

La santé des **jeunes**

Sommaire

- | | | | |
|---------|---|-------|---|
| ■ II | Approche sociologique | ■ XX | Questions pour la prévention |
| ■ IV | Repères épidémiologiques | XX | Vécu de la santé |
| ■ X | Dispositif institutionnel | XXIX | Pour aller plus loin dans la prévention |
| ■ XVI | La protection sociale | ■ XXX | Tribune |
| ■ XVIII | Utilisation du système de soins par les jeunes | ■ XL | Bibliographie Adresses utiles |

La santé des jeunes est actuellement au centre des préoccupations. Non seulement des acteurs de santé, mais de la communauté toute entière. Pourtant, les mesures habituelles (taux de mortalité et morbidité) indiquent que leur état de santé n'a jamais été aussi bon. Mais le malaise ne se mesure pas seulement à travers le nombre d'hospitalisations, de malades ou de décès, bien que ces indicateurs nous éclairent sur la nature des problèmes de santé des adolescents (accidents, suicides, maternités précoces). D'autres critères concernant la santé psychologique ou sociale sont à élaborer comme la consommation de produits, les troubles des conduites alimentaires, la violence, l'absentéisme scolaire sans oublier les troubles ou conduites qui inquiètent peu les adultes mais qui peuvent être des signes de malaise (comme les troubles du sommeil).

On tentera d'abord à partir de diverses enquêtes sociologiques et épidémiologiques, de faire le point sur la santé des jeunes et de saisir les difficultés rencontrées... Des données brutes qui vont parfois à l'encontre des idées reçues qui guident les actions...

Il existe en France un dispositif complexe d'aides et de soins et souvent partiellement ignoré des jeunes, comme des adultes. En donner un aperçu complet et lisible a été notre objectif. Sans oublier le dispositif expérimental, riche, varié et ouvert à tous. Mais les jeunes utilisent-ils le système de soins ? La réponse est « oui, mais... »

Ensuite on abordera le vécu quotidien de la santé... qui ne s'avère pas être une préoccupation de la jeunesse ! Comment alors leur parler de santé et de prévention ?

La demande est forte, l'urgence presque de règle et, devant « tout ce qu'il y a à faire », les acteurs mettent en place des expériences...

Reste qu'en matière de santé des adolescents les acquis récents ont été formidables. Malgré cela, des questions restent en suspens. Dont une qui est centrale dans toutes les recherches et toutes les actions : existe-t-il une spécificité adolescente ? Cinq spécialistes tentent d'y apporter des éléments de réponse.

Ce dossier est un document de travail. Il met à disposition des lecteurs des informations, des réflexions, des expériences. Il n'a, en aucun cas, l'ambition d'apporter des solutions toutes faites.

Les jeunes en chiffres

- Les 15-24 ans sont 8 954 000
- 92 % des 15-19 ans sont étudiants, 2 % sont au chômage
- 43 % des 20-24 ans sont étudiants, 14 % sont au chômage

Source : M. Méron, Insee, 1995

Lexique

Adolescence

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 l'image de lui-même et des autres, et du système relationnel de son moi avec le milieu, jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité. (Haim A. 1970)

Début de l'adolescence, fin de l'adolescence

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.

On parle actuellement de plusieurs périodes :
préadolescence (environ 10-15 ans),
adolescence (environ 16-19 ans),
postadolescence (environ 18-24 ans).

Puberté

Âge où les individus deviennent aptes à se reproduire. Dans le langage physiologique, série de phénomènes d'accroissement qui accompagnent la première maturation et chute d'ovule chez les filles, et la première production de spermatozoïdes chez les garçons. (Littre 1973-1974)

Santé

État de complet bien-être physique, mental et social. (OMS)

Approche **socio**

L'adolescence n'est pas une notion sociologique. Elle a en effet été « inventée » par les psychologues au début du xx^e siècle. Le critère d'entrée dans l'adolescence est d'ordre essentiellement physiologique et psychologique.

Ces notions n'ont rien de sociologique, car la sociologie découpe les âges de la vie autour des notions de statut et de rôle social. Dans cette optique, les changements de statut liés à l'âge et les seuils qui les manifestent ont une importance particulière. L'enfance se caractérise à la fois par son statut scolaire et son statut de dépendance familiale. La fin de cette période de la vie est sanctionnée par le franchissement de seuils tels que la fin de la scolarité, le début de la vie professionnelle, le départ de chez les parents, la formation d'un couple. Dans ce cadre, rien ne sépare vraiment l'enfance de l'adolescence.

Toutefois, la *figure 1* n'est évidemment qu'une représentation très approximative de la transition vers l'âge adulte. Elle néglige en particulier un fait capital : les décalages qui peuvent se produire dans le franchissement des principaux seuils, en particulier entre ceux qui relèvent de l'axe scolaire-professionnel et ceux qui relèvent de l'axe familial-matrimonial.

L'entrée dans la vie active

Les *figures 2* et *3* illustrent les décalages dans le franchissement des seuils. Ces décalages sont considérables, aussi bien lorsqu'on compare les seuils relevant du seul domaine familial ou du seul domaine professionnel, que lorsqu'on effectue cette comparaison entre le domaine familial et le domaine professionnel.

Dans le domaine familial, l'écart entre les âges médians* de départ de chez les parents et de formation d'un couple est de deux ans (un peu plus pour les garçons qui ont un calendrier plus tardif que celui des filles de près de deux ans).

Dans le domaine professionnel, les écarts sont encore plus importants. Pour les garçons : plus de deux ans et demi séparent l'âge médian de fin d'études de l'âge médian d'accès à l'emploi ; cet écart passe à quatre ans si l'on se réfère non à l'emploi en général mais à l'emploi stable. Pour les filles, l'écart concernant la fin d'étude et l'emploi est du même ordre que pour les garçons, mais en ce qui concerne l'accès

à l'emploi stable, il s'accroît encore pour passer à cinq ans.

Trouverait-on, dans cette période intermédiaire entre deux formes familiales (la famille d'origine en amont, la famille de procréation en aval), une définition sociologique de l'adolescence : l'âge d'une transition partielle vers l'âge adulte ? Soit que l'autonomie résidentielle soit associée au maintien d'une dépendance économique à l'égard de la famille (cas typique de l'étudiant ayant une « chambre en ville » ou résidant en cité universitaire) soit que l'indépendance économique acquise avec le début de la vie professionnelle se conjugue au maintien d'une résidence commune avec les parents (cas typique de la jeunesse populaire qui, avant la formation d'un couple, privilégie cette formule de cohabitation prolongée avec les parents). Ce serait cependant un abus de langage que d'assimiler ces situations, bien réelles, à une « adolescence sociologique ». Il est trop évident que les âges moyens auxquels elles correspondent sont bien plus tardifs que ceux de l'adolescence biologique pour qu'on puisse retenir le même terme.

Famille, école : la double émancipation

En réalité, si l'adolescence a une signification sociologique elle serait moins à chercher autour de la problématique des seuils qu'autour des transformations, en partie introduites par la maturation psychologique, dans les rapports entre jeunes et dans les rapports entre les jeunes et leurs parents.

Ces transformations pourraient se définir comme une double prise de distance à l'égard de l'univers familial et scolaire. Alors que l'enfant privilégie l'identification aux parents ou aux éducateurs et que sa sociabilité amicale demeure sous étroit contrôle de ces derniers, l'adolescence est l'âge d'une double émancipation : les valeurs et les références ne sont plus strictement puisées dans le stock familial et d'autre part le cercle des amis tend à s'autonomiser de l'encadrement scolaire tout en se tenant à distance du regard des parents ; sans compter bien entendu que cette sociabilité peut prendre assez rapidement, dans les rapports entre les individus des deux sexes, une connotation amoureuse.

Comme le montrent les *figures 2* et *3*, la

logique

figure 1 **Enfance et âge adulte**

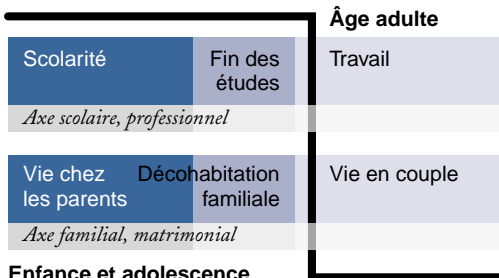


figure 2 **Filles et garçons ayant quitté leurs parents et vivant en couple selon l'âge** (en pourcentage)

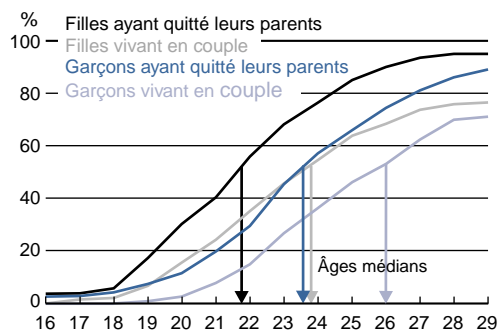
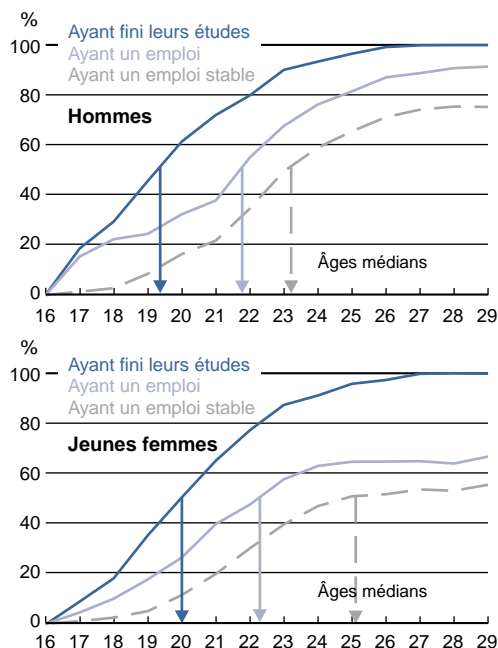


figure 3 **Calendrier d'entrée dans la vie professionnelle des hommes et des jeunes femmes selon l'âge** (en pourcentage)



combinaison des calendriers d'entrée dans la vie adulte s'organise de façon très différente chez les garçons et chez les filles. Les premiers connaissent un accès à l'emploi plus précoce que le départ de chez les parents (d'un an et demi si l'on se réfère à l'âge médian) ; par contre, l'âge médian de la décohabitation familiale correspond à celui de l'accès à l'emploi stable. Tout semble donc se passer pour les garçons comme si la stabilité professionnelle était la condition de l'indépendance résidentielle.

Cette condition professionnelle au départ de chez les parents ne s'applique pas aux filles dont la décohabitation familiale est plus précoce que tous les autres seuils, et en particulier que celui de l'accès à l'emploi stable. Les filles connaissent donc, après avoir quitté leurs parents, une période de la vie marquée à la fois par l'indépendance résidentielle et une certaine précarité économique. Si elles peuvent se permettre de conjuguer ainsi précarité et indépendance, c'est qu'elles forment, beaucoup plus tôt que les garçons, un couple qui leur assure sans doute une sécurité comparable à celle dont bénéficient ces derniers en demeurant chez leurs parents tant qu'ils n'ont pas un emploi stable.

Les modèles masculins et féminins d'entrée dans la vie adulte se dessinent donc bien : au modèle masculin fondé sur l'accès durable au travail comme condition de l'indépendance résidentielle et de la formation d'un couple, s'oppose le modèle féminin qui n'a pas encore perdu, malgré la transformation rapide des attitudes féminines, un de ses traits traditionnels : la formation d'un couple peut précéder, voire remplacer l'installation professionnelle, ce qui explique d'ailleurs sa plus grande précocité par rapport aux garçons.

Des comportements différents selon l'origine sociale

Les calendriers d'entrée dans la vie adulte diffèrent aussi selon l'origine sociale. Dans le domaine familial, les différences ne sont pas sensibles du point de vue de l'âge de départ de chez les parents : quelle que soit l'origine sociale, l'âge médian de départ se situe toujours autour de 23 ans. Les écarts entre origines se concentrent sur l'âge de formation des couples : celui-ci voit sa précocité décroître en fonction du classement

suivant des classes sociales : ouvriers (âge médian d'un peu plus de 24 ans), indépendants et classes moyennes (25 ans), classes supérieures (26 ans et demi). La période intermédiaire qui s'ouvre entre le départ de chez les parents et la formation d'une nouvelle unité familiale est donc d'autant plus longue que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale.

Les différences sont encore plus nettes lorsqu'on considère les calendriers professionnels. Sur le plan des études, les enfants de cadres supérieurs se distinguent nettement de toutes les autres classes sociales : âges médians de fin d'étude compris entre 19 et 20 ans pour les classes sociales « indépendants », « ouvriers » et « classes moyennes », âge médian de près de 23 ans pour les classes supérieures.

On retrouve, avec des écarts beaucoup moins élevés, cette même configuration pour les âges d'accès à l'emploi stable : autour de 24 ans pour le premier groupe d'origines, autour de 25 ans et demi pour les enfants de cadres supérieurs.

Ainsi, dans le domaine professionnel comme dans le domaine familial, l'ampleur de l'espace intermédiaire entre le statut « adolescent » et le statut « adulte » n'est pas indépendante de l'origine sociale mais le sens de la liaison est inversé : l'écart entre la fin des études et l'accès à l'emploi stable est d'autant plus marqué que l'origine sociale est basse. Si l'on se fonde sur l'âge médian, cet écart est de quatre ans et demi pour les enfants d'ouvriers, alors qu'il n'est que de deux ans pour les enfants de cadres supérieurs.

Ainsi, les classes supérieures associent le plus long espace intermédiaire entre la vie chez les parents et la fondation d'une nouvelle famille, et le plus court espace intermédiaire entre la fin des études et la stabilisation professionnelle, alors qu'il en va exactement à l'inverse pour les enfants d'ouvriers. Chez ces derniers, la longue phase de précarité qui suit la scolarité constitue manifestement un frein puissant à l'adoption de façons de vivre qui ne présentent pas la sécurité offerte par la cohabitation familiale.

* L'âge médian de départ de chez les parents (ou de formation d'un couple) est tel que la moitié de la population considérée n'a pas quitté ses parents (ou ne vit pas en couple) et l'autre moitié les a quittés (ou vit en couple).

Repères **épidémiologiques**

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

Mortalité

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

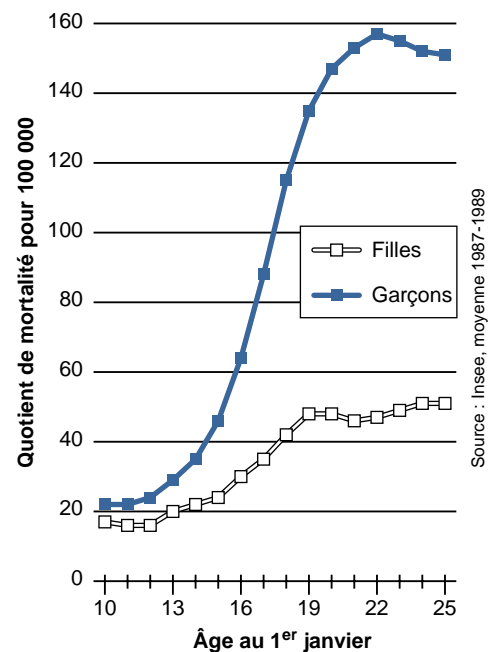
Inserm, SC8
Haut Comité de la santé publique : *La santé en France*, Rapport général. La Documentation française, Paris, 1994.

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

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

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

Quotients de mortalité du décédé par sexe et par âge



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

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

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

Morbidité

► Morbidité

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

Morbidité hospitalière

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

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

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

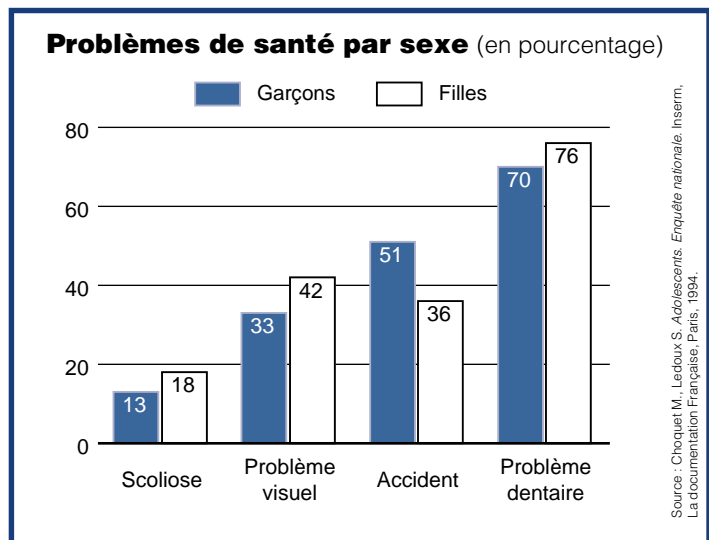
► Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

Morbidité ressentie

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

décomposés en troubles psychosomatiques et troubles de l'humeur.

