





---

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
Haut Comité de la santé publique

**La souffrance  
psychique  
des adolescents  
et des jeunes adultes**

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

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

© 2000, Éditions ENSP, Avenue du Pr Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes Cedex

ISBN 2-85952-619-6 – ISSN 1244-5622

<http://editions.ensp.fr>

<i>Saisine ministérielle</i>	VII
<i>Composition du groupe de travail et personnalités auditionnées</i>	IX
<b>Introduction</b>	1
L'adolescence	3
Le plan du rapport	5
<b>Concepts de santé mentale, souffrance psychique, situations de crise et troubles psychiques</b>	7
La santé mentale	7
La souffrance psychique	8
La fixation pathologique	9
Comprendre la souffrance psychique	9
Pour une clinique des petits signes	10
Les situations de crise	12
Les troubles psychiques plus sévères	13
<b>État des lieux</b>	15
Introduction	15
La souffrance psychologique des jeunes	16
Présentation des principales études	18
Les principaux indicateurs de santé	19
Conclusion	44
<b>Les mesures de prévention</b>	45
Comment penser la prévention ?	46
Pour une prévention plus globale que thématique	47
Une approche différente filles et garçons	49
L'importance des familles : le travail en réseau	51
Le soutien de l'environnement	52
Des entretiens d'évaluation clinique dans les établissements scolaires	53
Des mesures pour éviter l'exclusion	55

<b>Rôles actuels des différents professionnels.</b>	
<b>Évolution souhaitable de leurs interventions</b>	57
Les premiers recours. Information. Lieux d'accueil et d'information des jeunes	59
Les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité	
L'importance d'un travail de liaison	63
L'institution scolaire. Bilan en CM2. Les enseignants, l'infirmière scolaire, le médecin scolaire, l'assistante sociale et le psychologue	68
Le recours psychiatrique, son adaptation. Liens avec les autres soignants, les familles et l'école	74
L'Aide sociale à l'enfance. Les constats récents de la Protection judiciaire de la jeunesse	78
<b>Des réalisations spécifiques pour répondre aux situations de souffrance psychique des adolescents</b>	85
Le suicide : mesures de prise en compte de ce problème de santé publique. Suivi des suicidants et de leurs familles	86
Réalisations psychiatriques spécifiques :	
organisation d'un service hospitalier et d'un secteur psychiatrique	89
Réseau de ville d'accompagnement sanitaire et social auprès des jeunes en difficulté	92
L'aide aux jeunes en errance. Des modes et des lieux d'accueil à inventer	94
Les médiateurs éducatifs	95
L'importance d'une écoute. L'expérience de Fil santé jeunes	97
Des liens intergénérationnels	99
<b>Conclusions et recommandations</b>	103
<b>Bibliographie</b>	111

---

Le ministre de l'Emploi  
et de la Solidarité

Le secrétaire d'État à la Santé  
et à l'Action sociale

CAB/CC/SR

Paris, le 17 mai 1999

Monsieur le Vice-Président,

Le Haut Comité de la santé publique avait été saisi en mai 1997 pour mener une réflexion sur l'organisation de la prévention et des soins dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie.

Nous vous confirmons, comme nous vous l'avions indiqué en installant les nouveaux membres du HCSP, l'importance que nous accordons à cette saisine.

Sans méconnaître les besoins de la population générale, nous souhaitons que dans un premier rapport le HCSP s'intéresse plus particulièrement à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.

Dans le cadre de ce thème, un éclairage particulier nous semble nécessaire sur :

- l'évolution de certains indicateurs de santé, en particulier les conduites violentes, les violences subies, les troubles psychiques associés à la précarité, les tentatives de suicide et les conduites addictives ;
- l'organisation actuelle et l'évolution souhaitable de la prévention et de la prise en charge de la souffrance psychique dans cette population ;
- le rôle actuel et les évolutions souhaitables des modalités d'intervention des différents professionnels : médecins généralistes, psychiatres, professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, professionnels de l'éducation.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Vice-Président, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Martine Aubry

Bernard Kouchner

Monsieur le Professeur Gilles Brucker  
Vice-Président du Haut Comité de la santé publique





---

## **Composition du groupe de travail**

Présidents :

Mme le Professeur I. Ferrand, HCSP  
M. le Docteur P. Guillet, HCSP

Membres :

Mme M. Bitaud-Thépaut, HCSP  
M. le Docteur J.-F. Bloch-Lainé, HCSP  
M. D. Defert, HCSP  
M. le Docteur J.-F. Dodet, HCSP  
Mme le Docteur A.-M. Gallot, direction générale de la Santé  
M. le Professeur D. Marcelli, hôpital Henri-Laborit, Poitiers

Avec la collaboration de :

Mme M. Choquet, Inserm U 472, Villejuif  
M. le Docteur M. Zorman, rectorat de Grenoble

Et la contribution de :

Mme le Docteur B. Beauquier-Maccotta

Coordination :

Mlle C. Le Grand, secrétariat général du HCSP

## **Personnalités auditionnées**

M. le Docteur J.-C. Boucris, Grenoble  
M. le Docteur S. Boucris, Paris  
M. le Professeur A. Braconnier, centre Philippe-Paumelle, Paris  
Mme B. Cadéac d'Arbaud, Fil santé jeunes, Paris  
Mme L. Cavalcanti, psychosociologue, Paris  
Mme le Docteur A. Deveau, Assistance publique-Hôpitaux de Paris  
M. le Docteur B. Elghozi et M. le Docteur C. Recasens, Créteil  
M. D. Lapeyronnie, département de sociologie, université Bordeaux II  
M. le Docteur J. Maisondieu, hôpital de Poissy  
M. le Professeur D. Marcelli, hôpital Henri-Laborit, Poitiers  
M. le Professeur M. Rufo, hôpital Sainte-Marguerite, Marseille  
Mme N. Tricart, Brigade des mineurs, Préfecture de Police de Paris  
M. F. Tuleu, Comité français d'éducation pour la santé



La saisine du 17 mai 1999 souhaite, sans méconnaître les besoins de la population en général, que le Haut Comité de la santé publique s'intéresse plus particulièrement à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Dans le cadre de ce thème, il nous est demandé de porter un éclairage particulier sur :

- L'évolution des conduites violentes, les violences subies, les troubles psychiques associés à la précarité, les tentatives de suicide et les conduites addictives.
- L'organisation actuelle et l'évolution souhaitable de la prévention et de la prise en charge de la souffrance psychique dans cette population.
- Le rôle actuel et les évolutions souhaitables des modalités d'intervention des différents professionnels : médecins généralistes, psychiatres, professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, professionnels de l'éducation.

Le rapport du Haut Comité de la santé publique, adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement, avait montré l'importance de la souffrance psychique dans la population, ainsi que la vulnérabilité à ces troubles des personnes en situation de précarité. Ce que nous développons ici s'inscrit dans la continuité de ces constatations.

Le nombre important de rapports sur les difficultés présentées à l'adolescence dans notre société illustre l'universalité de ce thème. Parents, professionnels ou institutions, tous ont un avis sur ce qu'il faudrait faire dans ce domaine. Cela évoque plusieurs réflexions :

- Tout d'abord, l'adolescence a certes toujours existé, mais sa durée et sa place dans la société d'aujourd'hui ne sont en rien comparables avec ce que les générations précédentes ont vécu. Il n'y a pas une, mais des adolescences, et cette grande diversité fait même partie des caractéristiques de l'adolescence.
- De surcroît, nous sommes actuellement à l'apogée du mouvement de poussée démographique de la jeunesse en France, les 12-20 ans représentant 12,5 % de la population actuelle. Il n'est pas étonnant que ces sept millions d'individus manifestent des choix, des désirs, des projets multiples et variés.
- Et pour complexifier la situation, nos institutions scolaires et médico-sociales ont chacune une fonction, une histoire et un mode de fonctionnement qui leur sont propres. Elles sont souvent démunies pour faire face à cette nouvelle réalité et aux souffrances exprimées par une population en mutation permanente.

Un rapport de santé publique devrait pouvoir proposer une image du problème lisible à la fois par les adolescents et par les différents partenaires en contact avec cette population de jeunes.

Nous souhaitons tirer de l'observation de ces troubles de l'adolescence, non pas des idées nouvelles, mais des idées de propositions constructives et immédiatement applicables.

Même si elles sont nombreuses et préoccupantes, les difficultés de cet âge de la vie sont en grande partie évitables. Pour cela, trois types de partenaires ont des responsabilités étroitement mêlées et un rôle particulier à tenir :

- En premier lieu, **les jeunes eux-mêmes** : ils ont été nombreux, lors des États généraux de la santé de cette année 1999, à demander plus d'informations et plus de soutiens. Un sondage récent révèle que les jeunes attendent avant tout de leurs parents d'abord le temps de discuter avec eux et ensuite que les adultes les aiment. Ils sont capables de grandir en comprenant leurs propres problèmes et en sachant se faire aider en cas de période d'incertitude, si les adultes qui les entourent sont attentifs.

- 
- Deuxièmement, **ces adultes de proximité** (parents, enseignants, médecins généralistes, infirmières scolaires) sont à une place privilégiée. Leur influence est grande s'ils ont conscience que leur rôle ne se limite pas aux seules fonctions de nourrir, enseigner ou soigner, mais suppose aussi d'être attentifs aux variations de comportement de l'adolescent. Ils doivent apprendre à reconnaître les signaux de détresse pour en parler avec les jeunes, car ce sont des troubles qui réapparaissent, qui persistent sur une longue durée et qui s'ajoutent à d'autres troubles.
  - Enfin, **les institutions**, de plus en plus appelées à travailler en réseaux les unes avec les autres, doivent pouvoir être évolutives et souples pour inventer des réponses adaptées aux souffrances toujours différentes selon les individus, leur histoire et leur milieu de vie. Les professionnels sont parfois contraints d'étendre leur champ d'activité ou de collaborer avec d'autres partenaires pour dénouer des situations touchant à la fois des adolescents et leurs parents, dont les conflits personnels se mêlent et se confondent.

## L'adolescence

Notre étude porte sur les jeunes de 12-25 ans, sans exclure, en amont, les événements marquants de la petite enfance et, en aval, les conséquences pour la vie adulte des troubles repérés.

Il est d'autant plus difficile aujourd'hui d'être adolescent que les aînés (parents, enseignants, professionnels de soin) n'ont pas de leur propre adolescence les mêmes souvenirs. Jamais il n'y a eu dans l'histoire un tel contraste d'une génération à l'autre, et cela augmente d'autant les difficultés à se comprendre. Par ailleurs, la surmédiatisation actuelle de la violence des jeunes ne favorise pas une plus grande tolérance à leur égard : d'après les statistiques, les actes de violence des jeunes repérés par la police n'ont pas progressé plus que ceux des adultes, mais les jeunes, eux, sont presque toujours retrouvés.

De fait il est proposé aux jeunes un seul type de comportement, entouré d'un grand nombre d'interdits. La réussite individuelle est privilégiée au détriment de la confiance en soi et de l'appartenance à une institution et à un groupe social. C'est ainsi que les parents proposent plus souvent des aides pour des cours particuliers à leurs enfants, plutôt que des apprentissages culturels en groupe.

**On pourrait parler aujourd'hui d'une société d'adolescents, et même d'une société adolescente.**

Trop souvent, à propos de l'adolescence, est évoquée une période de transition entre la petite enfance, passée sous la dépendance étroite des parents, et l'âge adulte qui serait celui de l'autonomie. Cela donne de cette période de la vie une image réductrice, d'importance mineure par rapport aux deux autres. Ce serait un âge où l'on n'est plus l'un et pas encore l'autre, alors que tous les âges ont la même importance et se nourrissent l'un de l'autre. A. Braconnier et D. Marcelli dans leur ouvrage *L'adolescence aux mille visages* citent à ce propos la métaphore du coucher de soleil : « Tandis que le soleil se couche quelque part, il se lève ailleurs, et surtout il ne se couche jamais sans se relever : ainsi surgit l'adolescence. »

À la fois classe d'âge et réalité sociale, le phénomène de l'adolescence n'est pas près de s'atténuer. Il est en passe, bien au contraire, de devenir de plus en plus important. De très nombreuses raisons expliquent cette évolution :

- Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les processus de puberté surviennent de plus en plus précocement. C'est ainsi qu'au début du siècle, l'âge moyen d'apparition des premières règles était de 17 ans ; il est aujourd'hui proche de 12 ans. Collectivement, les individus se trouvent donc confrontés à un processus de puberté à un âge très jeune.
- Il y a fort peu de chances pour que la durée des études raccourcisse dans les prochaines années. Même si elle n'augmente pas, il est en revanche certain qu'un nombre de plus en plus grand de jeunes accédera à des études longues. Les jeunes resteront donc en plus grand nombre soumis à ce qu'en termes sociologiques on appelle un statut adolescent, c'est-à-dire une situation qui ne leur permet pas de subvenir à leurs propres besoins matériels.
- La crise économique que cette fin de siècle traverse, et le chômage qu'elle engendre, ne sont certainement pas près de disparaître, et touchent particulièrement les jeunes. Entre la fin des études et le premier salaire, le temps écoulé est de plus en plus long : stages, petits boulots, emplois à temps partiel et à durée déterminée, autant de situations dont l'instabilité et la précarité représentent la face sociale de ce que l'individu éprouve intérieurement.
- L'adolescent étant devenu un marché commercial à conquérir, les objets et les produits spécifiquement destinés à cette classe d'âge se multiplient sur le marché. Ce mouvement renforce le désir de spécificité, de distinction, voire d'autonomie vis-à-vis des adultes.

- De nombreuses inventions, de récentes technologies, semblent avoir joué un rôle non négligeable dans le phénomène même de l'adolescence. Dans les années soixante, l'apparition du transistor a cimenté une culture jeune autour de certaines émissions, particulièrement de musique, destinées à un public spécifiquement adolescent. Plus récemment, d'autres inventions, dont Internet, l'énorme diffusion des groupes de musique, des concerts, procèdent du même esprit.
- Dans de nombreux pays, l'urbanisation croissante, l'existence de zones suburbaines où se trouve concentré un grand nombre de jeunes favorisent les phénomènes de bandes. Le mimétisme et l'identification réciproque sur la base de la classe d'âge se trouvent amplifiés par ce phénomène.

La mutation permanente devient l'une des valeurs clés de nos sociétés postindustrielles. Or, cette aptitude au changement est précisément l'une des caractéristiques de la classe d'âge des adolescents. Ainsi, par ses caractéristiques mêmes, l'adolescence fait-elle figure aujourd'hui de modèle pour ses aînés. D'ailleurs ne voit-on pas de plus en plus d'adultes chercher à imiter les adolescents ?

## Le plan du rapport

1. Dans un premier temps, nous proposons **de définir les différents concepts** de souffrance psychique, troubles psychiques, états de crise et comportements pathologiques. Il y a lieu de bien différencier le handicap et les troubles psychologiques qui s'aggravent à l'adolescence, des pathologies émergentes de l'adolescence.
2. Notre étude concerne la tranche d'âge 12-25 ans. **Un état des lieux** nous permettra de comprendre la spécificité du comportement des adolescents et adultes jeunes dans le contexte social, à partir des données de la mortalité, la morbidité, les violences, les trajectoires pathologiques ou délinquantes. Toutes ces données suggèrent la prédominance des troubles psychosociaux à l'adolescence, d'où leur intérêt pour mieux comprendre la souffrance psychique des jeunes.
3. **Les mesures de prévention** que nous présentons portent autant sur l'individu que sur son environnement et sur la période de crise autant que sur son passé et son suivi dans le temps. La santé psychique d'un citoyen se construit dans la continuité de sa vie, elle se comprend à partir d'une origine et en fonction d'un avenir, l'adolescent en difficulté doit être considéré dans son environnement : famille, amis, école, lieu de vie, quartier et société.

4. **Quel est le rôle actuel des différentes institutions et des professionnels : médecins généralistes, psychiatres, paramédicaux, travailleurs sociaux, enseignants et éducateurs ? Comment devraient évoluer leurs interventions ?** Nos structures sont parfois très inadaptées aux crises des adolescents. Les intervenants auprès des adolescents et des adultes jeunes sont multiples, leurs actions doivent tenir compte de la spécificité de chaque individu et de son environnement, dans des actions ponctuelles au moment des crises, mais également en prévention et en suivi. Cela suppose une bonne **information, une formation de tous ces intervenants et leur articulation** pour réussir cet accompagnement.
5. De nombreuses actions pour aider les adolescents et les jeunes adultes naissent chaque jour en France. **Certaines de ces réalisations illustrent des mesures prises dans diverses régions en réponse à des besoins bien identifiés**, dans le cadre d'une politique de prévention menée par l'État, les conseils généraux... autant dans le secteur sanitaire que dans celui de l'éducation nationale ou dans certaines associations. Ces expériences peuvent montrer ce qui est tout de suite applicable dans ce domaine de la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.
6. **En conclusion** : le rapport du Haut Comité de la santé publique *Santé des enfants, santé des jeunes* adressé à la Conférence nationale de santé de 1997 et au Parlement comportait déjà de nombreuses conclusions et préconisations. Certaines pourront être reprises et actualisées, d'autres seront proposées.

**Mais plutôt que de croire qu'il existe des solutions miracles, plutôt que de chercher des coupables aux situations difficiles actuelles, apprenons à voir autrement notre société, tous âges confondus. À seulement regarder et décrire chez les jeunes la violence, la délinquance, la souffrance psychique nous participons à leur construction.**



---

# **Concepts de santé mentale, souffrance psychique, situations de crise et troubles psychiques**

## **La santé mentale**

On doit concevoir la santé mentale comme un des aspects de la santé en général. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme étant « un état complet de bien-être, physique, mental et social, ce qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Dès que l'on parle de santé mentale on a tendance à évoquer la folie. Elle en est le contraire, mais à l'opposé de ce qui est fait pour la santé physique, on a très peu fait pour construire et améliorer la santé mentale.

La notion de santé mentale devrait donc s'accompagner d'une optimisation des possibilités d'expression du projet de vie de chacun. Cela supposerait d'accompagner l'être humain dans sa croissance, de permettre à chacun de trouver les moyens nécessaires au plein développement de son activité psychique et affective, de lui per-

mettre une insertion sociale dans le respect des valeurs définies par la société.

À l'extrême le concept de santé mentale apparaît mythique, on ne peut que tendre à s'en rapprocher sans cesse. Il existe de nombreux paramètres sur lesquels on ne peut agir, en modifier un risque d'entraîner des ruptures en cascade.

Il est important d'envisager le développement de chaque individu à l'intérieur de son propre groupe, dans son propre contexte socio-culturel et dans son propre environnement. Mais là encore des difficultés apparaissent, la santé mentale d'un individu qui peut apparaître excellente à un observateur du groupe sera considérée d'une tout autre manière par un observateur étranger.

Il est donc difficile d'évoquer une notion de norme en santé mentale, il ne peut s'agir que d'une approximation de ce que l'on croit bien à un moment donné et en fonction d'un certain contexte. Le concept de santé mentale se doit donc d'évoluer au fur et à mesure de l'évolution des sociétés et des systèmes de pensée des humains.

La façon d'être au monde de chacun doit tendre à préserver son autonomie et son intégrité psychique et ce, en demeurant capable, non de se confondre avec le reste du groupe, mais de s'y intégrer au mieux, tout en gardant sa propre originalité.

## **La souffrance psychique**

Elle peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Pour percevoir cette souffrance, il faut être attentif aux situations à risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une attention particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle.

Cela nécessite d'élever le niveau de vigilance et de compétence des personnels soignants, mais aussi des familles et des enseignants qui entourent les adolescents. Il est très difficile pour ces derniers, en contact permanent avec ces jeunes, de démêler l'écheveau des causes qui conduisent un jour un individu à présenter une telle souffrance.

Le meilleur moyen consiste à pouvoir reconstruire l'histoire de vie de l'adolescent avec un autre de ses intervenants familiaux. Si

---

l'on peut reconstituer, avec lui, sa biographie la plus complète, cela permet d'espérer comprendre l'enchaînement des interactions et des événements qui l'ont marqué et l'ont prédisposé à cette souffrance psychique.

## **La fixation pathologique**

Elle est de mieux en mieux identifiée. Elle peut survenir après une période de mal-être ou une répétition des conduites à risque. Elle associe différents troubles qui désorganisent la trajectoire d'insertion de l'individu. Il y a lieu de bien différencier le handicap et les troubles psychologiques qui s'aggravent à l'adolescence des pathologies émergentes de l'adolescence. Ce n'est que passé l'âge du jeune adulte que l'on pourra parler de diagnostic de pathologie psychique avérée, type schizophrénie. Il est urgent de pouvoir bénéficier de bons outils de repérage. Le recours aux institutions psychiatriques est souvent difficile à faire accepter en première instance.

## **Comprendre la souffrance psychique**

La notion de souffrance psychique des jeunes est vague, on a trop tendance à la confondre avec certains de ses effets montés en épingle, dans la catégorie également floue de « violence des jeunes », qui tend à remplacer dans les médias celle de délinquance, en intégrant des actes collectifs parfois commis sans profit personnel des acteurs contre des symboles de la vie sociale : bus, métro, murs. Le plus souvent la souffrance est silencieuse, la révolte exprimant plus fréquemment une sortie de souffrance.

La notion de jeunes est vague tout autant, car elle gomme, dans une classe d'âge que nous avons retenue entre 12 et 25 ans, des variables socio-démographiques comme le sexe, l'habitat, la taille de l'agglomération, les filières scolaires, l'origine ethnoculturelle, les professions des parents, les situations des familles, la religion, même si l'influence de celle-ci décroît à l'adolescence dans les pays développés.

Depuis quelques années, et probablement en liaison avec la confrontation à l'épidémie de HIV et sida, les formes de souffrance psychique qui accompagnent les maladies chroniques graves, les handicaps, la stérilité, la fin de vie commencent à recevoir une attention dans le contexte des soins somatiques, d'un ordre différent de celle propre aux institutions de santé mentale.

La souffrance psychique des jeunes, dont certains effets sociaux sont repérables à partir d'indicateurs scolaires, policiers, judiciaires, psychiatriques, reste toutefois d'un repérage beaucoup plus délicat, puisqu'en amont des conduites socialement repérables par les instances précitées il n'existe ni observatoire, ni médiateurs, ni même une véritable clinique partagée entre tous les intervenants auprès des jeunes et par les jeunes eux-mêmes, pour en repérer les signes polymorphes. Elle est même souvent l'objet d'un déni de la part de ceux qui la vivent, puisqu'elle ne reçoit pas autour d'eux de légitimité sociale.

Pourtant, lorsqu'une clé particulière est offerte aux jeunes pour parler d'eux-mêmes, il arrive qu'ils viennent consulter en groupe sous un prétexte légitime : la prise de produits dans la consultation de Cochin, la gynécologie à la clinique de l'hôpital Jean Verdier ou sur la ligne d'écoute Fil santé jeunes, permanence téléphonique financée par la Cnamts qui a vu son usage décupler lorsque le mot « santé » y a figuré. Mais les écoutants de cette ligne constatent l'extrême inégalité d'implantation sur le territoire national des points d'accueil spécifiques, notamment en matière de tentatives de suicide. Ils constatent que les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont du mal à identifier et à leur faire connaître des services locaux, notamment en milieu rural. Bref, ils constatent, à travers les demandes, une inattention des institutions à cette question.

## Pour une clinique des petits signes

L'audition d'intervenants de terrain très variés met en évidence qu'il existe une multiplicité de petits signes d'alerte repérables par chaque catégorie professionnelle, mais que ces petits signes n'ont pas reçu la légitimité d'une sémiotique médicale. Ils restent à l'état d'une description psychologique floue de l'individu sans signification pratique dans une politique d'accompagnement des adolescents.

Le groupe de travail ne peut que rapporter les « petits signes » qui lui ont été présentés comme l'évidence qu'il y a une sémiologie à formaliser et à inclure dans un système nouveau d'évaluation.

Il y a des sémiotiques hétérogènes propres aux diverses institutions intervenantes : l'école, la Protection judiciaire de la jeunesse, le kinésithérapeute, l'ilotier, mais cela ne constitue pas une sémiotique centrée sur les jeunes : ce sont des **jugements sur lui pour l'observateur**, et non pas **des signes de lui** offerts à un travail d'interprétation et d'action.

---

L'école repère très tôt :

- les difficultés d'apprentissage : de la parole, de la lecture entre 5 et 9 ans. À cet âge les parents acceptent certains diagnostics comme la dyslexie,
- les fléchissements scolaires, retards, absences non motivées,
- les élèves qui ne mangent pas ou peu,
- ceux qui ne restent pas en place en classe,
- le bouc émissaire de la classe,
- des rires n'importe quand pour perturber la classe,
- les difficultés et l'absentéisme du lundi matin,
- le tabagisme, la consommation de produits considérés comme nuisibles à la santé, licites ou illicites,
- l'illettrisme,
- l'anorexie, la boulimie, l'insomnie,
- la violence, qui n'est pas forcément un des symptômes de la souffrance, pas plus que la souffrance psychique n'est à assimiler à une sociopathie,
- le déni de souffrance, qui peut au contraire être constaté : « je ne ressens rien », « je ne suis pas fou. »

Toutefois, plusieurs intervenants rapportent des violences qu'on n'observait pas auparavant, apparues depuis trois ou quatre ans, qui peuvent coïncider avec l'usage de psycho-stimulants comme les amphétamines, l'ecstasy, les benzodiazépines, le Rohypnol. Les benzodiazépines seraient associées à la plupart des actes de délinquance, qu'elles mettent comme dans une parenthèse.

- La désespérance, qu'il faut distinguer de la dépression et qu'il ne faut pas psychiatriser, car elle n'est pas réversible avec des médicaments, mais avec l'amélioration de la situation,
- l'inhibition affectivo-cognitive : par exemple, le refus de ressentiment et le refus de le reconnaître, donc pas d'avenir possible car pas même un présent,
- ne pas être bien à la maison, ne pas être bien à l'école,
- le recours aux squats, hors des squats...
- le renfermement sur soi (pas d'expression de tendresse, même dans la sexualité),

- se calfeutrer dans ses vêtements quand il fait chaud,
- la tentative de suicide,
- le vocabulaire des adolescents : « j'ai la haine », « je suis cassé »,
- les petits signes repérés par les kinésithérapeutes qui s'occupent de la rééducation des adolescents accidentés, dont beaucoup de souffrance psychique passe par le corps,
- les signes repérables des adolescents en prison,
- les associations de comportements : drogue, tabac, alcool, accidents accrus,
- une moindre qualité de vie perçue et déclarée, l'exposition aux risques.

