
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Haut Comité de la Santé Publique

Santé des enfants, santé des jeunes

**Rapport adressé à la
Conférence nationale de santé 1997
et au Parlement**

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 1998, Haut Comité de la santé publique, 8 avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP

ISBN 2-85952-703-6 - ISSN 1244-5622

[Http://editions.ensp.fr](http://editions.ensp.fr)

Avant-propos	1
Les outils de la connaissance	3
Les concepts	3
Sources de données épidémiologiques et statistiques	6
L'état de santé des enfants et des jeunes en France	11
La mortalité	11
La morbidité	13
Les comportements	16
Synthèse des données statistiques et épidémiologiques	18
Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes	21
L'environnement familial et social	21
Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent	30
Conclusions et recommandations	39
Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant	41
Détecter et prendre en charge les enfants et les adolescents en difficulté	44
Former les intervenants agissant auprès des jeunes	46
Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes	47
Assurer les conditions de la définition et de la mise en œuvre d'une politique globale à l'échelon local et national	48
Annexes	51

À l'issue de la première Conférence nationale de santé, tenue en septembre 1996, le Haut Comité de la santé publique, en accord avec le bureau de la conférence, avait décidé d'approfondir, parmi les dix priorités formulées par la conférence, le thème de la santé des jeunes.

Le présent rapport représente la contribution du Haut Comité sur ce thème à la conférence nationale de santé 1997. Il a été transmis au Parlement dans le cadre de la préparation de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

Il n'était guère possible au groupe de travail constitué à cet effet de réaliser dans un délai de quelques semaines un travail de documentation et d'analyse tant soit peu exhaustif sur un sujet aussi vaste et de faire des propositions d'action à la fois structurantes et réalistes. Aussi a-t-il dû effectuer des choix. Il a volontairement écarté de sa réflexion les deux périodes extrêmes, celle entre la conception et la fin de la gestation et celle de la post-adolescence. De même, les questions complexes de la maltraitance n'ont pas fait l'objet d'une réflexion approfondie. Des domaines aussi importants que celui du handicap de l'enfant n'ont pu être abordés.

Il est d'emblée apparu que la bonne santé de notre jeunesse pouvait parfois n'être qu'apparente, que les déterminants sociaux, et notamment éducatifs et familiaux, intervenaient massivement, enfin que certaines caractéristiques de nos dispositifs

éducatifs, sanitaires et familiaux s'avéraient défailants tout particulièrement dans la petite enfance et pouvaient dans certains cas aggraver les écarts. C'est dans cet esprit que les surconsommations de produits dangereux licites ou non, le taux d'accidents élevé, les suicides et les violences doivent être interprétés comme des conduites d'appel, révélant un malaise affectant un grand nombre de jeunes.

Les connaissances concernant les conséquences tout au long de la vie, de la qualité des relations affectives dans la petite enfance, de l'adoption de comportements à risque dans l'adolescence, et de la fragilité ou de la précarité chez les jeunes adultes, au-delà de l'état de bonne ou mauvaise santé physique, font émerger la notion de « carrière ». Cette conception continue de l'état de santé d'une personne s'oppose au découpage par tranche d'âge (petite enfance, scolarité, adolescence, jeune adulte) auquel correspond un cloisonnement institutionnel (PMI, ASE, politique de la famille, médecines de ville, scolaire et du travail) et plaide en faveur d'une approche intégrant la perspective de développement de la personne de la naissance à l'insertion dans la société.

Il devenait dès lors possible de faire des propositions pour une politique globale et sa mise en œuvre au niveau régional. Ces propositions visent à :

- améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant en privilégiant le rôle naturel de la famille et en institutionnalisant l'éducation pour la santé par les maîtres de l'école,
- permettre de reconnaître les enfants et les adolescents en difficulté pour les prendre en charge en ayant soin d'éviter leur stigmatisation,
- permettre la formation des intervenants agissant auprès des jeunes et tout particulièrement le personnel de l'Éducation nationale, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux,
- permettre d'améliorer les connaissances sur l'état de santé des jeunes et de mettre en place les instruments pour mesurer l'impact des interventions entreprises.

Nous tenons à remercier pour leur contribution les membres du groupe de travail ainsi que les experts auditionnés. Ils ont permis, malgré la brièveté de leurs travaux, que ce rapport joue son rôle : ouvrir le chantier de l'élaboration d'une politique globale en faveur de la santé des jeunes dans notre pays.

Pierre Ducimetière,
vice-président du HCSP

Albert Hirsch,
président du groupe de travail

Les outils de la connaissance

Les concepts

Enfance et adolescence

L'enfance peut être définie comme une période qui va de la naissance à un âge maximum de 13 ans. Elle est caractérisée par une vulnérabilité de l'enfant vis-à-vis de l'environnement et correspond à la période de la vie où se réalisent les processus d'identification et d'apprentissage qui conditionnent la socialisation de l'adolescent et de l'adulte.

L'adolescence présente un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part, à la constitution d'un couple et/ou du départ de chez les parents d'autre part.

Compte tenu de l'allongement de la période des études et de la banalisation de la cohabitation juvénile, une véritable définition de l'adolescence est plus à rechercher dans le champ de la physiologie et de la psychologie.

Ainsi, l'adolescence est définie selon Halm (1970) comme la période au cours de laquelle, sous l'effet de la maturation sexuelle dans ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, le sujet procède au remaniement de son image et de

celle des autres, et du système relationnel de son « moi » avec le milieu, jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité.

Elle débute approximativement à l'âge de 10 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. La fin de l'adolescence n'est pas clairement délimitée et varie en fonction de critères physiques, mentaux, affectifs, sociaux et culturels qui caractérisent l'adulte (Daniel W.A., 1979).

Il existe une grande variabilité selon les sujets, si bien que l'on parle actuellement de plusieurs périodes :

- préadolescence (environ 10-15 ans),
- adolescence (environ 16-19 ans),
- postadolescence (environ 18-24 ans).

À côté d'une approche segmentée de l'enfance et de l'adolescence, l'analyse du développement continu de la personnalité apparaît plus pertinente et plus opérationnelle pour mener des actions de santé publique.

Le développement continu de la personnalité et de la santé d'un individu n'est pas pris en compte par le découpage par tranche d'âge (petite enfance, scolarité et adolescence, jeune adulte, travailleur...) auquel correspond le cloisonnement institutionnel (PMI, ASE, politique de la famille, médecine scolaire, médecine du travail). Il plaide en faveur d'une plus grande prise en considération de l'histoire du développement de l'individu, de sa naissance à son insertion dans la société (c'est-à-dire en pratique sur la période 0 à 25 ans), compte tenu du recul actuel de l'âge au premier travail et de la dépendance accrue par rapport à la famille. Tous les facteurs ayant pu agir sur son développement psychique ou somatique, notamment la santé physique, la qualité des relations affectives dans la petite enfance, l'environnement familial et social, la scolarité, la consommation de drogue ou de médicament, la vie affective et professionnelle chez les jeunes adultes doivent être pris en compte. Le déroulement de ces « carrières » se fait, pour certains, de manière très irrégulière. Elles peuvent être entrecoupées de crises plus ou moins graves et de durée variable.

Cette approche dynamique permet de montrer les changements intervenus dans la période 1960-1990 et d'adapter les systèmes de prise en charge de l'enfance et de l'adolescence.

Santé des jeunes

Pour aborder la santé du jeune et de l'adolescent, l'approche classique par la mortalité et la morbidité s'avère insuffisante.

La référence classique à la santé définie par l'OMS, état de complet bien-être physique, mental et social, a amené le Haut Comité de la santé publique à définir en décembre 1992, dans son rapport *Stratégie pour une politique de santé*, la santé des enfants et des adolescents de la façon suivante :

« L'enfance et l'adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance, ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie. »

Il convient en conséquence d'écarter, autant que faire se peut, certains concepts réducteurs et parcellaires (santé somatique, santé mentale, santé scolaire...). La santé ne relève pas effectivement d'un état mais d'une dynamique permanente. Dans cette dynamique, la santé résulte d'un équilibre, à l'intérieur d'un système vivant, par définition toujours fragile. Dans ce système constamment agressé, il s'agit, à tous moments, de trouver les ressources nécessaires pour rétablir l'équilibre, en neutralisant si possible les phénomènes perturbateurs, chaque fois qu'ils peuvent l'être.

« Comportements à risque »

La violence, la consommation d'alcool, de tabac et de drogue, l'abandon précoce de la scolarité, les tentatives de suicide... sont autant de comportements répertoriés chez l'adolescent comme présentant un risque pour son capital de santé.

Le regard de l'adulte sur ces prises de risque est rarement serein car il ne peut les considérer qu'avec ses propres références. Il opte tantôt pour le déni et le refus d'agir (« c'est l'âge, cela passera... »), tantôt pour une dramatisation excessive (« son comportement est inadmissible, il faut faire quelque chose... »), sans que ces réactions prennent en compte le sens du message lancé par l'adolescent.

En substituant au concept de comportement à risque la notion de comportement d'essai, l'apprentissage à la vie de l'enfant et

de l'adolescent retrouve une place qui reste essentielle dans le développement de la personnalité des jeunes. N'est-il pas, dans une certaine mesure, normal d'essayer ce que la loi ou la norme interdit lorsque l'on est un enfant ou un adolescent ? La question qui se pose alors est de savoir quel niveau d'acceptabilité et de protection la communauté des adultes désire apporter aux jeunes en apprentissage.

La prévention et l'apprentissage à la santé

Les définitions de la prévention, de l'éducation sanitaire, sont nombreuses. Ne voulant pas ajouter de définitions supplémentaires, nous retiendrons ici deux réflexions de professionnels éclairant d'un jour nouveau les actions à proposer dans ce domaine.

« Liés aux besoins de santé latents, les comportements à risque deviennent un marqueur de plus en plus significatif des populations défavorisées ou dépressives. Ils deviennent aussi une sorte de refus emblématique d'une civilisation prudente dans la gestion de son capital santé, gestionnaire de la vie en 'bon père de famille', bien assuré, rationnel dans son choix et ses actions, raisonnable en toutes choses..., mais pour avoir envie de protéger sa santé, d'arrêter les paris avec la mort, avec l'accident, avec la maladie, avec la contamination, il faut tenir suffisamment à la vie. » (A. Lazarus)

« Les messages de santé pour l'adolescent reviennent trop souvent à lui interdire d'être un adolescent. L'adolescent est entier et exclusif. Il a besoin qu'on lui parle de ce qui le touche... et surtout qu'on l'écoute. » (J.-P. Deschamps)

Sources de données épidémiologiques et statistiques

Sont brièvement décrites ici les sources de données utilisées au Chapitre « L'état de santé des enfants et des jeunes en France. »

Les données de mortalité

Elles proviennent soit directement des statistiques des causes médicales de décès, produites par le service commun n° 8 (SC 8) de l'Inserm, statistiques établies à partir des certificats de décès, soit par l'intermédiaire de l'annuaire de statistiques

sanitaires mondiales de l'OMS de 1995. Cet annuaire donnant pour la France les résultats de 1993, les données françaises utilisées pour les comparaisons internationales sont donc nécessairement celles de 1993. En revanche des données plus récentes sont présentées en dehors des comparaisons internationales.

Les données de morbidité *Morbidité hospitalière*

Les données présentées sont celles de l'enquête nationale réalisée en 1993 par le Sesi, grâce à un sondage sur les patients traités dans les services de soins de courte durée. L'enquête porte sur 59 129 séjours appartenant à des hospitalisations d'au moins 24 heures, et, sur 7 660 venues en hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que IVG, dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

Les services enquêtés sont les services de CHR, de CH et d'établissements privés.

Les pathologies ont été codées selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM de l'OMS).

Enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 1991, 1992 par l'Insee, le Credes et le Sesi

Cette enquête en population générale a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 8 235 ménages soit 21 586 sujets qui ont été interrogés sur les pathologies et les consommations médicales sur une période de trois mois.

Enquête nationale « adolescents » (Inserm U169)

Cette enquête porte sur 12 391 sujets âgés de 11 à 19 ans, identifiés dans des établissements scolaires (collèges, lycées d'enseignement général et technique, lycées professionnels). Elle s'est déroulée en 1993 grâce à l'utilisation d'un auto-questionnaire anonyme rempli en classe en présence du médecin, de l'infirmière ou de l'assistante sociale de la santé scolaire.

Enquête CFI-Paque (Inserm U169)

Il s'agit d'une enquête menée dans 9 départements français auprès de 3 000 jeunes non scolarisés en stage d'insertion ou de qualification. Là encore, la technique utilisée a été la passation d'un auto-questionnaire auquel est venu s'ajouter un examen médical.

Cette enquête s'est faite fin 1992-début 1993. L'âge moyen des sujets est de 21,4 ans.

Enquête HBSC (Health Behaviour of School Aged Children)

Il s'agit d'une enquête internationale portant sur 24 pays dans lesquels on a enquêté dans un échantillon représentatif de la population nationale sauf dans trois pays : la France, l'Allemagne et la Russie où l'échantillon est régional. En France, seules deux régions ont été étudiées, celle de Nancy et celle de Toulouse. L'enquête s'est déroulée en milieu scolaire pendant l'année scolaire 1993-1994. Trois âges sont concernés : 11 ans ; 13 ans et 15 ans. Un questionnaire anonyme a été administré dans les établissements scolaires par du personnel spécialement formé (des professeurs, des infirmières, des psychologues ou des membres de l'équipe de recherche).

Enquête EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System)

Il s'agit de la partie française d'un système européen de recueil de données sur les accidents domestiques et de loisirs. En France, le recueil se fait dans les consultations d'urgence d'un certain nombre d'hôpitaux volontaires.

L'enquête porte sur les circonstances de survenue des accidents, les lésions, le traitement et les suites immédiates.

Enquête de la CNAMTS sur les accidents de la vie courante

Il s'agit d'une enquête par voie postale auprès d'un échantillon d'assurés sociaux, plus ou moins représentatif, au niveau national. Cette enquête cherche à identifier les accidents survenus au cours de l'année écoulée, les lésions entraînées ainsi que le traitement et les suites.

Les données sur le handicap (Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, CTNERHI; enquête ES/Sesi)

Il s'agit d'une enquête réalisée tous les deux ans par le Sesi auprès des établissements qui accueillent des enfants et des adultes handicapés, des enfants et adultes en difficulté sociale.

Données sur le sida

Les données présentées proviennent de la surveillance organisée par la direction générale de la Santé et sont celles des

années 1994-1995, ainsi que le nombre de cas cumulés depuis 1978.

Données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Les données présentées ici proviennent du rapport annuel de 1993, concernant la « file active », définie comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe de secteur.

Il s'agit d'une enquête quasi exhaustive auprès des secteurs pour l'année 1993, 306 secteurs sur les 308 existants en France ayant répondu.

L'exploitation des questionnaires a été réalisée conjointement par la DGS et le Sesi.

Données du service de santé des Armées

Il s'agit des données recueillies par interrogatoire et lors d'un examen médical chaque année lorsque 400 000 à 450 000 jeunes Français âgés de 17 à 27 ans sont convoqués dans les centres de sélection des armées.

Des données évolutives entre 1987 et 1993 sont présentées ici.

Les données sur les comportements

Certaines des données exposées proviennent des mêmes sources de données que pour la morbidité : enquête nationale adolescents, enquête CFI-Paque, enquête Santé Insee/Credes/Sesi, données du service de santé des Armées, enquête HBSC.

Données Eurobaromètre 37

Eurobaromètre est une enquête d'opinion, réalisée périodiquement par la Direction générale de l'information, la communication et la culture de la CEE. Deux fois par an, des interviews sont réalisées auprès d'un échantillon d'environ 1 000 personnes dans chaque État membre. Entre mars et mai 1992, deux Eurobaromètres successifs (37.0 et 37.1) ont permis d'interroger 25 600 personnes au niveau des États membres sur la consommation d'alcool et des drogues (L'Eurobaromètre 37.1 a permis d'inclure des interviews de jeunes de moins de 25 ans).

Enquête ACSF (Enquête sur le comportement sexuel des Français)

Il s'agit d'une enquête sur un échantillon de 20 000 personnes (échantillon représentatif de la population française).

Cette enquête a été menée en 1991-1992, par l'unité 292 de l'Inserm, grâce à un questionnaire administré par téléphone.

Enquête sur le comportement sexuel des jeunes âgés de 15 à 18 ans

Il s'agit d'une enquête soutenue par l'ANRS et menée sur un échantillon de jeunes recrutés dans des établissements scolaires et dans des centres de formation professionnelle.

Synthèse des enquêtes et des recherches françaises sur le thème des jeunes face au sida

Il s'agit d'un document publié par l'ANRS en 1993, faisant le point sur les recherches en sciences sociales menées sur le thème des jeunes et du VIH entre 1985 et 1992.

L'état de santé des enfants et des jeunes en France

Le texte ci-dessous est une synthèse des principales données statistiques et épidémiologiques fournies par les sources d'information précédemment décrites ; le détail de ces données peut être consulté dans l'annexe 2, notamment grâce aux tableaux et figures.

La mortalité

En France, en 1993, 13 000 enfants et jeunes de moins de 25 ans sont décédés. Certes ce chiffre correspond à une mortalité faible par rapport à la mortalité générale ; toutefois ce chiffre brut est préoccupant. Les taux de mortalité sont très élevés dans deux tranches d'âge : celle des enfants de moins de un an et celle des jeunes âgés de 15 à 24 ans. 4 604 nourrissons de moins de un an et 6 027 adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans ont perdu la vie en 1993. Un quart des décès d'enfants de moins de un an est attribuable au syndrome de la mort subite du nourrisson, et 51,3 % des décès d'adolescents et de jeunes sont dus à des accidents, deux causes de mort qu'il est possible de prévenir dans une large mesure.

Face à la mort deux âges sont vulnérables : la première année de la vie, la tranche d'âge 18-24 ans. Il est possible de

prévenir deux grandes causes de ces décès : la mort subite du nourrisson et les accidents.

Avant l'âge de un an les principales causes de décès sont, par ordre décroissant, les affections de la période périnatale, le syndrome de la mort subite et les malformations congénitales. Les comparaisons internationales montrent que, pour les malformations congénitales et les affections de la période périnatale, la situation de la France est nettement plus favorable que celles des autres pays européens contrairement à ce qu'on observe pour la mort subite.

À partir de l'âge de un an, et pendant toute la période de la vie qui nous intéresse ici, la première cause de décès est constituée par les accidents (1/3 des causes de décès entre 1 et 14 ans et plus de la moitié pour les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans).

Environ 3 000 adolescents et jeunes sont morts accidentellement en France en 1993, la deuxième cause de décès étant constituée par les suicides (966 en 1993, dont 756 dans le sexe masculin et 210 dans le sexe féminin). Pour ces deux causes, la surmortalité masculine est considérable. Les comparaisons internationales montrent que les taux de mortalité accidentelle sont supérieurs en France à ceux de pays voisins proches par le niveau socio-économique et les possibilités de prise en charge en urgence des grands traumatismes. En ce qui concerne le suicide, la situation est particulièrement préoccupante, les taux français étant plus élevés que ceux de tous les pays d'Europe de l'Ouest. La troisième grande cause de décès est constituée par les leucémies et tumeurs (6,1 % des causes de décès). En France, comme dans les autres pays européens, et contrairement à ce qu'on observe aux États-Unis, les homicides ne représentent pas un problème majeur.

71 % des décès des jeunes Français âgés de 15 à 24 ans sont des morts violentes : accidents et suicides. Il y a 3,7 fois plus de garçons que de filles chez les suicidés. La France a plus de jeunes suicidés que les pays voisins.

L'évolution dans le temps de cette mortalité est, dans les périodes récentes, favorable avec toutefois des variations selon les causes de décès et selon le sexe. La mortalité « toutes causes » a nettement décru depuis les années quatre-vingt, néanmoins de façon moins satisfaisante dans le sexe féminin. La mortalité périnatale est passée de 8,3 pour 1 000 en 1990 à 7,4 en 1994 ; la mortalité infantile a baissé de 20 % entre

1993 et 1995. La mortalité accidentelle a considérablement décru, toutefois de façon moins nette dans le sexe féminin. Le taux de suicide a triplé chez les hommes de 15 à 24 ans entre 1960 et 1993, le sex-ratio passant de 1,5 à 3,7. Depuis 1993 une baisse semble se dessiner (966 cas en 1993, 844 en 1994, 802 en 1995, mais il s'agit d'un résultat provisoire).

Depuis de nombreuses années l'évolution de la mortalité des enfants et des jeunes se fait dans un sens favorable mais il faut rester vigilant au moins pour trois raisons: cette évolution est moins satisfaisante que dans les pays voisins (notamment pour la mortalité accidentelle), elle est plus stagnante dans le sexe féminin, la tendance à la baisse de la mortalité par suicide reste à confirmer.

La morbidité

Contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, il n'existe pas en France, ni d'ailleurs dans la plupart des pays, de statistiques nationales permanentes de morbidité. On doit donc faire appel aux données produites par un ensemble de sources diverses qui fournissent des informations sur les diagnostics enregistrés lors des hospitalisations; les symptômes et maladies déclarés par la population, la consommation médicale (consultations, hospitalisations, utilisation de médicaments, actes paramédicaux) et les comportements liés à la santé rapportés par les jeunes. C'est la synthèse de l'ensemble de ces données, analysées avec le scepticisme nécessaire vis-à-vis de la fiabilité des sources d'information et des méthodes de recueil, qui permet de construire «l'image probable» de l'état de santé des enfants et des jeunes.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les données de morbidité hospitalière et celles enregistrées lors d'entretiens à domicile, dans le cadre de l'enquête Insee/Credes/Sesi sont convergentes et indiquent que les principaux problèmes de santé sont: les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'œil et les affections de la sphère bucco-dentaire. Les traumatismes, deuxième cause d'hospitalisation des garçons, jouent un rôle modeste dans la morbidité déclarée dans l'enquête en population générale. Les données concernant les troubles visuels sont corroborées par les résultats des dépistages effectués dans le cadre des bilans de santé pratiqués en école maternelle (environ 10% de troubles de l'acuité visuelle chez les enfants âgés de 3 à 6 ans).

Chez les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les données de l'enquête Insee/Credes/Sesi, celles des enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs des jeunes scolarisés et des jeunes en insertion, et celles produites par le service de santé des armées confirment l'importance des troubles de la vue et de l'appareil bucco-dentaire. Les enquêtes de l'Inserm relèvent également une fréquence élevée des troubles de la statique vertébrale (16% chez les jeunes scolarisés, 20% chez les jeunes en insertion). De plus les enquêtes de l'Inserm et celles du service de santé des Armées soulignent la grande fréquence des accidents (le service de santé des armées note qu'entre 1987 et 1993 le pourcentage de traumatismes des membres a presque doublé du fait des accidents de loisir et de sport ; 43,2% des jeunes scolarisés ont dit avoir eu un accident dans l'année). Les données de l'enquête internationale HBSC de l'OMS indiquent que la France vient au premier rang des 24 pays étudiés pour les traumatismes graves (ayant entraîné une absence scolaire, des soins médicaux, une hospitalisation ou un acte chirurgical).

Les principaux problèmes de santé somatique des enfants et des jeunes sont : les troubles bucco-dentaires, les traumatismes et les troubles visuels.

10% des enfants âgés de 3 à 6 ans présentent un déficit de l'acuité visuelle. Le taux de myopie constaté au service de santé des Armées est passé de 7% en 1987 à 17,6% en 1993.

Entre 11 et 16 ans il y a 30 accidents scolaires ou de loisir pour 100 garçons et 14 pour 100 filles par an.

Deux types de pathologies peuvent être abordés essentiellement à travers les données des services spécialisés qui les accueillent : les handicaps et les troubles mentaux.

Au 1^{er} janvier 1992, d'après l'enquête ES 91 du Sesi, 107 946 enfants ou adolescents handicapés étaient présents dans les établissements médico-sociaux d'éducation spéciale. Dans cette population on notait 60,5% d'enfants d'âge scolaire (6-15 ans) et 31,5% d'adolescents âgés de 16 à 19 ans, et un *sex ratio* de 1,56. Les retards mentaux constituent la principale cause d'accueil dans ces établissements (57,8% des déficiences).

En 1993, 306 des 308 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile français ont suivi près de 290 000 enfants et adolescents, ce qui correspond à 18 enfants suivis pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Le groupe d'âge le plus représenté est celui des enfants âgés de 5 à 9 ans ; les adolescents de 15 à

19 ans représentent 13% de l'effectif. Dans plus de 90% des cas le suivi est ambulatoire. Ces données statistiques fournies par les secteurs ne comportent pas de diagnostics. Il est à noter que dans les autres sources d'information utilisées ici et proposant des diagnostics, les « troubles mentaux » apparaissent comme rares, dans les données de morbidité hospitalière comme dans les données de morbidité déclarée dans l'enquête Insee/Credes/Sesi.

Dans les enquêtes par entretien ou auto-questionnaire (Insee/Credes/Sesi ; Inserm U169 ; HBSC de l'OMS), on obtient non seulement des informations sur les « maladies » et les diagnostics tels qu'auto-déclarés, mais aussi la description de symptômes psychosomatiques et psychologiques. Visiblement, lorsqu'on emploie le mot « santé » les jeunes pensent « santé somatique » et dans l'enquête sur les jeunes scolarisés 88% se disent en bonne santé (85% chez les jeunes en insertion). Dans l'enquête HBSC les jeunes Français sont parmi ceux qui donnent le plus de réponses positives à la question : « vous sentez-vous en très bonne santé ? » Pourtant ces mêmes jeunes rapportent tout un cortège de symptômes évocateurs d'un mal-être physique et psychologique. Ainsi dans l'enquête de l'Insee les sujets âgés de 10 à 24 ans se plaignent de céphalées et d'asthénie. Dans l'enquête de l'Inserm sur les élèves 7% se disent déprimés ; chez les jeunes en insertion 75% se plaignent de troubles dépressifs ou anxieux pour lesquels ils ont consulté. La symptomatologie dépressive augmente avec l'âge. Les plaintes somatiques sont variées, et dans l'étude auprès des jeunes en insertion, 42% des garçons et 47% des filles se plaignent de fatigue, de maux de tête, de douleurs digestives ou dorsales, de nausées, de réveils nocturnes, de cauchemars. Les relations entre ces plaintes somatiques et les tendances dépressives sont étroites. Dans l'enquête HBSC les jeunes Français sont parmi ceux qui consomment le plus d'antalgiques ; ils occupent le premier ou le troisième rang selon l'âge pour les difficultés d'endormissement et pour la consommation de somnifères. 50% des filles et 37% des garçons de 15 ans disent s'être sentis déprimés au moins une fois par semaine et occupent de ce fait la troisième position derrière la Hongrie et Israël.

7% des élèves âgés de 11 à 19 ans se disent déprimés. 75% des jeunes en insertion se plaignent de dépression ou d'anxiété. Ces tendances dépressives sont souvent révélées par des plaintes somatiques (douleurs, fatigue, troubles du sommeil). Les jeunes Français se sentent plus déprimés et

consomment plus de somnifères que la plupart de leurs voisins européens.

Les comportements

Les tentatives de suicide sont fréquentes chez les jeunes : on les retrouve dans les antécédents de 7 % des élèves âgés de 11 à 19 ans et de 15,4 % des jeunes en insertion. Dans un tiers des cas il y a récurrence. Les tentatives sont plus fréquentes chez les filles et les récurrences chez les garçons. L'accueil hospitalier est loin d'être la règle : seulement dans 1 cas sur 5 dans l'enquête auprès des élèves.

Les conduites violentes répétées sont retrouvées chez 19 % des élèves et chez 25 % des jeunes en insertion. Elles concernent surtout le sexe masculin. Toutefois elles ne sont pas plus fréquentes que les violences subies : 15 % des élèves disent avoir subi des violences physiques, 4 % des violences sexuelles, 30 % des jeunes en insertion ont subi des violences physiques et/ou sexuelles.

Les liens entre violence subie et tentative de suicide sont à souligner. Dans l'enquête sur les jeunes en insertion, le pourcentage de tentative de suicide passe, pour les garçons, de 8 % chez ceux qui n'ont pas subi de violence à 40 % chez ceux qui en ont été victimes ; pour les filles, ces pourcentages sont de 9 % et 48 %.

7 % des élèves âgés de 11 à 19 ans et 15,4 % des jeunes en insertion, âgés en moyenne de 21,5 ans ont fait une tentative de suicide ; 1/3 récidivent. Leur accueil dans des structures hospitalières est insuffisant. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes qui ont subi des violences. Ces dernières sont plus fréquentes que les conduites violentes des jeunes eux-mêmes.

En France, si l'on considère l'ensemble des études menées entre 1991 et 1993, le pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant déjà fumé varie de 20 % à 56 % suivant le sexe et la tranche d'âge. Les fumeurs quotidiens sont 15 % dans l'enquête auprès des jeunes scolarisés, 53 % dans l'étude des jeunes en insertion. Dans l'enquête de l'Insee/Credes/Sesi 38 % des femmes et 51,4 % des hommes âgés de 20 à 24 ans fument quotidiennement. Dans toutes les études la consommation augmente avec l'âge. En revanche, l'analyse de l'évolution dans le temps montre la diminution de la consommation de

tabac par les jeunes en France. Toutefois il convient de noter un phénomène tout à fait préoccupant : la diminution, entre 1986-1987 et 1991-1992, du pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant cessé de fumer. On peut légitimement s'inquiéter pour les grossesses de ces femmes. Les comparaisons internationales (HBSC) font d'ailleurs apparaître que dans plusieurs pays, à l'âge de 15 ans la consommation de tabac est supérieure dans le sexe féminin. En ce qui concerne les fumeurs réguliers, la France occupe une place moyenne parmi les 24 pays de l'enquête HBSC, sauf dans la tranche d'âge 18-24 ans où le pourcentage de fumeurs est le plus élevé de l'Union européenne.

15 % des jeunes scolarisés et 53 % des jeunes en insertion fument quotidiennement. Depuis quelques années, la consommation de tabac des jeunes en France a diminué, mais de moins en moins de jeunes femmes de 20 à 24 ans cessent de fumer. Dans plusieurs pays européens les filles fument plus que les garçons.

Contrairement à ce qu'on observe pour le tabac, la consommation d'alcool est assez spécifiquement masculine. L'alcoolisation est régulière pour 23 % des jeunes en insertion et 12 % des jeunes scolarisés. De même, contrairement à ce qu'on observe pour le tabac, la consommation est restée stable au cours de ces dernières années, voire a augmenté pour les buveurs réguliers du sexe masculin. Dans l'enquête HBSC on peut voir que la consommation régulière d'alcool commence très précocement, puisque les jeunes Français âgés de 11 ans sont en tête des consommations « hebdomadaires ou plus fréquentes », avec 8 % de filles le déclarant et 22 % de garçons.

En ce qui concerne la drogue, 1 jeune scolarisé sur 7 en a déjà fait l'expérience et ce pourcentage est de 22 % chez les jeunes en insertion qui sont 11 % à en avoir consommé au moins 10 fois. La principale drogue consommée est le haschich ; 1,1 % des jeunes scolarisés et 2,5 % des jeunes en insertion ont consommé de la cocaïne, ces pourcentages étant de 0,9 % et 2,3 % pour l'héroïne. La consommation est plus importante chez les garçons ; elle augmente avec l'âge surtout dans le sexe masculin. Elle augmente également dans le temps : pour le service de santé des armées, la consommation de drogue chez les jeunes hommes âgés de 17 à 27 ans est passée de 7,7 % à 9,1 % entre 1987 et 1993. Contrairement à ce qu'on observe pour les drogues illicites la consommation de médicaments psychotropes est supérieure dans le sexe féminin.

Selon une étude européenne, 62% des jeunes Européens estiment qu'il est facile de se procurer de la drogue à l'école, ce pourcentage étant de 87% pour les jeunes Français, seulement précédés des Italiens (88%).

Il existe beaucoup plus d'études visant à identifier les comportements à risque des adolescents que d'études visant à identifier leurs stratégies pour protéger leur santé et leurs connaissances en matière de prévention. Ces rares études sont pourtant précieuses car elles permettent de comprendre comment les adolescents et les jeunes peuvent recevoir et répondre aux messages d'éducation sanitaire. Plusieurs études récentes menées notamment grâce au soutien de l'ANRS montrent qu'en quelques années les jeunes Français ont acquis une très bonne connaissance des mécanismes de transmission du VIH et de prévention du sida. On sait aussi que les jeunes âgés de 18-19 ans utilisent plus le préservatif en cas de partenaires multiples que leurs aînés (enquête ACSF). L'enquête HBSC indique que les jeunes Français sont parmi les meilleurs utilisateurs de la ceinture de sécurité, même si, comme dans tous les pays, le taux d'utilisation baisse avec l'âge.

Enfin, il est important de souligner, comme l'indiquent les études menées auprès des jeunes par l'Inserm, qu'ils ont recours au système de soins, principalement au dentiste et au généraliste.

Les adolescents et les jeunes sont potentiellement réceptifs aux messages d'éducation sanitaire comme l'attestent leurs attitudes vis-à-vis du risque lié au VIH et de la sécurité en voiture. Par ailleurs ils utilisent les services de santé : ils consultent un généraliste ou un dentiste en moyenne 4 fois par an.

Synthèse des données statistiques et épidémiologiques

Si certaines des données exposées ici sont convergentes quelle que soit la source d'information utilisée, dans d'autres cas il existe d'évidentes incohérences comme c'est le cas pour les troubles mentaux par exemple, presque absents des statistiques hospitalières et des entretiens à domicile de l'enquête de l'Insee, mais révélés par le volume d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et par le discours des jeunes sur leurs tentatives de suicide, leurs symptômes et la place de la violence dans leur passé et dans leur vie. De telles incohérences amènent à s'interroger sur la nature des sources qui ont

été choisies, sur la fiabilité des données et sur leur interprétation.

On trouvera, dans l'annexe II, l'analyse critique de la fiabilité des données épidémiologiques.

Quelles que soient les imperfections des données statistiques et épidémiologiques exposées ci-dessus, elles forment néanmoins un ensemble cohérent permettant de dresser le tableau de l'état de santé des enfants et des jeunes en France.

Si l'enfance et l'adolescence sont des périodes de la vie où l'on meurt peu, on a néanmoins noté qu'il existe deux âges de grande vulnérabilité : la première année de la vie et la période qui va de 15 à 24 ans. Dès l'âge de 1 an, la principale cause de mort est constituée par les accidents ; la mortalité accidentelle a certes vu une évolution récente assez satisfaisante mais les taux observés chez les adolescents et les jeunes Français restent largement supérieurs à ceux des pays voisins. Quant à la mort subite du nourrisson, elle reste un problème préoccupant en France.

Les données de morbidité hospitalière ou celles recueillies par entretien dans le cadre d'enquêtes à domicile auprès d'une population représentative sur le plan national, ou menées auprès des jeunes par auto-questionnaire sont convergentes et montrent que les problèmes de santé somatiques principaux ressortant clairement de toutes ces études sont : les infections respiratoires chez les enfants les plus jeunes et, à tout âge, les troubles bucco-dentaires, les troubles visuels, les troubles de la statique vertébrale, les accidents. Ces derniers sont à la limite de la sphère somatique et de la sphère psychologique et sociale ; en effet, s'ils génèrent une pathologie somatique, on sait qu'ils surviennent dans des conditions complexes dans lesquelles convergent de nombreux facteurs de risque dont des facteurs psychologiques et des facteurs liés à l'environnement socio-économique.

Les accidents constituent la 1^{re} cause de décès dès l'âge de 1 an et la 2^e cause d'hospitalisation chez les garçons de moins de 15 ans. Leur fréquence en France est supérieure à ce qu'elle est dans les pays voisins. Le pronostic fonctionnel à long terme des accidents de sport et de loisir des adolescents n'est pas toujours simple. Les causes des accidents sont complexes et notamment psychologiques. Les accidents peuvent être prévenus.

Les accidents contribuent à faire envisager la santé de l'enfant et du jeune sous un tout autre angle que celui de la santé

somatique. En effet, derrière le tableau somatique bénin dressé plus haut (troubles visuels, troubles bucco-dentaires, troubles de la statique vertébrale dont la bénignité reste d'ailleurs à prouver), on sent bien un mal-être psychologique chez l'adolescent et le jeune. Les suicides sont nombreux en France chez les jeunes de 15 à 24 ans et leur taux dépasse celui des pays voisins. Les auto-questionnaires remplis par les jeunes font apparaître l'importance de la symptomatologie dépressive, la fréquence préoccupante des tentatives de suicide et des récives, la fréquence des consommations de produits toxiques (alcool, tabac).

Derrière les données somatiques rassurantes se profile l'image du mal-être psychologique des jeunes. La bénignité des affections somatiques ne peut pas être affirmée en toute quiétude. C'est dans la petite enfance qu'il faut rechercher les racines du mal-être des jeunes.

Ce tableau de mal-être psychologique se profile en fait dès la petite enfance derrière le tableau somatique rassurant. En effet, selon des résultats de bilan de santé en école maternelle, il existe 8% de retards de langage et 15% d'anomalies de la motricité fine chez les enfants âgés de 3 à 6 ans. L'analyse des données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile montre que les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43% des 290 000 enfants suivis dans ces secteurs en 1993, ce qui revient à une prévalence de consultations pour cette tranche d'âge de 3,6% par rapport à la population française du même âge. Enfin, les antécédents de violences subies pendant l'enfance rapportés par les adolescents montrent bien l'importance de la maltraitance durant la petite enfance.

Toutefois, ces mêmes jeunes montrent des capacités certaines à se protéger comme le montrent notamment toutes les études récentes sur la connaissance des mécanismes de transmission du VIH et de prévention du sida. D'autre part, certaines dispositions officielles existant déjà en France permettent d'éviter certaines causes de morts fréquentes dans d'autres pays. Il en est ainsi des homicides, deuxième cause de mort aux États-Unis, chez les 15-24 ans, qui sont extrêmement rares en France du fait d'une législation différente sur les armes à feu.

Enfin la vulnérabilité des filles aux comportements à risque mérite attention. En effet, qu'il s'agisse de tabagisme ou d'exposition aux accidents, leur situation ne connaît pas la stabilisation qu'on observe dans le sexe masculin et a tendance à s'aggraver à l'heure actuelle.

Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes

L'environnement familial et social

La famille *Les définitions et les données chiffrées*

La famille est définie classiquement par le noyau nucléaire constitué des parents et de la fratrie ; elle peut également être définie comme l'ensemble des personnes apparentées c'est-à-dire incluant les collatéraux (oncles, tantes, cousins...).

Dans les dernières décennies, la famille a beaucoup évolué, avec l'émergence de familles d'un ou deux enfants remplaçant la « famille nombreuse », la montée des familles monoparentales, le développement des familles recomposées. Par ailleurs, le départ plus tardif des jeunes du foyer familial, en raison de la crise économique, modifie son profil.

La notion de ménages complexes recouvre des familles cohabitant avec une personne isolée ou plusieurs familles cohabitantes. Ces ménages sont multifformes, représentent 12% des ménages actuels et constituent souvent un stade dans l'évolution des familles.

En 1996, il existe 15,4 millions de familles dont :

- 5 493 352 couples sans enfants,
- 8 296 032 familles avec couples et enfants,
- 1 601 704 familles monoparentales.

79% des familles ont au plus deux enfants.

Le taux de divorce est passé de 5% en 1971 à 16% en 1993, l'activité maternelle, minoritaire en 1971 (38% des mères travaillaient), est actuellement majoritaire (62% en 1993).

Depuis 20 ans, les modes de vie des jeunes ont évolué dans un contexte d'allongement de la scolarité et de difficultés croissantes sur le marché du travail. Les chômeurs et les étudiants sont plus nombreux qu'autrefois, et cohabitent plus souvent avec leurs parents que ceux qui ont un emploi.

En 1995, parmi les jeunes de 20-24 ans, 50% des femmes et 60% des hommes vivent chez leurs parents.

La santé au sein de la famille

Dans une récente étude « l'apprentissage de la santé en famille », réalisée à la demande de la Fondation CNP Assurances, il apparaît que pour la majorité des familles, la santé de l'enfant est étroitement liée à la qualité de son environnement affectif et familial. De même, il paraît évident à la majorité d'entre elles qu'on peut apprendre à un enfant à être en bonne santé.

Pour l'ensemble des familles, la santé est un état d'équilibre plus que le résultat d'un mode de vie spécifique. Pour les familles moins favorisées, plus souvent que pour les autres, être en bonne santé équivaut à ne pas être malade.

Les familles estiment qu'il leur incombe d'apprendre à leurs enfants ce qu'ils ont appris de leurs propres parents. Le contenu des apprentissages est du ressort des parents qui ont le sentiment de faire beaucoup pour la santé de leurs enfants (couchage à heures fixes, alimentation variée...). Selon les parents, le plus difficile à transmettre concerne les comportements quotidiens répétitifs qui en heurtant les enfants peuvent déboucher sur des situations conflictuelles.

Parents et enfants semblent pouvoir aborder en famille, des discussions sur des sujets – sida, drogues, alcool – qui sont par ailleurs largement médiatisés. En revanche les symptômes de mal-être psychologique – insomnie, angoisse, déprime – sont souvent occultés, voire niés par les parents et font rarement l'objet de discussions familiales. Clairement la « mauvaise santé » est culpabilisante et renvoie à un échec.

Ainsi les familles apparaissent dans l'ensemble optimistes. La santé y apparaît liée à l'harmonie familiale. Les familles estiment que leurs membres sont en bonne santé et les parents

considèrent qu'ils apprennent à leurs enfants ce qu'il faut pour cela.

Cependant, cet optimisme recouvre une réelle difficulté à prendre en charge les problèmes psychologiques et les déséquilibres des enfants, pourtant source d'une angoisse majeure.

L'accompagnement, le soutien et l'éducation familiale

Compte tenu de l'importance du rôle structurant de l'environnement dans le développement de la personne, il convient de permettre à l'éducation familiale de remplir la plénitude de ses missions dans ce domaine.

