



AS/Soc/Inf (2018) 02
4 septembre 2018
Fsocdocinf02_2018

**Commission des questions sociales, de la santé
et du développement durable**

Examiner les besoins de santé des adolescents en Europe

Mme Eleni Karayianni
Licenciée en psychologie clinique,
Département de psychologie,
Université de Chypre
Chypre

Rapport d'expert préparé Baroness Massey, rapporteure
Assemblée Parlementaire, Conseil de l'Europe
Septembre 2018

Table de matières

1. Introduction	3
2. L'importance de mettre l'accent sur l'adolescence	4
3. Les raisons du changement de perspectives	4
3.1. Déterminants socioculturels de la santé des adolescents – famille, voisinage, communauté, médias, école, société	4
3.2. Problèmes de santé à l'adolescence – santé physique, santé mentale, santé sexuelle	5
3.3. Adopter une approche de la santé basée sur le parcours de vie	6
4. Le présent : pratiques actuelles	6
4.1. Bonnes pratiques et actions fondées sur les connaissances	6
4.2. Rapport coût-efficacité des actions actuelles	7
5. L'avenir : prévention/promotion, action fondée sur les connaissances et activité future	7
Références	9

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'adolescence comme la période allant de dix à dix-neuf ans, coïncidant partiellement avec la notion de jeunesse (10-24 ans). Aujourd'hui, on estime qu'un quart environ de la population mondiale, soit 1,8 milliard d'êtres humains, appartient à ce groupe. En Europe, d'après les Perspectives de la population mondiale : la révision de 2015 des Nations Unies, la proportion des adolescents (10-19 ans) au sein de la population est de 14 %. Un rapport d'Eurostat pour l'UE-28 indique qu'en 2017 la population était composée à environ 8,25 % de personnes de sexe masculin âgées de 10 à 24 ans et à 7,9 % de personnes de sexe féminin de cette même tranche d'âge. Pourtant, qu'il s'agisse des recherches, des politiques publiques ou d'autres actions, la plupart portent soit sur les enfants plus jeunes, soit sur les adultes, de sorte que les besoins réels des adolescents sont négligés.

Si la santé des adolescents s'est améliorée sous l'effet des actions de prévention et d'intervention axées sur l'enfance, ces progrès sont à ce jour moins marqués que pour les enfants de moins de dix ans. De plus, dans les actions liées aux problèmes des adolescents, on observe que l'accent est mis davantage sur des aspects spécifiques que sur ce groupe dans son ensemble. Ces problèmes (comme la santé mentale, la santé sexuelle ou l'obésité) sont souvent considérés comme des faits isolés plutôt que comme des étapes d'un développement pouvant être envisagées dans le cadre d'un parcours de vie. Le rapport (2014) de l'OMS sur la santé des adolescents souligne que l'adolescence est un âge critique pour le développement humain, auquel il faudrait accorder une attention particulière. Dans cet esprit, la Fédération mondiale pour la santé mentale a choisi pour thème de la Journée mondiale 2018 de la santé mentale « Jeunes et santé mentale dans un monde en mutation ». Cette campagne vise à attirer l'attention sur les difficultés auxquelles les jeunes sont confrontés dans le monde d'aujourd'hui, en prenant pour point de départ de la réflexion ce dont les jeunes ont besoin pour « grandir de manière saine, heureuse et résiliente ». Elle affirme en outre que l'action entreprise en faveur de cette population vulnérable sera déterminante pour l'avenir.

Les recherches menées au cours de la décennie passée ont contribué à ce que l'adolescence soit perçue comme une phase essentielle du développement humain. Alors que nous pensions précédemment que l'adolescence était généralement une période saine de la vie, la recherche a établi que l'influence du développement du cerveau, combiné avec les facteurs du contexte social, tient une place essentielle dans l'état de santé des adolescents. Les dix premières années de la vie sont certes importantes, mais les vingt suivantes le sont tout autant. On note aujourd'hui à l'échelle mondiale des évolutions telles que les modes de vie nuisibles à la santé, l'instabilité familiale et l'existence de conflits armés, qui constituent de graves menaces pour le bien-être des adolescents. Et s'il existe parfois des stratégies mondiales et nationales, le caractère limité des ressources et des moyens techniques nuit à l'efficacité des efforts visant à garantir aux adolescents l'avenir sain dont ils ont besoin. Un autre problème tient à la disparité des situations et des besoins à l'échelle nationale, qui pèse elle-même sur la mise en œuvre des stratégies mondiales destinées à résoudre les difficultés.

Bundy, de Silva, Horton, Patton, Schultz et Jamison (2018), dans une publication de la Banque mondiale sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, affirment qu'il est essentiel de garantir un bon départ dans la vie, mais qu'il est également démontré aujourd'hui qu'une aide est aussi nécessaire pour accompagner notre développement jusqu'à l'âge de 21 ans, si l'on veut que chacun puisse réaliser son potentiel (page 1).