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



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

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

Les résultats de l'enquête décennale « Insee-

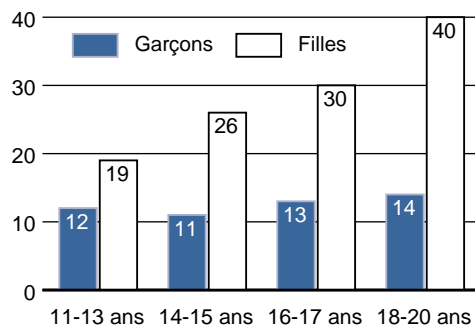
Troubles psychologiques des 11-19 ans par sexe (en pourcentage)

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

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

Cumul des plaintes somatiques fréquentes par sexe et par âge

(en pourcentage)



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

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

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

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

Jeunes en difficultés scolaires ou sociales, quelles spécificités ?

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

Caractéristiques

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

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

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

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

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

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

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

Troubles du comportement

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

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

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

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

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

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

La consommation d'alcool, de tabac et de drogue

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

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

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

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

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

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

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

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

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

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

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

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

Les préoccupations pondérales

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

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

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

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

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

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ trois fois ou plus dans l'année.

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

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

De l'idée de suicide à la tentative

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

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

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

Source

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

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

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

Santé urbaine, santé rurale ?

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

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

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

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

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

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

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

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

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

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

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

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

Idées suicidaires et tentatives de suicide

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

¹ en pourcentage

² tentative avant incarcération

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



Le dispositif **institutionnel**

Il existe en France tout un dispositif d'aides et de soins auquel peuvent s'adresser les jeunes. Il s'agit d'une part des structures ouvertes à toute la population (hôpitaux, médecine libérale...), mais aussi des institutions destinées spécifiquement aux jeunes (santé scolaire, service d'aide téléphonique...).

L'hospitalisation

Le système hospitalier français régi par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 assure une mission de diagnostic et de soins dans les établissements publics de santé (environ 1 077) et dans les établissements de santé privés (environ 2 700).

Il dispense des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie. Par ailleurs, il assure des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion.

Selon les cas, en fonction de leur âge ou de leur pathologie, les adolescents peuvent être hospitalisés ou suivis en consultations :

- soit dans les services d'adultes : médecine générale ou médecine spécialisée (psychiatrie, cardiologie, gynécologie-obstétrique...);
- soit dans les services de pédiatrie : unités de grands enfants de pédiatrie générale ; unités de pédiatrie spécialisée (psychiatrie, cardiologie, endocrinologie, dermatologie, neurologie).

Ceci n'est pas sans poser problème, c'est pourquoi certains établissements hospitaliers ont pu créer des structures spécifiquement destinées aux adolescents.

La seule unité exclusivement réservée aux adolescents, ouverte en 1982 à l'hôpital Bicêtre par le Pr Courtecuisse, est actuellement dirigée par le Dr Alvin. Il s'agit d'une structure qui reste originale : réservée aux patients filles et garçons de 13 à 19 ans, l'unité d'hospitalisation de 20 lits (plus de 400 admissions par an, dix jours de séjour moyen) est étroitement couplée à une consultation externe spécifique (3 000 consultations par an). L'équipe soignante, pluridisciplinaire et spécialement entraînée, réunit pédiatres, infirmier(e)s, psychothérapeutes, gynécologues, assistantes sociales, animatrices, etc.

Hospitalisation

Une part importante de l'activité médicale concerne les adolescents porteurs de maladies chroniques, souvent sévères (épilepsie, pathologie hépatobiliaire et digestive, hémophilie et infection par le VIH, obésité, diabète, asthme, leucémies etc.). Ces pathologies représentent plus de la moitié des admissions. Sont accueillis

par ailleurs les tentatives de suicide, les troubles graves du comportement alimentaire : anorexies mentales, et certains problèmes somato-psychiques aigus.

Sont exclus du recrutement hospitalier les adolescents psychiatriques avérés (psychoses, névroses graves, états limites), les adolescents violents et les toxicomanes aux drogues dures.

Consultation

Exclusivement sur rendez-vous, l'activité externe répond à un très large éventail de demandes, de nature primaire (tout-venant extérieur), secondaire (patients adressés) ou tertiaire (patients relevant du CHU). La consultation de gynéco-endocrinologie est un atout apprécié. Enfin, les psychothérapeutes ne font jamais de consultation de première intention.

Principes de fonctionnement

Les adolescents réclament une compétence médicale intégrée qui sache traiter les maladies somatiques tout en abordant l'impact des modifications pubertaires et sexuelles, les difficultés émotionnelles, les crises familiales et les problèmes sociaux d'insertion. Les patients adolescents sont reconnus et accueillis comme individus à part entière et bénéficient du droit au secret médical. Néanmoins, un travail paral-

Services des hôpitaux de
Cholet, Saint-Malo,
Chambéry, Le Havre, St-
Germain-en-Laye, etc.

lèle nécessairement important est fourni auprès des parents et des familles. Enfin, le service utilise largement le travail en réseau avec les structures extra-hospitalières (médicales, socio-éducatives etc.).

Le service de médecine pour adolescents a largement contribué au développement de la recherche sur les adolescents. Mais il a su inspirer d'autres initiatives qui peuvent être encore expérimentales.

La médecine libérale et les centres de santé

Les jeunes ne représentent pas une partie numériquement importante de la clientèle des généralistes qui voient surtout des personnes âgées. Pour les filles, les gynécologues deviennent assez vite un interlocuteur privilégié. Les pédiatres, lorsqu'ils voient les adolescents, sont bien armés pour répondre à leur attente de santé globale.

Des initiatives nouvelles voient le jour, comme celle de ce médecin généraliste parisien, formé à la médecine d'adolescents dans le service de l'hôpital de Bicêtre et qui développe une consultation spécifique qui privilégie le relationnel, la médecine globale et la prise en compte de l'adolescent dans son environnement familial. La consultation d'adolescent doit lui garantir le secret même si ensuite il ne demande pas à l'utiliser.

Les centres de santé, anciennement appelés dispensaires, sont des structures agréées pour dispenser des soins médicaux, infirmiers ou dentaires aux assurés sociaux soit dans des centres polyvalents (548 centres) soit dans des unités séparées (350 cabinets dentaires).

Ils sont gérés pour la plupart par des municipalités, des mutuelles ou des associations de la loi de 1901. Ils remplissent une mission de médecine sociale sans but lucratif.

Ce sont des structures de proximité, ce qui facilite une bonne connaissance de la population environnante. Ils ont passé une convention avec la sécurité sociale qui permet leur fonctionnement en tiers payant. Les jeunes peuvent donc facilement y accéder d'un point de vue financier.

Les médecins

	France métropolitaine	Départements d'Outre-mer
Nombre de médecins	152 000	2 397
Médecins pour 100 000 habitants	269	164
Progression de l'effectif	+2,6 %	+6 %

Plus de la moitié des médecins (51,5 %) sont des généralistes mais les effectifs de spécialistes augmentent plus vite. Près de 70 % de l'ensemble des médecins exercent une activité libérale, que celle-ci soit exclusive ou associée à une pratique salariée, en particulier à l'hôpital. Les médecins libéraux sont relativement plus nombreux dans le Sud de la France, à Paris et dans sa proche banlieue, l'offre de soins est néanmoins correcte sur l'ensemble du territoire.

La convention de 1990 distingue :

- les médecins du secteur I qui doivent appliquer les tarifs conventionnels et dont les honoraires sont remboursés à 75 % par les régimes obligatoires de sécurité sociale.
- les médecins du secteur II qui peuvent pratiquer des honoraires différents toujours remboursés sur la base de 75 % du tarif conventionnel.

Le dispositif de soins en santé mentale

Ce dispositif s'est incontestablement étoffé et largement développé au cours de ces vingt dernières années. Des équipes spécialisées ont répondu à un besoin qui était jusque-là pour une part négligé, celui de la tranche d'âge 15/21 ans, pour laquelle les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile paraissaient trop inscrits dans des approches plus centrées sur l'enfant, et les secteurs de psychiatrie générale pour lesquels la prise en compte des troubles mentaux de l'adulte dépassait déjà largement les moyens affectés. Cette situation est d'autant plus dommageable que les équipes spécialisées sont rares, que chacun constate que de nombreux troubles mentaux patents apparaissent manifestement à l'adolescence (15-21 ans) et que le relais d'un traitement de l'enfance à l'âge adulte est un problème délicat. Ce partage entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale conserve une fonction mais ne doit pas, en ce qui concerne les adolescents en difficulté, conduire à un clivage. Rares sont les expériences, en particulier comme celles du XIII^e arrondissement de Paris, dans lesquelles les liens entre les équipes d'enfants et les équipes d'adultes sont particulièrement étudiés.

Par ailleurs, à la diversification par catégories d'âge, s'associe souvent une diversification par pathologies, en particulier en ce qui concerne les prestations proposées (voir ci-contre Bordeaux).

Une autre question concerne la diversification des activités selon le statut des jeunes. Ainsi, de nombreux lycéens et étudiants sont en difficulté. Leurs signes d'appel sont multiples, trompeurs. Les parents, comme les professionnels enseignants, éducateurs, intervenants médico-sociaux sont bien souvent désemparés face à ces manifestations, ne sachant démêler une crise passagère d'adolescence de la pathologie naissante.

Généralistes et pédiatres

Ils demeurent très fréquemment les premiers interlocuteurs consultés sur les problèmes de santé mentale des adolescents. Sur ce problème, leur formation doit être particulièrement privilégiée.

► Loi n° 85-1468 du
31 décembre 1985

Psychiatres, psychologues...

Les psychiatres, psychologues et autres professionnels spécialisés, d'exercice libéral, en relation souvent directe avec les précédents, sont généralement plus familiarisés à recevoir de grands adolescents (à partir de 16 ans) et des adultes que les plus jeunes adolescents. Dans ce groupe, il faut situer les psychothérapeutes et les psychanalystes, dont le statut n'a toujours pas été, en France, établi.

Centre médico-psychologique

La psychiatrie de service public, organisée en secteurs (812 secteurs de psychiatrie géné-

Évaluation globale à Sceaux

Une consultation originale ouvre ses portes à Sceaux (Dr Patrice Huerre, médecin-chef), dans le cadre de la Fondation santé des étudiants de France (soutien de la Fondation de France et encouragements de la Ddass) pour une année expérimentale dans l'espoir d'un financement ultérieur. Inscrite dans le réseau régional sanitaire, pédagogique et social, en complément des dispositifs extérieurs existant et en partenariat avec eux, elle propose une évaluation globale par psychiatre, psychologue, somaticien, travailleur social et enseignant permettant une orientation éventuelle mieux adaptée.

Accueil des suicidants à Bordeaux

Encore expérimental, le centre Abadie à Bordeaux (Dr Xavier Pommereau, psychiatre) accueille depuis deux ans les jeunes suicidants (15-34 ans) de la région Aquitaine et leur propose une prise en charge particulière et coordonnée s'attachant à assurer un suivi. Cette diversification trouve cependant ses limites dans la mesure où des troubles ciblés par pathologies coexistent entre eux, ou coexistent avec des troubles de santé mentale plus généraux.

rale, pour les sujets ayant un minimum de 16 ans) et en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (300 secteurs) répond aux missions et obligations réactualisées par la circulaire du 14 mars 1990. Ce système de soins sectorisé a une double spécificité : la gratuité des soins ambulatoires et la pluridisciplinarité des équipes, en particulier en ce qui concerne l'accueil des enfants et des adolescents. La répartition sur l'ensemble du territoire d'un accueil et de soins en santé mentale, ouverts à tous, exercés par des professionnels compétents et gratuits est quasiment unique au monde (seul, à notre connaissance, le Québec francophone s'en est inspiré). Il est néanmoins mal connu des Français. Le centre médico-psychologique (CMP) occupe, pour les adolescents, une place prépondérante, assurant une double fonction, comme le rappelle la circulaire du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents : « Accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs ». Le CMP constitue le pivot d'un dispositif de secteur, dans lequel d'autres structures de soins peuvent s'articuler (hôpital de jour, CATTP, placement familial etc.) et varient selon les endroits.

Services d'urgence

Dans le dispositif public, il faut signaler les services d'urgences des hôpitaux généraux qui accueillent, en particulier, les adolescents suicidants.

Centres médico-psycho-pédagogiques

À ce dispositif, il faut associer des structures et services dont la tutelle varie selon les endroits, mais qui participent à l'ensemble du dispositif médico-social et social concernant cette tranche d'âge. Il s'agit des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dont les liens avec l'éducation nationale sont privilégiés, mais pour lesquels il est recommandé une participation étroite à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé mentale. Il s'agit également des établissements médico-éducatifs prenant en charge des adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou d'inadaptation socioculturelle et les lieux de vie ou lieux d'accueil, structures d'accueil non traditionnelles permettant des séjours de rupture ou d'alternance.

Les centres et les établissements de planification familiale

Décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.

Décret n° 93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

◀ Ces deux types de structures ont des missions communes :

- l'accueil, l'information et l'orientation de la population en matière de maîtrise de la fécondité, sexualité, contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles (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.

Les établissements d'information et de planification familiale

Ils sont financés par l'État et gérés par des associations. Ils assurent une mission d'accueil et de conseil en direction des personnes en situation difficile. Pour les jeunes, leur action se situe essentiellement dans le registre de l'information, par exemple dans les établissements scolaires. Récemment dans le cadre du vote des nouvelles mesures jeunes, le budget destiné à ces actions a été augmenté.

Par exemple : le planning familial

Les centres de planification familiale

Au nombre de 1 050, ils sont surtout situés dans les zones urbaines. Financés par les conseils généraux dans le cadre du dispositif de PMI, ils sont gérés soit par le département lui-même, soit par une municipalité, parfois par un établissement hospitalier ou bien par une association.

La clientèle de ces centres est majoritairement composée de jeunes, c'est pourquoi de plus en plus de centres sont ouverts à des plages horaires accessibles : le mercredi et le soir.

Certains centres organisent des séances d'information collective sur les problèmes de la sexualité et de la régulation des naissances. Si cette activité est proposée le plus souvent dans les centres eux-mêmes, des interventions sont également faites à la demande d'établissements scolaires, de maternités et très souvent, de jeunes qui sont à la fois les plus demandeurs et les plus directement concernés. Les sujets abordés sont la contraception, l'IVG, la naissance et les MST, dont le sida.

Mais les centres offrent en outre, gratuitement, des consultations médicales relatives à la contraception. La délivrance de contraceptifs se fait gratuitement pour les mineurs et les femmes non assurées sociales. C'est devant l'adéquation de la réponse apportée aux jeunes que l'extension des missions des centres de planification a été décidée.

Ils peuvent, dans le cadre de leur activité de prescription contraceptive, assurer le dépistage et le traitement de certaines maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent à titre gratuit et de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie.

La prévention

La santé scolaire

C'est l'axe fort de la prévention. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves a pour but de favoriser la réussite scolaire de l'enfant, en veillant à son équilibre et à son épanouissement.

Outre les bilans systématiques, tel le bilan au moment de l'entrée à l'école primaire et le bilan dit « d'orientation professionnelle » à la sortie du collège, le service de santé scolaire s'oriente actuellement vers des actions personnalisées menées à la demande de l'équipe éducative, des parents ou des élèves eux-mêmes et particulièrement tournées vers les publics prioritaires que sont les adolescents handicapés ou malades chroniques et les élèves en difficulté.

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves sait aussi répondre aux grandes actions nationales de santé publique, telle la vaccination de toute une classe d'âge contre l'hépatite B en classe de 6^e, actuellement en cours.

Les centres médico-sportifs

Agréés par les directions jeunesse et sports, ils sont généralement gérés par des municipalités ou des associations. Ils réalisent des bilans préventifs pour permettre la pratique du sport dans des conditions garantissant la santé par le sport et l'épanouissement de l'individu. Ceci est particulièrement important quand on reconnaît

La santé scolaire en chiffres

1 486	médecins
4 624	infirmiers
1 983	assistants sociaux
904	secrétaires médico-scolaires

L'accident de sport est la première cause de morbidité chez les jeunes

l'accident de sport comme première cause de morbidité chez les jeunes.

La médecine du travail

Un certain nombre de jeunes de 15 à 24 ans sont déjà dans le monde du travail et à ce titre ils bénéficient de la médecine du travail, médecine préventive obligatoire s'adressant aux salariés et dont l'organisation et le coût relèvent des entreprises.

Par une approche à la fois collective et individuelle, elle a pour objectif d'éviter toute altération de la santé du fait du travail (maladies professionnelles, maladies à caractère professionnel, accidents du travail).

Situations précaires

Ne dépendant souvent d'aucune des médecines préventives ci-dessus décrites, les jeunes en stage ou en contrat précaire qui sont souvent parmi les plus fragiles (problèmes sociaux, basse qualification) risquent d'être privés d'un bilan qui leur serait pourtant utile. C'est pourquoi certaines initiatives ont été prises telles les visites médicales des stagiaires de la formation professionnelle organisées depuis 1985 par le ministère de la Santé. Mais certains groupes restent encore à l'écart et doivent être pris en compte.