Cependant le caractère universel de l'éducation familiale ne doit pas conduire à négliger l'accompagnement, le soutien, l'amélioration des pratiques éducatives parentales.

En particulier l'action des professionnels de santé et d'éducation sociale doit pouvoir venir aider les processus familiaux d'éducation lorsque ceux-ci sont défailants ou lorsqu'ils ne fonctionnent pas correctement.

Le rôle primordial des parents et de la famille dans l'éducation des enfants et des jeunes doit être affirmé, la coordination avec les actions des autres acteurs de cette éducation renforcée.

L'éducation, action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale, a pour objet de développer chez l'enfant un certain nombre de qualités physiques, intellectuelles et morales que réclament de lui la société dans son ensemble et le milieu spécifique qui sera le sien. L'éducation aujourd'hui se recentre sur la personne et les processus éducatifs insistent sur le développement biologique, psychologique, affectif et cognitif de l'individu.

Par ailleurs, il convient de rappeler que les processus éducatifs ne peuvent être considérés seulement dans leur nature, mais également dans leur adéquation à telle ou telle phase du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Cette approche mérite d'être explicitée aux parents, qui n'en ont pas toujours conscience par manque d'information et de formation.

L'éducation parentale ne sera pleinement efficace que si les parents sont susceptibles d'identifier les stades successifs de développement, les besoins et les attentes, les compétences des enfants spécifiques à chacun d'entre eux.

Il convient d'attirer l'attention des gynécologues et obstétriciens sur les aspects psychologiques de la grossesse et de l'accueil de l'enfant nouveau-né. Une formation plus pertinente devrait être faite dans ce domaine afin de favoriser le développement de la maternalité, de la paternalité et de la parentalité.

Les découvertes sur les compétences précoces du bébé dans le cadre des interactions précoces de l'enfant avec son environnement permettent de considérer le bébé comme un partenaire actif dès sa naissance. Solliciter le bébé dans ses initiatives, ne pas entraver ses initiatives, rendre les parents capables de percevoir, de sentir, de respecter et d'utiliser les compétences relationnelles du bébé représentent des actions de première importance. L'accueil du nouveau-né est actuellement privilégié dans la dimension sanitaire et biologique ; elle devrait l'être également dans la dimension psychoaffective. L'hypermédicalisation de l'accouchement va encore trop souvent à l'encontre de cette dimension émotionnelle.

Dans la toute petite enfance, les apprentissages se développent parallèlement à l'envie de les acquérir. Même si la famille concourt de moins en moins au développement des apprentissages, elle est la seule à pouvoir déclencher fortement l'investissement de l'enfant et son désir de les acquérir et de les développer. De même, dans la construction de l'identité notamment sexuée de l'enfant, la place des parents est irremplaçable.

L'insertion sociale, le développement d'habiletés sociales, la capacité à gérer la vie en société de l'enfant dépendent en grande partie des capacités sociales des parents. Chez les parents en difficultés sociales, les aider en ce domaine devient garant de ne pas voir se répliquer la même situation chez les enfants. Au minimum, faire percevoir aux parents qu'ils sont les acteurs indispensables de la socialisation de leurs enfants représente un objectif important pour favoriser l'éducation parentale. Par ailleurs il est nécessaire pour l'enfant de percevoir ses parents comme disponibles et capables de le soutenir et l'aider, dans cette socialisation progressive.

Enfin, une des fonctions essentielles des parents auprès des enfants consiste à leur faire percevoir qu'ils donnent du sens à la vie et donc, que la vie a un sens. Les parents sont des provocateurs de sens.

Les dysfonctionnements familiaux

De nombreux dysfonctionnements au sein de la famille peuvent nuire gravement au développement harmonieux de

l'enfant et compromettre son capital de santé de futur adulte.

Les comportements dommageables des parents peuvent avoir des conséquences d'emblée dramatiques, comme la maltraitance ou la carence en soins.

La maltraitance a été volontairement écartée de ce rapport. On ne peut cependant ignorer qu'elle constitue un indice très grave de dysfonctionnement familial et qu'elle concerne un nombre important de foyers.

En ce qui concerne la carence en soins maternels, des travaux montrent l'effet délétère de celle-ci : ainsi lorsque le bébé a été séparé de sa mère, ou que ce premier attachement a été contrarié, le développement psychoaffectif peut être perturbé avec un sentiment d'insécurité et des troubles psychologiques, notamment au cours de l'adolescence. Des enquêtes effectuées en France montrent que le nombre de maladies pendant l'âge adulte est corrélé avec le manque affectif pendant l'enfance, les conflits entre parents, leurs absences ou leurs maladies. Curieusement, le décès précoce de l'un des parents a beaucoup moins d'impact. Les personnes ayant subi, pendant leur enfance, des traumatismes affectifs ont plus de maladies (environ 52 %) que ceux n'ayant pas été perturbés.

Nous pouvons citer d'autres indices préoccupants de perturbation familiale : 5 à 6 % des femmes enceintes ont une consommation excessive d'alcool qui est à l'origine d'un alcoolisme fœtal. Malgré les inconvénients graves, et que personne n'ignore, de la consommation de tabac pendant la grossesse, 25 % des femmes enceintes fument en 1997, alors qu'elles n'étaient que 10 % à le faire en 1970. Des enquêtes suggèrent que dans 40 % des foyers, un des parents fume en présence du nourrisson ou du jeune enfant malgré les graves lésions que crée chez eux un tabagisme passif. Il s'agit là d'un véritable dysfonctionnement familial, néfaste au futur adulte et susceptible de se transmettre de génération en génération. Par exemple, les enfants dont un des parents est alcoolique ont un risque 7 fois plus grand de le devenir à leur tour que les enfants de parents sobres. De même, un enfant dont les parents fumaient quand il était jeune, a 4 fois plus de risque de devenir fumeur pendant l'adolescence et 2 fois plus si un seul fumait.

Il en est de même pour les comportements violents intra-familiaux. La violence subie pendant l'enfance est à l'origine de comportements violents. Lorsque l'on juge les enfants et les

adolescents, il ne faut jamais oublier que leurs comportements sont à l'image de ce qu'ils ressentent comme étant celui de l'adulte.

Par mode, par peur de se tromper, par crainte d'apparaître archaïque, les parents préfèrent souvent esquiver les conflits familiaux et n'osent pas s'opposer aux volontés de l'enfant, surtout s'ils se sentent eux-mêmes coupables (mésentente familiale ou divorce). De nombreux psychiatres ont décrit les conséquences de cet état de chose. J. Sutter a décrit sous le nom de « syndrome de carence d'autorité » les troubles psychologiques qui en résultent, sentiment de profonde insécurité avec :

- faiblesse et incohérence du Moi, gouverné par l'occasion et le caprice sans référence morale,
- esseulement affectif,
- angoisse, frustration, impossibilité de supporter les difficultés, recours au suicide.

C'est ainsi que des psychiatres anglais insistent sur la relation entre le suicide et l'absence de règles et de normes (anomie), qui conduit à une dérégulation de la vie sociale, à une distension des liens sociaux, au sentiment que la vie est dénuée de sens.

Les modes de garde du jeune enfant et l'école

Les données chiffrées

L'accueil des jeunes enfants

Les enfants de moins de 6 ans sont au nombre de 4 400 000.

Entre 1990 et 1995, le nombre de naissances a diminué, mais une remontée s'est amorcée à partir de 1995 pour atteindre le chiffre de 729 000 naissances.

Un enfant de moins de 6 ans sur deux est gardé par sa mère, même active.

47% des enfants de moins de 3 ans non gardés par la mère bénéficient d'un mode d'accueil subventionné (199 000 en crèches, 292 000 par une assistante maternelle agréée, 33 000 en garde à domicile).

30% des enfants de moins de 3 ans au foyer avec leur mère peuvent fréquenter une halte-garderie.

La totalité des enfants de 3-6 ans sont scolarisés et 38% dont la mère est active bénéficient d'un mode d'accueil subventionné.

En conséquence, les aides attribuées aux familles ou aux équipements d'accueil des jeunes enfants ne bénéficient qu'à 28,5% d'entre eux, dont 18% accueillis dans des structures organisées et bénéficiaires de l'action sociale des Caisses d'assurance familiale.

Le champ potentiel de développement des aides aux familles ayant de jeunes enfants, que ce soit pour leur permettre de concilier vie familiale et professionnelle ou pour contribuer à l'éveil de l'enfant concerne encore plus de 3 millions d'enfants de moins de 6 ans, dont la moitié de moins de 3 ans.

Le système éducatif français

Le niveau de scolarisation en France est l'un des plus importants des pays de l'OCDE ; en 1992, 58,4% des 5-29 ans étaient scolarisés, ce qui représente la proportion la plus élevée des pays de l'Europe des Quinze derrière la Finlande (60,8%) et devant l'Espagne (56,9%) et la Belgique (53,9%).

Entre 5 et 29 ans, les Japonais (55,7%), les Américains (54,2%) et les Allemands (50,3%) sont souvent moins scolarisés que les jeunes Français et ceci sans que les tranches d'âge retenues par l'OCDE pour établir ces taux prennent en compte la scolarisation des enfants de 2 à 4 ans qui est particulièrement élevée en France.

En France, l'allongement des études est associé à une scolarisation de 2 à 5 ans développée depuis longtemps, et à une sensible amélioration du déroulement de la scolarité à l'école élémentaire et au collège. Il est à noter que si presque 100% des enfants de 3 ans sont scolarisés, seul 1/3 des 2 ans l'est et ce taux est stable depuis 1980.

En fin d'année scolaire 1993-1994, 60% d'une génération a obtenu le baccalauréat ou l'un des deux brevets équivalents.

Ainsi, on voit que l'école est au cœur de la vie des cités et du monde rural. 28% de la population totale vit quotidiennement au rythme de l'école (élèves, étudiants, enseignants et autres personnels). C'est également le cas des parents qui ont des enfants à l'école, au collège ou au lycée, dont la vie et les préoccupations quotidiennes sont ponctuées par l'activité des établissements.

En 1993, la dépense pour l'éducation en France s'établit à 507,7 milliards de francs.

De 1975 à 1993, la part prise par l'éducation dans la richesse nationale est passée de 6,5% à 7,2%. De plus, toujours pour

1993, 1 500 000 personnes soit 6 % de la population active exercent leur activité dans le système éducatif dont deux tiers sont des femmes.

En 1993, la dépense par élève et par étudiant s'établit à 30 600 francs. Le coût annuel d'un élève est de 20 000 francs à la maternelle, 39 400 francs pour un élève du secondaire et de 42 800 francs pour un étudiant. Cependant en France, la dépense par élève reste relativement faible par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE.

Le rôle des modes d'accueil des enfants et de l'école dans la santé des jeunes

Un lieu d'éducation à la vie

- Dans la plupart des pays européens ayant développé un réseau de structures d'accueil des jeunes enfants, les objectifs initiaux assignés à ces structures ont partout évolué.

L'objectif initial était, en effet, la protection de l'enfance « carencée » ; le public était alors celui des enfants vivant dans des conditions précaires.

Le second objectif prédominant, aujourd'hui, porte sur la conciliation entre activité professionnelle et vie familiale. Cet objectif est d'ailleurs revendiqué par la majorité des femmes européennes qui ont fait une entrée massive sur le marché du travail.

Corollairement, le troisième objectif porte sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes pour mener tout à la fois une vie professionnelle satisfaisante et une vie familiale de qualité.

Depuis la promulgation de la Convention internationale des droits de l'enfant, un quatrième objectif prend une importance renouvelée : celui de l'intérêt de l'enfant, et plus précisément de la socialisation de l'enfant. Ce qui d'ailleurs induit de nouvelles exigences en matière de qualité d'accueil et de droit d'accès.

- Pour l'école, plusieurs travaux ont montré qu'elle devait ajouter à sa fonction d'instruction celle d'éducation. Des textes administratifs ont tenté de définir cette « éducation à la vie ».

L'éducation à la santé à l'école dispensée dès le plus jeune âge (4-12 ans) à l'intérieur des classes, par l'instituteur lui-même, peut jouer un rôle majeur car :

-
- elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle des parents et est donc facteur de réduction des inégalités sociales,
 - elle les touche à un âge où ils sont encore réceptifs et peut aussi atteindre par ricochet les parents qui sont parfois sensibles aux demandes de leurs enfants (exemple: tabac).

Sur le plan sanitaire, cette éducation doit, dès le plus jeune âge, faire prendre conscience des habitudes qui mettent en péril la santé, et surtout des conditions les plus favorables à la croissance de l'organisme et à l'épanouissement de la personnalité.

L'évaluation des actions d'éducation sanitaire montre qu'elle n'est efficace que si elle est bien faite, persévérante, étalée sur le cursus scolaire et qu'un temps suffisant y est consacré.

Enfin, l'éducation à la santé permet de développer le sens critique des enfants en lui permettant de reconnaître parmi les messages médiatiques et publicitaires, ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas, ce qui est important de ce qui est trivial.

Un lieu de repérage des troubles du développement de l'enfant

Avec la scolarisation précoce et la montée des exigences scolaires, l'école est souvent le premier lieu où se révèlent et se repèrent les premières difficultés ou troubles du développement. Dans la pratique quotidienne, les médecins scolaires, les pédiatres sont principalement interpellés pour des troubles du comportement et/ou des troubles des apprentissages.

Les troubles du comportement qui croissent avec le chômage et le mal-être social sont bien repérés, mais la démarche vers la prise en charge reste difficile. Le psychiatre, le psychologue représentent pour les parents l'anormalité, la folie et de nombreuses réticences subsistent pour consulter, s'engager dans une thérapie.

Les troubles des apprentissages représentent une part non négligeable des problèmes de santé des enfants. En France, la spécificité de ces troubles et leur aspect essentiellement neuropsychologique sont mal connus des médecins, des enseignants, des psychologues et des parents. Une des raisons est la méconnaissance par les médecins des outils de dépistage, de diagnostic et de rééducation qui ont été élaborés à partir des connaissances récentes des neurosciences.

Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent

Comment assurer des possibilités d'accès aux soins préventifs ou curatifs pour tous les jeunes ? Comment permettre le recours aux services médico-sociaux ou psychiatriques quand nécessaire ? Tel est le regard posé sur les missions et les organisations des multiples institutions qui maillent notre espace sanitaire et social.

À la suite des difficultés rencontrées par les familles, la question de l'accès à une protection sociale digne de ce nom se pose pour beaucoup de jeunes de 16 à 25 ans. La protection sociale « universelle » tant attendue par certains, l'est aussi pour cette population. Ce point étant mémorisé, qu'en est-il de la situation des principaux dispositifs institutionnels susceptibles d'être mobilisés par les jeunes ?

Dans les agglomérations urbaines, le dispositif d'accueil pédiatrique associe de manière variable la médecine libérale, spécialisée ou non, les services de protection maternelle et infantile et des plateaux techniques hospitaliers. Les « urgences » pédiatriques hospitalières fonctionnent de plus en plus à toute heure du jour et de la nuit, (et non plus seulement la nuit comme autrefois). Il s'agit, de plus en plus, de véritables consultations sans rendez-vous, nocturnes, si ce n'est 24 heures sur 24. Certaines consultations de PMI ont, de fait, des activités de prescription thérapeutique en sus d'activités préventives. La médecine de ville est complétée dans son activité nocturne par les services de réseaux d'urgences organisés.

Ces évolutions ont des origines multiples et, parmi celles-ci, l'évolution culturelle des familles dans certaines grandes villes, les nouvelles situations de précarité, la polyvalence des plateaux techniques, l'accès au tiers payant, ... L'organisation des services de soins doit tenir compte de cette nouvelle réalité, et les différentes institutions se doivent de développer des partenariats explicites, et des activités en réseaux.

La pédiatrie et la médecine générale libérale

Une décroissance forte des « offres » de pédiatres, tous secteurs d'activité confondus, voit le jour au fur et à mesure qu'apparaît la réduction des effectifs de spécialistes par les effets du *numerus clausus*. Le métier du pédiatre autrefois très médical et particulièrement destiné à la prise en charge des

nourrissons est maintenant devenu médico-social, sans que le pédiatre soit véritablement formé pour les interventions individuelles ou institutionnelles de cette nature, ni pour la prise en charge des problèmes associés aux conduites à risque des adolescents ou pour la prévention des situations à risque elles-mêmes.

La situation actuelle souffre d'un « non-choix », entre le tout pédiatre ou le tout généraliste. Elle soulève de vraies questions sur la qualité ou la disponibilité de l'offre de soins pédiatrique en médecine libérale, avec des conséquences néfastes sur la coordination ou la continuité des soins. En pratique, le pédiatre intervient plutôt en ville, pour les jeunes enfants ; le généraliste intervient en priorité en milieu rural, plutôt pour des enfants plus grands. Les généralistes sont particulièrement sollicités par les jeunes de 13 à 25 ans. La rémunération médiocre de la prise en charge pédiatrique, au regard de l'ensemble des autres activités médicales libérales, ne fait que complexifier la situation.

Il y a toujours absence de formation réelle des généralistes à la pédiatrie. L'enseignement de la pédiatrie en formation initiale, pour les six années réunies de deuxième et troisième cycle, est de l'ordre de 50 heures. Les stages de trois ou quatre mois en pédiatrie ne concernent pas encore tous les étudiants. L'absence d'une politique explicite de formation initiale ou continue de professionnels spécialistes ou généralistes, participe de l'absence de prise en charge efficace du jeune en difficultés et en souffrance.

Qu'il s'agisse de formation initiale ou de formation continue, les parcours pédagogiques proposés doivent développer plus avant les spécificités de la prise en charge des adolescents, et les pratiques de mobilisation des institutions médico-sociales. Au-delà des apprentissages sur les pathologies d'organes, il s'agit d'apprendre comment prendre en charge les dysfonctionnements des personnalités dans leur globalité.

Le dispositif hospitalier

Un peu plus de neuf mille lits hospitaliers sont consacrés à la pédiatrie. Plus de 90 % d'entre eux relèvent du service public, ou sont consacrés à la pédiatrie générale, la néonatalogie, la chirurgie et la réanimation. Moins de 10% des lits relèvent de spécialités, et peu nombreux sont les services qui accueillent spécifiquement des adolescents.

« Les jeunes âgés de 12 à 25 ans ont cinq à six fois moins de risques d'être hospitalisés qu'un enfant de 2 ans ou une per-

sonne âgée de 80 ans, et deux fois moins qu'un adulte au milieu de sa vie. Il n'en demeure pas moins que beaucoup d'enfants et de jeunes sont suivis pour une maladie chronique somatique, mais aussi des problèmes psychologiques, relationnels ou sociaux.

La population concernée mérite d'ailleurs d'être définie autrement que par des critères d'âge trop limitatifs : beaucoup de jeunes adultes présentent des problématiques protéiformes, proches de celles présentées par des adolescents *stricto sensu*. S'en tenir à un bornage supérieur en âge de 15 ans et trois mois en pédiatrie et de 16 ans en pédopsychiatrie apparaît de moins en moins pertinent¹. »

Il y a là matière à remaniement pour aménager des possibilités d'hospitalisation spécifiques pour les 13 à 25 ans, bien au-delà des évolutions envisagées et limitées à 18 ans selon les standards européens. Aménager les pratiques institutionnelles d'accueil dans ce sens en termes de lieux, de disponibilité de temps et de personnels spécifiques apparaît plus que souhaitable. Au-delà, chaque région devrait être dotée d'une structure spécialisée pédiatrique ou psychiatrique permettant de répondre aux besoins de jeunes en situations plus graves et plus complexes.

« Au sein d'un cadre de soins défini, la mise en place d'espaces thérapeutiques pour adolescents apparaît une réponse institutionnelle adaptée. » Les activités dans de tels espaces s'appuient sur la constitution de groupes de pairs, soutenant l'investissement des personnes en souffrance dans le projet thérapeutique qui les concerne. Suffisamment ouverts vers l'extérieur, ... en réseau avec les services scolaires, la médecine de ville, les institutions psychiatriques, les services sociaux ou judiciaires, ... ces espaces favorisent les transitions nécessaires de l'individu au groupe, du somatique au psychologique ou au socioéducatif, ... et les alliances thérapeutiques avec les familles. »

Les services de protection maternelle et infantile

La protection maternelle et infantile n'est plus la priorité des conseils généraux. Les besoins croissants des personnes âgées introduisent une forte demande d'aide à la prévention de la dépendance. Les médecins libéraux représentés dans les

1. Alvin P., Jeammet Ph., Pommereau X. (sous la dir.), *L'hospitalisation des adolescents, état des lieux et perspectives*, DGS et Fondation de France, 1997.

assemblées départementales voient souvent dans la PMI une situation de concurrence et ne sont pas prêts à soutenir des avancées dans ce domaine. Les services de PMI sont souvent stigmatisés comme des lieux réservés aux « pauvres », et sont victimes d'un effet de sélection de clientèle, à l'inverse de la volonté initiale du législateur. Beaucoup d'enfants et de familles bénéficiaires potentielles par la proximité de leur habitation, et réceptives à une démarche de prévention, en souffrent.

De nombreuses fonctions institutionnelles de prévention ne sont plus assurées depuis longtemps par des pédiatres : un médecin sur sept en PMI est pédiatre ; il y a très peu de pédiatres ou de puéricultrices au sein des équipes de l'aide sociale à l'enfance, par exemple.

Les évolutions actuelles des modes d'organisation de la protection maternelle et infantile sont à considérer de près. Dans certains départements, l'organisation séparée actuelle des services de PMI (et les modes de gardes), de l'ASE ou les services sociaux de secteur, évoluent de manière à positionner le service de PMI, sous tutelle de fait, du service de l'ASE. Le sanitaire se trouve de plus en plus sous la dépendance du social. Les services économiques, comptables, budgétaires ou financiers de ces administrations se comportent de plus en plus comme de véritables tutelles hiérarchiques du service de PMI et de son médecin chef. La mise en place de systèmes d'information pour gérer les aides du département peut ne pas respecter les règles déontologiques médicales ou les règles éthiques professionnelles des divers intervenants médico-sociaux.

Dans certains départements les modes d'organisation évoluent vers une répartition territoriale géographique, pluricantonale des responsabilités professionnelles, tous âges et pathologies confondus pour la clientèle. Ce mode de répartition des responsabilités fait disparaître les missions de soins et de suivi de l'enfant derrière d'autres tâches jugées arbitrairement prioritaires, quand un même responsable géographique reçoit aussi mission sur l'ensemble d'une population, tous âges confondus. Ce mode d'organisation prend un sens quand il s'agit d'unifier et de coordonner l'ensemble des activités consacrées aux seuls enfants et jeunes.

S'il reste important de ne pas minimiser les missions de soins et de suivi des enfants, il faut aussi les développer en direction des jeunes. Ce n'est que trop récemment qu'une réflexion interdisciplinaire a été engagée sur l'organisation et la spécificité des soins à réserver aux adolescents.

Pour la santé des jeunes et de leurs parents, il est important de créer des lieux de santé « multi-approches ou multi-services professionnels » inscrits dans des réseaux formalisés, à la place des multiples lieux qui par leur offre spécifiée (soins ou planning familial ou prévention toxicomanie ou prévention maltraitance,...) segmentent le jeune et le « cataloguent » selon la structure sollicitée.

Il s'agirait de lieux d'accueil et de réponse à la demande de soins curatifs pour assurer l'accès aux soins de l'ensemble de la population. Ces lieux devraient disposer de l'agrément « centre de santé » pour les urgences médicales ou sociales. Il s'agirait tout particulièrement de lieux d'accompagnement de la démarche de santé pour des jeunes de 13 à 25 ans, et surtout pour ceux sortis du système scolaire ou en voie d'insertion. Il s'agirait aussi de lieux de prévention pour les enfants et leurs parents en fonction des spécificités de chaque âge (pendant la grossesse, en période néonatale ou scolaire,...). Il s'agirait surtout de lieux d'écoute, d'information, de prévention, voire de première consultation.

Par ailleurs il y a absence de coordination ou de continuité sérieuse entre l'action des services de PMI (administration des collectivités territoriales) et l'action du service de promotion de la santé en faveur des élèves (administration de l'État). Il y a dans, la pratique, manque de continuité des activités de prévention et de suivi de l'état de santé des enfants et des jeunes. La question de reprise par l'État de certaines responsabilités se pose. Par l'intermédiaire de ses structures décentralisées que sont les DRASS, sous autorité préfectorale, il s'agit de prendre des initiatives pour le rétablissement d'une cohérence des politiques de protection de l'enfance

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves

Les missions des services de promotion de la santé en faveur des élèves relève de l'État et en particulier du ministère de l'Éducation nationale. Elles sont fixées par des textes récents. Il s'agit « seulement » de mettre en musique ce qui est prévu. Les professionnels sont trop occupés à effectuer les seuls examens cliniques de dépistage.

Les modes d'organisation sont relativement cloisonnés. les enjeux corporatistes de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux,... ne facilitent pas les initiatives d'équipe, le développement de travail en réseau, la veille sanitaire et la bonne organisation des responsabilités et prises de relais. Il est essentiel

de réunifier les équipes, si besoin en ouvrant la responsabilité d'animation des équipes à des profils variés (médecins, ou infirmières, ou assistantes sociales,...) adaptés au cas par cas aux situations variables en fonction des personnalités, des intervenants et des spécificités des populations. Ce mode d'organisation a été initié avec succès en PMI dans certains départements.

Les jeunes médecins accueillis dans les services de promotion de la santé en faveur des élèves se sont vu proposer des formations avant leur prise de fonctions. Leurs supérieurs hiérarchiques devraient être formés pour mieux apprendre les enjeux et ne pas bloquer les plus jeunes dans leurs initiatives. Les formations pourraient porter sur les signes d'alerte des vécus difficiles ou des situations de mal-être, le repérage des ressources extérieures, les possibilités d'échange interne, l'apport des connaissances issues des recherches sur le fonctionnement cognitif du cerveau,...

Intervenir auprès des jeunes suppose une empathie, une sensibilisation pour l'ensemble de la communauté scolaire, et un professionnalisme qui ne s'improvise pas. Des médecins qui n'auraient qu'une présence trop partielle ou symbolique ne peuvent participer à un travail sérieux dans le cadre d'un projet d'établissement. Les missions et les organisations des services de promotion de la santé en faveur des élèves doivent être repensés en fonction des urgences (TS...), du nécessaire suivi des jeunes en difficulté. Il faut s'interroger sur le dispositif des «visites médicales pour aptitudes professionnelles»: c'est le meilleur quand il y a intégration au reste du dispositif, et c'est le pire en l'absence d'articulation avec les autres enjeux de la vie scolaire.

Dans le même ordre d'idées, il est surprenant de voir intervenir pendant les heures de cours des personnes se disant compétentes sur des thèmes de santé, qu'ils soient parents, membres d'associations ou professionnels, sans supervision réelle de la part de l'institution scolaire et en particulier de l'équipe médicoscolaire. Il pourrait être suggéré de créer une mission de coordination des activités associatives.

Il est important que dans les établissements scolaires, des temps et des lieux d'expression existent pour les jeunes. Il est nécessaire de ne pas banaliser, d'éviter de faire l'impasse sur certains faits douloureux (tentative de suicide chez un élève de l'établissement par exemple,...), de ne pas cacher ou évacuer un drame, de parler ou d'en discuter. Mais attention à présen-

ver une réflexion éthique sur la pertinence de discuter en public de la vie intime des jeunes. Pourquoi ne pas prévoir une équipe d'urgence pour discuter en cas d'évènement inhabituel dans une institution.

Les services de médecine préventive universitaire, au-delà des examens annuels de santé, devraient être responsables de la santé des jeunes. Il serait important de développer une information, un accueil et une écoute envers les jeunes en difficulté. L'organisation d'une formation à la santé, de tout élève inscrit à l'université, est une question qui mériterait d'être étudiée.

Les points jeunes, les espaces santé jeunes

Des points «jeunes» de caractéristiques très diverses ont vu le jour (écoute, planning familial, toxicomanie, MST, maltraitance...). Il apparaît important d'évaluer la pertinence et la qualité de cette multitude d'institutions créées.

Il serait souhaitable de regrouper ces lieux à mission unique en un seul lieu à missions multiples. Le jeune ne se découpe pas en tranches de vie. Sa demande est la plupart du temps «globale» d'emblée. Veut-on prévenir les comportements mettant en jeu la santé (les risques sont bons à prendre), ou bien s'agit-il de prévenir l'existence même d'une période d'adolescence. Que voudrait dire une jeunesse qui ne prendrait jamais de risque?

Ces lieux de santé accessibles aux enfants, aux jeunes et à leurs parents devraient être de véritables instances de médiation pour le travail en réseau, l'accompagnement «multi-approches» ou le partenariat permettant de mettre en mouvement une réelle décentralisation des interventions.

L'accueil et le suivi du mineur posent de vrais problèmes éthiques et juridiques. En pratique il relève pour sa protection sociale du chef de famille. Il n'est donc pas autonome dans ses démarches. Ses parents sont automatiquement informés dès qu'il y a recours à des services médicaux ou sociaux qui ne sont pas proposés gratuitement. Son intimité n'est donc pas préservée en toutes circonstances. Il a droit de bénéficier du secret professionnel.

Santé mentale

La politique de secteur en matière de santé mentale a été une des toutes premières politiques de santé publique, mais force est de reconnaître que, par la suite, elle a plus évolué vers une politique de l'offre de soins que vers une réelle politique de

santé publique en matière de santé mentale, en dépit de la circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale où l'on préconisait « d'envisager les problèmes de santé publique (mentale) sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé, en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté ».

Il a fallu la circulaire du 11 décembre 1992 « Politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents » pour que ce domaine soit précisé. Dans cette circulaire on attire l'attention sur l'existence d'un dispositif de santé mentale destiné spécifiquement aux enfants et aux adolescents, sur l'accessibilité et la diversité des moyens mis à disposition, sur la prévention, la formation des personnels et la recherche.

Cependant s'il a, jusqu'ici, été choisi de privilégier les dispositifs de soins et, à un moindre titre, les actions d'éducation et de rééducation, on n'a pas réellement centré la politique de santé mentale sur les besoins et attentes en matière de santé de cette vaste population. Néanmoins les orientations étaient définies :

« Contribuer, pour ce qui est de son ressort, à une approche globale du développement des enfants et adolescents, qui suppose d'identifier les spécificités propres à chaque registre (somatique, psychique, éducatif, social) et leurs interactions. »

« Favoriser une perception des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, dans leur entourage familial mais aussi dans le milieu social et scolaire. »

« Renforcer des actions particulières en prévention, mettant à contribution des ressources disponibles en dehors du champ propre de la psychiatrie. »

« Accroître la compétence des professionnels pour mieux identifier les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents et leur mesure réelle, susciter des approches spécifiques. »

« Améliorer la qualité de l'accueil et définir des cadres d'intervention qui intègrent dans le travail thérapeutique avec l'enfant la prise en compte de ses besoins de développement dans les champs éducatif, scolaire, et social. »

« Développer la collaboration avec les familles et notamment

avec les parents et améliorer l'intégration des soins dans la vie quotidienne des enfants et des familles. »

« Rendre plus adéquates les conditions d'accueil, d'adaptation et d'insertion des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux durables et source d'incapacités, selon les définitions de l'OMS en la matière. Pour ceux-ci, il importe à la fois de reconnaître et traiter les processus morbides, dans le registre de la maladie et aussi de reconnaître les limitations et les handicaps qui s'y relient afin d'affiner sur ce plan les mesures éducatives, pédagogiques et sociales requises. »

« Planifier l'offre de soins pour la mettre mieux en adéquation avec les besoins exprimés par la population. »

De nombreuses études et enquêtes permettent de connaître les besoins les plus importants des enfants et des adolescents en matière de santé mentale : il faut mettre l'accent, d'une part sur l'aide au développement de la personnalité et à la socialisation, d'autre part sur l'aide aux enfants et adolescents en difficultés psychoaffectives.

Pour ceux-ci, les priorités sont nombreuses. Il conviendrait de développer plus largement les dispositifs intégrés d'aide et de prise en charge sur cinq grands thèmes prioritaires :

- le suicide et les suicidants,
- les comportements de consommation de substances psychoactives,
- les troubles des conduites et les conduites à risque,
- les troubles de l'humeur, la dépression et troubles anxieux,
- les troubles de conduites alimentaires,

Rappelons par ailleurs que quatre problèmes de santé font déjà l'objet de politiques thématiques :

- le retard mental et les handicaps,
- les difficultés des apprentissages scolaires et sociaux,
- l'autisme,
- la maltraitance.

Conclusions et recommandations

L'état de santé des jeunes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans est préoccupante : chez les garçons, les accidents sont à l'origine de plus de 70% des décès, les suicides 15% et les maladies 12%. La comparaison avec les autres pays de l'Union européenne montre que la France, suivie par l'Espagne, est le pays où (rapportée à 100 000 habitants) la mortalité due aux accidents et suicides additionnés est la plus élevée. Elle est presque le double de celle de certains pays, Grande-Bretagne par exemple. En contraste, chez les nourrissons et les enfants de moins de 14 ans, la mortalité et la morbidité sont en France comparables à celle des autres pays de l'Union européenne, voire meilleures.

Cette position défavorable de la santé en France entre 15 et 24 ans est corroborée par d'autres indicateurs concernant les conduites violentes, la violence subie, les tentatives de suicide, les conduites de consommation et substances licites (alcool, tabac) ou illicites (stupéfiants, psychotropes et tranquillisants hors prescription médicale). L'ensemble de ces données témoigne d'un mal-être dont la gravité ne doit pas être sous-estimée et qui est vraisemblablement le résultat de l'histoire physique et mentale de l'enfant depuis sa naissance ainsi que de l'environnement dans lequel sa croissance s'est faite.

Le Haut Comité de la santé publique juge très sérieuse cette situation et demande que des mesures soient prises d'urgence pour améliorer celle-ci.

La définition d'une politique de santé des enfants et des jeunes nécessite d'intégrer les deux notions suivantes :

- la « construction » d'un adulte débute dès la naissance et s'opère par étapes et paliers successifs aboutissant à la constitution de son capital de santé, dans ses dimensions physique, psychique, affective et sociale. Celui-ci évoluera sur un mode dynamique tout au long de la vie en fonction des prises de risque et des comportements positifs que l'enfant, l'adolescent puis l'adulte adopteront.
- les troubles du développement physique et mental de l'enfant retentissent à terme sur l'adolescent puis l'adulte de manière négative sur le plan somatique et psychoaffectif, mais aussi sur sa socialisation, renforçant fortement les inégalités de santé constatées entre les individus.

Les réponses institutionnelles et administratives proposées pour aider à la construction du futur adulte doivent intégrer les deux notions précédentes. Il y a nécessité d'une coordination des actions en faveur de l'enfance afin d'assurer la continuité de celles-ci, de la naissance à l'adolescence, d'obtenir un décloisonnement des dispositifs sanitaires, éducatifs et sociaux, et de favoriser leur mise en œuvre dans le cadre d'activités partenariales et de formations pluridisciplinaires.

Le Haut Comité de la santé publique propose que la politique de santé en faveur des enfants et des jeunes se construise autour de quatre grands pôles :

- Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant.
- Détecter et prendre en charge les enfants et les adolescents en difficulté.
- Former les intervenants agissant auprès des jeunes.
- Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes.

Le Haut Comité de la santé publique, constatant la dispersion institutionnelle, proclame l'urgence de la mise en œuvre d'une politique globale en faveur de la santé des enfants et des jeunes, et la nécessité d'une coordination au niveau national et local. Le besoin de coordination entre plusieurs ministères concernés se fait particulièrement sentir dans le domaine des

accidents, et de conduites violentes. La participation des jeunes eux-mêmes à l'élaboration et à l'application de cette politique s'avère indispensable.

Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant

Le développement de l'enfant nécessite des actions diversifiées. L'objectif est de promouvoir l'ensemble des actions nécessaires au développement de l'enfant et de ses compétences biologiques, psychologiques et sociales, au sein de son environnement. L'enfant doit être capable d'adopter une démarche personnelle lui permettant d'analyser les sollicitations de l'environnement, de répondre de manière adaptée aux exigences sociales, en fonction de ses besoins, de conquérir son autonomie et de participer à la vie de la cité. Pour cela, il doit pouvoir compter sur sa famille, sur le milieu scolaire et sur l'ensemble de la société.

Deux grands types de mesures sont proposés :

Les mesures visant au soutien et à l'accompagnement des familles dans leur rôle éducatif

L'éducation et l'information parentale devraient constituer un des axes d'une politique familiale.

Il faut préparer le couple, avant et pendant la grossesse, à son rôle d'éducateur, mieux informer les parents sur les besoins psychoaffectifs de l'enfant et sur leurs responsabilités. Il faut leur faire prendre conscience de leur rôle de modèle, les aider à percevoir les besoins et attentes des enfants et adolescents et à mieux comprendre les processus éducatifs.

Pour réaliser ces objectifs, le Haut Comité de la santé publique recommande :

- de soutenir les services de PMI dont les moyens sont souvent insuffisants.
- d'intégrer dans la politique familiale l'aide à l'éducation parentale en soutenant financièrement des structures type école des parents, des services et lieux de médiation dans lesquels les besoins physiques, psychologiques et affectifs nécessaires à l'épanouissement de l'enfant seront considérés.
- de développer les aides à la résolution des conflits conjugaux et intrafamiliaux susceptibles d'être délétères pour la santé des enfants. Ainsi pourraient être promus des

services et des lieux d'accueil pour l'exercice des droits de visite en cas de séparation parentale conflictuelle.

- d'éviter les placements précoces, en urgence, répétés, et rechercher les conditions permettant le retour dans une situation de stabilité.

À l'heure où une réduction de la durée de travail est envisagée, une piste de réflexion pourrait être ouverte : donner la possibilité, aux familles qui le souhaitent, d'un aménagement du temps de travail pour permettre d'accroître le temps de présence de l'un des parents auprès de l'enfant, non seulement pendant la période préscolaire mais, ultérieurement, durant les jours de congés scolaires (le mercredi en particulier).

**Les mesures
visant à
améliorer
l'accueil
collectif
et l'éducation
à la santé
des enfants et
des adolescents**

Le Haut Comité de la santé publique recommande :

Dans le domaine de la petite enfance

La garde non parentale doit impérativement être de qualité suffisante. Il convient, en effet, que l'enfant trouve des prestations cohérentes avec l'aide reçue dans le milieu familial, complémentaires et compensatrices, s'il existe des carences dans le milieu familial.

Des efforts sont donc nécessaires en ce domaine pour évaluer les structures de garde collective (crèches, halte-garderies...) de façon à éviter toute détérioration de la qualification de l'encadrement.

Il faut également assurer une formation suffisante pour toutes les assistantes maternelles et les personnes aidant à domicile. De récentes mesures fiscales ont promu ce type d'aide parentale, sans qu'il y ait parallèlement un souci de formation des personnes assurant ces aides.

Dans ces deux domaines d'intervention, le Haut Comité rappelle le rôle primordial joué par les services de la PMI, et finalement la responsabilité aujourd'hui des conseils généraux.

Dans le domaine de l'Éducation nationale

Plusieurs travaux ont montré que l'école devait associer les fonctions d'instruction et d'éducation. Des textes administratifs ont tenté de définir cette éducation à la vie ou cette préparation à la citoyenneté.

L'éducation pour la santé à l'école, dispensée dès le plus jeune âge (4 à 12 ans) à l'intérieur des classes, par l'instituteur lui-même, doit jouer un rôle majeur car :

- elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle des parents, et, est donc un facteur de réduction des inégalités sociales et familiales qui pèsent lourdement sur les indicateurs de santé ;
- elle touche les enfants avant la puberté, à un âge où leur esprit est relativement libre et prêt à recevoir et intégrer tout ce qui concerne leur croissance, leur santé et celle de leurs proches.

Afin que l'éducation pour la santé pénètre effectivement le milieu scolaire, le Haut Comité propose d'institutionnaliser celle-ci de façon régulière et continue dans les trois cycles de l'école primaire, de la petite section de maternelle jusqu'au CM2. L'objectif principal de cette éducation doit être plus qu'un savoir, le développement d'une responsabilisation vis-à-vis de sa santé, de son organisme et de celui des autres. Elle doit développer le sentiment que chacun peut, par son comportement, ses habitudes, donner à son organisme les conditions les plus favorables à sa croissance et à son épanouissement ou au contraire les mettre en péril. Elle doit insister sur les aspects positifs et ne doit pas être séparée des autres aspects de l'éducation scolaire, tout en recherchant une cohérence avec les informations apportées par l'environnement familial et social. Si elle est pertinente et persévérante, l'éducation pour la santé à l'école peut avoir un impact important sur les réponses à apporter aux difficultés de santé des adolescents et des adultes.

Pour que cette éducation soit réellement mise en œuvre par les enseignants du primaire, avec le concours des médecins et des infirmières de l'éducation nationale, il est nécessaire qu'elle acquiert une légitimité par :

- La validation des programmes et objectifs de chacun des trois cycles sous l'autorité du Conseil national des programmes.
- Le suivi et l'évaluation sous l'autorité de l'Inspection générale.
- L'élaboration et la mise à disposition de « manuels du maître ».

Pour les collèges et les lycées, il faut intégrer un volet santé dans les projets d'établissements.

De la sixième à la terminale, plusieurs heures trimestrielles doivent être consacrées à l'éducation pour la santé sous la forme de débats et d'échanges avec les élèves sur des thèmes en rapport avec leurs interrogations personnelles. Il s'agit de faire mesurer à l'élève l'influence que ses comportements peuvent avoir sur sa propre santé, de lui faire connaître les attitudes propres à renforcer, ou préserver, son capital santé, d'éclairer ses conceptions et de souligner l'importance de ses choix, de façon à ce qu'il puisse mieux comprendre ses droits et ses responsabilités en ce domaine.

Il faut favoriser des opérations pilotes et mettre en place une évaluation à court terme et à moyen terme (5 à 10 ans) des résultats de cet enseignement.