Les auteurs soulignent aussi que les besoins de l'enfant sont manifestement privilégiés par rapport à ceux de l'adolescent, aussi bien en termes d'investissements que de recherches. En particulier, ils mentionnent le nombre écrasant (plus de 90 %) des publications disponibles portant sur les enfants de moins de cinq ans, au détriment de l'intérêt pour l'adolescence, ce qui contribue à la rareté des données. Ce constat montre clairement combien il est nécessaire de remettre en question la manière dont le financement des études, les politiques et l'action sont actuellement étroitement concentrés sur les premières années de la vie en matière de prévention et d'intervention. Bien que cette priorité accordée à l'enfance ait contribué à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies, ils nous ont aussi encouragés à occulter le fait que la croissance et le développement qui précèdent l'âge adulte sont tout aussi importants, du fait que cette période est complexe et se prête aux interventions.

Le présent rapport vise à souligner la spécificité de l'adolescence et la nécessité de davantage mettre l'accent sur la santé des adolescents, en exposant les raisons de ce changement de perspective. Le rapport évoque les facteurs individuels et contextuels ayant une incidence sur la santé des adolescents et les problèmes que posent ces facteurs. On y trouvera une présentation des méthodes et des bonnes pratiques déjà mises en œuvre, ainsi que plusieurs recommandations. Le rapport préconise de donner la parole à la jeunesse et de l'associer aux processus décisionnels, en rompant avec des méthodes traditionnelles rendues obsolètes à l'ère du numérique et dans un monde en mutation rapide. Il suggère aussi de concevoir et de mettre en œuvre des programmes globaux et adaptés, en termes de développement, au contexte et à la finalité pour lesquels ils sont conçus.

2. L'importance de mettre l'accent sur l'adolescence

Le nombre des adolescents a augmenté du fait du succès des actions de prévention et d'intervention en matière de santé de l'enfant, touchant à la malnutrition, la mortalité infantile et la lutte contre les maladies infectieuses. Dans le même temps, des actions se sont portées sur des questions telles que la santé sexuelle, la toxicomanie, la santé mentale, les conduites à risque et les problèmes de santé physique plus fréquents à l'adolescence. Malgré ces succès et progrès, la spécificité de l'adolescence n'est pas véritablement prise en compte, dans la mesure où cette période de la vie présente des expériences sociales et des évolutions des rôles sociaux, des facteurs de risque et de protection et des facteurs biologiques spécifiques qui varient d'un individu à l'autre. Bundy et Horton (2017) notent que deux des trois phases critiques du développement au cours des deux premières décennies de la vie sont « la poussée de croissance du début de l'adolescence (10-14 ans) » et la « phase de croissance et de consolidation de la fin de l'adolescence (15-19 ans) », la troisième phase étant la moyenne enfance (5-9 ans). Ces deux phases se distinguent par la nécessité de concevoir et de mettre en œuvre des interventions ciblées en réponse aux problèmes spécifiques à un âge donné.

L'importance de l'adolescence sur le plan social est communément reconnue eu égard à son caractère de transition et de préparation à l'âge adulte. Gates (2016) indique qu'il s'agit d'une « période dynamique de développement cognitif et physique » qui peut contribuer de manière notable et positive à la forme des opportunités, des contributions et des réalisations ; toutefois, cette période peut aussi être marquée par des expériences accompagnées d'inquiétude pour le présent et l'avenir de l'individu. Par exemple, c'est l'âge de l'apparition des troubles mentaux les plus fréquents, des comportements de toxicomanie et de divers troubles du comportement (suicide, automutilation, violence interpersonnelle, conduites à risque, etc.). C'est aussi la période où les adolescents construisent leur identité et façonnent leur opinion. Bundy et collègues (2018) notent l'importance croissante de l'auto-action pendant ces années. Dans ce domaine, le concept de services de santé adaptés à l'adolescent a été adopté (en complément des services adaptés à l'enfant). Cependant, les auteurs notent que la capacité ou la possibilité pour les adolescents de prendre leurs propres décisions concernant leur santé et l'adéquation des services disponibles avec les besoins sont limitées.

Resnick, Catalano, Sawyer, Viner et Patton (2012) suggèrent que « l'investissement dans la santé des adolescents est essentiel » (p. 1565). L'UNICEF, dans son évaluation de 2011, insiste sur la nécessité d'investir dans l'adolescence, non seulement parce qu'un tel investissement est « justifié par principe », mais aussi parce qu'il préserve l'investissement initial dans la santé de l'enfant. Cet effort contribue à un stade précoce à la réalisation d'objectifs tels que la réduction de la pauvreté, la promotion de l'égalité et l'élimination des discriminations sexuelles. Il contribue en outre à donner aux adolescents les outils nécessaires et les aptitudes leur permettant de faire face aux difficultés présentes et à venir (Resnick et collègues, 2012).