Les structures d'éducation pour la santé

Les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé sont des structures susceptibles de rassembler l'ensemble des partenaires concernés par l'éducation pour la santé. Ils sont aidés au niveau national par le Comité français d'éducation pour la santé.

• Niveau départemental

Les comités départementaux d'éducation pour la santé (CDES) (associations de type loi 1901), sont un lieu privilégié de rassemblement, de concertation, de coordination et d'action de l'ensemble des partenaires publics et privés concernés par l'éducation pour la santé dans le département (administrations, associations, élus, organismes de protection sociale...).

Ils réalisent des programmes d'éducation pour la santé, et des actions pilotes.

Ils sont un appui technique pour la réalisation de programmes locaux notamment lorsqu'ils sont proposés par des « usagers ».

Ils mettent en œuvre des actions d'information et/ou de formation en direction des personnels concourant à l'éducation pour la santé (en-

seignants, professionnels de santé, travailleurs sociaux...).

• Niveau régional

Les comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres), (associations de type loi 1901), peuvent se définir comme la réunion, d'une part des comités départementaux d'éducation pour la santé de la région, d'autre part des administrations ou institutions régionales (administrations, conseils régionaux, organismes régionaux de protection sociale, associations...).

Ils sont plus spécialement chargés de :

- l'organisation de sessions ou d'actions de formation et d'information régionales ou inter-régionales en matière d'éducation pour la santé ;
- la coordination et l'animation des campagnes ;
- l'échange et la diffusion de l'information en éducation pour la santé entre les comités départementaux et les autres partenaires.

• Niveau national

Au niveau national, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) est chargé :

- de favoriser les échanges entre comités (rencontres techniques, groupes de travail intercomités, bulletins intercomités) ;
- d'aider les comités régionaux et départementaux à développer leurs activités par une aide documentaire (matériels et documents) une réflexion méthodologique et une aide à la formation.
- d'animer le réseau des délégations inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps), créé en 1992 par regroupement de comités départementaux et régionaux qui a pour vocation essentielle la formation des acteurs locaux.

Une approche nouvelle :

les services

téléphoniques

Le système d'aide, d'écoute et d'orientation par téléphone s'est largement développé au cours de la dernière décennie.

Les plus classiques ont été les services du type « SOS amitiés » qui répondaient à tout

type de détresse, puis le service de « SOS suicide phénix » s'est spécialisé dans la réponse aux suicidants.

Plus récemment, le système a évolué en mettant à disposition des numéros verts dont l'appel est gratuit pour le demandeur. Thématiques tels : « Sida info service », ou « Drogue info service », ils reçoivent une petite proportion d'appels de jeunes.

Mais surtout « Fil santé jeunes » mis en service récemment et confié à l'École des parents et des éducateurs, permet des réponses adaptées à la tranche d'âge 13-25 ans, particulièrement dans le domaine de la santé dans son acception la plus large. Travaillant dans un souci de respect de chacun, il est proposé aux jeunes, à partir du collège, une écoute anonyme et gratuite,

des informations concrètes (suivies éventuellement d'orientations) dans différents domaines que sont : la santé (accès aux soins, prévention des conduites à risques : suicide et passage à l'acte, alcoolisme, toxicomanie licite et illicite, déviances, marginalités, violences, agressions subies ou agies, puberté, sexualité, contraception, prévention MST et sida, informations sur les maladies, les médicaments et les lieux de soins, vaccinations, hygiène, urgences), la psychologie (difficultés affectives et relationnelles, soutien psychologique, conflits (parents, professeurs, pairs, couple), angoisse, dépression, interrogations, incertitudes) mais aussi d'autres informations : couverture sociale (sécurité sociale, aide médicale...), mesures sociales (cartes jeunes, réductions, avantages...), prestations familiales, aide sociale..., hébergement, accueil, fugue, information sur la loi (respect de l'ordre public, racket, abus sexuels...), conseil en orientation scolaire et pré-professionnelle.

Ouverte tous les jours, de 8 heures à 24 heures, cette ligne a pour finalité de promouvoir la santé des jeunes et de contribuer à leur adaptation à une société en pleine mutation. Son action est à la fois globale et respectueuse de l'individu. ■

Si tu as mal à la vie,
ça fait du bien d'en parler

Fil santé jeunes

05 235 236

De 8 h à minuit

La protection sociale

Instituée en 1945, elle est fondée sur le travail (ce sont les salariés et les employeurs qui, par le biais de cotisations sociales, la financent). La Sécurité sociale a pour objectif de garantir la sécurité économique des personnes contre les risques sociaux : maladie, maternité, risques professionnels, vieillesse.

Au total, même s'il paraît ici complexe, le système d'assurance maladie-maternité permet à tous les jeunes d'être couverts, sous réserve de réaliser les démarches administratives demandées. Bien sûr les jeunes ont parfois besoin d'être accompagnés dans

ces démarches. C'est le rôle des permanences sociales dans certains lieux fréquentés par les jeunes : missions locales, points santé jeunes par exemple.

Il reste à souligner qu'en termes de protection sociale, une nouveauté va être prochainement instituée pour les 18-20 ans : bien que restant ayants droit de leurs parents en termes de cotisations sociales, ces jeunes majeurs seront affiliés sous leur propre numéro et auront un accès autonome au système de soins.

Lycée

Le lycéen ou étudiant de moins de 20 ans est rattaché à un assuré social (parent, grand-parent, ou toute autre personne qui en assume la charge) dont il est ayant droit. Les frais liés à la maladie ou la maternité lui seront remboursés. À la sortie du système scolaire, en l'absence d'une autre couverture sociale, les droits à remboursement seront maintenus pendant 12 mois. En cas d'arrêt des études pour cause de maladie, les droits sont maintenus jusqu'à 21 ans.

Université

Pour l'étudiant, jusqu'à 28 ans, en acquittant chaque année une cotisation (900 F en 1995) auprès d'une mutuelle étudiante (les boursiers en sont dispensés), les frais de maladie et de maternité sont remboursés par la sécurité sociale. Les conjoints ou concubins et/ou enfants peuvent être ayants droit. Les droits peuvent être maintenus pendant 12 mois à compter du 28^e anniversaire. Le travail régulier pendant les études (60 heures par mois durant toute l'année universitaire), permet l'affiliation à la sécurité sociale.

Service national

Au cours du service national, la prise en charge est automatique. Les soins sont gratuits pendant la durée du service national, ils sont dispensés par les services de santé des armées. Les ayants droit sont couverts, pour l'assurance maladie et maternité, pendant cette période. À la fin du service, les droits persistent pendant 12 mois.

Formation professionnelle

Rémunérée ou non par l'État, elle permet la couverture maladie-maternité pendant la formation (ainsi que pour les ayants droit) au titre du régime de sécurité sociale d'affiliation antérieure ou à défaut (pas d'affiliation antérieure) au régime général des salariés. À la fin de la formation professionnelle, en l'absence d'une autre couverture sociale, les droits à l'assurance maladie et maternité sont maintenus pendant 12 mois.

Les régimes de sécurité sociale

Le régime général est le principal régime de la sécurité sociale. Il couvre les salariés des entreprises industrielles et commerciales.

Mais il existe d'autres régimes : la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les salariés et exploitants agricoles, la Caisse nationale d'assurance maladie-

maternité des professions indépendantes (Canam) pour ceux qui exercent des professions indépendantes (commerçants, artisans, professions libérales). Les régimes spéciaux (SNCF, mineurs, militaires) sont cités pour mémoire.

Le régime étudiant permet à tous les élèves de l'enseignement supérieur de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité de 20 à 28 ans. Il est géré par les mutuelles étudiantes (Mnef, Smerep par exemple).

Sur demande expresse, l'assurance personnelle permet aux personnes qui ne dépendent d'aucun régime obligatoire,

de bénéficier d'une assurance maladie-maternité équivalente au régime général. Les cotisations sont calculées sur la base des ressources. Si elles sont insuffisantes, les cotisations seront prises en charge par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou par l'aide sociale.

Ces régimes obligatoires remboursent 70 à 80 % des dépenses engagées (selon les prestations).

Appelés couramment mutuelles, les régimes complémentaires, généralement facultatifs, permettent un meilleur remboursement (parfois à 100 % du tarif de responsabilité) des dépenses de santé.

Première activité

Avant 25 ans et en cas de première activité salariée, les frais de maladie et maternité seront remboursés, ainsi qu'aux ayants droit, pendant les trois premiers mois de la première activité salariée, sans aucune condition de durée de travail ou de montant de cotisation. Les trois mois suivants, il faut justifier d'au moins 60 heures de travail à la date des soins.

Travail salarié

Le salarié régulier, sous réserve de certaines conditions en terme d'heures de travail ou de cotisations versées, est couvert par l'assurance maladie-maternité. En cas d'accident du travail, aucune condition de durée de travail ou de cotisation n'est exigée.

Ressources insuffisantes

Pour bénéficier de l'aide médicale, il suffit de se domicilier auprès d'un organisme agréé : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou Centre communal d'action sociale (CCAS). En cas de ressources insuffisantes (assuré social ou non), sous certaines conditions le bénéfice de l'aide médicale est possible. Cette aide est attribuée par le conseil général ou par l'État, à condition de ne pas être pris en charge par le régime général, ou un autre régime, une mutuelle, ou un organisme d'assurance. Ceci se fait par recours à une assurance personnelle dont les cotisations seront prises en charge par le département à condition d'avoir entre 17 et 25 ans, de résider en France, de ne pas avoir des revenus supérieurs au plafond de ressources RMI. Mise en place par certains départements, la carte santé matérialise la prise en charge par l'aide médicale départementale et simplifie l'accès aux soins.

Primo demandeur d'emploi

Le jeune, primo demandeur d'emploi, de moins de 25 ans, doit justifier de ressources inférieures à celles exigées pour obtenir le RMI, les cotisations d'assurance personnelle sont alors prises en charge par l'aide médicale départementale.

En cas de chômage

- Si le chômeur est indemnisé, il y a couverture par l'assurance maladie-maternité, pour lui et ses ayants droit.
- S'il n'est plus indemnisé, pendant 12 mois le bénéfice de l'assurance maladie-maternité persiste. Après 12 mois, sous réserve de continuer à chercher un emploi (inscription à l'ANPE), le bénéfice de l'assurance maladie-maternité est de durée illimitée. En cas de radiation de l'ANPE, la couverture relève de l'assurance personnelle.



L'utilisation du système de soins par les adolescents

Les jeunes consultent les professionnels de la santé quatre à six fois par an. Leurs interlocuteurs préférés sont les médecins généralistes, les pédiatres, les gynécologues et les personnels des services de santé scolaire. La plainte de l'adolescent est souvent difficile à décoder, et la consultation pas toujours appropriée. Ceci entraîne peu de cohérence des réponses dans la prise en charge et une absence de suivi médical des jeunes en difficulté.

Contrairement aux idées reçues, la consommation de soins des jeunes n'est pas nulle, même si cette tranche d'âge est celle qui a le moins recours aux soins.

Les enquêtes (Marie Choquet, Inserm U 169) ont montré que parmi les scolaires, seulement un sur quinze n'a pas consulté pendant la dernière année. Les scolaires consultent plus que les jeunes de même âge sortis du système scolaire (stagiaires). Le professionnel le plus consulté est le médecin généraliste (75 % des scolaires et 64 % des stagiaires l'ont consulté au cours de l'année précédente). Mais les professionnels de santé que voit le jeune sont nombreux (dentiste, gynécologue, dermatologue, infirmière de santé scolaire, spécialiste psychologue) rendant le recours aux soins très fragmenté.

Les jeunes n'ignorent pas non plus l'hôpital et un sur deux a fait l'expérience d'une hospitalisation. Les services qui les accueillent sont divers : pédiatrie, chirurgie, médecine d'adultes et les circuits ne sont généralement pas pré-établis. Ceci ajoute au morcellement des soins, d'autant que les liens entre l'hôpital et les autres acteurs de santé sont rares, aboutissant à une absence de suivi.

Les jeunes qui ont des difficultés certaines consultent plus que les autres

Les jeunes qui ont des difficultés (dépressivité, idées suicidaires, expérimentation de drogues, comportements violents etc.) consultent plus que les autres.

Il s'agit essentiellement du médecin généraliste ou de l'infirmière scolaire. Les motifs de consultations se rapportent alors aux plaintes somatiques ou aux infections aiguës, et il importe que le professionnel ne réponde pas uniquement au symptôme mais décode la demande en terme de mal-être. En effet, si le jeune éprouvant des difficultés cherche de l'aide auprès des acteurs de santé, il le fait souvent auprès de professionnels divers et pas toujours de façon appropriée, mettant alors en lumière l'absence de cohérence des réponses.

On peut noter que certains professionnels, en particulier ceux du champ « psy » sont peu consultés : ainsi, 35 % des suicidants seulement ont rencontré un psychiatre ou un psychologue. L'image négative de la psychiatrie gêne les actions de prévention et de soins, de même que

le cloisonnement entre soins psychiatriques et somatiques.

Cette demande plus importante des jeunes en difficulté ne doit pas faire oublier qu'une proportion non négligeable de ceux qui présentent des troubles graves ne consultent pas : environ 10 % parmi les scolaires, et plus du double parmi les jeunes sortis du système scolaire.

Le vécu des jeunes face aux acteurs de santé

Le jeune souhaite trouver un professionnel qui exerce une médecine globale ; les médecins généralistes et les pédiatres répondent à cette définition. Ces derniers, s'ils sont assez rarement consultés, sont l'objet d'une grande satisfaction de la part des jeunes car ils donnent des consultations plus longues, permettent la discussion et l'échange, établissent une relation de confiance. En revanche, les spécialistes qui font une médecine d'organes ne sont pas appréciés au même niveau. Seuls les gynécologues qui s'intéressent à l'individu, échappent à cette critique.

La place que tiennent psychiatres et psychologues appelle des interrogations. En effet, si la demande est grande, la réponse n'est guère satisfaisante : les jeunes établissent difficilement une relation de confiance et le contact aboutit rarement à un suivi qui paraît pourtant nécessaire.

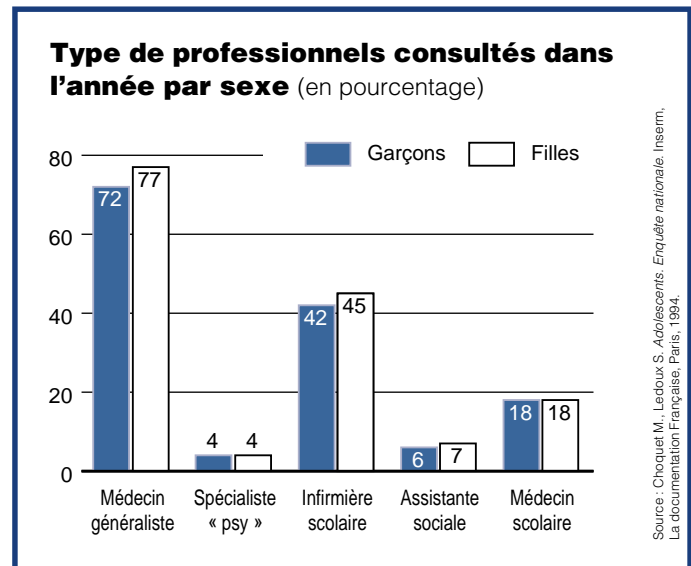
Le rôle du service de santé scolaire est majeur. Il fait partie intégrante de la vie de l'adolescent qui y a recours en première intention ; plus de la moitié des adolescents le connaissent, l'on utilise, parfois fréquemment. Les gros utilisateurs semblent appartenir aux populations qui ont le moins accès aux soins libéraux, l'interprétation est cependant difficile compte tenu de la disparité de couverture en matière de santé scolaire.

Les parents ont aussi une place centrale : ils sont les destinataires des premières plaintes, ils prennent les rendez-vous auprès des praticiens et accompagnent leurs enfants. Ceci n'est pas dommageable à la qualité des consultations, le degré de satisfaction étant plus élevé quand les jeunes consultent en présence de leurs parents (ceci surtout avant 18 ans). Cette remarque rejoint le choix préférentiel des jeunes pour le « médecin de famille » connu d'un membre de la famille et qu'il a déjà consulté lui-même.

► *Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation.* Inserm U 169, ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Rapport 1991.

L'hospitalisation est souvent un moment pénible. Les adolescents reconnaissent la compétence de l'hôpital, mais c'est une rupture dans la vie sociale et relationnelle, d'autant plus ressentie qu'elle s'adresse à des jeunes plus vulnérables : adolescente enceinte, adolescent ayant un problème de santé mentale. Ces derniers dont le séjour est plus long et plus pénible, se sentent moins bien informés que l'ensemble des hospitalisés. L'hospitalisation est vécue comme un moment entre parenthèses, les jeunes ont peu de liens avec l'extérieur, ils reçoivent des visites de leurs parents, pas toujours de leurs amis. La continuité des soins avec le médecin de ville n'est pas systématiquement assurée, sauf pour les jeunes hospitalisés pour maladie chronique.