En dehors du temps scolaire, les enfants et les adolescents bénéficient d'environ 160 jours de congés scolaires par an, ainsi que de plages horaires journalières hors école relativement importantes. L'utilisation de ce temps libéré doit faire l'objet d'une réflexion approfondie afin que puissent être proposés aux jeunes et à leurs parents des occupations, des lieux de regroupement et de rencontre adaptés à leurs besoins et attentes et dans lesquels ils sont susceptibles de bénéficier d'écoute et de conseils.

Avec l'aide des collectivités locales et des associations, des espaces-temps devront être promus avec une proximité géographique et une diversité culturelle suffisantes. Quand les familles le souhaitent, les enfants ne doivent pas être laissés seuls entre la sortie des classes et le retour des parents. Des modes de gardes souples à la fois dans les horaires et les tranches d'âge accueillies méritent ainsi d'être développés.

Le Haut Comité rappelle à ce propos la place importante, acquise par les « éducateurs de rue », dans le soutien dans leur milieu de vie, des jeunes éprouvant des difficultés ou des troubles psychologiques. Dans le même esprit, il faut faciliter l'accès de ces jeunes auprès de conseillers médicaux, sociaux, psychologiques et pédagogiques.

Détecter et prendre en charge les enfants et les adolescents en difficulté

Les difficultés de l'enfant et de l'adolescent doivent être repérées, évaluées, prises en charge très rapidement afin d'avoir une chance d'être améliorées et de ne pas entraîner des conséquences dommageables à terme. Les solutions proposées devront tenir compte des risques de stigmatisation associés à un dispositif spécifique dans ce domaine.

Les parents ont un rôle premier et déterminant dans la détection et la démarche de prise en charge des difficultés ou troubles de leur enfant. Mais, quelle que soit la vigilance des parents, leur proximité affective, leur manque de formation, leur subjectivité et la banalisation liée au contact permanent ne les rendent pas toujours clairvoyants. Tous les professionnels en relation avec les enfants et adolescents doivent donc être sensibilisés et aptes à reconnaître les signes d'alarme et les indicateurs de souffrances et de difficultés afin de conseiller la famille ou le jeune sur les possibilités de soutien ou de prise en charge. L'école de la petite section de maternelle jusqu'à l'université, doit être un lieu privilégié de dépistage, d'écoute et de conseil.

Dans cette optique, il faut expliciter les indicateurs qui doivent être considérés comme un signal d'alerte sur le plan de la santé mentale, de la capacité d'apprentissage et des premiers symptômes. Les conseillers naturels de la famille sont les médecins, généralistes et pédiatres ; encore faut-il qu'ils soient bien avertis de ces questions et capables de différencier les perturbations anodines du comportement, de phénomènes pathologiques. Plus précisément, trois niveaux de prise en charge doivent être distingués :

- les difficultés liées au développement, ce qui implique une aide professionnelle aux parents, acteurs uniques auprès de leurs enfants.
- les difficultés propres à la période de l'enfance et de l'adolescence qui doivent être prises en charge par les professionnels (médecins, psychologues,...) ;
- les pathologies et les dysfonctionnements qui risquent de perdurer à l'âge adulte, nécessitant une coordination entre les dispositifs propres de l'enfance et de l'adulte.

Le Haut Comité recommande :

- de centrer les bilans de santé des enfants de quatre ans (PMI) et de six ans (Santé scolaire) sur le dépistage précoce, la démarche de prise en charge et le suivi des diffi-

cultés qui s'expriment par des troubles de la socialisation de l'apprentissage et de la vie affective. Pour remplir cet objectif, il y aurait lieu :

- de renforcer la cohérence de ces deux bilans autour des objectifs de détection prédéfinis ;
- d'établir une continuité et une concertation entre ces deux services qui pourraient se réaliser au sein d'un groupe de suivi dans chaque département, afin d'élaborer un code des pratiques de prévention, de dépistage et d'orientation thérapeutique.
- au-delà de ces bilans systématiques précoces, il convient de mettre en place ou renforcer dans tous les établissements scolaires et universitaires un dispositif permettant le dépistage, le soutien et le suivi des jeunes en situation de difficulté ou de détresse. Il convient d'assurer la liaison entre toutes les personnes et les structures concernées (enseignants, médecins et infirmiers scolaires, assistantes sociales...), de façon à pouvoir suivre ces enfants et effectuer une véritable prévention des troubles mentaux. Il convient de mettre en place une structure d'écoute à la disposition des jeunes et de leurs parents.
- d'assurer l'accès aux soins et le suivi des 16-25 ans non scolarisés et tout particulièrement ceux qui fréquentent les dispositifs d'insertion.
- d'assurer la prise en charge par le développement et le recours des dispositifs de santé mentale propre à cet âge compte tenu de la prévalence des troubles psychoaffectifs : dépression, tentative de suicide, comportement addictif.
- de porter à la connaissance de l'ensemble des parents, les dispositifs d'aide et de soins aux enfants en difficulté notamment en matière de troubles psychoaffectifs et de difficultés de socialisation.

Former les intervenants agissant auprès des jeunes

Les parents et les enseignants sont les premiers à pouvoir détecter les difficultés de l'enfant et de l'adolescent. Ils doivent être sensibilisés aux repérages de celles-ci dans le cadre de campagnes nationales et d'actions de proximité.

Le Haut Comité propose d'aider les parents à prendre conscience de leur rôle par une formation adaptée. Tous les acteurs intervenant autour de l'enfant doivent recevoir également une formation adéquate, et notamment :

Les médecins et les professionnels de santé

Il faut préciser les rôles respectifs du médecin généraliste, et du pédiatre. Pédiatres, généralistes et médecins scolaires devraient recevoir une formation approfondie sur la construction de la personnalité de l'enfant et les troubles mentaux associés au développement somatique et psychique, sur les troubles médico-sociaux et psycho-affectifs des adolescents et sur les facteurs qui les favorisent ; le développement du travail en réseau nécessite que les médecins soient informés sur les rôles des autres acteurs (travailleurs sociaux, juges d'enfants, psychologues...).

La formation initiale et continue du personnel des services de la PMI et du service de promotion de la santé en faveur des élèves doit être améliorée.

Les enseignants

La formation des enseignants à l'éducation pour la santé rentre dans les programmes du primaire enseignés dans les IUFM pour les futurs professeurs des écoles. Leur formation doit se faire au niveau de chaque académie avec l'aide des médecins scolaires et plus généralement du corps médical. Pour les enseignants en place, des programmes de mise à niveau doivent être élaborés, dans le cadre de leur formation continue.

Au même titre que les autres disciplines, leur compétence à les enseigner doit être évaluée.

Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes

Il convient de promouvoir à la fois des améliorations concernant la qualité des données existantes, notamment celles recueillies en routine, et l'acquisition de données nouvelles.

Sur les données existantes

- Amélioration de la qualité des statistiques de mortalité, notamment dans le domaine de la spécification des causes de mort violente.
- Amélioration des statistiques hospitalières par la fourniture en routine de diagnostics détaillés et d'informations.
- Productions de données nationales et standardisées issues des bilans de santé en école maternelle.
- Donner au CFES les moyens de commencer à partir de la petite enfance les enquêtes utilisées pour établir le Baromètre santé et améliorer la méthodologie.

Les recherches à promouvoir

- Études longitudinales dès la petite enfance, visant à dépister les troubles des acquisitions essentielles, les accidents et les violences, à analyser les comportements à risque, à évaluer l'impact des interventions entreprises.
- Études quantitatives et qualitatives sur la maltraitance et l'évaluation des dispositifs de prise en charge.
- Recherche sur la santé mentale des enfants et adolescents.
- Recherches pluridisciplinaires, associant sciences sociales, cliniques et épidémiologiques, sur la genèse des situations et des comportements à risque,
- Évaluation des actions d'éducation sanitaire.
- Recherche sur le devenir des suicidants et sur les facteurs prédictifs de récurrence,
- Études internationales comparatives.

Assurer les conditions de la définition et de la mise en œuvre d'une politique globale à l'échelon local et national

Les structures responsables de la santé de l'enfant accordent actuellement une attention prépondérante à sa santé physique et à sa croissance somatique. Elles restent apparemment moins concernées par son développement psychique, sa capacité d'apprentissage et la construction de sa personnalité. Elles ont tendance à diviser la croissance par tranche d'âge sans assurer la cohérence des différentes interventions par une coordination systématique. Il faut reconsidérer ces actions d'un double point de vue : suivre la santé sans la compartimenter de la naissance à l'âge adulte et intégrer santé physique et santé mentale. Pour ce faire il convient de décloisonner les administrations responsables et les faire coopérer au sein de réseaux de prise en charge globale du développement de l'enfant et de l'adolescent. Ceci pourrait nécessiter une redistribution des missions et des services entre les différents niveaux territoriaux et centraux qui devrait faire rapidement l'objet d'un débat national.

De toutes façons, ce besoin de coordination nécessite au minimum la création :

- d'une structure nationale chargée de dégager à partir des pratiques et des besoins de santé, les axes d'une politique de la santé de l'enfance et des jeunes et d'en suivre les effets. Cet organisme ne devra pas être une entité

administrative supplémentaire. Elle sera un lieu de réflexion, d'organisation et de circulation de l'information, de rencontre et de concertation des différents partenaires concourant à la définition de la politique en faveur des enfants et des jeunes.

- d'une structure que le Haut Comité de la santé publique imaginerait de niveau régional, placée sous l'autorité du préfet de région auquel a été confiée la responsabilité de la définition de la politique régionale de santé par les ordonnances d'avril 1996. Cette instance régionale proposera des mesures susceptibles d'assurer la cohérence des choix des actions menées en faveur des jeunes au niveau local tant départemental que municipal.

Le Haut Comité de la santé publique recommande que les usagers, les professionnels concernés, les parents et les jeunes, dans le cas présent, soient réellement associés au fonctionnement de ces structures, au repérage des besoins, aux réponses proposées et aux priorités retenues.

L I S T E D E S A N N E X E S

- Annexe I** Composition du groupe de travail et personnalités auditionnées
- Annexe II** **A. Tursz, R. Costagliola avec la collaboration du Pr Ph.-J. Parquet**
L'état de santé des enfants et des jeunes en France
- Annexe III** **F. Rossollin**
Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans
- Annexe IV** **H. Ali**
Bibliographie

Annexe I Composition du groupe de travail et personnalités auditionnées

Président

Albert Hirsch, HCSP

Membres

Victor Courtecuisse, pédiatre

Hervé Hamon, association des magistrats de la jeunesse et de la famille

Emmanuel Jancovici, DAS, ministère du Travail et des Affaires sociales

Geneviève Noël, Fondation de France

Catherine Paclot, DGS, ministère du Travail et des Affaires sociales

Philippe-Jean Parquet, HCSP

Michel Zorman, ministère de l'Éducation nationale

Rapporteurs

Marc Brodin, Hôpital Robert-Debré

Jean-François Dodet, HCSP

Maurice Tubiana, HCSP

Anne Tursz, Centre international de l'enfance et de la famille

Coordination des travaux du groupe et du rapport

Lucie Degail, HCSP

Interne en santé publique

Rémi Costagliola

Personnes auditionnées en séance plénière

Jacques Arenes, CFES

François Bonnet de Paillerets, président du CFES

Nicolas Brun, Unaf
Marie Choquet, Inserm U 169
Geneviève Cresson, maître de conférences
Christiane Dressen, CFES
Annick Dumaret, Inserm U 304
Olivier Galland, Observatoire sociologique du changement
Pierre-André Michaud, Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, Lausanne.

Par ailleurs, Jean-Pierre Deschamps (École de santé publique, Nancy)
et le Collectif national pour la santé des jeunes, ont été auditionnés
par un groupe restreint.

Nous remercions Mesdames Martine Félix (CIDEF) et Liliane Périer
(CNAF) pour leurs contributions écrites.

Annexe II L'état de santé des enfants et des jeunes en France

A. Tursz, R. Costagliola
avec la collaboration du Pr Ph.-J. Parquet

La mortalité En France en 1993, pour une population de 19 500 000 sujets âgés de 0 à 24 ans, on a enregistré 13 000 décès d'enfants et de jeunes, soit un taux de 66,3/100 000, taux très largement inférieur à celui observé pour l'ensemble de la population (tous âges) : 981,8/100 000 dans le sexe masculin, 867,6/100 000 dans le sexe féminin. On meurt donc peu à ces âges (l'enfance, l'adolescence, la jeunesse), toutefois il est important de signaler des taux de mortalité particulièrement élevés dans deux tranches d'âge : celle des enfants de moins de 1 an et celle des jeunes âgés de 15 à 24 ans (Tableau I).

Les chiffres enregistrés en 1994 et en 1995 par l'Inserm révèlent une évolution favorable puisque le nombre global de décès dans la même tranche d'âge est de 12 000 en 1994 et de 11 000 en 1995.

Les enfants de moins de 1 an En 1993, pour une population de 716 000 nourrissons on a relevé 4 604 décès dont 2 732 pour le sexe masculin et 1 872 pour le sexe féminin, soit des taux de mortalité très élevés : 749,3/100 000 dans le sexe masculin et 539,4/100 000 dans le sexe féminin. La surmortalité masculine existe donc dès la naissance.

La mortalité des enfants de moins de 1 an est largement supérieure à celle des autres tranches d'âge : 4 604 décès à comparer aux 2 314 morts d'enfants de 1 à 14 ans.

Toutefois, l'évolution récente est assez favorable puisque ces mêmes taux de mortalité infantile étaient en 1994 de 683,3/100 000 dans le sexe masculin et 511,6/100 000 dans le sexe féminin. En 1995, le taux de mortalité infantile pour les deux sexes réunis était inférieur à 500/100 000. La mortalité périnatale a décliné de façon assez importante, passant de 8,3 pour 1 000 naissances en 1990 à 7,6 pour 1 000 en 1993 et 7,4 en 1994.

Les comparaisons internationales, indiquées pour les principales causes de décès au tableau II, montrent que la situation en France n'est pas globalement défavorable dans cette tranche d'âge.

Les principales causes de décès sont : les malformations congénitales, les affections périnatales, et les symptômes et états morbides

mal définis parmi lesquels la mort subite du nourrisson représente 80 % des cas et est responsable à elle seule de 1 133 décès en 1993 (Tableau I). L'analyse des causes de décès chez les enfants de moins de 1 an montre en effet un problème méthodologique particulièrement préoccupant en France : celui de l'importance de la catégorie des symptômes et états morbides mal définis dans laquelle sont rangées les causes de morts mal élucidées et la mort subite du nourrisson qui est souvent diagnostiquée sans autopsie préalable. Ces deux catégories avaient en France, en 1993, des taux plus élevés que dans les pays européens voisins ou au Japon par exemple (Tableau II). Toutefois, la mort subite du nourrisson a subi récemment une évolution tout à fait favorable puisque le nombre de décès est passé de 1 133 en 1993 à 880 en 1994. La chute importante (indiquée plus haut) de la mortalité infantile entre 1993 et 1995 s'explique principalement par la baisse de la mortalité due au syndrome de la mort subite du nourrisson.

Les comparaisons internationales (Tableau II) montrent bien que la situation de la France est plutôt favorable en ce qui concerne la mortalité par malformations congénitales ou affections périnatales. Seul le Japon présente de meilleurs indicateurs pour ces deux catégories.

Les enfants de 1 à 14 ans

Ce groupe d'âge est caractérisé par des taux de mortalité relativement faibles. La principale cause de décès est représentée par les accidents (30,2 % des causes de décès chez les 1-4 ans, 33,3 % chez les 5-14 ans) (Tableau I, 1993). Les autres causes de décès chez les 1-14 ans sont beaucoup moins importantes. À partir de la tranche d'âge 5-14 ans, les leucémies et tumeurs constituent la 2^e cause de décès (19,6 % des causes en 1993).

L'évolution de la mortalité dans cette tranche d'âge au cours des quinze dernières années est favorable. Si l'on compare les taux moyens de la période 1980-1984, de la période 1988-1992, et les taux de 1993, on peut constater que, pour les 1 à 4 ans, dans le sexe masculin, les taux de mortalité pour 100 000 sont passés de 77 (période 1980-1984) à 55,2 (1988-1992), puis à 38,5 en 1993 ; dans le sexe féminin les chiffres respectifs sont 61, 41,2, 28,4. La même évolution favorable s'observe pour les 5 à 14 ans : dans le sexe masculin, 31,9 (1980-1984), 21,7 (1988-1992), 20,5 (1993) ; dans le sexe féminin, 21,9 (1980-1984), 16 (88-92), 14,9 (1993). Cette chute de la mortalité est en partie liée à la baisse nette de la mortalité accidentelle : baisse de la mortalité par accidents de la circulation depuis le début des années soixante-dix, baisse de la mortalité par accidents domestiques à partir des années quatre-vingt.

L'analyse de l'évolution de la mortalité accidentelle chez les enfants de 1 à 14 ans entre 1960 et 1990 (Figure 1) montre une décroissance rapide et importante entre 1970 et 1985. Lors des dernières années l'évolution a été plus stagnante. Pour plusieurs pays de l'Union européenne (Allemagne, France, Pays-Bas, Royaume-Uni) on

Les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans

note que les taux de 1990 sont très voisins et sont de 2,2 à 2,8 fois inférieurs à ceux de 1970.

On a enregistré en France pour l'année 1993 un peu plus de 6 000 décès chez les 15-24 ans avec une répartition très inégale selon le sexe (*sex ratio* de 2,89) (Tableau I). Toutefois, là encore l'évolution depuis les années quatre-vingt a été favorable puisque les taux de 1993 (Tableau I) sont de 107,3/100 000 dans le sexe masculin, de 38,9/100 000 dans le sexe féminin, alors qu'ils étaient dans ces deux sexes respectivement de 139,6 et de 50,6 dans la période 1980-1984, de 113,4 et de 38,7 dans la période 1988-1992. On remarquera toutefois que la baisse est plus sensible dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Les deux premières causes de mortalité dans la tranche d'âge des 15-24 ans sont les accidents (2 292 décès dans le sexe masculin, 641 dans le sexe féminin) et les suicides (respectivement 756 et 210 décès) qui représentent donc un problème majeur de santé publique. Les accidents ont des taux trois fois supérieurs à celui des suicides.

Morts accidentelles

En 1993, les taux de mortalité accidentelle sont considérables avec 55,2/100 000 dans le sexe masculin (soit 51,3% de l'ensemble des causes de décès) et 16/100 000 dans le sexe féminin (soit 41% des causes de décès). Ces accidents sont majoritairement des accidents de la circulation (78% dans le sexe masculin, 80% dans le sexe féminin).

La mortalité accidentelle a décliné de façon importante depuis 1980. En effet, dans le sexe masculin, le taux de mortalité accidentelle était de 89,7/100 000 dans la période 1980-1984, de 69,4 dans la période 1988-1994; dans le sexe féminin, les taux étaient respectivement de 24,8 et 18,1. La décroissance est moins sensible dans le sexe féminin.

Cette décroissance touche les accidents de la circulation. En 1994, on a dénombré 2 087 décès par accidents de la circulation dont 1 644 dans le sexe masculin, 443 dans le sexe féminin. En 1995, on a enregistré 2 000 décès dont 1 538 chez les garçons et 462 chez les filles. On voit de nouveau que cette baisse de la mortalité accidentelle touche plus le sexe masculin que le sexe féminin, ce qui explique partiellement la stagnation observée plus haut de la mortalité générale dans le sexe féminin.

La France est, parmi les pays industrialisés, l'un de ceux où l'on meurt le plus à cause d'accidents, et notamment sur la route; ainsi la France se caractérise par un taux de mortalité accidentelle plus élevé que celui de pays voisins de même niveau socio-économique comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne (Tableau III).

Suicides

La deuxième cause de décès est constituée par les suicides : en 1993, on a enregistré 966 suicides dont 756 décès dans le sexe masculin (18,2/100 000) et 210 dans le sexe féminin (5,2/100 000) (Tableau I).

En ce qui concerne l'évolution du taux de suicide des jeunes de 15 à 24 ans depuis 1950 (Tableau IV), on peut remarquer qu'après avoir été stable dans les années 1950-1965, ce taux a considérablement augmenté entre 1970 et 1993 dans le sexe masculin, alors qu'il est resté relativement stable dans le sexe féminin. En effet, la surmortalité masculine s'observe à toutes les périodes et on notera que le taux de suicide a triplé entre 1960 et 1993 chez les hommes de 15-24 ans, le *sex ratio* passant de 1,5 à 3,7. Ces évolutions concernent beaucoup plus la tranche d'âge des 20-24 ans que celle des 15-19 ans.

D'après les dernières données disponibles, on a dénombré en France en 1994, 844 suicides dont 663 pour le sexe masculin (16,1/100 000) et 171 pour le sexe féminin (4,3/100 000). Les résultats provisoires pour 1995 sont les suivants : 802 suicides dont 621 chez les jeunes hommes et 181 chez les jeunes femmes dans la tranche d'âge 15-24 ans ; il y a donc tendance à la baisse depuis 1993.

Les comparaisons internationales font apparaître que les taux de suicide en France sont supérieurs à ceux de tous les pays voisins (Allemagne, Italie, Espagne, Suède, Royaume-Uni). Ils ne sont inférieurs qu'aux taux observés aux États-Unis et ceci seulement pour le sexe masculin (Tableau III).

Les autres morts violentes

Le taux d'homicides est très faible en France comme d'ailleurs dans tous les pays européens et largement inférieur au taux observé aux États-Unis (36,8/100 000 dans le sexe masculin, 6,4 dans le sexe féminin) (Tableau III). Il est d'ailleurs intéressant de constater que, dans ce pays, les homicides constituent la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, les suicides ne constituant que la troisième cause.

Le taux d'autres morts violentes est particulièrement élevé en France par comparaison avec les autres pays. Cette catégorie correspond essentiellement aux morts violentes d'« intention indéterminée », c'est-à-dire celles pour lesquelles on n'a pas pu affirmer le caractère accidentel ou intentionnel de la violence qui a été la cause du décès.

Les autres causes de décès

Les morts violentes représentant 71 % de l'ensemble des causes de décès chez les sujets âgés de 15 à 24 ans, les autres causes de décès sont relativement peu importantes, à l'exclusion de deux catégories : celle des tumeurs malignes et leucémies, celle des symptômes et états morbides mal définis (Tableau I). 368 jeunes de 15 à 24 ans sont décédés d'une pathologie maligne au cours de l'année 1993 (soit 230 sujets du sexe masculin et 138 du sexe féminin).

On abordera la morbidité des enfants et des jeunes à travers l'analyse

La morbidité

de la morbidité générale telle qu'elle est enregistrée dans les services de prévention ou de soins ou déclarée par les enfants et les jeunes lors d'enquêtes, ou à travers la consommation médicale (recours aux services de santé, recours aux médicaments). Puis, on s'intéressera à des pathologies spécifiques particulièrement fréquentes ou préoccupantes dans l'enfance et l'adolescence : les accidents, les handicaps, l'infection à VIH et le sida, les problèmes de santé mentale.

La morbidité observée

La morbidité générale

Compte tenu du manque de données nationales et exhaustives de morbidité, contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, on analysera ici quatre sources différentes, classées chronologiquement par âge des sujets : les indicateurs de santé périnataux, des données issues de bilans de santé réalisés dans les services de PMI en école maternelle, l'étude de la morbidité hospitalière, les données du service de santé des Armées.

Indicateurs de santé périnataux

On constate actuellement une détérioration de ces indicateurs puisque le taux de prématurité a légèrement augmenté (5,9% en 1995, 5,6% en 1981). Cette augmentation est essentiellement liée à l'augmentation de la grande prématurité (moins de 34 semaines de gestation) : 1,6% en 1995, 1,1 en 1981. Ces résultats sont à mettre en relation avec l'évolution des pratiques obstétricales et notamment les déclenchements d'accouchement précoce pour souffrance fœtale. Le pourcentage d'enfants de petit poids de naissance a également augmenté pour des raisons comparables : les enfants de poids de naissance inférieur à 2500g étaient de 5,2% en 1981, ils représentent 6,2% des naissances en 1995 ; pour les poids de naissance inférieurs à 1500g ces chiffres sont respectivement de 0,4% et 1,1%.

Les bilans de santé en école maternelle

En l'absence de données nationales, on rapportera ici les résultats de deux études réalisées l'une dans l'Hérault en 1987-1988, l'autre dans la Somme en 1991.

L'étude réalisée dans l'Hérault en 1987-1988 sur les enfants de moyenne section de maternelle (âgés de 3 ans 9 mois à 5 ans 6 mois) (RESP, 1992 ; 40 : 25-32) repose sur un bilan médical complet réalisé en routine en présence des parents par un médecin pédiatre. Cet examen comportait un examen somatique général, une exploration du langage et de la motricité, une étude de l'audiométrie vocale et de la vision (évaluation de l'acuité visuelle par des tests images, examen de la motricité oculaire, recherche de strabisme). L'échantillon étudié est représentatif de la population des enfants scolarisés en maternelle dans le département (sondage en grappes). L'effectif de l'échantillon est de 1511 enfants répartis dans 76 classes.

La prévalence des anomalies sensorielles est de 18,2% avec une prédominance d'anomalies de l'acuité visuelle : 11% (Tableau V). Les anomalies de l'audition représentent 4,6% des cas. Les anoma-

lies du langage ont une prévalence de 26,8% et les anomalies de la motricité de 22,4% dont 14,8% pour le graphisme. Les retards de langage (7,8%) apparaissent plus fréquemment en cas de bilinguisme et lorsque la mère n'exerce pas de profession. Le rôle de la classe sociale disparaît derrière celui de l'activité maternelle, les troubles étant plus fréquents lorsque la mère n'exerce pas de profession.

Seulement 25% des sujets pratiquent une prophylaxie de la carie dentaire par le fluor et 40,4% ont été vus en consultation au cours de l'année précédente et ont pu avoir des conseils de prophylaxie de la carie dentaire. Les enfants de mères étrangères ont moins bénéficié de ces consultations.

Le dépistage des troubles sensoriels réalisé en école maternelle dans une circonscription rurale de la Somme (Santé publique, 1992, 6 : 59-67) a reposé sur une étude sans tirage au sort, le choix des classes maternelles enquêtées ayant été dicté par le calendrier de travail de l'équipe de PMI ayant à pratiquer les bilans. Tous les enfants des classes choisies ont été inclus dans l'enquête et l'échantillon est de 232 enfants âgés de moins de 3 ans à 6 ans. Ont été réalisés un dépistage visuel (recherche d'un strabisme, étude de l'acuité visuelle, analyse de la vision des couleurs, aspect oculaire), un dépistage auditif par audiométrie tonale.

Avant le dépistage, 8 enfants (3,4%) étaient atteints d'une anomalie visuelle connue et, dans 6 cas, il s'agissait de strabisme. Le dépistage s'est révélé positif pour 20 enfants n'ayant pas de troubles visuels connus : 9,3%, soit un pourcentage total d'anomalies visuelles de 12,7%. (dans l'étude précédente : anomalie, de l'acuité visuelle : 11%, plus strabisme : 4,8%, plus autres anomalies ophtalmologiques : 1%, soit un total de 16,8%). Dans cette étude de la Somme, une vérification par consultation ophtalmologique dans les 6 mois qui ont suivi pour certains des enfants a permis de confirmer les anomalies dans 83% des cas.

En ce qui concerne le dépistage auditif, la coopération avec les enfants a été beaucoup moins bonne et l'examen moins fiable. Une consultation ORL a été demandée pour 26 enfants (11,7%) dont le dépistage a été positif. Malheureusement, seuls 11% ont bénéficié d'une consultation ORL de contrôle et 8 anomalies ont été confirmées. Finalement, après le dépistage, le nombre d'enfants ayant un déficit auditif confirmé est de 6, soit 2,6%, donc plus faible que celui de l'étude menée dans l'Hérault : 4,6%.

La morbidité dans les hôpitaux

Les données analysées ici proviennent de l'enquête nationale de morbidité hospitalière réalisée en 1993 par le Sesi, par sondage sur les patients traités dans les services de soins de courte durée. Il est à noter que les chiffres proposés dans le Tableau VI ne sont pas des taux à rapporter à la population concernée, mais des répartitions en pourcentage.

On peut noter sur ce Tableau VI que les principales causes de séjours hospitaliers, dans la tranche d'âge des moins de 15 ans, sont les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies du système nerveux et des organes des sens, les maladies de l'appareil digestif, les symptômes et états morbides mal définis et les traumatismes et empoisonnements qui viennent en 2^e position pour les garçons. En ce qui concerne les maladies du système nerveux et des organes des sens, la proportion très élevée d'hospitalisations inférieures à 24 heures (71 % des cas), et le recours massif au secteur privé (67 % des cas) indiquent bien qu'il s'agit certainement plutôt de maladies ophtalmologiques et ORL et non pas de maladies du système nerveux central. Les lésions traumatiques et les intoxications, en revanche, sont rarement hospitalisées de façon brève (21,3 % d'hospitalisations de moins de 24 heures dans le sexe masculin, 20 % dans le sexe féminin) et elles font essentiellement l'objet d'hospitalisations dans le secteur public (75 % des cas). La proportion d'hospitalisations de moins de 24 heures et le recours préférentiel au secteur privé sont d'assez bons indicateurs de bénignité. En revanche, les pathologies graves, comme les affections de la période périnatale sont massivement hospitalisées dans le secteur public (98,1 % des cas dans le sexe masculin, 95,7 % dans le sexe féminin) et ne font pas pratiquement jamais l'objet d'hospitalisations de moins de 24 heures. Les troubles mentaux sont accueillis à 100 % dans le secteur public, mais leur pourcentage est très faible : 0,5.

Les données du service de santé des Armées

Une étude menée dans les centres de sélection des armées sur l'évolution des pathologies déclarées entre 1987 et 1993 montre l'augmentation importante de la myopie qui affectait 7 % des sujets en 1987, et en touche 17,6 % en 1993. L'asthme déclaré a également augmenté de 6,6 % à 8,5 %. Enfin, les traumatismes des membres ont presque doublé au cours de la période, notamment du fait de l'accroissement des accidents de loisirs et de sport. Depuis 1987, on a également noté une augmentation régulière de la part des sujets présentant une surcharge pondérale modérée ou importante.

La morbidité déclarée

Une autre approche de la morbidité peut être faite à travers les enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de la population générale et on analysera ici successivement : les données issues de l'enquête Insee/Credes/Sesi de 1991-1992 sur la santé et les soins médicaux reposant sur des entretiens à domicile ; les résultats des deux études menées par Marie Choquet (Inserm U 169) sur les adolescent scolarisés d'une part, déscolarisés d'autre part (CFI-Paque) et, enfin, dans un but de comparaisons internationales, les données issues de l'étude d'Alan King pilotée par l'OMS dans 24 pays en 1993-1994 : la Health Behaviour of School aged Children Survey (HBSC).

L'enquête sur la santé et les soins médicaux

Dans le cadre de l'enquête générale Insee/Credes/Sesi, on dispose d'informations sur les enfants de moins de 15 ans, leur morbidité incidente et prévalente.

Dans cette classe d'âge (Tableau VII), les affections les plus fréquemment déclarées sont les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif (en fait maladies de l'appareil bucco-dentaire), les symptômes et états morbides mal définis (céphalées, asthénie, toux, etc.), les maladies de la peau, les maladies de l'oreille et les maladies ophtalmologiques. Bien que le profil pathologique observé dans le secteur hospitalier diffère sensiblement de celui observé dans les déclarations faites lors d'enquêtes à domicile (pathologies largement traitées dans le secteur non hospitalier, voire n'ayant pas donné lieu à recours médical), la comparaison des Tableaux VI et VII montre bien quand même des cohérences, notamment l'importance des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies ORL et ophtalmologiques.

Toujours dans le cadre de l'enquête Insee/Credes/Sesi, une étude spécifique « santé des jeunes » a été réalisée par C. Sermet (Credes). La population retenue a été répartie en 3 classes d'âge :

- 10-14 ans soit 1 484 enfants,
- 15-19 ans soit 1 472 adolescents,
- 20-24 ans soit 1 346 jeunes.

72% des jeunes de 10 à 24 ans déclarent au moins une maladie ou un trouble de santé. Si on exclut de ce chiffre les pathologies sans doute les plus bénignes comme les caries dentaires et les troubles de la vision, 51% des jeunes déclarent encore une affection. Les principales maladies citées pour les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans sont des troubles relativement bénins (Tableau VIII, données en taux de prévalence pour 100 sujets de la tranche d'âge). En tête, on trouve les maladies de l'œil et des annexes (taux de 27,4% à 44,7% selon l'âge et le sexe) qui sont principalement des troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie etc.), puis les caries dentaires qui constituent l'essentiel du groupe « maladies de la bouche et des dents » (20,1 à 35,0%). Les symptômes sont eux aussi bénins : il s'agit d'asthénie, de céphalées, etc. La bénignité de ces affections et de ces symptômes est déclarée comme telle par les responsables de l'analyse de l'enquête. Viennent ensuite les « autres maladies de la peau » essentiellement représentées par l'acné, les affections des voies respiratoires supérieures et d'autres affections inflammatoires de la peau comme l'eczéma et les allergies cutanées. Le taux de troubles mentaux déclarés est bas : de 2,8% à 6,7% selon le sexe et l'âge, toutefois plus élevé que celui observé dans les données de morbidité hospitalière.

En ce qui concerne les traumatismes et les empoisonnements, on est un peu surpris par la quasi-similitude avec les taux relevés chez les enfants de moins de 15 ans (Tableau VII), or on sait que la pathologie

traumatique augmente considérablement à partir de l'âge de 15 ans. Les taux des maladies de l'appareil respiratoire sont assez largement supérieurs avant l'âge de 15 ans.

Les enquêtes de l'Inserm portant spécifiquement sur la santé des jeunes

Rappelons que les deux enquêtes menées par l'Unité 169 de l'Inserm : l'enquête réalisée en milieu scolaire et portant sur 12 391 élèves de collèges et lycées, âgés en moyenne de 15 ans et l'enquête CFI-Paque (CFI = Contrat de Formation Individuelle ; Programme d'Aide à la Qualification) effectuée auprès de 3 000 jeunes non scolarisés âgés en moyenne de 21,5 ans, reposent sur le même principe : l'étude de la perception des problèmes de santé, la déclaration de symptômes et de consommations grâce à l'utilisation d'auto-questionnaires.

La majorité des jeunes se disent en bonne santé : 85 % parmi les sujets non scolarisés, 88 % parmi les élèves. Les principaux problèmes de santé déclarés par les sujets scolarisés sont les problèmes dentaires, les antécédents d'accidents, les problèmes visuels et les troubles de la statique vertébrale (Figure 2). Les problèmes de vue (38 % au total) sont plus déclarés par les filles que par les garçons, de même que les problèmes dentaires (73 % au total). On a, par ailleurs, pu noter que ces problèmes dentaires étaient soignés dans 94 % des cas. Les antécédents d'accidents concernent plus les garçons que les filles. Les problèmes de statique vertébrale (16 % des jeunes rapportent une « scoliose ») sont plus souvent déclarés par les filles que par les garçons.

Les problèmes de santé somatique déclarés par les jeunes non scolarisés sont les mêmes : problèmes de vision chez 33 % d'entre eux, problèmes dentaires chez 60 % ; problèmes de statique vertébrale chez 20 % . 16 % ont eu un accident.

8,6 % des sujets scolarisés rapportent une maladie chronique ou un handicap physique. Les affections citées sont principalement les maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire (hypo ou hypertension, asthme, problèmes d'allergies), des atteintes du système ostéo-articulaire ou musculaire. Chez les jeunes en insertion, ce pourcentage de « handicaps ou maladies chroniques » est de 11 %.

Les sujets en insertion ayant bénéficié, avant l'auto-questionnaire, d'un entretien avec un médecin et d'un examen médical, et ayant pour la plupart d'entre eux (80 %) apporté leurs carnets de santé, on dispose d'intéressantes informations sur la couverture vaccinale dans cette population. En ce qui concerne le BCG, la primo-vaccination a été faite dans 96 % des cas, mais le suivi n'a pas été bien assuré. 81 % des sujets ont eu la vaccination DTCoq/Polio et deux rappels, en revanche, la couverture vaccinale est insuffisante en ce qui concerne la rubéole (81 % n'ont jamais été vaccinés, soit 93 % des garçons et 71 % des filles) et l'hépatite B (94 % n'ont jamais été vaccinés).

Les comparaisons internationales (enquête HBSC)

La comparaison pour la question : « Vous sentez-vous en très bonne santé ? » des 24 pays inclus dans l'enquête HBSC montre que les jeunes Français sont parmi ceux qui donnent le plus de réponses positives (Figure 3). On notera également que dans tous les pays le pourcentage de réponses positives décroît avec l'âge et que les garçons se déclarent plus souvent en bonne santé que les filles dans la quasi-totalité des pays. En ce qui concerne les sujets âgés de 15 ans, on constate qu'il n'y a que quatre pays (la France, Israël, la Suisse et la Suède) dans lesquels plus de 50% des garçons se disent en très bonne santé.

La consommation médicale

Les deux études sur la santé des jeunes menées par l'Unité 169 de l'Inserm, ainsi que l'étude HBSC donnent des informations sur le recours au médecin, sur le recours à l'hospitalisation et sur la consommation de médicaments. La consultation médicale ou paramédicale fait partie des habitudes de vie des adolescents scolarisés. En effet, une majorité a consulté le médecin généraliste (74,8%) ou le dentiste (64,9%) au cours de l'année. Près de la moitié a consulté l'infirmière scolaire ; 1/5 des jeunes a vu un spécialiste tel qu'un dermatologue ou un ophtalmologiste ; 18% ont vu le médecin scolaire ; 6,5% un pédiatre ; 4% un psychologue ou un psychiatre. Au total, 94% ont consulté au moins une fois dans l'année un de ces professionnels et 63% des adolescents ont vu au moins deux types de professionnels dans l'année. Les filles ont plus consulté que les garçons. Ces pourcentages de recours aux soins sont supérieurs à ceux observés parmi les jeunes non scolarisés. Pour ceux-ci les intervenants les plus consultés sont le médecin généraliste : 64% l'ont consulté dans les 12 derniers mois avec en moyenne 4 visites par an, et le dentiste : 50% avec également en moyenne 4 visites par an. En revanche, les jeunes en insertion consultent plus le psychiatre ou le psychologue (10% durant les 12 derniers mois) ou une assistante sociale (26% au cours des 12 derniers mois, contre 7% chez les adolescents scolarisés). Les consultations gynécologiques sont également plus répandues chez les non scolarisés : 49% des filles, contre 39% des filles scolarisées, de 18 ans ou plus, lors des 12 derniers mois.

13% des jeunes scolarisés ont été hospitalisés au cours des 12 derniers mois et 2% l'ont été au moins 3 fois. Pour les jeunes non scolarisés, l'hospitalisation est essentiellement liée aux accidents et 7,5% d'entre eux ont eu au moins un accident grave ayant nécessité une hospitalisation durant l'année écoulée.

Dans l'enquête HBSC, on dispose d'informations sur les médicaments pris pour des symptômes tels que les maux de tête ou les difficultés d'endormissement. En ce qui concerne les antalgiques, les adolescents français sont parmi ceux qui en consomment le plus par rapport à ceux d'autres pays (Figure 4) et la consommation augmente avec l'âge. La situation est la même pour les somnifères (Figure 5), les jeunes Français de 13 et de 15 ans sont en troisième position

pour cette consommation, derrière les Suisses et les Belges francophones.

Les grandes pathologies

Les accidents

On l'a vu, les accidents viennent en deuxième position pour les garçons, en troisième position pour les filles, parmi les problèmes somatiques cités par les adolescents de l'enquête nationale menée par l'Inserm. En effet, 43,2% des jeunes scolarisés ont déclaré avoir eu un accident dans l'année (51% des garçons, 36% des filles). 14% des garçons et 6% des filles ont signalé plusieurs accidents. Parmi les accidents les plus fréquents, il faut citer ceux du sport : 37% des garçons, 26% des filles en ont été victimes ; de la circulation (15%, 8%). Les accidents d'atelier ou de travail concernent 5% des garçons et 2% des filles. On a également pu constater dans cette étude que les garçons des lycées professionnels comparés à ceux scolarisés dans les lycées d'enseignement général et technique ont eu plus d'accidents de la circulation, alors que les élèves de l'enseignement général et technique ont eu plus d'accidents de sport.

Parmi les jeunes en insertion, un garçon sur 10 et une fille sur 20 ont été hospitalisés au cours de leur vie à la suite d'un accident et dans 1 cas sur 5, il s'agissait d'un accident grave.

Les deux principales sources de données portant spécifiquement sur les accidents (accidents domestiques et de loisirs encore appelés « accidents de la vie courante ») sont l'enquête menée par la Cnam sur un échantillon d'assurés sociaux et l'enquête EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) basée sur des consultations d'urgence hospitalière. Ces deux types d'études fournissent des données convergentes dont on fera rapidement la synthèse ci-dessous.

Les jeunes enfants sont principalement victimes d'accidents domestiques : chutes, brûlures, intoxications. Les intoxications concernent essentiellement la tranche d'âge des enfants de 18 à 36 mois. Les médicaments et les produits d'entretien sont les produits le plus souvent en cause. Les brûlures surviennent également en majorité entre 1 et 5 ans, les causes étant essentiellement les ébouillantage par liquides chauds (54% des cas) et les brûlures par objets chauds (27%). Les chutes d'une hauteur représentent 70% des accidents des très jeunes enfants. Les accidents liés à des activités éducatives et récréatives concernent chaque année 23 enfants sur 1 000 âgés de 3 à 6 ans.

Selon l'enquête de morbidité hospitalière réalisée dans les services de court séjour en 1992-1993 (Sesi), la plupart des hospitalisations sont brèves et la plupart des lésions sont relativement bénignes. Les lésions observées le plus fréquemment chez les jeunes enfants concernent la tête (23% des cas hospitalisés sont des traumatismes crâniens), et les membres supérieurs. Les intoxications accidentelles viennent au troisième rang des causes accidentelles d'hospitalisation

(9 % des séjours).