**Cette accumulation montre que la prévention ne peut être thématique mais seulement globale, et que ces petits signes repérables par chaque segment d'un réseau social doivent pouvoir circuler dans tout le réseau.**

**Il est important de renforcer pour cela les compétences psychosociales, selon la terminologie de l'OMS, des adolescents, pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes, mais aider à les formuler.**

## **Les situations de crise**

Lors de la Conférence régionale de santé d'Île-de-France en novembre 1999, le professeur Philippe Jeammet définissait ainsi les situations de crise des adolescents :

« Pour la plupart des jeunes, il ne s'agit pas de situation de crise, mais plutôt d'un mode d'être et de fonctionnement organisé depuis des années, si ce n'est depuis l'enfance qui les conduit à fonctionner sur le mode de l'impulsivité, la rupture, les variations d'humeur, l'intolérance, la frustration, l'incapacité d'attendre, la violence contre eux et contre les autres. Leur recours fréquent aux comportements addictifs a valeur d'autothérapie mais les conduit plus ou moins rapidement à aggraver leur processus d'autodestruction et de coupure du monde adulte. La crise devient alors chronique et représente leur mode habituel de fonctionnement. Le repérage de ce fonctionnement est souvent tardif, il peut apparaître comme une crise, mais il ne fait que traduire un processus déjà ancien. Il apparaît alors flagrant à la société au moment où une rupture sociale est en train de s'opérer. »

---

## Les troubles psychiques plus sévères

L'adolescence et surtout la post-adolescence, autour de la vingtième année, sont des périodes d'élection pour l'écllosion de troubles psychiques plus inquiétants. Ce sont les psychoses, et particulièrement la schizophrénie, dont les prémices sont souvent insidieuses. Le diagnostic ne doit pas être porté à la légère et ne doit être retenu que lorsque les manifestations sont durables, comme les troubles graves de la pensée, les bizarreries sérieuses du comportement, des hallucinations et des propos délirants. Il peut y avoir à l'adolescence des épisodes délirants, voire même hallucinatoires, extrêmement saisissants et angoissants pour l'entourage. Ils présentent un caractère brutal, aigu, s'associent à des troubles de l'humeur et des manifestations d'excitation ou de dépression ; ils sont souvent transitoires et passagers, ils nécessitent certes des soins spécifiques, mais n'entachent pas nécessairement le pronostic d'avenir.

D'autres troubles, comme des comportements hystériques, des phobies, des obsessions ou des états dépressifs, nécessitent un dépistage et un traitement par des spécialistes. Selon les cas, le thérapeute envisagera une approche individuelle ou avec participation familiale, et parfois une brève période d'hospitalisation. Il est difficile dans ces cas d'avoir une attitude juste, à la fois rassurante et ferme pour l'adolescent et sa famille. Acquérir une identité de toxicomane, d'anorexique ou d'alcoolique peut contribuer à figer le destin de l'adolescent.

Dans tous les cas la famille ne doit pas se laisser enfermer dans des comportements répétitifs où l'adolescent s'avère incapable du moindre contrôle pulsionnel. Des consultations familiales auprès de spécialistes sont indispensables dans les délais les plus rapides.





---

# La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes : état des lieux

## Introduction

**En France, un habitant sur huit est âgé de 12 à 20 ans.**

En 1990, ils sont au nombre de 7 071 811, soit environ 875 000 sujets par âge, et représentent 12,5 % de la population française.

**La mortalité est faible à l'adolescence.** En 1995, 5 324 des 15-24 ans ont perdu la vie, soit 1 % des décès enregistrés cette année-là<sup>1</sup>.

**La mortalité (toutes causes) a diminué de près de 20 % depuis une dizaine d'années.** Ainsi, parmi les 15-24 ans le taux de mortalité (sur 100 000) des garçons est passé de 139,6 (1980) à 107,3 (1993), celui des filles de 50,6 (1980) à 38,9 (1993), soit de 23 % pour chaque sexe.

---

1. Facy F., Jouglà E., Hatton F., « Épidémiologie du suicide de l'adolescent », *La revue du praticien*, n° 48, 1998, p. 1409-1414.

**Toutefois, dans 70 % des cas il s'agit d'une mortalité violente et évitable.** Plus de la moitié des décès sont survenus par suite d'accident, près d'un décès sur sept par suite d'une tentative de suicide. Les tumeurs et leucémies représentent la troisième cause de décès, loin derrière l'accident et le suicide<sup>2</sup>. Ainsi les causes de mortalité sont différentes de l'ensemble de la population.

**Avec une nette surmortalité masculine.** En effet, en 1993 le taux de mortalité des 15-24 ans est de 107,3/100 000 pour les hommes et de 38,9/100 000 pour les femmes, soit un *sex ratio* (SR) de 2,75. Ainsi, le risque de décès est près de trois fois supérieur chez les garçons que chez les filles.

**La mortalité par suicide, deuxième cause de décès, a moins diminué en France qu'ailleurs.** Depuis les années 1990, la majorité des pays européens ont enregistré une diminution des taux de suicide des jeunes d'environ 20 %. En France cette baisse n'atteint pas 15 %. Ainsi, la France, comme la Finlande, la Suisse et la Belgique, se situe actuellement parmi les pays ayant les taux de mortalité par suicide les plus élevés d'Europe.

**Ainsi, les données de mortalité suggèrent la prédominance des troubles psychosociaux à l'adolescence, d'où leur intérêt pour mieux comprendre la souffrance psychologique des jeunes.**

## La souffrance psychologique des jeunes

**La préoccupation concernant la souffrance psychologique des adolescents est actuellement une réalité.** Les adultes, professionnels (médicaux, sociaux, éducatifs) ou non, pointent le « mal-être » des jeunes à l'école, dans la famille et la société. Par ailleurs, la santé des adolescents devient une discipline médicale qui tend de plus en plus à s'autonomiser et à considérer la nécessité d'une intégration multidisciplinaire à cet âge. En effet, autant les facteurs psychosociaux que les impératifs du développement sont à prendre en compte pour bien évaluer l'état de santé d'un adolescent.

**Toutefois, cette souffrance est relativement mal définie.** La souffrance psychologique est souvent évoquée sans en définir le contenu. Selon certains, elle est « mesurée » par la fréquence des troubles et conduites des jeunes (dont la liste est variable selon

---

2. Haut Comité de la santé publique, *Santé des enfants, santé des jeunes*, Rennes, Éditions ENSP, 1997.

---

les auteurs), comme les accidents, les tentatives de suicide, les violences, la consommation de produits psychoactifs... En cas d'augmentation de ces conduites, on conclut à l'augmentation de la souffrance psychologique. Or, si la souffrance psychologique peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles, ceux-ci ne peuvent, en soi, être considérés comme des mesures fiables de cette souffrance. En effet, pour expliquer ces comportements ou troubles, des facteurs internes (dont la souffrance psychologique), comme des facteurs environnementaux et sociaux sont en cause. Citons comme exemples : (a) pour la consommation des substances, la disponibilité, l'accessibilité, la perception sociale ; (b) pour les accidents, la signalisation, l'état des routes et des véhicules ; (c) pour la violence, l'incitation externe (pairs, adultes) et la tolérance (ou l'intolérance) sociale.

**La prudence s'impose face à la mesure de la souffrance psychologique et son évolution.** Si on peut s'accorder pour affirmer que la dépréciation de soi ou la dépressivité fait partie intégrante de la souffrance psychologique, il n'en est pas de même pour les accidents, les conduites violentes, la consommation de produits psychoactifs, dont les facteurs associés sont multiples. Selon l'enquête de l'Inserm<sup>3</sup>, et ce dans des modèles multivariés, l'OR (mesure de la force du lien entre deux facteurs) est de 2,4 entre dépressivité et conduites violentes régulières ; entre dépressivité et consommation de drogue répétée l'OR = 1,9 ; entre dépressivité et absentéisme scolaire régulier l'OR = 2,5 et entre dépressivité et tentative de suicide l'OR = 5,7. Ainsi : (a) comme les OR entre dépressivité et comportements sont significatifs, les comportements sont des indicateurs de risque de souffrance psychologique ; (b) toutefois, la tentative de suicide est un meilleur indicateur de souffrance psychologique que l'absentéisme scolaire (OR = 5,7 étant nettement supérieur que OR = 2,5), qui, lui, est un peu meilleur que la consommation répétée de drogues (OR = 2,5 supérieur à OR = 1,9).

On propose donc de considérer que les divers comportements à risque des jeunes n'ont pas tous le même degré de révélation de la souffrance psychique.

---

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

## Présentation des principales études

Les données rassemblées dans cet état des lieux sont issues de différentes études qui, depuis plusieurs années, visent à établir un panorama de plus en plus précis de l'état de santé des adolescents français.

- Les études menées par M. Choquet avec l'unité 472 de l'Inserm portent sur les adolescents de la population générale. Une enquête nationale a été réalisée en milieu scolaire auprès de 12 391 élèves de collèges et lycées, dont l'âge moyen est de 15 ans<sup>4</sup>. Les jeunes ont répondu (taux de réponse 87 %) à un auto-questionnaire portant, en outre, sur la perception des problèmes de santé, des symptômes et des consommations. Selon le même protocole 3 000 jeunes, âgés en moyenne de 21,5 ans et en voie d'insertion, ont été étudiés (enquête CFI-Paque — Contrat de formation individuelle, Programme d'aide à la qualification)<sup>5</sup>. En 1998, 917 jeunes des services de la Protection judiciaire de la jeunesse ont participé à une enquête du même type<sup>6</sup>.
- Le Baromètre santé jeunes est une enquête téléphonique menée en 1997-1998 par Arènes *et al.*<sup>7</sup> auprès de 4 115 jeunes de 12 à 19 ans (taux de réponse 73 %). Le questionnaire comportant 150 items vise à évaluer la santé perçue.
- L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a rendu publiques plusieurs études concernant les consommations de produits toxiques : une chez les lycéens de la région parisienne en 1983, 1991 et 1999<sup>8</sup>, une auprès de 9 000 lycéens de 6 régions de France<sup>9</sup>.

4. *Ibid.*

5. Choquet M., Iksil B., *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans)*, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Direction générale de la santé, 1994.

6. Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C., *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*. Inserm U 472, Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, 1998.

7. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., *et al.*, *Baromètre santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998.

8. De Peretti C., Leselbaum N., *Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Évolutions*, EHESS-CNRS, avril 1999. De Peretti C., *Consommations de substances psychoactives, des concepts et du regard social aux déclarations des lycéens des banlieues difficiles*, Thèse de doctorat de l'université Pierre et Marie Curie sous la direction de B. Pissarro.

9. Ballion R., *Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Les conduites déviantes de lycéens*. EHESS-CNRS, avril 1999.

---

## Les principaux indicateurs de santé

### Les états dépressifs

L'adolescence, les modifications qu'elle induit et le travail psychologique qui en découle provoquent souvent des manifestations émotionnelles et affectives, bruyantes mais transitoires, qui peuvent prendre l'allure d'une souffrance dépressive.

Cependant, la dépression clinique de l'adolescent ne doit pas être ignorée ; on sait qu'elle touche en moyenne 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge<sup>10</sup>.

La dépression a longtemps été sous-évaluée chez les adolescents. Mais les enquêtes épidémiologiques nous montrent que 7,5 % des garçons et 22,5 % des filles de la population générale se déclarent assez souvent ou souvent déprimés<sup>11</sup>.

L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par les différents modes d'expression qu'elle peut prendre. Les troubles du comportement, les conduites toxicomaniaques, les conduites délictueuses, les passages à l'acte et l'agressivité sont considérés par de nombreux auteurs comme des équivalents dépressifs. Ces troubles de conduite peuvent apparaître comme des expressions d'une souffrance psychique.

### Les accidents

Les taux de mort accidentelle sont, en 1993, de 55,2/100 000 pour le sexe masculin et de 16/100 000 pour le sexe féminin chez les 15-24 ans. Ces accidents sont à 80 % des accidents de la circulation, soit pour 1995, 38 % du total des décès des adolescents. La France a des taux de mortalité accidentelle plus élevés que certains de ses voisins européens. Pour le sexe masculin les taux de mortalité accidentelle sont en 1993 de 55,2 en France, 47 en Allemagne, 25 en Suède, 27,8 au Royaume-Uni et 30 au Japon.

Les États-Unis, l'Italie et l'Espagne ont, en revanche, des taux plus élevés que la France. Cependant, en 1994 et 1995, on a pu constater une diminution de la mortalité accidentelle touchant plus le sexe masculin que le sexe féminin.

Le déterminisme d'un accident est, le plus souvent, plurifactoriel. Cependant, cette prédominance de la mortalité accidentelle à l'adolescence pose la question de l'implication de l'adolescent dans l'agir.

---

10. Mouren-Simeoni M.-C., Klein R.-G., *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent. Faits et questions*, Expansion scientifique publications, 1997.

11. Choquet M., Ledoux S., *Adolescents. Enquête nationale*, op. cit.

À cet âge, les modifications corporelles comme pulsionnelles, le changement de statut social, l'acquisition d'autonomie et d'indépendance poussent à l'agir. Le travail psychologique interne que l'adolescent effectue pour s'adapter aux remaniements pulsionnels de son âge peut émerger dans son comportement. Ainsi les couples « action/inaction, activité/passivité, intérêt/désintérêt, mouvement/inertie » renvoient à des problématiques pulsionnelles libidinales ou agressives dont le mode de résolution sera individuel<sup>12</sup>. Par l'action, l'adolescent met son corps pubère à l'épreuve et explore son environnement et les réactions de son entourage.

**Cependant si l'agir est un mode de comportement nécessaire à tous les adolescents, seuls 15 % d'entre eux déclarent « avoir fait quelque chose de risqué par défi ou par plaisir »<sup>13</sup>. On retrouve dans ce groupe, qui n'hésite pas à prendre des risques, outre un taux d'accidents plus élevé, des consommations plus importantes d'alcool, de tabac et de cannabis. Ces jeunes ont aussi plus souvent vécu des situations violentes subies ou agies.**

Les adolescents ne sont pas pour autant inconscients des dangers : 47 % d'entre eux redoutent les accidents de la circulation, avant même les maladies sexuelles transmissibles et le sida<sup>14</sup>.

Les accidents non mortels peuvent avoir des conséquences fonctionnelles graves. Parmi les 15-24 ans, 21 % des hospitalisations sont consécutives à des violences accidentelles ou volontaires et un jeune sur cinq déclare avoir eu un accident ayant nécessité une intervention médicale. Selon les évaluations du Baromètre Santé cela représenterait 1,4 million de jeunes par an, avec une nette prédominance masculine (900 000 garçons et 500 000 filles).

Les accidents les plus fréquents sont les accidents de sports ou de loisirs, pour plus de la moitié des cas, et pour un quart des accidents de la circulation.

Dans l'enquête de l'Inserm, les accidents sont le deuxième problème somatique rapporté par les garçons et le troisième par les filles. Parmi les jeunes en insertion 10 % des garçons et 2 % des filles ont été hospitalisés durant leur vie à la suite d'un accident.

En dehors de la prédominance masculine, d'autres facteurs sont associés à une survenue plus fréquente des accidents : l'âge (entre 14 et 17 ans), les zones d'habitations urbaines, la consommation de produits toxiques et la situation de non-travail dans la famille<sup>15</sup>.

---

12. Braconnier A., Marcelli D., *L'adolescence aux mille visages*, Paris, Odile Jacob, 1998.

13. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., et al. *Baromètre santé jeunes 97/98*, op. cit.

14. *Ibid.*

15. *Ibid.*

---

Les adolescents qui redoutent un accident sont aussi plus fréquemment ceux qui en ont déjà été victimes. En effet, la répétition d'accidents n'est pas rare : 28 % des jeunes accidentés à une période présenteront un accident au cours de l'année suivante contre 8 % des jeunes non accidentés. Le taux de répétition chez les adolescents ayant déjà présenté plusieurs accidents est de 62 %<sup>16</sup>. Il apparaît de plus une psychopathologie particulière chez les adolescents ayant présenté des accidents à répétition.

L'étude de D. Marcelli<sup>17</sup> porte sur des garçons ayant présenté deux accidents notables en 18 mois. Les auteurs retrouvent 83 % d'anxiété sévère ou majeure, 25 % d'épisode dépressif majeur, 58 % de dépressivité et 25 % de recherche de sensation élevée, ce qui les différencie significativement d'une population témoin. Ainsi la répétition d'accidents survient dans un climat particulier que l'on peut décrire selon trois modalités différentes :

- soit dans le cadre d'une anxiété importante ou de dépression, l'accident apparaît comme un acte manqué dans un contexte de culpabilité ou même d'auto-agression punitive ;
- soit il existe une anxiété et une recherche de sensations élevées conduisant à une prise de risque mal évaluée ;
- soit enfin on retrouve une anxiété sévère et/ou des traits dépressifs qui s'associent à un médiocre intérêt de l'adolescent pour les pensées, les émotions et les affects et une prédominance de fonctionnement par l'agir.

**Ainsi, une attention particulière doit être portée par les intervenants médicaux au fonctionnement psychologique des jeunes présentant des accidents à répétition.**

La prévention a permis ces dernières années une diminution des accidents de la vie courante et une diminution de 45 % des accidents de la circulation depuis une quinzaine d'années. Cette évolution favorable doit se poursuivre. Les recherches cliniques concernant le fonctionnement psychologique des jeunes accidentés, particulièrement s'il existe une répétition des accidents, nous permettront de mieux cerner cette population. Il paraît aussi important d'évaluer les conséquences psychologiques des traumatismes graves pour l'adolescent.

---

16. Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C., *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, op. cit.

17. Marcelli D., Mézange F., « Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites à risques associés », *FrancoPsy*, la revue francophone de psychiatrie sur Internet ([www.francopsy.com](http://www.francopsy.com)), n° 1, 1999.

**Malgré une diminution, les accidents restent la première cause de mortalité des adolescents, soit 38 % des décès. Il s'agit le plus souvent d'accidents de la circulation et la prédominance masculine est nette.**

## **Les conduites suicidaires**

**Le suicide** est la deuxième cause de décès des adolescents. En 1995, il représente 11 % des décès de 15 à 19 ans et 17 % pour les 20-24 ans. Cette proportion est beaucoup plus importante que la part des suicides dans la mortalité de l'ensemble de la population tous âges confondus (2 %). Le taux de mortalité par suicide est pour les 15-24 ans de 10/100 000. Il est plus élevé chez les garçons (15,2) que chez les filles (4,6) et augmente avec l'âge.

Chez les adultes de plus de 25 ans ce taux atteint 40/100 000, le suicide devient la première cause de mortalité des 25-34 ans<sup>18</sup>.

Entre 1980 et 1995, le taux de suicide des adolescents est resté relativement stable, aux environs de 10/100 000, avec une tendance décroissante, en dehors de 1993.

Les modes de suicide utilisés par les adolescents sont souvent violents : la pendaison et l'usage d'armes à feu sont les plus fréquents (36 % et 31 %). Ces proportions sont plus représentatives des passages à l'acte des garçons, les filles utilisent la pendaison, les empoisonnements (27 % et 26 %) et les armes à feu dans 15 % des cas.

Le rapport tentative de suicide sur suicide chez les adolescents serait de 22 pour les garçons et de 160 pour les filles. La surmortalité masculine peut, en partie, s'expliquer par l'utilisation de moyens plus violents.

Une étude des certificats de décès permet d'évoquer l'existence de symptômes précédant le suicide. Dans un tiers des cas on retrouve un état pathologique (contre la moitié pour les autres âges). Il s'agit dans 70 % des cas d'états dépressifs, dans 15 % de psychoses, pour 9 % d'autres troubles mentaux et pour 2 % d'alcoolisme. Bien que ces informations soient parcellaires, elles nous montrent que la dépression ne doit pas être négligée.

**Le suicide est la deuxième cause de décès des adolescents. Les taux de mortalité sont stables depuis plusieurs années, autour de 10/100 000. Il existe une prédominance masculine et les**

18. Choquet M., « Suicide et adolescence », *Mt pédiatrie*, 1 (4), p. 337-343, 1998.



---

**moyens utilisés sont souvent violents. Dans un tiers des cas des difficultés psychologiques préexistaient.**

### ***Les tentatives de suicide***

Les données concernant les tentatives de suicide ne sont pas aisément accessibles, ni complètes. En effet, une enquête en population générale<sup>19</sup> montrait que 59 % des jeunes ayant fait une tentative de suicide n'en avaient parlé à personne.

Dans cette même population, 3,7 % des 15-19 ans ont fait une tentative de suicide. Il existe une prépondérance féminine (5,6 % et 2,1 % chez les garçons). Dans 70 % des cas il s'agissait de la première tentative de suicide, dans 20 % de cas de la deuxième et dans 10 % de plus.

La récurrence est plus fréquente chez les garçons. Parmi les adolescents scolarisés de 11 à 19 ans, 7 % disent avoir fait une tentative de suicide, et parmi les jeunes en insertion<sup>20</sup> le taux est de 15 %. Dans la population évaluée dans l'enquête PJJ<sup>21</sup>, 12 % des garçons et 49 % des filles ont fait une tentative de suicide, et respectivement 3 % et 24 % en ont fait plusieurs.

**Certains facteurs sont retrouvés de manière plus fréquente parmi ces adolescents, permettant ainsi de supposer l'existence d'un groupe à risque. Parmi les suicidants, il y a plus de jeunes au chômage, ils sont plus fréquemment issus de familles monoparentales ou recomposées, ils sont plus nombreux à avoir redoublé une classe, ils ont plus souvent des conduites addictives (alcool, tabac, cannabis, conduite à risque) et ils sont plus nombreux à avoir subi des violences.**

Les réponses apportées à ces passages à l'acte sont peu nombreuses. Plus de la moitié des tentatives de suicides passeront, selon les adolescents, inaperçues. Dans 20 à 30 %, le geste suicidaire conduira à une hospitalisation. Chez les jeunes de l'enquête PJJ, le taux d'hospitalisation après une tentative de suicide est de 50 %.

**De 4 à 15 % des adolescents ont fait une tentative de suicide. Pour la moitié d'entre eux, elle passera inaperçue. Seulement un tiers des adolescents suicidants sera hospitalisé.**

---

19. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., *et al.*, *Baromètre santé jeunes 97/98*, *op. cit.*

20. Choquet M., Iksil B., *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans)*, *op. cit.*

21. Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C., *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, *op. cit.*

### ***Les idées suicidaires***

**Les idées suicidaires, dont la gravité dépend autant de la chronicité que de l'intentionnalité, ont été moins étudiées que les comportements suicidaires<sup>22</sup>. Les obstacles méthodologiques sont nombreux puisque ces pensées ne sont pas toujours divulguées par les adolescents et il n'existe donc pas de mode de recrutement spécifique.**

Dans la population contactée pour le Baromètre Santé, 10 % ont pensé au suicide dans l'année (7,5 % des garçons et 13,7 % des filles). Parmi les adolescents scolarisés, cette proportion est de 23 % chez les garçons et 35 % chez les filles<sup>23</sup>. Cette différence ne peut s'expliquer uniquement par la différence d'âge des deux populations (15-19 ans et 11-19 ans), mais aussi par la méthodologie utilisée. Dans l'enquête du Baromètre, les réponses possibles étaient oui/non et le questionnaire était posé par téléphone. L'étude des adolescents scolarisés passait par un auto-questionnaire et les réponses possibles étaient plus nuancées (jamais, rarement, assez souvent, très souvent). Pour les adolescents de la PJJ, 18 % des garçons et 53 % des filles ont des idées suicidaires.

1,3 % des adolescents, soit 12 % de ceux ayant eu des idées suicidaires ont fait un projet précis de suicide. Parmi les adolescents ayant fait une tentative de suicide, 57,6 % avaient pensé au suicide dans l'année. Le rapport idées de suicides/tentative de suicide se situe autour de 4. Avec l'augmentation de l'âge, ce rapport augmente chez les garçons et diminue chez les filles.

Les adolescents ayant eu des idées suicidaires ont aussi plus de conduites addictives, plus d'expérience de violence (agi ou subi), plus d'accidents et de prise de risque.

**La qualité de la communication à l'intérieur de la famille est aussi reliée à l'existence d'idées suicidaires. Ainsi les jeunes qui perçoivent une bonne cohérence familiale, qui ont le sentiment d'être objet de l'estime de leurs parents, et qui arrivent à parler avec un membre de leur famille ou même un professeur ont moins d'idées suicidaires<sup>24</sup>. Cause ou conséquence de l'état psychologique de l'adolescent, ces constatations peuvent représenter des points importants dans le dépistage et la prévention des idées suicidaires.**

**10 à 25 % des jeunes ont des idées suicidaires et la moitié des adolescents suicidants ont eu des idées suicidaires dans l'année précédant leur passage à l'acte.**

22. Choquet M., *Suicide et adolescence*, op. cit.

23. Choquet M., Ledoux S., *Adolescents. Enquête nationale*, op. cit.

24. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. et al., *Baromètre santé jeunes 97/98*, op. cit.

## Les conduites addictives

### Tabac

La prévalence du tabagisme chez les adolescents français varie selon les études, en fonction de la population étudiée et de la tranche d'âge.

Comme pour toute drogue, il est important de rappeler les trois différents types de consommation : l'usage, l'abus et la dépendance. En ce qui concerne le tabac par exemple, la dépendance, c'est-à-dire le réel tabagisme, consiste en une consommation quotidienne de dix cigarettes ou plus.

Dans la population générale<sup>25</sup>, 22,8 % des 12-19 ans fument et 21 % de manière régulière plus de 10 cigarettes par jour. Parmi les lycéens parisiens<sup>26</sup>, 14,2 % se déclarent fumeurs occasionnels, 34,1 % fumeurs réguliers et 16 % fument plus de 10 cigarettes par jour<sup>27</sup>. La moitié des lycéens des six académies ne fume jamais, 16 % fument de manière occasionnelle, 20 % de 1 à 9 cigarettes par jour et 13 % en fument plus de 10 par jour. Enfin, parmi les jeunes de la PJJ<sup>28</sup> 77 % des garçons et 83 % des filles consomment du tabac et de manière quotidienne pour 98 % d'entre eux.

Une étude de 1995, concernant le tabagisme chez les jeunes de 15-16 ans, dans les pays européens, retrouvait des prévalences allant de 12 % pour le Portugal, à 29 % pour la Hongrie et l'Italie, la France se situerait comme le Royaume-Uni à 26 %.

L'évolution de cette consommation a été vers une baisse entre 1977 et 1991 passant de 46 % à 30 % de fumeurs, et depuis s'est stabilisée. On peut cependant noter une diminution du tabagisme occasionnel alors que le tabagisme régulier augmente.

L'âge de début pour les fumeurs réguliers est de 15,3 ans, sauf pour les jeunes de la PJJ où il est de 13 ans. Le tabagisme augmente nettement avec l'âge et il existe une prédominance féminine parmi les adolescents plus âgés.

L'effet calmant est souvent recherché, et les adolescents reconnaissent à cette conduite un effet de groupe agréable. Les idées classiquement admises selon lesquelles il s'agirait d'une tentative d'affirmation de soi ou d'une incapacité à refuser une proposition ne sont pas validées par les adolescents.

25. *Ibid.*

26. De Peretti C., Leselbaum N., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Evolutions*, *op. cit.*

27. Ballion R., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les conduites déviantes de lycéens*, *op. cit.*

28. *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, *op. cit.*

**Certains facteurs influencent nettement la consommation des adolescents, il en est ainsi de l'attitude de leurs parents vis-à-vis du tabac. Si aucun de leurs parents ne fume, le tabagisme quotidien des lycéens parisiens est de 23,3 %, si un des deux parents fume, il est de 50,5 % et si les deux parents sont fumeurs il est de 61,2 %<sup>29</sup>.**

Les adolescents ont une bonne connaissance des risques dus au tabac. Si, dès 1991, ils étaient sensibles au risque de cancer pulmonaire, ils ont, depuis, intégré le danger représenté par les maladies cardiaques ou la dépendance. En 1998, ils jugent à 95,8 % le tabac nocif pour la santé et ne banalisent cette conduite que pour la moitié d'entre eux.

Près de 35 % des petits fumeurs et 60 % des gros fumeurs admettent leur dépendance au produit. Et au total 40 % des fumeurs réguliers souhaitent arrêter.