Ainsi, le jeune connaît le système de soins dans ses aspects préventifs (santé scolaire, centre de planification familiale), dans ses aspects curatifs (médecine libérale essentiellement effectuée par le généraliste) mais aussi les spécialistes (gynécologue, dermatologue, dentiste). Il l'utilise, comme le montrent les enquêtes (de 4 à 6 consultations par an selon l'ensemble des professionnels considérés) mais de façon morcelée et pas toujours appropriée, révélant ainsi les difficultés des acteurs à décoder la demande derrière le symptôme, le manque de cohérence des réponses dans la prise en charge, ce qui aboutit à l'absence de suivi médical des adolescents souffrants. ■





Questions pour **la prévention**

Faire de la prévention auprès des jeunes n'est pas chose simple. D'abord parce que la santé n'est pas une préoccupation de la jeunesse. Ensuite les actions de prévention doivent reposer sur l'écoute et la confiance. Enfin pour être cohérentes elles doivent s'inscrire dans un travail d'équipe.

On ne peut parler d'élaboration de projets de prévention ni de conduite d'actions de santé sans évoquer la consultation, le partenariat, la participation, la synergie, bref le réseau. Ces ingrédients fortement de mise chez les professionnels de santé publique, sont plus largement invoqués et requis dans les multiples champs du sanitaire comme du social. Mais la démarche communautaire ne va pas de soi et l'invocation ne suffit pas. Le succès de l'exercice réside dans la capacité à dépasser le simple alibi, celle de nourrir un engagement et construire une relation de solidarité, ferment indispensable des objectifs et des enjeux.

À la lecture des multiples dossiers adressés à la Fondation de France, projets pour lesquels son appui logistique et financier est sollicité, force est de constater que, si l'engagement de chacun est souvent exemplaire, l'expérience des uns ne sert que trop rarement celle des autres. Dans ce domaine comme dans bien d'autres, la valorisation et la capitalisation des initiatives servent non seulement à fonder et maintenir l'implication de leurs promoteurs et des populations auxquelles elles s'adressent, mais aussi à en légitimer et généraliser les enseignements.

Les témoignages des professionnels que nous avons sollicités (cf. encadrés), de formations et d'horizons divers s'accordent sur l'es-

sentiel : dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres, s'adresser aux jeunes c'est avant tout leur donner la parole et faire naître leur demande, c'est aussi se donner d'autres espaces d'expression et d'action que ceux qu'imposent parfois arbitrairement les découpages institutionnels.

Le vécu de la santé

Parler de la santé, connaître sa santé, n'est pas une affaire de spécialistes : à partir de son histoire, son langage, ses repères culturels, chacun construit ses représentations de la santé, définit ses critères et décide par soi-même de la nécessité d'un recours. Pour des jeunes encore gênés par leurs difficultés à s'exprimer, « dire » la santé est plus complexe que la ressentir. Conserver sa santé implique la certitude du bien-fondé de mesures de prévention, toujours contraignantes. Ainsi, il est normal que ces attitudes appellent une vigilance particulière de la part de ceux qui entourent les jeunes.

La santé n'est pas une préoccupation de la jeunesse, ou alors elle ne peut être que bonne

et due. Il est donc normal que le discours des jeunes sur les exigences de santé soit pauvre et que cette tranche d'âge ne fasse pas grand cas de ce que ses aînés appellent les bons comportements de santé. Avec l'exubérante vitalité de leur âge, les jeunes interprètent avec quelque méfiance les mises en garde de ceux qui leur paraissent usés, désabusés, parfois même détériorés dans leur corps ou leur psychisme par des essais et erreurs de bonnes pratiques de santé.

Face à la santé : désinvolture et angoisse

Vienne un accident ou un problème aigu de santé pour un proche et les jeunes plongent avec une angoisse déstabilisante, voire inhibitrice d'attitudes saines, dans un système de protection dérisoire. Ils disent ne pas craindre le danger mais ils ont peur du cancer, de la maladie grave, inconnue, inexplicable, en

un mot, qu'ils ne savent prononcer, de la mort. Si face à certaines menaces ils haussent facilement les épaules, la moindre douleur à la tête, à l'aîne, le moindre ganglion, la moindre perte de sensibilité leur font redouter le pire. Discordance entre ce qu'ils disent de la santé et comment ils la vivent... Ils viennent parfois consulter en urgence pour un symptôme mineur et ce n'est qu'après un long travail d'écoute pour aller au delà des mots initiaux, d'appropriation de l'esprit et du corps que l'entretien se termine parfois par un signe élémentaire de leurs souffrances : « un ami proche vient de mourir... », « ma mère boit... », « je ne sais pas où dormir ce soir... ». L'expression de symptômes est, en quelque sorte, le médiateur le plus neutre de leur angoisse à vivre, une voie de communication possible entre une situation d'attente à la fois désespérée et indicible, et l'accueil du groupe social dont ils se sont exclus.

Ce que des adultes appellent troubles du comportement alimentaire, dépendance vis-à-vis de produits toxiques, mauvaise hygiène de

► Virginie Halley des Fontaines et J.M Alby. « Écouter l'adolescence ». Médecine de l'homme, 1985/11-12 : n° 160, p. 4-6.

Virginie Halley des Fontaines. « Consultations sans frontière : l'accueil des jeunes en polyclinique ». Journées de neuropsychiatrie de l'hôpital Trousseau. Paris : mars 1990.

► Marie Llamedo et Virginie Halley des Fontaines. « La santé des jeunes en difficulté ». *Sauvegarde de l'enfance*, n° 3, 1988, p. 241-246.

Aquitaine

Les apports de la démarche de planification en santé mentale aux problèmes de l'adolescence

C'est à partir de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins en psychiatrie dans la région Aquitaine que la question de la prise en compte spécifique de la souffrance psychique des adolescents s'est imposée à l'esprit des planificateurs. Et cela à partir d'un double constat :

- L'adolescence n'est pas prise en compte de façon adaptée dans le dispositif institutionnel classiquement organisé autour des services de pédiatrie, de pédopsychiatrie et des services pour les adultes.
- Le champ des besoins de santé des adolescents auquel il nous appartient de répondre est vaste : il échappe pour partie à la nosographie médicale classique, et pose la question de la définition du normal et du pathologique, en particulier dans l'approche des comportements psychosociaux. Les modes de réponses sont multiples, qu'il s'agisse d'adapter le suivi d'un enfant malade qui devient adolescent,

d'initier un processus de soins au long cours qui se poursuive pendant la vie adulte, ou d'intervenir pour une difficulté liée à cette période charnière et particulière qu'est l'adolescence, prévenant ainsi la survenue de suites délétères (exclusion, chronicisation, suicide...).

La démarche ne fera pas l'économie d'une réflexion sur la nécessité de structures adaptées qui, au-delà de la mise en œuvre d'un projet thérapeutique conforme aux besoins et attentes des adolescents, devrait offrir un potentiel de formation indispensable au développement des compétences et des responsabilités professionnelles. Grâce à une mobilisation commune des moyens, des équipes « adulte » et « infanto-juvénile » et à partir d'une réflexion sur le terrain, des recommandations pourraient aussi concerner la mise en œuvre de prestations spécifiques, des consultations pour adolescents notamment.

La prévention dans ce domaine ne peut être compartimentée et ne peut être la succession d'actes ponctuels sur des thèmes précis. Elle doit offrir une capacité de réponse aux besoins des adolescents, proposée par leur environnement et en particulier par chacun des adultes. S'impose alors la nécessité de créer et de faire vivre en réseau des professionnels aux compétences, fonctions et places multiples. Cette variété d'approches et de regards est productive et profitable aux adolescents eux-mêmes. La garantie d'inscription dans la durée de toute démarche préventive n'est qu'au prix de cet engagement. La démarche de planification en santé mentale parviendra ainsi à rendre incontournable le travail en réseau des différents interlocuteurs des adolescents. Peut-être alors, apportera-t-elle une réponse cohérente et adaptée, inscrivant l'offre de soins dans la continuité d'une démarche de prévention globale.

Valence

Promotion de la santé au niveau d'une ville

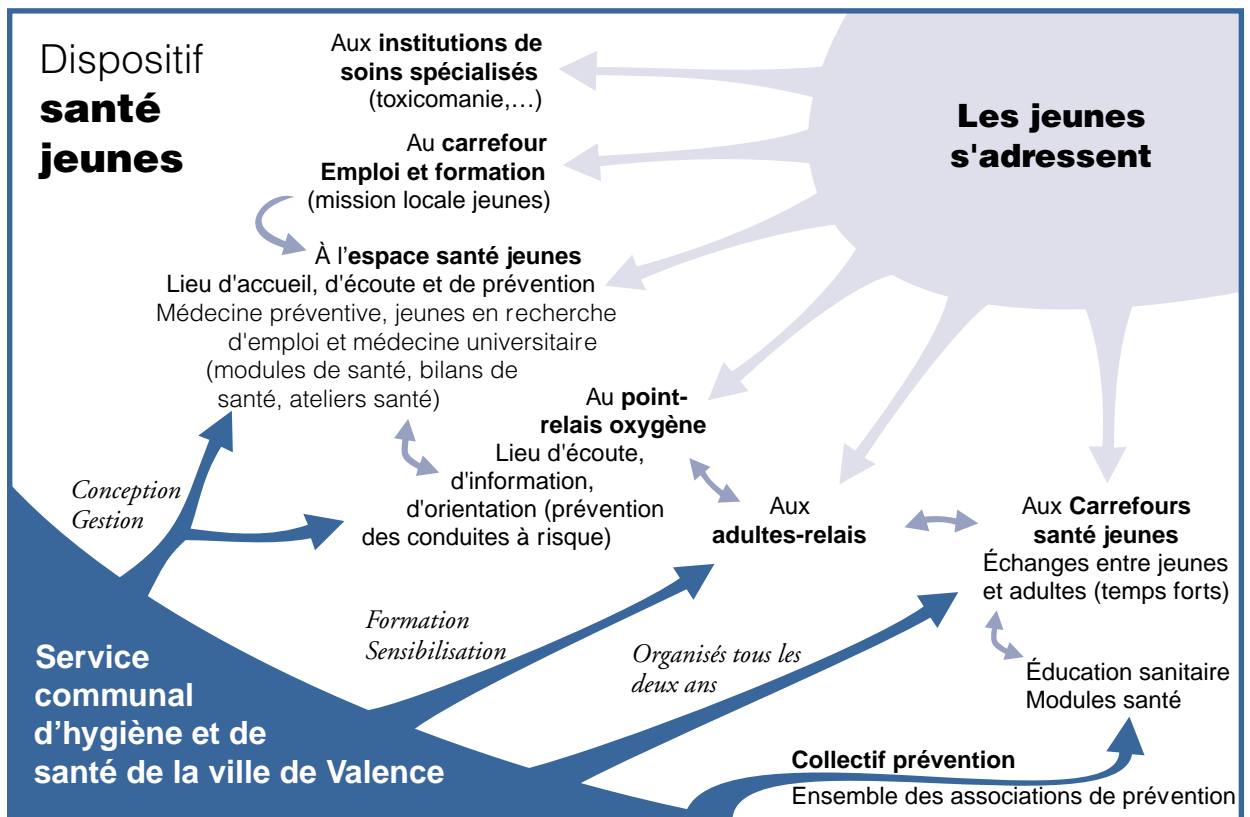
À Valence, la prévention auprès des jeunes est un travail partenarial s'appuyant sur un réseau d'acteurs de terrain. Dans le domaine de la santé des jeunes, le Collectif prévention réunit l'ensemble des associations et organismes œuvrant dans le domaine de l'éducation sanitaire, collectif coordonné par le Service communal d'hygiène et de santé. L'Éducation nationale, au travers du Centre départemental de documentation pédagogique, et la Mission locale pour l'emploi des jeunes sont les partenaires qui ont plus particulièrement guidé ce travail. Leurs actions se traduisent par des temps forts où les jeunes s'impliquent

volontiers (Carrefours santé jeunes, Nuit du cinéma, Théâtre forum...), mais aussi, par des actions de terrain inscrites dans leur vie quotidienne.

Le point relais oxygène

La politique « Prévention des toxicomanies », développée au sein du Conseil communal de prévention de la délinquance a donné l'occasion d'étoffer ce réseau de partenaires de terrain et de disposer ainsi d'un véritable facteur démultiplicateur dans les lieux de vie des jeunes. La formation d'adultes relais a permis depuis 1987 de constituer un

nouveau collectif de 250 personnes motivées et engagées dans l'écoute, le dialogue et l'orientation de ces adolescents, mais aussi dans toute action d'éducation à la santé et de prévention des comportements à risque. Se retrouvent, parmi ces adultes relais, des bénévoles et des professionnels d'horizons très variés, (infirmières scolaires, animateurs de quartier, assistantes sociales, magistrats, médecins, pharmaciens, enseignants et policiers...). Ce réseau s'articule autour du *Point relais oxygène*, lieu d'accueil et d'écoute pour les jeunes et parents en difficulté, animé par des psychologues jouant un rôle de relais et de



soutien technique pour les professionnels.

Inauguré en novembre 1993, c'est un service de médecine préventive pour jeunes en difficulté qui fait aussi office de médecine universitaire pour les 4 800 étudiants de Valence. Permettre à des publics *a priori* différents de se rencontrer dans un même lieu de prévention dans un souci de solidarité et d'intégration était un véritable pari.

L'Espace santé jeunes

Après un an de fonctionnement, 1 200 jeunes (700 jeunes en recherche d'emploi et 500 étudiants) ont franchi la porte de l'*Espace santé jeunes* qui développe en dehors des bilans de santé, des modules ou ateliers sur le thème de la santé. Un atelier associant ces différentes catégories de jeunes s'est donné pour objectif l'élaboration d'un *Guide santé jeunes*.

Ainsi, au delà d'entrées thématiques (sida, toxicomanies, nutrition, santé au travail...), chacun s'accorde à développer auprès des jeunes des actions de prévention, dans une approche plus globale de la santé, à l'écoute de leur mal-être et de leurs difficultés, mais aussi à la découverte de leurs potentialités et de leurs capacités, dans la perspective d'aider ces jeunes à retrouver le cap de la santé et le sens de la vie.

Qu'elle soit initiée au sein du Conseil communal de prévention de la délinquance, des carrefours emploi formation ou du Collectif prévention, la promotion de la santé des adolescents est imprégnée d'un souci de globalité et de transversalité, dans l'échange, le partage et la communication.

vie n'est pas perçue par eux comme des risques pour le maintien de leur santé, l'abstraction devenant encore plus forte quand on aborde le concept de santé mentale. La pression de l'environnement physique et social peut s'exercer longtemps contre eux avant que l'on entende le fameux « ça me prend la tête », que l'on observe le premier signe de détresse, la première plainte, rarement explicite, le plus souvent travestie, une fugue, l'essai d'un produit toxique, des manifestations inhabituelles de violence. Cet état peut se chroniciser vers l'inhibition, la prostration, l'isolement, ou au contraire l'agitation, les conduites aberrantes ou paradoxales. Mais le jeune n'est, le plus souvent, pas conscient de la dégradation de son psychisme.

L'appel au « psy » : une reddition

Quand il dit « ne pas aller dans sa tête », c'est qu'il se sent coupable de ne pas s'adapter aux menaces extérieures. Cet aveu est un véritable signe de détresse : mais où est donc le moi invincible de celui qui construit sa vie ? Le recours au spécialiste, au « psy », considéré comme inévitable, fait l'objet d'une longue négociation tant cet appel à l'aide est perçue comme une reddition. Dans certains cas, l'accroche affective sera introduite dans la demande en raison de cette dépendance qui rappelle l'enfance proche.

La santé des jeunes est indissociable de la pression exercée par le groupe de pairs, souvent identifié comme étant à l'origine de tous les maux. Ce groupe serait l'instigateur de la première cigarette, de la première surconsommation d'alcool... Faudrait-il pour autant prôner la limitation de la vie sociale à l'adolescence, solution certes radicale pour éviter ces assignations de conduites mais assez difficilement réalisable au plan pratique ? Et ce serait de toute façon aller radicalement contre les mécanismes de la construction psychologique des adolescents qui se fait pour partie dans l'échange avec d'autres et par l'infraction des interdits. Il s'agit alors de relativiser les effets de ce groupe dans ce qu'ils auraient d'exclusivement mauvais pour le jeune, et de mieux comprendre ce qui est en jeu dans cette fusion au sein des habitudes groupales.