À l'adolescence, le risque d'accidents de loisirs, de sport ou scolaires est prépondérant. Entre 11 et 16 ans, il y a 30 accidents de loisir ou scolaires pour 100 garçons et 14 pour 100 filles par an. Chez les adolescents et les jeunes adultes, de 15 à 25 ans, 40% des accidents enregistrés dans le cadre de l'enquête EHLASS sont dus au sport. Il faut noter que des études antérieures menées notamment par l'Unité 149 de l'Inserm ont montré que même si la plupart de ces accidents de sport étaient bénins dans l'immédiat, certains engageaient le pronostic fonctionnel à long terme. Il faut noter de plus que ces accidents de sport sont responsables d'une consommation médicale non négligeable, puisqu'ils s'accompagnent très fréquemment d'une hospitalisation, d'un arrêt scolaire ou d'une rééducation.

Les comparaisons internationales telles qu'on peut les mener à travers l'enquête HBSC montrent la même situation péjorative de la France que celle que l'on avait observée précédemment au niveau de la mortalité accidentelle. En effet dans l'enquête HBSC, la France est au premier rang des pays pour la question relative à la survenue de traumatismes au cours de l'année écoulée (Figure 6). On notera que dans tous les pays, les pourcentages signalés sont plus élevés dans le sexe masculin. Cette mauvaise situation de la France est retrouvée pour les accidents considérés comme graves (Figure 7), c'est-à-dire ceux qui ont entraîné une absence scolaire, des soins médicaux, une hospitalisation ou un acte chirurgical. La France apparaît comme le premier pays concerné pour les enfants de 11 ans et de 13 ans et le deuxième derrière le Pays de Galles pour les enfants de 15 ans. Si l'on considère les accidents par types de lieux de survenue, on constate que les jeunes Français sont dans une situation particulièrement péjorative en ce qui concerne les accidents de sport. Ils apparaissent en première position à l'âge de 11 ans, en quatrième derrière le Pays de Galles, l'Irlande et le Canada à l'âge de 13 ans, en troisième derrière le Pays de Galles et le Canada à l'âge de 15 ans. En ce qui concerne les accidents scolaires, la situation est un peu moins défavorable, les adolescents français de 15 ans apparaissant en septième position. La situation de la France est particulièrement mauvaise pour les accidents de la circulation.

Les handicaps

À partir de données statistiques provenant du Sesi, on peut noter qu'au 1^{er} janvier 1992, 226 788 enfants ou adolescents étaient présents dans les établissements et services médico-sociaux destinés aux handicapés.

Les données exposées ci-après concernent uniquement 107 946 enfants ou adolescents présents en établissement médico-social d'éducation spéciale et recensés dans l'enquête ES 91 du Sesi. Le taux de non-réponse à cette enquête était de 3,8%. Sont exclus de l'enquête les 91 159 enfants ou adolescents fréquentant des centres médico-psycho-pédagogiques qui présentent pour la plupart des troubles de la

personnalité ou des troubles cognitifs difficiles à classer parmi les autres handicaps.

Répartition par âge et par sexe (Tableau IX)

Les garçons sont toujours plus nombreux que les filles, quelle que soit la tranche d'âge étudiée (*sex ratio* = 1,56).

Les enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) représentent 2,5% de l'ensemble des cas, soit un effectif de 2762 enfants avec 1596 garçons et 1166 filles.

Les enfants d'âge scolaire représentent la majeure partie de l'effectif : 60,5% des sujets ont entre 6 et 15 ans, soit 65309 jeunes dont 40818 garçons et 24491 filles. Les 16-19 ans représentent 31,5% de l'effectif et les sujets de plus de 20 ans, 5,5%.

Les garçons sont significativement plus jeunes que les filles.

Répartition selon la déficience principale (Tableau X)

Les retards mentaux constituent la majorité des causes d'accueil en établissement d'éducation spéciale, soit 57,8% des cas. Les troubles sont de gravité variable avec une prédominance de retards moyens et légers. 19,4% des enfants et adolescents souffrent de troubles psychologiques.

4,9% des enfants sont des polyhandicapés et présentent un retard mental profond ou sévère associé à des troubles moteurs importants avec restriction majeure d'autonomie. Les déficiences du langage et de la parole concernent 0,8% des enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage du langage écrit ou oral sans retard mental avéré.

Au total, on peut donc dire que 82,9% de ces enfants ou adolescents présentent une atteinte de la sphère mentale.

Les déficiences sensorielles concernent 10,4% des enfants ou adolescents et sont principalement des déficiences auditives.

Les déficiences motrices concernent 6,3% des enfants ou adolescents.

Les maladies chroniques (déficiences viscérales, métaboliques et nutritionnelles) représentent 0,3% de l'échantillon.

On note des différences selon le sexe dans la répartition de ces différents types de déficiences : principalement une surreprésentation des garçons pour les troubles psychologiques et des filles pour les retards mentaux.

L'infection à VIH et le sida

Les données épidémiologiques fournies par le ministère de la Santé sont indiquées au Tableau XI. Il s'agit d'une répartition par âge et sexe des cas diagnostiqués entre le 1^{er} juillet 1994 et le 30 juin 1995, puis au cours de l'année suivante et enfin des cas cumulés depuis 1978. Il est important de noter que l'âge indiqué est l'âge au moment du diagnostic et non pas l'âge au moment de la séroconversion et que,

d'autre part, ces données sont d'interprétation délicate du fait d'une sous-déclaration plus importante des cas pédiatriques par rapport aux cas adultes. On notera que le nombre total de « cas pédiatriques » (enfants de moins de 5 ans, enfants âgés de 5 à 14 ans) est faible et représente 1,5% de l'ensemble des cas cumulés depuis 1978. Entre la période 1994-1995 et la période 1995-1996, le nombre de cas diagnostiqués de cette tranche d'âge n'a pas progressé : 49 cas au cours de la première période, 14 au cours de la seconde. Les 15-24 ans représentent 4,7% de l'ensemble des cas cumulés depuis 1978. Le nombre de cas diagnostiqués en 1994-1995 était de 123 et de 81 dans la période 1995-1996. Les deux tranches d'âge les plus touchées sont celles des 25-29 ans et des 30-34 ans, ce qui peut correspondre, pour certains cas, à une contamination pendant ou à la fin de l'adolescence.

Les problèmes de santé mentale

Comme on l'a vu antérieurement, les « troubles mentaux » apparaissent comme peu fréquents, qu'il s'agisse de la répartition des diagnostics dans les services de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés (Tableau VI) ou de la morbidité prévalente déclarée dans l'enquête du CreDES (Tableau VII). Ces deux tableaux concernent les enfants de moins de 15 ans. Toutefois les données recueillies dans la même enquête Insee/CreDES sur la santé et les soins médicaux auprès des sujets âgés de 15 à 24 ans ne permettent pas de constater des taux de troubles mentaux beaucoup plus élevés (Tableau VIII). Pourtant on a vu que le nombre de suicides de jeunes de 15 à 24 ans en France était un des plus importants d'Europe. On a vu également au chapitre de la consommation médicale que les jeunes Français consommaient abondamment des somnifères et des antalgiques, et il convient donc de s'interroger sur la prévalence réelle des troubles psychologiques chez l'enfant et le jeune en France et de trouver les meilleures sources d'information, qu'il s'agisse d'enquêtes spécifiques auprès des adolescents et des jeunes leur permettant d'auto-déclarer leurs difficultés psychologiques ou qu'il s'agisse de données statistiques provenant des établissements spécifiquement destinés à accueillir les sujets porteurs de pathologies mentales.

Les enquêtes auprès des jeunes

Dans l'étude menée par Marie Choquet et l'Inserm U 169 auprès des jeunes scolarisés, 7% des jeunes présentent une symptomatologie dépressive, et chez les jeunes non scolarisés 1 sur 4 souffre de troubles anxieux, et 10% de dépression, selon le médecin qui a réalisé l'examen de ces jeunes. Chez ces mêmes jeunes en insertion le pourcentage de troubles auto-déclarés est beaucoup plus élevé puisque 75% se plaignent de souffrir de troubles de type dépressif ou anxieux et ont consulté pour ces troubles. Dans ces deux études cette symptomatologie dépressive est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. La symptomatologie dépressive augmentant avec l'âge dans

les deux études, la plus grande fréquence des troubles observés dans l'enquête CFI-Paque s'explique sans doute en partie par l'âge moyen plus élevé de ces jeunes par rapport à ceux de l'enquête menée chez les élèves. Par ailleurs, ces jeunes ont des antécédents psychiatriques dans l'enfance. Ainsi dans l'enquête CFI-Paque, 6% ont rapporté des «troubles caractériels» pendant l'enfance qui ont été jugés graves par le médecin dans 1 cas sur 5.

Une autre approche de ce «mal-être» des adolescents et des jeunes peut être réalisée à travers l'étude des plaintes somatiques très souvent rapportées par ces jeunes. Ainsi dans l'étude CFI-Paque, 42% des garçons et 47% des filles se plaignent d'impression de fatigue, de maux de tête, de douleurs digestives, de nausées, de douleurs dorsales, de réveil nocturne, de cauchemars. Les pourcentages les plus importants sont notés pour les douleurs (dorsales, digestives et céphalées) chez les filles, et pour les sensations de fatigue chez les garçons comme chez les filles. Dans l'enquête menée auprès des jeunes scolarisés, on a très bien montré les relations étroites existant entre ces plaintes somatiques et les tendances dépressives.

Douleurs et fatigue apparaissent également fréquemment dans l'enquête menée par l'Insee et le CreDES sur la santé et les soins médicaux et dans la partie de cette étude portant plus particulièrement sur la santé mentale des jeunes de 18 à 24 ans (Figure 8). Dans cette enquête, l'anxiété, la nervosité apparaissent de façon très fréquente, particulièrement dans le sexe féminin.

Dans l'enquête HBSC, deux séries de questions permettent d'identifier les symptômes de la sphère psychologique : les questions du chapitre sur l'ajustement psychosocial (sentiments de solitude très fréquents, confiance en soi, sentiments de dépression au moins 1 fois par semaine) et le chapitre relatif à la santé générale (sentiments de fatigue au moins 4 fois par semaine avant d'aller à l'école, maux de tête au moins 1 fois par semaine, difficultés d'endormissement au moins 1 fois par semaine, irritabilité ou nervosité au moins 1 fois par semaine).

Quoique les jeunes Français occupent la deuxième position pour ceux âgés de 11 et 13 ans et la troisième pour ceux âgés de 15 ans pour s'estimer confiants en soi, ils présentent néanmoins des scores plutôt péjoratifs en ce qui concerne les sentiments de solitude et de dépression. Ainsi 50% des filles de 15 ans et 37% des garçons du même âge disent s'être sentis déprimés au moins une fois par semaine et occupent de ce fait la troisième position derrière la Hongrie et Israël. Les sentiments de fatigue matinale et les maux de tête apparaissent relativement rares. En revanche, les difficultés d'endormissement sont signalées très fréquemment, la France occupant le troisième rang pour les enfants de 11 et 15 ans et le premier pour ceux de 13 ans. Ceci est à rapprocher de la consommation de somnifères citée plus haut. 42% des jeunes filles de 13 ans se plaignent de ne pas pouvoir s'endormir au moins une fois par semaine et 35% des garçons du même âge. Les sentiments de nervosité et d'irritabilité sont assez

rare, sauf pour les jeunes de 15 ans chez lesquels 55 % des filles et 41 % des garçons se plaignent de s'être sentis nerveux au moins une fois par semaine durant les 6 derniers mois. Les pays qui viennent en tête le plus fréquemment pour ce type de symptômes sont la Slovaquie, l'Estonie, la Lituanie, Israël.

Les données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Sont exposées ci-dessous les données issues des rapports annuels des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de 1993 et principalement les informations sur la « file active » définie comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe. En 1993, 306 des 308 secteurs existant en France ont répondu.

Ces secteurs ont suivi en 1993 près de 290 000 enfants et adolescents (en moyenne 935 par secteur), ce qui correspond à 18 enfants suivis pour 1 000 habitants de moins de 20 ans.

Pour 35 % des secteurs la file active est inférieure à 700 patients et pour 45 % elle est comprise entre 700 et 1 200. Elle est supérieure à 1 200 pour 20 % des secteurs.

Les groupes d'âge les plus représentés dans la file active sont les 5-9 ans (43 %) et les 10-14 ans (29 %). Les moins de 5 ans et les plus de 15 ans représentent respectivement 15 % et 13 % de l'ensemble. Les jeunes âgés de 20 ans et plus représentent 3 % de la file active.

Si l'on considère seulement les enfants âgés de moins de 20 ans, la répartition par âge de la file active comparée à la population générale âgée de moins de 20 ans révèle une surreprésentation des 5-9 ans tandis que les moins de 5 ans et les 15-19 ans sont sous-représentés.

Le nombre de patients vus une seule fois s'élève à 42 000, soit 14 % de l'ensemble.

Pour 260 000 enfants (soit plus de 9 sur 10) il s'agit d'un suivi ambulatoire ; 27 000 enfants bénéficient d'un accueil à temps partiel ; 9 000 enfants, soit à peine 3 % de la file active, sont pris en charge à temps complet.

Parmi les enfants suivis en ambulatoire, 93 % n'ont eu que des soins ambulatoires dans l'année, les autres ayant bénéficié d'une autre forme de suivi à temps partiel ou complet.

11 000 enfants ont bénéficié de visites à domicile et 2 000 en institution substitutive au domicile. Parmi les autres formes des soins ambulatoires, l'équipe de secteur est intervenue auprès de 15 000 enfants en milieu scolaire, 3 000 enfants en établissement médico-éducatif et 8 000 enfants suivis en PMI. Enfin, 12 000 enfants en unité d'hospitalisation somatique ont également bénéficié d'interventions.

Parmi les 27 000 enfants suivis à temps partiel, plus de 13 000 ont été hospitalisés en hospitalisation de jour pour 3 mois en moyenne. 9 000 ont été accueillis au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. 5 000 ont bénéficié d'un accueil à temps partiel « autre ».

Parmi les moins de 9 000 enfants qui sont suivis à temps complet, 1/3 n'ont eu que des soins à temps complet, les autres ayant également eu une prise en charge à temps partiel ou ambulatoire.

La principale forme d'accueil à temps complet est l'hospitalisation plein temps.

6 000 enfants ou adolescents, soit 2% de l'ensemble de la file active, ont été hospitalisés, en moyenne pour 84 jours (continus ou non), en 1991. Pour un tiers de ces enfants, l'hospitalisation complète est le seul mode de soins dans l'année.

800 enfants ont bénéficié d'un accueil familial thérapeutique, pour 7 mois en moyenne, et 500 enfants d'une hospitalisation à domicile. L'accueil à temps complet « autre » concerne 1 400 enfants, il s'agit probablement d'accueil en centre de crise ou en séjour thérapeutique étant donné la durée de séjour limitée (8 jours en moyenne).

L'analyse de l'évolution de la file active entre 1991 et 1993 montre une augmentation du nombre d'enfants suivis de 13% et une part de plus en plus importante des enfants âgés de 5 à 9 ans. Cette augmentation globale provient des enfants suivis en ambulatoire mais aussi des enfants suivis à temps partiel, et ce sont ces derniers qui ont connu la plus forte augmentation (+ 31%). Ainsi le nombre d'enfants suivis en hôpital de jour a progressé de 11% et le nombre d'enfants accueillis en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) a augmenté de 34%. Les enfants hospitalisés en psychiatrie le sont pour des durées moins longues : 104 jours en moyenne en 1991, 85 jours en 1993.

Les données de la littérature internationale sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

En ce qui concerne le retard mental, Mac Laren et Bryson, 1987, analysant la littérature internationale (avec une place prépondérante de la littérature américaine) donnent des chiffres de 3,7 et 5,9 pour 1 000 pour le déficit léger, de 3,4 pour 1 000 en ce qui concerne le déficit moyen et sévère. Les chiffres français du CTNERHI figurent au chapitre « Handicaps » de ce rapport et au Tableau XI (il ne s'agit pas de chiffres de prévalence mais de répartition en pourcentages dans la clientèle des établissements spécialisés).

La prévalence de l'autisme en Asie, Europe et Amérique du Nord était de l'ordre de 2 à 13 pour 10 000 enfants dans l'ensemble des études menées de 1966 à 1979. À la suite du changement des critères diagnostiques, elle est actuellement de 2 à 5 enfants pour 10 000 (American Psychiatric Association). Le *sex ratio* est de 3 à 4 garçons pour 1 fille, le trouble apparaissant généralement comme plus grave chez celle-ci.

La prévalence des retards et déficits d'apprentissage est variable en fonction des critères diagnostiques choisis soit par les psychiatres, soit par les pédagogues. Pour les troubles du langage expressif, les chiffres sont de l'ordre de 1 pour 1000 enfants. Les troubles de l'articu-

lation sont deux fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles. Quant aux troubles de l'humeur, l'étude de référence de Kashani (1983) donne des chiffres de 2% pour les prépubères. Pour les adolescents, les études mondiales de référence donnent 4,7% à 3,9% pour les études reprises par Kashani (1987) et 18% pour Kandel (1982). 8,6 à 36,6% sont les chiffres extrêmes repérés dans les études d'Albert (1975), Kaplan (1984), Teri (1982), utilisant l'inventaire diagnostique de Beck. Le *sex ratio* serait de 5,1 sauf pour les troubles bipolaires. Les critères diagnostiques ayant été modifiés, la prévalence retenue actuellement par les méta-analyses de l'Association américaine de psychiatrie est de 2,9 à 4,7% de la population de moins de 18 ans pour le trouble dépressif. Globalement, toutes les données conduisent à penser que les troubles de l'humeur ont été largement sous-diagnostiqués en France.

Pour l'ensemble des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent, les taux de prévalence des grandes études internationales varient entre 7,5% et 26% (Andersen, 1987, Kashani et Orchavel, 1988-1990).

Le taux admis pour les phobies sociales est autour de 1,4% ; pour les attaques de panique 0,6% (Whitaker, 1990). Ces données ont été rassemblées par Servant et Parquet (1993).

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, l'étude menée en 1988 auprès d'adolescents de 11 à 20 ans scolarisés en Haute-Marne et Champagne-Ardenne (étude réalisée par l'U 169 de l'Inserm) indique des prévalences de 28,2% pour les accès boulimiques au cours de l'année écoulée chez les filles, de 20,5% chez les garçons. Au total, 0,7% des adolescents totalise les critères diagnostiques de la boulimie du DSM-III-R, les filles (1,1%) étant 5 fois plus nombreuses que les garçons et 1,3% cumulent les critères du DSM-III pour la boulimie. Les filles (1,9%) sont alors 4 fois plus nombreuses que les garçons.

Ainsi, quelle que soit la référence diagnostique (DSM-III/DSM-III-R), la prévalence du syndrome boulimique reste faible dans la population étudiée.

La prévalence de l'anorexie pour la vie entière dans les grandes études internationales, Cullberg, 1988 ; Lucas, 1988, est de 0,1 à 0,7%. Dans la population adolescente, la prévalence est de 1% environ tant en Angleterre qu'en France. Par contre, les préoccupations quant au poids et à l'aspect physique des adolescents sont fréquemment rencontrées ainsi que l'importance constatée à des variations induites du poids. On note d'autre part des conduites restrictives alimentaires surtout dans la période post-pubère : 45% veulent devenir plus mince, 39% ont cherché à perdre du poids (Maloney, 1989).

L'Association américaine de psychiatrie (1987) donne des chiffres allant de 1% à 1 pour 800 chez les filles. 90% des anorexiques sont des filles. L'anorexie débute soit vers 13-14 ans, soit vers 17-18 ans (Halmi, 1979).

Les tentatives de suicide

Les comportements à risque

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide ont été abordées dans les deux enquêtes menées par Marie Choquet (Inserm U 169).

L'enquête sur les jeunes scolarisés montre que, entre 11-13 ans et 18 ans et plus, les idées suicidaires passent de 6 % à 13 % et les tentatives de suicide de 4 % à 12 % chez les filles, les phénomènes restant plus stables chez les garçons.

Au total, pour l'ensemble des 12 391 élèves âgés de 11 à 19 ans, 7 % ont déjà fait une tentative de suicide, soit 5 % des garçons et 8 % des filles, c'est-à-dire en moyenne 2 élèves par classe. Seulement 1 sur 5 a été hospitalisé. Autre fait alarmant : la fréquence des récidives. Plus d'un tiers (37 %) réitérent leur geste, ce taux étant plus élevé chez les garçons. Dans plus de la moitié des cas, cette récidive survient dans l'année qui suit la première tentative.

D'après l'enquête effectuée en 1993 auprès de 3 000 jeunes non scolarisés, âgés en moyenne de 21,5 ans, 15,4 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Comme en milieu scolaire, il s'agit en majorité de filles. Dans la moitié des cas, les sujets ont été hospitalisés. Ces proportions correspondent au double des tentatives et des hospitalisations de jeunes d'âge égal en milieu scolaire. Là encore le pourcentage de récidives est élevé.

La violence

Les deux enquêtes de l'Inserm abordent le problème de la violence et ont le mérite de ne pas s'intéresser seulement aux conduites violentes des adolescents mais aussi aux violences subies. Dans l'enquête sur les jeunes scolarisés, on constate que 42 % des sujets ont occasionnellement des conduites violentes, 19 % en ont régulièrement. Les garçons sont plus violents que les filles. La violence est la seule conduite déviante qui diminue avec l'âge.

Dans l'enquête CFI-Paque, on a noté qu'un jeune sur deux a des accès de violence (49 %). Un jeune sur 4 (25 %) est fréquemment violent. 36 % des garçons contre 22 % des filles sont souvent violents.

La mise en lumière des conduites violentes des adolescents et des jeunes largement médiatisée ne doit pas faire oublier que les enfants et les adolescents sont plus souvent victimes de violences physiques, d'abus sexuels, d'absence intentionnelle de soins. Ainsi, on estime que chaque année 40 000 enfants sont pris en charge par la justice ou l'aide sociale à l'enfance. Un garçon sur 10, une fille sur 8 auront été victimes d'abus sexuels. Les mauvais traitements provoquent au moins 600 décès par an, de nombreuses incapacités physiques, mais aussi des troubles du développement psychoaffectif difficiles à évaluer précisément. Dans les deux enquêtes de l'Inserm, ces violences subies sont décrites et sont effectivement fréquemment rapportées par les adolescents.

Dans l'enquête auprès des jeunes scolarisés, 15 % des jeunes déclarent avoir subi des violences physiques et 4 % des violences sexuelles. Les garçons lycéens sont plus souvent victimes de violences phy-

siques que les filles et les violences sexuelles concernent plus les filles en particulier les plus âgées.

Dans l'enquête CFI-Paque, 30% des jeunes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles (31% des garçons, 28% des filles). Pour les garçons, dans 9 cas sur 10 il s'agit de violence physique ; pour les filles, dans la moitié des cas de violences sexuelles.

Un point important est à souligner : les liens entre les violences subies et les tentatives de suicide. Dans l'enquête CFI-Paque, il apparaît que le pourcentage de tentatives de suicide passent, pour les garçons, de 8% chez ceux qui n'ont pas subi de violences à 40% parmi ceux qui ont été victimes de violences. Pour les filles, ces pourcentages sont de 9% et 48%.

Les consommations

Le tabac

La consommation de tabac par les adolescents et les jeunes est abordée dans de nombreuses études. La synthèse des résultats fournis par ces études est rendue complexe par les différences multiples qui existent entre ces études (différences d'âge des sujets étudiés ; différences de type de population : population générale, population scolaire, population non scolarisée ; différences dans les critères étudiés : le fait d'avoir déjà fumé, être fumeur régulier, être fumeur quotidien, le nombre de cigarettes, avoir cessé de fumer, avoir fumé depuis plusieurs années... ; enfin l'année au cours de laquelle l'enquête a été réalisée). Les résultats indiqués ci-dessous proviennent des enquêtes suivantes :

- l'enquête nationale de l'Inserm sur les jeunes scolarisés âgés de 11 à 19 ans, 1993 ;
- l'enquête CFI-Paque sur les jeunes déscolarisés ayant en moyenne 21,5 ans, en 1993 ;
- l'enquête santé/Insee menée auprès d'un échantillon national de ménages en 1991-1992 ;
- une étude menée au niveau du service de santé des Armées sur l'évolution de la consommation de tabac entre 1987 et 1993 et portant sur des sujets de sexe masculin âgés de 18 à 27 ans ;
- l'enquête internationale HBSC menée durant l'année scolaire 1993-1994 dans 24 pays auprès de jeunes scolarisés âgés de 11 ans, 13 ans et 15 ans.

En France, si l'on considère l'ensemble des études menées durant une période homogène (dans les années 1991 à 1993), le pourcentage de sujets ayant déjà fumé varie de 20% à 56% suivant le sexe et la tranche d'âge considérée. Dans l'enquête de l'Inserm sur les jeunes scolarisés, 20% ont déjà fumé et le début est plus précoce dans le sexe féminin. Dans l'enquête CFI-Paque sur les jeunes en insertion, 59% ont déjà fumé (64% pour le sexe masculin, 54% pour le sexe

féminin) et la première cigarette a été consommée avant l'âge de 15 ans. Dans l'enquête nationale menée par l'Insee, 34,5% des hommes et 30,3% des femmes âgés de 18 à 19 ans ont déjà fumé. Ces pourcentages pour les sujets âgés de 20 à 24 ans sont respectivement de 55,9% et 48,8% (Tableau XII).

En ce qui concerne les fumeurs quotidiens, ils sont 15% dans l'enquête auprès des jeunes scolarisés, 53% dans l'enquête CFI-Paque. Dans l'enquête de l'Insee, 27% des femmes de 18 à 19 ans et 33% des hommes de la même tranche d'âge fument régulièrement. Ces pourcentages sont de 38% et 51,4% pour les sujets âgés de 20 à 24 ans. Dans toutes les études, l'évolution avec l'âge se fait dans le sens d'une augmentation de la consommation de tabac, sauf dans l'enquête CFI-Paque où, si la consommation augmente avec l'âge dans le sexe masculin, elle reste stable dans le sexe féminin. L'analyse de l'évolution dans le temps montre une diminution du tabagisme des jeunes en France. Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement a également diminué sauf pour les hommes âgés de 18 et 19 ans (Tableau XII). L'enquête Insee compare les années 1986-1987 aux années 1991-1992 et on peut noter (Tableau XII) la franche diminution de la consommation de tabac aussi bien dans le sexe masculin que dans le sexe féminin et aussi bien chez les 18-19 ans que chez les 20-24 ans entre ces deux périodes, et qu'il s'agisse de fumeurs occasionnels ou de fumeurs réguliers. Toutefois, comme dit précédemment, les chiffres de fumeurs réguliers restent élevés en 1991-1992. Un fait particulièrement inquiétant dans cette étude : la diminution du pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant cessé de fumer. En effet, on peut penser légitimement que le fait de cesser de fumer dans cette tranche d'âge est lié à l'existence de grossesses, or, en 1986-1987, 13,2% des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient cessé de fumer ; elles ne sont plus que 10,7% en 1991-1992. Les données issues du service de santé des Armées montrent qu'entre 1987 et 1993 la consommation quotidienne de moins de 20 cigarettes par jour est passée de 45% à 39%.

Dans l'enquête HBSC, on peut voir que pour le fait d'avoir déjà fumé les jeunes Français se situent parmi les plus bas consommateurs (Figure 9). Seuls 4 pays ont des consommations plus basses pour les enfants de 11 ans : la Belgique francophone, le Pays de Galles, la Norvège et Israël ; 5 pour les enfants de 13 ans : l'Irlande du Nord, la Norvège, l'Espagne, les deux communautés belges et Israël ; 4 pour les sujets âgés de 15 ans : la Belgique francophone, l'Irlande du Nord, l'Espagne, Israël. Toutefois, on remarquera qu'à 15 ans, il est indiqué que 61% des jeunes filles françaises ont déjà fumé et 57% des garçons. Ces pourcentages supérieurs dans le sexe féminin concernent plusieurs pays et apparaissent dans les tranches d'âge les plus élevées. Chez les enfants de 11 ans, ce sont surtout les garçons qui fument. Le début est donc plus précoce dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, mais on assiste ensuite à un rattrapage. Les pays dans lesquels on voit les plus forts pourcentages de sujets ayant

déjà fumé sont essentiellement les pays de l'Est et les Républiques baltes. Sur la Figure 10 on peut voir le pourcentage de fumeurs réguliers (des cigarettes au moins 1 fois par semaine) en fonction du pays et de l'âge des sujets. La France occupe une position assez péjorative puisque, par exemple, pour les sujets de 13 ans elle est au 3^e rang des forts consommateurs et au 9^e rang pour les sujets de 15 ans. Là encore la consommation est plus élevée chez les filles (25% des filles de 15 ans contre 23% des garçons de 15 ans). Si on considère les sujets âgés de 15 ans, la France occupe une position moyenne en Europe, meilleure que celle de l'Autriche, de l'Allemagne, de l'Espagne, du Pays de Galles, de la Finlande ou de l'Écosse, plus mauvaise que celle du Danemark, de la Norvège, de la Suède ou de la Belgique francophone.

L'alcool

Les études analysées pour la consommation d'alcool par les adolescents et les jeunes sont les mêmes que pour le tabac. L'enquête menée par l'Inserm auprès des jeunes scolarisés montre que plus de la moitié de ces jeunes consomment de l'alcool, 40% occasionnellement, 12% plus régulièrement, avec par ordre de fréquence décroissante, de la bière, des alcools forts, du vin. 58% des garçons consomment de l'alcool contre environ 50% des filles. La consommation s'accroît avec l'âge pour tous les jeunes mais de manière plus nette pour les garçons. Dans l'enquête CFI-Paque, 69% des jeunes ont déjà bu de l'alcool et l'alcoolisation est régulière pour 23%. Les garçons boivent plus régulièrement que les filles (36% contre 13%). La première consommation se situe avant l'âge de 16 ans. Au total 31% disent avoir été ivres durant l'année et 15% au moins 3 fois. Dans les données de l'enquête Insee (Tableau XIII), on peut noter que la consommation d'alcool augmente notablement avec l'âge. Ainsi en 1991-1992, les buveurs réguliers du sexe masculin sont 22% à 18-19 ans et 39% à 20-24 ans, dans le sexe féminin ces pourcentages sont de 8 et 12%. On peut surtout noter sur ce tableau que, contrairement à ce qu'on observe pour le tabac, il y a des différences considérables entre les deux sexes. Les buveurs réguliers sont beaucoup plus rares chez les femmes: en 1991, 8% chez les 18-19 ans, 12% chez les 20-24 ans. Également, contrairement à ce qu'on observait à propos du tabac dont la consommation a sensiblement diminué entre la période 1986-1987 et la période 1991-1992, la consommation d'alcool reste à peu près stable, voire est en augmentation pour les buveurs réguliers du sexe masculin. Ce résultat est corroboré par l'étude du service de santé des Armées qui indique que la consommation d'alcool pendant les repas reste relativement stable entre 1987 et 1993 et celle en dehors des repas est en légère augmentation. Là encore, comme on l'observait à propos du tabac, on note dans l'enquête de l'Insee que le pourcentage des femmes de 20 à 24 ans ayant cessé de boire est plus faible en 1991-1992 qu'il ne l'était en 1986-1987. En ce qui concerne l'association de différents

alcools et la nature des alcools, l'enquête Insee permet de constater que chez les moins de 20 ans la proportion de consommateurs simples augmente, mais aussi que chez les hommes il y a deux fois plus de consommateurs triples. Pour les 20-24, la consommation simple est en baisse mais la consommation triple est multipliée par 4 pour les hommes et par 2 pour les femmes. Parmi les jeunes, on note un recul important de la consommation de vin, la consommation de bière gagne du terrain à tout âge, mais la consommation d'alcools forts progresse chez les jeunes. Les femmes sont de plus en plus nombreuses à consommer des apéritifs ou des alcools chaque jour. Dans l'enquête HBSC, on peut constater que la consommation régulière d'alcool commence très précocement en France, puisque les jeunes Français âgés de 11 ans sont en tête des consommations d'alcool hebdomadaires ou plus fréquentes avec 8% de filles le déclarant et 22% de garçons. Pour la tranche d'âge des 13 ans, la France arrive en 2^e position et en 8^e position pour les sujets âgés de 15 ans, derrière le Pays de Galles, l'Irlande du Nord, la Belgique néerlandophone, l'Autriche, la Belgique francophone, l'Écosse et le Danemark (Figure 11). L'étude Eurobaromètre 37 montre que la consommation d'alcool chez les jeunes est un phénomène banal en Europe. En moyenne, pour l'ensemble des pays européens, 77% des jeunes âgés de 19 à 24 ans ont déjà commencé à consommer de l'alcool. La France n'est pas parmi les pays où le début de consommation d'alcool est le plus précoce, c'est-à-dire vers 13-14 ans, ce sont surtout le Danemark, l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas qui sont concernés.

La drogue et les médicaments psychotropes

Dans l'enquête sur les jeunes scolarisés, un jeune sur sept a déjà fait l'expérience de la drogue. 9% en ont pris de façon occasionnelle et 5% dix fois ou plus. Le cannabis vient en tête des drogues expérimentées (12% des jeunes, soit 14,8% des garçons et 8,8% des filles), la cocaïne concerne 1,1% des jeunes et l'héroïne 0,9%. Globalement, les garçons sont plus consommateurs que les filles (18% contre 12%). La consommation s'accroît avec l'âge, de façon plus marquée pour les garçons (20% des garçons de plus de 18 ans en consomment).

Dans l'enquête CFI-Paque, 22% des jeunes ont consommé de la drogue (30% des garçons, 16% des filles) et la moitié d'entre eux l'ont essayée au moins 10 fois. Une majorité n'a essayé que le haschisch (58%); 2,5% ont pris de la cocaïne et 2,3% de l'héroïne. Avec l'âge la consommation augmente pour les garçons de 11% à 20% entre l'âge de moins de 20 ans et celui de 23 ans et plus, alors qu'elle diminue pour les filles. 1% des sujets de l'enquête ont suivi une cure de désintoxication, et trois sur quatre sont des garçons.

Contrairement à ce qu'on observe pour les drogues illicites, la consommation de médicaments psychotropes est supérieure dans le sexe féminin. Dans l'enquête de l'Inserm sur les jeunes scolarisés, 17% des 11-19 ans ont pris au cours de l'année 1993 des médicaments

psychotropes, que ce soit sur initiative personnelle ou sur prescription, les filles en ont consommé davantage que les garçons. De plus, ce recours augmente avec l'âge chez les filles alors qu'il reste stable chez les garçons.

L'enquête menée par le service de santé des Armées permet de constater qu'entre 1987 et 1993 la consommation de drogue chez les jeunes hommes de 17 à 27 ans a augmenté, passant de 7,7 % à 9,1 %. Cette augmentation touche de manière comparable les sujets n'ayant consommé qu'une fois de la drogue et ceux en ayant consommé plusieurs fois.

Selon l'enquête Eurobaromètre 37, 6,4 % des Français âgés de 15 à 24 ans s'étaient déjà vu proposer de la drogue avant l'âge de 15 ans, la moyenne européenne étant de 6,5 et le pays dans lequel le premier contact avec la drogue est le plus précoce étant le Danemark suivi de près par l'Espagne. 29 % des Français âgés de 19 à 24 ans se sont vu proposer de la drogue avant l'âge de 19 ans. Cette même étude indique que 62 % des jeunes Européens estiment qu'il est facile de se procurer de la drogue à l'école, ce pourcentage étant de 87 % pour les jeunes Français seulement précédés des jeunes Italiens (88 %).

Les comportements protecteurs

Il existe beaucoup plus d'études visant à identifier chez les adolescents et les jeunes les comportements à risque que visant à identifier les comportements propres à protéger leur santé et leurs connaissances en matière de prévention. Ces rares études sont pourtant précieuses, car elles permettent de comprendre comment les adolescents et les jeunes peuvent répondre aux campagnes d'éducation pour la santé. Deux exemples de comportements protecteurs peuvent être cités ici et concernent, d'une part, la prévention du sida, d'autre part, l'utilisation des dispositifs de sécurité routière.

L'étude menée en 1994 par l'ANRS auprès de 6 500 adolescents âgés de 15 à 18 ans scolarisés dans l'enseignement général, technique ou professionnel ou accueillis dans des centres de formation professionnelle met en évidence une bonne connaissance générale des modes de transmission du VIH, bien meilleure que celle de la population générale. Près de 100 % des jeunes savent que le VIH peut être transmis lors de rapports sexuels, lors d'une injection de drogue avec une seringue usagée, en recevant du sang. 24 % d'entre eux pensent qu'on peut être contaminé par le VIH en donnant son sang. Entre 10 et 11 % des jeunes pensent qu'on peut être contaminé dans des toilettes publiques, par une piqûre de moustique ou en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée. L'ANRS a récemment rassemblé toutes les études menées dans le domaine des sciences sociales et concernant la connaissance des jeunes vis-à-vis de la transmission du VIH et des modes de prévention du sida. Cette compilation d'études montre à quel point en dix ans les connaissances ont progressé chez les jeunes et à quel point les messages sont bien passés. L'enquête auprès des 15-18 ans met aussi en évidence une beau-

coup plus grande tolérance et un sens plus grand de la solidarité avec les personnes atteintes que dans la population générale.

Il faut toutefois noter qu'il existe des différences entre les élèves de l'enseignement général et technique, ceux des lycées professionnels et ceux des centres de formation professionnelle, et que c'est dans les lycées généraux et techniques que l'on rencontre le moins de croyances contraires aux connaissances scientifiques concernant la transmission du VIH (Tableau XIV).

Il est également à noter que dans les résultats de l'enquête sur le comportement sexuel des Français menée sur un échantillon national représentatif de la population âgée de plus de 18 ans par l'Unité 292 de l'Inserm, le taux de port du préservatif est bien supérieur chez les sujets de 18 ans à ce qu'il est chez l'adulte, notamment lors des relations avec des partenaires multiples. En effet, à 18-19 ans, chez les garçons hétérosexuels, ce taux est de 90,9% en cas de multipartenariat, de 74,8% en cas de partenaire unique. Chez les hommes hétérosexuels âgés de 20 à 24 ans ces chiffres sont respectivement de 74,5% et 42,0%.

Dans le cadre de l'enquête HBSC, les données concernant l'utilisation de la ceinture de sécurité en voiture (Figure 12) montre que les jeunes Français sont parmi les meilleurs utilisateurs de ce dispositif de sécurité puisque chez les enfants de 11 ans, ils occupent la 6^e position avec 71% de filles et 75% de garçons utilisateurs systématiques de la ceinture derrière la Finlande, l'Allemagne, la Suède, la Norvège et le Canada. Pour les enfants âgés de 13 ans, la France occupe la 2^e position derrière l'Allemagne et la 5^e derrière la Finlande, Israël, le Canada et l'Allemagne pour les adolescents âgés de 15 ans. Comme on le constate dans toutes les études portant sur ce sujet, et quel que soit le pays, le taux de port de la ceinture de sécurité baisse avec l'âge et il est généralement plus élevé dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

Si l'enfance et l'adolescence sont des âges où l'on meurt peu, on peut néanmoins noter deux âges de grande vulnérabilité : la première année de la vie et la période qui va de 15 à 24 ans.

Dans les deux cas, la principale cause de décès est une cause évitable. Qu'il s'agisse de la mort subite du nourrisson ou des accidents. La mortalité liée à ces deux pathologies a vu une évolution récente assez satisfaisante en France. Toutefois, les taux de mortalité accidentels chez les adolescents et les jeunes restent largement supérieurs à ceux de pays voisins comparables par le niveau socio-économique et le niveau de capacité de prise en charge en urgence des victimes de traumatisme, et la mort subite du nourrisson reste un problème sans doute lié au tabagisme familial dont on a vu plus haut qu'il est largement répandu chez les jeunes en France, donc probablement chez les jeunes parents.

Les données de morbidité hospitalière ou recueillies par entretien dans le cadre d'enquêtes à domicile sur des populations représentatives sur

le plan national, ou menées auprès des jeunes par auto-questionnaire sont convergentes. Les problèmes de santé somatiques principaux ressortent clairement de toutes ces études, il s'agit des infections respiratoires chez les enfants les plus jeunes, et à tout âge des troubles bucco-dentaires, des troubles de la statique vertébrale, des troubles visuels. La fréquence de ces derniers est corroborée par les dépistages menés en école maternelle puisque dans les deux études citées dans ce rapport, les troubles de l'acuité visuelle touche 9 et 11 % des jeunes élèves.

Le problème majeur de santé dès l'âge de 1 an et durant toute l'enfance, l'adolescence et la jeunesse jusqu'à 25 ans est constitué par les accidents. Les accidents sont la première cause de décès et, comme on l'indique plus haut, leur taux est supérieur à celui observé dans les pays voisins qu'il s'agisse des accidents mortels ou des accidents non mortels. Ils représentent la deuxième cause d'hospitalisation des garçons âgés de moins de 15 ans et on voit bien dans les enquêtes menées auprès des jeunes qu'ils soient scolarisés ou en insertion, qu'ils sont survenus dans un pourcentage très élevé de cas l'année même de l'enquête et, ont été la cause de nombreuses hospitalisations dans l'enfance. Les comparaisons internationales telles que celles menées dans le cadre de l'enquête HBSC montrent que la France est au premier rang de 24 pays pour la survenue de traumatismes graves chez les enfants de 11, 13, et 15 ans. Un des meilleurs indicateurs pour caractériser la mortalité prématurée est le nombre d'années potentielles de vie perdues. Or, on sait que dans tous les pays industrialisés dont la France, les accidents sont la première cause de nombres d'années potentielles de vie perdues. Ces accidents sont probablement à la limite de la sphère somatique et de la sphère psychologique et sociale. En effet, s'ils génèrent une pathologie « somatique », on sait qu'ils surviennent dans des conditions complexes dans lesquelles convergent de nombreux facteurs de risque dont des facteurs psychologiques et des facteurs liés à l'environnement socio-économique. Ces accidents contribuent à faire envisager la santé de l'enfant et du jeune sous un tout autre angle que celui de la santé somatique. En effet, derrière le tableau somatique « bénin » dressé plus haut (troubles visuels, troubles bucco-dentaires, troubles de la statique vertébrale comme principale cause de morbidité), on sent bien un mal-être psychologique chez l'adolescent et le jeune. Bien que dans les enquêtes du type de celle de l'Insee ou dans les données de routine issues de l'hospitalisation publique et privée la prévalence des troubles mentaux semble très faible, les données d'interrogatoire laissent planer une impression beaucoup plus péjorative. Les suicides sont nombreux en France chez les jeunes de 15 à 24 ans et leur taux dépasse celui des pays voisins. Les auto-questionnaires remplis par les jeunes font apparaître l'importance de la symptomatologie dépressive (75 % des jeunes en insertion de l'enquête CFI-Paque disent souffrir de symptômes dépressifs ou anxieux), la fréquence pré-occupante des tentatives de suicide (7 % des élèves âgés de 11 à

19 ans et 15,5% des jeunes en insertion), la fréquence des consommations des produits toxiques (alcool, tabac). En ce qui concerne ces consommations la situation est préoccupante par rapport à celle d'autres pays notamment quant au tabagisme de la jeune femme et à la consommation d'alcool, particulièrement élevée en France par rapport aux pays voisins. Le rôle des facteurs sociaux paraît déterminant comme le montre bien les comparaisons entre les données de l'étude menée auprès des jeunes scolarisés et celle menée auprès des jeunes en insertion.

