 13 et 22 ans, elle est multipliée par quatre pour les garçons, par deux pour les filles. La surmortalité masculine s'installe donc entre 13 et 25 ans.

Les causes de mortalité sont surtout accidentelles (donc évitables), le poids des maladies faible. En 1993, 73 % des décès masculins et 58 % des décès féminins sont de nature accidentelle. Loin derrière, viennent les tumeurs (6 % des décès masculins, 13 % des décès

Quotients de mortalité du décédé par sexe et par âge



féminins), les maladies de l'appareil circulatoire (2,8 % et 5,1 %) et les maladies du système nerveux et des sens (2,7 % et 4,3 %).

Parmi ces causes accidentelles, l'accident de la circulation vient en tête. En 1993, 2 413 jeunes sont morts sur la route dont 80 % de garçons, 20 % de filles. Le suicide est la deuxième cause de mortalité et 764 se sont donnés la mort entre 15 et 24 ans, dont 77 % de garçons, 23 % de filles. Alors que les accidents de la circulation ont régressé (les taux pour 100 000 habitants passant, parmi les garçons, de 51,8 % à 45,7 % et parmi les filles, de 13,1 % à 12 %) expliquant ainsi la décélération de la mortalité juvénile observée depuis plusieurs années, il n'en est pas de même du suicide, resté stable.

Morbidité

La morbidité peut être connue par les hospitalisations (« morbidité hospitalière »), les déclarations médicales (« morbidité diagnostiquée ») ou les déclarations des sujets (« morbidité ressentie »). En matière de santé des adolescents (15-24 ans), peu de données sont actuellement disponibles.

Morbidité hospitalière

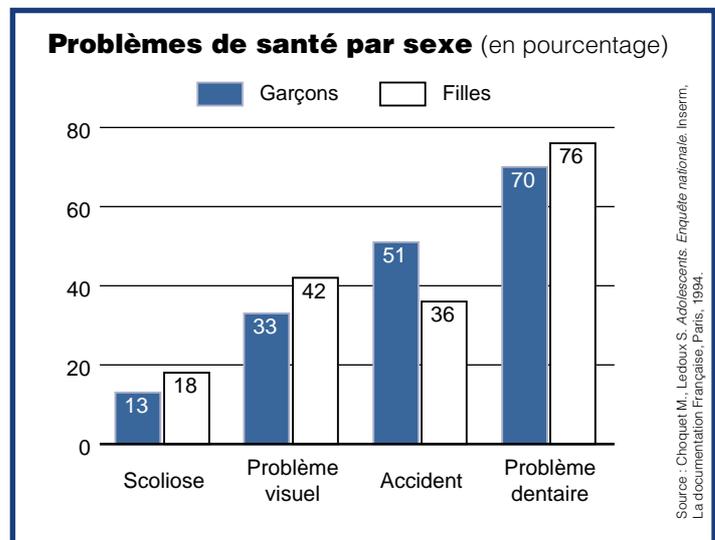
L'analyse de la morbidité hospitalière en Île-de-France (analyse des données de l'enquête Sesi) montre, en cohérence avec les données de mortalité, une prépondérance des lésions traumatiques et empoisonnements qui expliquent le tiers des hospitalisations entre 10 et 20 ans, et une surmorbidité traumatique des garçons. Mais, contrairement à la mortalité, la morbidité hospitalière concerne surtout les filles. D'abord, parce que la tentative de suicide est surtout le fait des adolescentes (trois suicidants sur quatre sont de sexe féminin) ainsi que les maladies de l'appareil digestif qui représentent entre 10 % et 12 % des hospitalisations. Ensuite, parce que les grossesses et les accouchements occupent une place de plus en plus importante et concernent 9 % des hospitalisations des 15-19 ans, 32 % des 20-24 ans.

Morbidité ressentie

Elle est constituée des troubles somatiques et des troubles psychologiques eux-mêmes

Nombre de personnes malades ou de cas de maladies dans une population donnée à un moment donné

► Morbidité



► La morbidité hospitalière en Île-de-France. Orsif/Sesi. 1989.

► Davidson F., Philippe A. *Suicide et tentative de suicide aujourd'hui*. Inserm, Doin, Paris, 1989.

► Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

décomposés en troubles psychosomatiques et troubles de l'humeur.