En fait le groupe de pairs n'est ni bon, ni mauvais, car certains comportements adolescents considérés comme mauvais pour la bonne

► Daniel Marcelli et Alain Braconnier.
Psychopathologie de l'adolescent. Paris : Masson, 1992.

santé ne sont en rien propres à ces tranches d'âges et ne sont que la reproduction de pratiques devenues banales dans la vie publique. Les risques couramment dénoncés – accidents, usage de toxiques, violences – ne sont pas le privilège des groupes d'adolescents, pas plus qu'à l'opposé l'établissement de normes en matière d'hygiène et de prévention des infections, les engouements pour le jogging ou pour l'hydratation permanente avec l'indispensable

François Chobeaux. *On est des Courtilles. Recherche sur l'identité collective d'un groupe de jeunes marginaux.* Dactylographié. EHESS, Paris : 1993.

bouteille d'eau minérale. Si le groupe exerce une action particulière et repérable, c'est simplement dans un renforcement de l'étayage de pratiques responsables ou de l'accentuation de vulnérabilités individuelles.

L'intérêt du groupe dans le développement de la personnalité est cependant à relativiser quand celui-ci devient non plus seulement un support au développement personnel, mais un substitut sous forme d'identité collective compensant la recherche d'un équilibre psychologique défaillant. L'identité de chacun n'existe plus alors qu'au sein du groupe, qui devient de plus en plus enfermant dans un illusoire cocon protecteur et où des dérives en tout genre peuvent se développer sans trouver d'oppositions chez des personnalités dominées.

Mais que ce groupe soit porteur d'émancipation ou qu'il soit pathogène reste une discussion d'ordre théorique. La réalité de son rôle dans le devenir d'un adolescent qui établit ainsi ses repères est tel que les éducateurs et les acteurs de prévention doivent obligatoirement le prendre en compte dans une démarche d'éducation à la santé.

Les attentes des jeunes

Les attentes directes, primaires, des jeunes en matière de prévention et de sensibilisation à la santé sont très liées aux discours qui circulent et aux pratiques d'information qui sont développées dans leur environnement. Cette réalité doit également être prise en compte dans la conception et le contenu d'interventions. Banaux reproducteurs de principes entendus autour d'eux, ils sont fortement demandeurs d'informations, justifiant ainsi l'avalanche de données qui leur sont assénées souvent sans discrimination qualitative ni réflexion préalable portant sur l'authenticité de la demande qu'il s'agit de satisfaire. Cette importante stéréotypie de la demande amenant des réponses basées sur une illusion de réalité profonde se retrouve également dans ce qu'ils disent attendre de campagnes de prévention adaptées à leurs comportements. Ils sont souvent demandeurs de démarches dures faisant appel à l'émotion, et estiment que les démarches et les campagnes centrées sur la mise en responsabilité et l'appel à intelligence des personnes sont trop euphémisées pour avoir un impact sur eux. Cette attitude est régulièrement repérable dans

Les adolescents face à l'interdit de la drogue

La prévention a pour but d'empêcher les jeunes de se droguer. Pour ce faire, elle s'appuie sur une représentation mentale de cet acte, telle qu'elle devrait dissuader les jeunes de passer par l'éprouvé de l'expérience. « La drogue est dangereuse » devrait détourner de la drogue. Associer de surcroît le danger à l'interdiction rendrait la conduite doublement dangereuse. C'est ainsi qu'il serait dangereux – voire fatal – de transgresser un interdit.

Ce type de représentation a son efficacité pour la majorité. On pourrait en conclure que la prévention « ça marche » si ce n'est que la minorité consommatrice qui nous préoccupe y semble étanche.

D'une manière générale, on peut dire que l'intégration de la loi passe par plusieurs étapes entre moins de 15 ans et 19 ans. À moins de 15 ans l'interdit invoqué est celui du discours parental ; en grandissant les interdits se modifient (religieux-islam/alcool, sportif/tabac).

L'interdit de la drogue, tel qu'il est posé par la loi, est reçu comme un interdit fondamental et de ce fait, semble énigmatique : superposition et confusion des dangers (notamment pour le cannabis), quand il n'est pas objet de déni « le haschich c'est libre parce qu'on le trouve partout ».

Les réglementations (familiales, scolaires, sportives ou religieuses) qui passent par l'appartenance à un groupe, secrètent des interdits forts et sont mieux perçues parce que plus concrètes. L'appartenance au groupe des citoyens apparaît moins prégnante et constructive dans l'élaboration de l'interdit.

Une réglementation de santé publique qui ne ferait pas intervenir, dans le registre de l'imaginaire, l'interdit de l'inceste, favoriserait peut-être l'accession au partage d'une même vision du monde, qui fait le lien social.

► Étude sur les « Représentations de produits psychotropes » auprès de 1 500 adolescents de la région parisienne. Issy-les-Moulineaux, Centre Chimène, 1994.

Réflexion d'un médecin de santé publique

En matière de prévention, dans le domaine de la santé des adolescents, un conseil général a des missions définies par les textes (centre de planification et d'éducation familiale, aide sociale à l'enfance, etc.) auxquelles s'ajoutent celles décidées par les politiques. Ces politiques, souvent par ailleurs élus de leur commune, sont soumis à la pression de leurs électeurs. Leurs choix et décisions s'en ressentent.

Apprendre à travailler en réseaux

En 1989-1990, tandis que la situation des jeunes s'aggravait et que l'intervention de l'État s'avérait insuffisante, les élus demandèrent au service de planification et prévention médicale qui gère les centres départementaux de prévention médicale (CDPM), de prendre en charge la prévention de la toxicomanie et du sida. L'équipe de ce service fut alors renforcée. Tout en gardant une activité de terrain, une psychologue et un médecin de santé publique furent chargés d'impulser ce travail de prévention. Cette activité nécessitait de faire travailler ensemble deux directions générales adjointes, soit six directions, soit encore des dizaines de services, circonscriptions d'action sociale, de groupements d'action sociale jeunes, centres départementaux d'éducation familiale, CDPM, etc.

Le concept de santé s'est élargi bien au-delà des seules maladies. À titre d'exemple, dès le 1^{er} décembre 1990, journée mondiale de lutte contre le sida, le thème plus large des conduites à risque fut retenu et l'équipe de cascadeurs de Rémy Julienne anima un débat sur la prise de risque.

Dans le même temps, il fut demandé aux équipes de prévention de sortir davantage de leurs services et d'intervenir, à la demande des enseignants, des services de santé scolaire ou des associations, dans les établissements scolaires et dans les quartiers. L'institution n'ayant pas vocation à couvrir l'ensemble des problèmes des jeunes, le souci d'instaurer une dynamique partenariale fut une priorité. En plus de l'acquisition de nouvelles connaissances, par le biais de formations touchant des travailleurs sociaux d'autres organismes, cette dynamique favorisa la création d'un réseau actif de partenaires de proximité.

Citons à l'actif du conseil général du Val-de-Marne la mise en place d'un bus itinérant « santé jeunes », d'une quinzaine annuelle « prévention/santé jeunes » et l'organisation de débats et expositions sur ces mêmes thèmes. En partenariat financier et d'action avec diverses institutions et associations impliquées dans le travail d'accompagnement et de suivi des jeunes, le conseil général a contribué, dans le

département, à la mise en œuvre de nombreuses initiatives, dont un « point écoute » toxicomanie, une vaste campagne départementale d'incitation à la vaccination contre l'hépatite B, la mise à disposition d'un local à l'association Aides.

Poursuivre la mobilisation

Depuis deux ans, malheureusement, les transferts de charge de l'État vers les conseils généraux ont mis à mal les finances des départements. Les missions « spéciales » que le conseil général du Val-de-Marne s'était volontairement fixées, furent les premières touchées par les restrictions budgétaires. Notre équipe fut réduite et certains objectifs abandonnés. À ces difficultés s'ajoutèrent celles liées aux lenteurs administratives. Dans le même temps, trois centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits furent ouverts, et une consultation vénérologie fut transformée en réelle consultation MST.

C'est à travers ces contradictions qu'il faut continuer à travailler. Pour dépasser toutes ces difficultés, il faut poursuivre les actions d'information auprès d'un large public et maintenir la mobilisation des divers partenaires, chacun dans son domaine de compétence et selon sa volonté politique d'intervention.

des expositions de prévention réalisées par des jeunes, où tous les poncifs de l'éducation à la santé se retrouvent accumulés. Les belles gravures scolaires de notre enfance qui comparaient le foie d'un alcoolique à celui d'un tempérant n'ont eu que bien peu d'impact sur la prévention de l'alcoolisme, mais continuent de fonctionner à plein dans l'imaginaire collectif et donc dans les demandes adolescentes. Et les jeunes attendent moins des discours moralisants sur la bonne santé que des éléments de certitude sur l'efficacité de la prévention eu égard aux sacrifices qu'elle demande.

Il s'agit alors de porter attention aux adoles-

cents et de les écouter avec estime et respect en les aidant à ne pas se couler au moule de la reproduction de modèles, car aborder des questions de santé avec eux nécessite de prendre en compte à la fois leur fonctionnement psychologique et leurs relations avec les adultes. Leur allégeance aux prescriptions des aînés repose sur une nécessaire confiance en leurs démonstrations, donc en leurs personnes. Les adultes ne peuvent pas se situer uniquement dans un rôle technique de prescripteurs de conduites ; ils doivent également investir cette relation d'attentions, d'affectivité, en un mot de désir. L'expérience montre que quand ces bases fai-

tes d'écoute, de confiance et de tolérance sont installées dans la proximité et la permanence de la relation éducative, les jeunes peuvent alors développer des réflexions personnelles portant sur leur propre santé.

Reste la question de la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé qui prennent en compte les réflexions qui précèdent.

Pas de prévention sans confiance

Au risque de surprendre, on peut estimer que les professionnels de santé ne sont pas les personnes les mieux placées pour cela et que les actions de terrain doivent être conduites par les personnes les plus en relation globale et permanente avec les jeunes concernés. C'est donc le terrain des animateurs professionnels, des

► François Chobeaux.
« Construction d'une dynamique de santé communautaire à partir de la pratique d'activités physiques ». *Sauvegarde de l'enfance* n° 1-2, 1993, p. 172-175.

éducateurs et des bénévoles des associations de jeunesse, la tâche restant à la charge des professionnels de santé portant beaucoup plus sur l'accompagnement, l'aide, l'information et le soutien à apporter à ces acteurs de terrain.

Des interventions de prévention gagnent donc à être ancrées dans la relation quotidienne, à être portées par des personnes ayant la confiance des jeunes et à prendre en compte l'existence des groupes de pairs. Elles gagnent également à être développées dans la durée et à prendre en compte non seulement les aspects visibles des comportements mais également les rapports inconscients que chacun entretient avec les représentations qu'il a de son corps et son désir d'en maintenir l'intégrité. C'est à ces conditions seulement que l'on peut espérer limiter l'écart entre les connaissances acquises et la modification des comportements, principal objet de ces actions.

Le forum et la charte santé de l'académie

Strasbourg

Le forum santé qui s'est tenu à Strasbourg le 8 octobre 1993, s'appuie sur le constat du nécessaire partenariat entre chefs d'établissement et personnels sociaux de santé. C'est une nouvelle « culture de la santé scolaire qu'il convient de mettre en œuvre ».

Le recteur est le maître d'œuvre de cette démarche, qui doit prendre la valeur d'un engagement réciproque sous la forme d'une charte. Cette charte proposée par l'ensemble des personnels à l'ensemble des chefs d'établissement en septembre 1994 a permis à chaque équipe de déterminer en commun les priorités et de définir sa stratégie. Les premiers résultats sont encourageants : le temps consacré par les personnels aux actions collectives de santé et inscrites dans le projet d'établissement est le double de la moyenne nationale.

Le forum en chiffres

217 chefs d'établissement
51 responsables administratifs
65 médecins
100 infirmières
52 assistantes sociales
20 personnes pour le Comité de pilotage : 10 chefs d'établissement et 10 personnels de santé et sociaux.

Les collectivités territoriales
Une dizaine d'associations, autant d'entreprises
320 000 élèves concernés

Thèmes retenus

Comité d'environnement social
Secret professionnel et partenariat
Violence
Maltraitance
Abus sexuels
Mal-être
Hygiène et sécurité en faveur des personnes et des élèves
Personnel infirmier, médical, social,
mode d'emploi : santé intégrée au projet d'établissement.

La charte santé fixe

5 objectifs qui concernent :

- le programme académique
- les programmes scolaires
- les projets d'établissement
- la formation des enseignants et des personnels Atos (administratif, technique, ouvrier de service).
- la place et la formation des personnels sociaux et de santé.

18 engagements possibles sur les différents thèmes : les structures et réseaux d'actions collectives, la réglementation, les ressources humaines, etc.

26 indicateurs de suivi qui permettent de mesurer l'impact des engagements, par exemple le nombre d'équivalents temps-plein de nos personnels, le montant des crédits de fonctionnement, le pourcentage d'actions collectives sur l'ensemble du temps de travail de nos personnels, le taux d'absentéisme des élèves et des personnels, le nombre d'accidents du travail déclarés.

La prévention à l'école est l'affaire de tous !

La prévention en milieu scolaire est prévention primaire mais elle est aussi parfois secondaire et tertiaire. Il s'agit souvent de sessions d'information, de formation, de conduite de projets d'animation éducative ou d'aménagement de l'environnement scolaire. Ces interventions qui visent à prévenir les risques de maladies, d'accidents, de déviations paraissent s'ajouter aux programmes généraux de formation et d'éducation. Elles se juxtaposent sans qu'apparaissent clairement les finalités, la cohérence, l'efficacité.

Avant l'action

Pour gagner en pertinence, en intégration, en validité globale, il importe d'en vérifier les fondements, les conditions de mise en œuvre et les limites. Ceci suppose une réflexion approfondie portant aussi bien sur l'articulation de la recherche à la prévention que sur les compétences respectives de l'éducation et de la thérapie. Également avant l'action, il importerait de s'assurer que tous les acteurs ont connaissance des grandes problématiques de la santé des adolescents, des principaux facteurs de mortalité, de morbidité, de déviance et de troubles fonctionnels ; qu'ils ont appris à mieux identifier les difficultés inhérentes à la dynamique adolescente ; qu'ils maîtrisent les méthodes et les outils d'intervention significatifs et adaptés aux réalités concrètes locales.

À ces préalables méthodologiques, cognitifs et pratiques il faut encore ajouter la détermination politique et l'organisation en stratégie d'action. Le projet d'établissement qui se dote d'un projet santé centré sur la dynamique adolescente doit pouvoir inscrire ses objectifs sanitaires à la fois dans son organisation pédagogique et dans sa

politique éducative et préventive. Pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer ce programme, il doit s'assurer du concours d'un groupe de pilotage. Depuis cinq ans le Lycée Godard Roger expérimente un tel dispositif. La pédagogie s'efforce de prendre en compte l'hétérogénéité des rythmes d'apprentissage, les aléas des motivations et du suivi scolaire. Elle tente de diversifier les parcours en individualisant, en tirant parti de l'alternance et des procédures de remédiation. La politique d'éducation s'articule avec la stratégie de prévention et de promotion de la santé. Les acteurs s'attachent à travers un travail d'accueil et d'écoute, à la résolution des conflits, des crises, des difficultés d'adaptation à l'école, mais aussi à la réussite scolaire, à promouvoir l'affirmation de soi comme adulte en devenir, pour signifier, maîtriser, anticiper, rechercher les nécessaires médiations.

Une organisation intersectorielle

Pour concevoir, organiser, animer et valider les différentes interventions, une équipe pluricatégorielle et interinstitutionnelle réunit une vingtaine de professionnels appartenant au système éducatif (service de promotion de la santé, assistante sociale, conseillers d'éducation et d'orientation, professeurs et personnels) et des partenaires extérieurs (intersecteur : psychologue et psychiatre, éducateurs de rue, policiers, juge).

Dans le strict respect des compétences professionnelles et des disponibilités de chacun, cette équipe :

- observe régulièrement les adolescents pendant leur scolarité quotidienne ;
- conçoit les programmes d'interven-

tion primaire intégrés au cursus scolaire ;

- organise l'écoute, le conseil, l'accompagnement et le suivi des demandes d'aide des adolescents et des adultes ;
- évalue et régule en permanence.

Des résultats encourageants

Les résultats, cinq ans après, sont très encourageants :

- l'observation a gagné en pertinence. Les professionnels échangent à la fois sur la signification des agissements perçus comme intempestifs qu'ils soient bruyants ou discrets et sur la pertinence des stratégies d'intervention et de suivi ;
- ce dispositif associant régulièrement à sa réflexion les adultes et les jeunes favorise le développement d'une culture de prévention et l'intégration de la démarche spécifique de prévention au sein du processus formatif global. Ce qui crée un climat sécurisant et autorise de nombreuses prises d'initiative ;
- la structure professionnelle d'écoute et d'aide installée en proximité bénéficie à la fois aux adolescents et aux adultes. Elle veille dans un strict respect déontologique au bon fonctionnement en réseau interne et externe ;
- la réunion mensuelle de l'équipe permet une bonne régulation.

L'équipe envisage de faire appel à un superviseur et d'enrichir encore ses compétences et sa réactivité.