**La moitié des adolescents fume et plus de un sur trois de manière régulière. Ils reconnaissent la nocivité du tabac et la dépendance qu'il engendre : 40 % souhaiteraient arrêter.**

### ***Alcool***

Les alcoolisations des adolescents ressemblent aux différents modes de consommation des adultes. Les effets recherchés sont variables, de la détente ou désinhibition, à l'ivresse. La recherche de convivialité est un moteur important de ce comportement, et parfois la pression sociale rend difficile le refus de consommer (un lycéen sur cinq l'évoque)<sup>30</sup>. Le sentiment d'avoir une meilleure confiance en soi après s'être alcoolisé est décrit par un quart des adolescents.

Comme le décrivaient Féline et Adès<sup>31</sup>, en fonction du contexte psychosociologique, les alcoolisations des adolescents s'apparentent :

- soit à un mode d'intégration dans le monde adulte. L'influence de la famille et des pairs est alors importante ;
- soit à une automédication. Les effets sédatifs, anxiolytiques, antidépresseurs ou excitants sont alors recherchés ;
- soit à une conduite toxicomaniaque. Les consommations peuvent alors être paroxystiques ou continues et sont souvent associées à d'autres prises de toxiques.

---

29. De Peretti C., Leselbaum N., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Evolutions, op. cit.*

30. *Ibid.*

31. Féline A., Adès J., « Aspects actuels de l'alcoolisme du sujet jeune », *Ann. Méd. Psych.*, n° 138, p. 80-86, 1980.

---

75 % des jeunes de 12 à 19 ans ont déjà consommé de l'alcool<sup>32</sup>, 23 % en consomment une fois par semaine et 35 % des garçons et 21 % des filles ont déjà été ivres. 3 % de la population générale des adolescents peut être considérée comme à haut risque de dépendance. Ce taux a été calculé en fonction des réponses aux quatre questions suivantes : le besoin ressenti de diminuer sa consommation, les réactions négatives de l'entourage, l'impression de trop boire et le besoin de consommer de l'alcool dès le matin. Le risque de dépendance est élevé lorsqu'il existe deux réponses positives, aucun adolescent n'ayant répondu positivement à la dernière proposition.

Les jeunes de la PJJ sont une population à plus haut risque : 65 % des garçons et 55 % des filles ont eu une ivresse dans l'année et respectivement 44 % et 34 % se déclarent consommateurs réguliers.

Dans le rapport de 1999 concernant les 9 199 lycéens interrogés<sup>33</sup>, 62,7 % consomment de l'alcool de temps en temps et 9,5 % régulièrement. Presque la moitié a connu 1 à 5 ivresses dans l'année et 17 % plus de 5 ivresses. Il existe des variations significatives selon les académies. Le nombre d'ivresses est en lien avec les performances scolaires.

Chez les lycéens parisiens les modes de consommation sont les suivants : 29 % jamais, 72 % occasionnellement et 9 % plusieurs fois par semaines. La moitié de ces jeunes a déjà été ivre et 1/10 l'a été plus de 10 fois. La prévalence des ivresses qui avait augmenté entre 1983 et 1991 s'est stabilisée depuis, et la proportion d'abstinents a augmenté<sup>34</sup>.

Les variations géographiques sont aussi importantes. La prévalence des consommations varie de 32 % à Créteil à 61 % à Rennes. Au niveau européen, l'étendue des variations est aussi très importante<sup>35</sup>, les alcoolisations durant le dernier mois varient de 28 % en Turquie, à 81 % au Danemark, les ivresses de 29 % à 84 % et les ivresses répétées de 1 % à 32 %. La France, malgré le poids culturel souvent avancé, se situe dans une position médiane.

---

32. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., *Baromètre santé jeunes 97/98*, op. cit.

33. Ballion R., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les conduites déviantes de lycéens*, op. cit.

34. De Peretti C., Leselbaum N., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Évolutions*, op. cit.

35. Hibell B., Anderson B. et al., *The 1995 Espad Report. The European school survey project on alcohol and other drugs. Alcohol and other drug use among students in 26 European countries*. The Swedish council for information on alcohol and other drugs — CAN — Council of Europe Pompidou group, 1997.

Les garçons sont plus souvent des consommateurs à risque et demandent moins d'information que les filles. Ils consomment de manière plus fréquente, plus abondante, ont plus d'ivresses, mais ne consomment pas plus d'alcool fort que les filles<sup>36</sup>.

L'influence du sexe sur les consommations porterait plutôt sur la quantité d'alcool ingéré, avec un risque relatif d'ivresses répétées cinq fois plus important chez les garçons que chez les filles.

L'âge serait peu influent mais accroîtrait la différence entre les deux sexes avec une diminution des ivresses chez les filles plus âgées. L'évolution par classe d'âge entre 1985 et 1996<sup>37</sup> montre une diminution des 13-14 ans, une stabilité des 17-18 ans, mais pour les 15-16 ans la consommation mensuelle serait multipliée par deux.

Le comportement des parents envers l'alcool influence significativement les jeunes. Avoir un père grand buveur (18,4 %) accroît le risque d'ivresses répétées de 1,5. L'influence de l'attitude maternelle est encore plus importante avec une prévalence multipliée par trois si elle est « grande buveuse » (6,9 %)<sup>38</sup>. L'interdit parental ou la permissivité influence grandement le comportement des enfants. Entre 1983 et 1998, la proportion de jeunes parisiens qui déclarent recevoir un interdit parental, quant à la consommation d'alcool est passée de 10 % à 20 %. Le milieu socio-économique influence la consommation des adolescents, elle est en effet plus importante à Paris parmi les jeunes issus de milieux favorisés et moins parmi les enfants d'ouvriers. Un des points explicatifs de ces résultats est la variation des consignes parentales, avec plus d'interdits dans les familles d'ouvriers et plus de permissivité parmi les cadres.

En dehors du risque de pérennisation de la conduite alcoolique, les conséquences peuvent être, comme chez les adultes, des troubles du comportement, du caractère, de l'humeur, ainsi que des accidents de la circulation<sup>39</sup>. Les adolescents connaissent certains des risques de l'alcool, ils citent en 1991 en premier lieu le risque d'accident puis la cirrhose du foie et l'impact sur la scolarité<sup>40</sup>. En 1998, les lycéens parisiens reconnaissent de manière quasi unanime les risques d'accident et ont toujours conscience du risque d'évolution cirrhotique et de l'impact possible sur la scolarité. Ils ont de plus une meilleure conscience du risque de dépen-

---

36. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., et al., *Baromètre santé jeunes 97/98*, op. cit.

37. IREB, *Les adolescents français face à l'alcool*, 1998.

38. De Peretti C., Leselbaum N., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Évolutions*, op. cit.

39. Marcelli D., Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris, Masson, 1995.

40. De Peretti C., Leselbaum N., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Évolutions*, op. cit.

---

dance qu'en 1991. Mais le risque de dégénérescence cancéreuse n'est connu que par la moitié d'entre eux.

**75 % des adolescents ont déjà expérimenté l'alcool, 10 à 20 % en consomment de manière régulière. Les variations géographiques et socio-économiques, ainsi que le contrôle et le comportement parental influencent nettement l'attitude des jeunes.**

### ***Cannabis***

Les débats concernant la consommation de cannabis, ses effets, ses conséquences et le caractère illégal de l'utilisation de cette substance se répètent régulièrement dans les médias. Cependant, il apparaît que les discussions directes entre adolescents et adultes ne sont pas encore si faciles. Différentes études ont montré que les adolescents banalisent de plus en plus cette conduite. L'évaluation de la prévalence peut tout de même être soumise à certaines résistances de leur part, en particulier si la passation du questionnaire se fait au domicile.

La moitié des jeunes de 15 à 19 ans interrogés lors du Baromètre santé jeunes reconnaissait qu'on leur avait déjà proposé une drogue, parmi ceux-ci la moitié a déjà consommé au moins une fois un produit illicite. La diffusion des substances illicites auprès des adolescents a augmenté depuis 1991 : à cette date, 62 % des lycéens parisiens connaissaient un utilisateur de substance illicite, en 1998 ils sont 79 %. Les sollicitations qu'ils reçoivent se sont aussi majorées puisqu'elles sont passées de 45 % à 63 % sur la même période<sup>41</sup>.

Sur l'ensemble de la population contactée pour le Baromètre, 28 % des jeunes ont expérimenté (au moins une fois) une drogue. Dans 99 % des cas il s'agit de cannabis et 14 % des jeunes ont déjà consommé ce produit plus de 10 fois. L'étude de Ballion<sup>42</sup> retrouve une prévalence de 30 % mais avec de fortes disparités régionales. Les lycéens parisiens interrogés ont, pour 43 % d'entre eux, consommé au moins une fois du cannabis et pour 25 % d'entre eux plus de 10 fois. D'une manière générale, les jeunes vivant dans des zones à forte densité urbaine reçoivent plus d'offres et sont plus nombreux à consommer du cannabis. Parmi les jeunes de la PJJ, 60 % ont déjà utilisé ce produit et 31 % des garçons et 21 % des filles se déclarent consommateurs habituels (plus de 40 fois) de cannabis.

---

41. *Ibid.*

42. *Ibid.*

L'évolution de la consommation sur les quinze dernières années montre une augmentation constante de l'expérimentation, passée de 19 à 43 %. La consommation itérative qui était stable entre 1983 et 1991 a augmenté en 1998<sup>43</sup>.

L'étude ESPAD-Europe a permis de constater des variations de prévalence très importantes selon les pays. Pour l'expérimentation du cannabis les taux vont de 1 à 41 %. Les chiffres sont particulièrement élevés au Royaume-Uni. La France, si l'on compare ces données avec celles de 1993, se trouvait en position médiane mais les chiffres de l'étude des lycées parisiens de 1998 sont plus proches de ceux du Royaume-Uni.

L'âge et le sexe sont des variables qui influencent les taux de prévalence. Les garçons sont plus exposés que les filles, on leur propose plus souvent, ils acceptent plus souvent. La prévalence de la consommation ainsi que la fréquence sont plus élevées chez les garçons et l'attitude des parents est moins répressive envers les garçons. Les filles adoptent plus fréquemment un comportement d'essai mais sont moins nombreuses à renouveler cette expérience. Avec l'âge, les adolescents sont plus fréquemment sollicités et la fréquence de consommation augmente. D'autre part, l'interdit parental est moins strict au fur à mesure que l'adolescent grandit.

Les jeunes sont sensibles à certains risques inhérents à la consommation de cannabis, ils sont nombreux à reconnaître l'impact possible sur la scolarité, mais admettent aussi un risque pour la santé, un risque de dépendance et pour la moitié d'entre eux seulement un risque d'accident. Cependant ils jugent de manière assez peu critique la consommation de cannabis. L'approbation de cette conduite est d'ailleurs plus fréquente parmi les consommateurs. Les jeunes distinguent une nette différence entre l'effet destructeur d'une consommation occasionnelle et celui d'une consommation régulière<sup>44</sup>. Cependant, malgré une certaine banalisation du produit dans leur environnement, les adolescents sont à 80 % réticents à la libéralisation du cannabis.

Les effets qu'ils attribuent à ce produit sont à la fois une sédation individuelle et une convivialité collective. La curiosité est pour la moitié d'entre eux la circonstance de consommation, puis vient la recherche d'une ambiance festive. La recherche d'évasion face à des problèmes personnels ou la recherche de déconnexion ne sont pas citées de manière très fréquente.

---

43. *Ibid.*

44. *Ibid.*



---

Les résultats sont assez inégaux concernant l'influence des facteurs environnementaux. Selon le Baromètre, les jeunes issus d'un foyer dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure sont plus sollicités, et ont plus fréquemment consommé du cannabis. Parmi les lycéens parisiens, les influences des facteurs sociodémographiques sont inégalement significatives.

Il apparaîtrait que les adolescents dont les mères ne travaillent pas seraient les plus protégés, en regard des enfants dont les mères occupent une position de cadre ou une activité intellectuelle. Cependant cette association disparaît si l'on ne considère que les consommations récentes.

Les adolescents vivant dans des familles recomposées ont plus fréquemment consommé du cannabis au cours de leur vie que ceux vivant avec leurs deux parents. Ces familles ont aussi une attitude plus répressive vis-à-vis de la consommation de cannabis et l'interdisent plus souvent à leurs enfants. Et on constate que la permissivité des parents est très influente.

Si 82 % des adolescents déclarent ressentir un interdit ferme de la part de leurs parents, 10 % ressentent une certaine flexibilité et 6 % se sentent parfaitement libres de consommer du cannabis. La proportion de consommateurs est significativement plus importante parmi le deuxième groupe<sup>45</sup>.

**Il faut cependant noter que 23 % des adolescents ne connaissent pas l'opinion de leurs parents à ce sujet, signifiant par là que ce sujet n'est pas abordé en famille<sup>46</sup>. Les parents n'auraient pas connaissance de leur conduite, d'après les jeunes, dans 75 % des cas pour les consommateurs occasionnels et dans 50 % des cas pour les jeunes qui ont consommé plus de dix fois.**

Parmi les facteurs associés à la consommation de cannabis, même unique, on note une consommation plus fréquente de tabac, d'alcool et une proportion d'ivresse plus importante. L'expérimentation du cannabis survient après l'expérimentation de l'alcool et du tabac. Les jeunes qui ont déjà consommé du cannabis font en moyenne moins de sport, et ont plus fréquemment des relations amoureuses et sexuelles que les autres. Ils ont un score de santé mentale et physique moins bon. Ils se perçoivent en moins bonne santé que les jeunes n'ayant jamais consommé de cannabis. Les comportements à risque sont aussi plus fréquents chez ces adolescents.

---

45. *Ibid.*

46. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., et al., *Baromètre santé jeunes 97/98*, op. cit.

Les consommateurs réguliers de cannabis ont des scores de qualité de vie moins bons et une plus forte propension aux idées et tentatives de suicides.

L'étude des lycéens parisiens a permis de dégager des différences significatives entre les adolescents n'ayant jamais consommé de cannabis et ceux qui en consomment de manière régulière plus de dix fois par mois. Certains facteurs environnementaux et comportementaux permettent d'ébaucher un tableau de la situation à risque dans laquelle se trouvent les jeunes consommateurs. Ainsi il apparaît un certain nombre de facteurs protecteurs tels un climat familial serein, une bonne entente entre le jeune et son père, la position des parents vis-à-vis du cannabis et le non-tabagisme du père. En ce qui concerne leur scolarité, les adolescents qui consomment fréquemment du cannabis sont moins satisfaits de leur orientation et ont une relation de moins bonne qualité avec leurs enseignants, ils sont aussi plus nombreux à ne pas se sentir en sécurité dans leur lycée. Pour ce qui est de leur comportement, ils ont un absentéisme scolaire plus important, ils fument plus de tabac, sortent plus le soir et banalisent fortement les effets du cannabis sur la santé<sup>47</sup>.

**Ainsi la prévalence de la consommation du cannabis chez les adolescents est de 30 à 40 % pour l'expérimentation et de 15 à 25 % pour la consommation répétée. Ces taux sont en augmentation depuis 1991, ainsi que la sollicitation que les jeunes reçoivent. La banalisation du produit et de ses conséquences sur la santé est importante. Chez les gros consommateurs, on peut noter une certaine défaillance des systèmes d'information et une propension plus élevée à la transgression.**

### ***Autres produits illicites***

Il faut avant tout souligner la difficulté d'études épidémiologiques dans ce domaine sensible. Les enquêtes en milieu scolaire ou même téléphonique ne touchent probablement pas l'ensemble de la population concernée et on est en droit de supposer une sous-évaluation, même parmi les participants.

Les jeunes du Baromètre santé se voient proposer une drogue illícite autre que le cannabis dans 7 % des cas. Depuis quelques années, les lycéens parisiens reçoivent plus de proposition pour l'ecstasy, le LSD et la cocaïne.

---

47. De Peretti C., Leselbaum N., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : Évolutions, op. cit.*

---

Dans la population générale, parmi les 28 % qui expérimenteront un produit, 99 % utiliseront du cannabis mais 1 % se tourne vers une autre drogue (colle, cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, speed).

Les lycéens français sont 1,7 % à avoir consommé de l'héroïne, 1,9 % de la cocaïne, 3,4 % du LSD ou de l'ecstasy 2,1 % des amphétamines et 5,7 % des produits à inhaler<sup>48</sup>. Mais il faut noter une proportion de non-réponse à cet item plus élevée que pour les autres questions. Il existe des disparités régionales. Parmi les académies sélectionnées, celle de Rennes a des consommations de produits plus élevées mais essentiellement dues à une plus forte consommation de cannabis. Les échantillons sont trop faibles pour se livrer à d'autres interprétations.

Les lycéens parisiens interrogés en 1998 ont, au cours de leur vie, expérimenté l'héroïne pour 0,2 % d'entre eux, la cocaïne 1,5 %, le LSD 1,7 %, l'ecstasy 3 % et les solvants 4 %. Pour tous ces produits la prévalence vie a augmenté depuis 1991.

Parmi les jeunes de la PJJ<sup>49</sup>, près de 5 % ont testé une drogue dure, 15 % un produit à inhaler et 12 % des garçons et 7 % des filles de l'ecstasy.

Les garçons consomment plus que les filles. Cette différence est d'autant plus marquée que la consommation de produit est régulière. Les filles sont plus critiques alors que les garçons, qui se jugent assez informés, sont plus nombreux à penser que l'utilisation des produits toxiques en général « n'est pas grave si on sait se contrôler » et est plus un problème de liberté individuelle.

Mais globalement les lycéens parisiens jugent de manière très sévère la consommation de drogues illicites autres que le cannabis, et ce même si la prise est occasionnelle. Ils connaissent majoritairement les risques pour la santé, de dépendance, de perturbation de la scolarité ou d'accidents que l'héroïne peut entraîner. Les lycéens de l'étude de Ballion pensent que les toxicomanes sont malades mais responsables, qu'ils sont dangereux, et 60 % pensent qu'ils ne doivent pas être punis.

**Ainsi la consommation de produits illicites autres que le cannabis existe chez moins de 5 % des adolescents étudiés, mais les jeunes les plus sensibles ne sont probablement pas touchés par ces études. Les propositions de toxiques sont en augmentation dans les zones urbaines depuis plusieurs années.**

---

48. Ballion R., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les conduites déviantes de lycéens*, op. cit.

49. Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C., *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, op. cit.

### ***Polyconsommation***

Les résultats de De Peretti<sup>50</sup>, concernant les liaisons entre les diverses substances psychoactives, l'avaient conduit en 1983 à identifier un groupe de polyconsommateurs parmi les lycéens parisiens. Ainsi les jeunes consommateurs de substances psychoactives avaient une probabilité plus élevée d'en consommer d'autres. Dans l'étude de 1999 auprès des lycéens parisiens, les auteurs retrouvent une liaison quasiment linéaire entre la consommation régulière de cannabis et la consommation importante de tabac. En ce qui concerne l'usage de médicaments psychotropes, une liaison avec la consommation de cannabis existe mais uniquement chez les filles.

Selon Ballion, on peut distinguer quatre groupes de consommateurs : 66 % des lycéens ne consomment aucun produit ; 23 % ne consomment que du cannabis, 7 % du cannabis et d'autres drogues illicites et 3 % uniquement les autres toxiques.

Dans le Baromètre santé jeunes, il apparaît que, parmi les 15-19 ans, moins de 10 % des adolescents n'ont jamais consommé ni alcool, ni tabac, ni cannabis, et plus d'un sur quatre a consommé les trois. Les jeunes qui ont déjà consommé ne serait-ce qu'un verre d'alcool ont 6 fois plus de risque d'avoir testé le cannabis, et ce rapport est de 18 pour les fumeurs.

**Le cannabis s'expérimente après l'essai de l'alcool et du tabac. Les consommateurs réguliers de cannabis sont aussi des « gros fumeurs » de tabac.**

### **Les conduites violentes**     ***Violence subie***

Selon le Baromètre santé jeunes, 8 % des adolescents déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement lors des derniers 12 mois, et un tiers d'entre eux à plusieurs reprises. Selon l'enquête de l'Inserm<sup>51</sup>, la proportion d'adolescents scolarisés ayant subi des violences était deux fois plus importante. Les adolescents les plus touchés sont les garçons, âgés de plus de 15 ans, les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou reconstituées, ainsi que les jeunes dont le père de famille est inactif. Les jeunes vivant dans des villes de plus de 20 000 habitants sont plus sujets à des violences. 3 % des jeunes ont été rackettés, plus fréquemment les

50. Consommations de substances psychoactives, des concepts et du regard social aux déclarations des lycéens des banlieues difficiles. Thèse de doctorat, université Pierre et Marie Curie.

51. Choquet M., Ledoux S., *Adolescents. Enquête nationale, op. cit.*

---

garçons et les plus de 15 ans. Les prises de risque et les consommations des produits sont plus fréquentes dans ce groupe.

L'étude de De Peretti sur les conduites déviantes des lycéens de 1999 montre la disparité géographique des « victimisations » et des transgressions. Parmi les académies étudiées, celles qui ont une proportion plus importante d'élèves ayant été victimes d'agression sont aussi celles dans lesquelles une plus grande part d'élèves commet des transgressions. Cependant d'autres différences existent selon les académies, les conduites addictives (alcool, tabac, cannabis) sont plus élevées dans les académies où la violence est plus faible.

Dans une étude menée auprès de 344 jeunes, de 15 à 25 ans, recrutés dans les espaces publics d'une ville ouvrière de la région parisienne<sup>52</sup>, 61,1 % des jeunes ont le sentiment d'avoir été victimes de violences, dont 44,5 % de la part des adultes. Cette violence a été dans 13,7 % des cas vécue dans le milieu scolaire et des 12,8 % des cas dans un milieu urbain. Il existe une nette corrélation entre l'expression d'une souffrance psychique et les antécédents de violences subies.

Dans l'enquête nationale de l'Inserm, 15 % des adolescents scolarisés déclarent avoir subi des violences physiques et 4 % des violences sexuelles. Parmi les jeunes en insertion 30 % ont subi des violences. Pour les garçons il s'agit dans 90 % des cas de violences physiques et pour les filles dans 50 % des cas de violences sexuelles.

**Le milieu scolaire ne protège pas toujours de la violence. En 1995, une enquête dans les établissements de la banlieue parisienne constatait que presque un lycéen sur 10 disait avoir été victime dans l'établissement de bagarre, racket ou autre violence physique<sup>53</sup>. En 1998, 10,8 % des lycéens ne se sentent pas en sécurité à l'intérieur du lycée et 25,8 % autour de celui-ci. Parmi les 9 919 lycéens des six académies tirées au sort, 10,9 % ont été victimes de violences physiques dans l'établissement, 4 % de racket, 14 % de propos racistes, 16 % de menaces et 22 % de vol. Les garçons sont souvent plus touchés que les filles<sup>54</sup>.**

---

52. Ginot L., Ait-Bouali N., Besse M. *et al.*, Santé et violences perçues par les jeunes, une étude en région parisienne. *Santé publique*, 4 : 379-396, 1997.

53. *Consommations de substances psychoactives, des concepts et du regard social aux déclarations des lycéens des banlieues difficiles*, *op. cit.*

54. Ballion R., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les conduites déviantes de lycéens*, *op. cit.*

La littérature internationale souligne une forte corrélation entre les prises de risque, les violences agies et les violences subies. Ainsi l'étude de Malik en 1997 retrouve de nettes corrélations entre l'exposition à la violence intrafamiliale ou dans la communauté et la perpétuation de la violence<sup>55</sup>.

Les jeunes qui ont eu un accident dans les douze derniers mois et ceux qui déclarent prendre des risques subissent aussi plus de violence<sup>56</sup>. De plus il existe des liens entre violences subies et tentatives de suicide. La prévalence des tentatives de suicide chez des jeunes CFI-Paque passe de 8 % à 40 % s'ils ont subi des violences.

En ce qui concerne les violences sexuelles, 2,2 % des plus de 15 ans auraient subi des rapports sexuels forcés. L'enquête de l'Inserm de 1993 retrouvait une prévalence de 3,8 % chez les 11-19 ans. Plusieurs autres éléments sont retrouvés parmi ces jeunes, les prises de risque sont plus importantes, les accidents aussi. Les ivresses, l'utilisation régulière de tabac ou la consommation de cannabis sont plus fréquentes. Chez les filles présentant des troubles alimentaires une plus grande proportion aurait subi des rapports sexuels forcés.

Parmi les jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse ayant participé à l'enquête de M. Choquet, 41 % des garçons et 55 % des filles ont été victimes d'une agression physique au cours de leur vie, 6 % des garçons et 34 % des filles d'une agression sexuelle. Les jeunes victimes de violences physiques ont plus souvent des conduites violentes (54 %) que ceux qui n'ont pas subi de violence (47 %) ou que ceux qui ont subi des violences sexuelles (45 %). Les victimes de violences sexuelles font plus de passage à l'acte suicidaire (53 %) que les adolescents qui ont subi une violence physique (23 %) ou pas de violence (11 %).

**L'estimation de la violence subie n'est pas aisée : la subjectivité est importante dans ce domaine et les différentes études ne sont pas comparables. Cependant selon les populations étudiées les allégations de violence existent dans des proportions allant de 10 à plus de 60 % des adolescents.**

### ***Violence agie***

La proportion de jeunes qui déclarent avoir été violents dans les douze derniers mois est la même que celle qui a subi des violences,

---

55. Malik S. Sorenson S. Aneshensel C. Community and dating violence among adolescents : perpetration and victimization. *Journal of adolescents health*, 21 : 291-302, 1997.

56. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., *Baromètre santé jeunes, op. cit.*

---

soit 8 %. La prédominance masculine est nette. Dans l'échantillon du Baromètre santé jeunes, 0,2 % des jeunes déclarent avoir fait du racket.

Dans l'enquête CFI-Paque, la moitié des jeunes a des accès de violence, et un quart est fréquemment violent. Il existe une prédominance masculine (36 % vs 22 %). Alors que parmi les jeunes scolarisés 42 % ont occasionnellement une conduite violente et 19 % régulièrement. Dans l'étude<sup>57</sup> concernant 917 jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse, 48 % des garçons et 43 % des filles peuvent être considérés comme violents. Cette proportion augmente chez les jeunes qui ne sont plus scolarisés.

Les lycéens interrogés en 1999<sup>58</sup> déclarent avoir des conduites de transgression fréquente dans 3 % des cas. Les plus fréquentes sont les dégradations et les insultes à un adulte, mais viennent ensuite les violences, menaces ou bagarres entre élèves. Il existe des variations selon les académies, le sexe, l'âge et la filière d'étude.

On retrouve des associations significatives avec la situation familiale. Ainsi les jeunes issus de familles monoparentales, de familles recomposées ou les adolescents dont le père est absent sont plus violents. Le statut professionnel du chef de famille est là encore une variable discriminante.

Ces jeunes qui exercent des violences ont plus fréquemment subi eux-mêmes des violences, eu des attitudes de prise de risque, et consomment plus fréquemment alcool, tabac ou cannabis.

**Les conduites violentes se retrouvent chez 10 à 40 % des jeunes. Elles sont fréquemment associées à des violences subies et à des conduites à risque ou à des consommations de produits toxiques.**

## **Facteurs associés**

### ***La souffrance psychique associée à la précarité***

Le Haut comité de la santé publique, dans son rapport de 1998<sup>59</sup>, retient comme définition de la précarité « un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté et de l'exclusion. »

---

57. Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C., *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, op. cit.