3. Les raisons du changement de perspectives

3.1. Déterminants socioculturels de la santé des adolescents – famille, voisinage, communauté, médias, école, société

La commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a défini les facteurs contextuels ayant un impact sur la santé et le développement comme étant « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (Viner, Ozer, Denny, Marmot, Resnick, Fatusi et Currie, 2012). La Commission européenne (2000), dans un rapport sur la santé des jeunes dans l'Union européenne, affirme que « la pauvreté, l'éclatement de la famille, l'absence de soutien social et de défis éducatifs ou professionnels, ou ... une alimentation de mauvaise qualité ... empêchent une croissance et un développement sains » (p. 7) pour un nombre considérable de jeunes Européens.

Il n'est pas étonnant que ces différences notables en termes de déterminants sociaux et culturels de la santé contribuent à creuser les inégalités concernant la santé des jeunes. Il existe une relation à double sens entre les problèmes individuels et sociétaux auxquels les adolescents sont confrontés, qui dépendent du contexte dans lequel ils vivent et grandissent. Adopter un cadre écologique permet de mieux comprendre comme les relations fonctionnent, du fait qu'on met l'accent sur une vision globale des problèmes qui se posent, plutôt que de les examiner isolément (Blum, Bastos, Kabiru et Le, 2012).

Comme il est noté plus haut, l'adolescence est une période fondamentale et complexe, sur laquelle influent de multiples facteurs. Par exemple, on peut affirmer que l'accès à l'éducation et la réussite du parcours scolaire ont eux-mêmes un effet non seulement sur la santé des adolescents mais aussi sur la santé de la société, du fait des bienfaits économiques et politiques qu'ils engendrent (Viner et collègues, 2012). Nous

savons également que les changements visibles pendant cette période dépendent de normes sociétales qui varient d'une génération à une autre. Dans le même temps, l'adolescence est communément perçue comme une phase saine de la vie, dont les conséquences ne peuvent être constatées, évaluées ou même traitées qu'ultérieurement, lorsqu'elles se manifestent (Resnick et collègues, 2012). De ce fait, il est aisé de perdre de vue les problèmes, ou de manquer de perspective lorsqu'il s'agit de proposer des solutions. Certaines des conséquences passeront largement inaperçues, du fait que ces problèmes sont nouveaux pour la génération des adultes d'aujourd'hui. L'utilisation des médias et des technologies est l'un de ces « défis propres à la nouvelle génération ». Elle affecte la santé des adolescents, ce qu'illustre l'apparition du cyberharcèlement ces dernières années et du « défi de la baleine bleue » (blue whale challenge).

Ces exemples confirment en outre que les adolescents peuvent contribuer activement à l'évolution de la société où ils vivent. Ils montrent aussi que l'adolescence est une période optimale pour mener des actions comportementales ciblées qui peuvent être « hautement efficaces et hautement efficaces » (Sawyer et collègues, 2012).

3.2. Problèmes de santé à l'adolescence – santé physique, santé mentale, santé sexuelle

En dépit du caractère fragmentaire des études sur la santé des adolescents, par rapport à la santé des enfants et des adultes, les données dont on dispose montre clairement qu'il est grand temps de porter notre attention sur ce groupe. D'un point de vue biologique, on note des changements physiques tels que la poussée de croissance des adolescents entre dix et quatorze ans et la phase de croissance et de consolidation allant de l'âge de quinze ans au début de la vingtaine. Se produisent alors des changements de la masse corporelle, des changements physiologiques et comportementaux liés à la puberté et des changements du cerveau liés à l'exploration et l'expérimentation. Tous ces changements auront une incidence sur les comportements de santé lors des périodes postérieures de la vie (Bundy et collègues, 2018). À eux seuls, les changements du cerveau au cours de l'adolescence jouent un rôle dans bon nombre des problèmes spécifiques qui surviennent pour la première fois pendant cette période (Grigorenko, 2017).

Par exemple, tandis que les compétences sensorimotrices et langagières se développent à des stades plus précoces, le contrôle exécutif et d'autres actions fonctionnelles supérieures se développent plus tard à l'adolescence. Ces changements doivent être pris en compte dans la réponse aux besoins de santé des adolescents.