Ce tableau de mal-être psychologique se profile en fait dès la petite enfance derrière le tableau somatique rassurant. En effet, l'étude réalisée dans l'Hérault en 1988 montre bien qu'il existe 8% de retard de langage et 15% d'anomalies de la motricité fine chez les très jeunes enfants de moins de 6 ans. L'analyse des données de la «file active» des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile montre que les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43% des 290 000 enfants suivis dans ces secteurs en 1993, ce qui revient à une prévalence de consultations pour cette tranche d'âge de 3,6% par rapport à la population française du même âge. Enfin, les antécédents de violences subies pendant l'enfance rapportés par les adolescents montrent bien l'importance de la maltraitance durant la petite enfance.

Toutefois, ces mêmes jeunes montrent des capacités certaines à se protéger comme le montrent notamment toutes les études récentes sur la connaissance des mécanismes de transmission et de prévention du sida. Il faut noter aussi que les jeunes savent faire appel au système de soins et consultent beaucoup le généraliste. D'autre part, certaines dispositions existant déjà en France permettent d'éviter certaines causes de mort fréquentes dans d'autres pays. Il en est ainsi des homicides, deuxième cause de mort aux États-Unis, qui sont extrêmement rares en Europe du fait d'une législation différente sur les armes à feu.

Un point important est à soulever, celui d'une vulnérabilité évolutive des filles. En effet, qu'il s'agisse de tabagisme ou d'exposition aux accidents, leur situation ne connaît pas la stabilisation qu'on observe dans le sexe masculin, voire s'aggrave à l'heure actuelle.

Les aspects rassurants quant à la santé somatique sont sans doute à discuter. En effet, les données épidémiologiques et statistiques telles qu'on peut les trouver dans les sources qui sont explorées ici, sont des données relativement grossières qui ne rendent pas compte de phénomènes comme celui de la gravité par exemple. Ainsi, les troubles visuels observés sont-ils des troubles bénins, sont-ils des cécités, des amblyopies? Les statistiques telles qu'elles se présentent ne permettent pas de le savoir. Les maladies chroniques des adolescents (10% selon ce qu'ils rapportent dans les auto-questionnaires) sont-elles les maladies gravement invalidantes, sont-elles des maladies bénignes? Le sujet n'est pas lui non plus bien exploré. La divergence qui existe entre les troubles mentaux, déclarés dans certaines études ou rapportés par les statistiques hospitalières, et la riche symptomatologie

Analyse critique de la fiabilité des données épidémiologiques

décrite par les jeunes pose également question. Toutes ces questions poussent à s'interroger sur la fiabilité des données recueillies et sur l'interprétation et l'utilisation des résultats qui sortent de ces diverses statistiques de routine et enquêtes.

Les données statistiques et épidémiologiques qui ont été exposées ici proviennent, pour la grande majorité, de sources et d'organismes proposant des rapports ou des ouvrages qu'il est facile de se procurer. Ceci a été un choix délibéré, proposer aux lecteurs de ce rapport des données que tout professionnel s'intéressant à la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune peut aisément trouver. Bien entendu, il existe parfois des données plus fines, notamment dans la littérature scientifique internationale, alors que, dans certains cas, il s'agit ici de statistiques de routine. Ces chiffres sont d'interprétation délicate et leur nature globalisante recouvre des réalités complexes que l'on ne peut réellement appréhender que lorsqu'on sait quelles ont été toutes les conditions de recueil des données (définitions, populations concernées, procédures de collecte des données, nature des collecteurs...).

Bien que les statistiques de mortalité soient un outil d'une importance inestimable, car elles sont les seules qui soient exhaustives à niveau national et établies selon des normes et avec un codage qui permettent des comparaisons internationales, elles comportent un certain nombre d'imperfections, de nature et d'importance variables selon les pays, qui rendent l'interprétation des chiffres et les comparaisons parfois délicates. Ces problèmes méthodologiques sont détaillées ci-dessous, en prenant comme exemples les morts violentes et plus particulièrement les accidents d'une part, la mort subite du nourrisson d'autre part.

- Il existe un certain pourcentage de décès accidentels (d'importance variable selon l'âge et selon les pays) classés parmi les décès de causes non précisées (considérés comme relevant de symptômes et états morbides mal définis, ceux-ci ayant un pourcentage important en France, notamment pour les 15-24 ans - Tableau III), notamment dans le cas de morts violents et suspects faisant l'objet d'une enquête médico-légale, dont les résultats ne peuvent pas être communiqués lors de l'établissement des statistiques de mortalité. Le pourcentage de morts de cause non déclarée peut être très élevé dans certains cas ; ainsi en France, en 1983-1985 il était de 2 % pour l'ensemble de la population des décédés, mais dans la tranche d'âge 15-24 ans de 6,4 % des décès au niveau national et de 35 % à Paris.
- Il existe un pourcentage variable suivant les pays, parfois important, de « traumatismes et empoisonnements causés d'une

manière indéterminée quant à l'intention» (inclus dans les « autres morts violentes », catégorie particulièrement importante en France comme on l'a vu au Tableau III). Ce type de certification du décès peut correspondre à un refus, par le certificateur, du diagnostic de traumatisme intentionnel lorsque cela ne paraît pas culturellement et socialement acceptable, par exemple dans le cas des homicides de jeunes enfants ou des suicides d'adolescents. L'analyse de l'évolution récente en France des causes de morts violentes montre qu'une augmentation de la part des suicides dans l'ensemble des causes de décès correspond à une décroissance similaire de la part des accidents, phénomène vraisemblablement plus lié à des modifications dans les habitudes de codage qu'à un réel changement de pathologie.

- C'est sans doute l'hypothèse du « culturellement et socialement acceptable » qui explique en grande partie certaines différences surprenantes observées dans les statistiques de mortalité des jeunes de 15 à 24 ans, en ce qui concerne les décès par suicide. Une analyse de ces statistiques, établies en 1990 dans les douze pays de l'Union européenne (Tableau XV), montre que dans huit des pays, les suicides représentent de 12,1 % à 17,7 % de l'ensemble des causes de décès dans cette tranche d'âge et que dans quatre pays (Espagne, Grèce, Italie, Portugal), ils représentent de 4,1 % à 6,6 % de l'ensemble des causes de décès et sont au troisième ou quatrième rang des causes de décès derrière les maladies de l'appareil circulatoire et/ou les signes, symptômes et états morbides mal définis. Dans tous les autres pays, les suicides sont la deuxième cause de décès. Il est donc légitime de se poser la question suivante : la part des suicides est-elle beaucoup plus faible en Espagne, Grèce, Italie, et Portugal que dans le reste de l'Europe (le Nord), ou le diagnostic de décès volontaire est-il plus difficilement accepté ? Cette tendance à la sous-déclaration existe-t-elle en France ? Dans ce cas la situation serait encore pire qu'elle ne le semble actuellement (Tableau III).
- En cas de décès accidentel, la cause de l'accident est souvent non spécifiée. Dans certains pays, notamment de langue latine, le mot « accident » est pour beaucoup synonyme d'« accident de la circulation ». De ce fait, en France, dans la catégorie « accidents non précisés », il y a certainement un important pourcentage d'accidents de la circulation, ceux-ci se trouvant ainsi sous-estimés dans les statistiques officielles.
- Les décès accidentels retardés par rapport à l'accident lui-même peuvent être codés comme relevant d'une autre cause, et le

délai admis entre la date de l'accident et celle du décès pour poser le diagnostic de décès accidentel varie d'un pays à un autre, bien qu'il existe actuellement une définition européenne standardisée pour les tués dans des accidents de la circulation : « Toute personne tuée sur le coup ou décédée dans les trente jours suivant l'accident. » Cette définition n'est pas utilisée en France.

- L'analyse des chiffres de mortalité avant l'âge de 1 an est délicate et il existe une très grande hétérogénéité des taux de pays à pays. Les taux de mortalité accidentelles comme les taux français très élevés peuvent correspondre à des erreurs de classification : homicides codés comme des accidents, confusions entre suffocations et morts subites, notamment. En France, le nombre annuel de suffocations mortelles est très élevé, cette pathologie représentant 78% des causes de décès accidentel au cours de la 1^{re} année de la vie. L'analyse de l'évolution du taux de ces suffocations et de celui des morts subites inexplicées du nourrisson depuis vingt ans (Tableau XVI) montre que la diminution des premières s'accompagne d'une augmentation des secondes. On peut supposer que, plutôt qu'un changement dans la pathologie, il existe un changement dans les habitudes de diagnostic devant un nourrisson retrouvé mort dans un berceau.
- Enfin, le codage des causes d'accident, fait à l'aide du code E de la Classification internationale des maladies de l'OMS, ne permet pas l'identification des accidents domestiques (importante cause de décès chez les jeunes enfants), de loisir et de sport. Beaucoup d'utilisateurs de données statistiques ont pris l'habitude de soustraire du nombre total d'accidents le nombre d'accidents de la circulation et celui d'accidents du travail, identifiant ainsi les accidents domestiques et de loisir. Ce procédé tout à fait empirique a pour principal inconvénient, ainsi qu'il a été noté plus haut, de ne pas tenir compte des « accidents non précisés », catégorie comportant sans doute essentiellement des accidents de la circulation, et incluse ici dans les accidents domestiques.

Indépendamment de ces considérations qui concernent les deux tranches d'âge des enfants de moins de 1 an et des jeunes âgés de 15 à 24 ans, les statistiques de mortalité posent des problèmes plus généraux :

- les modifications de codage survenues dans les révisions successives de la Classification internationale des maladies gênent les comparaisons dans le temps ;
- il existe un délai, variable selon les pays, avant la publication des statistiques de mortalité rendant les comparaisons complexes ;

- les statistiques de mortalité sont un outil trop grossier pour analyser les causes rares de décès, or, dans l'enfance et l'adolescence, la plupart des effectifs de décès annuels sont faibles notamment dans le cas des maladies chroniques.

Lorsqu'on considère les données de morbidité, on est frappé par la variabilité de certains chiffres et pourcentages en fonction des sources. Ainsi les accidents très fréquents dans le sexe masculin dans les données hospitalières sont peu retrouvés en tant que pathologie auto-déclarée dans l'enquête Insee/Credes/Sesi. Les mêmes problèmes se rencontrent pour les troubles mentaux dont la prévalence varie considérablement d'une source à une autre. Il faut donc analyser les chiffres de morbidité en tenant compte des conditions de collecte de ces données.

Les données de morbidité proviennent essentiellement de deux sources : les enregistrements faits dans les services de santé et les entretiens sur la morbidité déclarée et la consommation médicale.

Les données enregistrées dans les services de santé posent un certain nombre de problèmes, notamment de représentativité. Ainsi la principale source d'information sur les accidents d'enfants et de jeunes, première cause de mortalité et de morbidité, est le système EHLASS qui est basé sur un échantillon volontaire, donc non représentatif, de consultations d'urgences des hôpitaux publics. Le problème de non-représentativité n'est pas le seul en ce qui concerne la pathologie accidentelle puisque l'exclusion du système privé entraîne également une exclusion de certains types d'accidents, notamment les accidents de la pratique sportive très vastement pris en charge par le secteur privé de soins.

Les statistiques établies dans les services d'hospitalisation des hôpitaux publics et privés fournissent des chiffres qui se rapportent non pas à des sujets mais à des séjours. Ainsi, un même sujet peut être compté plusieurs fois et il a d'autant plus de chances d'être surreprésenté qu'il présente une pathologie grave ayant fait l'objet de plusieurs séjours pendant la période d'enquête. Dans les données proposées par le Credes et l'Insee, comme dans celles émanant des hôpitaux, les pathologies sont classées selon les catégories de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS, dans laquelle les grandes catégories constituent des ensembles très hétérogènes. Ainsi en est-il de la catégorie «troubles mentaux» qui regroupe de multiples affections et symptômes de signification et gravité très variables.

À ce problème de manque de finesse des diagnostics s'ajoute celui de la non-spécification de la sévérité des troubles et des maladies enregistrés. Ceci est un problème particulièrement préoccupant à la fois dans les données exposées précédemment et dans celles issues des statistiques de routine. On peut s'interroger sur le degré de gravité des troubles présentés comme les plus fréquents chez les enfants et les adolescents : les troubles visuels, les troubles de la statique vertébrale, les troubles bucco-dentaires. Il s'agit là de grandes catégories géné-

riques peu explicites quant aux véritables problèmes somatiques. Les enquêtes menées directement auprès des ménages, comme l'enquête Insee/Credes/Sesi sur la santé et les soins médicaux ou l'enquête de la Cnam sur la pathologie accidentelle permettent, par leur technique d'échantillonnage, d'obtenir une meilleure représentativité au niveau de la population nationale et permettent aussi d'obtenir des réponses éventuellement plus fiables et plus fines sur l'état de santé. Elles posent toutefois d'autres types de problèmes. Outre leur coût qui est plus élevé que celui des enregistrements en routine dans les services de santé, elles reposent sur l'autodéclaration de symptômes, de maladies ou de consommation médicale. Or celle-ci varie considérablement selon le niveau éducatif, socio-économique, selon le sexe, selon l'âge des sujets. La technique de recueil joue également un rôle et l'autodéclaration des symptômes et des maladies peut être affectée par le fait qu'il s'agit d'un entretien en face à face ou d'un entretien téléphonique ou du remplissage d'un auto-questionnaire. De plus, il est légitime de s'interroger sur la fiabilité des informations de type médical (diagnostic, gravité, traitement). Cette fiabilité est plus sujette à caution que lorsque l'enregistrement s'est fait dans le cadre d'un service de santé. La sous-déclaration n'est pas rare de façon générale lorsque la durée de la période de mémorisation est longue et l'on sait que le taux d'oublis augmente avec cette durée et de façon spécifique pour certains symptômes et certaines pathologies, cette sous-déclaration pouvant alors aussi varier en fonction de la personne interrogée.

Ainsi dans l'enquête Insee/Credes/Sesi, la mesure de la morbidité des adolescents pose un problème car les affections déclarées pour les adolescents et les jeunes dans ce type d'enquête souffrent d'un biais de sous-déclaration important car fréquemment le répondant n'est pas le jeune lui-même, mais un de ses parents et le plus souvent la mère ; ce sont donc les affections dont elle a connaissance qu'elle transmet lors de l'enquête.

Les sous-déclarations portent sur plusieurs maladies : troubles de santé bénins ne justifiant pas de soins médicaux ; affections plus graves touchant les points relatifs à la sexualité, aux troubles mentaux ou au développement du corps dont l'adolescent n'ose pas parler et les troubles qui ne sont pas considérés comme des maladies (consommation de drogues, alcool, tabac). D'autre part, les maladies somatiques graves sont bien connues des parents et donc bien déclarées. En revanche, on est frappé par le fait que les tentatives de suicide ne sont pas spécifiquement citées (Tableau VIII).

Les auto-questionnaires, par leur confidentialité, permettent d'obtenir des informations plus fiables que les questionnaires remplis lors d'entretiens, notamment quand il est question de comportement. Toutefois, les enquêtes par auto-questionnaires telles que les nombreuses études qui ont été menées récemment dans plusieurs pays dans de larges populations d'adolescents, scolaires principalement, et qui sont devenues la principale source de données de bonne qualité sur les styles de vie, les comportements liés à la santé et les pro-

blèmes de santé des adolescents, posent aussi certains problèmes méthodologiques.

Les données doivent être recueillies dans des populations représentatives de la population générale si l'on veut pouvoir en déduire des programmes applicables à l'ensemble des adolescents. En effet, bien que les adolescents scolarisés soient la vaste majorité, des études menées uniquement en cadre scolaire, peuvent conduire à de sérieux biais de sélection en excluant les jeunes peut-être les plus à risque, parce que déscolarisés, parfois au chômage, parfois franchement marginalisés. Ceci ressort bien des résultats exposés ci-dessus. De plus, l'accès aux populations non scolarisées, suppose des procédures spécifiques, comme l'a montré l'enquête nationale suisse en 1992-1993 (recours à des travailleurs sociaux, des entreprises employant des adolescents, des institutions de soins ou d'aide, des centres de détention pour mineurs ; utilisation d'entretiens plutôt que d'auto-questionnaires).

Le remplissage d'un auto-questionnaire est encore plus dépendant du niveau éducatif que les réponses lors d'un entretien.

Les comportements auto-déclarés lors du remplissage de questionnaires posent également des problèmes de fiabilité. Une étude menée récemment dans le Maryland sur la cohérence des réponses dans le domaine des comportements sexuels a montré, par un suivi de cohorte sur plusieurs années, que cette cohérence est parfois faible et varie selon l'origine ethnique des sujets, le type de comportement étudié et de question posée (indicateur mesurant la sexualité : existence ou non de relations sexuelles, fréquence, âge au premier rapport). Ainsi, par l'interrogatoire répété chaque année des sujets, on a pu constater 67% d'incohérence dans la déclaration de l'âge au premier rapport.

Un dernier problème méthodologique consiste en la rareté des études permettant la comparaison de deux groupes d'âge (les adultes et les adolescents), qu'il s'agisse d'enquêtes incluant des sujets de tous âges, ou d'études sur les adultes ou les adolescents distinctes mais ayant des méthodologies comparables. Seules de telles études permettraient d'affirmer la spécificité ou non des comportements de prise de risques à l'adolescence. Si l'on compare les données recueillies chez les adolescents et celles recueillies chez les adultes (ce que l'on fait exceptionnellement), on peut constater que pour certains comportements à risque, les sujets qui présentent le plus de problèmes sont les adultes : accidents de la circulation et alcoolisation, mort par overdose, rapports sexuels non protégés en cas de multipartenariat. Bien entendu, idéalement, il faudrait pouvoir disposer d'études longitudinales qui permettraient de repérer l'âge de début des comportements à risque.

Dans le cadre des comparaisons internationales, les problèmes sont bien sûr plus complexes encore, surtout lorsque les méthodologies n'ont pas pu être strictement comparables. C'est ainsi le cas pour

l'enquête HBSC dans laquelle 24 pays ont été impliqués. Dans 21 pays l'échantillon étudié est national, dans 3 pays il n'est que régional : il s'agit de la France, de l'Allemagne et de la Russie. En France, seules deux régions sont représentées, celles de Nancy et de Toulouse.

Un phénomène est frappant dans la nature des données collectées, soit en routine, soit surtout dans le cadre d'études épidémiologiques spécifiques, c'est le manque d'informations sur l'enfance. La période périnatale a été largement explorée, notamment grâce aux enquêtes nationales menées par l'Unité 149 de l'Inserm. La période néonatale fait toujours l'objet d'enregistrements systématiques des principaux indicateurs de santé. On a vu que les adolescents et les jeunes sont l'objet d'un très grand intérêt de la part de nombreux chercheurs et que leur santé et leurs comportements ont été largement étudiés. En revanche il existe un manque cruel d'informations sur la santé somatique et la santé mentale du jeune enfant. Or, c'est bien à cet âge que se crée la personnalité du futur adolescent puis du futur adulte. Si l'on reprend les données qui ont été exposées ici et qui sont celles issues des bilans de santé menés en école maternelle, on peut tout d'abord souligner le manque de données de niveau national permettant d'avoir une idée précise des résultats des dépistages menés chez les jeunes enfants, notamment dans le domaine des troubles sensoriels et des troubles des acquisitions. Par ailleurs, la qualité et la comparabilité de ces bilans suivant les zones géographiques où ils sont menés mérite une réflexion. Ces aspects ont été bien analysés dans l'étude menée dans la Somme. Cette étude montre bien la nécessité de mener des enquêtes spécifiques dans la mesure où les données de routine fournies par les services de PMI montrent une très grande diversité des méthodes utilisées et une très grande dispersion des pourcentages des anomalies dépistées. Ainsi, par exemple, entre 1988 et 1991, on peut noter des pourcentages de dépistages auditifs positifs qui passent de 3,4 à 7,7 %, et, d'autre part, selon les départements, les anomalies dépistées varient de 5 à 22 % pour les dépistages visuels, et de 3 à 12 % pour les dépistages auditifs. Il y a donc clairement un besoin en standardisation des méthodes et vérification régulière de la qualité des bilans réalisés.

Outre les problèmes de fiabilité liés aux techniques de collecte des données, se posent des problèmes d'interprétation et d'utilisation des résultats. En ce qui concerne l'interprétation, un premier problème se pose, celui d'affirmer devant un chiffre ou un pourcentage qu'il a une valeur péjorative ou au contraire favorable. Plusieurs fois, dans les données citées précédemment, il est indiqué que les jeunes sont en bonne santé sur le plan somatique : 85 % des jeunes en insertion se disent en bonne santé, 10 % des jeunes se plaignent d'une maladie chronique ou d'une incapacité. Doit-on retourner le propos et dire que 15 % des jeunes qui ont moins de 25 ans se sentent en mauvaise santé ? Insister sur le fait que 1 jeune sur 10 se disant atteint d'une maladie chronique ou d'une incapacité représente un pourcentage plu-

tôt élevé? Lorsqu'on parle de comportements à risque de consommation, de déviance, par rapport à quelles normes se situe-t-on lorsqu'on exprime que les chiffres sont élevés? Par rapport aux adultes? Mais on a vu précédemment le manque de données comparatives permettant d'analyser conjointement les données chez les adultes et chez les adolescents et on a vu également que certains comportements déviants sont plus fréquents chez les adultes. Lorsqu'on dit qu'un chiffre est élevé, moyen, bas, se situe-t-on par rapport à une norme théorique liée au niveau d'acceptation sociale des conséquences négatives pour l'adolescent de ses prises de risque (par exemple l'énorme coût économique, social et psychologique des accidents de la circulation)?

L'utilisation des chiffres soulève également de nombreuses questions. En effet, lorsqu'il est question des adolescents et des jeunes, les chiffres sont souvent largement disséminés par les médias et l'image présentée actuellement de cette population n'est pas la plus favorable possible. Il est, en fait, de la responsabilité des professionnels de la santé qui vivent au quotidien près des adolescents, des épidémiologistes et des responsables de programmes qui manient ces chiffres de fournir les données chiffrées les plus fiables possibles et de permettre une mise en évidence des «vrais problèmes»: la dépression et les troubles psychosomatiques sont plus fréquents que la violence et la délinquance.

Quelles que soient les imperfections des données statistiques et épidémiologiques, elles continueront à être considérées comme d'une incontestable utilité et d'un apport inestimable pour les programmes de santé. Toutefois, on ne peut fonder ces programmes sur la seule analyse des données chiffrées. Parce qu'ils sont au contact quotidien avec les adolescents, les professionnels de la santé en général et les cliniciens en particulier jouent un rôle important dans la réflexion sur l'élaboration des actions en faveur des adolescents et dans le questionnement sur la fiabilité des données statistiques. Leur expérience relationnelle avec les adolescents contraste avec la froideur des chiffres. L'épidémiologie ne peut prétendre détenir la «vérité absolue». La clinique voit les adolescents à travers le filtre de certains biais de recrutement. Les deux abords sont donc nécessairement complémentaires.

De plus, les collaborations pluridisciplinaires, avec les sciences humaines et sociales notamment, méritent également d'être suscitées et favorisées dans la mesure où l'approche purement médicale des problèmes de santé des adolescents est inapte à en révéler la complexité.

Finalement, puisque l'analyse de données chiffrées reste un des outils préférentiels pour planifier des programmes, il est important d'améliorer la qualité de ces données. En ce qui concerne les données de mortalité, un effort tout particulier devrait être fait pour améliorer les statistiques, et il y a un besoin clair en formation des professionnels de la santé et notamment des médecins, afin qu'ils comprennent que la certification des décès n'est pas une tâche purement administrative,

que les statistiques jouent un rôle fondamental dans les politiques sanitaires, en fournissant des indicateurs, et qu'ils ont donc eux-mêmes un rôle important dans la qualité des données et notamment celles qui concernent les morts violentes.

Il y a également un besoin en données de routine de morbidité plus affinées permettant notamment une meilleure connaissance des diagnostics précis et de la gravité des symptômes et des maladies enregistrés, qu'il s'agisse des enregistrements au niveau hospitalier ou de ceux faits dans les grandes enquêtes en population type Insee.

Il y a un clair besoin en recherche sur la santé des enfants et plus particulièrement en études longitudinales permettant de suivre des enfants jusqu'à l'adolescence et la jeunesse afin de dépister les périodes charnières au cours desquelles on peut intervenir pour prévenir les troubles des acquisitions essentielles et empêcher certaines détériorations de la santé somatique et surtout de la santé mentale.

Il y a également un besoin en données plus systématisées de santé mentale et en recherche sur le suicide.

Concluons ce chapitre de réflexion sur la fiabilité des données statistiques et épidémiologiques en notant que, quelles que soient leurs imperfections, elles finissent par constituer un ensemble suffisamment cohérent et de plus convergent avec le vécu des professionnels qui sont au contact des adolescents et des jeunes, pour que l'on puisse affirmer qu'il existe actuellement en France un authentique mal-être psychologique des jeunes et que la santé somatique n'est peut-être pas aussi positive que semblent le dire les chiffres.

Tableau I
Causes de décès par sexe et par âge de 0 à 24 ans en France en 1993
 (Source : OMS)

	Tous âges		0 ans		1-4 ans		5-14 ans		15-24 ans	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Population (en milliers)	28 079	29 975	367	349	1 531	1 462	3 768	3 596	4 162	4 020
Toutes causes										
- Nombre	275 677	256 586	2 732	1 872	589	415	773	537	4 465	1 562
- Taux pour 100 000	(981,8)	(867,6)	(749,3)	(539,4)	(38,5)	(28,4)	(20,5)	(14,9)	(107,3)	(38,9)
Maladies infectieuses et parasitaires	3 473 (12,4)	3 781 (12,8)	52 (14,3)	49 (14,1)	24 (1,6)	16 (1,1)	17 (0,5)	13 (0,4)	28 (0,7)	22 (0,5)
Tumeurs malignes dont leucémies	86 848 (309,3)	55 864 (188,9)	16 (4,4)	10 (2,9)	63 (4,1)	40 (2,7)	146 (3,9)	106 (2,9)	230 (5,5)	138 (3,4)
Troubles mentaux et maladies du système nerveux	10 778 (38,3)	13 734 (45,8)	104 (28,3)	67 (19,2)	40 (2,6)	27 (1,8)	54 (1,43)	37 (1,02)	216 (5,2)	95 (2,36)
Maladies de l'appareil circulatoire	79 614 (283,5)	94 507 (319,5)	35 (9,6)	44 (12,7)	29 (1,9)	27 (1,8)	42 (1,1)	22 (0,6)	118 (2,8)	73 (1,8)
Maladies de l'appareil respiratoire	20 832 (74,1)	19 545 (65,2)	89 (24,4)	45 (13)	20 (1,3)	13 (0,89)	20 (0,53)	21 (0,58)	64 (1,53)	47 (1,16)
Malformations congénitales	922 (3,3)	748 (2,49)	572 (156,9)	436 (125,6)	74 (4,83)	45 (3,0)	32 (0,84)	34 (0,94)	36 (0,86)	40 (0,99)
Affections de la période périnatale	781 (2,8)	527 (1,8)	781 (212,3)	527 (151,3)						
Symptômes et état morbide mal définis	11 894 (42,4)	12 316 (41,6)	870 (238,6)	548 (157,9)	65 (4,2)	43 (2,9)	30 (0,8)	30 (0,8)	301 (7,2)	119 (3)
Dont mort subite du nourrisson			717 (196,7)	416 (119,9)						
Accidents*	16 741 (59,6)	13 541 (45,1)	87 (23,9)	68 (19,6)	176 (11,5)	127 (8,8)	276 (7,3)	160 (4,6)	2 292 (55,2)	641 (16)
Suicides	8 861 (31,6)	3 390 (11,5)					26 (0,7)	5 (0,1)	756 (18,2)	210 (5,2)
Homicides	384 (1,4)	239 (0,8)	10 (2,7)	6 (1,7)	7 (0,5)	10 (0,7)	17 (0,5)	9 (0,3)	58 (1,4)	21 (0,5)
Autres morts violentes	1 770 (6,3)	777 (2,6)	8 (2,2)	6 (1,7)	36 (2,4)	17 (1,2)	40 (1,1)	19 (0,5)	222 (5,3)	52 (1,3)
Autres**	30 696 (109,3)	32 328 (107,8)	106 (29,4)	65 (18,6)	55 (3,59)	49 (3,35)	73 (1,93)	74 (2,05)	140 (3,36)	98 (2,43)

* Nous n'avons pas inclus dans les causes d'accidents, les accidents médicamenteux.

** Regroupe les tumeurs bénignes, les troubles métaboliques et nutritionnels, anémies et maladies du sang, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil génito-urinaire, causes obstétricales, maladies de la peau, maladies ostéo-articulaires.

Source : *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, Genève, 1995.*

Tableau II
Comparaisons internationales des principales causes de décès
chez les enfants de moins de 1 an par sexe et en taux pour 100 000 (Source : OMS)

	Malformations congénitales		Affections périnatales		Symptômes et états morbides mal définis		Dont mort subite du nourrisson		Accidents	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
France 1993	156,9	125,6	214,2	151,9	238,6	157,9	196,7	119,9	23,9	19,6
Allemagne 1994	184,9	163,8	253,6	185,4	121,5	91,5	110,9	82,4	11,1	11,2
Italie 1992	237,6	194,3	509,3	392,2	27,3	21,8	12,6	10,2	16,0	11,6
Espagne 1992	250,6	213,5	338,5	264,6	54,7	26,0	45,4	20,8	33,2	24,5
Suède 1992	175,9	156,3	212,4	147,6	89,6	57,3	84,6	55,6	3,3	8,7
Royaume-Uni 1993	135,9	121,3	365,6	276,6	78,3	57,4	73,7	53,4	7,7	8,9
USA 1992	193,7	172,2	419,1	344,7	168,4	117,6	142,4	97,1	22,2	17,9
Japon 1994	153,5	140,9	140,7	107,7	55,5	36,4	45,4	29,7	30,3	21,1

Source : Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, Genève, 1995.

Tableau III
Comparaisons internationales des principales causes de décès
chez les jeunes de 15-24 ans par sexe et en taux pour 100 000 (Source : OMS)

	1993 France		1994 Allemagne		1992 Italie		1992 Espagne		1993 Suède		1994 Royaume-Uni		1992 USA		1994 Japon	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tumeurs	5,5	3,4	5,1	3,8	7,3	4,8	6,6	4,8	6,0	4,6	6,0	4,1	5,9	4,1	4,8	3,4
Accidents (accidents thérapeutiques non inclus)	55,2	16,0	47,0	12,4	59,9	12,4	68,5	16,7	25,4	8,5	27,8	7,4	55,5	19,3	30,5	7,4
Suicides	18,2	5,2	13,9	3,7	6,8	1,8	6,8	1,3	12,0	6,6	11,5	2,2	21,9	3,7	12,0	5,1
Homicides	1,4	0,5	1,3	1,0	4,4	0,6	1,3	0,6	1,8	0,7	2,1	0,8	36,8	6,4	0,6	0,3
Autres morts violentes	5,3	1,3	2,6	0,6	0,8	0,1	0,9	0,3	3,7	1,5	7,0	1,6	2,0	0,3	1,7	0,6
Symptômes et états morbides mal définis	7,2	3,0	3,9	1,2	3,1	0,8	1,7	0,6	0,5		0,5	0,2	2,4	1,1	0,7	0,2
Maladies de l'appareil circulatoire	2,8	1,8	3,5	2,7	4,2	2,0	7,7	2,9	3,3	2,0	3,5	2,0	4,4	2,7	4,4	2,5

Source : Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, Genève, 1995.

Tableau IV
Évolution du taux de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans, par sexe, en France de 1950 à 1993
 (Taux pour 100 000)

	15-24 ans			15-19 ans			20-24 ans		
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F
1950	7	3	2,33						
1960	6	4	1,5	5	3	1,66	8	5	1,6
1965	6	4	1,5	4	3	1,33	9	5	1,8
1970	10	4	2,5	7	4	1,75	12	4	3
1975	12	5	2,4	7	4	1,75	17	6	2,9
1980	15	5	3	7	3	2,33	24	8	3
1985	17	5	3,4	9	3	3	25	7	3,5
1990	14	4	3,5	8	3,3	2,6	20,1	5,5	3,8
1993	18,2	5,2	3,5						
1994	16,1	4,3	3,7						

NB : Le rapport M/F représente la surmortalité masculine.

Source : Inserm, *Statistiques des causes de décès*.

Tableau V
Prévalence des anomalies somatiques observées lors de l'examen en école maternelle dans l'Hérault

	Prévalence	
	%	IC ^a
Anomalies sensorielles	18,2	1,2
Anomalies de l'audition (n = 1 391)	4,6	0,7
Anomalies de l'acuité visuelle (n + 1 383)	11,0	1,0
- dont binoculaire	5,5	0,7
- dont monoculaire	5,5	0,8
- dont sévères (A.V. < 3 à un œil au moins)	2,6	0,5
Strabismes (n = 1 383)	4,8	0,8
Autres anomalies ophtalmologiques (n = 1 383)	1,0	0,3
Autres anomalies de l'examen somatique (n = 1 399)	7,7	1,0
Total des anomalies somatiques (n = 1 383)	24,2	1,4

Notes : Intervalle de confiance du pourcentage au risque α de 0,05.

Source : RESP 1992 ; 40 : 25-32.

Tableau VI
Pathologies traitées dans les services de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés
Répartition des séjours annuels par sexe, âge et groupe d'affections (1)

1993	Enfants (moins de 15 ans)						en%
		GARÇONS			FILLES		
	Répartition des séjours annuels (2)	Proportion d'hospitalisations < 24 heures	Part du secteur public (3)	Répartition des séjours annuels (2)	Proportion d'hospitalisations < 24 heures	Part du secteur public (3)	
Maladies infectueuses et parasitaires	4,0	14,2	88,3	4,5	7,6	94,4	
Tumeurs	2,6	64,1	85,2	3,6	64,1	88,7	
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	1,1	32,7	98,3	1,5	47,5	100,0	
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1,2	39,5	98,3	1,5	34,4	100,0	
Troubles mentaux	0,5	44,0	100,0	0,6	39,0	95,9	
Maladies du système nerveux et des organes des sens	11,4	70,8	32,8	12,6	70,7	30,5	
Maladies de l'appareil circulatoire	0,7	23,5	85,6	0,7	33,8	83,1	
Maladies de l'appareil respiratoire	18,5	41,2	50,9	17,8	46,8	47,6	
Maladies de l'appareil digestif	10,0	13,5	55,0	12,2	12,7	48,4	
Maladies des organes génito-urinaires	6,8	47,2	47,7	2,6	17,8	81,9	
Accouchement normal (4)	-	-	-	-	-	-	
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	-	-	-	0,1	0,0	100,0	
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,7	33,1	74,0	1,8	30,4	73,7	
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1,7	18,7	74,1	2,0	22,2	76,6	
Anomalies congénitales	5,1	24,7	77,1	3,8	22,7	78,2	
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	5,2	1,9	98,1	5,6	0,8	95,7	
Symptômes, signes et états morbides mal définis	8,5	15,3	85,4	10,1	12,7	83,1	
Lésions traumatiques et empoisonnements	11,9	21,3	74,8	9,6	20,0	74,5	
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (5)	9,1	67,1	87,1	9,4	72,1	84,4	
Total toutes causes...	100,0	35,9	66,7	100,0	35,5	66,7	
Effectifs estimés (milliers)	998,5			743,7			

(1) Résultats provisoires.

(2) Ensemble des séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations.

(3) Hôpitaux publics et établissements privés non lucratifs PSPH.

(4) Code 650 de la CIM de l'OMS 9^e révision.

(5) Autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

Champ : France métropolitaine.

Source : Ministère du Travail et des Affaires sociales - SESI.

Tableau VII
Morbidité prévalente selon l'âge

1991-1992

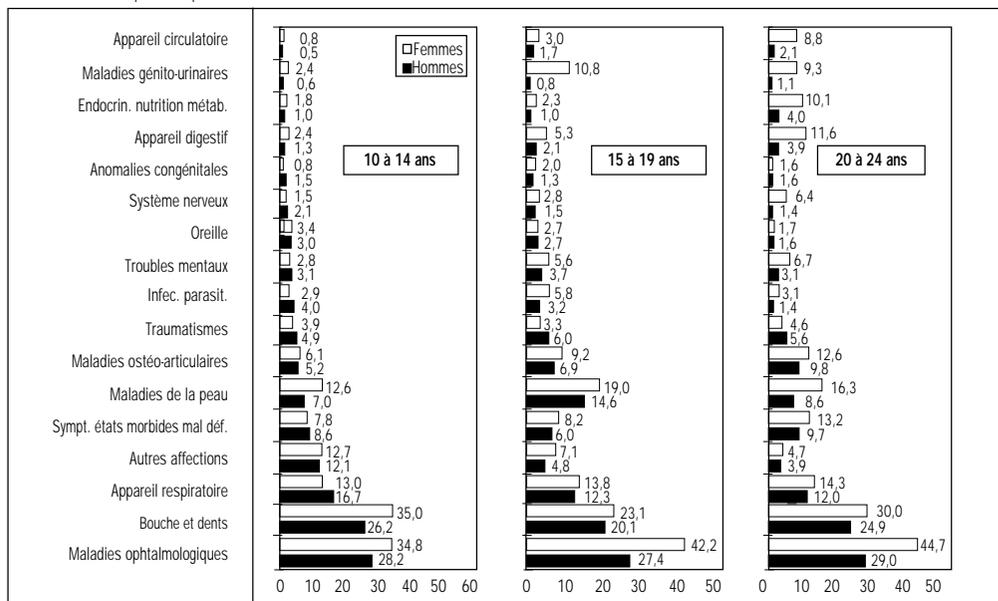
Nombre de maladies pour 100 personnes

Domaines pathologiques	Enfants de moins de 15 ans		Adultes de 15 à 64 ans		Personnes âgées de 65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses et parasitaires	4,2	3,6	2,6	4,4	4,4	4,7
Tumeurs	0,2	0,1	1,6	3,5	7,3	4,4
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolismes et troubles immunitaires	0,7	1,3	22,7	29,6	55,5	67,8
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,9	0,5	0,3	1,0	1,4	2,7
Troubles mentaux	3,0	2,5	7,2	14,9	15,1	25,5
Maladies du système nerveux et des organes des sens	27,8	28,4	60,5	80,8	154,5	160,8
dont - Maladies du système nerveux seules	1,0	0,6	3,9	9,3	6,1	7,8
- Maladies ophtalmologiques	19,7	21,3	51,7	67,5	121,9	131,4
- Maladies de l'oreille	7,1	6,5	4,9	4,0	26,5	21,6
Maladies de l'appareil circulatoire	0,1	0,3	19,5	37,1	121,4	150,9
Maladies de l'appareil respiratoire	20,0	17,0	12,8	15,3	25,3	18,1
Maladies de l'appareil digestif	18,6	21,6	56,7	73,2	122,0	149,7
dont - Maladies de l'appareil digestif seules	2,6	3,4	12,0	19,2	37,4	52,9
- Maladies de la bouche et des dents	16,0	18,2	44,7	54,0	84,6	96,8
Maladies des organes génito-urinaires	0,8	1,2	2,6	17,5	14,8	8,9
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	'''	'''	'''	0,6	'''	'''
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	9,8	11,7	8,4	12,9	11,0	13,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	3,3	3,3	23,9	32,4	57,5	83,9
Anomalies congénitales	2,2	2,2	0,8	1,0	0,3	0,9
Affections périnatales	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	10,3	8,5	13,7	21,7	41,4	58,4
dont - Troubles du sommeil	1,3	0,9	3,6	5,8	16,6	25,3
- Asthénie	0,9	1,9	1,8	3,6	2,5	5,2
- Céphalées	0,4	0,4	2,4	4,2	2,5	5,0
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,1	3,0	6,2	3,7	5,8	5,9
Autres affections	7,4	7,4	12,3	25,7	42,5	58,6
Total toutes causes	112,4	113,1	252,0	375,2	680,4	814,3

Champ : France métropolitaine.
Source : CREDES.

Tableau VIII
Taux de morbidité prévalente par grands domaines pathologiques selon l'âge et le sexe

Nombre de maladies pour 100 personnes



Données : Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux.

Source : CREDES.