58. Ballion R., Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Les conduites déviantes de lycéens*, op. cit.

59. Haut Comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes, Éditions ENSP, 1998.

En France, 5 millions d'individus seraient touchés, ou l'auraient été récemment, par la pauvreté, 1,5 million par la grande pauvreté et de 12 à 15 millions par la précarité. Ces chiffres sont particulièrement importants pour un pays prospère.

La souffrance psychologique de cette partie de la population française est majeure. La précarité augmente d'autant plus la vulnérabilité à la souffrance psychique. Une bonne image de soi est difficile à entretenir dans de telles circonstances de vie, et un sentiment de honte est souvent ressenti.

Comment considérer cette souffrance psychique ? Est-elle un mode d'expression réactionnelle ou une forme propre de pathologie mentale ?

Si les troubles affectifs (anxieux et dépressifs) sont plus fréquents dans la population en situation précaire, la fréquence des pathologies psychiatriques lourdes (type psychose) n'est pas différente. La proportion de symptômes évoquant une dépression sévère chez les hommes est de 20 % parmi une population de RMIstes et de 3 % en population générale<sup>60</sup>.

Ce questionnement n'est pas uniquement nosographique mais implique aussi les systèmes de soins. Non seulement la demande de soin est beaucoup moins importante, mais la prise en charge ne peut être uniquement médicale. Ne pas tenir compte de la situation psychosociale de l'individu dans sa globalité est une entrave à la résolution de cette souffrance psychique.

C'est ainsi que J. Maisondieu pose le problème<sup>61</sup> : « Ces déclassés sociaux, mal dans leur peau mais non franchement malades, brisés par la vie, coincés dans leur famille ou rattrapés par la crise relancent l'éternel débat : est-ce l'exclusion qui malmène les esprits ou est-ce la souffrance psychique qui favorise l'exclusion ? Bien qu'indécidable en ces termes, cette alternative resurgit avec force parce que l'alibi de la maladie mentale ne fonctionne plus aussi bien et que l'hôpital renonçant à sa tradition séculaire d'hospitalité ne veut plus et ne peut plus servir d'asile aux victimes de la société... »

En France, on estime qu'un enfant sur dix grandit dans un foyer avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté. En 1995, on évalue à 1,8 million le nombre de jeunes d'âge inférieur à 25 ans vivant avec leurs parents au-dessous du seuil de pauvreté<sup>62</sup>. La précarité

---

60. Lazarus A., Strohl H. *Pauvreté, précarité et pathologies mentales. Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*. Délégation interministérielle à la ville, Dirmi, 1996.

61. Maisondieu J. *De la détresse sociale à la souffrance psychique, quelle action pour la psychiatrie ?* 1996.

62. Haut Comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, op. cit.



---

touche les enfants à différents niveaux, lors de la petite enfance la précarité de leur milieu de vie peut être une source d'érosions de leur capital santé. Puis les adolescents et les adultes jeunes peuvent eux aussi connaître des situations précaires.

La situation précaire de leurs parents peut influencer directement les enfants et cela dès la naissance. Il y a en France approximativement 9 000 grossesses non suivies chaque année. Parmi les femmes de moins de 20 ans, le risque d'être peu ou pas suivie durant sa grossesse est multiplié par 7 en l'absence de couverture sociale et par 6 quand elle ne vit pas en couple. Les adultes qui ont été des enfants moins favorisés auraient une mortalité 2,64 fois plus importante que les autres. Lors de la scolarité on retrouve moins d'enfants qui atteignent le baccalauréat, parmi les enfants d'inactifs. Ce moindre niveau de formation risque de les conduire vers des difficultés d'insertion professionnelle.

En France, la proportion de jeunes inactifs est beaucoup plus importante que dans d'autres pays limitrophes. Le taux d'actifs parmi les 15-24 ans n'est que de 32 % alors qu'il est de 60 % en Allemagne.

Selon le rapport d'évaluation de 1993<sup>63</sup>, un quart des jeunes de 13 à 25 ans pourraient avoir besoin, à un moment ou à un autre de leur parcours d'insertion d'une mesure d'aide. Parmi ceux-ci, 5 à 10 % sont dans une situation de détresse sociale. Par ailleurs, les estimations portent à 800 000 le nombre de jeunes non scolarisés de moins de 25 ans qui forment la clientèle des dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

Si on examine les résultats des deux enquêtes épidémiologiques sur les adolescents scolarisés ou en insertion, on peut noter quelques différences dans l'expression de la souffrance psychique. Il faut cependant savoir que, du fait de leurs méthodologies différentes, elles ne peuvent pas être comparables en toute rigueur. On remarque que parmi les adolescents en insertion, les parents sont moins souvent actifs (65 % versus 88 %), que l'investissement relationnel des jeunes est moins bon (70 % vs 82 %) et qu'ils présentent un sentiment d'isolement marqué.

Parmi les conduites addictives, le tabagisme est plus important, mais les consommations d'alcool, de drogues ou de psychotropes sont similaires. En revanche, la violence est bien plus présente parmi les jeunes en insertion : 15 % ont déjà fait une tentative de suicide, contre 6,5 % des jeunes scolarisés, 25 % se déclarent

---

63. *L'insertion des adolescents en difficulté. Rapport d'évaluation*, Paris, La documentation française, 1993.

violents et la prédominance masculine des comportements agressifs n'est pas aussi nette. De plus, 30 % ont subi des violences physiques (contre 17 % dans l'autre population). La dépressivité semble la même dans les deux groupes, à âge égal, mais elle augmente très vite après 18 ans notamment chez les garçons, même si la prédominance féminine reste nette.

Les jeunes de l'étude de la PJJ, s'ils forment une catégorie hétérogène et dont la représentativité reste à démontrer, nous donnent un autre aperçu des difficultés associées à une désinsertion scolaire. En effet, 50 % d'entre eux ne sont plus scolarisés et parmi ceux-là, la moitié sont en stage, 8 % au chômage et 27 % sont inactifs. La précarité est donc fortement présente dans ce groupe d'adolescents. On constate, sans pouvoir établir un lien de cause à effet, que les idées suicidaires, les antécédents de tentatives de suicide, ainsi que les conduites addictives et violentes sont plus fréquentes que dans les deux populations précédemment étudiées.

Nous ne sommes pas face à une catégorie très homogène, mais certains facteurs sociaux se retrouvent plus fréquemment chez ces jeunes. Il s'agit des situations familiales perturbées, des insuffisances de qualification, des origines socioculturelles défavorisées et des conditions d'habitats dégradées.

**Ainsi la précarité sociale semble influencer la souffrance psychique et son expression comportementale, à travers les conduites suicidaires, les conduites addictives et les conduites violentes.**

### ***La résilience***

La résilience est la capacité à réussir, grandir et acquérir des compétences alors même qu'on subit des circonstances de vie défavorables. Ce terme issu du vocabulaire des physiciens désignait à son origine l'aptitude d'un corps à résister à un choc. Ce domaine de recherche se développe depuis le début des années quatre-vingt-dix<sup>64</sup>.

La terminologie distingue différents facteurs<sup>65</sup> :

- Un facteur protecteur aura un impact positif uniquement dans les situations à haut risque et pas d'effet dans les situations à bas risque.
- Un facteur « ressource » aura en toutes circonstances des effets bénéfiques.

---

64. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.

65. Tiet. Q.Q., Bird H.R., Davies M., Hoven C. *et al.*, Adverse Life events and resilience. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, 37 (11) : 1191-1200, 1998.

- Un facteur de risque est à l'inverse du facteur ressource toujours susceptible d'avoir des conséquences péjoratives.
- Un facteur de vulnérabilité aura peu d'effet dans des situations à bas risque mais un effet majeur négatif dans les situations à haut risque.

D'autre part, les événements de vie négatifs ont montré dans plusieurs études internationales leur association avec les troubles dépressifs, l'utilisation de produits toxiques et les comportements suicidaires chez les enfants et les adolescents.

L'étude de Tiet<sup>66</sup> portait sur 1 285 enfants et adolescents de 9 à 17 ans. La corrélation entre un événement de vie négatif et la survenue d'un trouble psychiatrique a été étudiée et croisée avec différents facteurs associés. Il est apparu que le quotient intellectuel des enfants constituait un facteur protecteur.

Parmi les facteurs ressources les auteurs retrouvent : un meilleur fonctionnement familial, des aspirations éducatives plus élevées, et à un moindre degré, un bon contrôle parental et l'existence d'autres adultes dans la famille. Le sexe de l'enfant ne serait pas un élément discriminant.

L'étude des traits de résilience peut permettre d'axer certaines interventions de prévention, dans les familles à risque, comme celles où les parents souffrent d'un trouble dépressif<sup>67</sup>. Plusieurs études ont montré que la capacité de l'enfant à investir la scolarité, les activités extrascolaires et à être engagé dans de bonnes relations sociales représentait une aide certaine. De même parmi les enfants présentant une tendance à la somatisation, un bon niveau de compétence sociale a un effet protecteur face à des événements de vie négatifs qui peuvent accroître les plaintes somatiques<sup>68</sup>.

L'origine de cette capacité de résilience est sans doute multifactorielle. B. Cyrulnik<sup>69</sup> relève un certain nombre de facteurs qui semblent jouer un rôle décisif dans le « tricotage de la résilience ». Ainsi on dénombre l'existence de facteurs individuels (capacité de sublimation, d'intellectualisation, de réparation, de contrôle des affects, capacité à intégrer l'événement traumatique dans sa propre historicité et d'autres qualités telles l'altruisme et l'humour) et de fac-

66. *Ibid.*

67. Beardslee W.R., Versage E.M., Gladstone T.R.G., Children of affectively ill Parents : A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, 37 (11) : 1134-1141, 1998.

68. Walker L.S., Garber J., Greene J.W. Somatic complaints in pediatric patients : a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence and parental somatic symptoms. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6) : 1213-1221, 1994.

69. *Ibid.*

teurs environnementaux, tuteurs du développement (l'émotion exprimée par ses figures d'attachement, les influences culturelles, la reconnaissance sociale du traumatisme). Les études à venir développeront le rôle des déterminants génétiques, des interactions précoces et des institutions sociales et familiales.

**La résilience est la capacité à surmonter les événements de vie difficiles. Longtemps les études n'ont porté que sur les individus présentant des séquelles et pas sur ceux qui traversaient le traumatisme. Pourtant il apparaît aujourd'hui capital de savoir déceler et encourager les traits de résilience des enfants et des adolescents afin de fournir une meilleure prévention face à la souffrance psychique que peuvent engendrer certains événements de vie.**

### ***Influence du sexe sur l'expression de la souffrance psychique***

À travers les différentes études présentées, nous pouvons noter un certain nombre de différences systématiquement stipulées entre garçons et filles.

Ainsi, les garçons présentent plus souvent des conduites violentes agies ou subies. Ils ont plus souvent des conduites à risque et sont plus souvent accidentés. Les décès par suicide sont plus fréquents chez les garçons. En ce qui concerne les consommations de produits toxiques on remarque que les garçons s'alcoolisent plus fréquemment, de manière plus abondante, ont plus d'ivresses et consomment plus de cannabis.

Les filles subissent plus souvent des violences sexuelles, sont moins violentes elles-mêmes sauf en ce qui concerne la population de la PJJ. Les filles ont plus souvent des idées suicidaires, elles font plus souvent des tentatives de suicide que les garçons, mais au total meurent moins souvent que les garçons.

L'effet de l'âge est plus important chez les filles que chez les garçons en ce qui concerne les ivresses : elles diminuent avec l'âge des filles. Cependant les filles ne consomment pas moins d'alcools forts que les garçons. Les filles fument plus de tabac que les garçons.

L'autre point à remarquer est que le sexe ne semble pas influencer les capacités de résilience.

Enfin, l'étude du Baromètre santé jeunes montre que les garçons demandent en général moins d'informations que les filles.

**Les modes d'expression de la souffrance psychique sont différents chez les garçons et les filles. Pour les premiers, on retrouve plus souvent des conduites violentes, des prises de risque, des**

---

**consommations d'alcool et de cannabis. La mortalité accidentelle et suicidaire est plus élevée chez les garçons. Pour les filles, les conduites suicidaires sont prédominantes. Les filles sont plus dans la demande d'information et de prévention.**

### ***L'existence d'adultes ressources***

Parmi les jeunes interrogés dans l'étude sur la violence perçue, à peine plus de la moitié (55,6 %) sauraient à qui en parler s'ils subissaient des violences physiques et un peu plus (58,2 %) s'ils ressentaient un malaise psychique. Les personnes vers qui ils se tourneraient seraient essentiellement des familiers et très peu utiliseraient les recours professionnels. Cependant dans cette population 20 % des adolescents pensent avoir besoin de consulter un psychologue et 13,7 % disent avoir renoncé du fait de difficultés financières. Ce qui représente la même proportion que pour les médecins généralistes ou les dentistes.

Parmi les adolescents suicidaires ou suicidants, seulement la moitié confie leurs idées suicidaires ou leurs tentatives de suicide à un adulte de confiance. Et sur l'ensemble de la population les idées suicidaires sont moins fréquentes lorsqu'un climat de confiance et de soutien familial existe.

Parmi les jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse, seulement 65 % de ceux qui ont été agressés physiquement ou sexuellement en ont parlé. Face à un problème grave, ils se sentent seuls et lorsqu'ils se confient, c'est plus fréquemment à leurs parents. Les filles seraient plus méfiantes vis-à-vis de leurs parents et feraient plus confiance que les garçons à leur éducateur. Le recours aux soins dans cette population est identique à celui en population générale, mais les problèmes sont plus nombreux.

**Beaucoup d'adolescents se sentent isolés face à leurs difficultés. En dehors de la problématique dépressive qui peut sous-tendre ce sentiment de solitude, il paraît important d'assurer aux adolescents l'existence d'adultes relais entre eux et les systèmes de santé, qu'il s'agisse de la famille comme de tout autre intervenant.**

## Conclusion

De nombreux indicateurs de santé nous montrent l'importance de la souffrance psychique chez les adolescents et les adultes jeunes.

L'évaluation de cette souffrance a longtemps été difficile puisqu'elle prend l'aspect de conduites variées. Après une période durant laquelle la société a banalisé ces conduites pathologiques en les intégrant dans une crise d'adolescence passagère, leur étude épidémiologique a permis de mieux prendre la mesure du problème. Cependant, il est important à l'heure actuelle de ne pas stigmatiser cette jeunesse.

Les principaux taux de prévalence sont relativement constants depuis ces dernières années. Il nous apparaît nécessaire de mieux connaître les groupes d'adolescents en souffrance. Les études à venir devront s'attacher à décrire les facteurs de résilience, ceux-ci nous permettront de prévenir ou de repérer la souffrance psychique chez les adolescents et les adultes jeunes.

---

# Les mesures de prévention

À propos de prévention, Françoise Dolto écrivait en 1978 dans *Lorsque l'enfant paraît* :

« Notre but n'est pas de donner des recettes, chaque enfant, chaque relation parents-enfants étant différents, mais d'arriver à ce que les parents comprennent qu'ils ont les moyens de résoudre eux-mêmes leurs difficultés. À notre époque, les gens ont pris l'habitude de demander à d'autres de résoudre leurs problèmes à leur place. Or, si chacun se mettait à réfléchir calmement, honnêtement, écrivait son problème en détail, en sachant qu'il sera entendu, c'est ça l'essentiel, savoir que quelqu'un nous écoute, alors il s'écouterait avec une partie de lui-même qui serait beaucoup plus lucide que celle prise dans la turbulence de l'angoisse, de l'inquiétude, du problème aigu. »

Cette réflexion s'adressait plus aux parents des enfants en bas âge, elle reste malgré tout pertinente pour tout adolescent et adulte témoin ou confident de la souffrance d'un jeune.

Une partie des recommandations de prévention que nous pouvons proposer se retrouve dans plusieurs rapports. Nous en avons retenu ici les points essentiels.

## Comment penser la prévention ?

**Prévention**, voilà bien un concept éloigné du monde des adolescents. Le présent est déjà si difficile à gérer, si changeant et insaisissable. C'est donc dans ce domaine que les familles, les enseignants et les soignants doivent faire preuve d'une grande modestie et de souplesse. La notion du temps qui passe est le propre de l'âge. Pour le jeune, l'instant présent est plein de soucis et de contradictions, l'avenir appartient plus à un monde virtuel qu'à la réalité du moment. Les enjeux sont pourtant très importants, car les comportements des adolescents conditionnent une grande part de leur vie d'adulte.

Le paradoxe est que ces adolescents ont besoin, pour se construire et se comprendre, de cette évasion dans un monde à eux, autre que celui des adultes. Leur mode, leur langage, jusqu'aux traces dont ils décochent les murs sont autant de signes de ce désir d'indépendance. Ils vont même jusqu'à détourner en positif des messages de risques que nous leur adressons, sans doute maladroitement (par exemple, certains appellent « nuit'grav. » les cigarettes).

Il faut sans doute respecter cet « enclos avec leurs pairs », mais être présent autour d'eux. La prévention, c'est savoir répondre à leurs demandes, leur dire la vérité sur la vie, les risques, même si parfois ils font semblant de ne pas écouter. Aujourd'hui, dans nos actions, il ne s'agit pas de reproduire la manière dont nous avons été élevés. Nous avons vécu. Ils sont autres. Ils naissent dans un monde nouveau et nous devons leur donner une confiance en eux-mêmes beaucoup plus vite, beaucoup plus tôt que pour nous, lorsque la sécurité était mieux assurée par les personnes et l'entourage.

**Les mesures de prévention** doivent donc être à la fois fermes et subtiles. Elles doivent porter autant sur l'individu que sur son environnement et sur la période de crise autant que sur son passé et son suivi dans le temps. La santé psychique d'un citoyen se construit dans la continuité de sa vie, elle se comprend à partir d'une origine et en fonction d'un avenir, l'adolescent en difficulté doit être considéré avec ses connexions : famille, amis, école, lieu de vie, quartier et société. Ses libertés et spécificités doivent être comprises et respectées.

La prévention peut être une démarche positive et humanisante qui vise à l'autonomie de la personne dès son plus jeune âge. Cela ne consiste pas à lutter contre les comportements nocifs mais à identifier les causes les plus évidentes de ces comportements. La question n'est pas de supprimer les risques, il n'y a pas de vie sans risques, mais de choisir ses risques, c'est ainsi que l'on acquiert son autonomie.



---

Par ailleurs comme le dit B. Cyrulnik dans *Un merveilleux malheur* : « On ne sait pas vraiment ce qui fait souffrir un enfant. L'absence d'événements dans un milieu trop protégé crée une situation de confinement affectif qui rend vulnérable à toute nouveauté. Un tel alentour qui, pour un adulte, ne prend pas de relief traumatisant devient une véritable épreuve pour l'adolescent. »

Les risques, dont nous avons vu l'importance dans le chapitre sur l'état des lieux, sont pour la plupart évitables avec les moyens dont nous disposons. Pourtant, comme le notait la Charte pour la santé des adolescents diffusée en 1998, il existe un paradoxe assez surprenant dans le fait que, si les moyens spécifiques ont été largement développés pour répondre aux besoins des enfants et des adultes, en revanche, s'agissant de la santé dans ses dimensions somatique, mentale et sociale, très peu de choses ont été mises en place pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents, dont on peut dire aujourd'hui qu'ils sont, avec les personnes âgées, les parents pauvres du système.

## **Pour une prévention plus globale que thématique**

La prévention des risques importants doit être abordée de façon plus globale que thématique. Il est en effet noté que ce sont les associations de comportements qui entraînent le plus de troubles : consommation de substances psychoactives et d'alcool, comportement sexuel à risque, accidents, état dépressif, tentatives de suicide.

Les conduites des jeunes sont essentiellement repérées par des institutions qui sanctionnent : école, police, justice.

L'enregistrement statistique mesure d'abord l'activité d'une institution. Il est soumis à de nombreux biais : les moyens de l'institution, selon que l'on est en ville, en périphérie, à la campagne, l'âge et le sexe, le milieu d'appartenance, le quartier même des sujets sanctionnés.

Il est extrêmement difficile d'évaluer l'écart entre ce qui est mesuré par ces institutions et ce qui est effectivement ressenti par ces jeunes. Cela est lié à l'absence d'une culture commune du signe de la souffrance partagée par tous les intervenants et les jeunes eux-mêmes. **Il faudrait arriver à constituer une symptomatologie nouvelle de signes annonciateurs identifiables par les jeunes eux-mêmes et par leurs interlocuteurs institutionnels les plus proches, ouvrant ainsi un espace public où une parole circulerait sur cet enjeu.**

Or, il y a un décalage entre la demande individuelle et l'offre sociale. Une souffrance psychique prolongée sans issue sociale, même symbolique, non verbalisable, peut faire basculer un adolescent dans la maladie somatique ou psychique, ou dans une autre conduite dite déviante.

## **Les formations à promouvoir sur la souffrance psychique des adolescents**

Avec la diffusion d'informations à partir des études de l'Inserm (enquêtes de 1988 et 1994) portant sur des adolescents de 16 à 18 ans, tous les intervenants, quelle que soit leur discipline, peuvent apprendre à repérer, dans leur pratique quotidienne, trois grands groupes d'adolescents :

### ***Un groupe sans problèmes apparents***

Environ 26 % des jeunes (32 % de garçons et 16 % de filles) n'ont présenté aucun trouble. Ces jeunes, sans problèmes apparents, ont dans l'ensemble une opinion plutôt positive de leurs parents, ils se disent bien dans leur peau, ils aiment sortir, écouter de la musique, mais font peu d'excès.

Il n'y a pas de différence avec les autres groupes en ce qui concerne la nationalité, la scolarité ou les activités des parents.

Dans ce groupe, l'apparition de problèmes se manifeste par des sensations de fatigue, une dégradation du climat familial et une difficulté à organiser sa vie. Les événements à risque semblent être le chômage, la maladie des parents, un divorce ou un déménagement. Cela témoigne de la vulnérabilité des adolescents face à l'environnement familial.

### ***Un groupe d'adolescents à problèmes***

10 % environ des jeunes (6 % de garçons, 14 % de filles) cumulent au moins quatre problèmes. Ces jeunes ont des troubles du sommeil, des céphalées (les troubles du sommeil pendant l'enfance sont les meilleurs indicateurs de difficultés psychologiques).

La vie familiale est ressentie comme pénible, tendue, le père surtout décrit comme envahissant et manquant de compréhension. Ces adolescents se plaignent de tristesse et surinvestissent dans la vie relationnelle extrafamiliale. Ils font souvent des excès.

### ***Un groupe intermédiaire***

Ce groupe représente une majorité d'adolescents, 63 % environ (65 % de filles, 60 % de garçons). Ils présentent de un à trois problèmes, ce qui explique leur vulnérabilité. Si des facteurs de risque familiaux

---

s'ajoutent à cette vulnérabilité, ils sont en danger de décompensation mais, bien suivis, ils ont un parcours relativement satisfaisant.

**Les symptômes qui doivent le plus attirer l'attention des médecins, des éducateurs et des familles sont la réapparition d'un trouble déjà connu, sa durée et le cumul avec d'autres troubles.**

## Une approche différente filles et garçons

### Des actions adaptées au sexe

Il est important de tenir compte des différences entre les garçons et les filles. Habituellement, les différences entre les sexes ne sont que secondairement évoquées à l'adolescence. Or, en population générale scolaire, garçons et filles diffèrent quant à leur mode de vie, leurs préoccupations, leurs troubles et leurs conduites. Les garçons s'expriment préférentiellement à travers des troubles de la conduite (consommation de produits psychoactifs, violences), les filles à travers les plaintes et les « troubles corporalisés » (tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, troubles fonctionnels et de l'humeur).

On propose donc, en priorité :

- **de prendre en compte systématiquement, pour toute action, toute intervention, toute mesure, la différence entre les garçons et les filles, au risque de mettre en échec les actions de prévention entreprises.** Les modes d'intervention (support de l'intervention et type d'intervenants) devraient être différenciés par sexe.
- **D'envisager, pour les filles, des actions systématiques concernant le suicide, les troubles des conduites alimentaires, les violences subies. En effet, la majorité a au moins un de ces troubles, souvent méconnu par l'entourage.**

Si le groupe n'a pas méthodiquement noté toutes les variables sociodémographiques impliquées, les personnes auditionnées ont toutes insisté sur ces différences d'expression de la souffrance psychique chez les filles et chez les garçons.

Dans son bilan 1998, le service téléphonique Fil santé jeunes, mis en place par l'École des parents et des éducateurs Île-de-France, constate que le thème de la souffrance psychique est abordé dans 72 % des appels provenant de filles, contre 28 % dans les appels de garçons, mais que le mal-être est plus grave chez les garçons, qui en parleraient plus longuement et plus facilement au téléphone. Certes, le sexe du répondant intervient. L'âge moyen des appelants varie selon le sexe.

**L'évolution différente des comportements selon le sexe justifie de favoriser des interventions spécifiques pour les garçons et les filles. Les professionnels doivent être attentifs à ces nuances, les filles présentent des scores de qualité de vie inférieurs à ceux des garçons qui, eux, expriment plus leurs difficultés par des comportements à risque. Des actions adaptées selon le sexe peuvent favoriser des expressions soit par la parole, soit par l'action.**

## **Attirances et pratiques homosexuelles**

La prévention du VIH-sida a suscité quelques vastes enquêtes sur le comportement sexuel (aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en France), dans les pays démocratiques et industrialisés, et de nombreuses publications qualitatives à partir d'échantillons réduits sur les déterminants psychosociaux de la prise de risque en matière de sexualité, et notamment d'homosexualité dans le contexte des VIH.

Ont été mises en évidence des corrélations entre les modes de socialisation et les prises de risque : intériorisation d'une homophobie ambiante, la non-estime de soi, la non-identification à un groupe exposé, le déni.

Ceci a attiré l'attention sur les conditions d'entrée des adolescents dans la sexualité, notamment en cas d'attirance et de pratiques homosexuelles.

L'enquête française publiée par H. Lagrange et B. Lhomond<sup>70</sup> rappelle que l'homosexualité à l'adolescence est présentée comme une tension entre normalité et séduction par un partenaire plus âgé, ce qui dénie toute possibilité d'aborder sereinement avec l'adolescent l'homosexualité comme mode de vie. Une forte tradition médicale la présente comme un signe pathologique. Il n'y a donc pas d'espace où il soit possible de distinguer fantasmes, attirances, pratiques homosexuelles, orientation sexuelle vécue comme dimension de l'ego et rôle sexuel socialement assumé.

**Des critères objectifs pour distinguer ces étapes dans la construction d'une identité sont nécessaires pour que l'adolescent ne s'enferme pas dans un auto-étiquetage marqué par l'homophobie du contexte familial et social qui confond choix de pratique et choix d'identité.**

Comme le rappelait une étude comparative hollandaise, qui inventorierait le vaste répertoire des conduites bisexuelles dans différentes cultures, les populations ne s'identifient pas comme bisexuelles.

70. *L'entrée dans la sexualité*, Paris, La Découverte, 1997.

---

L'Académie américaine de pédiatrie a développé en 1993 une série de recommandations sur la conduite à tenir envers les adolescents qui auraient une attraction prédominante ou exclusive pour les individus de même sexe et « sans les encourager à se refermer trop tôt dans une identité mal choisie, les aider à établir leur identité sexuelle » et l'estime de soi.

Une association de parents d'homosexuels, « Contact », créée dans le contexte de la prévention de VIH-sida et la découverte tardive de l'homosexualité de leurs enfants, a vécu des années sans pouvoir communiquer avec eux sur cette composante essentielle de leur vie. Elle propose le même objectif en écoutant et soutenant aussi bien les parents que les adolescents.