Nous savons que certains facteurs ayant une incidence sur la santé des adolescents – par exemple les conduites à risque – sont considérés comme étant « normaux » pour leur développement. Toutefois, les effets négatifs sont presque immédiats dans ces cas et peuvent souvent être évités. Sawyer et collègues (2012) soulignent que les principaux facteurs de risque pour l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) sont l'alcool (7 %), les rapports sexuels non protégés (4 %), les carences en fer (3 %), l'absence de contraception (2 %) et la consommation de drogues illicites (2 %). Au total, au moins 15 % des maladies dans le monde touchent des personnes âgées de 10 à 24 ans. De plus, les auteurs citent diverses études dont les résultats sont inquiétants et incitent fortement à centrer les actions sur les adolescents. Entre autres résultats, des études ont montré que 75 % des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 24 ans, 50 % avant l'âge de 14 ans (Kessler, Bergland, Demler, Jin & Walters, 2005) et que les troubles neuropsychiatriques (par exemple, les troubles cognitifs, les troubles liés à l'usage de drogues, les troubles de l'attention et du sommeil) sont la principale cause de handicap chez les jeunes de 10 à 24 ans (Gore, Bloem, Patton, Ferguson, Joseph, Coffey, Sawyer & Mathers, 2011).

Des études citées par Sawyer et collègues (2012) ont établi que l'âge médian d'apparition des troubles liés à l'usage de drogues est de 19-21 ans, tandis que 17 % des 13-15 ans sont fumeurs ; l'automutilation est l'une des principales causes de décès, précédée seulement par les accidents de la route ; 70 % des adolescents en surpoids présentent un ou plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Bien que certaines actions de prévention centrées sur l'enfance répondent partiellement à ces problèmes, les chiffres montrent clairement que ces actions ne suffisent pas à apporter une réponse adéquate aux problèmes de santé qui apparaissent au cours de l'adolescence.

Les principaux constats contenus dans le rapport de la Commission européenne (2000) sur les États membres de l'Union européenne étaient les suivants :

- On compte plus de 30 000 décès parmi les 15 et 24 ans, les accidents de la route étant la principale cause de décès et les suicides représentant un décès sur dix.
- Environ un jeune sur quatre déclare des symptômes psychosomatiques.
- Un sur dix déclare une forme ou une autre de handicap.
- Environ 10 % des 15-24 ans déclarent une dépression pouvant être diagnostiquée et, dans l'ensemble, on estime que 15-20 % de ce groupe souffrent d'une forme de trouble mental. La prévalence des problèmes de santé mentale est particulièrement élevée dans les catégories défavorisées.
- Concernant la santé génésique, les données, lorsqu'elles existent, montrent ce qui suit :

- Le taux d'avortement des adolescentes va de 5 à 22 pour 1 000 femmes, et de 8 à 28 pour les 20-24 ans.
- La chlamydie, MST la plus commune, est diagnostiquée chez 5 à 7 % des jeunes.
- 50 à 80 % des adolescents de 15 ans ont essayé la cigarette, tandis qu'un cinquième de l'ensemble des jeunes de 15 ans fument quotidiennement. La plupart resteront des fumeurs réguliers une fois devenus adultes.
- La consommation d'alcool débute à un âge plus précoce que par le passé et elle est plus fréquente chez les garçons.
- Les expériences de consommation de drogues sont fréquentes à l'adolescence. La toxicomanie et la dépendance chez les 15-24 ans sont souvent liées à une forme de problème de santé mentale (par exemple la dépression).
 - De 4 à 41 % des 15-16 ans, selon les États membres de l'UE, ont déjà consommé du cannabis.
 - De 1 à 13 % ont déjà pris des amphétamines.
 - Ils sont jusqu'à 4 % pour la cocaïne.
 - Jusqu'à 2 % pour l'héroïne.
 - Jusqu'à 9 % pour l'ecstasy.
 - Jusqu'à 20 % pour les solvants.
- Les niveaux d'activité physique sont insuffisants pour produire des effets bénéfiques pour la santé, et l'augmentation des taux d'obésité est particulièrement alarmante.

Ces chiffres semblent être similaires dans les pays d'Europe non membres de l'UE et ils sont stables malgré les deux décennies qui les séparent du présent rapport.

Les principaux risques pour la santé à l'adolescence sont : a) le tabagisme, qui apparaît très largement pendant cette période ; b) la consommation d'alcool et l'alcoolisation massive, qui persistent en dépit des diverses actions conçues et mises en œuvre ; c) le surpoids et l'obésité, qui ont fortement augmenté ces vingt dernières années ; d) l'activité sexuelle du point de vue des premières expériences précoces, avec un accès limité à la contraception et un risque de grossesse non désirée. Ces constats ressortent de données et d'études mondiales et reflètent principalement les études menées aux États-Unis et en Afrique subsaharienne, et dans une moindre mesure en Asie, en Amérique du Sud et en Océanie, et à un moindre degré encore en Europe. Le « caractère unique » des données européennes peut être attribué à deux raisons : 1) l'incapacité à collecter et comprendre les facteurs de risque et leur impact pour les phases postérieures de la vie, du fait de la fragmentation du domaine de la santé en Europe ; 2) le caractère fragmentaire ou spécifique des études, centrées sur les domaines d'intérêt des chercheurs plutôt que sur le public touché par les maladies, ce qui n'est toutefois pas nécessairement propre aux données européennes.