Tableau IX
Répartition selon le sexe et le type de déficience principale* de la clientèle des établissements médico-sociaux d'éducation spéciale au 1^{er} janvier 1992 (France entière)

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Retard mental profond et sévère	5 631	8,5	4 157	9,9	9 788	9,1
Retard mental moyen	14 882	22,6	11 141	26,5	26 023	24,1
Retard mental léger	15 610	23,7	10 490	24,9	26 100	24,2
Autre déficience de l'intelligence	289	0,4	174	0,4	463	0,4
Autres déficiences du psychisme (troubles de la conduite et du comportement et troubles psychologiques graves)	15 397	23,4	5 539	13,2	20 936	19,4
Déficience du langage et de la parole	549	0,8	275	0,6	824	0,8
Déficiences auditives	4 345	6,6	3 603	8,6	7 948	7,4
Déficiences visuelles	1 929	3,0	1 344	3,2	3 273	3,0
Déficiences motrices	4 162	6,3	2 679	6,4	6 821	6,3
Déficiences viscérales, métaboliques et nutritionnelles	197	0,3	132	0,3	329	0,3
Polyhandicaps	2 830	4,3	2 441	5,8	5 271	4,9
Non déterminé	88	0,1	82	0,2	170	0,1
Total	65 889	100,0	42 057	100,0	107 946	100,0

* La nomenclature utilisée est issue de la Classification Internationale des Handicaps (OMS). Triomphe A., Tomkiewicz S. *Les handicapés de la prime enfance*, PUF, 1985.

Source : d'après enquête ES 91. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. SESI.

Tableau X
Répartition par âge et par sexe. Établissements médico-sociaux d'éducation spéciale.
Distribution des effectifs en fonction de l'âge et du sexe au 1^{er} janvier 1992 (France entière)

Sexe	Âge < 3 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20 ans et +	Total	%
Garçons %	135 0,2%	1 461 2,2%	14 092 21,4%	26 726 40,6%	20 061 30,4%	3 414 5,2%	65 889 100%	61,0
Filles %	106 0,3%	1 060 2,5%	8 759 20,8%	15 732 37,4%	13 874 33,0%	2 526 6,0%	42 057 100%	39,0
Ensemble %	241 0,2%	2 521 2,3%	22 851 21,2%	42 458 39,3%	33 935 31,5%	5 940 5,5%	107 946 100%	100

Source : d'après enquête ES 91. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. SESI.

Tableau XI
Répartition des cas de SIDA par âge au diagnostic et sexe. Cas diagnostiqués entre le 1^{er} juillet 1994
et le 30 juin 1995, entre le 1^{er} juillet 1995 et le 30 juin 1996 et depuis 1978 (France, 30 juin 1996)

	Cas diagnostiqués* entre le 1 ^{er} juillet 1994 et le 30 juin 1995			Cas diagnostiqués* entre le 1 ^{er} juillet 1995 et le 30 juin 1996			Cas cumulés depuis 1978		
	Femmes	Hommes	Total (%)	Femmes	Hommes	Total (%)	Femmes	Hommes	Total (%)
< 5 ans	14	18	32 (0,6)	5	6	11 (0,3)	211	266	477 (1,1)
5-14 ans	10	7	17 (0,3)	1	2	3 (0,1)	56	111	167 (0,4)
15-19 ans	5	5	10 (0,2)	5	5	10 (0,3)	49	112	161 (0,4)
20-24 ans	42	71	113 (2,2)	28	43	71 (2,1)	525	1 273	1 798 (4,3)
25-29 ans	208	490	698 (13,6)	125	297	422 (12,4)	1 841	6 181	8 022 (19,0)
30-34 ans	327	1 133	1 460 (28,3)	212	722	1 028 (30,1)	1 934	8 702	10 636 (25,2)
35-39 ans	191	861	1 052 (20,4)	141	601	742 (21,7)	1 023	6 524	7 547 (17,9)
40-44 ans	89	550	639 (12,4)	80	372	452 (13,2)	565	4 524	5 089 (12,0)
45-49 ans	60	404	464 (9,0)	45	258	303 (8,9)	303	2 780	3 083 (7,3)
50-59 ans	71	381	452 (8,8)	53	254	307 (9,0)	422	2 916	3 338 (7,9)
60-69 ans	37	129	166 (3,2)	30	100	130 (3,8)	329	1 114	1 443 (3,4)
> 70 ans	8	40	48 (0,9)	6	22	28 (0,8)	158	343	501 (1,2)
Total	1 062	4 089	5 151 (100,0)	731	2 682	3 413 (102,8)	7 416	34 846	42 262 (100,0)
	SR = 3,9			SR = 3,7			SR = 4,7		

* Données provisoires.

Source : BEH n° 36/96, Ministère des Affaires sociales.

Tableau XII
Consommation de tabac par les jeunes de 18 à 24 ans, selon l'âge et le sexe,
en France, en 1986-1987 et 1991-1992 (en%)

	A déjà fumé	A cessé de fumer	Fume régulièrement	Nbre moyen de cigarettes quotidiennes
1986-1987				
Hommes 18-19 ans	44,8	4,4	40,4	11,0
20-24 ans	64,7	7,6	57,1	16,0
Femmes 18-19 ans	42,4	3,7	38,8	10,3
20-24 ans	57,1	13,2	43,9	13,2
1991-1992				
Hommes 18-19 ans	34,5	1,3	33,1	11,8
20-24 ans	55,9	4,5	51,4	14,8
Femmes 18-19 ans	30,3	3,0	27,3	9,6
20-24 ans	48,8	10,7	38,0	11,6

Source : Enquête Santé INSEE - 1991-1992.

Tableau XIII
Consommation d'alcool des jeunes de 18 à 24 ans, selon l'âge et le sexe,
en France, en 1986-1987 et 1991-1992 (en%)

	A déjà bu	A cessé de boire	Boit régulièrement
1986-1987			
Hommes 18-19 ans	21,6	2,1	19,5
20-24 ans	40,6	8,1	32,5
Femmes 18-19 ans	9,3	1,2	8,1
20-24 ans	16,5	3,1	13,4
1991-1992			
Hommes 18-19 ans	24,6	2,6	21,9
20-24 ans	43,6	4,3	39,2
Femmes 18-19 ans	7,8	0,0	7,8
20-24 ans	14,3	2,5	11,8

Source : Enquête Santé INSEE.

Tableau XIV
Pourcentage de réponses erronées concernant la transmission du VIH,
selon la filière de formation de jeunes âgés de 15 à 18 ans

Transmission du VIH	Enseignement général et technique	LEP	CFA, OF, CIPP
Dans les toilettes publiques	7,3	13,6	25,0
Par une piqûre de moustique	8,2	13,6	17,2
En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	7,4	18,1	24,8
En donnant son sang	18,5	33,0	40,6

Source : Lagrange H., Lhomond B. Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans : Rapport. Paris : ACJS/ANRS 1995.

Tableau XV
Part des accidents, suicides et tumeurs malignes, parmi l'ensemble des causes de décès (en pourcentage et en rang) chez les sujets âgés de 15 à 24 ans, dans les 12 pays de l'Union européenne, en 1990

	Accidents				Suicides			Tumeurs malignes		
	Nbre total de décès	Nbre de décès	% du Nbre total	Rang	Nbre de décès	% du Nbre total	Rang	Nbre de décès	% du Nbre total	Rang
Allemagne	7 436	3 583	48,2	1	1 028	13,8	2	561	7,5	3
Belgique*	1 082	609	56,3	1	156	14,4	2	83	7,7	3
Danemark	396	176	44,4	1	70	17,7	2	46	11,6	3
Espagne**	5 232	3 060	58,5	1	343	6,6	4 (a)	385	7,4	3
France	6 545	3 527	53,9	1	791	12,1	2	412	6,3	3
Grèce	1 051	663	63,0	1	48	4,6	4 (a)	90	8,6	2
Irlande	359	181	50,4	1	56	15,6	2	35	9,7	3
Italie**	5 659	2 980	52,7	1	316	5,6	3	569	10,1	2
Luxembourg	48	33	68,8	1	6	12,5	2	(1)	(2,1)	-
Pays-Bas	1 053	404	38,4	1	139	13,2	2	119	11,3	3
Portugal	1 809	813	45,0	1	75	4,1	4 (a)	119	6,6	3
Royaume-Uni	4 918	2 082	42,3	1	613	12,5	2	433	8,8	3
Total	35 588	18 111	50,9		3 641	10,2		2 853	8,0	

* Belgique: 1987.

** Espagne, Italie: 1989.

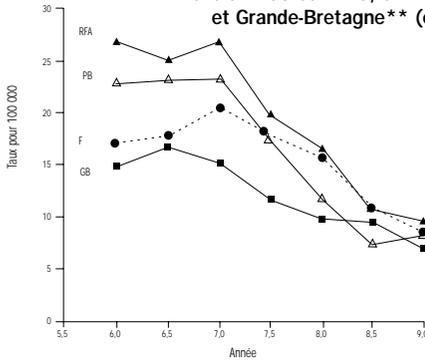
(a) Pays dans lesquels le suicide est au 4^e rang parmi les causes de décès: Espagne: 2^e cause = maladies de l'appareil circulatoire (N = 424); Grèce: 3^e cause = maladies de l'appareil circulatoire (N = 68); Portugal: 2^e cause = signes, symptômes, états morbides mal définis (N = 337).

Source: OMS.

Tableau XVI
Évolution du nombre et du taux (pour 100 000 naissances vivantes) de suffocations et de morts subites inexpliquées du nourrisson, chez l'enfant de moins de 1 an en France entre 1970 et 1990

	Nombre de décès	Suffocation		Mort subite inexpliquée	
		N	Taux pour 100 000	N	Taux pour 100 000
1970	15 437	521	61,3	217	25,5
1975	10 277	632	84,8	211	28,3
1980	8 010	596	74,5	823	102,8
1985	6 389	237	31,9	1 231	165,8
1990	5 599	223	29,7	1 369	182,4

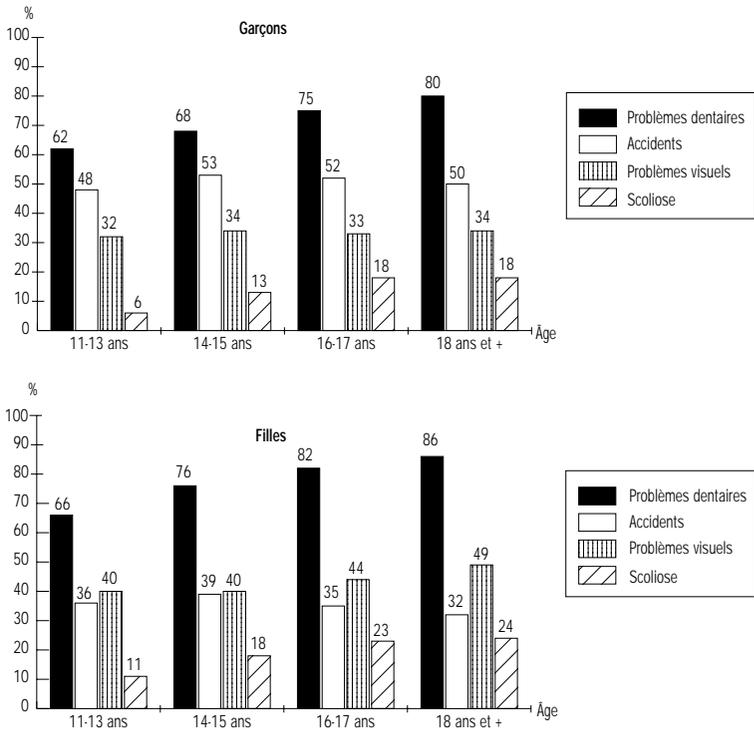
Figure 1 :
Evolution de la mortalité accidentelle des sujets âgés de 1 à 14 ans, entre 1960 et 1990, en RFA*, Pays-Bas, France et Grande-Bretagne** (en taux pour 100 000)



* République d'Allemagne pour 1990.
** Royaume-Uni pour 1990.

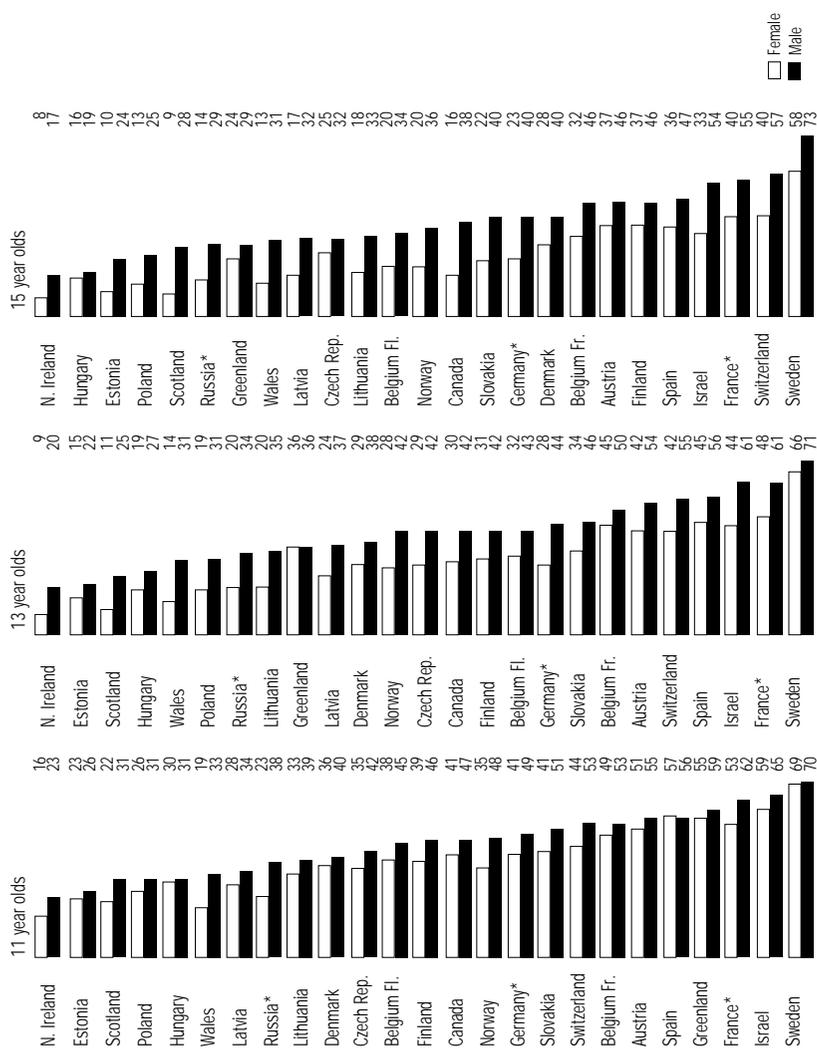
Source : OMS.

Figure 2 :
Problèmes de santé par sexe et par âge (en%)



Source : M. Choquet, S. Ledoux. Adolescents - Enquête nationale - INSERM 1994.

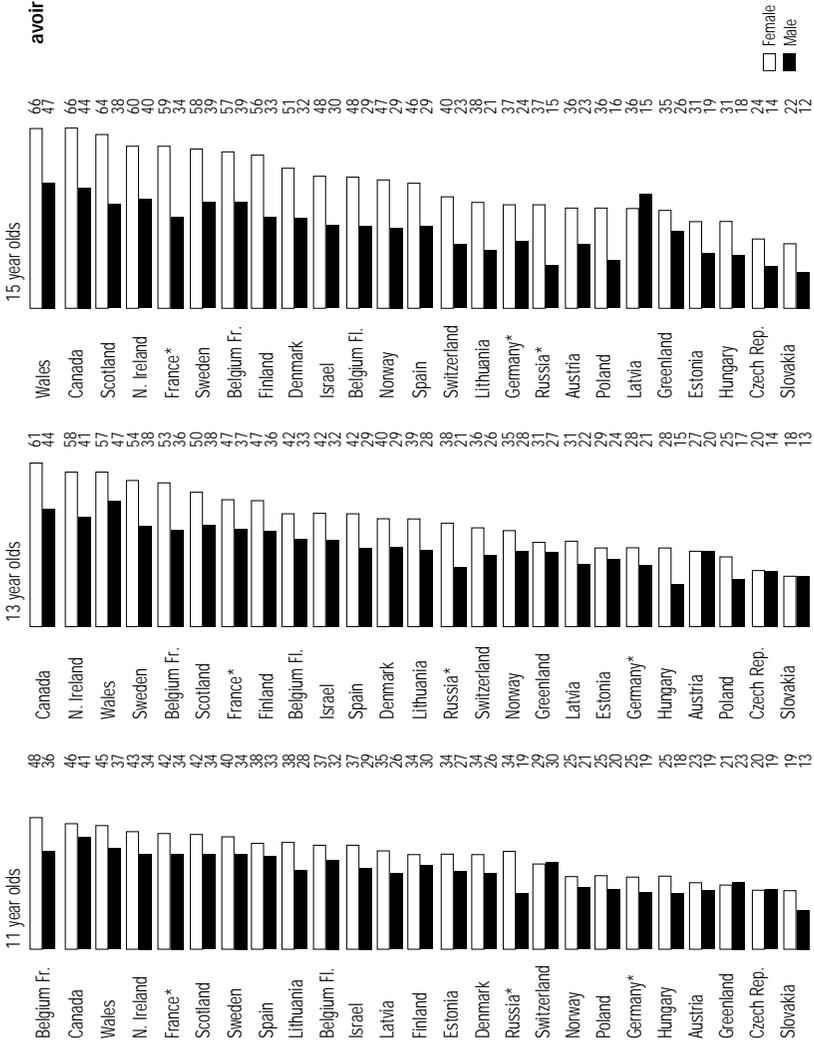
Figure 3 :
**Repartition des jeunes déclarant être
 en très bonne santé, selon le pays,
 le sexe et la classe d'âge (en %)**



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

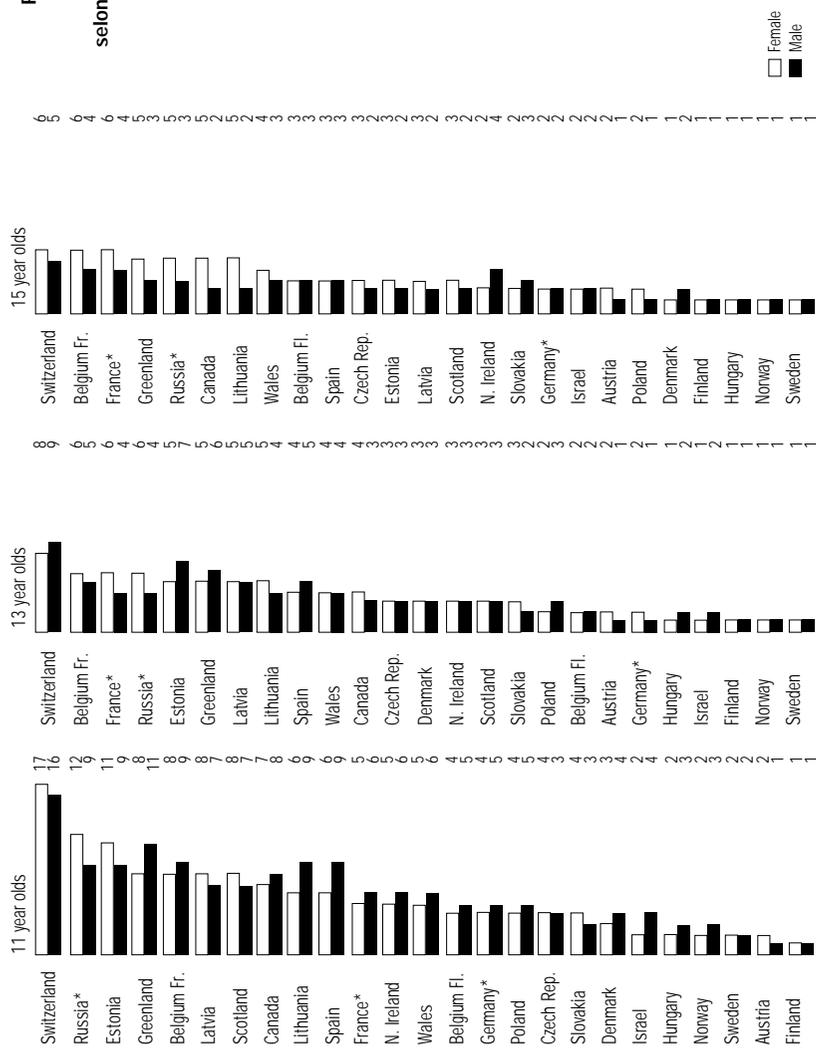
Figure 4 :
Répartition des jeunes déclarant
avoir pris des antalgiques contre le mal de tête
au cours du dernier mois, selon le pays,
le sexe et la classe d'âge (en %)



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

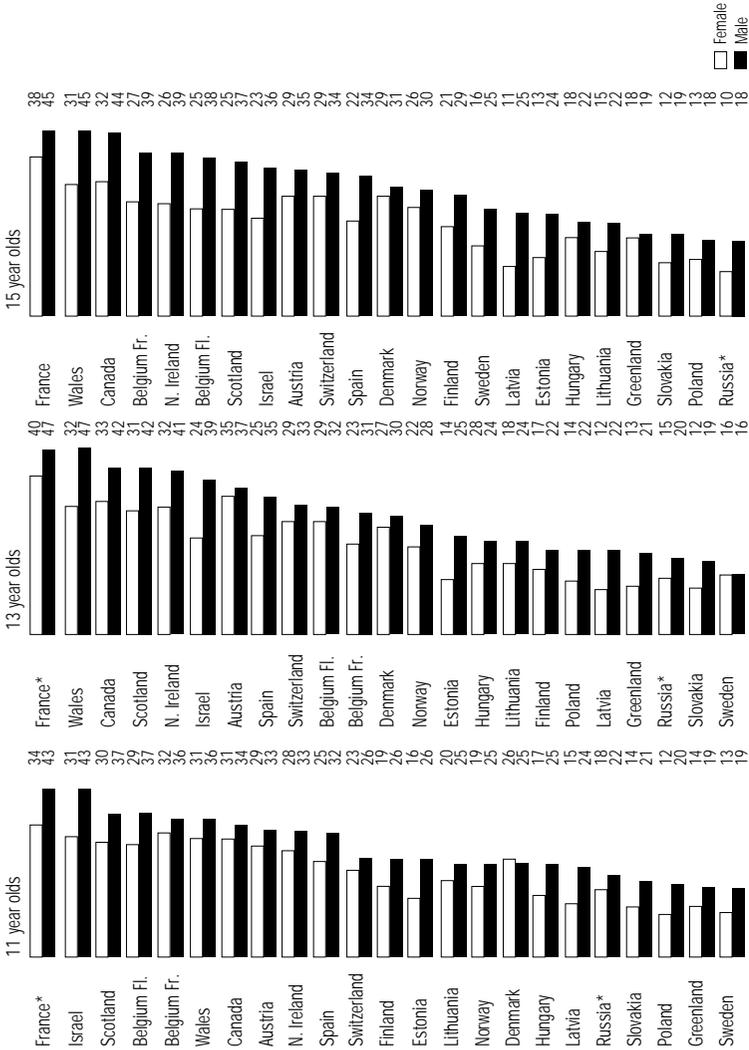
Figure 5 :
Répartition des jeunes déclarant avoir pris
des médicaments pour dormir
au cours du dernier mois,
selon le pays, le sexe et la classe d'âge (en %)



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

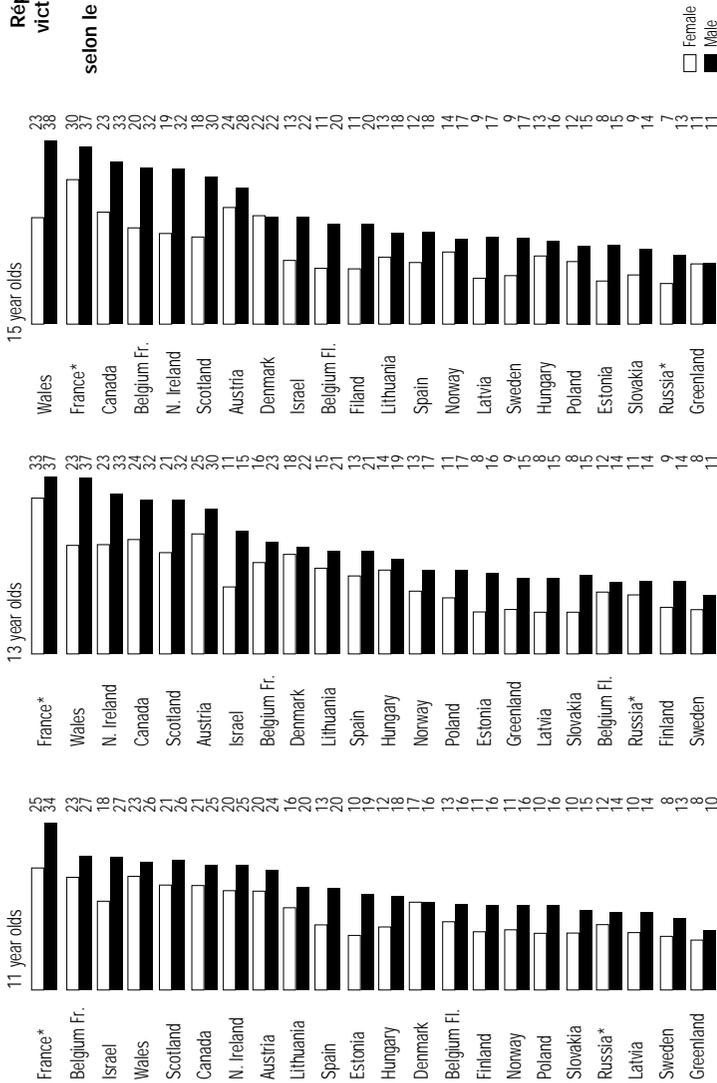
Figure 6 : Répartition des jeunes déclarant avoir été victime d'un accident (ou blessure) au cours de l'année précédente, selon le pays, le sexe et la classe d'âge (en %)



Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Figure 7 :
Répartition des jeunes déclarant avoir été
victime d'un accident (ou blessure) grave¹
au cours de l'année précédente,
selon le pays, le sexe et la classe d'âge (en %)

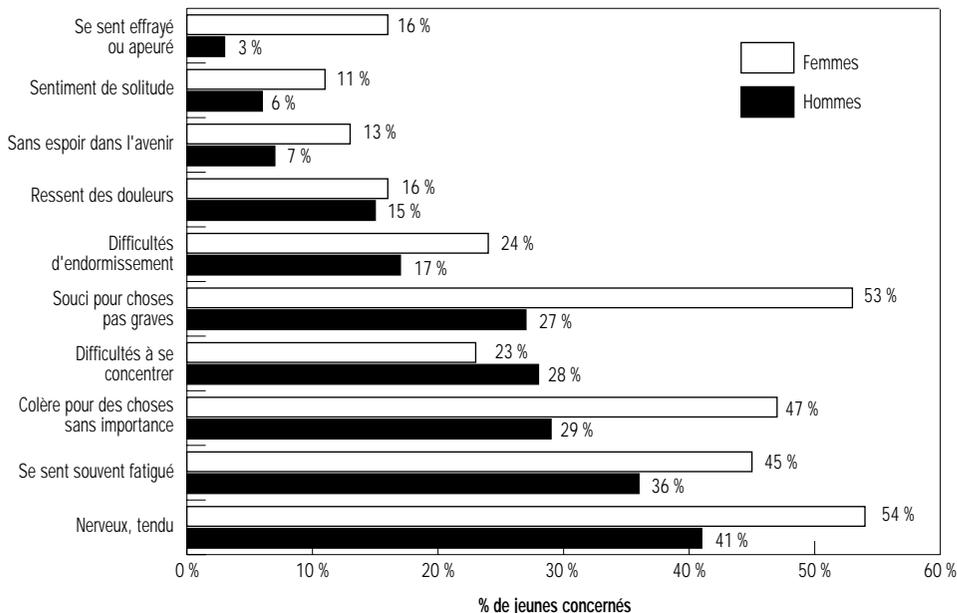


1. C'est-à-dire ayant entraîné une absence scolaire, des soins médicaux, une hospitalisation ou un acte chirurgical.

* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

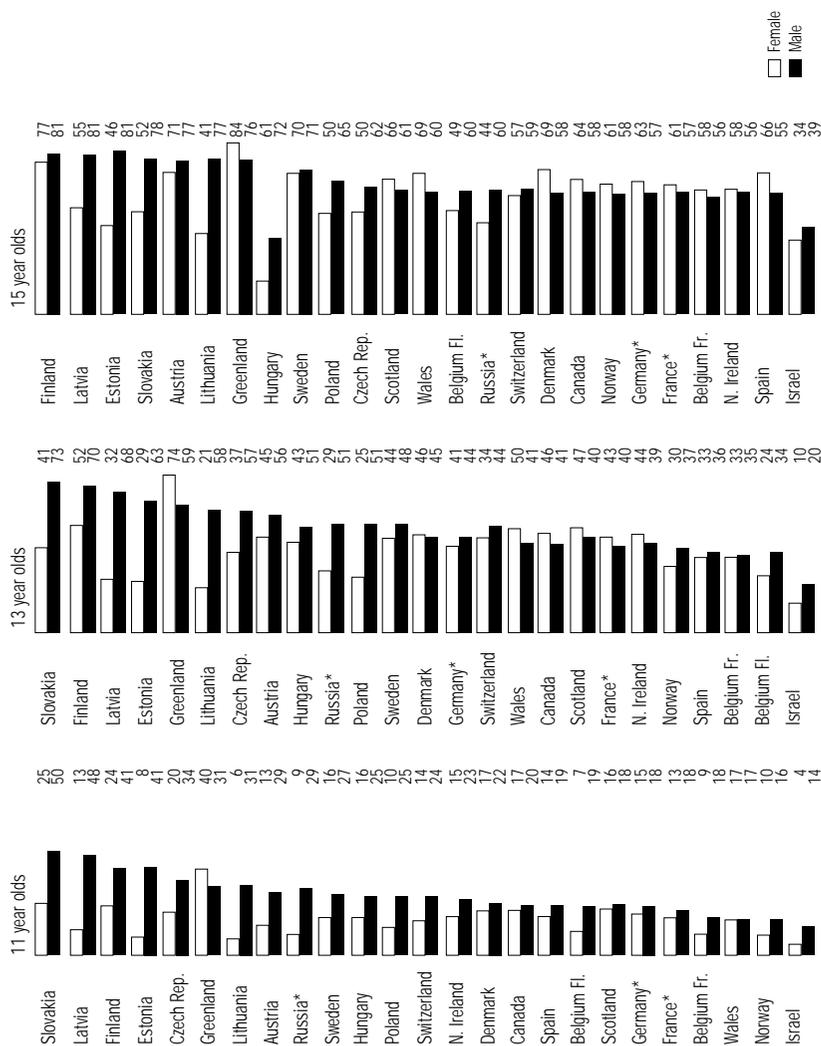
Figure 8 :
La santé mentale des jeunes de 18 à 24 ans



Données : Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux.

Source : CREDES, 1991-1992.

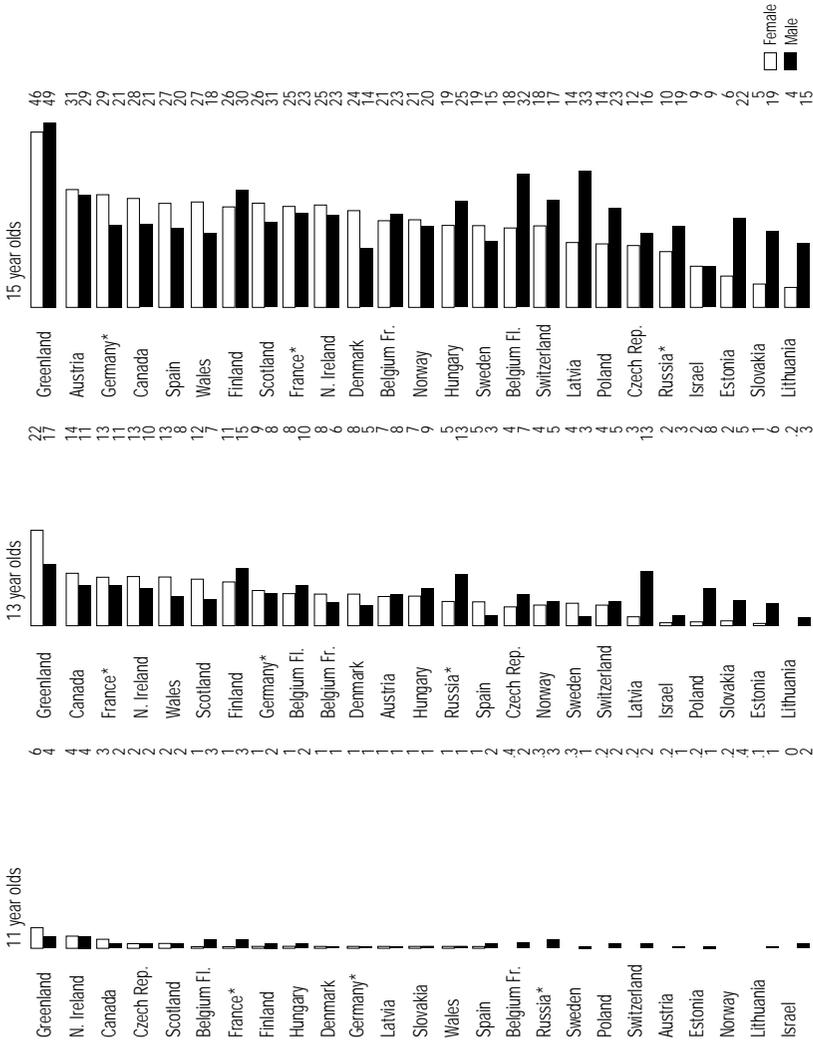
Figure 9 :
Répartition des jeunes déclarant
avoir déjà fumé, selon le pays,
le sexe et la classe d'âge (en %)



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

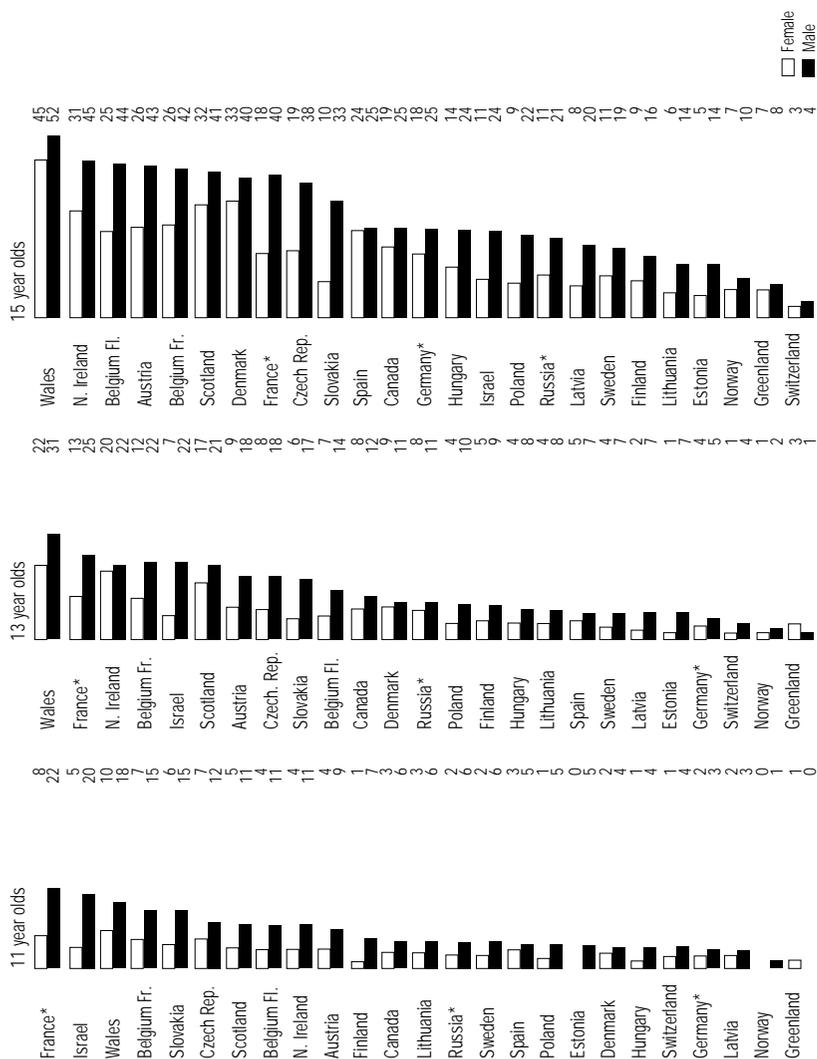
Figure 10 : Répartition des jeunes déclarant fumer au moins une fois par semaine, selon le pays, le sexe et la classe d'âge (en %)



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

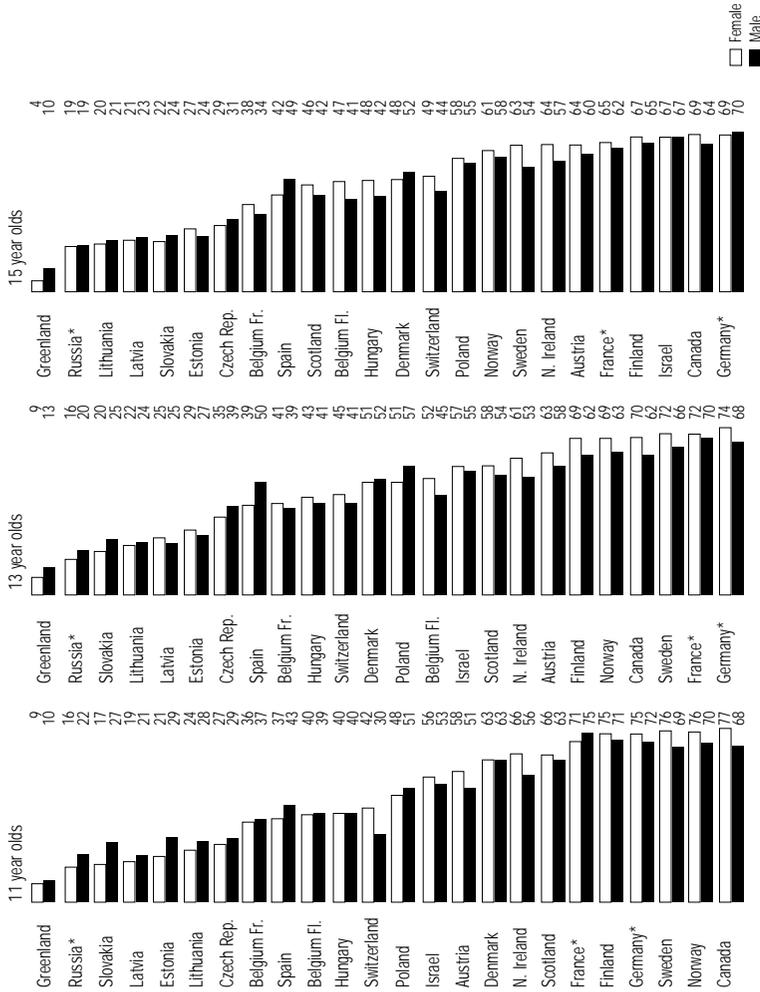
Figure 11 :
Répartition des jeunes déclarant
consommer des boissons alcooliques
au moins une fois par semaine,
selon le pays, le sexe
et la classe d'âge (en %)



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

Figure 12 : Répartition des jeunes déclarant toujours porter une ceinture de sécurité en voiture, selon le pays, le sexe et la classe d'âge (en %)



* France, Allemagne et Russie : enquête au niveau de quelques régions seulement (France : Lorraine et Midi-Pyrénées).

Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994.

Annexe III Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans

F. Rossollin

Dispositif général – Prévention

Protection maternelle et infantile – PMI
Service de promotion de la santé en faveur des élèves
Service social en faveur des élèves
Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
Médecine du travail
Centre de planification familiale
Comité français d'éducation pour la santé
Fil santé jeunes
Points accueil jeunes

Dispositif général – Prise en charge

Santé somatique

Dispositif hospitalier
Dispositif libéral

Santé mentale

Dispositif de service public
Dispositif libéral

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

Enfants et jeunes en danger

Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
Aide sociale à l'enfance (ASE)
Allô Enfance maltraitée

Enfants et adolescents handicapés

Dispositif légal de prise en charge

16-25 ans en difficultés

Visites médicales dans le cadre de la formation professionnelle
Missions locales – PAIO

Toxicomanie, dépendances

Points écoute jeunes. Points écoute parents

Avertissement

Les fiches qui composent le *Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans* ont été réalisées à partir d'entretiens, et de la consultation de documents émanant presque toujours d'organismes officiels : Sesi, Insee, Cramif... La grande majorité des fiches a été validée par un interlocuteur désigné par le Haut Comité de la santé publique. Quelques-unes mériteraient d'être complétées.

Dispositif général – Prévention

Services départementaux de protection maternelle et infantile – PMI

Autorité(s) de tutelle

Les services départementaux de Protection maternelle et infantile sont sous l'autorité des Conseils généraux depuis la loi de décentralisation du 23 juillet 1983.

Financement/Gestion

Conseils généraux (sauf les examens médicaux remboursés par l'Assurance maladie et les frais liés au contrôle de l'application de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse).

Cadre légal et réglementaire

Ordonnance du 2 novembre 1945 : bases de l'organisation de la PMI.

Loi du 18 décembre 1989 : précision des missions et actions des services de PMI avec l'ajout d'une mission nouvelle : la participation à la prévention des mauvais traitements et la prise en charge des mineurs maltraités.

Décret du 6 août 1992 : nouvelles modalités d'organisation, notamment la définition de normes minimales opposables aux conseils généraux, destinées à couvrir au moins les besoins des populations en difficultés, évaluées à 10% environ de la population totale et à éviter d'importantes disparités départementales.

Enfants et/ou jeunes concernés

En 1995, 885 000 enfants ont consulté dans un centre de PMI (Sesi), soit 20% de la tranche d'âge des 0-6 ans, estimée à 4,35 millions.

Par ailleurs, la PMI a reçu, en 1995, 100 000 femmes enceintes, sachant qu'il y a ces dernières années un peu plus de 700 000 naissances par an.

Mission(s)

La PMI est chargée de la promotion de la santé de la future mère et de l'enfant. Elle a pour objectifs d'informer et de conseiller les parents et futurs parents dans le domaine de la maternité et de l'enfance, de les faire bénéficier d'aides, de détecter les handicaps, les sévices, le délaissement, et enfin de surveiller le développement de l'enfant jusqu'au début de l'obligation scolaire.