**Le Haut comité de la santé publique recommande une formation en ce sens pour les personnels en contact avec l'adolescence. Car les parents n'aiment pas entendre que quelque chose va mal dans le développement de leurs enfants, et leurs enfants ne veulent pas les faire souffrir en partageant : une part de la souffrance des adolescents est la souffrance de faire souffrir ses parents.**

## **L'importance des familles : le travail en réseau**

À l'adolescence, le conflit entre générations est souvent évoqué et l'autorité des parents souvent mise à mal. Si les études en population générale montrent que la majorité des parents assurent leur rôle d'éducateur et que la plupart des jeunes leur font confiance, aucune donnée ne permet de conclure sur les relations parents/enfants dans une population en grande difficulté. C'est ainsi que les parents des jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse, par exemple, sont considérés comme absents, démissionnaires et sans projet pédagogique. Or, la réalité, telle qu'elle est rapportée par les adolescents eux-mêmes, s'avère plus nuancée et implique une prise en compte et un accompagnement des parents dans la prise en charge des jeunes.

**Il est donc important de mieux cerner les besoins des parents (soutien, accompagnement, information) dans la perspective d'améliorer la prise en charge des jeunes en difficulté et de considérer les parents comme des partenaires à part entière dès qu'un projet éducatif est mis en place. Les modalités de ce partenariat sont à considérer en accord avec les professionnels, les parents et les jeunes.**

Peu d'adolescents viennent spontanément dire « je souffre, aidez-moi ». Leur souffrance met en cause les adultes essentiels, les

parents, leur propre identité, et il faut une forte légitimation sociale de ce mal-être et une réelle capacité d'accueil, d'accompagnement, de codification de l'environnement pour que les adolescents eux-mêmes y recourent.

La famille, ou le groupe familial, constitue le lieu primaire de prise en charge de l'individu touché par un risque. Cette solidarité familiale très étroite pendant l'adolescence est aussi déclenchée par exemple lors de l'exclusion des primo-demandeurs d'emploi des allocations de chômage et à l'exclusion des moins de 25 ans du RMI. Le jeune chômeur est, en France, à charge de sa famille.

La famille joue un rôle protecteur important, mais en cas de défaillance ou d'absence de sa part, les situations de crise familiale, présentes ou passées, sont source de grande vulnérabilité.

**On devra donc créer des lieux de rencontre pour les parents et favoriser des actions de dialogue entre parents et adolescents ou jeunes adultes dans les lieux de vie.**

Rapportant son expérience de praticien, le docteur J. Maisondieu constate qu'il a fallu sept ans de consultations des RMIstes pour que les professionnels du social apprennent à reconnaître qu'on ne leur envoyait pas des malades à soigner, mais des gens en souffrance à accompagner. Cette conversion de la pratique professionnelle et d'une culture savante, l'acceptation d'un nouveau modèle d'interprétation et d'action constituent au sens propre un changement de paradigme.

**C'est en constituant des réseaux où infirmières scolaires, généralistes, psychiatres et groupes de pairs eux-mêmes partagent une sémiologie identique, qu'ils pourront s'entendre sur ce paradigme nouveau, où la lecture de petits signes et l'accompagnement au sein des familles pourront se développer. Le groupe a recueilli quelques expériences qui illustrent déjà ce nouveau comportement d'action.**

## **Le soutien de l'environnement**

Les adolescents en difficulté sont souvent dans une absence de sécurité et de ressources internes et d'une extrême sensibilité et vulnérabilité aux attitudes et comportements des adultes qui les entourent. Ils sont comparables, comme le dit Philippe Jeammet, à des fils électriques à nu dont l'environnement devrait constituer la gaine protectrice sans pour autant qu'ils se sentent enfermés. Leur avenir dépend de la capacité de cet environnement de les aider à prendre soin d'eux, plutôt que de leurs capacités propres.

---

Cela suppose que les adultes de cet environnement soient formés pour comprendre le fonctionnement de ces jeunes et qu'ils soient motivés pour insérer leur action dans une continuité qui fait défaut à ces jeunes.

Les lieux de vigilance sont l'école, les services sociaux, les services médicaux et la justice. Le problème est de réaffirmer leur importance et de les aider à travailler les uns avec les autres. Or, la diversité des cases séparées que représentent les institutions renforcent les risques d'exclusion et en sont le plus souvent la cause première. La souffrance psychique de ne plus être au milieu des autres entraîne la révolte puis la résignation de l'adolescent.

**Aider les jeunes passe en priorité par aider les adultes qui sont à leur contact et constituent leur appui essentiel, que ce soit les parents ou les différents intervenants médicaux et sociaux.**

## **Des entretiens d'évaluation clinique dans les établissements scolaires**

Dans le département de la Vienne, ce type de réseau entre les psychiatres et les enseignants fonctionne depuis plusieurs années.

La circulaire du 11 décembre 1992 émanant du ministère de la Santé définit les missions du secteur public en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : elle met l'accent sur la priorité accordée au travail de prévention au sein de la collectivité, sur les lieux où se trouvent habituellement les enfants et adolescents.

L'adolescence est une période particulièrement féconde en bouleversements profonds au plan de la personnalité et des relations avec l'entourage. Ces attitudes, comportements, voire symptômes sont susceptibles, à juste titre, d'inquiéter les adultes au contact des adolescents : parents, enseignants, éducateurs, médecins, etc.

Il n'est en effet pas toujours aisé de distinguer entre, d'un côté, des conduites qui témoignent de ce qu'il est convenu d'appeler la « crise de l'adolescence » et, de l'autre, des symptômes qui signent déjà une souffrance psychique susceptible de s'inscrire dans la pathologie. Ainsi un absentéisme scolaire aura-t-il tendance à être uniquement analysé par certains adultes comme la conséquence logique d'une famille « démissionnaire » ou marginalisée si l'adolescent évolue dans un tel milieu. Un tel facteur doit être analysé dans le contexte plus large des remaniements de l'adolescence.

La médiatisation de certains comportements brouille également leur lecture, attirant l'attention des adultes sur certains compor-

tements au détriment d'autres moins immédiatement inquiétants. Par exemple la survenue de pensées sur la mort à l'adolescence sera immédiatement mise en rapport avec la problématique adolescente et bénéficiera d'une sollicitude inquiète de la part des adultes en raison de l'importance du taux de suicide chez les adolescents, alors que d'autres comportements, moins connotés négativement, ne seront pas perçus comme des signes de souffrance psychique ou le seront trop tardivement, par exemple l'association, arrivée systématique en retard et retard scolaire de deux ans et plus qui selon l'enquête Inserm (M. Choquet, 1994) signe l'existence d'un malaise profond chez l'adolescent qui la présente.

Il s'agit donc, non seulement de repérer les signes annonciateurs d'un malaise chez l'adolescent, mais d'évaluer leur fonction dans la dynamique psychologique de l'adolescence.

**Les entretiens d'évaluation clinique** ont pour but de chercher à distinguer d'une part, un symptôme constituant la trace du travail psychique de l'adolescent, ce qui nécessite certes l'attention bienveillante des adultes, sans pour autant signer un fonctionnement pathologique, et d'autre part un ou plusieurs symptômes devant faire craindre un malaise plus profond, pour lequel l'avis d'un spécialiste de l'adolescent sera nécessaire.

**Il s'agit donc bien de prévention, conçue comme un repérage précoce des difficultés et non pas de consultations psychiatriques « avancées ». Faire la part entre le « développemental » et le « pathologique » constitue, à l'adolescence, une mission de première importance, aussi bien pour les acteurs de terrain que pour les spécialistes.**

Le nombre de pédopsychiatres publics est restreint et n'ira pas en augmentant. Il leur est matériellement impossible de voir tous les adolescents pour lesquels les adultes se posent des questions. Par ailleurs, il ne semble pas souhaitable de susciter un doute sur la santé psychique de tous les adolescents. « Montrer au psychiatre » un adolescent dès la première alerte entache parfois de manière assez grave la confiance que ce dernier peut avoir dans les adultes qui s'occupent de lui.

Pour toutes ces raisons, la mise en place d'un réseau de soins autour des adolescents est une nécessité.

L'Éducation nationale dispose d'un service interne de promotion de la santé en faveur des élèves, comportant un pôle médical et infirmier et un pôle social. Les entretiens d'évaluation clinique ne peuvent fonctionner sans eux. Il ne s'agit cependant pas de créer une « filière », mais un réseau, c'est-à-dire que les adolescents doivent pouvoir accéder aux soins par n'importe quel point



---

du dispositif. Il appartient aux acteurs de ce réseau de se concerter pour s'organiser dans le suivi. Permettre à un adolescent qui va mal de trouver auprès des adultes qui l'entourent le cadre relationnel qui lui permettra d'abord de faire le point sur l'ensemble de ses difficultés, puis d'évoluer, constitue sans nul doute la préoccupation de tous ces acteurs.

L'adulte « choisi » par l'adolescent ne doit pas être le seul à intervenir. Il doit agir en concertation avec les autres acteurs de terrain. En ce sens, les entretiens d'évaluation clinique se différencient bien d'un lieu d'écoute pour les adolescents qui souhaiteraient simplement parler de leurs problèmes. Ces entretiens se proposent de déterminer d'une part la nature des plaintes ou les symptômes présentés par le jeune et d'autre part se proposent à la lumière de ces évaluations de définir le meilleur interlocuteur possible pour l'aider. Parfois quelques entretiens suffiront à apaiser les craintes, d'autres fois au terme des six entretiens d'évaluation, la situation demeure complexe et un travail en réseau va s'imposer associant tous les membres de la communauté éducative et bien souvent alors les parents.

Par ailleurs un travail de supervision effectué en groupe garantit la validité des évaluations.

## **Des mesures pour éviter l'exclusion**

L'exclusion, comme solution à un conflit, est toujours un échec. C'est une apparence d'autorité qui aggrave le malentendu. Non seulement l'exclusion ne résout pas le problème mais elle rend son approche plus difficile pour ceux qui vont devoir s'en occuper par la suite.

Derrière ce que l'on nomme la délinquance, il y a surtout de la souffrance.

La violence en milieu scolaire est moins forte qu'on le dit. Dans certains collèges de la banlieue parisienne, il a été créé des « Conseils de prévention » pour éviter le plus possible d'en arriver à des mesures disciplinaires et aux exclusions définitives toujours dommageables pour l'adolescent. Il peut ainsi se débattre d'une hiérarchie des sanctions et non d'exclusion. Il est proposé par des éducateurs, des mesures de réparation, nettoyage des tags, remise en état des serrures bouchées par du chewing-gum, aide au personnel d'entretien, etc. Cela montre à l'élève qu'il a un rôle dans la vie scolaire. Il y a bien sûr une réprobation des autres élèves, comme partout ailleurs dans la société, mais il n'y a pas

pour autant de rejet du groupe, de mise au pilori et cela évite un enchaînement de mesures plus sévères.

Il ne doit pas y avoir du semblant de réparation, mais une vraie transformation de « la haine, la rage, la honte » en quelque chose d'utile et de créatif. Pour cela il faut du temps et de la réflexion avec un accompagnement éducatif. Pour recycler la violence, il faut souvent être aidé par un tiers, éducateur ou psychologue.

Il est très important de tenir compte de l'âge des adolescents, car les difficultés, la violence et les comportements à risque augmentent avec l'âge. Il va donc être nécessaire de créer des dispositifs accessibles aux jeunes adultes. Très souvent, la violence d'individus ou de bandes, lesquelles permettent la levée de l'inhibition, est une manifestation de l'ennui et de l'impossibilité de trouver une place pour être reconnu.

Des programmes de prévention de la violence sont expérimentés en milieu scolaire à Namur en Belgique, au Québec et dans les banlieues lyonnaise et lilloise. Ils cherchent à développer des outils pédagogiques, psychologiques, voire artistiques concourant au mieux vivre ensemble, par une culture du dialogue. Ces projets associent une médiation par les jeunes eux-mêmes, ils visent à responsabiliser, à transmettre des notions de base comme le respect de soi et de l'autre et apprendre une culture de gestion des conflits par la parole et non par les coups.

Il existe un lien important entre la pratique d'une activité physique et la qualité de vie perçue. **D'où la nécessité de relier des actions de prévention à des activités physiques et culturelles et de favoriser à travers le sport, le théâtre, la musique, la danse, telle que le hip-hop, le rap, ou autre, l'acceptation et l'apprentissage des limites de la loi et des liens d'identité.**

---

# **Rôles actuels des différents professionnels. Évolution souhaitable de leurs interventions**

Les nombreuses institutions et administrations en contact avec les adolescents et les adultes jeunes sont trop souvent isolées les unes des autres. Cette dispersion est préjudiciable à l'efficacité de chacune d'elles.

Comment adapter nos institutions et les relier entre elles ? Quels peuvent être les rôles des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues, des enseignants, des infirmières scolaires, des travailleurs sociaux et des policiers, souvent en première ligne ?

Nos structures sont souvent inadaptées aux crises des adolescents, car elles interviennent trop tardivement. Pour les jeunes, l'important est la prévention, le suivi, le dépistage des souffrances psychiques et des ruptures de liens avec leur environnement naturel. Ils traduisent ces souffrances par des plaintes physiques répétées, des manifestations dépressives, lors des tentatives de suicide, des fugues et des échecs scolaires.

**Lorsque des troubles réapparaissent, persistent et s'accompagnent d'autres troubles, il doit y avoir ouverture à des professionnels dans des lieux bien identifiés, pour « lire » ces souffrances, aider les jeunes à les comprendre et les accompagner vers une autre issue.**

Les multiples intervenants auprès des adolescents et des adultes jeunes peuvent tenir compte de la spécificité de chaque individu et de leur environnement, dans des actions ponctuelles au moment des crises, mais également en prévention et en suivi. Cela suppose, de l'avis même de ces intervenants, une bonne formation et une bonne articulation entre eux pour réussir cet accompagnement.

**Le Haut Comité de la santé publique souhaite qu'une politique de santé en faveur des adolescents et des adultes jeunes permette de relier les différentes préconisations faites séparément par chacune des institutions concernées par cette population.**

Nous retrouverons ces préconisations dans les cinq chapitres suivants :

- **Les premiers recours. Information. Lieux d'accueil et d'information des jeunes et des familles. Lieux d'accueil polyvalents. Maisons de santé pour les jeunes.**
- **Les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité. L'importance d'un travail de liaison.**
- **L'institution scolaire. Bilan en CM 2. Les enseignants, l'infirmière, le médecin, l'assistante sociale et le psychologue.**
- **Le recours psychiatrique. Lieux d'accueils. Liens avec les familles et les écoles.**
- **L'Aide sociale à l'enfance. Les constats récents de la Protection judiciaire de la jeunesse.**

---

## **Les premiers recours. Information.**

### **Lieux d'accueil des jeunes et des familles.**

### **Lieux d'accueil polyvalents.**

### **Maisons de santé pour les jeunes**

**Information** Les informations données aux adolescents doivent être multiples et se nourrir en permanence des réalités de leur vie recueillies par ceux qui les entourent.

L'adolescence se distingue de l'enfance par la socialisation des pairs. Mais dans l'étude des comportements, il n'apparaît pas justifié de séparer l'adolescence de l'enfance. Nombre de comportements, d'attitudes, évoluent de façon régulièrement continue entre 0 et 30 ans.

La construction de l'identité passe par des phases de réorganisation, de maturation de soi, jusqu'à l'âge de 30 ans et plus, avant de parvenir à une définition satisfaisante. La période d'individu incertain s'étend de 12 à 24 ou 30 ans, la vie étant vécue aujourd'hui comme un destin individuel plutôt que collectif comme celui qu'ont connu les parents et les éducateurs. L'indétermination est de plus en plus fréquente, avec ses corollaires sur la santé, les conduites à risque, les consommations, etc.

Les difficultés de l'enfant et de l'adolescent doivent être repérées, évaluées et prises en charge très rapidement, afin d'avoir une chance d'être améliorées et de ne pas entraîner des conséquences dommageables à terme.

Les parents, les éducateurs et les enseignants sont les soutiens dominants. Les jeunes les plus fragiles sont toujours ceux qui sont en rupture avec leur famille.

**Les parents ont donc un rôle premier et déterminant dans la détection et la démarche de prise en charge des difficultés ou troubles de leur enfant. Mais, quelle que soit la vigilance des parents, leur proximité affective, leur manque de formation, leur subjectivité et la banalisation liée au contact permanent ne les rendent pas toujours clairvoyants.**

Tous les professionnels en relation avec les enfants et les adolescents doivent donc être sensibilisés et aptes à reconnaître les signes d'alarme et les indicateurs de souffrance et de difficultés, afin de conseiller la famille ou le jeune sur les possibili-

tés de soutien ou de prise en charge. L'école, jusqu'à l'université, doit être un lieu privilégié de dépistage, d'écoute et de conseil.

Dans cette optique, il faut expliquer les indicateurs et les premiers symptômes qui doivent être considérés comme un signal d'alerte sur le plan de la santé mentale et de la capacité d'apprentissage. Les conseillers et les soutiens naturels de la famille sont les éducateurs, les médecins généralistes et les pédiatres (encore faut-il qu'ils soient bien avertis de ces questions et capables de différencier des perturbations anodines, d'un comportement pathologique mettant en danger l'avenir de l'adolescent).

**Le rôle familial déterminant nécessite d'envisager un soutien global en cas de crise, avec information, soutien et aide simultanée aux jeunes et aux parents. L'éducation à la santé est à trouver en priorité au sein de la famille.**

## **Lieux d'accueil et d'information des jeunes et des familles**

Trois circulaires (circulaire n° 96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans ; circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou les parents ; circulaire n° 99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des familles) préconisent la création de lieux d'accueil et d'écoute et rappellent le rôle fondamental de la famille auprès des jeunes et dans le maintien de la cohésion sociale.

En cas de souffrance psychique des adolescents, tous les parents sont susceptibles de rencontrer des difficultés. Ces réseaux d'écoute, avec les différents partenaires concernés, souhaitent s'adresser à toutes les familles sans se limiter aux familles à problèmes, et s'appuyer sur des initiatives déjà existantes.

Dans les lieux d'accueil et d'écoute, **les familles qui se rencontrent et se parlent prennent conscience qu'elles ne sont plus seules en face de leurs enfants dont les comportements leur faisaient peur ou honte.** Elles apprennent que devant une tentative de suicide ou la consommation d'une drogue, il y a des solutions à proposer pour aider leur enfant sans le rejeter, et qu'on peut lui parler sans le condamner. Ces groupes de parents sont aussi un très bon relais pour la recherche et l'acceptation d'une filière de soin pour eux ou leur enfant.

Les parents peuvent apprendre que le mal-être dont souffre leur adolescent est à rechercher dès la petite enfance, à partir des retards de langage, des anomalies de la motricité, ou des violences subies. Le mal-être psychologique n'est habituellement pas abordé

---

en famille, contrairement aux autres sujets médiatisés comme l'alcool, la drogue et le sida.

Le rôle des parents dans l'information des enfants sur la santé est primordial dès la grossesse, l'accueil du bébé et la toute petite enfance, d'où l'importance du retentissement des conflits et des violences intrafamiliales avec les risques liés au tabagisme (25 % des femmes enceintes fument) ou à l'alcoolisme des parents. Ces exemples ont une incidence forte sur l'enfant, tout comme les culpabilités familiales.

**Des lieux d'accueil pour personnes en difficulté** ont été créés dans plusieurs villes. À Paris, dans le 18<sup>e</sup> arrondissement, Madame Lia Cavalcanti a participé à la création d'un tel lieu appelé « Ego » pour « Espoir Goutte d'Or ». Au départ, créé pour venir en aide aux toxicomanes et pour accompagner des personnes séropositives, ce lieu accueille aussi des adolescents en échec scolaire et de nombreux jeunes adultes. Il se veut trait d'union entre la population d'un quartier et d'autres associations. L'accueil est fait sans jugement sur les situations, ni exigences. Chacun doit respecter le droit à la différence et la participation des uns et des autres ; l'objectif est de construire un nouveau savoir-faire par l'intermédiaire de diverses activités, telles que l'accueil, un journal, des rencontres avec des sujets très marginalisés et un lieu de nutrition.

La personne est accueillie, elle fait partie d'un milieu et d'un réseau de sociabilité dans lequel elle peut évoluer. Le respect de son contexte de vie est plus important et plus efficace que certains traitements médicaux qui l'enferment. Dans ces lieux naissent des actions communes et coordonnées, associées à un processus de remise en cause et de resocialisation.

Ce lieu d'écoute essaie de remédier à cette impuissance du corps social, qui renvoie tous les problèmes à la psychiatrie ou à la police. Le travail qui est réalisé permet de créer un espace thérapeutique sans rappeler les lieux habituels psychiatriques. Il existe parmi les adolescents une frange très importante de jeunes soumis à des violences inconnues et non dites, surtout des violences sexuelles. Des pans entiers de ces souffrances n'apparaissent pas dans les statistiques classiques. Il est possible, dans ces lieux, d'avoir un contact avec des exclus sans menace de les exclure encore plus.

Les quelques salariés présents psychologue, éducateur, secrétaire, font participer chaque personne accueillie au fonctionnement du local et à l'accueil des autres. Ensuite, il est proposé un accompagnement vers un suivi de soin, lorsque la raison de ce soin a été bien comprise par l'adolescent.

**Un tel lieu montre que la prise en considération de la souffrance dans un esprit communautaire est possible même dans les situations les plus difficiles. Il serait sans doute possible de réaliser des enquêtes longitudinales plus approfondies sur cette souffrance cachée. Il est aussi possible de multiplier les autres lieux d'écoute en faisant participer les personnes accueillies à leur aide.**

## **Lieux d'accueil polyvalents**

Les communications sur la santé des jeunes s'expriment trop sous forme d'injonctions et d'interdits, ce qui est souvent inefficace.

Certains centres de santé pour étudiants, par exemple, disposent de plusieurs intervenants dont un psychiatre. Sa présence dans le groupe banalise le recours au psychiatre. Il est un parmi les autres et il n'est pas nécessaire de mettre en avant des troubles psychiques pour l'aborder. De la même manière, il est possible de demander dans ces centres, le dépistage du VIH et il est permis de parler d'une homosexualité non dite ailleurs. **Ces exemples confirment l'idée déjà évoquée de ne pas spécialiser les lieux d'accueil. Un lieu d'aide et de soins rend les recours d'autant plus accessibles qu'il n'y a pas une connotation unique : sida, suicide, drogue, etc.**

Il est également plus facile dans de tels lieux de réunir plusieurs jeunes qui pourront, devant les autres et avec un animateur, évoquer leur propre souci de santé et ceux concernant leurs amis sans avoir le sentiment de les trahir.

Le groupe est protecteur pour l'adolescent qui se met en danger. Par exemple, fumer dans un groupe est moins dangereux que de s'isoler et d'avoir recours à du cannabis le soir dans sa chambre pour s'endormir. Le groupe de pairs est très sensible à l'apparition d'une souffrance psychique de l'un d'entre eux. En revanche, le groupe n'a ni la compétence, ni la légitimité pour intervenir sans trahir.

## **Des maisons de santé pour les jeunes**

Des expériences, réalisées à Grenoble et à Valence, montrent qu'il manque en France des lieux pour adolescents où l'on puisse aborder tous les problèmes de santé.

Ces lieux peuvent exister sous d'autres dénominations, comme la Maison de l'adolescent au Havre, certains points écoute ou accueil, certains centres médicopsychologiques.

Il est important, dans ces lieux, d'être attentif au rôle des éducateurs ; leur soutien est très vite en décalage avec le groupe. Chez les lycéens, la situation est un peu différente, car le recours est toujours un adulte. Pour des fractions de populations de banlieue,



---

plus démunies, ce problème du contact avec un intervenant est encore plus difficile.

Une « maison de la santé des jeunes » serait à même de répondre à ces problèmes, mais cela ne peut marcher que si celle-ci n'est pas connotée comme un lieu pour pauvres et démunis. Il faut donc les imaginer à proximité des quartiers difficiles et des zones plus urbanisées, en y associant d'autres fonctions, par exemple le soutien scolaire par des adultes. Des associations de retraités remplissent déjà ces rôles dans plusieurs villes.

**Dans de tels lieux pourrait se développer ce rôle de parentalité collective, en apprenant que l'on peut signaler quelqu'un en danger et que collaborer n'est pas dénoncer, mais aider à soigner.**

### **Le soutien par l'écoute téléphonique**

Certains jeunes, pour des raisons géographiques ou parce qu'ils souhaitent un accueil plus anonyme, utilisent différentes lignes téléphoniques : Fil santé jeunes, drogues info service, SOS Amitié...

## **Les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité. L'importance d'un travail de liaison**

Dans l'enquête effectuée par le CFES pour le Baromètre santé jeunes 1997/98, il apparaît que les médecins généralistes sont les professionnels de santé le plus souvent consultés par les adolescents. Les troubles les plus fréquents déclarés sont : mal de tête, mal au dos, mal au ventre, deux fois plus souvent chez les filles (qui consultent plus souvent le médecin) que chez les garçons.

Les médicaments les plus consommés sont ceux contre la douleur, la nervosité et l'insomnie. 9 % ont eu une hospitalisation dans l'année.

90 % ont une bonne acceptation des vaccins. Dans l'enquête, le dernier rappel a été demandé à 52 % par les parents, 26 % par le médecin généraliste et 20 % par le jeune lui-même.

### **Entre généralistes et adolescents, la difficile rencontre**

Le médecin généraliste connaît souvent bien la famille, son histoire et le lieu de vie de l'adolescent. Malheureusement, cela ne suffit pas pour être un recours efficace. Les médecins généralistes sont mal formés à la pédiatrie et à la relation pour la prise en charge des souffrances des adolescents. Ils n'ont pas tous une bonne « accroche » devant les multiples souffrances psy-

chiques que peuvent présenter les adolescents et les adultes jeunes.

Leurs consultations sont souvent rapides et centrées sur un problème somatique présenté par le jeune ou son parent qui a pris le rendez-vous pour lui : fièvre, douleur, vaccination, ou certificat d'exemption d'éducation physique.

Ce type de rencontre n'est d'ailleurs pas propre aux jeunes : nous craignons tous d'être malades un jour et nous souhaitons que le médecin qui nous prendra en charge ce jour-là soit compétent, se rende disponible et soit capable de nous écouter. Ces qualités, qui ne sont pas enseignées, sont négligées lors de la sélection, pourtant draconienne, des étudiants en médecine, basée essentiellement sur la physique, la chimie, la biologie.

Par la suite, la formation des médecins est presque exclusivement assurée par des spécialistes hospitaliers et surtout centrée sur le diagnostic, l'évolution et le traitement des troubles somatiques. Peu ou pas de formation à la psychologie, à la relation, à l'information sur les turbulences de l'adolescence. La part la plus importante de la thérapeutique est réservée aux prescriptions de médicaments. Une fois le médecin installé, son contact professionnel le plus fréquent sera le visiteur médical d'un laboratoire pharmaceutique.

C'est ainsi, comme le rapportait le professeur É. Zarifian en 1994, qu'il y a en France trois fois plus de psychotropes prescrits que dans les autres pays européens. On va chez le médecin pour avoir un médicament et non pour entendre un conseil. Les patients demandent un médicament pour tout événement dérangeant de leur vie, le médecin est plus prescripteur qu'informateur ou formateur de santé.