3.3. Adopter une approche de la santé basée sur le parcours de vie

Nous savons que la prévention et l'intervention précoce sont importantes pour que les adolescents se développent dans de bonnes conditions de santé, et connaissent une santé meilleure encore à l'âge adulte grâce aux efforts de prévention (Bundy et collègues, 2018). Il faut donc répondre aux risques spécifiques qui apparaissent à l'adolescence ou avant, et qui auront un impact sur l'âge adulte, comme les maladies non transmissibles, les troubles mentaux et les blessures (Sawyer et collègues, 2012). Comme on l'a vu – et comme il sera aussi exposé plus loin – l'adolescence est une période critique de la vie, à laquelle des comportements apparaissent et des habitudes sont prises, dont un grand nombre continueront à l'âge adulte, avec des effets à long terme pour la santé qui nuiront à la qualité de vie et auront un coût à la fois pour les personnes et pour l'État. Par conséquent, la réponse aux besoins de santé des adolescents exige de privilégier une vision globale du parcours de vie plutôt que de traiter les problèmes de santé séparément, au fur et à mesure qu'ils se présentent, comme c'est le cas actuellement.

4. Le présent : pratiques actuelles

4.1. Bonnes pratiques et actions fondées sur les connaissances

À l'échelle européenne comme dans les différents États membres du Conseil de l'Europe, des exemples de bonnes pratiques et de programmes fondés sur les connaissances sont mis en œuvre dans des domaines liés à la santé des adolescents. Par exemple, dans le domaine de la santé mentale, un examen systématique des interventions a établi que ces efforts, qu'ils soient menés à l'école, à l'échelle locale, en ligne ou de manière individuelle ou familiale, apportent un soutien notable aux adolescents qui en bénéficient, quoiqu'avec des résultats variables dans certains cas (Das, Salam, Lassi, Khan, Mahmood, Patel & Bhutta, 2016). Des études et des résultats similaires existent pour la santé sexuelle et la santé physique (Patton, Sawyer, Santelli, Ross, Afifi, Allen, Arora, Azzopardi, Baldwin, Bonell, Kakuma, Kennedy, Maho, McGovern, Mokdad, Patel, Petroni, Reavley, Taiwo, Waldfogel, Wickremarathne, Barroso, Bhutta,

Fatusi, Mattoo, Diers, Fang, Ferguson, Ssewamala & Viner, 2016). Comme il a déjà été précisé, certains facteurs limitants doivent être surmontés si l'on veut améliorer l'efficacité des interventions.

Knapp, McDaid et Parsonage (2011), étudiant la dimension économique des actions de promotion et de prévention liées à la santé mentale, présentent une vision plus positive de l'efficacité des interventions dans des domaines comme la prise en charge précoce des psychoses, la réduction du nombre de suicides, etc. Ils mettent l'accent sur les actions fondées sur les connaissances, mais soulignent aussi qu'il est important, pour la rentabilité des interventions, que le temps nécessaire leur soit accordé pour produire leurs effets positifs et que la conception et la mise en œuvre des programmes répondent aux besoins du public visé.

Globalement, s'il existe plusieurs exemples de programmes de prévention et d'intervention basés sur les connaissances et portant sur divers aspects de la santé des adolescents, il apparaît que ces efforts doivent obéir à une approche stratégique coordonnée, mise en œuvre par de multiples acteurs travaillant de concert à la réalisation de buts et d'objectifs communs.

Des exemples de bonnes pratiques observées dans les domaines de la santé mentale, de la santé sexuelle et de la santé physique (par exemple l'obésité) des adolescents seront réunis dans une annexe distincte au présent rapport. Des exemples seront fournis en particulier par les États membres du Conseil de l'Europe. On trouvera ainsi dans le rapport une description de programmes comme « There for you », mis en œuvre au Royaume-Uni par l'Association pour la santé des jeunes (AYPH) et qui associe activement les parents à la prise en charge des jeunes touchés par des problèmes de santé mentale, ou comme l'Équipe de jeunes conseillers du Commissaire aux droits des enfants de Chypre, qui réunit trente jeunes (13-17 ans) issus de milieux divers pour débattre, lors de réunions et d'ateliers, de questions qui concernent les jeunes et la société dans son ensemble, ces actions servant aussi au Commissaire de consultation sur les besoins des jeunes et les mesures requises les concernant.