Certains troubles somatiques sont très fréquents, comme les troubles de la vue, des dents ou de la statique ainsi que les accidents. Ainsi, 73 % ont des problèmes de dents (soignés dans 94 % des cas), 38 % des 11-19 ans ont des problèmes de vue (corrigés dans 85 % des cas), 16 % une scoliose (confirmée par le médecin dans 87 % des cas) et 43 % ont été victimes d'un accident (10 % au moins trois fois). Les troubles visuels, dentaires et statiques sont plus fréquents parmi les filles, alors que les accidents sont plus typiques chez les garçons. Les jeunes qui souffrent de handicap physique ou d'une maladie chronique sont moins nombreux (9 % sans différence des sexes). Dans un tiers des cas, il s'agit de maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire (hypo ou hypertension, asthme, problèmes allergiques), un autre tiers

concerne les atteintes du système ostéo-articulaire (déformation de la colonne vertébrale, luxation, entorses à répétition).

Les troubles psychologiques comprennent d'abord les troubles psychosomatiques (céphalées, douleurs digestives, dorsalgies...), la fatigue et les perturbations du sommeil (au total, 13 % des garçons et 27 % des filles cumulent plusieurs des plaintes somatiques, proportion qui augmente sensiblement avec l'âge pour les filles seulement) et enfin les troubles de l'humeur (inquiétude, nervosité, déprime).

Les résultats de l'enquête décennale « Insee-

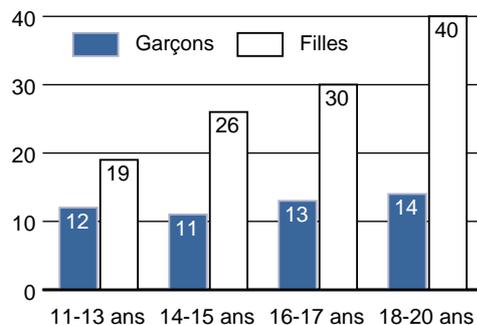
Troubles psychologiques des 11-19 ans par sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles
Plaintes somatiques		
Ont souvent mal à la tête	15	30
Ont souvent du mal à digérer	14	30
Ont souvent mal au dos	18	25
Se disent souvent « nerveux »	31	44
Ont souvent l'impression d'être fatigués	39	47
Se réveillent souvent la nuit	16	22
Font souvent des cauchemars	6	11
Troubles de l'humeur		
Sont souvent inquiets	27	41
Se disent souvent désespérés en pensant à l'avenir	18	26
Se disent souvent déprimés	10	23

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993.

Cumul des plaintes somatiques fréquentes par sexe et par âge

(en pourcentage)



Source : Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Inserm. La documentation Française, Paris, 1994.

« Credes-Sesi », dont seules les données concernant les 16-39 ans sont actuellement disponibles, corroborent ces résultats et mettent en évidence, dans ce groupe d'âge, l'importance des affections ophtalmologiques et dentaires, des maladies cardio-vasculaires avec, en premier lieu, l'hypertension, des maladies dermatologiques, de l'appareil digestif et les troubles mentaux et du sommeil.

Au total, à travers les données de mortalité et de morbidité, la composante psychosociale de la pathologie juvénile paraît évidente. Avec, toutefois, des spécificités des sexes, spécificités qui s'installent et s'accroissent durant l'adolescence...

► Cermet C. De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991 in : *Solidarité Santé*, n° 1, 1994 (37-56).

Jeunes en difficultés scolaires ou sociales, quelles spécificités ?

L'abandon précoce de la scolarité (et le chômage qui va souvent de pair) est souvent noté comme une des causes des troubles de santé des adolescents (toxicomanie, alcoolisme, troubles psychologiques). Toutefois peu d'études sont actuellement disponibles à leur propos.

Caractéristiques

Les jeunes CFI-Paque sont relativement âgés (21 ans en moyenne) et le dispositif intervient après une assez longue période de descolarisation (quatre ans et demi en moyenne), période restée souvent inactive ou seulement composée d'une succession de formations.

Ils cumulent les difficultés scolaires (redoublements, désinsertion avant 16 ans) et sociales (absence des parents, inactivité professionnelle du père ou de la mère, nationalité étrangère) : 25 % cumulent au moins trois facteurs défavorables (35 % des Paque contre 17 % des CFI).