La prévention à l'école est bien l'affaire de tous à condition de veiller à ce que chacun, tout en restant dans son domaine de compétence, accepte de participer à une organisation en système ouvert sur la vie concrète et la communication aussi bien interpersonnelle qu'interinstitutionnelle.

La mission locale

La mission locale de Brest assure l'accueil des jeunes demandeurs d'emploi de 16 à 25 ans, sur 80 communes. En 1994, 5 215 jeunes ont été reçus. La mission locale intervient dans les domaines de la formation, de l'emploi et de l'insertion sociale. Elle accompagne et aide financièrement les jeunes, pour la réalisation de projets liés au logement, aux loisirs, à la santé.

La santé n'est pas une préoccupation majeure des jeunes accueillis, trouver une formation ou un emploi est l'urgence pour eux. C'est au cours des rendez-vous à la mission locale ou lors des stages de formation auxquels ils participent, que les jeunes expriment un besoin d'informations, un problème de santé ou d'accès aux soins. Les constats faits par les professionnels se recourent et rejoignent les résultats des enquêtes nationales de l'Inserm.

Depuis 1985, la mission locale s'est entourée d'un réseau local de partenaires réunis au sein d'une Commission santé (Dass, CPAM, Mutualité, professionnels de la formation, du social, de la santé, élus...).

Cette commission, suite aux constats précités, a déterminé deux axes de travail prioritaires.

- En lien avec la Caisse primaire d'assurance maladie, les jeunes sont informés sur leur couverture sociale et, grâce à un accompagnement administratif, ils peuvent avoir un accès aux soins coûteux. Une mutuelle jeunes existe depuis 1991. Un travail expérimental de prévention par le biais des bilans de santé est mené par la Cnam depuis le début de l'année.

- Si lever les obstacles d'accès aux soins est nécessaire, cela ne suffit pas pour modifier les comportements. Aussi, la commission santé élabore et réalise des stages-santé

de 3 à 5 jours destinés aux jeunes. Chaque année, 140 jeunes en sont bénéficiaires. Le but de ces stages est de responsabiliser les jeunes par rapport à leur santé, et, sans leur dicter « une bonne conduite », de prévenir les comportements à risque. Il ne s'agit pas de leur asséner des informations mais plus de partir de ce qu'ils savent et font pour les aider à acquérir de nouvelles compétences. Ces stages sont animés par des professionnels de la santé, de la formation et du social.

L'évaluation du travail mené montre l'efficacité d'un travail d'accompagnement et de partenariat dans le domaine de l'accès aux soins.

Les stages santé ont incontestablement été de réels temps de parole pour les jeunes, mais on ne mesure pas si ces modules induisent ou non des changements de comportements. Néanmoins, en ce qui concerne la prévention des toxicomanies et de l'alcoolisme, la verbalisation de la relation aux produits pourra conduire le jeune à les appréhender différemment.

L'expérience des échanges sur la vie amoureuse et la sexualité nous conforte dans l'idée que l'on ne peut aborder la question de la prévention du sida dans ses « aspects techniques » (protection, modes de contamination) isolément de la vie affective et amoureuse, des croyances et des valeurs des jeunes.

Les stages expression-communication ont été pour de nombreux jeunes, l'occasion d'avoir une image plus positive d'eux-mêmes et celle de recréer autour d'eux des liens sociaux.

Cependant il est difficile de mobiliser des jeunes sur la santé quand leur première demande se situe davantage sur le terrain de la forma-

tion et de l'emploi. Cet état de fait est renforcé par la priorité donnée à l'accès à l'entreprise dans les stages de formation.

Les stages et leurs objectifs

Stage santé, image de soi, expression, communication

- Permettre l'expression des jeunes sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.
- Développer la confiance en soi, les capacités d'expression et de communication.
- Faire le lien entre l'occupation du temps de chômage, l'insertion dans un réseau social et un mieux-être personnel.

Stage santé, alcool, toxicomanies

- Permettre aux jeunes de réfléchir sur la relation aux toxiques, leurs effets, leurs fonctions.
- Susciter une dynamique d'information resituée dans le contexte quotidien.
- Améliorer les capacités d'expression, valorisation des jeunes.

Stage santé, sexualité, contraception, MST-sida

- Permettre des temps de parole et d'échanges sur les questions de l'amour, de la relation à l'autre, en favorisant l'expression individuelle et collective des croyances, des représentations et des valeurs.
- Acquérir une meilleure connaissance de son corps et de son fonctionnement.
- Prévenir les maternités précoces, les MST, le sida.
- Informer les jeunes sur les lieux relais d'accueil et de consultation existants.

Pour aller plus loin dans la prévention

La prévention et l'éducation à la santé se sont particulièrement développées ces dernières années. Les adolescents ont été la cible de nombreuses campagnes nationales et d'interventions de proximité (alcool, tabac, sida, toxicomanie...). Des études et des enquêtes montrent que ces efforts n'ont pas été inutiles et ont entraîné des changements de comportement (tabac, préservatif...). Ces résultats semblent insuffisants et certains individus ou groupes semblent indifférents ou peu réceptifs aux messages de santé. Notre travail de prévention sous-estime certains aspects spécifiques des déterminants des comportements liés à la santé.

L'individu, le groupe

Gérer sa santé, s'éduquer ou être éduqué à la santé suppose l'apprentissage, l'adoption ou la modification d'attitudes et de comportements que l'on avait pas produits spontanément. Si des phénomènes physiologiques comme la douleur ou la faim ont des déterminants biologiques, la signification que va en donner l'individu et les pratiques qu'il va développer vont dépendre des circonstances et du contexte social et culturel. Le sociologue H. Becker ▶ montre qu'éprouver du plaisir à cette pratique ne se fait pas immédiatement, mais résulte d'un apprentissage qui permet à celui qui débute de transformer des sensations ambiguës en plaisir ; ceci se réalise par l'appartenance à un groupe de fumeurs. Les jeunes vivent, expérimentent, s'éduquent et se construisent de plus en plus entre eux dans des petits groupes. L'éducation à la santé et la prévention sont en contradiction avec ce phénomène social de vie de groupe, en ne s'appuyant que sur le choix, la responsabilité, la liberté individuelle.

Certains sont plus égaux que d'autres

De nombreux travaux montrent que la valorisation de la santé diminue et l'écart entre le

discours sur la santé et les comportements augmente au fur et à mesure qu'on descend l'échelle sociale. Si l'on veut comprendre comment le niveau d'information, les représentations et le discours sur la santé d'un adolescent prennent du sens pour ces conduites, il est nécessaire de les rapporter aux contraintes quotidiennes que vit ce jeune et aux caractéristiques de son réseau de relations. En fonction de leur éducation, de leur origine sociale, de leur culture, les rapports fille-garçon ne sont pas identiques, ni même égalitaires dans tous les groupes d'adolescents.

Le « machisme » est, dans certains groupes, une valeur dominante, les questions affectives et sexuelles y sont moins abordées et sont présentes comme facteurs de domination des filles. Dans ce cadre, les comportements préventifs face au sida ou au risque de grossesse sont rendus très difficiles.

De même, si pour un adolescent, le fait de décider d'arrêter de fumer du haschisch est un choix individuel, la difficulté pour lui viendra des implications relationnelles de son choix sur son groupe d'appartenance.

Le risque nul

Le risque est partie intégrante de la vie et tout particulièrement à l'âge de l'adolescence. Une des tendances des messages et des interventions est de proposer des comportements visant le risque nul. « Utilisez systématiquement le préservatif ! Ne consommez pas de drogue ! Ne fumez pas ! » Cette approche peut amener les adolescents qui ne peuvent adopter de tels comportements à développer des attitudes de déni de tout risque ou de l'utilité de la prévention. Face au tout ou rien, nous devrions au contraire décliner la gradation des risques et les différentes possibilités de le gérer. Par exemple, en direction des consommateurs de marijuana ou d'alcool, induire des comportements de maîtrise et de réduction de la consommation et de renoncement de la conduite de véhicule après consommation.

Pour ce qui concerne le sida, si on ne veut ou ne peut utiliser le préservatif, il reste possible de diminuer le risque de contamination en réduisant le nombre de partenaires, en ne pratiquant pas la pénétration, en discutant avec son partenaire pour mieux connaître son passé sexuel. ■

H. Becker, *Comment on devient fumeur de marijuana, Outsiders*. New-York : The free press, Glenco, 1963.

Prévenir à l'adolescence ?

Pris entre le besoin d'attachement et le désir d'autonomie, l'adolescent vit dans une situation particulièrement contradictoire et ambiguë. Que ce soit à lui que les campagnes de communication et les actions de terrain prétendent s'adresser pour faire passer des messages de « prévention » n'est pas dénué de paradoxe. En quoi l'adolescence serait-elle la meilleure période de la vie pour recevoir ce type d'information ? De quelle manière peut-on espérer dialoguer avec succès avec cette population caractérisée par l'indétermination et le questionnement sur soi-même ? Telles sont les questions que nous souhaiterions aborder dans cette tribune.

Si nous nous référons à la définition donnée dans le dictionnaire français de santé publique¹, le terme « prévention » recouvre : « dans le domaine de la santé et de l'hygiène publique, l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépisser à un stade précoce ». Si l'on se réfère à l'étymologie latine, *praeventia* veut dire « action de devancer ». Les programmes d'éducation et de promotion de la santé organisés en direction des jeunes se référerait davantage à ce sens initial, plus large.

L'enjeu des campagnes de sensibilisation et d'information qui s'adressent

plus spécifiquement aux 18-25 ans auraient bien pour objectif de « devancer » l'adoption de comportements que l'on sait nocifs pour la santé, de mettre en garde contre certaines pratiques à risque, de faire prendre conscience des conséquences à long terme d'habitudes de vie prises éventuellement à l'adolescence, bref de responsabiliser les jeunes face à leur avenir « de santé ».

Or, avec Antoine Lazarus², nous pouvons nous demander s'il est possible de modifier les comportements à risque. « 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 ses choix et ses actions, raisonnable en toutes choses.

La prévention change de ton

C'est bien pour éviter cet écueil menaçant les campagnes d'information sur les risques liés au tabac, à l'alcool, aux drogues illicites, aux relations sexuelles sans précaution que la communication publique

s'est orientée ces dernières années vers un autre ton, une autre approche. Si l'on prend par exemple, la dernière campagne nationale sur l'alcoolisme : « Tu t'es vu quand t'as bu », on voit bien que ce qui est mis en avant ce n'est pas le risque pour la santé, mais bien plutôt le risque de ne pas aboutir dans ses projets relationnels : un garçon ou une fille qui a trop bu n'est plus en mesure de séduire, de draguer, de profiter à plein d'une soirée entre amis. Si cette campagne a été bien reçue par les jeunes de 18-25 ans, comme l'a montré le post-test³ c'est qu'ils se sont reconnus dans ces situations où ils avaient eu aussi envie de dire « tu t'es vu quand t'as bu ».

Parler de « plaisir de vie »

Mais comme l'écrit Antoine Lazarus, dans ce même article, « 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 », il faut oser se voir... même quand on n'a pas bu...

C'est bien en ces termes de plaisir de vie qu'il faut arriver à parler aux adolescents, avec un argument qui les touche dans l'instant et qui soit inscrit dans une vraie cohérence. Mais, ainsi que le dit Jean-Pierre Deschamps dans une interview publiée dans *Le généraliste*⁴ il n'existe pas de recette pour parler de santé aux adolescents « les messages de santé pour l'adolescent reviennent trop souvent à lui interdire d'être un adolescent. L'adolescent est entier, exclusif. Il a besoin qu'on lui parle de ce qui le touche... et surtout qu'on l'écoute. »

Toute communication injonctive, autoritaire a toutes les chances d'être rejetée. Ce qui semble déterminant, c'est la qualité du regard porté sur l'adolescent, du goût de l'échange avec les plus jeunes, de la prise en compte de sa personnalité, de la valorisation de ce qu'il est, de ses choix, de ses talents, de ses espoirs.

L'échange dans ce domaine comme dans les autres entre adultes et adolescents n'est possible que si le langage uti-

lisé n'est pas condescendant, ne prétend pas à l'omniscience.

Sans doute est-ce la raison du succès d'approches qui impliquent la participation des jeunes eux-mêmes dans la formulation et l'expression des questions qu'ils se posent sur la vie en général, sur leur relation au monde, sur la santé au sens large, c'est-à-dire sur leur capacité à utiliser au mieux leur potentiel vital et à épanouir leurs talents.

Les techniques utilisées font appel soit au théâtre-forum, soit à d'autres méthodes participatives comme l'approche par les pairs. Avec le théâtre-forum, le jeune spectateur est sollicité pour jouer lui-même l'un des rôles de la pièce qui lui a déjà été montrée une fois, en fonction de la façon dont il souhaite faire évoluer l'intrigue. Souvent, il projette dans ce jeu sa propre problématique, ses propres questionnements. Il le fait, là, dans un contexte ludique mais qui peut avoir des prolongements dans des discussions avec l'entourage, ses amis, ses enseignants, ses parents. Surtout, il lui est donné la possibilité de s'exprimer avec ses propres mots, pas avec ceux d'adultes parlant en son nom.

L'approche par les pairs répond au même souci d'une reprise en compte par les jeunes eux-mêmes de l'expression de messages de santé – par exemple – avec une possibilité de retravailler ces messages en groupe, de les adapter. Ce type d'approche a beaucoup été utilisé dans le cadre de la prévention du sida, dans les établissements scolaires, afin d'assurer une transmission plus adaptée d'informations revues par les jeunes, en fonction de ce qu'ils savent des attentes de leurs camarades et de leurs questions.

D'autres modes de communication sont à inventer, mais surtout, il reste évident que la relation que l'adolescent va entretenir avec la santé va dépendre du contexte de vie dans lequel il évolue, de la capacité de valorisation que les adultes qui l'entourent sont en mesure de développer. Telle est bien une des conclusions tirées par Marie Choquet dans les commentaires de sa dernière enquête sur les jeunes scolarisés⁵. En dernière instance, ce qui est déterminant pour la santé

d'un jeune, c'est le climat socio-affectif dans lequel il grandit.

De telles considérations ne peuvent que rendre très humble l'éducateur pour la santé conscient des limites de la portée des messages de prévention qu'il peut destiner aux jeunes mais qui cependant constituent une sorte de toile de fond tissée au fil du temps et dont le rôle dans l'évolution des mentalités et des images est loin d'être négligeable ! ■

• Références

¹ *Dictionnaire français de santé publique*, sous la direction de Jean-Charles Sourmia, Éditions de santé, 1991.

² Antoine Lazarus, *Est-il possible de modifier les comportements à risque*, séminaire Ville-santé n° 4.

³ Post-test de la campagne alcool, CFES/IOD (décembre 1993).

⁴ Jean-Pierre Deschamps, *Le généraliste*, 7 septembre 1993.

⁵ Marie Choquet, Sylvie Ledoux, *Adolescents*, La documentation Française, 1994.

**Christiane Dressen
Bernadette Roussille**

Comité français d'éducation pour la santé

La « crise » de l'adolescence

L'adolescence, création récente de notre société industrialisée, a pris la place du passage de l'enfance à l'âge adulte, à la mesure de notre incapacité à bien le gérer et l'accompagner.

Depuis le début du xx^e siècle, cet âge de la vie est de plus en plus souvent connoté négativement. Ce qui, autrefois, était repéré comme banal est moins bien toléré. On attend des spécialistes qu'ils accélèrent le cours des transformations. Les tensions ordinaires entre générations autour de la puberté, dont toutes les sociétés animales nous rappellent le caractère naturel, ne sont plus admises. Les épreuves initiatiques qui officialisaient la fin de l'enfance par la prise de risques sont oubliées. Beaucoup dès lors s'engagent dans des prises de risques auto-initiées (fugues, tentatives de suicide, toxicomanie, échec scolaire, conduite dangereuse...) dont on connaît les conséquences individuelles et collectives (accidents et suicides sont les deux premières causes de mortalité chez les jeunes). La jeunesse est perçue, depuis la Belle Époque, comme dangereuse. Dans les années cinquante, l'idée que l'adolescence serait une sorte de maladie passagère fait son chemin, malgré D. W. Winnicott qui soutient alors que c'est au contraire sans crise qu'elle est à considérer comme pathologique.

Apprécier sereinement les troubles de l'adolescent

Mais le terme de « crise » prête à confusion. La crise est présentée comme telle beaucoup plus par l'entourage de l'adolescent (parents, enseignants, éducateurs...) que par ce dernier qui utiliserait d'autres mots. L'usage galvaudé du terme (crise sociale, économique, morale...) permet toutes les confusions de sens et le banalise.

L'appréciation sereine des troubles de l'adolescent est rare. La banalisation – ça lui passera avec l'âge – ou la dramatisation sont la règle.