**Le silence sur tout ce qui est autre que le médicament est assourdissant. En France, il n'existe actuellement aucune réflexion sur l'éthique de la prescription des médicaments psychotropes.**

Concernant les prescripteurs, surtout les médecins généralistes, il y a peu de formation à la psychologie, à l'éthique, à la psychiatrie. La prescription reste l'acte essentiel pour lutter contre les fléaux des temps modernes. Aucune étude n'existe concernant la prescription d'un psychotrope et le diagnostic permettant cette prescription. Le temps de consultation des généralistes est très bref, ne permettant ni diagnostic, ni entretien. Au total, peu formé, influencé par la publicité, sans avis contradictoire et pressé par la demande, si le médecin généraliste résiste, c'est qu'il est héroïque !

## **Entre généralistes et adolescents, l'importance de la prévention**

Tout en affirmant depuis longtemps « qu'il vaut mieux prévenir que guérir », on a encore l'habitude de séparer le curatif du préventif. De plus en plus, les progrès techniques sont réservés au seul bénéfice de l'action curative qui reste la tâche médicale valorisée :

- Au plan médical, devant des problèmes pathologiques tels que la perte de poids chez une adolescente, le risque est grand de multiplier des examens inutiles et coûteux et des traitements inefficaces et dangereux, ce qui va retarder et rendre plus difficile le traitement psychiatrique d'une anorexie.
- Au plan général, là où il faudrait parfois un diagnostic de situation, le médecin va faire un diagnostic d'affection. Là où il faudrait une série de soutiens pour comprendre et résoudre des problèmes sociaux et familiaux, on ne va trouver qu'une prescription de médicaments et d'examens. On a si bien séparé le social du médical que les actions sur le terrain sont souvent inadaptées et que leur coût devient insupportable.

**Il n'est pas sûr que tous les progrès de la médecine apportent une solution raisonnable aux problèmes que se pose la majorité des jeunes. Leurs problèmes de santé sont de plus en plus mêlés à des problèmes de vie et les médecins ne savent plus ou ne peuvent plus offrir ce qui serait nécessaire : le temps, la patience, la permanence, l'information, la liaison avec les autres soignants et la prévention.**

## **L'apparition de nouvelles pratiques**

Héroïques, ou tout simplement sensibles à ce qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne, nombreux, pourtant, sont aujourd'hui des médecins généralistes qui modifient leur façon de travailler. Confrontés aux toxicomanies, au sida, à l'alcoolisme, aux cancers, des groupes se constituent pour mettre en commun leurs observations et travailler en réseaux.

Depuis la large diffusion des traitements de substitution, le médecin généraliste est au cœur du dispositif de soins des toxicomanes. D'un contact très occasionnel, tendu et critique avec le toxicomane, le généraliste est passé, en effet, en peu de temps, à des accompagnements de prise en charge à long terme.

Dans les années soixante-dix, les généralistes rencontraient peu de toxicomanes et n'étaient pas formés à cette activité, qui devait relever de la psychiatrie. Cependant, rapidement, de nombreux patients ont refusé la médicalisation de leurs problèmes. L'arrivée du sida a confronté les généralistes à un problème de choix d'une nouvelle pratique. Dans les années quatre-vingt, une réflexion

commune s'est développée autour de plusieurs réseaux (association Généralistes et toxicomanie, Centre régional d'information et de prévention du sida...). C'est ainsi que ceux-ci ont participé à la constitution des premiers réseaux entre ville et hôpital.

Par rapport aux structures médicales que peut rencontrer un toxicomane, le cabinet du médecin généraliste occupe une place à part. **Le cadre libéral de la consultation du généraliste peut favoriser l'autonomisation des patients et leur responsabilisation accrue, ils acceptent ainsi plus facilement d'exposer leurs autres problèmes à ce médecin qui n'est pas un spécialiste. L'aide médicale peut alors se développer sur un autre registre que celui de la demande d'une drogue qui se substitue à une autre drogue.**

Ces pratiques s'ouvrent aujourd'hui au problème des sevrages alcooliques, tabagiques et aux réseaux de soins palliatifs à domicile.

**Les nouvelles pratiques qui doivent pouvoir être partagées par d'autres intervenants**

Au-delà des informations sur les adolescents, qui servent de socle à leur pratique quotidienne, les médecins généralistes, comme tous les autres soignants, apprennent à prendre du recul dans leurs consultations. Ce nouveau métier peut être développé dans des cycles de formation continue :

- **Lorsqu'un symptôme nouveau est signalé au cours de la consultation, il est souvent préférable de ne pas le mêler aux autres problèmes déjà abordés.** Il est toujours possible d'en faire le thème unique d'une prochaine consultation. Parler de suicide, d'insomnie, de boulimie, risque d'être banalisé en étant abordé en fin de consultation.
- **Un soignant n'est jamais seul concerné par l'expression d'une souffrance, surtout si elle est lourde de risque.** La consultation du généraliste peut être un bon lieu d'écoute, elle n'est pas pour autant toujours le meilleur lieu de soin. Mais l'une et l'autre, l'écoute et le soin, nécessitent une liaison de qualité. Avoir pu parler permettra à l'adolescent d'accepter d'être adressé, sans être abandonné, à une structure de soins adaptée à son problème.
- **Parler de suicide, de sida, de drogues, de dépression ce n'est pas risquer de donner de mauvaises idées à l'adolescent.** Un médecin généraliste peut apprendre à aborder avec des mots vrais et clairs des situations masquées par d'autres symptômes. Si l'adolescent n'est pas concerné il le dira, si au contraire il en est obsédé, il sera soulagé d'en parler. On commet souvent la même erreur auprès des mourants.

---

En croyant les rassurer, on leur cache la réalité de leur état. Ce ne sont pas les mots qui font souffrir, c'est la réalité de la vie. En cherchant à la cacher, on l'augmente.

- **Lorsque le médecin généraliste a permis à une souffrance de s'exprimer (violence sexuelle, désir de suicide, conflit grave avec un des parents), un projet d'accompagnement peut être proposé auprès d'un psychologue ou d'une équipe psychiatrique.** L'adolescent garde ensuite un lien privilégié avec ce médecin à qui il a pu parler en confiance. Cette vraie fonction de « référent » lui permettra de se proposer comme médiateur vis-à-vis des parents, sans que le secret soit trahi, pour que la parole circule à nouveau dans la famille. Les professionnels de santé ont souvent à dénouer des situations touchant à la fois les adolescents et leurs parents dont les conflits personnels se mêlent et se confondent.
- **Pour répondre à l'inquiétante augmentation des souffrances psychiques des adolescents et des adultes jeunes, des mesures gouvernementales peuvent venir conforter ce mode de travail en réseaux : financement des actions de concertation au même titre que les actes médicaux traditionnels ; organisation de séances de formation continue interdisciplinaires, pour mieux se connaître.** Cette nouvelle médecine, quoique balbutiante, est en train de naître. Chaque partenaire du réseau y garde sa place et sa fonction en amplifiant ce qui a été amorcé par un autre professionnel. Le médecin généraliste, le psychiatre ou le psychologue, l'enseignant, l'infirmière scolaire, le juge des enfants, travaillent les uns à la suite des autres, parfois en contradiction, sur les mêmes problèmes. En raison de cette ignorance, leurs actions sont souvent préjudiciables pour l'adolescent, alors qu'elles peuvent, au contraire, devenir rapidement confluentes et constructives.

La santé d'un individu, quel que soit son âge, se conçoit dans son milieu de vie, par la connaissance de son histoire, de celle de sa famille. D'une consultation à l'autre, le généraliste est le témoin de cette histoire. Sa clientèle se construit autour de lui et regroupe des familles d'individus. Ce qui est dit à l'un est rapporté à l'autre, ce qui sert à l'un circule et bénéficie à un autre. Soigner quelqu'un, c'est, par osmose et délégation, intervenir chez un autre quelquefois inconnu. Les problèmes touchant à la maladie et les conseils de santé circulent dans le groupe. Avec le temps, un savoir médical se construit et constitue une matière médicale, mélange du savoir universitaire du médecin, de son expérience et de la culture de ses patients. Pour être efficace, le traitement du médecin ne doit pas

seulement être logique scientifiquement, il doit aussi être accepté par le patient comme bénéfique.

Pour que la médecine s'améliore et s'adapte à notre société, pour qu'elle soit de plus en plus une médecine préventive où le souci de la santé prenne le pas sur celui de la maladie, les médecins doivent rencontrer des adolescents de mieux en mieux informés et concernés par leur santé.

**Les informations sur la santé données aux jeunes et à leurs familles doivent donc être parallèles aux formations médicales continues. Une formation nouvelle s'impose pour amener les praticiens à intégrer à toute démarche médicale un versant préventif, pour associer à l'optique de soin une optique de médecin de santé publique, visant à corriger les trajectoires pathologiques.**

## **L'institution scolaire. Bilan en CM2. Les enseignants, l'infirmière, le médecin, l'assistante sociale et le psychologue**

96 % des 13-19 ans aiment aller à l'école, mais en cas de difficulté, peu y trouvent un soutien. L'école ne peut donc plus rester un simple lieu de distribution de connaissances, il devient nécessaire d'y trouver du temps, des occasions, et d'y organiser une formation.

Il est souhaitable de former les professionnels à la détection des signes de souffrance des jeunes. Dans le même temps il est indispensable d'aider et de soutenir les enseignants confrontés dans leurs pratiques à des situations de violence issues de problèmes familiaux et d'un délitement du corps social. L'école ne peut pas régler tous les maux de la société.

Il est souhaitable de proposer des lieux de parole pour les adolescents dans les établissements scolaires pour parler des problèmes graves survenus. L'information et la promotion de la santé sont très cloisonnées. Il doit être possible de réunifier les équipes d'intervenants.

Les mesures de prévention doivent porter autant sur l'individu que sur son environnement et sur la période de crise autant que sur son passé et son suivi dans le temps.

**La santé psychique d'un citoyen se construit dans la continuité de sa vie, elle se comprend à partir d'une origine et en fonction d'un**

---

avenir, aussi l'adolescent en difficulté doit-il être considéré avec ses connexions : famille, amis, école, lieu de vie, quartier et société.

## **Bilan de santé en CM2**

Un bilan en CM2 (10-11 ans) avec questionnaire sur le lieu de vie, le mode de vie, permettrait de repérer les adolescents à risque auxquels on pourrait proposer des entretiens pour soutien ultérieur.

Ce repérage des situations à risque pourrait être le rôle du médecin scolaire. Il fait partie de l'institution et il est le mieux à même de relier la situation d'un enfant en difficulté avec le cursus normal de l'école.

Pour aborder la souffrance psychique des adolescents, il est très important de pouvoir intervenir dès la petite enfance. Les facteurs de risque sont déjà en place à la naissance et dans les premiers temps de la vie.

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

## **Éducation pour la santé à l'école**

L'éducation pour la santé dispensée tout au long de la scolarité peut jouer un rôle majeur car elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle des parents. Elle peut donc être un facteur de réduction des inégalités sociales et familiales.

Comme le précise très bien la circulaire de l'Éducation nationale n° 98-237 de novembre 1998 sur les orientations de l'éducation à la santé à l'école et au collège : « L'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences reposant à la fois sur :

- l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir,
- la maîtrise de méthodes de pensées et d'action,
- le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. »

Pour que cette éducation pour la santé soit réellement pertinente et efficace, il est nécessaire qu'elle s'insère de manière cohérente dans les politiques nationale et régionales de santé.

Le Comité régional des politiques de santé (décret du 29 décembre 1998), au sein duquel siège de droit le recteur d'académie, doit être le lieu de mise en cohérence de cette politique d'éducation pour la santé. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions doivent s'appuyer sur un partenariat indispensable rassemblant les compétences aussi bien internes qu'externes à l'Éducation nationale.

**D'autres  
moyens  
d'information à  
inventer**

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

**L'aide des  
collectivités  
locales et des  
associations est  
importante  
pour la  
promotion  
de ces  
espaces-temps**

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

Les difficultés scolaires, marquées par l'absentéisme et le redoublement, sont étroitement reliées à la plupart des conduites d'essai. À l'opposé, le sentiment d'être partie prenante de son lieu scolaire et d'y être bien accueilli sont des facteurs importants de protection contre les facteurs de risque. L'échec scolaire chronique est un vecteur de risque très important. Son constat doit être pris en compte en priorité par les structures et les personnels scolaires.

**Le rôle parfois  
difficile des  
enseignants**

L'école représente plus qu'on ne le croit, pour l'adolescent, non seulement une préparation à la vie professionnelle, mais une possibilité de développement pour l'ensemble de sa vie et de sa personnalité. Le temps et l'espace qui se situent entre la maison et l'école sont remplis d'activités, de rencontres et d'échanges. Ceux-ci constituent une sorte d'aire de transition indispensable entre le mode de vie du groupe scolaire et celui du groupe familial. La participation que l'adolescent attend de l'école questionne l'enseignant confronté à un individu en plein développement et parfois en crise.

L'enseignant peut parfois prendre des fonctions autres que sa seule fonction d'enseignant : fonctions d'éducateur, de conseiller et



---

même de confident, fonctions vis-à-vis desquelles il aura parfois des difficultés à se situer et pour lesquelles il ne trouvera pas toujours le temps nécessaire.

Pendant la scolarité, l'enseignant est au premier rang pour voir apparaître des difficultés spécifiques à l'adolescence, sous forme de désinvestissement pouvant aller jusqu'à la rupture. Une fois de plus, comme beaucoup de problèmes de l'adolescence, la durée de la difficulté est une notion importante : quelques jours, quelques semaines de fléchissement, ne doivent pas constituer pour l'adolescent et pour son entourage une inquiétude excessive. En revanche lorsque ce fléchissement dépasse trois mois, il faut s'interroger sur ses origines.

Cette rupture peut débiter sous forme d'absentéisme, de fugue ou de troubles du comportement à l'école qui rendent la situation de moins en moins tolérable. Il est nécessaire dans ces cas d'avoir l'avis d'un spécialiste qui pourra apprécier les différents facteurs entrant en jeu dans cette rupture.

Cela ne veut pas dire que toute rupture scolaire est pathologique, mais qu'elle est sous-tendue par un trouble psychologique qui doit être pris en compte, et si nécessaire traité. Il est, en effet, toujours dommage de voir un adolescent interrompre sa scolarité pour un état dépressif, interruption qu'il regrettera ensuite, d'autant plus que cet état dépressif aurait pu faire l'objet d'un traitement approprié.

L'enseignant, déjà débordé par les tâches d'enseignement et la discipline à faire respecter dans des classes parfois trop nombreuses, ne peut pas toujours repérer à temps ces petits signes de souffrance chez un élève. Son recours le plus fréquent est de faire intervenir le proviseur en cas d'indiscipline, avec le risque de renvoi de l'établissement si la conduite a été jugée trop perturbante. Vécue comme un échec par l'adolescent, cette exclusion sans proposition de suite est aussi un échec pour l'établissement.

## **L'infirmière scolaire**

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

Selon les établissements et selon la personnalité de l'infirmière, les adolescents et même parfois leurs parents peuvent tirer un grand bénéfice de sa présence, de son écoute et parfois de ses interventions. Pour beaucoup d'adolescents, l'infirmierie est ce lieu complice où l'on peut se réfugier sous prétexte d'un mal de dent ou de ventre pour échapper à une interrogation écrite ou à un tra-

vail non fait. Avec de petits moyens, ils repartent guéris, contents d'avoir volé à l'école ces moments de plaisir, comme à la maison.

C'est ainsi que l'infirmière joue souvent ce rôle maternel qui lui permet d'établir un dialogue fructueux avec des adolescents en difficulté. On peut aborder avec elle n'importe quels problèmes, y compris les plus quotidiens, qu'un nombre croissant de parents n'ont plus le temps d'aborder. De nombreuses filles, surtout, viennent se plaindre d'étourdissements, de fatigue, de « spasmophilie », derrière lesquels se cachent des troubles du sommeil ou une alimentation irrégulière pouvant devenir plus préoccupants.

L'infirmière des adolescents est ainsi un référent à part entière. Informée d'une dégradation des relations familiales, il est fréquent qu'elle prenne contact avec les parents. Dans des états d'anxiété à répétition manifestés par certains adolescents, elle peut gérer la crise et encourager ensuite de prendre contact avec le médecin scolaire ou un psychologue. Les infirmières ont observé que les trois quarts des crises de tétanie sont liés aux problèmes d'orientation qui ont lieu durant le premier trimestre. Ces malaises peuvent disparaître avec un simple geste affectueux.

L'infirmière est aussi au premier rang pour donner un avis sur des médicaments psychotropes utilisés par certains à l'insu de leurs parents et le plus souvent sans contrôle médical. Devant des troubles de type anorexique, par exemple, elle peut contacter le médecin scolaire et indiquer des consultations hospitalières sérieuses.

L'infirmière participe également, avec le médecin scolaire, à des réunions d'information sur la contraception, la prévention des MST. Elle peut aussi intervenir au conseil de classe lorsque des problèmes de santé familiaux méritent d'être exposés.

## **Le médecin scolaire**

Il y a environ 1 500 médecins scolaires dont les fonctions sont en pleine évolution. Ils sont conscients d'être à un poste d'observation remarquable de la santé. Ils ont à la fois un travail individuel, mais aussi collectif et sont en étroite relation avec l'assistante sociale, l'infirmière et le corps enseignant.

Lors du bilan de santé, le médecin scolaire peut avoir une fonction très importante d'orientation et de contact avec les familles s'il a repéré des signes de souffrance de l'adolescent. Il participe de plus en plus à des réunions d'information et de prévention, au cours desquelles les adolescents sont renseignés sur les structures relais qui peuvent leur être utiles. Il est le mieux placé pour toucher les jeunes qui ne vont pas chez leur médecin généraliste, notamment dans les

---

couches les plus défavorisées de la population. Il peut en outre signaler les mauvais traitements à la justice lorsqu'il les identifie, ou favoriser l'intégration de jeunes handicapés en milieu scolaire normal.

## **L'assistante sociale scolaire**

En 1995, les assistantes sociales scolaires ont reçu 1 700 000 visites : 17 % pour des difficultés scolaires, 8 % pour de l'absentéisme, 26 % pour des difficultés matérielles, 23 % pour des difficultés personnelles, 23 % pour des difficultés familiales et 3 % pour des problèmes de violence.

35 % des élèves ont sollicité directement l'assistante sociale, 52 % des situations de maltraitance portées à leur connaissance ont fait l'objet de signalement administratif.

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

Ces chiffres montrent à eux seuls l'importance du rôle de ces professionnels dans la détection et le signalement des facteurs de risque survenant à l'adolescence.

L'assistante sociale est parfois directement contactée par les familles, mais aussi de plus en plus souvent directement par les adolescents. Ils expriment parfois des problèmes personnels, mais le plus souvent des difficultés de contact avec certains enseignants ou des difficultés économiques de leur famille.

Elle peut ainsi être informée de problèmes graves, tels que toxicomanie débutante ou installée, mauvais traitements, alcoolisme d'un parent ou parent trop isolé ou en détresse, qui met l'adolescent en grande difficulté.

On voit ainsi l'importance du rôle de médiateur que peut jouer l'assistante sociale si elle travaille avec un réseau d'autres intervenants.

## **Le psychologue**

Le recours à un psychologue dans le milieu scolaire est pratiquement limité aux tests d'orientation. L'absence de psychologue dans le secondaire semble faire partie de cette mauvaise image de la psychiatrie qui persiste dans le grand public.

Le professeur P. Jeammet a dit : « Voir le psychiatre, ce n'est pas être fou, c'est utiliser un médiateur pour gérer la frontière entre un trouble et une maladie. »

Ce problème de frontière entre une souffrance psychique et ce qui peut devenir un trouble constitué, plus long à soigner, se présente

très souvent pendant la période scolaire. Il est souvent difficile à repérer assez tôt par l'infirmière scolaire ou l'assistante sociale. Le regard d'un psychologue extérieur à l'établissement, dans des réunions régulières de synthèse et de concertation, peut être précieux. Ces contacts auraient de plus l'avantage de relier les prises en charge de situations difficiles entre l'intérieur et l'extérieur des établissements, et de faire se connaître les professionnels des différentes structures.

Comme nous l'avons vu pour le médecin généraliste, pour améliorer sa compétence dans le repérage d'une trajectoire pathologique, le professionnel de santé a besoin de « se pencher au dehors » (selon le mot de Francis Oppenheim). L'expérience de ceux qui travaillent au plus bas de cette trajectoire pathologique apporte de précieuses informations à ceux qui travaillent en amont. En l'occurrence, pour bien repérer les premiers signes d'un trouble psychologique de l'adolescence, ce que nous en apprennent les psychiatres ou les fonctionnaires de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est précieux pour tous les autres professionnels.

## **Le recours psychiatrique, son adaptation. Liens avec les autres soignants, les familles et l'école**

L'institution psychiatrique est elle aussi en pleine adaptation et évolution concernant son rôle auprès des adolescents et des adultes jeunes.

### **Le dispositif psychiatrique**

Suivant la circulaire du 15 mars 1960, la psychiatrie publique a divisé les départements en un certain nombre de secteurs géographiques. À l'intérieur de chacun d'eux, une même équipe médico-sociale doit assurer pour tous les patients une continuité des soins depuis le dépistage jusqu'à la fin du traitement.

On distingue les secteurs de psychiatrie adulte et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Dans l'évolution des institutions psychiatriques, la prise en compte des troubles de l'adolescence a du mal à trouver sa place. Elle est encore à ce jour très incomplète et très disparate selon les secteurs, comme le souligne le rapport de P. Joly<sup>71</sup>.

---

71. *Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives*, rapport présenté au Conseil économique et social, Paris, Direction des Journaux officiels, 1997.

---

### ***Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile***

Les patients reçus en psychiatrie infanto-juvénile ont généralement entre 5 et 14 ans (72 %) dont 42 % entre 4 et 9 ans, au détriment des 15-19 ans. Certains secteurs de psychiatrie infanto-juvénile n'accueillent toujours pas les adolescents qui sont donc renvoyés vers le secteur de psychiatrie adulte.

Les disparités en équipement entre les secteurs, qui sont plus importantes encore qu'en psychiatrie adulte, nuisent à l'optimisation des soins apportés aux enfants malades et tout particulièrement aux adolescents.

Il faut attendre la circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale, pour promouvoir des actions en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés, au sein des réseaux habituels, ou d'actions bien définies, pouvant bénéficier de l'aide de la psychiatrie.

### ***La prise en charge des adolescents***

Les causes des grandes crises de certains adolescents sont multiples mais restent généralement liées à une situation familiale difficile (structures éclatées, inceste...).

Reste que, d'une part toute « crise d'adolescence » ne relève pas nécessairement de la pathologie mentale. Elle est une étape dans la construction d'une personnalité adulte autonome et, à cet âge et sauf cas exceptionnels, la frontière n'est pas toujours nette entre le normal et le pathologique. Toutefois, les troubles psychiques qui se découvrent à cette occasion peuvent avoir un pouvoir pathogène qu'il ne faut pas laisser se développer et s'installer.

D'autre part, certains adolescents souffrent d'une pathologie mentale souvent installée de longue date et qui a pu échapper au traitement dans le cadre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Malgré les orientations précises données à ce dernier (circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents) et les efforts considérables faits par certaines équipes, la prévention des troubles psychiques de la petite enfance est souvent à l'état de friche.

Ainsi, le repérage et le traitement de la dépression maternelle, qui suit souvent l'accouchement, pourraient éviter bien des problèmes si les connexions avec les services de maternité des hôpitaux et de protection maternelle infantile (PMI) étaient effectives. Il faut également souligner, encore une fois, les carences de la médecine

scolaire, en particulier pour ce qui concerne les problèmes de santé mentale<sup>72</sup>.

Si les choses s'améliorent progressivement pour la prise en charge des enfants, il est loin d'en être de même pour celle des adolescents. En effet, considérant que l'effort est à porter d'abord sur le nourrisson et l'enfant pour éviter le développement des troubles psychiques, bien des secteurs infanto-juvéniles ont abandonné l'adolescence autrement plus difficile à traiter.

Ainsi, trop de secteurs infanto-juvéniles se refusent à la prise en charge de jeunes de plus de 12, 13 ans et les renvoient au secteur adulte où ils vont souvent se trouver confrontés à des malades chroniques alors même qu'à ces âges la pathologie mentale, si elle est avérée, n'est pas encore installée.

Au-delà de ces adolescents, le dispositif de santé mentale est régulièrement interpellé à propos de la prise en charge de ceux que l'on nomme les « adolescents difficiles » et des jeunes ayant fait une tentative de suicide.

Pour les premiers, il convient de souligner que la différence est grande entre troubles du comportement et maladie mentale. Or la tendance est forte, face à des adolescents difficiles, de faire appel à la psychiatrie comme pour nier les difficultés de l'intégration au monde des adultes. C'est ce que constate le docteur Assens, psychiatre à l'hôpital Charles-Perrens : « Bien souvent ces jeunes viennent ici pour des conduites qui posent problème (violence) ou une souffrance mentale<sup>73</sup>. Ils ne présentent pas d'antécédents psychiatriques et sont adressés par une institution... Il me semble que bien souvent nous sommes confrontés à un ras-le-bol institutionnel et on nous demande en fait un contenant... on ne peut poser un diagnostic de maladie mentale. » Cette demande — qui fait suite à une réelle inquiétude — est exprimée tant par des parents complètement débordés que par les institutions sociales ou le juge. Un diagnostic de troubles mentaux les rassure alors face à l'impossibilité ou aux difficultés de communication avec un adolescent difficile. »

Il faut être conscient que, face à cette carence et faute de structures d'accueil adaptées, les seules solutions qui s'offrent aux juges chargés de mineurs « en danger » sont la prison et l'hôpital psychiatrique, lesquels sont également inadaptés.

---

72. *La santé scolaire et universitaire*, rapport Beaupère, 13 juin 1990, et « Le suicide », rapport Debout, 6 juillet 1993.

73. Cité in *Psychiatres, juges et adolescents difficiles*, mémoire de Pierre Frelet, auditeur de justice, novembre 1995.

---

Pour les suicidants, l'entrée se fait généralement par le biais des services d'urgence des hôpitaux dont la réponse est d'abord somatique. La prise en charge psychologique, nécessaire pour aider l'adolescent à se reconstruire et éviter la récurrence, est trop négligée.

On peut donc considérer qu'aujourd'hui la prise en charge des troubles psychiques de certains adolescents constitue un véritable problème de santé publique qui ne peut (ou ne veut) plus être traité dans le cadre du dispositif actuel. Celui-ci rejette parfois le jeune qui souffre ou le chronicise et il est rejeté par les jeunes parce qu'il stigmatise.

### ***Le réseau médico-psychologique pour adolescents***

L'irruption de la pathologie psychique spécifique des adolescents sur la place publique a entraîné une série de textes et de rapports qui soulignent la nécessité d'une collaboration du service public de psychiatrie avec les entreprises de prévention et d'accompagnement des adolescents : toutes les institutions chargées de l'enfance — justice, éducation, social et médico-social — la souhaitent. L'importance du suicide dans cette population vient le confirmer.

Les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'ont pas attendu ces prescriptions pour proposer une large palette de soins en même temps qu'une participation aux initiatives de prévention. Il est temps toutefois de spécifier plus clairement cette population et de relier plus institutionnellement ces entreprises.

Dans plusieurs villes on a assisté à la création de services psychiatriques en collaboration avec les autres institutions chargées de l'enfance : justice, éducation, social et médico-social.