La famille et les amis constituent pour la majorité, malgré des conditions de vie très difficiles, un point d'appui important (85 % ont au moins un ami, 75 % voient souvent leurs parents, 63 % sortent souvent avec des amis, 60 % vivent avec leurs parents). Les parents, même en grande difficulté, permettent probablement à bon nombre de jeunes d'éviter l'errance ou la « galère ». Mais on peut supposer que cet équilibre est extrêmement fragile et provisoire, vu l'âge des jeunes, la durée de leur insertion (qui s'accompagne d'un abandon progressif des activités d'intégration sociale, comme la pratique sportive, le fait de faire partie d'une association, de fréquenter des amis...) et leurs difficultés financières.

S'ils ne souffrent pas de handicaps importants, quelques soins élémentaires s'imposent : vaccination contre la rubéole et l'hépatite B, soins dentaires. En effet, 94 % ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B, 71 % des filles ne sont pas vaccinées contre la rubéole, 24 % des jeunes ont au moins quatre dents cariées, 10 % au moins quatre dents manquantes, 54 % des af-

CFI ◀ Contrat de formation individualisé
Paque ◀ Programme d'aide à la qualification
Source ◀ Choquet M., Iksil B. *Jeunes en insertion*, Inserm, 1995.

fections dentaires qui sont soignées (contre 94 % en milieu scolaire).

La prévention du sida est, de toute évidence, une priorité. En effet, parmi les jeunes sexuellement actifs (les trois-quarts le sont), 80 % n'utilisent pas le préservatif systématiquement, alors que 63 % changent de partenaire et que 7 % des garçons ont eu des relations homosexuelles. Toutefois, il convient de tenir compte de l'ensemble des facteurs sociaux, scolaires et personnels (en particulier, leur niveau de violences) qui permettent de mieux comprendre la désaffection des jeunes face aux conduites de prévention.

Troubles du comportement

Il a été possible de comparer des jeunes en désinsertion aux jeunes scolaires du même âge.

Les jeunes CFI-Paque (sans différence entre les deux types de populations) fument plus que les scolaires (53 % fument quotidiennement contre 32 % des scolaires), mais ne boivent pas plus de boissons alcooliques ou ne consomment pas plus de drogues illicites. À cause de la prépondérance des étrangers dans la population en désinsertion, on observe même moins de consommateurs d'alcool parmi ces derniers.

Par contre, un climat de violence les caractérise, qu'elle soit subie ou agie. En effet, 28 % (contre 15 % des scolaires) ont souvent des conduites violentes, 15 % (contre 8 % des scolaires) ont fait une tentative de suicide. À cela s'ajoute le fait que 10 % ont subi des violences

Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

sexuelles (contre 5 % en milieu scolaire). Les garçons en insertion sont cinq fois plus nombreux que les garçons scolarisés à avoir subi ce type de violence. Sur ces points, les jeunes CFI ne se différencient pas des jeunes Paque.

En conclusion, les jeunes Paque sont socialement et scolairement plus défavorisés que les jeunes CFI, différence qui ne se traduit pas dans les troubles des conduites. Or, les jeunes Paque font prioritairement l'objet des actions de prévention. Dès lors, on peut se demander si une assimilation ne s'est pas opérée entre difficultés sociales et troubles du comportement. Assimilation qui risque de nuire autant aux jeunes (elle modifie le regard social porté sur eux) qu'aux actions mises en place (qui ne vont pas nécessairement répondre aux besoins de ces populations).

La consommation d'alcool, de tabac et de drogue

Selon la définition de l'OMS, la « drogue » inclut, outre les drogues illicites, l'alcool et le tabac. Leur consommation constitue soit une transgression légale (en cas de drogues illicites), soit une transgression médicale (les méfaits du tabac et de l'alcool sont bien connus des adolescents qui les consomment), soit une transgression sociale (en particulier, l'alcoolisation des filles ou l'ivresse). Les consommations ont connu une importante évolution depuis une vingtaine d'années. Le tabagisme des garçons a diminué contrairement à celui des filles, en augmentation depuis 1971 (actuellement, elles fument autant que les garçons). L'usage régulier d'alcool, conduite fréquente parmi les adultes, a nettement régressé alors que son usage « toxicomaniaque » a connu une forte progression. L'expérimentation de la drogue illicite s'est accrue et atteint actuellement des âges relativement jeunes.