La PMI assure aussi un rôle de planification familiale, de surveillance des crèches et des pouponnières, d'agrément et de contrôle des assistantes maternelles. Elle assure ses missions dans les centres eux-mêmes, à domicile, dans des camions itinérants et par des interventions en écoles maternelles. Elle travaille en liaison avec les autres services, notamment l'Aide sociale à l'enfance et le service de santé scolaire.

Moyens humains et financiers

En 1995, la PMI dispose de plus de 5 300 lieux de consultation infantile et près de 500 consultations prénatales. Le personnel titulaire (sous-estimé par les statistiques) approche 6 000 équivalents temps plein. Ce sont principalement des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices et des infirmières. Cependant, d'autres professionnels peuvent intervenir, notamment dans le domaine social et psychologique.

Les consultations sont principalement réalisées par des médecins vacataires qui font une ou quelques séances par semaine ; ils sont au nombre de 3 300 en 1995. Les services de PMI sont sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou en santé publique.

En 1995, les dépenses comptabilisées au titre de la PMI s'élevaient à 2,1 milliards de francs (chiffre considéré comme sous-estimé – *La santé en France*, 1996).

Actions/Activités

En 1995, les services de PMI ont réalisé 2,7 millions d'examen cliniques chez 885 000 enfants et 369 000 examens prénatals auprès de 100 000 femmes enceintes.

L'activité annuelle par département des centres de PMI (Andass 1992, in *Actualité et dossier en santé publique*, revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique) permet de constater qu'en moyenne 85 personnes sur 10 000 habitants ont été accueillies, 14 femmes enceintes sur 100 naissances ont consulté, 586 enfants sur 10 000 enfants de 0 à 4 ans ont été vus et la dépense par habitant a représenté 17,37 F.

L'activité des centres de PMI est très disparate d'un département à l'autre. Les rapports atteignent 1 à 20 pour les consultations d'enfants et 1 à 37 pour les consultations de femmes enceintes. Pour les dépenses par tête d'habitant, l'écart maximal est encore plus important : lorsque 0,82 F par habitant est consacré à la PMI en Ardèche, 191 F le sont en Haute-Savoie, soit un rapport de 1 à 233 (Andass, 1992).

À noter

La mission exclusive de prévention des centres de PMI est un frein à leur activité et peut aussi être mal comprise par leur clientèle : par exemple, comment faire admettre à des parents qu'un médecin vient de diagnostiquer une otite chez leur enfant mais ne peut rien prescrire et qu'ils devront donc aller consulter une deuxième fois ailleurs ?

Dispositif général – Prévention

Service de promotion de la santé en faveur des élèves

Autorité(s) de tutelle

Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Direction des collèges et lycées
110, rue de Grenelle, 75007 Paris – Tél. 01 49 55 38 69 – Fax : 01 49 55 38 02

Financement/Gestion

État sauf 14 villes ayant gardé un régime d'autonomie pour le premier degré.

Enfants et/ou jeunes concernés

Enfants et jeunes scolarisés dans les établissements publics et privés sous contrat, de la maternelle à la terminale (plus classes préparatoires en lycées), soit en 1995-1996, 12 700 000 élèves des premier et second degrés. Le taux de scolarité des enfants et adolescents âgés de 6 à 16 ans, c'est-à-dire soumis à l'obligation légale de scolarité, s'élève à 99,7%. En ce qui concerne les 2-22 ans, le taux de scolarité dépasse 91%.

Cadre légal et réglementaire

Ordonnance du 18 octobre 1945 : création de la médecine scolaire, institution de l'examen obligatoire à l'entrée de l'école élémentaire.

Décret du 21 décembre 1984 : le service de santé scolaire est rattaché au ministère de l'Éducation nationale.

Circulaire du 11 septembre 1991 : missions actuelles du service de la promotion de la santé.

10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation et 13 juillet 1995 : loi de programmation pour l'application du Nouveau contrat pour l'école.

Mission(s)

Favoriser la réussite scolaire de l'enfant, en tenant compte de sa situation particulière, veiller à son équilibre et à son épanouissement, sans négliger les facteurs de difficultés. Cette mission s'exerce au travers des dépistages précoces, des bilans de santé, de l'accueil et de l'écoute des élèves, des actions d'éducation pour la santé individuelles et collectives au sein des établissements d'enseignement.

Le service de promotion de la santé a une activité de prévention réglementée par des textes (par exemple le bilan de santé obligatoire avant l'entrée en CP) et des activités menées de sa propre initiative ou à la demande de membres de la communauté scolaire : équipe pédagogique, élèves, parents...

Moyens humains et financiers

1 800 médecins, 5 200 infirmiers et 1 150 secrétaires médico-scolaires (équivalents temps plein), soit, en moyenne, en 1996, 1 médecin scolaire pour 6 900 élèves et 1 infirmier scolaire pour 2 400 élèves.

La loi de programmation du Nouveau contrat pour l'école prévoit une nette augmentation du personnel médico-social scolaire : 1 000 créations de postes de 1995 à 1999 et un crédit supplémentaire de 501 millions de francs.

Budget national en 1996 : 1,28 milliard de francs, soit environ 100 F par élève et par an (ce budget comprend le service social en faveur des élèves).

Actions/Activités

En 1994-1995, les médecins scolaires ont réalisé 650 000 bilans de santé avant l'entrée en CP (90% des élèves de CP public) donnant lieu à 30% d'orientations vers des consultations spécialisées et 660 000 bilans d'orientation professionnelle (72% des élèves de 3^e des collèges publics) avec 40% d'avis aux médecins traitants.

L'ensemble des examens cliniques se sont élevés à 2,2 millions, soit à plus de 1 200 examens par médecin.

Plus de 300 000 heures ont été consacrées par les médecins aux actions collectives, notamment d'éducation à la santé et de prévention des conduites addictives.

Il y a eu plus de 11 millions de passages à l'infirmerie : 33% de ces passages concernent les traitements ambulatoires, 0,7% seulement sont des urgences et 36% sont liés à des causes diverses (maux variés, malaises...). Avec 9% des passages, l'augmentation des demandes de renseignements est sensible.

Les infirmières ont réalisé près de 7 millions de dépistages visuels et auditifs.

Depuis 1994, le service de promotion de la santé a été chargé d'une campagne de vaccination des élèves de 6^e contre l'hépatite B. Au cours de l'année 1994-1995, 375 000 élèves ont bénéficié d'une vaccination complète (trois doses) ce qui représente près de 50% de la couverture vaccinale des élèves scolarisés en 6^e.

À noter

La médecine scolaire est un maillon important du dispositif de prévention auprès des jeunes. L'infirmière scolaire est le deuxième praticien consulté après le médecin généraliste : selon les enquêtes et le sexe, entre 42 et 54% des adolescents ont vu l'infirmière scolaire au cours de l'année qui précède, et près de 10% l'ont vue plus de 4 fois (Inserm U 169).

Dispositif général – Prévention

Service social en faveur des élèves

Autorité(s) de tutelle

Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Direction des collèges et lycées
110, rue de Grenelle, 75007 Paris – Tél. 01 49 55 38 69 – Fax: 01 49 55 38 02

Financement/Gestion

État (100%)

Enfants et/ou jeunes concernés

Enfants et jeunes scolarisés dans les établissements publics et privés sous contrat, plus particulièrement ceux du second degré et prioritairement dans les zones d'éducation prioritaires, les établissements sensibles et ceux relevant de l'adaptation et de l'intégration scolaire, soit en 1996, 5 800 000 élèves répartis dans 11 700 collèges, lycées et établissements régionaux d'enseignement adapté. 70% de ces établissements ont une permanence d'assistant de service social.

Cadre légal et réglementaire

Ordonnance du 18 octobre 1945 : création de la médecine scolaire qui prévoit le concours du service social pour assurer la protection des enfants d'âge scolaire.

Décret du 21 décembre 1984 : le service social scolaire est rattaché au ministère de l'Éducation nationale.

Circulaire du 11 septembre 1991 : missions actuelles du service social de l'Éducation nationale qui comprend trois départements : élèves, étudiants, personnels.

10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation, et 13 juillet 1995 : loi de programmation pour l'application du Nouveau contrat pour l'école.

Mission(s)

Participer au dispositif général de prévention, de protection et de lutte contre les inégalités selon trois axes :

- une approche individuelle : accueillir, informer, orienter, écouter et accompagner les élèves qui se signalent à l'attention du service social ; prévenir les conduites à risque : absentéisme, précarité, déviances, troubles de la conduite et du comportement, suicide... et assurer les liaisons avec les services spécialisés ; répondre aux demandes des élèves, des familles et du personnel pédagogique par des actions personnalisées.
- une approche collective : participer aux actions collectives et aux projets des établissements en direction des élèves sur les thèmes d'actualité qui les concernent ;
- une approche communautaire : agir en tant que conseiller technique auprès de la communauté scolaire ; mener des actions de sensibilisation et de formation ; être acteur dans les comités d'environnement social.

Moyens humains et financiers

2100 assistants de service social – ASS (équivalents temps plein) soit, en moyenne, en 1996, 2700 élèves pour un assistant de service social. Depuis 1991, 335 emplois ont été créés.

Le budget du Service social en faveur des élèves est compris dans celui du Service de promotion de la santé.

Actions/Activités

En 1995, les assistants de service social ont reçu 1 700 000 personnes/visites : 17% pour des difficultés scolaires, 8% pour de l'absentéisme, 26% pour des difficultés matérielles, 23% pour des difficultés personnelles, 23% pour des difficultés familiales, 3% pour des problèmes de violence.

35% des élèves ont sollicité directement les assistants de service social.

52% des situations de maltraitance portées à la connaissance du service social ont fait l'objet de signalements administratifs et/ou judiciaires (près de 11 000 situations ont provoqué plus de 60 000 démarches).

L'augmentation des sollicitations est considérable : en 1995, 81 000 lycéens majeurs ont fait appel au service social, soit 150% de plus qu'en 1993.

Les actions collectives ont représenté 27 500 interventions (éducation à la vie personnelle et sociale, action de prévention, information des usagers, etc.).

À noter

Le service social en faveur des élèves rencontre une difficulté : ses missions et ses actions ont tendance à être comptabilisées au bénéfice du service de promotion de la santé en faveur des élèves. Son caractère spécifique est de ce fait méconnu. Certes, selon l'OMS, la dimension sociale fait partie du concept santé mais dans son acception courante le mot santé renvoie essentiellement aux dimensions physique et psychique. Comment intégrer le social dans un nouvel intitulé ?

Dispositif général – Prévention

Services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé – SMPPS

Autorité(s) de tutelle

Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Bureau de la vie de l'étudiant
61-65, rue Dutot – 75015 Paris – Tél. 01 40 65 60 31 – Fax : 01 40 65 65 65

Financement/Gestion

État + participation de 15 F par étudiant.

Chaque université reçoit dans son budget global une part en principe dévolue au SMPPS ; mais le budget réellement consacré à la santé des étudiants est laissé au libre choix du président d'université.

Cadre légal et réglementaire

Loi du 26 janvier 1984 : annonce de la création des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, SMPPS.

Décrets du 3 mai 1988 et 27 septembre 1989 : les universités sont tenues de créer un SMPPS ou de s'associer pour créer un SMPPS interuniversitaire.

La protection médicale des étudiants inscrits dans des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel autres que des universités (principalement des écoles d'ingénieurs) est assurée par convention entre l'établissement concerné et un SMPPS.

Arrêté du 26 octobre 1988 : définition des missions des SMPPS.

Enfants et/ou jeunes concernés

Pour l'année universitaire 1994-1995, 1 452 000 étudiants étaient inscrits dans les universités et établissements en dépendant.

Mission(s)

La mission des SMPPS consiste principalement à réaliser pendant la première année d'université un examen médical accompagné d'un entretien dans le but de dépister les affections médicales et les troubles de santé dont l'étudiant peut être atteint et de faire un contrôle de l'état vaccinal.

Les SMPPS sont aussi chargés de dispenser des soins d'urgence.

Moyens humains et financiers

En 1997, il existe 32 services universitaires et 13 services interuniversitaires.

Ils emploient 252 infirmières et 88 assistantes sociales. Le nombre de médecins qui sont payés à l'heure sous forme de vacations ainsi que le budget des Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont inconnus.

Actions/Activités

L'examen de dépistage est, en principe, obligatoire pour tout nouvel inscrit à l'université. Le taux de couverture est actuellement de 70% au maximum et de 63% au minimum. Il peut être renouvelé selon le risque auquel sont exposés les étudiants (notamment les étudiants de 3^e cycle travaillant en laboratoire).

Les étudiants peuvent aussi bénéficier de visites médicales à la demande. Depuis quelques années, ces demandes augmentent (4 à 5% de visites demandées/usagers). Les SMPPS doivent de plus en plus ajouter, à leur fonction traditionnelle de prévention, une aide à la médicalisation pour des étudiants souvent isolés et démunis et qui ne possèdent pas toujours une couverture sociale complète.

Les SMPPS réalisent dans presque toutes les universités des campagnes de prévention et d'éducation sanitaire. Les thèmes développés le plus souvent sont le sida et les MST, le tabagisme et autres toxicomanies, la contraception, l'information et les conseils dans les domaines de la nutrition et de la diététique. Cet aspect de la prévention et de l'éducation est aussi abordé individuellement dans les visites médicales.

À noter

Chaque université est libre de définir sa politique de santé vis-à-vis des étudiants. Certaines sont très ambitieuses, d'autres moins. Les universités de Grenoble I et de Toulouse III ont créé de véritables centres de santé agréés par les DDASS.

Médecine du travail

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail/Direction des relations du travail – Sous-direction des conditions de travail
20 bis, rue d'Estrées – 75007 Paris – Tél. 01 44 38 26 61 – Fax : 01 44 38 27 11

Financement/Gestion

Privé, à la charge des entreprises qui, selon leur effectif, adhèrent à un service médical du travail interentreprises ou ont leur propre service de médecine du travail.

Cadre légal et réglementaire

Loi du 11 octobre 1946 : institution de la médecine du travail.
Décrets du 14 mars 1986 et du 28 décembre 1988 : organisation et fonctionnement actuels des services médicaux du travail.
Le travail des jeunes (moins de 18 ans) est soumis à une réglementation spécifique et les jeunes travailleurs doivent bénéficier d'une surveillance médicale spéciale (article 241 du Code du travail).

Enfants et/ou jeunes concernés

L'âge légal auquel un jeune peut commencer à travailler est celui où cesse l'obligation légale de scolarité : 16 ans. Certaines dérogations sont possibles à 14 ans, notamment dans le cadre de formations alternées.

L'enquête emploi de 1994 considère que 34 % des jeunes de 16 à 25 ans ont un emploi. Il s'agit d'emplois aidés dans 5 % des cas, d'apprentissages dans 3 % des cas et de contrats non aidés dans 26 % des cas.

En sachant que la médecine du travail concerne globalement un emploi sur deux, le nombre de jeunes de 16 à 25 ans dépendant de ce dispositif de prévention se situe autour d'1,3 million.

Mission(s)

La mission de la médecine du travail est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail en luttant contre l'apparition de toute pathologie liée au travail : maladies professionnelles, maladies à caractère professionnel, accidents du travail.

Elle a pour fonction de permettre : l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ; l'adaptation des postes, des techniques et des systèmes de travail à la physiologie humaine ; la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation de produits dangereux ; l'hygiène générale de l'établissement ; l'hygiène dans les services de restauration ; la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

Moyens humains et financiers

En 1996, 6 300 médecins du travail (2 700 à temps plein et 3 600 à temps partiel), 2 200 infirmières, 4 100 secrétaires médicales, 1 600 administratifs et 300 techniciens ont assuré la surveillance médicale de 12 800 000 salariés dans près de 1,5 million d'entreprises. Un médecin du travail à temps plein a en charge environ 3 000 salariés dans les services interentreprises et 1 700 salariés dans les services autonomes.

Les sommes consacrées à la médecine du travail sont estimées à 5 milliards de francs, ce qui correspond à 350/400 F par salarié et par an.

Actions/Activités

Les médecins du travail réalisent près de 16 millions de visites médicales individuelles par an qui sont :

- les visites d'embauche, en principe obligatoires, même pour un contrat de courte durée comme les stages ou les travaux d'été ;
- les visites de reprise d'activité, obligatoires après une absence pour maladie professionnelle, accident du travail, congé maternité et dans certains autres cas ;
- les visites régulières, obligatoires en principe chaque année ;
- les visites à la demande du médecin du travail ou du salarié.

Par ailleurs, les médecins du travail exercent certaines surveillances particulières : environ 480 000 visites en 1996. Les jeunes de moins de 18 ans qui sont concernés par cette réglementation ont été au nombre de 18 000, ce qui représente moins de 4 % de l'ensemble des visites particulières.

À noter

Un accidenté du travail sur quatre a moins de 25 ans, l'indice de taux d'accident est de 218 dans cette tranche d'âge tandis qu'il est de 84 pour les autres salariés, soit environ 150 000 accidents par an.

Le service de la médecine du travail ne signale aucune action spécifique au regard de ce problème particulier.

Centres de planification familiale

Autorité(s) de tutelle

Les centres de planification familiale dépendent des services départementaux de la Protection maternelle et infantile. Ils sont sous l'autorité des conseils généraux depuis la loi de décentralisation du 23 juillet 1983.

Financement/Gestion

Les centres de planification sont financés par les conseils généraux. Ils sont de plus en plus souvent gérés par ceux-ci directement tandis que la part des centres gérés par des hôpitaux diminue et que la gestion associative reste stable.

Cadre légal et réglementaire

Loi du 28 décembre 1967 : création des centres de planification familiale dans le cadre de la loi sur la régulation des naissances.

Loi du 10 janvier 1975 : autorisation de l'interruption volontaire de grossesse ; les centres de planification familiale assurent les entretiens sociaux obligatoires avant l'IVG.

Loi du 23 janvier 1990 : extension des missions pour faire face aux besoins de la population accueillie.

Décret du 6 août 1992 : redéfinition des modalités de fonctionnement des centres de planification.

Enfants et/ou jeunes concernés

D'après la dernière enquête du Sesi réalisée en 1993, sur 790 000 consultants, 3,3% ont moins de 16 ans, 11% 16-17 ans et 13,1% 18-19 ans, soit 27,4% de moins de 20 ans.

En extrapolant sur la tranche d'âge étudiée, on peut sans doute estimer que plus de la moitié de la clientèle des centres de planification a moins de 25 ans. Il s'agit dans 95% des cas de femmes.

Mission(s)

Les centres de planification familiale ont pour missions :

- les consultations médicales concernant la maîtrise de la fécondité et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles – MST ;
- l'accueil, l'information et l'orientation de la population en matière de maîtrise de la fécondité, de sexualité, de contraception et de prévention des MST et du sida ;
- la préparation à la vie de couple et à la vie parentale ;
- les entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse.

Moyens humains et financiers

Il y avait, en 1993 (dernière enquête du Sesi), 1 164 centres de planification. Un centre sur trois est situé dans un hôpital. Tous les hôpitaux qui pratiquent des IVG doivent en principe disposer d'un centre de planification. Une enquête spécifique menée par le Sesi en 1994 a montré que la réalité est éloignée de la réglementation puisque sur 478 établissements hospitaliers recensés, 141 n'ont pas de centre de planification familiale.

Les centres de planification familiale sont sous la responsabilité du médecin responsable de la PMI.

Il n'existe pas de données récentes, au niveau national, sur le personnel et le budget des centres de planification.

Actions/Activités

En 1993, les centres de planification familiale ont effectué un million de consultations médicales et 600000 entretiens dont 23% concernaient des IVG.

L'activité est restée stable depuis 1989 mais répartie dans plus de centres (plus de 110). En revanche les actions d'information collective qui sont principalement destinées aux jeunes ont beaucoup augmenté: 415000 personnes réceptrices dont 230000 en milieu scolaire.

L'activité annuelle par département des centres de planification (Andass 1992) permet de constater qu'en moyenne 6 500 personnes ont été accueillies, soit 85 personnes pour 100000 habitants. Comme pour la PMI, l'activité des centres de planification est très disparate d'un département à l'autre.

À noter

Les Établissements d'informations et de planification familiale sont des structures proches des centres de planification familiale mais ils constituent un dispositif différent. Ils sont financés par l'État et gérés par des associations. Ils sont environ 250 et très fortement implantés à Paris. Leur mission (décret du 23 mars 1993) est proche de celle des centres de planification, mais ils ne font pas de consultations médicales et sont plus tournés vers les entretiens et l'information collective.

Dispositif général – Prévention

Comité français d'éducation pour la santé – CFES

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité sociale

Direction générale de la santé – Bureau de promotion et prospective en santé

Comité français d'Éducation pour la santé - CFES

2, rue Auguste-Comte – 92170 Vanves – Tél. 01 41 33 33 33 – Fax : 01 41 33 33 90

Comités régionaux et Comités départementaux d'éducation pour la santé – CRES et CDES

Délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé – DIREPS

Financement/Gestion

État, Sécurité sociale, conseils généraux, collectivités locales.

Cadre légal et réglementaire

Arrêté du 17 octobre 1945 : constitution du Centre national d'éducation sanitaire démographique et sociale et de 25 centres interdépartementaux.

31 juillet 1972 : création du Centre français d'éducation pour la santé – CFES.

1976 : premières campagnes de prévention sur le tabac ; pour la première fois la publicité est appliquée à la santé.

Circulaire du 21 janvier 1995 : définition de la mission des comités régionaux et départementaux.

Enfants et/ou jeunes concernés

D'après les enquêtes menées sur l'impact de certaines campagnes, 95 % des jeunes de 15 à 25 ans sont touchés par les campagnes nationales du CFES, comme celle sur la prévention de l'alcoolisme en juin-juillet 1996.

Mission(s)

Le CFES est le dispositif central de l'éducation pour la santé. Il est aidé dans ses missions par un réseau décentralisé : les comités départementaux – CDES, les comités régionaux – CRES et les Délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé – DIREPS. Les missions du CFES sont :

- mener des campagnes d'information du public sur les grands thèmes de santé ;
- réaliser des études afin de construire les stratégies des programmes de communication et d'en mesurer les effets (pré et post-tests) ;
- monter des programmes de proximité dans le réseau des CDES et CRES ;
- disposer d'un centre de documentation performant sur les thèmes d'éducation pour la santé et de santé publique ;
- organiser des formations en éducation pour la santé ;
- éditer des documents d'éducation pour la santé ;

Moyens humains et financiers

L'ensemble CFES/CRES/CDES/DIREPS comptait, en 1995, 387 salariés, en augmentation de près de 100% en sept ans (1988-1995).

Le budget du CFES pour 1997 est de 140 millions de francs.

Le budget moyen d'un comité s'élevé à 735 000 F (chiffre 1995), soit pour les 90 comités à 59 millions de francs.

Sur la dépense globale d'éducation pour la santé (environ 10 F par habitant pour 250 F en médecine préventive et 11000 F en soins), la part du CFES représente 2,42 F par habitant.

Actions/Activités

Les grands axes de l'activité du CFES sont :

- les actions d'éducation soit sur des thèmes (sida, tabac, nutrition...), soit à destination de populations particulières (femmes, jeunes...), soit sur des lieux de vie spécifiques (entreprise, milieu carcéral...);
- les études et recherches tels que les Baromètres santé; la documentation;
- les relations avec les professions de santé; la formation;
- les relations avec le réseau; les relations internationales;
- les relations avec la presse et les relations publiques et, enfin,
- l'édition et la diffusion de documentation: plus de 350 produits différents édités pour une diffusion totale de 32 millions d'exemplaires.

À noter

Le thème du sida occupe 42% des moyens financiers et humains.

Dispositif général – Prévention

Fil Santé Jeunes : 0800 235 236

Numéro vert anonyme et gratuit, ouvert tous les jours de 8 heures à minuit

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité sociale
Délégation confiée à l'École des parents et des éducateurs
5, impasse Bon-Secours – 75543 Paris Cedex 11 – Tél. 01 44 93 44 88 –
Fax : 01 44 93 44 89

Financement/Gestion

État (Direction générale de la Santé et division Sida)
Aides ponctuelles de la Fondation de France en 1996 et 1997 sur l'aspect de l'information des jeunes (affiches...)

Cadre légal et réglementaire

1^{er} février 1995 : création de Fil Santé Jeunes lors de la signature d'une convention entre le ministère des Affaires sociales et l'École des parents et des éducateurs.
L'historique de Fil Santé Jeunes remonte à mai 1994 où l'École des parents et des éducateurs et la Fondation de France fondent Écoute jeunes. Puis, la consultation nationale des jeunes menée pendant l'été 1994 fait ressortir le besoin d'une telle écoute, et entraîne l'engagement de l'État dans le dispositif.

Enfants et/ou jeunes concernés

Aucune limite d'âge n'est véritablement instituée. La réalité des appels montre une très forte représentation des 12-16 ans (57% des appels). Les 17-22 ans représentent 27% des appels, les moins de 12 ans 3% et les plus de 22 ans 13%.
Les filles appellent plus que les garçons (66% et 34%). Les appels proviennent pour 70% de province, pour 30% de la région parisienne. Les jeunes habitent chez leurs parents dans 88% des cas. Ils appellent principalement d'une cabine (55% des appels) ou de chez eux (43%).

Mission(s)

La mission première de Fil Santé Jeunes est de proposer aux jeunes écoute, information et orientation dans le domaine de la santé physique, psychologique et sociale.
La deuxième mission de Fil Santé Jeunes est d'être un observatoire social des difficultés des jeunes en matière de santé.

Moyens humains et financiers

L'équipe est composée de 30 écoutants à temps partiel – psychologues, médecins, assistants sociaux... –, encadrée par une conseillère conjugale et familiale, chef de service, et un conseiller technique, psychiatre.
Le budget s'est élevé à 6 millions de francs en 1996.

Actions/Activités

En 1996, pour la deuxième année d'activité, Fil Santé Jeunes a enregistré 997 000 appels, 2 700 par jour en moyenne. 160 000 appels ont été traités, 65 000 appels ont fait l'objet d'un entretien de guidance ou de soutien (moyenne journalière : 180), 95 000 appels sont dits « sans contenu » ou « parasites ».

Le taux d'efficacité a beaucoup progressé et fin 1996, un appel sur quatre aboutit.

Les thèmes abordés sont :

- la santé (25 % des entretiens : puberté, contraception, IVG, MST-Sida, hépatites...)
- les états dépressifs (33 % : difficultés relationnelles, conflits, isolement, deuils, abus sexuels, violence...)
- les relations amoureuses et la sexualité (33 % : connaissance de soi, de l'autre, corps, homosexualité...)
- les appels divers (9 % : informations scolaires, juridiques, conversations amicales...)

Chaque jour, sur 180 appels, 50 entretiens témoignent d'une souffrance physique et psychique préoccupante.

À noter

L'équipe de Fil Santé Jeunes évoque deux difficultés :

- les préservatifs qui, semble-t-il notamment pour des raisons de mauvaise conservation (frottement, chaleur dans une poche ou un portefeuille), se déchirent dans des proportions alarmantes ;
- le climat de violence vécue par de nombreux jeunes, sortes de boucs émissaires de leurs pairs. Ils sont enfermés dans cette situation qui peut prendre des allures de dépression. La capacité au respect, à l'empathie, à se mettre à la place de l'autre semble être absente de certains rapports entre jeunes.

Le numéro vert abrégé 119 Allô Enfance maltraitée fait l'objet d'une fiche spécifique. D'autres numéros verts nationaux sont à la disposition des jeunes mais ils ne leur sont pas spécifiquement destinés : Sida Info Service, Drogue Info Service, SOS Viol... Un numéro concerne les enfants confrontés au sida : Solidarité Enfants Sida.

Dispositif général – Prévention

Points Accueil Jeunes

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales
Direction de l'action sociale
75696 Paris Cedex 14 – Tél. 01 44 36 90 00 – Fax: 01 44 36 97 23

Financement

État, et selon les lieux conseils généraux et/ou municipalités (l'État n'intervient jamais seul).
Les points accueil jeunes sont gérés par des collectifs interassociatifs.

Cadre légal et réglementaire

Circulaire du 14 juin 1996: création et modalités de fonctionnement des Points accueil jeunes (circulaire signée par MM. Barrot et Emmanuelli).

Enfants et/ou jeunes concernés

Les jeunes auxquels ce dispositif est destiné sont les 10-25 ans en situation de mal-être et d'évitement précoce de mise en mots et de prise de paroles sur leurs difficultés.

Mission(s)

La mission des Points accueil jeunes est d'offrir aux jeunes des lieux neutres, confidentiels, gratuits, chaleureux où ils sont accueillis, entendus, écoutés et orientés. Les Points accueil jeunes sont des lieux de prévention très volontairement généralistes. Ce sont des lieux de prévention santé au sens où l'OMS définit la santé avec toute sa dimension sociale. Ils fonctionnent en réseau avec l'ensemble des structures présentes auprès des jeunes au travers de nombreux conventionnements. Ils sont situés plutôt dans le centre des villes (ce qui n'exclut pas à terme les zones rurales).

Moyens humains et financiers

L'État s'est engagé pour deux années consécutives sur un budget annuel de 10 millions de francs.

70 structures sont en cours de création. Un premier cercle de quatre zones prioritaires a été défini: Paris, Lyon, Marseille et le Nord. Un deuxième cercle prioritaire concerne les départements de la région parisienne, de Seine-Maritime et de Loire-Atlantique. Ces zones correspondent à différents montants pris en charge par l'État: dans le premier cercle chaque Point accueil est financé sur la base d'une aide de 180000 F, dans le deuxième cercle de 150000 F et pour le reste de la France le montant s'élève à 120000 F.

Les collectivités territoriales apportent les compléments financiers, sachant qu'une structure de ce type n'est viable qu'à partir de 300000 F de budget annuel.

Actions/Activités

Les Points accueil jeunes sont animés par des professionnels de l'écoute, notamment des psychologues et des éducateurs. Leur fonctionnement actuel correspond à une ouverture à temps partiel, généralement quelques après-midi par semaine.

Chaque Point accueil devrait pouvoir accueillir et suivre en moyenne 450 jeunes différents dans l'année ce qui représenterait dès 1997-1998 une file active de plus de 30000 jeunes.

L'âge de dix ans, volontairement inscrit dans la circulaire tant l'on vérifie aujourd'hui l'importance d'une prévention très précoce, ne se vérifie pas encore sur le terrain où peu de jeunes franchissent la porte avant quinze ans.

La demande de santé est rarement exprimée en première attente sauf chez des jeunes qui vont très mal. Cette difficulté des adolescents à exprimer leurs besoins de santé n'est pas une révélation et ne fait que confirmer l'utilité de structures généralistes capables d'être pour les jeunes des lieux de proposition.

À noter

Les Espaces Santé jeunes – une vingtaine fonctionnent actuellement en France sur des financements variés (Fondation de France, DGS, DAS...) – ont des objectifs assez proches des Points accueil. Dans la mesure où ces Espaces intègrent dans leur approche de la santé la dimension sociale, ils pourront être repris dans un financement Affaires sociales-Point accueil jeunes. C'est déjà le cas pour l'un d'entre eux à Salon-de-Provence et d'autres demandes sont à l'étude.

Les Points écoute jeunes ont un objectif plus directement axé sur les toxicomanies. Ils font l'objet d'une fiche spécifique.

Dispositif général – Prise en charge

Santé somatique

Dispositif hospitalier

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'État à la Santé – Direction des Hôpitaux
8, avenue de Ségur – 75007 Paris – Tél. 01 44 56 51 69 – Fax : 01 44 56 50 89

Financement/Gestion

Sécurité sociale, État.

Cadre légal et réglementaire

(Exclusivement les textes ayant trait à l'hospitalisation des enfants et adolescents).
Circulaire du 1^{er} août 1983 sur l'hospitalisation des enfants.
Circulaire du 18 mars 1988 sur l'hospitalisation des adolescents.
Résolution du Parlement européen du 13 mai 1986 sur la charte européenne des enfants hospitalisés.

Enfants et jeunes concernés

Chaque année, pour les seules urgences, 2 millions d'enfants se présentent dans un hôpital. La répartition des séjours entre les différentes classes d'âge montre que : les 0-14 ans représentent 59% des séjours et les 15-24 ans 41% ; les garçons et les filles se répartissent les séjours à égalité, les premiers étant plus nombreux avant 15 ans et les secondes après ; la première cause de mortalité est la même chez garçons et filles avant 1 an, puis de 1 à 4 ans, mais dans la classe d'âge des 5-14 ans les lésions traumatiques arrivent en tête pour les garçons et les maladies de l'appareil digestif pour les filles ; sans distinction de sexe, avant 15 ans, la première cause d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil respiratoire (18%), de 15 à 24 ans ce sont les grossesses et accouchements (19%) (Sesi 1993. Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés).

Mission(s)

« Les établissements d'hospitalisation assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.
Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention. »

Moyens humains et financiers

Fin 1995, le Sesi recensait 259 « entités juridiques publiques et 89 établissements privés ayant des lits d'hospitalisation complète dans une discipline spécifique aux enfants » soit un total de 348.

On compte environ 8 700 lits de pédiatrie publics et 660 lits privés, avec une très forte concentration des lits spécialisés en région parisienne et dans les CHU.

Le nombre de pédiatres salariés approche 2 250 (Sesi, 1996). Depuis 1990, ils ont augmenté à un rythme proche de celui du rythme de l'ensemble des médecins spécialistes salariés mais moins vite que les pédopsychiatres salariés (+ 32% et 53%).

Actions/Activités

En nombre de journées d'hospitalisation complète, l'activité dans les services pédiatriques publics se répartit ainsi : pédiatrie générale 50 %, néonatalogie 20 %, chirurgie 15 %, réanimation 8 %, spécialités pédiatriques 4 % et médecine de l'adolescent 3 %. La durée moyenne de séjour serait de 4,2 journées (Sesi, Sae, 1995).

Voici certains éléments de l'enquête sur l'hospitalisation des adolescents transmis par le Dr Marianne Cafilisch (voir À noter) : sur 396 services de pédiatrie interrogés (Sesi), 289 ont répondu au questionnaire et 40 ont signalé une action destinée aux adolescents. Il s'agit pour 2/3 d'unités constituées et nommées, pour 1/3 d'une simple organisation interne au service. Le nombre de lits varie de 2 à 12 (sauf Le Kremlin-Bicêtre 20 lits). Les trois premières causes d'hospitalisation sont les troubles somatiques divers (38 %), les maladies chroniques (36 %) et les tentatives de suicide (23 %). Et à la question : quelles sont les situations qui vous posent le plus de problèmes de gestion ? Les réponses sont les problèmes psycho-sociaux (28 %), les problèmes psychiatriques (20 %), la toxicomanie (18 %), les anorexies (17 %) et les tentatives de suicide (12 %).

À noter

L'enquête nationale sur l'hospitalisation des adolescents dans les services de pédiatrie, menée par le Dr Marianne Cafilisch et le Dr Patrick Alvin avec le soutien logistique ou financier de la direction des Hôpitaux, la direction générale de la Santé, la Fondation de France, l'Inserm U 292 et la Société française de pédiatrie, remet ses résultats dans quelques semaines. Cette enquête va permettre, entre de nombreux autres sujets, de débattre de celui des limites d'âge. En effet, 78 % des services de pédiatrie disaient dépasser la limite officielle de 15 ans et trois mois et admettre des jeunes jusqu'à 18 ans. Dans les unités pour adolescents, cet âge de 18 ans est retenu par la majorité des services, les autres évoquant soit 19, soit 20 ans.

Faire passer l'âge légal des services de pédiatrie à 18 ans semble aujourd'hui aller de soi pour l'essentiel des praticiens. En revanche, les avis sont partagés en ce qui concerne le dépassement de 18 ans, âge de la majorité civile : certains pensent qu'il y a un risque d'infantilisation à laisser de trop grands jeunes en pédiatrie même adolescente, d'autres estiment que les pathologies adolescentes sont très spécifiques et se prolongent bien au-delà de 18 ans. Ce débat est aussi longuement évoqué dans le document sur l'hospitalisation des adolescents (1997).

Dispositif général – Prise en charge

Santé somatique

Dispositif libéral

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité sociale

Direction générale de la Santé

8 avenue de Ségur – 75007 Paris – Tél. 01 40 56 42 95 – Fax : 01 40 56 40 44

Financement/Gestion

Sécurité sociale

Les Centres de santé (soins) sont gérés par des municipalités, des mutuelles ou des associations loi de 1901.

Enfants et/ou jeunes concernés

Les enfants au-dessous de 6 ans sont suivis en PMI (20% d'après le Sesi) ou en ville par des pédiatres ou des généralistes. Les certificats de santé obligatoires permettent de cerner les pratiques de soins pour les jeunes enfants : au 8^e jour, les certificats émanent de pédiatres dans 95% des cas, au 9^e mois la proportion de pédiatres chute à 47%, puis au 24^e mois à 40%. Le rôle du généraliste se renforce, tel est le constat d'une enquête sur la vaccination ROR (Sesi), montrant qu'en 1993, 56% des vaccinations sont effectuées par des généralistes, 29% par des pédiatres et 13% par la PMI. En 1991, une enquête similaire attribuait une part de 51% aux généralistes.

Pour les adolescents, les enquêtes menées par l'Unité 169 de l'Inserm montre très clairement le rôle prépondérant des généralistes tandis que gynécologues, dermatologues et pédiatres sont les spécialistes les plus consultés et appréciés des jeunes. D'autres professions médicales ou paramédicales sont aussi très importantes dans le suivi sanitaire des enfants et des jeunes : les infirmières scolaires (voir fiche sur le service de promotion de la santé en faveur des élèves), les dentistes, les kinésithérapeutes.

Mission(s)

Les généralistes sont conventionnés en secteur I pour 82% d'entre eux, les pédiatres pour 63%, les dermatologues-vénérologues pour 55%, les gynécologues-obstétriciens pour 49%. Les centres de santé remplissent une mission de médecine sociale sans but lucratif. Le plus souvent, ils ont une convention avec la Sécurité sociale permettant leur fonctionnement en tiers payant.

Moyens humains et financiers

Fin 1995, selon la CNAMTS, les généralistes libéraux sont 60 000. Ils représentent 53% des médecins libéraux (d'autres sources évoquent 62%).

Les pédiatres libéraux sont 3 300 et les gynécologues-obstétriciens près de 6 000. Ces deux spécialités, parmi les plus fréquentées par les jeunes, offrent les plus fortes densités : 26 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 16 ans et 46 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans. Qu'il s'agisse des généralistes, des pédiatres, des dermatologues ou des gynécologues, la répartition géographique est celle observée pour l'ensemble de l'équipement sanitaire : suréquipement au Sud et en région parisienne, sous-équipement au Nord (*La santé observée*, FNORS, février 1997).

Les centres de santé (soins) sont au nombre de 548 (IGAS, 1990). La plupart offrent des soins médicaux et infirmiers. D'autres ajoutent des soins dentaires, notamment en Ile-de-France et dans le Nord.

Actions/Activités

Selon la Société française de pédiatrie, 76% des actes effectués chez des enfants le sont par des généralistes. La pédiatrie est peu développée en France en comparaison avec d'autres pays. Selon la même source, cette tendance n'est pas en train de s'améliorer et certains cabinets de pédiatrie ne trouvent pas de successeurs.

Les pédiatres sont les médecins spécialistes les moins bien rémunérés. La spécificité de leur pratique, comme le temps nécessaire à l'auscultation d'un jeune enfant, n'est pas reconnue.

À noter

Dans plusieurs villes françaises, des pédiatres libéraux se sont organisés pour améliorer leur réponse aux urgences pédiatriques au travers de gardes de ville et de la participation aux gardes d'accueil à l'hôpital. Plusieurs associations se sont fédérées pour former l'AFPA, Association française de pédiatrie ambulatoire.

Dispositif général – Prise en charge

Santé mentale

Dispositif de service public Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales, Secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité sociale

Direction générale de la Santé – Bureau de la santé mentale

8, avenue de Ségur – 75007 Paris – Tél. 01 40 56 42 95 – Fax : 01 40 46 40 44

Financement/Gestion

État, 100%.

Cadre légal et réglementaire

Circulaire du 15 mars 1960 : instauration des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Circulaire du 16 mars 1972 : programmes départementaux en matière de lutte contre les déficiences et maladies mentales des enfants et des adolescents.

Circulaire du 11 décembre 1992 : nouvelles orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

Enfants et/ou jeunes concernés

Officiellement la psychiatrie est encore scindée en deux ensembles à la frontière desquels se situe l'âge de 16 ans. Avant c'est la psychiatrie infanto-juvénile, après la psychiatrie générale ou adulte. Cependant les statistiques disponibles tiennent peu compte de cette limite.

En 1991, 15 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans font partie de la file active du secteur de psychiatrie adulte et 250 000 sont suivis en secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Il y a donc un peu moins de 2% des enfants et des jeunes de moins de 20 ans concernés par une prise en charge psychiatrique dans le secteur public.

Mission(s)

Les objectifs de la politique de secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont autant préventifs que thérapeutiques.

Les préoccupations centrales sont :

- maintenir autant que possible les enfants et les adolescents dans leur milieu familial et scolaire ;
- organiser le travail dans un registre de continuité pour un patient donné et dans un secteur donné ;
- privilégier le travail partenarial et la dimension de réseau avec tous les professionnels proches des enfants et des jeunes : milieu scolaire, circonscriptions d'action sociale, structures municipales de la petite enfance, services de justice, hôpital général, médecins libéraux, centres médico-psychologiques, etc.