Cette activité, centrée sur les jeunes en difficulté, permet de les rencontrer plus facilement, à la demande des familles, des adolescents eux-mêmes, des enseignants ou des médecins généralistes.

Il existe partout en France des consultations gratuites dans des centres médicopsychologiques. On trouve également des services de psychologie et de psychothérapie destinés aux adolescents ; des spécialistes y travaillent en équipes pluridisciplinaires composées de médecins, de psychologues, de rééducateurs, d'infirmiers et d'assistants sociaux.

Les activités de ces centres se prolongent en partenariat avec les structures scolaires par des interventions d'infirmières psychiatriques ou de psychologues lors d'ateliers de santé, sur des thèmes tels que la sexualité, les conduites à risque, la dépression, le

suicide. Ces rencontres ont un écho important auprès des enseignants et des familles, elles permettent que des signalements soient faits plus naturellement.

Un autre objectif, plus difficile à atteindre, est celui de la rencontre avec les jeunes en rupture scolaire par l'intermédiaire de travailleurs sociaux ou d'éducateurs de rue. La plupart des adolescents et des adultes jeunes de ces milieux sont souvent en panne de scolarité ou de formation professionnelle. Cette carence augmente leur fragilité et aggrave leurs troubles et leur désinsertion sociale. **Pour cette population, il serait nécessaire d'inventer, en liaison avec l'Éducation nationale, des formes nouvelles d'unités pédagogiques d'intégration, et de proposer une scolarité séquentielle.**

Nombre d'adolescents et de jeunes adultes marginaux n'ont pas recours aux services de santé mentale, bien qu'ils présentent des affections caractérisées : dépression avec perte de repères, troubles de la personnalité, qui compromettent toute démarche d'insertion. Ces sujets sont dans l'impossibilité de consulter un spécialiste. Ils ne rencontrent un psychiatre que de façon accidentelle lors d'un problème chirurgical par exemple, ou pour une alcoolisation aiguë. Dans ce contexte, le suivi est très difficile et il faut le plus souvent recourir à une hospitalisation pour commencer cette prise en charge de restauration sur tous les plans.

## **L'Aide sociale à l'enfance. Les constats récents de la Protection judiciaire de la jeunesse**

### **Enquête sur le rôle de l'Aide sociale à l'enfance**

Dans de nombreux départements, les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) se trouvent confrontés à de grandes difficultés d'accueil de certains adolescents en situation d'abandon. Ces jeunes, très souvent atteints de troubles graves de la personnalité, manifestent une souffrance psychique qui entraîne une altération de leurs relations sociales et de leur comportement. Pour eux, il est nécessaire d'organiser des actions complémentaires en liaison avec différentes institutions, santé mentale, éducation scolaire et formation professionnelle.

En 1999, une étude concernant ces mineurs en grande difficulté a été entreprise par le conseil général de l'Isère. Elle donne lieu à la construction de réseaux d'accueil associant :

- l'hébergement et la prise en charge éducative sous la responsabilité de l'ASE ;



- la prise en charge thérapeutique avec la psychiatrie infanto-juvénile ;
- la prise en charge scolaire sous la compétence de l'Éducation nationale ;
- l'autorité judiciaire avec les juges des enfants et la Protection judiciaire de la jeunesse.

L'analyse des résultats doit faire l'objet d'une réflexion sur l'évolution des rôles de l'ASE et des autres institutions qui coopèrent avec elle dans les départements. Ces derniers souhaitent une meilleure information pour harmoniser leurs pratiques.

### **Les constats récents de la Protection judiciaire de la jeunesse**

Un nombre important de jeunes, souvent excessivement montrés du doigt pas la presse pour leur violence de groupe, autant en zone urbaine qu'en zone rurale, sont bien connus des services de police. D'autres signalés en danger de maltraitance de la part de leur famille sont mis en protection par décision de justice.

Comme pour les autres adolescents cette période de vie, de développement physique et mental, est difficile. Le regard négatif que la société porte sur eux rend leur intégration à la vie sociale encore plus périlleuse que pour les autres jeunes. L'ignorance de leurs difficultés risque de compromettre leur croissance pour les stades ultérieurs de la vie. Il nous paraît très important que les enseignants, les médecins, les rééducateurs soient bien informés de leur parcours et de leurs souffrances, pour les aider à retrouver les ressources nécessaires à la construction de leur identité.

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) assure la prise en charge éducative des mineurs et des adultes jeunes qui font l'objet d'une décision de justice, dans le cadre de deux missions complémentaires : pour la prise en charge des jeunes délinquants et la protection des jeunes en danger.

50 000 jeunes, âgés de 13 à 21 ans, sont actuellement sous mandat judiciaire et confiés à la PJJ. Les motifs de ces mises sous tutelle sont très divers, ils sont liés aux comportements des jeunes (mettant leur intégration sociale en danger) et aux conduites de l'entourage (mettant en danger l'intégrité des jeunes). Ainsi, il s'agit d'une population *a priori* très hétérogène, non seulement du point de vue socio-familial, mais aussi du point de vue de la santé et des risques (toxicomanie, suicide, déviance, désinsertion).

## L'enquête de l'Inserm

L'enquête « Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé » a été réalisée en 1998 par l'unité 472 de l'Inserm, à la demande la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse. Pour la première fois, cette population de jeunes a pu être étudiée. Ces adolescents n'avaient jusqu'alors pas fait l'objet d'enquêtes épidémiologiques permettant :

- de mieux connaître leur situation sociale, familiale et scolaire ainsi que leurs comportements à risques et leurs troubles de santé ;
- de mettre en place des actions de prévention. En effet, c'est plutôt à travers la perception des adultes (professionnels ou non) qu'on a décrit cette population et établi des actions. Or, si on veut connaître leur situation, leur vie quotidienne, leurs plaintes et leurs comportements, il convient de les interroger individuellement (avec toutes les exigences éthiques) à ce propos.

À partir d'un questionnaire rempli par les jeunes eux-mêmes, questionnaire auquel plus de 15 000 jeunes, scolarisés ou non, ont déjà répondu (avec un taux de réponses entre 85 % et 95 %), ont été définies les caractéristiques sociales, familiales, scolaires, relationnelles et personnelles des jeunes confiés à la PJJ.

Cette enquête se caractérise par l'originalité de son objet (étude de la santé physique, mentale et sociale des jeunes) et la diversité de l'échantillon (par région, par âge, par statut et par mode d'habitat). Pour la première fois, les jeunes ont fourni eux-mêmes des informations sur leur santé, ce qui rend possible des comparaisons avec d'autres échantillons, scolaires ou non.

Au regard des caractéristiques de l'échantillon initial, les troubles de santé observés sont probablement sous-estimés. En effet, les garçons, les non-scolaires et les jeunes qui « échappent » à tout contrôle sont moins représentés que les autres. Il est donc clair que si l'ensemble des jeunes avait été enquêté, les résultats auraient été encore plus alarmants.

D'où la nécessité de considérer les résultats observés comme des résultats « planchers » et donc de mettre en place, de toute urgence, des moyens d'identification, de prévention et de prise en charge des problèmes de santé.

Une majorité de jeunes (en particulier les filles) a consulté un médecin durant les douze derniers mois. Ainsi, 81 % des filles et 68 % des garçons ont consulté au moins une fois un médecin généraliste (en population générale scolaire, ces proportions sont de 78 % pour les filles et 72 % pour les garçons). Reste à savoir si, au regard de leurs (fréquents) problèmes de santé, la prise en charge est suffisante

---

et, surtout, si elle est assurée par un seul médecin (ce qui permettrait d'assurer un accompagnement) ou par une diversité de professionnels (ce qui aboutirait à un morcellement de la prise en charge).

Une majorité de jeunes (en particulier les filles) a déjà consulté un professionnel « psy », mais peu se sont engagés dans une prise en charge. 73 % des filles et 56 % des garçons ont consulté un spécialiste « psy » (en population générale scolaire, 4 % des jeunes l'ont consulté). Mais les deux tiers de ceux qui déclarent des problèmes psychologiques n'ont pas consulté régulièrement, condition pourtant indispensable d'une prise en charge. Notons, toutefois, que parmi les adolescents scolarisés, on constate cette même désaffection de la consultation en cas de troubles.

### ***Principaux constats et implications pratiques extraits de cette enquête***

#### *Constat 1*

Les jeunes de la PJJ se caractérisent par leurs difficultés et ce, dans tous les domaines de leur vie quotidienne : vie familiale, vie sociale, vie psychologique, vie scolaire, état de santé. Le cumul des difficultés, des troubles, des conduites à risques est fréquent.

La santé somatique, psychologique et sociale devrait être considérée comme une priorité d'intervention par les acteurs de la PJJ. Cette priorité pourrait se traduire par :

- **la diffusion des résultats épidémiologiques concernant la santé des jeunes (de la PJJ et de la population générale) auprès des responsables et des acteurs de terrain ;**
- **la mise en place, au niveau national, d'un groupe de réflexion multidisciplinaire sur les implications pratiques de l'enquête ;**
- **la mise en place d'un réseau entre les acteurs de la PJJ et divers spécialistes extérieurs, pouvant apporter leur contribution dans l'identification des problèmes et dans la prise en charge (médecins généralistes, dentistes, médecins spécialistes, psychiatres et non-psychiatres, médecins et infirmières scolaires, psychologues).**

#### *Constat 2*

Les filles ne représentent que 22 % de la population de la PJJ. Elles sont dans une situation nettement plus défavorable que les garçons, en particulier au niveau de leur famille. Les filles de la PJJ, comparées aux filles scolarisées, non seulement souffrent de troubles caractéristiques de leur sexe (troubles fonctionnels et psy-

chologiques, tentatives de suicide, symptomatologie dépressive), mais ont aussi des conduites plus typiquement masculines (consommation de produits psychoactifs, conduites violentes).

**On propose donc de concevoir des actions de prévention adaptées aux filles et d'élaborer, dans le cadre des programmes de formation initiale et continue, un module sur les spécificités féminines des jeunes filles.**

*Constat 3*

Les troubles du sommeil, de l'alimentation, les plaintes fonctionnelles, la dépression, sont particulièrement élevés dans cette population. Or, il s'agit de troubles plus difficilement identifiables ; ces troubles peuvent être largement banalisés, confondant ainsi le processus normal d'adolescence et les expressions d'un malaise plus persistant.

**Il convient de développer, dans le cadre du réseau, une réflexion sur les pratiques professionnelles adéquates et la coordination entre les divers intervenants, et de mieux faire connaître les professionnels « psy », afin que les jeunes puissent s'y référer, autant pour l'identification de leurs troubles que pour une prise en charge.**

*Constat 4*

La consommation de drogues concerne autant les produits licites que les produits illicites. La polyconsommation est un réel problème. Par comparaison à une population scolaire, le tabagisme quotidien et la recherche répétée d'ivresse chez les jeunes de l'enquête sont très fréquents, en particulier parmi les filles. Parmi les produits illicites, le cannabis vient en tête. Toutefois, toutes les drogues « circulent » parmi ces jeunes.

Il convient :

- **de ne pas banaliser le tabagisme, les ivresses répétées et l'usage de cannabis des adolescents, ni dans les structures d'hébergement, ni en milieu ouvert ;**
- **d'être attentif autant à la polyconsommation de drogues dites « banales » (alcool, tabac, cannabis) qu'à celle des autres drogues (héroïne, cocaïne...) ;**
- **de mener une réflexion spécifique sur la place des produits dans la vie quotidienne, en particulier à l'intérieur des institutions, et sur les moyens de prévenir les débordements liés à leur usage (ivresse et violence associées) ainsi que sur leur abus ;**

- 
- **de situer la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis dans un processus de « consommation à risque », fréquente parmi ces jeunes.**

#### *Constat 5*

La violence fait partie de la vie quotidienne des jeunes de la PJJ, autant les conduites violentes (racket, vol, bagarres...), que les violences subies, physiques ou sexuelles. La tentative de suicide (violence sur soi) est très fréquente, en particulier chez les filles. Le lien entre violences sexuelles subies et tentatives de suicide est particulièrement fort.

Il convient donc :

- **d'effectuer systématiquement des investigations, pour chaque jeune signalé, sur les diverses formes de violences (violences agies, subies et tentatives de suicide). Tout retard dans l'investigation risque de mettre en danger la prise en charge ultérieure ;**
- **de redouter un passage à l'acte suicidaire pour toutes les jeunes victimes, en particulier, de violences sexuelles. En effet, ne pas parler des idées suicidaires avec les victimes ou ne pas leur proposer un suivi psychologique en cas de viol serait mettre en danger la vie de ces jeunes.**

#### *Constat 6*

La majorité des jeunes de la PJJ ont consulté un médecin généraliste, et le nombre moyen de consultations se situe autour de cinq pour les filles et de quatre pour les garçons. La majorité des jeunes ont aussi consulté un spécialiste « psy », mais seulement un sur cinq bénéficie d'une prise en charge régulière.

Le recours aux soins semble important, ce qui semble en cohérence avec le mauvais état de santé déclaré. Toutefois, se pose la question de la prise en charge, dont on sait qu'elle pose problème pour les adolescents en milieu urbain (les adolescents consultent souvent plusieurs médecins, sans aboutir à une prise en charge concertée).

Il est important d'analyser les résistances à la prise en charge psychologique. En effet, malgré la fréquence des troubles psychologiques déclarés, la consultation régulière des spécialistes « psy » reste insuffisante. Il convient donc de mieux connaître :

- **les obstacles à la prise en charge « psy », qu'ils soient d'ordre matériel, social ou psychologique ;**

- **la perception du jeune, de sa famille et des éducateurs, vis-à-vis de la prise en charge « psy ».**

*Constat 7*

Les plus jeunes (< 15 ans) s'adressent souvent à leurs parents pour des problèmes de vie quotidienne. Devant des problèmes plus graves, ils restent souvent seuls.

Il convient, comme pour les autres adolescents :

- **de valoriser le rôle des parents dans la vie du jeune et ce, quelle que soit leur situation familiale, sociale ou culturelle.**
- **de réfléchir avec les professionnels de la PJJ sur leur rôle d'accompagnement et d'écoute auprès des jeunes et de trouver une réponse à la solitude des jeunes face aux difficultés graves de la vie. C'est un rôle qui peut être défini comme celui de « parentalité de substitution ».**

*Constat 8*

Les jeunes de la PJJ, comme les jeunes de la population générale, acceptent volontiers de répondre à des enquêtes épidémiologiques. Contrairement aux craintes des professionnels, la majorité des jeunes juge que ce moyen d'investigation est positif et intéressant.

Il convient :

- **d'informer les professionnels, non seulement des résultats de l'enquête mais aussi de l'attitude positive des jeunes vis-à-vis de l'outil épidémiologique ;**
- **de développer des recherches épidémiologiques coordonnées, tant sur la consommation de produits psychotropes que sur la violence et le mal-être psychologique.**

***Conclusions de cette enquête***

Les résultats montrent, de façon saisissante, l'importance particulière des problèmes de santé (au sens large du terme) des adolescents de la PJJ, qui se caractérisent par des troubles du comportement (violences, délits, fugues...), par la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis et autres drogues) et par un malaise psychologique (plaintes fonctionnelles, dépressivité, troubles alimentaires...).

Devant la gravité de la situation, il serait inconvenant d'évoquer les seuls biais d'échantillonnage, car tout tend à montrer que les troubles observés sont largement sous-estimés.

---

# **Des réalisations spécifiques pour répondre aux situations de souffrance psychique des adolescents**

Entre certains jeunes et le monde des adultes, il y a parfois une interruption totale de communication. Comment sortir de ces crises et redonner du sens à une trajectoire de vie alors que rien ne semble pouvoir continuer comme avant ?

De nombreuses réalisations d'aides spécifiques aux jeunes en grande difficulté naissent dans différentes régions de France, autant dans les secteurs sanitaires et sociaux que dans ceux de l'éducation et du milieu associatif. Il ne s'agit pas là de modèles à suivre à la lettre, mais de nouveaux modes d'exercice, ou de nouveaux programmes à étudier pour répondre à ces situations de souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.

## **Le suicide : mesures de prise en compte de ce problème de santé publique. Suivi des suicidants et de leurs familles**

Le suicide est un grave problème de santé publique. Chaque année, près de 1 000 jeunes de 15 à 24 ans et 2 000 de 25 à 35 ans meurent par suicide ; 40 000 sont hospitalisés après avoir tenté de le faire. On évalue à 90/1, le rapport entre tentative de suicide et suicide, et presque 3 tentatives sur 4 ne donnent pas lieu à une hospitalisation. Tous les jours, en moyenne, en France, 7 jeunes de 15 à 34 ans décèdent par suicide.

De plus, de nombreux accidents de circulation concernant les adolescents sont assimilables à des comportements suicidaires. Pour l'entourage familial et social, ces actes font naître d'intolérables sentiments de culpabilité. Cela explique leur caractère franchement insupportable et, par voie de conséquence, la force du tabou qui recouvre de tels drames.

L'acte perpétré peut être la reproduction d'un suicide ou d'une tentative de suicide effectuée par un proche ou un ascendant. Il succède très souvent à la trace ou à la crainte de violences incestueuses et parricides, réelles ou imaginaires.

Les facteurs déclenchants d'une tentative de suicide sont très souvent minorés par l'adolescent et par sa famille : fatigue, surmenage, rupture sentimentale, dispute familiale. En réalité, ce passage à l'acte est toujours sous-tendu par des souffrances très profondément ancrées dans l'histoire du jeune et dans celle de son environnement affectif. Cette violence fait écho à d'autres violences subies, dans le réel ou l'imaginaire.

### **Prévention du suicide auprès des adolescents**

En France, le rapport du Haut Comité de la santé publique *La santé en France* (1994) et les deux premières Conférences nationales de santé (1996 et 1997) classaient le suicide au rang des priorités de santé publique. Un programme national de prévention du suicide a été lancé en février 1998.

Quatorze régions l'ont aussi reconnu comme une priorité régionale de santé publique : douze élaborent une programmation régionale sur ce thème : Basse-Normandie, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Lorraine, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ; deux régions élaborent une pro-



---

grammation sur les jeunes avec un volet suicide : Nord-Pas-de-Calais et Provence – Alpes-Côte d’Azur.

Les services offerts montrent trois niveaux d’action :

- des actions de prévention, qui regroupent des mesures visant à prévenir l’apparition même de la crise suicidaire ;
- des actions d’intervention (ou prévention secondaire) qui désignent les initiatives de prise en charge et de suivi post-suicidaire ;
- des actions de suivi qui englobent les mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et intervenants à la suite d’un décès par suicide.

**Des évaluations vont permettre de dresser un bilan des bonnes pratiques professionnelles et d’affiner l’impact des actions au regard de la problématique du suicide.**

**Exemple  
d’une aide  
conjointe à  
tout adolescent  
suicidaire et à  
sa famille dans  
un hôpital  
général**

Le docteur Jean Maisondieu, psychiatre, est médecin chef du 5<sup>e</sup> secteur psychiatrique des Yvelines au centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain-en-Laye. Son secteur recouvre les villes de Poissy, Achères et Carrières.

Son réseau d’accueil des suicidants et des familles fonctionne depuis 1996. C’est une organisation lourde à gérer, si l’on veut accueillir le suicidant huit jours en service pédiatrique où il sera en contact avec un psychologue, et par ailleurs la famille pour laquelle sont prévues trois rencontres à J8, J15 et J30 avec deux intervenants.

Ce type de protocole est expérimenté depuis 1984 à l’hôpital de Ville-neuve-Saint-Georges par le docteur Qualid et ses collaborateurs.

Indépendants de l’hospitalisation, les entretiens avec les familles ont lieu à l’extérieur du service de pédiatrie. Le psychologue qui s’occupe du suivi individuel de l’adolescent n’y participe pas, pas plus qu’il ne fait part aux thérapeutes familiaux des confidences de son patient.

Quand la tentative est advenue, il convient tout à la fois de parer au plus pressé, c’est-à-dire empêcher la mort de l’adolescent, rôle dévolu au service d’urgence et d’accueil, et préparer l’avenir en situant le geste auto-agressif à la fois comme signe d’une souffrance individuelle et comme message interpersonnel qui n’a pu se formuler autrement.

Les réponses à fournir doivent être telles qu’elles permettent une mise en mots qui donne du sens là où la tentation du silence est

considérable. C'est le prix à payer pour que la crise déclenchée par le passage à l'acte puisse être salutaire.

### ***Le contact difficile***

Face aux adolescents, tout praticien a un sentiment de grande difficulté. Comment contourner le **déni** dans des situations de tentative de suicide, où la gravité de la crise est minimisée à la fois par l'adolescent et par sa famille (« C'est pas grave, il était fatigué, c'est la faute de l'école ou de sa petite amie... ») ?

Devant cette représentation familiale du drame, la difficulté pour les accueillants des urgences est de résister à la banalisation du passage à l'acte sans pour autant le dramatiser. Elle est aussi, tout en acceptant les causes mises en avant, d'ouvrir la voie à une perspective qui tienne compte des problèmes intrafamiliaux.

Pour de nombreuses raisons pratiques, cette double approche à partir de l'hôpital reste très difficile : manque de place, résistance des familles qui appréhendent cette consultation comme une mise en accusation, réponse rapide pas toujours possible.

Une quarantaine de tentatives de suicide arrive aux urgences de l'hôpital annuellement. Sur ce nombre, seulement la moitié accepte le protocole de prise en charge, et peu de familles acceptent de venir aux trois rendez-vous.

**Malgré cela, les résultats sont très encourageants. Le taux de récurrence est très nettement inférieur à celui des statistiques nationales.**

### ***La difficile prévention***

Pour les soignants, le problème est le suivant : comment voir les adolescents avant la crise, avant le suicide, dans des lieux d'accueil face à des infirmiers ou des psychologues ? L'important, dans ces accueils, est de ne pas « psychiatriser l'adolescence » si l'on veut rester accessible.

### ***Les relais***

Des relais ont été mis en place avec les infirmières scolaires et des consultations d'adolescents au sein de certaines missions locales, avec différentes spécialités : généralistes, dermatologues, gynécologues et psychologues.

Certains de ces relais sont organisés en véritable réseau, comme à Achères.

---

### ***Les difficultés***

On constate une aggravation de la souffrance des adolescents depuis trois ou quatre ans. Il semble que, dans les banlieues, les grands frères ne contrôlent plus les plus jeunes. Les violences des plus jeunes sont aggravées par la consommation de benzodiazépines, d'alcool et d'ecstasy.

**Le problème se pose de la réanimation de l'affectivité, qui n'est possible que par des voies indirectes (sport, musique...). Pour ces jeunes, les études ne débouchent sur rien ou sur un échec annoncé, ce qui augmente la rupture de plus en plus forte entre eux et les adultes.**

Sur le plan de l'organisation, se pose aussi le problème des contacts entre soignants et enseignants : quel sens donner à l'enseignement et à la société ?

## **Réalisations psychiatriques spécifiques : organisation d'un service hospitalier et d'un secteur psychiatrique, pour répondre aux souffrances psychiques des adolescents**

### **Un service hospitalier spécial pour adolescents**

À Marseille, à l'hôpital Sainte-Marguerite, au sein du service de psychiatrie proche de la pédiatrie, le professeur M. Rufo a réussi à créer un espace réservé aux adolescents.

Cette unité d'adolescents accueille des jeunes entre 11 et 19 ans, ce qui correspond à l'âge scolaire entre la sixième et la fin des études secondaires. Ce lieu a été difficile à faire admettre, car envisager dans un hôpital un service où soient accueillis les adolescents, quelle que soit leur maladie, est encore mal compris. Le souci du soin de l'organe malade est dominant au sein du monde hospitalier.

En pédiatrie, les adolescents sont considérés comme des « gêneurs », comme souvent dans leur famille, contrairement à l'enfant qui est dit « bon malade » parce qu'il n'exprime pas sa souffrance et a l'habitude de se soumettre.

Dans l'espace « Arthur », ainsi dénommé en référence au poète Arthur Rimbaud mort à Marseille (et au prénom du médecin chef précédent qui a permis cette expérience), les adolescents sont

admis avec diverses pathologies somatiques lorsqu'une souffrance psychique s'y ajoute.

Plusieurs innovations ont été nécessaires pour rendre ce lieu thérapeutique en tenant compte de la spécificité des adolescents :

- Une association a été créée avec les intersecteurs psychiatriques de Marseille, ce qui favorise **le suivi des adolescents** à la suite de leur hospitalisation. Une convention lie le CHU à la fédération des intersecteurs, ce qui facilite les démarches auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales et la mise à disposition de personnel hospitalier hors hôpital. D'autres CHU ont également signé ce type de convention.
- Avec l'appui de la Fondation de France, des conférences sont organisées régulièrement pour toucher les enseignants, les médecins généralistes, les familles et les adolescents, pour leur expliquer le fonctionnement de l'espace et la problématique de l'adolescence en difficulté. **Cela crée un lien entre l'hôpital et la ville.** D'ailleurs les adolescents parlent de l'espace Arthur et non d'un service de psychiatrie.
- L'équipe de soin **a accepté un autre rythme de travail** pour que l'équipe présente le jour reste référente la nuit auprès des adolescents admis en leur présence. L'ancien découpage des horaires de travail en trois-huit n'était pas compatible avec un accueil et un suivi cohérents de cette population.
- L'unité comporte sur 3 000 m<sup>2</sup>, 12 studios comportant 4 lits/jour et 8 lits/temps plein ; elle peut recevoir des adolescents handicapés mentaux pour le week-end, lorsqu'ils posent trop de problèmes à leurs familles.
- Dans le personnel, **une parité masculine** a été demandée pour que, face aux adolescents, il y ait autant d'hommes que de femmes. Ce sont les médecins qui se déplacent ; de même, lorsqu'un jeune vient de la Ddass, son éducateur est accepté dans l'espace, un infirmier allant prendre sa place au centre.
- L'organisation de l'espace comporte des chambres, une grande bibliothèque, une salle de gymnastique, un club avec TV et équipement musical, une salle de réunion et des bureaux médicaux.
- Les consultations sont enregistrées sous vidéo, celle-ci peut être visionnée avec les familles lorsqu'elles le désirent.

Les admissions concernent : tentatives de suicide, anorexies, phobies scolaires et toutes pathologies courantes chez les jeunes.

---

Les familles sont admises en consultation et il existe un groupe de parole des parents qui viennent souvent après la sortie d'hospitalisation pour aider les autres ou continuer à comprendre. L'équipe thérapeutique est en lien avec les enseignants par des sites de formation, avec les médecins scolaires, les pédiatres libéraux et les généralistes.

**Pour de nombreux cas, il est fait mention de « réanimation psychique », ce qui justifierait un personnel aussi nombreux qu'en réanimation physique. Il serait d'ailleurs souhaitable de faire des recherches pour mieux comprendre l'importance du groupe thérapeutique dans de tels lieux. Face aux adolescents en souffrance, personne n'est compétent seul.**

Un rapport particulier doit être envisagé avec les juges des enfants pour les accompagner dans leurs décisions souvent difficiles de séparation avec la famille, d'hospitalisation ou de placement.

Selon le professeur M. Rufo, la délinquance devrait toujours être médicalisée car la seule mesure de justice, d'isolement, prise à la suite d'un délit, risque d'entraîner une aggravation des situations qui va peser ultérieurement très lourd sur l'équilibre psychique de l'adolescent.

### **Un réseau spécifique adolescent dans un secteur psychiatrique**

À Grenoble, une équipe psychiatrique a constitué un réseau adolescents autour du docteur J.-C. Boucris, soit au total douze personnes : médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux. Le réseau a été créé en 1989 sous la responsabilité du secteur psychiatrique de Saint-Égrève.