L'enquête auprès des adolescents, effectuée en 1993, indique :

- l'importance de la consommation de drogues parmi les 11-19 ans et la place prépondérante des produits licites (tabac, alcool) par

Jeunes scolaires et jeunes en contrat de formation individualisé (CFI-Paque), par sexe (en pourcentage)

	Garçons		Filles	
	Scolaires	CFI-Paque	Scolaires	CFI-Paque
Alcool ¹	40	26	12	14
Tabac ²	34	50	31	50
Drogue ³	19	11	8	8
Antécédents tentative de suicide	5	12	12	19
Ont subi des violences sexuelles	1	5	9	11
Conduites violentes régulières ⁴	19	48	11	31

¹ au moins deux fois par semaine vin, bière ou alcools forts ou trois ivresses et plus par an.

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ souvent se bagarrer, souvent crier, frapper ou casser quand en colère, racket.

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993. Enquête auprès de 3 000 jeunes CFI-Paque, Inserm, U 169 (Choquet, Iksil), 1993.

rapport aux produits illicites (haschisch, héroïne, cocaïne, etc.). Ainsi, 22 % fument (15 % tous les jours) ; 7 % boivent du vin, 54 % de la bière, 45 % des alcools forts (37 % boivent une de ces boissons au moins deux fois par semaine), 30 % ont été ivres (9 % au moins trois fois durant l'année), 15 % ont essayé au moins une des drogues illicites, le plus souvent du haschisch (5 % au moins dix fois).

- l'augmentation sensible des consommations avec l'âge et ceci quel que soit le produit. Cette augmentation est particulièrement sensible pour le tabac (garçons comme filles) et l'ivresse répétée (garçons).

- une conduite différentielle des sexes. Les garçons sont plus consommateurs d'alcool et de drogue que les filles, alors que les filles sont aussi nombreuses à fumer que les garçons, mais prennent moins d'alcool et de drogue.

Les préoccupations pondérales

Si la majorité des études montre une quasi-exclusivité des femmes parmi les malades boulimiques, les études en population générale nuancent cette différence des sexes en matière de conduites alimentaires. Ainsi, la différence ne se situe pas tant au niveau des fringales (29 % des garçons et 22 % des filles mangent « énormément en peu de temps ») qu'au niveau des stratégies du contrôle de poids (5 % des garçons contre 21 % des filles en ont au moins un), de la préoccupation marquée pour le poids et le corps (4 % des garçons contre 29 % des filles) et des sentiments de culpabilité qui succèdent la prise excessive de nourriture. Les filles sont six fois plus nombreuses à se sentir honteuses, huit fois plus nombreuses à se sentir déprimées après avoir trop mangé. Cette culpabilité peut en partie expliquer la consultation médicale pour ce type de pathologie. La différence entre les garçons et les filles, relativement faible à 13 ans pour tous les symptômes pris en considération, augmente très sensiblement jusqu'à 18 ans.

Par ailleurs, en matière d'habitudes alimentaires, on note que les filles s'alimentent moins régulièrement que les garçons et 15 % des filles

La consommation de produits parmi les adolescents par âge et sexe (en pourcentage)

	Alcool ¹	Tabac ²	Drogue ³	Ivresse ⁴
Garçons				
11-13 ans	4	2	2	1
14-15 ans	7	9	4	6
16-17 ans	15	19	9	17
18 ans et plus	22	34	19	33
Filles				
11-13 ans	1	1	1	1
14-15 ans	4	13	2	4
16-17 ans	3	24	6	10
18 ans et plus	5	31	8	9

¹ au moins deux fois par semaine vin, bière ou alcools forts.

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ trois fois ou plus dans l'année.

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993

contre 8 % des garçons ne prennent jamais de petit déjeuner, 19 % contre 11 % sautent souvent un repas, 15 % contre 4 % font et suivent souvent un régime.

De l'idée de suicide à la tentative

Selon les enquêtes Inserm, le taux d'idées suicidaires a peu évolué. En 1978, 22 % des lycéens et 38 % des lycéennes déclarent avoir pensé au suicide durant les douze derniers mois, respectivement 5 % et 16 % souvent. En 1993, 15 ans après, 23 % des lycéens et 35 % des lycéennes en déclarent, mais respectivement 8 % et 13 % souvent, indiquant ainsi que l'écart entre les sexes à tendance à se réduire... Quant aux collégiens, uniquement interrogés en 1993, 12 % des garçons et 22 % des filles ont pensé au suicide, 7 % et 9 % souvent. Pour les filles, on constate une augmentation sensible entre 14 et 16 ans, alors que pour les garçons, les proportions évoluent plus progressivement avec l'âge.