4.2. Rapport coût-efficacité des actions actuelles

Masters, Anwar, Collins, Cookson et Capewell (2017) affirment qu'il est « bien connu qu'il est préférable, sur le plan financier, que les systèmes de santé visent à prévenir les maladies plutôt qu'à les soigner » (p. 833). Ils ajoutent que de nombreuses études ont calculé le retour sur investissement et que leur examen systématique portant sur l'ensemble des actions de santé publique indique que « les actions de santé publique locales et nationales présentent un haut niveau de rentabilité » (p. 827).

En vue de démontrer le bien-fondé des investissements pour la santé des adolescents, Sweeny, Rasmussen, Wils, Friedman, Mahon, Patton, Sawyer, Howard, Symons, Stenberg, Chalasani, Maharaj, Reavley, Shi, Fridman, Welsh, Nsofor et Laski (2017) ont établi que les efforts financiers coordonnés portant sur la santé et le bien-être des adolescents peuvent présenter un haut intérêt économique et social, aidant les pays à réaliser les Objectifs de développement durable des Nations Unies et à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. En outre, ils indiquent que les investissements en faveur de la santé des adolescents produiront des bénéfices économiques et sociaux « dix fois plus élevés que leur coût », en contribuant notamment à sauver des vies, prévenir des grossesses non désirées et éviter des handicaps. Ces investissements auront aussi des effets positifs dans d'autres domaines, comme la réduction du nombre de mariages d'enfants, les inscriptions dans l'enseignement secondaire, le capital humain, etc. Il est à noter que les investissements en faveur de programmes relatifs aux filles (par exemple dans les pays à faible revenu marqués par de profondes inégalités entre les femmes et les hommes) peuvent être différents des programmes visant les garçons (qui porteront par exemple sur la sécurité routière). Toutefois, ces actions ne peuvent véritablement produire des résultats économiques que dans la durée. Les auteurs concluent que les investissements à grande échelle en faveur des adolescents devraient s'inscrire dans des stratégies de santé tout au long de la vie.

Par ailleurs, Sweeny et collègues (2017) indiquent que les actions doivent être menées à l'échelle des pays, et qu'elles diffèrent des actions relatives aux enfants du point de vue du cadre de leur mise en œuvre et du temps nécessaire pour qu'elles produisent des résultats. Ce constat est d'autant plus important qu'il a été établi que la santé des adolescents dépend du contexte socio-économique (Viner et collègues, 2012).

La question du rapport coût-efficacité sera évoquée spécifiquement en lien avec la santé mentale, la santé sexuelle et la santé physique (par exemple l'obésité) dans la suite du présent rapport.

5. L'avenir : prévention/promotion, action fondée sur les connaissances et activité future

L'Association pour la santé des jeunes (2017) a recensé « dix raisons d'investir dans la santé des jeunes » :

1. L'adolescence est une période déterminante pour la santé.
2. La santé des adolescents ne s'améliore pas suffisamment.

3. Les jeunes ne bénéficient pas des services ou des informations dont ils ont besoin en matière de santé.
4. L'existence de services de santé sexuelle et d'un dépistage de qualité est essentielle.
5. La réduction du nombre des grossesses d'adolescentes doit se poursuivre.
6. Négliger les maladies chroniques des adolescents coûte de l'argent.
7. Une mauvaise qualité des soins de santé à l'adolescence peut avoir des effets tout au long de la vie.
8. Investir dans la santé des adolescents produit des résultats hors du domaine de la santé.
9. Les problèmes de santé mentale sont diagnostiqués à cet âge.
10. De nouvelles recherches ont amené des découvertes importantes.

Un défi majeur consiste à s'attaquer au problème à la racine plutôt que de manière superficielle. Les actions – de prévention ou d'intervention – portent souvent sur les symptômes et non sur les facteurs de risque ou les causes. Par exemple, s'attaquer à la racine du problème peut consister à combattre la pauvreté, les problèmes de logement et la marginalisation des jeunes plutôt que de privilégier l'éducation à la santé sexuelle à l'école et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la violence dans les quartiers à risque élevé (Patton et collègues, 2016 ; AYPH, 2017). L'amélioration de la santé des jeunes va de pair avec la résolution des problèmes majeurs liés aux « inégalités sociales et régionales en matière de santé ayant pour causes les déterminants économiques, sociaux et culturels de la mauvaise santé » (Commission européenne, 2000, p. 9). Au final, les efforts doivent tenir compte du fait que, plus que les connaissances, ce sont les environnements sociaux qui influencent les changements de comportement. Si les adolescents et leur entourage ont accès aux connaissances – le volet « quoi » du problème – mais ne disposent pas de ressources et d'un soutien – le volet « comment » – pour mettre en œuvre des changements effectifs dans leur environnement, pouvons-nous vraiment affirmer que nous traitons les problèmes et les facteurs de risque de manière efficiente et efficace ? En outre, si les possibilités et les ressources sont limitées pour les adolescents, comment leurs aptitudes naissantes peuvent-elles porter leurs fruits ?