De plus, les formes d'expression qu'il emprunte reflètent rarement ce qui les sous-tend. Ce n'est pas toujours le plus expressif ou le plus critique dans les apparences qui est le plus urgent ou le plus grave. Ces formes pourront être extrêmement diverses : des signes d'allure somatique aux actes de transgression (petite délinquance, usage de drogues, problèmes disciplinaires...), des gestes suicidaires avec ou sans dépression aux troubles de l'apprentissage, en passant par les changements relationnels, voire les moments d'allure délirante.

Derrière ces apparences symptomatiques se manifestent isolées ou groupées

des difficultés individuelles, parentales, familiales, scolaires ou sociales.

Sur le plan individuel, la puberté contraint le sujet à réorganiser son économie personnelle et ses relations aux autres et au monde. La force de ce qui est à l'œuvre le conduit à utiliser des systèmes de protection qui prennent bien souvent l'allure de symptômes, sous forme d'actes ou de mouvements régressifs. Ce qui s'est joué dans la première enfance se rejoue de façon rendue méconnaissable pour l'entourage.

Du côté des parents, leur enfant n'est plus ce qu'il était ; leurs attentes et leurs espoirs sont parfois contrariés. Ils sont potentiellement grands-parents du seul fait que leur enfant est pubère. C'est le temps d'un bilan, à mi-vie. Bilan de l'écart entre leurs rêves et leurs réalisations, bilan conjugal, professionnel, affectif... Parfois cela prendra l'allure d'une « crise du milieu de vie », en miroir avec celle de leur enfant, quand elle ne réactualise pas celle qu'ils ont pu connaître lors de leur propre adolescence...

Enfin il est clair que les difficultés que rencontre notre société viennent renforcer celles qui se posent à l'individu. La pression scolaire croissante, liée elle-même à l'inquiétude au sujet de l'avenir, de l'emploi, des difficultés d'intégration sociale, pèse très lourd et renforce *a contrario* la valeur d'appel des troubles d'allure scolaire.

De la nécessité d'une intervention

C'est dire combien la recherche de la signification de la crise sera importante et complexe. Dans certains cas, elle traduira seulement l'ampleur des remaniements internes opérés par le jeune et sera en cela respectable et à respecter, moyennant un soutien aux adultes environnants. Une crise vaut alors mieux qu'un mauvais compromis qui fermerait des possibilités évolutives. Dans d'autres cas elle fera craindre l'entrée dans un processus pathologique qu'il importera d'enrayer le plus tôt possible.

Comment apprécier la gravité de la

crise et la nécessité ou non d'une intervention ? Il n'y a évidemment pas de recette, mais deux éléments peuvent contribuer à nous aider.

Tout d'abord, le cumul des signes de souffrance ou des conduites repérées comme posant question : difficultés scolaires + tabagisme + absentéisme, tristesse + consommation occasionnelle de drogue + difficultés de relation avec les autres, plaintes corporelles + insomnie + troubles du caractère...

Ensuite, et peut-être surtout, le caractère récent, labile et variable des troubles par opposition à ceux qui se figent et organisent de façon prévalente la destinée du sujet, lui fermant du même coup des potentialités évolutives.

C'est alors qu'il sera très précieux de pouvoir proposer une évaluation ne préjugant pas de la suite, mais susceptible de démêler les enjeux à l'œuvre et de donner des conseils d'orientation adaptés. À l'adolescence, cette évaluation devrait être globale, autant somatique que psychologique, sociale et scolaire.

La façon dont on désignera les difficultés observées sera d'autant plus importante à cet âge que l'identité n'est pas encore constituée. En effet, l'adolescent se saisira d'autant plus volontiers de l'appellation qui lui sera affectée qu'il ne sait pas encore qui il est. Notre responsabilité est importante en la matière. Nos désignations risquent fort d'organiser dans le sens de nos craintes le devenir de celui dont on se soucie. La prudence sera donc la règle : ne pas négliger les signes d'appel critiques de l'adolescent certes, mais ne pas pour autant y projeter par avance nos craintes ou nos pronostics.

« Que le temps passe sans trop de casse » (D. W. Winnicott) sera, dans de nombreux cas, suffisant. Pour d'autres non. Il faudra alors prendre la précaution d'inscrire notre évaluation dans une durée suffisante afin de pouvoir départager ce qui est passager de ce qui est installé, voire mettre en œuvre sans tarder des réponses adaptées (en particulier en cas de tentative de suicide qui devrait toujours bénéficier d'un temps suffisant d'hospitalisation, suffisant pour comprendre ce qui est à l'œuvre).

La crise, à l'adolescence, nécessitera une approche attentive permettant de lui donner sens, faute de quoi nous assisterions aux installations, aux accélérations et aux répétitions pathologiques. L'entourage familial, scolaire, social devra être l'objet d'un soutien et d'un accompagnement aussi nécessaire pour eux que pour l'adolescent.

Les adolescents interrogent fortement notre acceptation du vieillissement et la place que nous sommes prêts à leur laisser. Leurs crises nous posent directement la question de notre capacité à être secoués et dérangés par l'autre, et à accueillir le nouveau et la surprise. Notre intérêt pour l'avenir de notre société ne se mesure-t-il pas, entre autres, à la considération que nous portons à notre jeunesse ? ■

• Références

- *Adolescences, ouvrage collectif*, Fondation de France, coll. Repères, 1993.
- Choquet M., Ledoux S., *Adolescents*, Enquête nationale, Les Éditions Inserm, 1994.
- *La Crise d'adolescence*, Ouvrage collectif, Denoël, 1984.
- Erikson E., *Adolescence et crise*, Champs Flammarion, 1978.
- Huerre P., Pagan-Reymond M., Reymond J. M., *L'adolescence n'existe pas, Histoire des tribulations d'un artifice*, Éditions universitaires, 1990.
- Mead M., *Le fossé des générations*, Denoël/ Gonthier, 1979.
- Mendel G., *La crise de générations*, Petite Bibliothèque Payot, 1981.
- Perrot M., *La peur de la jeunesse au XIX^e siècle*, Le Groupe Familial n° 113, 1986.
- Van Meerbeeck P., *Les années folles de l'adolescence*, De Boeck Ed. (Belgique).
- Winnicott D. W., *Jeu et réalité*, NRF, Gallimard.

Patrice Huerre

Psychiatre des Hôpitaux, médecin-chef de la Clinique Dupré, Sceaux, Fondation santé des étudiants de France

Formation

Pour une médecine de l'adolescent

Apparus vers la fin des années 60 dans le monde anglo-saxon, les premiers services de « médecine pour l'adolescent » répondaient à un besoin relativement nouveau directement lié à l'efficacité des soins en pédiatrie : les enfants porteurs de maladie chronique et invalidante avaient une survie prolongée et accédaient à l'adolescence avec l'apparition, à cet âge, de multiples complications aussi bien somatiques que psychologiques. La médecine de l'adolescent fut d'abord une pratique hospitalière. En France, nous l'avons vu, le premier (et le seul) service hospitalier de médecine de l'adolescent fut créé en 1982 (CHU Kremlin-Bicêtre, service du Pr V. Courtecuisse). Parallèlement, des services spécialisés en psychiatrie de l'adolescent apparurent dans les années 70 (en France service du Pr H. Flavigny, hôpital de la Cité Universitaire ; unité de psychiatrie de l'adolescent dans le service du Pr D. J. Duché à l'hôpital de la Salpêtrière). Peu à peu émergea ainsi l'idée d'une « médecine de l'adolescent », nouvelle discipline plus que nouvelle spécialité en ce sens qu'il s'agit d'une médecine polyvalente attentive à l'ensemble de la personne, l'adolescent, dans les divers aspects de sa santé physique mais aussi développementale, psychologique, interactive avec sa

famille et ses parents, scolaire et sociale. De ce point de vue la « médecine de l'adolescent » ressemble plus à des disciplines comme la pédiatrie générale, la médecine interne ou plus encore la gériatrie : soigner la personne âgée implique un regard extensif sur l'ensemble de la situation.

Les adolescents ont recours au système de soins

Dans les années 80, la médecine de l'adolescent sort peu à peu de l'hôpital en particulier sous l'influence des enquêtes épidémiologiques (les études de M. Choquet et coll., unité Inserm 169) qui révèlent clairement le malaise diffus des adolescents, la nature très diversifiée de l'expression de ce malaise (dans le champ sanitaire certes mais aussi familial, scolaire, social, etc.) et l'important pourcentage de la population concernée. Contrairement aux idées reçues, ces enquêtes montrent également que les adolescents n'hésitent pas à consulter et que, sauf pour les populations les plus défavorisées, leur consommation médicale en terme de consultations (en particulier médecine générale, gynécologie, dermatologie, psychiatrie) ou d'hospitalisations brèves (après tentatives de

suicide, accident de la circulation, accident ou incident de sport) est loin d'être négligeable. Les graves problèmes de santé publique que représentent les tentatives de suicides (et suicides réussis) des adolescents et jeunes adultes, et les consommations de drogues ont renforcé cette sensibilisation, d'autant que les études épidémiologiques précédemment citées ont également montré ce que le clinicien savait par son expérience de cas individuels, que ces conduites déviantes ne surgissent pas *ex nihilo* mais sont en général précédées par toute une série de conduites de souffrance et de déviances survenant pendant les « années collèges », c'est-à-dire vers 12-15 ans.

Les principes de la médecine de l'adolescent

La « médecine de l'adolescent » ne concerne donc plus les seuls pédiatres et psychiatres travaillant dans les services hospitaliers très spécialisés. En même temps, les médecins recevant des adolescents (médecins généralistes, gynécologues, dermatologues, chirurgiens orthopédiques, médecins scolaires et autres spécialistes) ont rapidement compris que, s'ils voulaient avoir une véritable action de soin auprès de cette tranche d'âge, ils devaient acquérir une formation spécifique aussi bien dans le domaine somatique que dans la compréhension de leurs besoins psychologiques et relationnels.

La « médecine de l'adolescent » repose sur un certain nombre de principes que partagent les divers praticiens de l'adolescence.

Il existe des besoins très importants en santé publique, d'autant plus importants que les délimitations nosographiques de la pratique médicale habituelle ne résistent pas aux moyens d'expression souvent flous ou en décalage des adolescents. Un adolescent malade chronique peut masquer ou ignorer des signes de décompensation pourtant bien connus de lui, parce qu'il est dans une phase d'opposition ou de déni de sa maladie. Inversement, un autre peut mettre en avant et amplifier les habituels symptômes pour

exprimer une souffrance psychologique. Le corps est souvent l'objet « d'agressions » (tentatives de suicide certes, mais aussi conduites de risque, négligences somatiques diverses) en réponse à des moments d'angoisse. Le fléchissement ou l'échec scolaire traduit souvent des difficultés psychologiques ; la consommation de produit peut être un recours auto-thérapeutique face à ces menaces d'effondrement dépressif, etc.

Ces quelques notes montrent l'artifice voire le danger à opposer une « médecine » dite organique à une « médecine » d'origine psychologique ou même psychopathologique : l'adolescent s'engage « corps et âme » pourrait-on dire dans diverses conduites bruyantes et/ou déviantes comme autant de manifestations d'un malaise, d'un conflit psychique ou inversement exprime une souffrance d'origine somatique par des manifestations comportementales.

Les relations aux parents sont souvent au centre des problèmes rencontrés par l'adolescent mais il y a un changement majeur par rapport à l'enfant : l'adolescent doit être d'emblée considéré comme une personne, une individualité à part entière, bénéficiant de la confidentialité de sa rencontre avec le médecin. Toutefois, l'évaluation de la qualité des relations aux parents est un des éléments de l'évaluation clinique. Dans la grande majorité des cas, la prise en charge d'un adolescent doit en conséquence inclure une approche familiale.

S'inscrire dans un réseau de soins

Enfin, compte tenu de cette diversité d'expression du malaise ou de la souffrance, de la multiplicité des intervenants impliqués, un travail en réseau est le plus souvent nécessaire voire indispensable, dès que les difficultés de l'adolescent atteignent une certaine gravité : le médecin d'adolescent doit savoir travailler en établissant des liens avec les autres intervenants (médecins généralistes, psychiatres, spécialistes divers, psychologues, médecins scolaires, enseignants, éduca-

teurs, travailleurs sociaux, juges des enfants, etc.). Cette capacité à établir des liens, à s'inscrire dans un « réseau de soins » est d'autant plus importante que l'adolescent est en situation de rupture, de désinsertion, de déscolarisation.

Ainsi, la médecine de l'adolescent est une médecine de l'individu dans sa globalité, individu inscrit dans son contexte familial et environnemental. C'est pourquoi être médecin d'adolescent implique certes de connaître la psychologie pubertaire, les pathologies somatiques habituelles de cet âge, les implications psychologiques des maladies graves et chroniques, mais aussi les enjeux psychologiques propres à cet âge, les pathologies psychiatriques et enfin les aspects éducatifs, scolaires, sociologiques, culturels qui participent de la vie quotidienne des adolescents. A côté de cette médecine de l'adolescent, une « psychiatrie de l'adolescent » avec les spécificités qui la caractérisent est aussi indispensable. C'est pourquoi une collaboration régulière entre le médecin formé à la médecine de l'adolescent et le psychiatre d'adolescent est indispensable.

Enfin, et ce n'est pas le moindre, le médecin de l'adolescent doit se former à un type de relation particulier où le jeune adolescent doit à la fois être l'interlocuteur privilégié tout en ne méconnaissant pas son habituelle situation de dépendance familiale, une relation où la séduction doit être proscrite mais où l'excès de distance et de froideur empêche l'indispensable contact empathique. Cette « bonne distance » relationnelle, paramètre essentiel de la qualité de la relation thérapeutique, nécessite expérience et formation. ■

Daniel Marcelli

Professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Poitiers

L'adolescent entre psyché et soma

L'adolescence inaugure pour la plupart d'entre nous la véritable rencontre avec notre corps et pose la question du statut de celui-ci et de son appartenance. Jusqu'alors en effet, aussi essentiel soit-il dans la formation et l'organisation de la personnalité, le corps fait partie des données qui s'imposent à l'enfant comme un élément constitutif de son monde, source de sensations et parfois de conflits, mais dont l'individualité et l'originalité n'apparaissent pas comme telles.

C'est avec les premiers signes de la puberté que naissent les premiers sentiments d'étrangeté à l'égard du corps propre et que se font jour les premières interrogations sur les liens entre le sujet et son corps. En effet, avec la puberté, la nature nous donne un corps qui devient apte à réaliser les pulsions : agressivité, pulsions sexuelles ; il y a là quelque chose qui a un effet considérable sur l'appareil psychique, effet dont la dimension inéluctable ne doit pas faire oublier le caractère potentiellement traumatique. Ceci est souvent plus frappant d'ailleurs chez les filles que chez les garçons et va entraîner des expressions de cette crise un peu différentes selon le sexe.

Il faut recréer une nouvelle distance au sein de la famille et on peut comprendre la plupart des comportements de l'ado-

lescent comme une tentative d'aménager ce nouvel espace familial ; et ceci du fait de la soudaine proximité, notamment à caractère incestueux et également parricide avec les parents, qu'introduit ce corps nouveau. Tout un travail de familiarisation est nécessaire pour intégrer ce corps pubère. Celui-ci est vécu d'une manière très spécifique mais inconsciente, comme un représentant du lien avec les parents, autant que comme le corps propre de l'individu. Plus les adolescents auront eu, notamment dans la première enfance, des problèmes relationnels avec leurs parents, plus il y aura une problématique de dépendance mal résolue, plus le corps sera vécu comme un corps étranger. C'est compréhensible, parce que le corps c'est ce qu'on n'a pas choisi d'avoir ; il nous vient des parents ; c'est le lieu de l'expression des ressemblances avec les parents ; c'est le fruit de l'union des parents. Au fond, c'est le vécu de l'héritage, du destin, qui est ainsi véhiculé par le corps.

Le corps : théâtre des modifications de l'adolescence

Le corps est l'élément pivot de l'adolescence. C'est sa transformation sous l'effet des modifications hormonales de la

puberté qui introduit les changements de l'adolescence. Le corps de l'adolescent révèle les particularités de son statut psychique. Il participe intimement de la vie psychique. Il en est un révélateur et un des moyens d'expression privilégié. Il ne saurait cependant se confondre avec elle. Sa matérialité, la distance que la conscience réfléchie peut prendre par rapport à lui le rapprochent de la réalité externe ; « la réalité, c'est ce qui résiste », écrivait Jaspers. Le corps résiste, et c'est peut-être ce qui explique qu'il soit si fréquemment sollicité quand l'identité est mise à l'épreuve. On comprend que ce double statut d'appartenance au monde psychique interne et à la réalité externe lui confère une place privilégiée dans l'organisation et l'expression des manifestations psychopathologiques, dès lors que la problématique identificatoire est au premier plan. C'est évidemment tout particulièrement le cas à l'adolescence. Il est partie intégrante de la représentation de soi, mais en même temps il est perçu par la psyché comme corps étranger, dans la mesure où il échappe à son contrôle et la plonge dans une situation de passivité. La psyché assiste en effet impuissante aux transformations du corps qu'elle suit ou au maximum accompagne, mais qu'elle ne décide pas : les règles, les premières éjaculations, les caractères sexuels secondaires, autant de « réalités » qui s'imposent à elle. Il y a dans cet écart psyché/soma, tel qu'il se révèle crûment à l'adolescence, les prémices d'un possible clivage.