L'étude 1993 montre que 5 % des garçons et 8 % des filles ont fait au moins une tentative de suicide durant leur vie. Dans un cas sur cinq seulement, elle a donné lieu à une hospitalisa-

► Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

Source

Davidson F. & Choquet M., 1978, Choquet M. & Ledoux S., 1994.

tion. Le rapport *Idées de suicide/Tentative de suicide* évolue avec l'âge et le sexe. Pour les garçons ce rapport augmente entre 11 et 19 ans, pour les filles, il diminue, signifiant ainsi que le passage à l'acte suicidaire est plus « accessible » pour les filles que pour les garçons.

Les populations en grande difficulté scolaire ou socialement exclues (comme par exemple les prisonniers) ont plus souvent fait des tentatives de suicide et ont plus souvent une impulsivité suicidaire.

Santé urbaine, santé rurale ?

L'analyse de la mortalité et de la morbidité montre que la santé des adultes est plus médiocre pour les ruraux que pour les urbains. Qu'en est-il des jeunes générations ?

Parmi les problèmes de santé étudiés (troubles de la vue et des dents, maladies chroniques ou handicaps, accidents, scoliose), seuls les problèmes dentaires différencient les ruraux (qui en ont plus) des urbains. Dans l'ensemble, les écarts sont relativement faibles. Notons une légère surmorbidité accidentelle parmi les garçons vivant en ville.

La santé des adolescents, par sexe et lieu d'habitat (en pourcentage)

	Garçons			Filles		
	Ville	Banlieue	Campagne	Ville	Banlieue	Campagne
Problèmes dentaires	69	69	72	75	76	78
Problèmes visuels	34	34	32	42	43	43
Scoliose	15	12	13	19	17	19
Accidents/année	53	48	50	36	34	37
Maladie chronique ou handicap physique	10	9	9	8	8	9
Consommation régulière						
Alcool ¹	16	16	22	7	6	8
Tabac ²	14	13	17	16	15	15
Drogue ³	8	8	7	4	4	3
Antécédents TS	5	4	5	7	9	7
Ont subi des violences sexuelles	2	2	2	6	7	4
Conduites violentes régulières ⁴	26	31	28	13	18	13

¹ au moins deux fois par semaine vin, bière ou alcools forts ou trois ivresses et plus par an.

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ souvent se bagarrer, souvent crier, frapper ou casser quand en colère, racket.

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993.

La consommation de produits licites est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : les ruraux s'alcoolisent plus (les deux sexes) et fument plus (garçons seulement), différences qui existaient déjà antérieurement, mais qui ont tendance à s'estomper.

Quant à la consommation des drogues illicites, il n'y a pas, en 1993, contrairement aux idées reçues, de différence entre la ville, la campagne et la banlieue. Une homogénéisation selon le lieu d'habitat s'est, en effet, opérée depuis 1978.

Des différences existent à propos de la violence, plus fréquente en banlieue qu'en ville ou à la campagne, surtout parmi les filles. Les conduites violentes comme les violences subies ou les tentatives de suicide sont concernées.

Au total, les ruraux, surtout les garçons, se caractérisent par une consommation de produits licites (alcool, tabac) ; les jeunes de banlieue, surtout les filles, par la violence (conduites, tentatives de suicide, victimes) ; les garçons vivant en milieu urbain par une plus grande accidentalité. Toutefois, au regard des différences observées par sexe et âge, les différences par lieu d'habitat sont tout compte fait mineures...

Idées suicidaires et tentatives de suicide

	Idées suicidaires (IS) ¹	Tentative suicide (TS) ¹	Rapport IS/TS
Garçons			
11-13 ans	16	6	2,7
14-15 ans	17	5	3,4
16-17 ans	22	4	5,5
18 ans et plus	25	5	5,0
CFI-Paque	28	12	2,3
Incarcérés ²	32	19	1,7
Filles			
11-13 ans	16	4	4,0
14-15 ans	29	8	3,6
16-17 ans	33	9	3,7
18 ans et plus	36	12	3,0
CFI-Paque	34	19	1,8

¹ en pourcentage

² tentative avant incarcération

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993