Tout le problème tient au fait que les rapports disponibles n'identifient pas des besoins nationaux et/ou locaux fondés sur des données permettant de guider la conception, l'adoption et la mise en œuvre des actions de prévention et d'intervention (Patton et collègues, 2016 ; AYPH, 2017). Au lieu de cela, nous notons des actions où la réforme juridique et politique repose presque uniquement sur les stratégies et directives mondiales et/ou l'adoption de programmes d'un pays vers un autre selon un modèle unique (Catalano, Fagan, Gavin, Greenberg, Erwin Jr, Ross & Shek, 2012). Les actions ne sont donc pas personnalisées, ce qui nuit à l'efficacité – en termes de coût ou d'autres points de vue – et compromet la participation des adolescents et des jeunes au niveau local. Cette dernière est particulièrement importante lorsqu'il s'agit de réfléchir à la création de stratégies incluant les jeunes marginalisés sur les plans économiques et sociaux. Pour pouvoir disposer d'indicateurs comparables sur la santé, « à l'évidence il est nécessaire d'améliorer la qualité et la comparabilité des données » (Commission européenne, 2000, p. 9). Les données devraient couvrir tous les aspects de la santé – mentaux, sociaux et culturels – et viser les facteurs structurels et culturels contribuant à expliquer les différences entre les pays. Des actions globales pour résoudre les problèmes pourraient ainsi être conçues et mises en œuvre de manière systématique (Catalano et collègues, 2012).

Concernant les recommandations de changement et d'évolution vers une approche tournée vers les jeunes, il doit y avoir un équilibre entre l'autonomisation des adolescents et leur protection par le monde des adultes (Patton et collègues, 2016). D'un côté, il est très bénéfique de donner aux adolescents les moyens de jouer un rôle dans la société, de faire entendre leur voix et leur opinion, tant il est évident que les adultes ne savent pas toujours « mieux qu'eux », compte tenu en particulier des évolutions sociétales sans précédent que les adolescents connaissent aujourd'hui. Cela implique aussi un certain degré d'autonomie dans la prise de décision, qui suppose de fournir aux jeunes des informations générales et une aide pour l'acquisition de compétences de décision. Il faut ainsi aider les adolescents à développer leur capacité d'action en renforçant leur sentiment d'efficacité personnelle et leurs aptitudes d'autorégulation afin de les aider à faire face aux problèmes mais aussi de réaliser une transition saine vers l'âge adulte (Zimmerman & Cleary, 2006).

D'un autre côté, la protection est essentielle pour aider les adolescents à surmonter les difficultés. Si l'on considère communément que le besoin de protection est d'autant plus grand que l'individu est jeune, on observe que les adolescents et les jeunes ont encore besoin d'un certain niveau de protection. Par exemple, il est important de fournir une protection aux adolescents les plus âgés (18-24 ans) qui essaient de s'insérer dans la société adulte ou aux mineurs non accompagnés (jusqu'à 24 ans, et non pas seulement 18 ans) qui ont connu des guerres, des traumatismes ou d'autres expériences négatives.

Les sociétés et les pouvoirs publics doivent travailler avec les adolescents à identifier les besoins nationaux, en élaborant des plans de recherche nationaux qui inspireront la conception et l'évaluation des programmes mis en œuvre (Patton et collègues, 2016 ; AYPH, 2017). Le renforcement des capacités des professionnels qui s'occupent des adolescents est de la plus haute importance. Plus précisément, il convient notamment de fournir une formation de qualité aux personnels de santé et aux personnels techniques des ministères

assurant des services pour les adolescents (par exemple les ministères de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux). Cette formation contribuera à la conception d'ensembles de services appropriés, multiniveaux et interdisciplinaires, qui prendront en compte les problèmes de discrimination, l'assurance qualité, l'adaptation à l'âge du public visé, la participation mutuelle, etc. En particulier, le caractère multiniveaux est crucial pour les adolescents, si l'on veut que l'approche soit mise en œuvre de manière intégrée et globale. Les actions doivent porter sur la santé dans son ensemble, c'est-à-dire prendre en compte les modes de vie liés à la santé en traitant de questions telles que le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, l'obésité et l'activité physique, mais accorder également une place spécifique aux problèmes de santé mentale ayant une incidence sur des phénomènes tels que les décès prématurés par accident et les suicides (Patton et collègues, 2016; AYPH, 2017).

Enfin, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté en 2011 les Lignes directrices sur les soins de santé adaptés aux enfants (CdE, 2018). Ces lignes directrices offrent un programme complet pour tous les mineurs de moins de 18 ans, et pourraient être adaptées au contexte des adolescents afin d'apporter une réponse globale aux défis et opportunités uniques qui caractérisent cette tranche d'âge.