Le corps pubère apparaît comme le révélateur de l'ananké : cette nécessité qui s'impose à l'adolescent sans se soucier de ses désirs propres ; nécessité de la sexualité, c'est-à-dire d'appartenir à un des deux sexes ; nécessité de se soumettre aux apparences corporelles, héritage des parents ; nécessité de s'inscrire dans une filiation.

Mais qui plus est le corps de l'adolescent le trahit à plus d'un égard :

- il échappe au pouvoir de maîtrise du Moi, qui est un des acquis importants de la phase de latence, en étant le lieu essentiel d'expression des transformations de la puberté, effets de la physiologie et non

du pouvoir du Moi. Celui-ci peut se croire maître de ses pensées et de ses idéologies, il subit son corps ;

- il n'est plus l'écran protecteur derrière lequel l'enfant peut cacher pensées et désirs, mais devient la scène sur laquelle ses roueurs, sa gaucherie et son trouble révèlent ses émois et ses désirs les plus intimes ;

- il est le terrain privilégié de concrétisation et d'étalage de l'héritage des parents que les ressemblances physiques avec ceux-ci dévoilent au grand jour au point que l'adolescent peut ne plus savoir ce qui lui appartient en propre.

Ce corps étranger, qui perd avec l'adolescence sa familiarité, qu'il va falloir réapprendre à aimer et à assimiler à son image de soi, est aussi un corps incestueux, porteur des désirs du sujet, fruit de l'union des parents et création du sujet lui-même. Ce fut la tâche de toutes les civilisations de contribuer à apporter des solutions groupales et sociales à cette problématique de l'émergence d'un corps apte à agir les pulsions et de la nécessité d'une autonomisation par rapport aux liens de l'enfance. Elles l'ont fait notamment par l'intermédiaire des rites de passage qui sont l'expression sociale de ce travail psychique individuel demandé à chaque adolescent. On peut d'ailleurs être frappé que tous ces rites de passage se traduisent toujours par une inscription corporelle violente et douloureuse sur le corps même de l'adolescent qui vient ainsi stigmatiser la coupure d'avec l'enfance et l'affiliation au groupe des adultes. Ce besoin de réappropriation du corps propre, voire d'auto-engendrement, se traduira dans les marques (modes, tatouages, attributs divers...) que l'adolescent y inscrit et qui signent sa nouvelle appartenance, comme autant de rites à des fins strictement privées ou plus ou moins collectives (bandes, sectes...). En même temps que l'appartenance, la marque corporelle signe la rupture et la coupure d'avec le monde antérieur, celui de l'enfance et de la dépendance aux parents. Il nous paraît probable qu'il faille voir dans la violence exercée sur ce corps qui accompagne, même très atténuée, ces rites de passage, la tentative de figuration

de ce qui fait le plus violence à l'adolescent, à savoir la nécessité dans laquelle il se trouve de devoir rompre le cordon ombilical, se détacher du corps maternel pour conquérir une identité qui ne va pas de soi. On y trouve condensée l'importance du corps comme simulacre et moyen d'exorciser les désirs inconscients, ici de maintien du lien maternel.

La psychopathologie de l'adolescence montre que les troubles qui éclosent à cette période de la vie peuvent être analysés sous l'angle de l'expression d'une division du sujet lui-même qui est conduit à rejeter une part de lui vécue comme une aliénation possible à ses objets d'attachement, tandis que cette conduite de rejet contribue à lui permettre de s'affirmer en une identité négative qui ne devrait rien aux personnes investies. Ce processus de rejet et de réappropriation dans le négatif peut concerner le corps dans son ensemble, la pensée, ou tel ou tel élément du corps, telle ou telle fonction ou capacité. Il peut être extensif, s'étendre en tache d'huile ou se focaliser à chacun de ces éléments. Mais il est un point commun à ces différentes manifestations qui autorise à les regarder comme participant d'un même processus, c'est que la partie du sujet qui est ainsi attaquée et rejetée est toujours un élément antérieurement investi et qui l'est en fonction d'un lien avec un des objets d'attachement privilégié du sujet. Ce qui est alors rejeté, c'est essentiellement ce lien en tant qu'il est vécu comme la manifestation d'une dépendance dangereuse à cet objet et l'expression d'un pouvoir aliénant possible de cet objet sur le sujet.

Revendiquer le droit à la différence

En cas de conflits identificatoires majeurs, le corps peut servir à assurer le maintien d'une identité défaillante. Il nous semble que le thème de la revendication du droit à la différence est un des moyens privilégiés dont dispose l'adolescent pour affermir une identité que ses conflits et sa dépendance profonde aux

parents en particulier menacent constamment. C'est un des points où l'influence des modèles culturels apparaît la plus importante et peut permettre de saisir les raisons des changements récents dans l'expression de la psychopathologie de l'adolescence. Ce droit à la différence s'est essentiellement exprimé dans les années 50 et 60 par le biais de la revendication d'une sexualité différente. Actuellement, il s'est déplacé sur le droit à disposer de son corps à sa guise, jusques et y compris dans ces formes extrêmes que sont le droit à le maîtriser ou à le détruire telles que : le droit au suicide, l'anorexie mentale, la mode punk avec ses attaques contre le corps et sa recherche d'enlaidissement, les multiples formes de soumission et d'offrande du corps à des fins sadiques, la propension des adeptes des sectes à imposer des formes souvent peu symbolisées de mutilation du corps.

Dans cette perspective on peut se demander si les troubles psychopathologiques des adolescents, notamment ceux à expression corporelle essentielle, n'occupent pas cette fonction de rite. Toute perturbation des conduites est devenue maladie et une forme socialement entendue et reconnue du malaise individuel. Par là, l'adolescent sort de sa solitude et finit par obtenir une réponse de l'entourage social sinon de sa famille directe. Mais en s'installant, le trouble perd sa valeur relationnelle de communication avec les autres et de cri de détresse et d'alarme, de rite encore socialisé, provoquant et sollicitant l'adulte, il se transforme en un rituel conjuratoire qui finit par s'enfouir dans le corps et devenir indéchiffrable. Le trouble devient une commémoration indéfinie de l'alliance ratée entre l'adulte et l'adolescent, au travers de la répétition monotone des mêmes troubles, des mêmes conduites pathologiques dans une sorte de ritualisation interminable qui caractérise la psychopathologie de l'adulte. Le trouble ne représente plus alors qu'un rite personnel qui n'est plus lié au consensus social, un acte « insensé » qui ne peut plus être reconnu que comme « maladie », pure énigme biologique ayant même cessé de poser la

question de son sens et de sa valeur de communication.

Le corps est ainsi un instrument privilégié à la disposition de l'adolescent pour l'aider à trouver une issue à son malaise identificatoire. Le risque de cette inscription corporelle des difficultés de l'adolescent est double. Elle se fait toujours sur le mode négatif de l'attaque du corps et contribue ainsi à dévaloriser et marginaliser davantage l'adolescent. Elle contribue à renforcer la méconnaissance des conflits de l'adolescence et le sens de sa plainte. Remarquons enfin que cette expression corporelle est davantage le fait des filles que des garçons et que le pronostic en est habituellement plus sévère chez ces derniers. Peut-être faut-il en chercher la raison dans le fait que la fille est plus intériorisée et qu'elle possède un corps semblable à celui de la mère, ce qui peut faciliter l'expression au niveau du corps des conflits d'identification. L'utilisation de cette voie par le garçon renvoie à une identification féminine importante qui le met en contradiction avec son identité et pourrait rendre compte de sa plus grande sévérité en mettant en cause l'identité même. ■

Philippe Jeammet

Psychiatre, chef du service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Hôpital international de l'Université de Paris

De la nécessité d'un système de soins et d'aides **spécifique aux adolescents**

DOCTEUR JEUNE
MÉDECINE DES ADOLESCENTS

Nulle plaque de ce genre n'a encore été observée à la porte d'un cabinet médical. S'il en existait une, sans doute serait-elle plus complète, et, même, autrement formulée.

À vrai dire, il y a peu de chances qu'un jeune titulaire d'un CFI (ou autre contrat-fiction-insertion) ait l'occasion de compter l'astiquage d'une telle plaque au nombre de ses activités de formation de technicien de surface.

Un système de soins et d'aides pour les adolescents ? Avant de répondre, attardons nous d'abord sur les mots, puis sur les maux, puis sur ceux qui incarnent ceux-là et traitent ceux-ci.

Soins

À l'adolescence, tout acte de santé est préventif même s'il ne semble être que curatif. L'implication de l'adolescent dans un processus de développement, où toute intervention peut marquer l'avenir, dit assez que la distinction traditionnelle entre prévention et soins curatifs est sans objet, sans justification possible.¹

Aides

À l'adolescence plus encore que dans la petite enfance, la belle parole mise dans la bouche de l'enfant par Maria Montessori prend tout son sens : « aide moi à faire tout seul »

Adolescent

« Il n'y a [...] d'adolescent que parce que le changement pubertaire travaille le

corps de l'enfant, bouleverse ses repères spatiaux et la linéarité de son développement physique. »

« L'adolescence peut se définir comme un temps et comme un travail : temps psychique, psychologique et psychoculturel de la puberté, travail essentiellement psychique d'intégration des nouvelles données que la puberté inaugure dans l'histoire du sujet. »²

Ils sont tellement variés, ténus ou violents, expression de la souffrance du bouleversement du corps, de l'esprit, des affects, des relations sociales... « L'acné, la guerre nucléaire »¹, les accidents de la route, les problèmes scolaires ou familiaux, les caries dentaires, les tentatives de suicide, les troubles des règles, la peur d'être trop petit ou trop grand...

Ils sont nombreux, ceux qui ont vocation à « prendre soin » des adolescents, et qui le font au quotidien : les équipes de santé scolaire, et notamment les infirmières d'établissements, les médecins généralistes et gynécologues, les équipes des services d'urgence, celles des centres de planification familiale, mais aussi beaucoup d'enseignants et d'éducateurs, investis d'un rôle soignant par ceux qui leur demandent disponibilité et écoute.

Quel système pourrait développer soins et aides dans la totale acception des mots cités ci-dessus, prendre en charge des maux d'une telle diversité, se substituer à tant de professionnels et à tant d'équipes non « spécifiques » (si l'on excepte les équipes de santé scolaire, qui constituent déjà un système spécifique de soins et d'aides) ?

Ce ne serait pas raisonnable.

Mais cela ne signifie pas qu'il ne faille pas des équipes hospitalières préparées à

l'accueil des adolescents suicidants ou à l'accompagnement de ceux qui sont atteints d'une maladie chronique ; des médecins gynécologues, généralistes, dermatologues désignés « bons pour les jeunes » par les jeunes eux-mêmes ; des gens capables d'écouter, dans les collèges, les organismes de formation, les centres d'information-jeunesse ; des centres d'accueil de crise ; des associations d'aide aux jeunes toxicomanes et à leurs parents ; peut-être des lieux polyvalents de conseil et d'aide dans certains centres-villes ou certaines banlieues. Non pas comme un système spécifique, forcément générateur de cloisonnement et d'exclusion, mais comme un souci, porté par les équipes et les institutions existantes, d'inclure les jeunes dans leurs préoccupations.

Ce qui doit être spécifique, c'est l'objectif global d'accueil des adolescents, et les modalités de cet accueil, ainsi que la formation adaptée des personnels de santé, sociaux, éducatifs. Ce doit être aussi la possibilité, pour les adolescents eux-mêmes, de choisir à qui ils veulent s'adresser, et cette liberté est par essence contradictoire d'un système qui leur serait spécifiquement destiné. ■

• **Références**

¹ Deschamps J.-P. L'adolescent et la prévention, au delà des cloisonnements, in Choquet M., Dressen Ch., *Adolescence plurielle*. Paris, CFES, 1993

² Birraux A. *L'adolescent et son corps*. Paris, Bayard Édition, coll. Paidós, 1994

Jean-Pierre Deschamps

École de santé publique, Faculté de médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1, Centre collaborateur OMS *Santé des adolescents et des jeunes*.

Bibliographie

Dossier réalisé par **Marie Choquet**, épidémiologiste, directeur de recherche, Inserm, U 169, **Geneviève Noël**, sociologue, responsable du programme « santé des jeunes », Fondation de France, **Renée Pomarède**, médecin de santé publique, chef du bureau « âges de la vie et population », direction générale de la Santé. En collaboration avec **Catherine Bernard**, médecin de la santé publique, direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine (p. XXI), **Sylvaine Boige-Faure**, médecin, directeur du service communal d'hygiène et santé, Valence (p. XXII et XXIII), **Virginie Halley des Fontaines**, médecin responsable d'une consultation pour adolescents et jeunes adultes, hôpital Saint-Antoine, Paris (texte p. XX à XXVI), **Danielle Livet**, médecin, conseiller technique, rectorat de Strasbourg (p. XXVI), **Yvonne Plouzenec-Bodenez**, conseillère technique-santé, mission locale de Brest (p. XXVIII), **Alain Braconnier**, psychiatre, directeur du centre Philippe Pomelle santé mentale du XIII^e, Paris (p. XIV et XV), **Jean-Paul Brugidou**, psychologue (p. XXIV), **François Chobeaux**, chargé de mission jeunesse, centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, Paris (texte p. XX à XXVI), **Daniel Cœur-Joly**, médecin de santé publique, conseil général du Val-de-Marne (p. XXV), **Olivier Galland**, sociologue, chargé de recherche, CNRS, Paris (p. II et III), **Claude Maréchal**, proviseur, lycée Godard Roger, Épernay (p. XXVII), **Michel Zorman**, médecin, conseiller technique, académie de Grenoble (p. XXIX).
Merci à **Christiane Dressen**, **Bernadette Roussille**, **Jean-Pierre Deschamps**, **Patrice Huerre**, **Philippe Jeammet** et **Daniel Marcelli** pour leur tribune.

Adolescence : identités, santé, société.
In : Prévenir, n° 23, 1992.

Adolescence plurielle. M. Choquet, Ch. Dressen. Vanves : CFES, 1993.

Adolescence, physiologie, épidémiologie, sociologie. M. Choquet, P. Alvin, O. Galland, F. Fraisse, S. Ledoux, C. Maréchal. Paris, Nathan, 1993.

Adolescences et institutions. L'état des lieux en Île-de-France. F. Rossolin. Fondation de France, AGF, 1994.

Adolescences. Paris : Fondation de France, coll. Repères, 1993.

Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle. A. Braconnier, C. Chilland, M. Choquet, R. Pomarède (sous la direction de). Paris : Bayard Presse/Fondation de France, 1995.

Adolescents. Enquête nationale. M. Choquet, S. Ledoux. Paris : Inserm, 1994.

Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Ph. Jeammet, E. Birot. Paris : PUF, 1994.

L'adolescence n'existe pas. P. Huerre, M. Pagan-Reymond, J.-M. Reymond. Paris : Éditions universitaires, 1990.

L'adolescence. *In : Science et Vie*, n° 188, sept. 1994.

L'adolescent. VIII^{es} journées nantaises des soins en pédiatrie. F. Rossolin. Paris : Fondation de France, AGF, 1995.

L'insertion des jeunes en difficulté. Rapport d'évaluation. Commissariat général du Plan. Paris : La documentation Française, 1993.

La démocratie familiale : histoire des relations parents-adolescents. M. Fize. Paris : Presses de la Renaissance, 1990.

Les lycéens. F. Dubet. Paris : Le seuil, 1991.

Parler du sida avec les adolescents. Une histoire d'amour. Ch. Ferron, A. Laurent-Beq. Vanves : CFES, Coll. La Santé en action, 1992.

Psychopathologie de l'adolescent. D. Marcelli, A. Braconnier. Paris : Masson, 1992.

Santé des Jeunes - Europe. Centre de formation des journalistes de Paris (CFPJ) Paris : Fondation de France, AGF, 1994.

Santé des Jeunes - France. M. Pernisco. Paris : Fondation de France, AGF, 1994.

Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie. O. Galland. Paris : Armand Colin, 1991.

Adresses utiles

Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville
Direction générale de la Santé
Bureau SP2
124, rue Sadi Carnot
92170 Vanves

Inserm
Unité 169
16, avenue Paul-Vaillant Couturier
94807 Villejuif

Fondation de France
40, avenue Hoche
75008 Paris

Comité français d'éducation pour la santé
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves

Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
194, avenue du Président Wilson
93217 La Plaine Saint Denis

Centre d'information et de documentation jeunesse
101, quai Branly
75740 Paris Cedex 15

Ministère de la Jeunesse et des Sports
78, rue Olivier de Serres
75739 Paris Cedex 15

Ministère de l'Éducation nationale
Direction des Lycées et Collèges
Bureau DLC D1
142, rue du Bac
75007 Paris