Les principales institutions du secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont :

- les centres médico-psychologiques – CMP ; éléments de base du dispositif (90% des soins ont lieu en CMP), ils ont une double fonction d'accueil et de soins, mais aussi de coordination au sein de l'équipe et avec les partenaires extérieurs ;

- les unités de soins à temps partiel : hôpitaux de jour qui accueillent le plus souvent à temps plein les enfants souffrant de troubles graves et les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP qui se développent beaucoup avec des formules très diverses (soins intensifs du soir, du mercredi...) auprès notamment des très jeunes enfants mais aussi des plus grands voire des adolescents ;
- l'accueil à temps complet avec des formes diverses : l'hospitalisation en psychiatrie à temps complet mais aussi de façon séquentielle, pour des cures de longue durée mais aussi des séjours très brefs ; soins pédopsychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation en pédiatrie ; accueil familial thérapeutique, etc.

Moyens humains et financiers

Il existe 311 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont 38% dépendent d'un hôpital général. Ils couvrent en moyenne une population de 210 000 habitants. Le taux d'équipement moyen en lits ou places est de 0,9 pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans (1,7 pour 1 000 habitants dans le secteur adulte).

La tranche d'âge des 16/20-23 ans fait l'objet de plus en plus d'initiatives dans le cadre du développement des unités spécifiques pour adolescents ou adolescents/jeunes adultes.

Actions/Activités

Pour 1993, on sait que près de 97% des enfants et adolescents pris en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont exclusivement suivis en ambulatoire. Ce pourcentage varie de 88% en Corse à 99,5% en Aquitaine.

À noter

La psychiatrie infanto-juvénile a fait des progrès considérables depuis 30 ans, la politique de secteur a représenté une réforme importante. Le système de soins sectorisé avec notamment la gratuité des soins ambulatoires et la pluridisciplinarité est quasiment unique au monde. Il exigerait cependant de profonds aménagements : les disparités régionales sont encore considérables, la prévention n'est pas assez développée...

Dispositif général – Prise en charge

Santé mentale

Dispositif libéral (hors secteurs)

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité sociale

Direction générale de la Santé – Bureau de la santé mentale

8, avenue de Ségur – 75007 Paris – Tél. 01 40 56 42 95 – Fax: 01 40 56 40 44

Financement/Gestion

Sécurité sociale, particuliers.

Les Centres médico-psycho-pédagogiques – CMPP sont gérés soit par l'Éducation nationale, soit par des associations privées à but non lucratif.

Enfants et/ou jeunes concernés

Les CMPP reçoivent près de 100 000 enfants et adolescents par an.

Cadre légal et réglementaire

Décret du 18 février 1963 : réglementation du fonctionnement des CMPP.

Circulaire du 11 décembre 1992 : rappel de la participation des CMPP dans les nouvelles orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

Mission(s)

Les CMPP sont administrativement rattachés au champ médico-social mais ils ont des missions proches des Centres médico-psychologiques des secteurs de psychiatrie infantile-juvénile. Les CMPP s'adressent aux enfants ayant des difficultés scolaires, des troubles psychomoteurs ou des troubles du comportement. Ils ont pour fonction de faire un bilan, de diagnostiquer les manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action éducative et thérapeutique sous l'autorité d'un médecin.

Moyens humains et financiers

Les 557 CMPP ont des équipes pluridisciplinaires : personnel médical et paramédical, psychologues, assistants de service social, éducateurs...

Au 1^{er} janvier 1995, les psychiatres libéraux étaient au nombre de 6 129. Ils représentent 12% des spécialistes et on compte 11 psychiatres pour 100 000 habitants, densité la plus forte après les gynécologues-obstétriciens (rapportés aux femmes de 15 à 44 ans) et les pédiatres (rapportés aux enfants de 0 à 16 ans). Ils sont aussi les spécialistes pour lesquels la disparité des densités est la plus forte : 19,4/100 000 en Ile-de-France, 3,5 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les pédopsychiatres (recensés comme tels) libéraux sont 443 (1^{er} janvier 1996). Leur nombre a augmenté de 41% en six ans tandis que les pédiatres n'augmentaient que de 7,6%. Rapportée à la population des moins de 15 ans, la densité des pédopsychiatres libéraux atteint environ 4/100 000 enfants et jeunes. Les pédopsychiatres libéraux sont un peu plus nombreux que les pédopsychiatres salariés.

Actions/Activités

Les CMPP sont des centres et non des établissements : leur action est ambulatoire sous la forme de consultations quelques heures au maximum par semaine. Ils proposent des interventions très diversifiées. Au-delà de six mois de prise en charge dans un CMPP, une

démarche est effectuée auprès de la Commission départementale d'éducation spéciale (CDES) « dans la mesure où ce délai traduit une persistance et une gravité des troubles ».

Les psychiatres libéraux proposent des prises en charge variables en fonction des pathologies, de l'âge des patients et de leur formation spécifique. Les enfants et les jeunes traités par des psychiatres prennent rarement des médicaments. Ils sont principalement suivis au travers d'entretiens en face à face et/ou avec les familles. Il est difficile de connaître précisément le nombre d'actes réalisés annuellement par les psychiatres libéraux. Contrairement aux autres praticiens, ils ne font pas partie de la statistique du Sesi concernant le montant des honoraires annuels.

Les cliniques privées (conventionnées pour la plupart) ont un rôle non négligeable dans le domaine de la psychiatrie. Certaines sont spécialisées pour les enfants et/ou les adolescents.

À noter

Les circuits d'entrée en soins psychiatriques sont divers. Cependant, pour les adolescents et les jeunes adultes (même les enfants qui sont suivis pour majorité par des généralistes), la voix(e) du généraliste est déterminante.

Améliorer les liens entre médecine générale et psychiatrie est considéré comme un enjeu important.

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

Enfants et jeunes en danger

Protection judiciaire de la Jeunesse – PJJ

Autorité(s) de tutelle

Ministère de la Justice/Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse
13, place Vendôme – 75042 Paris Cedex 01 – Tél. 01 44 77 74 76 – Fax :
01 44 77 70 60

Financement/Gestion

État (sauf pour les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance – ASE)

Cadre légal et réglementaire

1945 : institution des juges pour enfants et création de l'Éducation surveillée qui deviendra la Protection judiciaire de la jeunesse le 20 septembre 1990.

Ordonnance du 2 février 1945 : priorité de la mesure éducative sur la sanction pénale.

Ordonnance du 23 décembre 1958 : le juge des enfants devient compétent pour les affaires de mineurs en danger au travers de l'assistance éducative.

1970 : les jeunes majeurs (18 à 21 ans) peuvent solliciter du juge des enfants une protection judiciaire.

Enfants et/ou jeunes concernés

En 1995, 267 000 jeunes ont fait l'objet d'une décision prise par les juridictions de la jeunesse (entre 1,5 et 2% de la tranche d'âge totale).

Parmi ces jeunes, 3,5% sont de jeunes majeurs et parmi les mineurs, 80% sont signalés en danger et 20% se voient reprocher une infraction pénale. Les filles représentent 12% de l'ensemble et qu'il s'agisse des mineurs en danger ou délinquants, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 16-18 ans (40%).

Mission(s)

La PJJ assure la prise en charge éducative des mineurs et des jeunes majeurs qui font l'objet d'une décision de justice dans le cadre de deux missions complémentaires : la prise en charge des jeunes délinquants et la protection des jeunes en danger.

La PJJ exerce ses missions au travers d'un secteur public et d'un secteur associatif habilité. La politique nationale est appliquée par 14 directions régionales et 100 directions départementales. L'action de la PJJ est menée en partenariat avec les collectivités locales et les autres institutions proches des jeunes (Éducation nationale, Jeunesse et Sports, Affaires sociales...).

Moyens humains et financiers

Le secteur public de la PJJ emploie près de 6 000 personnes (3 000 éducateurs, 200 assistants de service social, 180 psychologues (130 vacataires), 40 infirmiers, 200 psychiatres vacataires, etc.) et gère directement 98 SEAT – Service éducatifs auprès du tribunal – et 234 centres d'action éducative dont 70 assurent une fonction d'hébergement.

Le secteur associatif prend en charge 2 jeunes sur 3. Avec 1 000 établissements et 24 000 salariés, les 439 associations habilitées sont prédominantes mais elles travaillent autant pour la PJJ que pour l'ASE.

Budget 1997 : 2,5 milliards de francs (1,4 pour le secteur public, 1,1 pour le secteur asso-

ciatif), soit, au regard des enfants et adolescents pris en charge en 1994 à un peu plus de 11 000 F par jeune.

Actions/Activités

L'action de la PJJ se répartit en quatre grands domaines :

- les investigations : enquêtes, expertises, analyses permettant aux magistrats de connaître la personnalité du jeune et son environnement familial (79 000 jeunes concernés en 1994) ;
- l'action éducative en milieu ouvert qui, au pénal comme au civil, permet l'intervention éducative dans le milieu de vie habituel du mineur (223 000 prises en charge éducatives en 1994 dont 78 % en milieu ouvert civil et pénal) ;
- l'hébergement du mineur dans un établissement qui intervient, à titre exceptionnel, dans le cadre d'une ordonnance de placement judiciaire ;
- la formation et l'insertion professionnelle dans les centres de jour, dans certaines entreprises ou au travers des actions partenariales dans le cadre de l'Europe ou de l'aide au développement, dispositifs permettant aux jeunes d'accéder au statut de stagiaire de la formation ou au statut de salarié.

À noter

La réflexion et l'action de la PJJ concernant la santé des enfants et des jeunes qu'elle prend en charge dépend du Bureau des méthodes de l'action éducative.

Deux chargés de mission auprès du directeur – un pédiatre et un psychiatre – coordonnent les projets santé. Ils travaillent notamment à mettre en œuvre des conventions avec les autres administrations.

Aide sociale à l'enfance – ASE

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

Enfants et jeunes en danger

Autorité(s) de tutelle

L'aide sociale à l'enfance est sous l'autorité des conseils généraux depuis la loi de décentralisation.

Financement/gestion

Conseil généraux

La gestion des établissements, comme les maisons d'enfants, ou de certains services, comme les clubs de prévention, est très souvent confiée à des associations habilitées.

Cadre légal et réglementaire

Loi du 23 juillet 1983 : la loi relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État a placé l'Aide sociale à l'enfance sous la responsabilité des présidents des conseils généraux.

Loi du 6 juin 1984 relative aux droits des usagers de l'Aide sociale à l'enfance.

Loi du 6 janvier 1986 appliquant les principes de la décentralisation au secteur de l'Aide sociale à l'enfance.

Loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements.

Enfants et/ou jeunes concernés

Au 1^{er} janvier 1996, selon l'enquête du Sesi (février 1997), l'Aide sociale à l'enfance prend en charge 125 000 enfants et adolescents : près de 47 000 sont hébergés dans des maisons d'enfants et des foyers de l'enfance, 800 (maintenus en fratries) sont dans des villages d'enfants et 77 500 bénéficient d'actions éducatives en milieu ouvert.

La majorité de ces enfants ont moins de 15 ans (près de 100% en village d'enfants, 90% en AEMO, entre 60 et 77% selon les établissements d'hébergement).

Mission(s)

La mission centrale de l'Aide sociale à l'enfance est d'apporter un soutien matériel et éducatif aux mineurs et à leur famille confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre leur équilibre et de pourvoir à tous les besoins des mineurs qui lui sont confiés.

L'Aide sociale à l'enfance a aussi des missions plus spécifiques dans le cadre de la protection de l'enfance : surveillance des conditions d'accueil des enfants qui ne résident pas au domicile de leurs parents ; contrôle de certains intermédiaires de placement d'enfants (notamment les œuvres d'adoption) ; prise en charge financière des enfants placés directement par une décision judiciaire ; mise en place de structures préventives de l'inadaptation ; prévention des mauvais traitements ; agrément des futurs adoptants.

Moyens humains et financiers

Les établissements dépendant de l'Aide sociale à l'enfance sont les suivants : 182 foyers, 1 130 maisons de l'enfance, 17 villages d'enfants, 232 AEMO et 398 clubs de prévention (Sesi, février 1997). Ces établissements, souvent gérés par des associations, emploient plus de 40 000 salariés en équivalents temps plein.

Le personnel médical et paramédical (dont psychologues) représente 2 650 personnes en équivalents temps plein. Les médecins sont peu nombreux ; les plus représentés sont les psychiatres avec près de 95 ETP.

La dépense nette consacrée par les conseils généraux à l'ASE représentait, en 1995,

24 milliards de francs.

Actions/activités

L'action de l'Aide sociale à l'enfance se répartit en deux grands domaines :

- l'accueil des enfants placés en établissements ou en familles d'accueil qui représente 73 % des dépenses et,
- les actions de soutien avec maintien dans le milieu familial qui représentent 23 % des dépenses.

Ces actions de soutien avec maintien dans le milieu familial sont de plusieurs types :

- allocations et secours aux familles ou aux jeunes majeurs, en baisse depuis l'instauration du RMI : 1,9 milliard de francs.
- intervention de travailleuses familiales : environ 12 000 familles bénéficient de ce type d'aide ponctuelle ;
- action des clubs et équipes de prévention spécialisée (environ 700 millions de francs) ;
- actions éducatives en milieu ouvert, AEMO : elles se répartissent entre AEMO judiciaires (70 % des cas) et AEMO administratives, proposées aux parents par les services départementaux de l'ASE.

À noter

La remontée d'information des services départementaux vers le ministère montre que la décentralisation de l'Aide sociale à l'enfance est vécue positivement quant à la souplesse et à la liberté qu'elle autorise ; en revanche, elle entraîne un certain isolement et les départements souhaiteraient une meilleure circulation de l'information pour confronter et harmoniser les pratiques.

Allô Enfance maltraitée : 119 ou 0800 05 41 41

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

Enfants et jeunes en danger

Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée – SNATEM – Numéro vert – Ouvert tous les jours 24 heures sur 24

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales/Direction de l'Action sociale
SNATEM – Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée –
11, boulevard Brune – 75014 – Paris – Tél. 01 40 44 45 22 – Fax: 01 45 39 83 37

Financement/gestion

État et conseils généraux à parité (la part des départements est fixée annuellement en fonction de leur population). La gestion du SNATEM est confiée à un groupement d'intérêt public où sont réunis l'État, les conseils généraux et les associations.

Cadre légal et réglementaire

Loi du 10 juillet 1989: création du SNATEM/Allô Enfance maltraitée dans le cadre du texte relatif à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs, voté à l'unanimité par le Parlement.

1997: l'Enfance maltraitée est « grande cause nationale ». Allô Enfance maltraitée dispose d'un numéro vert national simplifié (119) depuis le 13 mars.

Enfants et/ou jeunes concernés

Mineurs maltraités ou présumés l'être. Selon l'enquête ODAS 1995, 20 000 enfants et adolescents sont maltraités: 7 500 souffrent de négligences graves ou de violences psychologiques, 7 000 de violences physiques, 5 500 d'abus sexuels.

Les appels enregistrés à Allô Enfance maltraitée donnant lieu à une aide et à un soutien atteignent 18 000 en 1995. Ils ont augmenté d'environ 80% depuis la création du service en 1989.

90% des appels sont issus de trois groupes à peu près égaux: les enfants, la famille proche et l'entourage. Les professionnels représentent 6% des appels.

Sur l'ensemble des enfants concernés par ces appels, 59% sont des filles et 41% des garçons et plus d'un tiers sont des enfants de moins de trois ans.

Mission(s)

Les missions du Service national d'accueil téléphonique/Allô Enfance maltraitée sont:

- l'accueil, le soutien, l'orientation, le conseil et l'information aux enfants et aux adultes confrontés à une situation de maltraitance à enfant (ou situation présumée telle);
- transmission des informations recueillies aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance;
- une étude épidémiologique annuelle à partir des appels reçus et des retours d'informations des conseils généraux.

L'affichage des coordonnées d'Allô Enfance maltraitée est obligatoire dans tous les établissements recevant de façon habituelle des mineurs.

Moyens humains et financiers

L'équipe du SNATEM est composée de 45 personnes dont 37 écoutants à temps partiel – psychologues, médecins, travailleurs sociaux, juristes... – Deux coordonnateurs sont chargés des relations avec les services de l'ASE des départements. Le SNATEM a un correspondant dans chaque département.

Le budget annuel s'élevé à 15 millions de francs.

Actions/activités

D'année en année, les appels reçus par le SNATEM se concentrent sur des questions directement liées à la maltraitance à enfant pour atteindre une proportion de 80%.

En 1995, le SNATEM a traité près de 200 000 appels. Plus d'un sur dix a donné lieu à un soutien et à la transmission de la situation aux services départementaux.

Les situations de mauvais traitements avérées ou présumées étaient pour 50% des mauvais traitements à caractère physique, 41% des mauvais traitements d'ordre psychologique et 28% des violences sexuelles.

Les auteurs de mauvais traitements étaient situés dans la famille proche à plus de 85%.

Dans 47% des situations ayant donné lieu à une transmission d'informations, les familles étaient inconnues des services compétents.

À noter

Le SNATEM et l'ODAS ont entrepris une étude épidémiologique associant dix départements. Les conclusions seront connues fin 1997.

Dispositif légal de prise en charge des enfants et des adolescents handicapés

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

Enfants et adolescents handicapés

Autorité (s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales – Direction de l'action sociale
5, place des 5 martyrs-du-Lycée-Buffon – 75015 – Paris – Tél. 01 44 36 95 75 –
Fax: 01 44 36 97 22

Financement/gestion

État, collectivités territoriales, Sécurité sociale.

Les CAMSP (Centres d'action médico-sociale précoce), de statut privé ou public, sont financés à 20% par les départements et à 80% par la Sécurité sociale; les SESSAD (Service d'éducation spéciale et soins à domicile), de compétence d'État, sont financés par la Sécurité sociale. Les établissements d'éducation spéciale sont financés par la Sécurité sociale. L'AES (Allocation d'éducation spéciale) est versée par la CAF et financée par l'État.

Cadre légal et réglementaire

Lois du 30 juin 1975: loi d'orientation en faveur des handicapés, fondement du dispositif actuel et loi sur les institutions sociales et médico-sociales. Loi du 11 juillet 1975 relative à l'éducation.

Lois du 10 juillet 1987: loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés et loi d'orientation sur l'éducation.

Loi du 12 juillet 1990: protection contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Loi du 13 juillet 1991: mesures pour l'accessibilité des locaux.

Enfants et/ou jeunes concernés

Les enfants et adolescents handicapés (0-20 ans) qui bénéficient d'une place en institution ou d'un service sont estimés en 1996 à 125 000. S'ajoutent (sûrement quelques recoupements avec le premier groupe) 108 000 enfants et adolescents qui bénéficient d'allocations ainsi que 4 700 jeunes de plus de 20 ans encore en institutions pour enfants (« Creton»). On estime qu'un nombre important d'handicapés n'est pas connu des services. Cependant, les handicaps les plus lourds sont presque tous déclarés avant l'âge de 8 ans.

Mission(s)

«La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelles, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale... constituent une *obligation nationale*.»

Moyens humains et financiers

Les professionnels en charge d'enfants et d'adolescents handicapés sont au nombre de 76 000 (64 000 pour les adultes). Le taux d'encadrement moyen est de 55% (1/2 professionnel par handicapé) et il varie de 24 à 105%.

Le budget global du handicap en France est estimé à 154 milliards de francs en 1992 (A. Triomphe, INSERM/CTNERHI).

Pour mémoire, le montant de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) s'élève à 1,7 milliard de francs et le financement des établissements pour enfants et jeunes à 19 milliards de francs.

Actions/activités

Les actions vis-à-vis des enfants et des adolescents handicapés se répartissent, comme pour les adultes, en deux grands volets : les prestations en espèces et l'accueil en institutions et services.

– prestations en espèces : l'AES (base : 675 F/mois au 1^{er} janvier 1997 et 3 niveaux de compléments) concernait 90 000 jeunes en 1994 (40% avec compléments). Les allocations sont soumises aux décisions de deux commissions départementales : la CDES jusqu'à 20 ans et la COTOREP au-delà. En 1993-1994, la CDES a examiné 160 000 dossiers, 66 000 enfants et jeunes handicapés se sont vu attribuer une AES et 21 000 une carte d'invalidité.

– accueil en institutions et services (données 1994) : 12 000 enfants sont accueillis de manière ambulatoire par près de 200 CAMSP qui ont une action de dépistage, prévention et prise en charge des enfants de moins de 6 ans et de leur famille. 13 000 enfants et adolescents sont suivis à domicile par les SESSAD (600 unités, + 150% en 10 ans) : 70% d'entre eux ont moins de 10 ans et la majorité sont intégrés scolairement. 120 000 enfants/adolescents sont pris en charge dans des établissements d'éducation spéciale (76% ont plus de dix ans, 1% plus de 20 ans, environ 15% sont intégrés dans des établissements scolaires ordinaires). Les jeunes adultes (18-20 ans à 25 ans) représentent en moyenne 17% des effectifs des différents établissements pour adultes.

À noter

La loi du 30 juin 1975 dite d'orientation des personnes handicapées est en cours de révision.

Les résultats en cours d'édition d'une étude réalisée par l'ANECAMSP font ressortir des chiffres inférieurs aux données officielles : 173 CAMSP pour 6 757 enfants suivis. Bien peu, dit l'ANECAMSP, au regard de 76 000 enfants handicapés de moins de six ans.

Les CMPP sont comptabilisés soit en psychiatrie, soit dans la prise en charge des enfants handicapés ; nous les avons intégrés dans la fiche (page 137) sur la santé mentale, dispositif libéral.

Visites médicales liées à la formation professionnelle

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

16-25 ans en difficultés

Autorité(s) de tutelle

Ministère du Travail et des Affaires sociales – Délégation à la formation professionnelle
31, quai de Grenelle – 75738 – Paris Cedex 15 – Tél. 01 44 38 32 61 – Fax: 01 44 38 33 00

Financement/gestion

Crédits délégués aux conseils régionaux par le ministère sur la base d'une convention de délégation de compétences (17 régions en 1996) ou crédits transférés du budget Travail vers le budget Affaires sociales/DGS, la gestion restant ici du domaine de l'État (5 régions).

Cadre légal et réglementaire

Ordonnance du 26 mars 1982: principe d'une visite médicale pour les jeunes de 16 à 18 ans relevant du dispositif «jeunes en stage d'insertion».

Ordonnance du 21 août 1985: principe d'une visite médicale pour les jeunes de 16 à 25 ans sans qualification participant à une action de formation.

1991: extension du principe de la visite médicale aux jeunes de 16 à 25 ans concernés par le Crédit formation individualisé.

Jeunes concernés

Les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire sans qualification, au chômage ou en situation d'insertion, sont estimés à 600 000 en 1994 (Insee - *Données sociales 1996*).

20 000 jeunes ont bénéficié en 1996 d'une visite médicale liée à la formation professionnelle.

Missions

Les objectifs des visites médicales sont:

- déceler une éventuelle contre-indication à la formation;
- appréhender les problèmes de santé des jeunes et leurs préoccupations en la matière, les sensibiliser à leur santé et à l'hygiène de vie;
- insérer cette mesure dans une action globale comportant en amont une préparation de la visite et en aval une réflexion sur les actions individuelles ou locales à mettre en œuvre.

Ces visites médicales, dans la mesure où elles ne restent pas un acte isolé de prévention en faveur des jeunes, constituent une occasion pour entreprendre avec les jeunes une démarche de santé comme facteur favorisant l'insertion. Elles peuvent aussi favoriser l'accès aux soins et permettre une orientation vers d'autres professionnels de santé.

Moyens humains et financiers

Le nombre de médecins impliqués dans le dispositif des visites médicales (vacations) n'est pas connu.

Le budget total délégué ou transféré s'est élevé en 1996 à 9,9 millions de francs (DOM compris).

Actions/activités

Les visites médicales ont le plus souvent lieu dans le cadre d'un Contrat de formation individualisée ou d'un Programme d'aide à la qualification (CFI-Paque).

Géographiquement, elles se situent dans les Missions locales, parfois dans des cabinets libéraux, à la Caisse primaire d'assurance maladie ou dans les locaux des organismes de formation. Les Missions locales jouent un rôle important dans ce dispositif, l'intégrant souvent dans une politique locale de santé plus vaste (cf. fiche p. 149 sur les missions

locales) : modules de formation santé, visites complémentaires, suivi...
Selon un compte rendu de certaines missions locales, les problèmes de santé les plus souvent soulignés sont les troubles psychologiques, les problèmes dentaires ou de vue, les vaccinations non renouvelées.

À noter

Une enquête a été menée en 1994 par l'unité 169 de l'Inserm sur les jeunes en CFI-Paque. Cette enquête devrait permettre d'établir une comparaison avec des enquêtes analogues menées sur des jeunes scolarisés (1993).

Plus défavorisés sur le plan social et familial, les jeunes en insertion ont un faible niveau d'éducation à la santé et leur accès aux soins est insuffisant (un sur quatre n'a pas rencontré de professionnels de santé dans l'année).

Leurs difficultés de santé sont réelles et elles sont souvent, pas du tout ou partiellement prises en charge.

Depuis quelques années, les Caisses primaires d'assurance maladie et certaines mutuelles proposent aux jeunes (non forcément dans le cadre d'une formation) des possibilités de visites/bilans de santé.

Missions locales

PAIO – Permanence d'accueil, d'information et d'orientation

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

16-25 ans en difficultés

Autorité(s) de tutelle

Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
194, avenue du Président-Wilson – 93217 – La Plaine Saint-Denis Cedex
Tél. 01 49 17 46 46 – Fax: 01 49 17 47 48

Financement/gestion

Les missions locales et les PAIO sont financées par l'État et les collectivités territoriales. Elles sont le plus souvent constituées en associations ou en groupements d'intérêt public où sont représentés les partenaires locaux (sociaux, économiques, politiques...).

Cadre légal et réglementaire

Ordonnance du 26 mars 1982: lancement d'un dispositif d'accueil et de lutte contre l'exclusion des jeunes.

Loi du 19 décembre 1989: base législative des missions locales et inscription dans la durée d'un dispositif jusqu'alors expérimental.

Jeunes concernés

Les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire sans qualification, au chômage ou en situation d'insertion, sont estimés à 600 000 en 1994 (Insee – données sociales 1996).

Un million de jeunes ont été en contact en 1996 avec le réseau des missions locales/PAIO dont 400 000 jeunes en premier accueil.

Mission(s)

Le réseau des missions locales et des PAIO est chargé d'accueillir, d'informer et d'accompagner dans leur parcours des jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion sociale et professionnelle.

Ces missions sont réalisées au travers de la mobilisation du partenariat local.

Moyens humains et financiers

En septembre 1996, on compte 285 missions locales et 367 PAIO, soit 652 structures d'accueil pour les jeunes en insertion.

Les missions locales et PAIO emploient environ 5 000 salariés. Les missions locales sont plutôt implantées dans les zones urbaines.

La subvention accordée en 1997 à l'ensemble des missions locales atteint 371 millions de francs. Les régions les plus dotées sont l'Île-de-France (49 millions de francs), Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais (34 millions de francs), Provence-Côte d'Azur (30 millions de francs), puis loin derrière les Pays de la Loire, Aquitaine, Bretagne, etc.

Actions/activités

Les actions santé menées par les ML-PAIO ont pour objectif de faciliter le processus d'insertion sociale et professionnelle, considérant la santé, au sens global du terme, comme un élément de base à la capacité d'insertion.

Ces actions santé sont soit individuelles, (consultations, entretiens, accompagnement personnalisé), soit collectives (groupes/ateliers d'expression, animations, débats...).

Deux composantes principales sont à dégager: la prévention et l'accès aux soins.

La prévention est abordée au travers de la mise en place de lieux ressources, d'anima-

tions thématiques, de débats, de soirées, et aussi dans le cadre des actions individuelles. L'accès aux soins marque la volonté du réseau d'accueil d'intervenir concrètement dans le domaine de la santé des jeunes en insertion qui souffrent d'après toutes les enquêtes menées d'un niveau d'accès aux soins notoirement insuffisant. Les actions principales sont :

- des permanences de médecins, d'infirmiers, de psychologues qui assurent des consultations ;
- des permanences des Caisses primaires d'assurance maladie pour ce qui concerne l'accès aux droits sociaux ;
- des actions de recherche de mutuelles, d'aides, de mobilisation des fonds d'aide aux jeunes, fonds de secours...

Les visites médicales liées à la formation professionnelle des jeunes ont souvent lieu dans le cadre des missions locales (cf. fiche spécifique p. 145).

À noter

Les missions locales et PAIO n'ont pas de fonctionnement type. Certaines ont une action très étoffée dans le domaine de la santé, d'autres moins.

Points écoute jeunes

Points écoute parents

Dispositifs spécifiques – Prévention, prise en charge

Toxicomanie, dépendances

Autorité(s) de tutelle

Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration
35, rue Saint-Dominique – 75005 – Paris – Tél. 01 42 75 80 00 – Fax : 01 44 36 97 23
Ministère du Travail et des Affaires sociales – Direction de l'Action sociale
8, avenue de Ségur – 75007 – Paris – Tél. 01 44 36 90 00 – Fax : 01 44 36 97 23

Financement/gestion

État et selon les lieux, municipalités et/ou conseils généraux.
Les Points écoute jeunes/Points écoute parents sont gérés par des associations.

Cadre légal et réglementaire

Circulaire du 10 avril 1997 : création et modalités de fonctionnement des Points écoute jeunes et des Points écoute parents, circulaire signée par MM. Gaudin et Raoult.

Enfants et/ou jeunes concernés

Jeunes, parents, familles, ensemble d'une communauté concernée par la toxicomanie.

Mission(s)

Selon la circulaire du 10 avril 1997, les objectifs des Points écoute jeunes/Points écoute parents sont :

- la prévention de la toxicomanie et de la délinquance ;
- l'accueil et l'orientation des jeunes toxicomanes vers les services spécialisés ;
- la réinsertion sociale et professionnelle des jeunes toxicomanes les plus démunis par un accompagnement socio-éducatif adapté.

Les Points écoute jeunes/parents consistent à ouvrir des permanences d'accueil, d'écoute, d'accompagnement éducatif dans le but de :

- prévenir l'inadaptation et aider au rétablissement d'un équilibre psychologique et social ;
- répondre à des situations d'urgence liées à des détresses affectives, familiales et sociales ;
- permettre à des jeunes qui n'en ont pas l'habitude ni la possibilité l'accès à un service social.

Moyens humains et financiers

Une cinquantaine de structures sont en cours de création. La priorité est donnée aux zones urbaines, dans les quartiers dits difficiles. Des implantations au centre des villes moyennes constituent une deuxième approche.

Il n'y a pas de fonctionnement type d'un Point écoute jeunes/Point écoute parents, cependant, en moyenne, on peut estimer que deux éducateurs (en général titulaires du BAFA) animent une structure.

Les points écoute jeunes/Point écoute parents fonctionnent en principe sur la base d'un budget annuel d'1 million de francs. Le montage financier théorique consiste en un apport initial de l'État de 500 000 francs, presque toujours accompagné par les collectivités locales, notamment les municipalités.

Actions/activités

« Les actions/activités des Points écoute jeunes/Points écoute parents sont en train de se mettre en place. Tout est encore au niveau du diagnostic, de la mise en réseau

des partenaires, de l'aménagement des locaux. À ce titre, le local n'est pas forcément l'aspect central de la démarche car les éducateurs ont plutôt pour mission d'aller au-devant des jeunes là où ils vivent que d'attendre leur hypothétique venue. Cependant un lieu ouvert en fin de journée, au moment où le peu de vie sociale des cités ferme ses portes, peut être important. »

À noter

Les Points écoute jeunes/Points écoute parents ne veulent pas constituer une nouvelle réponse institutionnelle aux difficultés rencontrées par les jeunes dans des quartiers non équipés. « Il ne s'agit pas d'ouvrir un local de plus avec un travailleur social et un ordinateur, il s'agit de donner les moyens à la population de prendre en mains les problèmes qu'elle rencontre. La mission des Points écoute jeunes/Points écoute parents est de recréer du lien social en instaurant, au niveau d'un quartier, d'une ville donné(e), une démarche participative de la part d'une population concernée par des problèmes de toxicomanie. »

Annexe IV Bibliographie

H. Ali

Adolescence. Identités, santé, société, Prévenir, 1992, 23, 167 p.

Bailly D., Parquet P.-J., *Les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent. Tome I: rapport de psychiatrie*. (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Saint-Étienne, 15-19 juin 1992), Paris, Masson, 1992, 112 p.

Bajos N., Ducot B., Rudelic-Fernandez D., Lert F., Spira A., «Évaluation d'un nouveau modèle de communication et de prévention du sida. Analyse des réactions suscitées par la campagne» 3 000 scénarios contre un virus». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1996, 44, p. 237-247.

Baudier F., Dressen C., Arènes J., *Baromètre jeunes 94*. Vanves, Éditions CFES, 1997, 148 p.

Berthuit F., Un tour d'horizon des aspirations et des valeurs des Français telles qu'elles résultent des enquêtes extérieures au Credoc. *Cahier de recherche*, 1996/05, 84, 100 p.

Boisguérin B., *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1993*. Documents statistiques, 1996/05, 254, 31 p.

Brice J., *Promotion de la santé en faveur des élèves. Rapport annuel médical et synthèse des rapports académiques 1993-1994*. Paris: Direction des lycées et des collèges, 1996, 51 p.

Carré J. R., Zucker E., *Morbidité et mortalité violentes dans la population des jeunes de 15 à 24 ans. Accidents de la route et suicide: des causes évitables*. Paris, La Documentation française, 1989, 152 p.

Chartier J.-P., *Banlieues et violences. Regards d'un psychanalyste*. Communautés éducatives, 1995/12, 93, p. 41-47.

Choquet M., Iksil B., *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans)*. Vanves, DGS, 1994, 221 p.

Choquet M., Ledoux S., *Adolescents*. Paris, Éditions Inserm, 1994, 346 p.

Comité français d'éducation pour la santé, *Santé des jeunes et des enfants. Les études du CFES*. Vanves, CFES, 1997/03, 255 p.

Constant E., *Étude bibliographique des facteurs de risque du suicide de l'adolescent et du jeune et des indices de leur mal-être*. Journées lorraines de santé publique (Vandœuvre-lès-Nancy, 16-17 février 1994), 10 p.

Constant E., *Santé des adolescents*. Journées lorraines de santé publique (Vandœuvre-lès-Nancy, 16-17 février 1994), 13 p.

Eono P., Vernizeau J.-N., Monchaux E., Malek K., Jammes A., *État de santé des jeunes Français : analyse des données des centres de sélection.* Médecine et Armées, 1996, 24, p. 63-70.

European centre for the epidemiological monitoring of Aids, HIV/Aids surveillance in Europe 1994-1996. Quarterly report, 1995/06/31, 46, 82 p.

Fauroux F., Chacornac G., *Pour l'école.* Paris, Calmann-Lévy, La Documentation française, 1996, 300 p.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, *La santé observée dans les régions de France. Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé.* Paris: Fnors, 1997/02, 100 p.

Fondation de France, *Santé des jeunes - Europe.* Paris: Mécénat AGF, 1994/11, 68 p.

Fondation de France, *Santé des jeunes - France.* Paris: Mécénat AGF, 1994/11, 72 p.

Fontaine N., Noël G. (dir.), *Les conduites suicidaires des adolescents. Des repères pour la prévention à l'école.* Paris: Direction des lycées et collèges, 1996/11, 46 p.

Guignon N., *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992.* Solidarité santé, 1994, 1, p. 171-185.

Hatchuel G. (dir.), *Prestations familiales, modes de garde et relations parents/grands enfants.* Paris, Credoc, 1994/12, 210 p. (coll. des rapports du Credoc, n° 156).

Haut Comité de la santé publique, *La santé en France 96.* Paris, HCSP, 1996/09, 251 p.

INRA Europe - European Coordination Office, *Rapport Eurobaromètre sur le tabagisme en Europe.* Luxembourg: Commission des Communautés européennes, 1995/01, 44 p.

Insight Marketing, Fondation CNP, *L'apprentissage de la santé en famille.* Paris: Insight, 1996/08, non paginé.

Institut national de la statistique et des études économiques, *Données sociales 1996. La société française.* Paris, Insee, 1996, 535 p.

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans. Rapport final.* Lausanne: IUMSP, 1992, 95 p. (Cahiers de recherches et de documentation).

Institute for Hygiene and Epidemiology, *Eurobarometer 37: European week for drug abuse prevention.* Luxembourg: Commission des communautés européennes, 1995/01, 54 p. et annexes.

Kaminski M., *Interventions antitabagiques chez les femmes enceintes: bilan.* In Slama K., Karsenty S., Hirsch A. *La lutte contre le tabagisme est-elle efficace? Évaluations et perspectives.* Paris: Éditions Inserm, 1992, p. 121-132.

King A., Wold B., Tudor-Smith C., Harel Y., *The Health of youth. A Cross-National Survey, HBSC.* Copenhague, OMS, 1996, 222 p. (Who Regional Publications, European series, n° 69).

Lehingue Y., Fassios F., Momas I., Daures, *Surveillance épidémiologique des enfants des écoles maternelles de l'Hérault lors des bilans de santé du service de protection maternelle et infantile.* *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1992, 40, p. 25-32.

Lelong N., Kaminski M., Chwalow J., Bean K., Subtil D., *Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption.* Patient and education counseling, 1995, 25, p. 39-49.

Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., Sand E.-A., Tomkiewicz S., *L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux.* Paris, Doin, 1987.

Masuy-Stroobant G., Gourbin C., Buekens P., *Santé et mortalité des enfants en Europe. Inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui.* (Actes de la Chaire Quetelet, Louvain-la-Neuve, 12-14 septembre 1994). Louvain-la-Neuve : Bruylant-Académia, Paris, L'Harmattan, 1996, 560 p.

Mattéi J.-F., *Les liens entre la santé et l'environnement notamment chez l'enfant.* Paris, Assemblée nationale (document n° 2588), 1996/02, 272 p. + 255 p.

Mauger G., *Les jeunes en France. État des recherches,* Paris, La Documentation française, 295 p.

Melbin T., Sundelin C., Vuille J.-C., *Growing up in Uppsala. Part II. Could adolescents with severe psychosocial problems have been identified by symptoms observed in school at age 10 years?* Acta pædiatrica, 1992, 81, p. 424-429.

Norvez A., *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine,* Paris, Ined, PUF, 1990, 463 p.

Paillerets F., Dehan M., Beaufils F., Badoual J., Saudubray J.-M., *L'enfant et son médecin,* Archives de Pédiatrie, 1995, 2, p. 927-934.

Ploeg J., Ciliska D., Dobbins M., Hayward S., Thomas H., A systematic overview of adolescent suicide prevention programs, *Revue canadienne de santé publique*, 87, p. 319-324.

Rey C., *Les adolescents face à la violence,* Paris, Syros, coll. Alternatives sociales, 1996, 336 p.

Ruxton S., *Children in Europe.* Londres : NCH Action for children, 1996, 517 p.

Sand E.-A., Jeanneret O., Romer C., Violence et agressivité chez les adolescents et les jeunes adultes. *Revue critique de la littérature récente. Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1996, 44, p. 301-345.

Sermet C., *La santé des jeunes : enquête sur la santé et les soins médicaux,* France 1991-1992, Paris, CreDES, n° 1094, novembre 1995, 37 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université?* Institut d'études politiques (Grenoble, Lyon). 1996/10, 48 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université?* Résumé. 1996/10, 13 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université?* Filière de Droit (Grenoble, Saint-Étienne). 1996/10, 53 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université?* Analyse des entretiens (Droit-Psychologie, IEP Chambéry, Grenoble, Lyon, Saint-Étienne). 1995/10, 24 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé

Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université ?* Filière de Psychologie (Chambéry, Lyon). 1996/10, 49 p.

Spira A., Bajos N., *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation française, 1993, 352 p.

Triomphe A. (dir.), *Les personnes handicapées en France : données sociales*. Paris : Coédition Inserm et CTNERHI, 2^e édition, 1995, 303 p..

Tursz A., Pommereau X., *Accidents et suicides en Europe. Bilan et perspectives*. non édité, 1994/10, 19 p. + annexes.

Tursz A., Rey C., La violence à l'adolescence : une séméiologie, des causes et une prévention complexes. *Revue critique de la littérature récente. Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1996, 44, p. 297-300.

Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R. (sous la dir.), *Adolescence et risques*, Paris, Syros, 1993, 266 p.

Turtle J., Jones A., Hickman M., *Young people and Health: the health behaviour of school-aged children. A report on the 1995 survey*. London : Health Education Authority, 197, 203 p.

T A B L E D E S M A T I È R E S

Introduction	1
Les outils de la connaissance	3
Les concepts	3
Enfance et adolescence	3
Santé des jeunes	5
« Comportements à risques »	5
La prévention et l'apprentissage à la santé	6
Sources de données épidémiologiques et statistiques	6
Les données de mortalité	6
Les données de morbidité	7
Les données sur les comportements	9
L'état de santé des enfants et des jeunes en France	11
La mortalité	11
La morbidité	13
Les comportements	16
Synthèse des données statistiques et épidémiologiques	18
Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes	21
L'environnement familial et social	21
La famille	21
Les modes de garde du jeune enfant et l'école	26
Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent	30
La pédiatrie et la médecine générale libérale	30
Le dispositif hospitalier	31
Les services de protection maternelle et infantile	32
Le service de promotion de la santé en faveur des élèves	34
Les points jeunes, les espaces santé jeunes	36
Santé mentale	36

Conclusions et recommandations	39
Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant	41
Les mesures visant à améliorer l'accueil collectif et l'éducation à la santé des enfants et des adolescents	42
Détecter et prendre en charge les enfants et les adolescents en difficulté	44
Former les intervenants agissant auprès des jeunes	46
Les médecins et les professionnels de santé	46
Les enseignants	47
Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes	47
Sur les données existantes	47
Les recherches à promouvoir	47
Assurer les conditions de la définition et de la mise en œuvre d'une politique globale à l'échelon local et national	48
Annexes	
Annexe 1. Composition du groupe de travail et personnes auditionnées	53
Annexe 2. L'état de santé des enfants et des jeunes en France	55
Annexe 3. Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans	111
Annexe 4. Bibliographie	153

Achévé d'imprimer
sur les presses de Calligraphy Print, Rennes
Mise en page: Buroscope, Rennes
Dépôt légal: mars 1998