On trouvera d'autres recommandations auprès des sources suivantes :

- Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents – orientations pour la mise en œuvre
- Lignes directrices sur les Recommandations de l'OMS sur la santé des adolescents (2017)
- Commission du Lancet sur la santé des adolescents
- Association internationale pour la santé des adolescents
- Association pour la santé des jeunes

References

- Association for Young People's Health (2017). *Key Data on Young People 2017: Recommendations for Action*. London, UK.
- Association for Young People's Health (2017). *Ten reasons for investing in young people's health*. London, UK.
- Blum, R.W., Bastos, F.I.P.M., Kabiru, C.W., and Le, L.C. (2012). Adolescent health in the 21st century. *The Lancet*, 379, 1567 – 1568.
- Bundy, D.A.P., de Silva, N., Horton, S., Patton, G.C., Schultz, L., & Jamison, D.T. (2018). Child and Adolescent Health and Development: Realizing Neglected Potential. In Bundy, D.A.P., de Silva, N., Horton, S., Jamison, D.T., & Patton, G.C. (Eds.). *Disease Control Priorities, 3rd edn. Volume 8: child and adolescent health and development*. Washington, DC: World Bank Group.
- Bundy and Horton (2017). Impact of Interventions on Health and Developments during Childhood and Adolescence: A Conceptual Framework. In Bundy, D.A.P., de Silva, N., Horton, S., Jamison, D.T., & Patton, G.C. (Eds.). *Disease Control Priorities, 3rd edn. Volume 8: child and adolescent health and development*. Washington, DC: World Bank Group.
- Catalano, R.F., Fagan, A.A., Gavin, L.E., Greenberg, M.T., Erwin Jr, C., Ross, D.A., & Shek, D.T.L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379, 1653 – 1664.
- Council of Europe (2018). *Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care*. Strasbourg, France: Council of Europe Publishing.
- Das, J.K., Salam, R.A., Lassi, Z.S., Khan, M.N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z.A. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59, S49 - S60.
- European Commission (2000). *Report on the State of Young People's Health in the European Union: a Commission Services Working Paper*. Directorate-General Health and Consumer Protection, Unit F3 – Health promotion, health monitoring, and injury prevention.
- Eurostat (2017). *Being young in Europe today – demographic trends*. Retrieved February 25, 2018 from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_demographic_trends
- Gates, M. (2016). Advancing the adolescent health agenda. *The Lancet*, 387, 2358 – 2359.
- Gore, F.M., Bloem, P.J.N., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M., & Mathers, C.D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377, 2093–102.
- Grigorenko, E. (2017) Brain Development: The Effect of Interventions on Children and Adolescents. In Bundy, D.A.P., de Silva, N., Horton, S., Jamison, D.T., & Patton, G.C. (Eds.). *Disease Control Priorities, 3rd edn. Volume 8: child and adolescent health and development*. Washington, DC: World Bank Group.
- Kessler, R., Bergland, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (Eds., 2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. Report published by the Department of Health, London.
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71, 827–834.
- Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S., Ross, D.A., Afifi, R., Allen, N.B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Maho, J., McGovern, T., Mokdad, A.H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., Wickremarathne, D., Barroso, C., Bhutta, Z.G., Fatusi, A.O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F., & Viner, R.M. (2016). Our future: a Lance commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387, 2423 – 2478.
- Resnick, M.D., Catalano, R.F., Sawyer, S.M., Viner, R., & Patton, G.C. (2012). Seizing the opportunities of adolescent health. *The Lancet*, 379, 1564 – 1567.
- Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A.C., & Patton, G.C. (2012). Adolescent: a foundation for future health. *The Lancet*, 279, 1630 – 1640.
- Sheehan, P., Sweeny, K., Rasmussen, B., Wils, A., Friedman, H.S., Mahon, J., Patton, G.C., Sawyer, S.M., Howard, E., Symons, J., Stenberg, K., Chalasani, S., Maharaj, N., Reavley, N., Shi, H., Fridman, M., Welsh, A., Nsofor, E., & Laski, L. (2017). Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *The Lancet*, 390, 1792– 1806.
- United Nations (2015). *World Population Prospects – Key findings & advance tables: The 2015 Revision*. New York, USA: United Nations.
- UNICEF (2011). *The state of the world's children — adolescence: an age of opportunity*. New York, NY: United Nations Children's Fund.
- Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641 – 1652.
- World Health Organization (2014). *Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade*. Geneva, Switzerland: WHO.

Zimmerman, B.J. & Cleary, T.J. (2006). Adolescents' Development of Personal Agency. In Urban, T. & Pajares, F. (Eds.). *Self-Efficacy Beliefs in Adolescents* (pg., 45 – 69). USA: IAP – Information Age Publishing Inc.