Le schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie de la région Rhône-Alpes prescrit l'organisation d'au moins un réseau de ce type dans chaque projet d'établissement, et la loi hospitalière rend obligatoires des accords de complémentarité interhospitaliers.

Ont été créés : un hôpital de jour, une antenne adolescents et une petite unité d'hospitalisation complète pour les 13-20 ans, **intégrée dans une unité de psychiatrie générale.**

**L'antenne adolescents est un service de consultations et de soins en ambulatoire.**

Il accueille des adolescents et jeunes adultes de 13 à 25 ans pour une consultation médicale ou un entretien infirmier, une psychothérapie de soutien et d'inspiration analytique, du psychodrame individuel et de groupe.

L'antenne est un partenaire privilégié des structures scolaires (contact avec les infirmières, assistantes sociales, proviseurs, professeurs, pour un adolescent ou pour une action de prévention). Le financement des prises en charge est assuré par l'hôpital de Saint-Égrève.

L'adolescent est reçu par un membre de l'équipe en fonction de ses disponibilités, de son choix ou de la demande de la personne qui l'adresse. Une consultation médicale n'est pas obligatoire mais le médecin est tenu informé.

Si l'état clinique du patient le nécessite, l'antenne se met en relation avec d'autres structures de soins (différentes possibilités d'hospitalisation) ; elle peut rester le référent du patient et participer à des réunions de synthèse au cours de l'hospitalisation.

Compte tenu du nombre important d'adolescents signalés actuellement, l'équipe constate un **manque de moyens** pour pouvoir développer tous les projets importants qu'elle envisage sur le terrain.

**Des contacts** sont régulièrement pris entre les membres de l'équipe psychiatrique et les lieux de vie des adolescents : collège, lycée, centre de formation, soit pour intervenir directement auprès des adolescents à la suite d'un événement important (suicide, décès par accident...), soit pour rencontrer les équipes d'enseignants. Ces contacts permettent à l'antenne d'être connue. Le contact avec les médecins généralistes est très difficile. Un projet de formation commune est à l'étude.

**Dans chaque situation difficile, un référent est désigné pour suivre l'adolescent. Dans chaque cas, on constate qu'un adolescent à problèmes est déjà connu par de multiples soignants ou éducateurs ou assistants sociaux. Le référent permet de simplifier et de rendre plus efficace l'aide apportée à l'adolescent.**

## **Réseau de ville d'accompagnement sanitaire et social auprès de jeunes en difficulté**

À Créteil, autour du docteur B. Elghozi, une association a été construite, avec de nombreux partenaires, pour l'accueil et l'aide médico-sociale de personnes en difficulté. Ce réseau, dénommé Créteil-Solidarité, a essayé de s'adapter aux demandes rencontrées en créant des lieux de consultation médico-sociale, des coordinations avec les intervenants locaux, des groupes de formation de professionnels pour réaliser des interventions sur le terrain.

---

La consultation a vu affluer plus de 40 % de jeunes de moins de 25 ans, celle plus orientée vers les RMIstes de 16 à 25 ans plus de 80 % de jeunes désocialisés, en rupture familiale et scolaire. Pour ces jeunes en errance, le regard de différents professionnels est apparu essentiel, le constat de souffrance psychique étant, pour chacun, autant lié à un parcours individuel qu'à un parcours social.

Pour ces jeunes en souffrance, le travail en réseau sanitaire et social apparaît comme le garant d'une collaboration et d'un partenariat effectif entre les différents acteurs, plus particulièrement entre ceux de ville et ceux d'hôpital, et entre ceux du secteur sanitaire et ceux du secteur social.

Dans toutes ces approches où se mêlent intimement des facteurs psychologiques, médicaux et sociaux, les réponses ne peuvent pas éluder ou privilégier un facteur parmi les autres.

Les réunions de travail pluridisciplinaires permettent de développer les compétences des différents intervenants en leur donnant les moyens d'être plus à l'aise en face de ces populations en difficulté.

**La présence de médecins généralistes du secteur, d'assistants sociaux, d'enseignants, de psychiatres apporte, autour de cas cliniques, une meilleure lecture de l'expression des souffrances des jeunes, une formation sur des réponses à proposer et une connaissance des autres partenaires relais. Chacun précise les limites de ses compétences et apprend celle des autres acteurs.**

Nous retrouvons là une réponse effective à ce qu'écrivait le HCSP dans son rapport d'octobre 1998, *La santé en France* : « Les cloisonnements entre institutions aboutissent à une segmentation administrative qui devient incompréhensible aussi bien pour la population, notamment en situation de précarité, que pour les professionnels. Pourtant chacun est de plus en plus conscient de la nécessité d'une approche transversale des problèmes associant sanitaire et social, ambulatoire et hospitalier, public et privé. »

L'idée de travail en réseaux est de plus en plus évoquée dans de nombreuses situations et l'évaluation de plusieurs d'entre eux a montré leur intérêt.

## **L'aide aux jeunes en errance. Des modes et des lieux d'accueil à inventer**

L'antenne adolescents de Saint-Égrève signalait que les problèmes les plus difficiles concernaient ce que l'équipe appelle les « errants », adolescents qui ont rompu tout contact avec l'école et souvent la famille. De son côté, le docteur J. Maisondieu cite les difficultés de contact avec les plus âgés dans les consultations psychiatriques. On y rencontre plus de situations de souffrance psychique que de véritables troubles mentaux. On constate que cela correspond à 80 % des urgences psychiatriques.

C'est plus une désespérance qu'une vraie dépression. Un refuge dans l'inhibition, un refus de penser et de sentir. Un tel déni de situation rend très difficile la prise de contact qui serait le constat d'un avenir sans objet, d'un passé d'échec et d'un présent insupportable.

**Pour cette population instable, d'autres modes d'approche et des lieux d'hébergement très souples sont nécessaires : en effet, s'ils ont le sentiment d'être « embrigadés », ces adolescents instables ont tendance à réagir par la fuite.**

En réponse à ces situations des structures légères, ou points écoute, ont été créées. Les problèmes relevant de la toxicomanie et d'autres difficultés peuvent y être abordés, tant par les familles que par les jeunes dans des conditions appropriées pour les uns et les autres. Ces lieux d'écoute et de parole, déjà expérimentés dans plusieurs départements, se révèlent être des outils de prévention tout à fait pertinents pour les jeunes eux-mêmes mais également pour le quartier.

Ces points écoute doivent être implantés au plus près de la population concernée et donc en priorité dans les quartiers en difficulté. Dans ces lieux, les écoutants doivent accepter de nouveaux modes de fonctionnement pour permettre un travail communautaire avec la participation des habitants du quartier et les jeunes eux-mêmes. L'objectif est d'offrir un autre contact et une autre écoute que ceux rencontrés dans les autres systèmes repérés comme trop médicalisés, trop éducatifs ou moralisants.

Ces dispositifs, du type des points écoute, se présentent comme des espaces de prévention à l'échelle d'un quartier ou d'une commune. Ils abordent les souffrances et les besoins d'aide des jeunes et de



---

leurs parents, dans leur contexte socio-économique, au plus près des lieux de vie des personnes les plus exposées et concernées.

**Mieux connaître la situation des exclus de tout système social. Mieux connaître la « résilience » de certains adolescents qui s'en sortent malgré leur histoire défavorable.**

La souffrance des jeunes apparaît comme un révélateur et un amplificateur de la souffrance de la société. Certains marginalisés de banlieue ne font pas confiance aux structures d'accueil. Pour les enfants en rupture scolaire, il faudrait inventer un autre type de scolarité qui sache accepter l'échec sans cette menace permanente de l'exclusion.

Il serait aussi important de mieux cerner une population d'adolescents de plus en plus nombreuse, en situation de déstructuration. On peut les désigner comme « **décrocheurs scolaires** » ; certains ne vont plus du tout dans leur collège sans que soient signalées ces absences. Ils sont parfois repérés, mais il n'y a pas de continuité dans les prises en charge et il y a des ruptures entre l'écoute et le soin.

**D'autres thèmes de recherche seraient riches d'enseignement : comprendre pourquoi certains adolescents résistent à des situations pathologiques, comment certains vont bien alors qu'ils ont tout pour aller mal, quels sont les facteurs de résilience chez ces adolescents. On constate par exemple que certains enfants ont pu se choisir d'autres parents. Il y aurait là une piste qui nous permettrait de comprendre comment une société pourrait être capable de donner des limites et de montrer qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire. À l'opposé, il existe une trop grande médiation de la souffrance et de la violence des jeunes.**

## **Les médiateurs éducatifs**

La sociologue E. Johnston fait ainsi le point sur l'expérience des médiateurs éducatifs<sup>74</sup> : le succès des médiateurs recrutés par l'Éducation nationale au sein même des quartiers sensibles prouve le besoin des élèves de trouver dans les établissements scolaires un adulte « à qui parler ». Le fait même que ces jeunes combent un déficit de l'institution ne dispense pas pour autant de se poser la question du décalage grandissant entre l'école et les élèves.

---

74. *Informations sociales*, n° 76, 1999.

L'irruption de la violence à l'intérieur de certains établissements a obligé l'action publique à se réorganiser. C'est dans ce cadre que le conseil général des Hauts-de-Seine a embauché une cinquantaine de médiateurs éducatifs, afin de renforcer la présence adulte dans les collèges et d'y réduire les manifestations de violence.

### **Les résultats positifs de cette expérience**

Les médiateurs éducatifs agissent comme révélateurs du dysfonctionnement de l'institution scolaire. Ils prouvent, par leur succès auprès des élèves, l'existence de besoins non satisfaits par l'organisation traditionnelle des établissements. Ils sont souvent les seuls à percevoir les comportements déviants d'un élève et les dynamiques de groupes qui pourraient poser des problèmes.

Les médiateurs aident les jeunes à formuler leurs problèmes, à mettre « des mots sur les maux », comme ils disent. Par rapport aux autres adultes qui interviennent dans les collèges, ils ont un autre profil sociologique, ce qui les rapproche souvent des élèves. Un conseiller d'éducation disait d'eux : « Le médiateur est essentiel dans les banlieues difficiles, car il est issu du même quartier. »

### **Les limites de cette initiative**

Cette initiative a le mérite d'inventer une réponse aux difficultés des jeunes dans certaines écoles. Elle devra être suivie dans le temps. La place de ces médiateurs est encore mal définie par rapport au personnel de l'Éducation nationale : ils apparaissent souvent comme des « grands frères », ce qui peut rapidement les mettre dans des situations ambiguës.

Le dispositif n'atteint pas encore l'objectif que la médiation en milieu scolaire s'était fixé. Elle devait permettre une redéfinition des rapports entre élèves et enseignants, entre élèves eux-mêmes, et participer à la recomposition des rapports entre l'école et le quartier.

La médiation est-elle une fonction qui doit être partagée par de nombreux acteurs, ou doit-elle devenir l'exclusivité d'un corps de métier ? La spécialisation du poste de médiateur risque de renforcer la trop grande spécialisation qui marque déjà le personnel éducatif, en déresponsabilisant celui-ci de toute activité d'écoute et de soutien aux élèves en difficulté.

La solution à ces problèmes de violence et de souffrance psychique des jeunes doit être trouvée, individuellement, dans chaque école. Aucun projet ne peut être universel. Certaines écoles peuvent être déstabilisées par l'inflation des missions qui leur sont confiées. Cela entretient l'idée qu'il appartient à l'école de résoudre un

---

ensemble de problèmes sociaux : la formation, l'emploi, la socialisation des jeunes en difficulté et la lutte contre la violence.

Il ne faudrait pas reporter sur l'école des problèmes de société qui n'ont pas pu être résolus ailleurs. L'école ne peut que contribuer à corriger certaines inégalités en transmettant des connaissances et un héritage culturel.

**Face aux nouveaux défis qui lui sont posés, l'école doit peut-être redéfinir le rôle de chaque éducateur plutôt que d'ajouter un nouvel élément pour combler les déficits de l'ensemble. La formation des enseignants et des intervenants sanitaires et sociaux doit être adaptée pour répondre à la souffrance psychique des adolescents de mieux en mieux connue.**

## **L'importance d'une écoute. L'expérience de Fil santé jeunes**

La ligne Fil santé jeunes (0800 235 236) a été créée en 1995 pour répondre à la demande d'écoute individualisée en matière de santé, demande apparue lors de la consultation nationale des jeunes réalisée par les pouvoirs publics au cours de l'été 1994. Fil santé jeunes a reçu une double mission de la part du ministère de la Solidarité et de l'Emploi :

- proposer aux jeunes un service téléphonique anonyme et gratuit où ils trouveront écoute, information et orientation dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale,
- être un « observatoire national » des difficultés des jeunes en matière de santé.

Avec une cible extrêmement large, Fil santé jeunes est un numéro vert couvrant le territoire national, accessible tous les jours de 8 heures à minuit. Cette ligne ne revendique aucune spécialisation sur un thème particulier, elle s'affiche donc « généraliste » dans le domaine de la santé.

L'équipe d'écouterants répondants comprend 30 professionnels, dont 17 psychologues, 9 médecins, 2 conseillères conjugales et familiales, 1 conseillère scolaire et 1 juriste, encadrés par un chef de service. Une assistante administrative, deux documentalistes et un médecin épidémiologiste complètent l'équipe. Deux psychiatres psychanalystes, spécialistes de l'adolescence, interviennent lors de réunions cliniques hebdomadaires.

**Les appelants** En 1998, 1 252 400 appels ont été enregistrés. La durée des appels varie en fonction de leur contenu, plus de 6 minutes en moyenne, 15 % dépassant 10 minutes. Ce sont en majorité des filles (72 %). 55,8 % des appelants, filles et garçons, ont entre 14 et 17 ans et 11 % moins de 11 ans. Près de la moitié des appelants sont collégiens, pour un tiers des lycéens, et 8 % des étudiants.

De nombreux jeunes font état de troubles préoccupants (dépression, angoisse, troubles du comportement). Certains troubles transitoires de la personnalité ne font apparemment l'objet d'aucune prise en charge médicale.

Paradoxalement, les appelants revendiquent « qu'on les laisse tranquilles » tout en demandant à être écoutés. Certains espèrent une prise en charge et pourtant une démarche dans la réalité leur semble quasiment impossible. Les écoutants suggèrent, incitent, persuadent... et orientent.

**Orientation** Les appels donnent lieu, dans certains cas, à une orientation qui peut se faire avec communication d'une adresse précise (par exemple, un centre médico-psychologique, un centre de planning familial) ou sans adresse (par exemple vers l'infirmière scolaire, le médecin de famille).

Certains thèmes d'appels donnent fréquemment lieu à une orientation (50 %) : les problèmes somatiques, les conduites addictives et le mal-être.

Pour répondre à sa mission d'orientation, un travail de collecte d'informations et de mise à jour des différents lieux d'accueil, de prévention et de soins existant dans chaque département est effectué par les documentalistes. Les différents contacts établis permettent la constitution d'un « fichier partenaires ». Les renseignements recueillis donnent des indications précises pour l'ensemble de la France.

**Pour l'adolescent, ce type d'écoute, fait dans l'anonymat et à son initiative, peut être une soupape importante dans un moment de trop forte pression. C'est un geste qui permet de verbaliser des secrets difficiles à formuler ailleurs.**

Ce rôle est d'autant plus efficace que les écoutants sont en permanence formés par leurs réunions de travail. Par ailleurs, en collaboration avec M. Choquet (Inserm U472), Fil santé jeunes a élaboré un questionnaire qui pourra servir de témoin ou de révélateur de signaux d'alerte.

## **Du soutien scolaire par des retraités**

# **Des liens intergénérationnels**

À l'Association de gérontologie du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris, des grands-mères et quelques grands-pères rencontrent des enfants de 5 à 7 ans dans les écoles. Les mercredis, ce sont des adolescents qui viennent pour des séances de soutien scolaire. Ensemble, jeunes et vieux, ils choisissent des livres, lisent des histoires et les commentent. Ils se parlent, ils s'écoutent. Il y a des rires, des chagrins, des câlins, et chacun repart à sa maison jusqu'à la prochaine fois.

Quoi de plus banal que les grands-parents s'occupent des petits enfants. De nos jours, en Afrique, en Amérique du sud et, il n'y a pas si longtemps, dans nos campagnes, les jeunes et les vieux vivaient ensemble. Mais en 1999, en France, la vie que découvrent les tout-petits de 5 à 7 ans et leurs aînés de 15 ans et plus, n'a plus rien de commun avec celle que les retraités de 65 ans et plus ont connue. Aujourd'hui, dès la naissance, il faut trouver une place à la crèche parce que le papa et la maman travaillent. Ensuite, il ne faut pas prendre du retard à l'école primaire et savoir s'orienter au lycée pour se préparer à un métier qui n'existera peut-être plus dans dix ans. Les grands-parents habitent ailleurs, les divorces sont plus fréquents, de nouvelles familles se reconstruisent, on change de logement et parfois de région.

Tout a changé, rien n'est plus comme hier et demain fait peur. Dans cette turbulence, un îlot de fraîcheur et d'intelligence vient de naître sans faire de bruit. Des « papis » et « mamies » vont à l'école avec les enfants et rencontrent des adolescents. Les enfants « du jour » rencontrent des retraités de la « longue durée » ; ils se parlent et se construisent ensemble.

Les jeunes découvrent, avec les « cheveux blancs », que leurs parents ont eu une enfance ; ils grandissent avec une autre notion du temps, de la vie et des humains. Des retraités, et à travers eux les autres retraités du quartier, deviennent acteurs de leur vie dans cette société nouvelle qui est aussi la leur. Tous ensemble et quel que soit l'âge, ils vivent avec une autre idée du temps, de la vie et des humains, et quand ils se croisent dans la rue ils se regardent autrement.

Cette expérience d'activités communes entre jeunes et vieux a été reprise aujourd'hui dans plusieurs villes de France, elle permet d'élargir les solidarités au-delà du cercle de famille.

**Parrainage de  
jeunes par des  
retraités pour  
la recherche  
d'emploi**

Le groupe Agir (association 1901 de retraités offrant leurs compétences multiples, créée en 1987) a organisé en Seine-et-Marne, une aide aux jeunes en recherche d'emploi.

En liaison avec l'ANPE et le Centre communal d'action sociale, ils reçoivent en groupe restreint des jeunes signalés en difficulté. En entretien individuel, ils écoutent, expliquent et lorsque le jeune le décide, l'aident à la constitution de son curriculum vitae, la rédaction d'une lettre de motivation, et la simulation d'entretien. Par la suite, le contact est maintenu avec le parrain pour parler des difficultés rencontrées dans le travail. En 1998, 190 jeunes ont retrouvé un emploi par cette méthode.

Dans le même temps, de nouveaux retraités ont évité l'isolement de la société par une activité en rapport avec leurs compétences, qu'ils aient été ingénieurs, commerçants, enseignants, techniciens... Dans ce contact avec les jeunes et les réalités de la vie d'aujourd'hui, ils ont découvert de nouvelles possibilités d'enrichissement personnel.

**La solution à la difficulté de naître et de grandir pour les jeunes, la solution à la difficulté de vivre et de vieillir pour les anciens, en un mot, la prévention des grands maux que tout le monde connaît bien : désespérance et marginalité pour les uns et les autres, passe par leur rencontre. Mais une rencontre constructive et reconnue.**

---

# **Conclusions et recommandations**

---





La principale conséquence, aujourd'hui, du décalage entre les âges et leur statut est démocratique et politique. L'allongement de la durée de la vie, l'entrée de plus en plus tardive dans la vie active, une recomposition des familles ont fait voler en éclats le découpage des âges, qui servait de repère à notre société : enfance, adolescence, maturité et vieillesse. Entre les enfants qui n'en sont plus, les jeunes qui s'installent dans l'adolescence, des vieux qui restent jeunes, les fonctions démocratiques, économiques, sociales et culturelles sont à réinventer.

L'adolescence est une période de la vie particulièrement riche pour la construction de l'individu, mais c'est aussi une période de grande fragilité, pleine de paradoxe et plus longue que par le passé. L'état de santé d'un nombre important de jeunes de 12 à 25 ans est préoccupant, dans notre pays, comme nous l'ont montré les indicateurs de souffrances psychiques : dépressions, tentatives de suicide, violences subies et agies, accidents et usages de substances psychoactives.

Face à ces souffrances, il faut constater l'existence d'un vide institutionnel dans notre système de santé et notre système social, vide qui est perceptible dès la fin de l'âge pédiatrique et qui ne prend fin qu'à l'âge adulte. Une telle situation ne peut se pérenniser sans risques majeurs pour l'adolescence.

Nous proposons de développer un ensemble de mesures, sous quatre axes, qui s'articulent et se confortent les uns les autres.

## **Améliorer l'information : fondements d'un engagement civique et professionnel**

**Nous souhaitons une meilleure information et une plus grande transparence dans tous les domaines de la santé.** C'est ainsi que s'est exprimée une grande majorité des intervenants, y compris des jeunes, lors de la conclusion des États généraux de la santé de 1999.

Pour réduire la souffrance psychique des adolescents, il est très important d'expliquer qu'il faut aider les parents et intervenir dès la petite enfance. Les facteurs de risque sont déjà en place à la naissance et dans les premiers temps de la vie. Le suivi dans le système éducatif est insuffisant voire sans cohérence par exemple dans le passage de la maternelle au primaire.

Les jeunes eux-mêmes expriment une forte demande en matière d'information qui va dans le sens du renforcement et de l'intégration de l'éducation pour la santé dans le cursus scolaire.

**Les actions d'éducation pour la santé, jusqu'ici trop marquées par l'empirisme, doivent reposer sur des référentiels et des méthodes validés. Jusqu'à maintenant mises en œuvre de façon peu coordonnée, ces actions doivent être cohérentes avec les programmes régionaux de santé. S'appuyant sur les diverses compétences tant internes qu'externes à l'Éducation nationale, elles doivent être conçues, réalisées et évaluées selon des procédures de qualité.**

### **Sur un plan plus général**

Nous ne pouvons mieux dire que Madame N. Maestracci dans ses conclusions du rapport de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt, octobre 1998). Elle développe la nécessité d'expliquer clairement aux jeunes, aux familles et aux enseignants tout ce qui concerne les drogues licites et illicites. **Ses réflexions concernant les toxicomanies sont également pertinentes pour tous les autres problèmes de santé abordés dans ce rapport.**

**La connaissance est aujourd'hui une arme.** Elle permet de diffuser une culture de la responsabilité à tous les étages de la société, alors que la population demeure aujourd'hui trop souvent sous l'empire de sentiments très contradictoires : l'angoisse qui rend aveugle, la non-hiérarchisation des dangers qui conduit une partie des jeunes à juger non crédibles les discours officiels, la démis-

---

sion des adultes qui renvoient aux seuls experts, alors que beaucoup pourrait être fait en amont.

**Dans un domaine qui touche à l'essentiel, c'est-à-dire à notre perception du risque, du plaisir, de la souffrance, aucune politique efficace ne peut se conduire sans l'appui éclairé de l'opinion publique.**

## **La vigilance des adultes de proximité : une action à démultiplier**

Les parents et les intervenants adultes sont les témoins des changements qui s'opèrent chez les adolescents. Ils sont les mieux placés pour en tirer les conséquences. La prise de risque chez les adolescents comporte des tentatives de ressembler aux adultes. Cela doit être reconnu et accompagné par ces derniers. Sans cette reconnaissance, les mêmes prises de risque s'ouvrent à des auto-initiations dont les dangers sont multiples.

Diverses mesures sont susceptibles de mieux informer les familles, les enseignants, les infirmières scolaires et les médecins généralistes, ils sont les adultes en contact permanent avec les jeunes. Si ces intervenants sont bien informés, leur seule parole peut désamorcer un début de malaise avant qu'il ne dégénère.

- **Un bilan de santé en fin du primaire est susceptible de recueillir un maximum de données sur l'enfant.** Le médecin scolaire et l'infirmière seront ensuite plus à même de repérer et de suivre les enfants en difficulté, de l'aider et d'intervenir auprès des enseignants, de la famille ou du médecin généraliste.
- **En primaire, le suivi insuffisant des enfants en difficulté entraîne des risques d'exclusion ultérieurs du système scolaire. L'absence d'assistant social dans ce secteur est regrettable.** Au collège et au lycée, les interventions des professionnels de santé ne sont pas coordonnées. Les médecins interviennent de façon trop fragmentée ; on observe, en raison de l'absence d'évaluation des pratiques infirmières, des retards dans la prise en charge de jeunes présentant des troubles de l'humeur ou confrontés à des détériorations sociales et familiales.
- **Il existe un manque de coordination entre la sphère scolaire et le monde non scolaire.** Les parents, les soignants de l'Éducation nationale peuvent jouer un rôle de repérage et

d'aiguillage des enfants en difficulté, en veillant à ce que le relais soit pris par des équipes spécialisées et par le réseau de santé et social de droit commun, comprenant le médecin de ville. **Dès qu'il y a nécessité de recourir à un système de soin, le recours au médecin traitant doit être privilégié, le système scolaire vérifiant que le relais est bien assuré avec la famille.**

- Dans les établissements, **la présence d'un psychologue dans les équipes scolaires serait souhaitable. Sa présence dans les réunions régulières de synthèse des établissements aiderait à repérer assez tôt les limites entre souffrance psychique et trouble constitué.**
- **Compte tenu de la constante interpénétration des problèmes, présentés par les adolescents, les actions de formation devraient concerner non seulement le corps médical, mais aussi le personnel soignant, les enseignants, les éducateurs, les animateurs, les magistrats et les policiers chargés de la jeunesse.** Ces formations devraient être à la fois initiales et continues.
- **L'existence de réseaux d'écoute des familles est très importante avec participation de professionnels.** En cas de souffrance psychique des adolescents, tous les parents sont susceptibles de rencontrer des difficultés. Il est souhaitable de favoriser la création de ces lieux d'accueil et d'information des familles. Cela permettrait de relier les soutiens parents et adolescents en remettant l'éducation pour la santé au sein des familles.

## **Développer l'action des intervenants de crise : donner des réponses adaptées**

Psychologues, psychiatres, rééducateurs, professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse..., leur intervention est presque toujours signalée comme trop tardive. Ils sont le plus souvent sollicités en urgence dans des situations de crise qui représentent le terme d'une longue trajectoire de dégradation. L'indication de leur recours est dès lors pervertie, on ne leur adresse pas le jeune pour un soin précis mais pour se débarrasser de lui dans une situation sans issue.

---

L'institution psychiatrique est pour partie responsable de cette situation :

- **L'institution psychiatrique doit s'organiser pour accueillir des adolescents. Certaines régions commencent à créer des antennes adolescents qui font preuve d'une grande efficacité, mais leur innovation n'est pas assez soutenue, elles manquent de personnels et de moyens pour aider ces jeunes à se réintégrer dans la vie sociale.** Dans de nombreux secteurs les jeunes sont pris en charge soit en pédopsychiatrie où ils dérangent, soit dans les secteurs adultes où ils sont confrontés aux pathologies chroniques.
- **Il faut redéfinir l'organisation psychiatrique, repenser ses frontières avec les autres professionnels du soin et de l'aide sociale et modifier ses statuts. Il est souhaitable que des services psychiatriques pour adolescents soient en liaison avec les autres institutions chargées de l'enfance : justice, éducation, social et médico-social.** La prise en charge psychiatrique est encore trop vécue par le public en général, mais aussi par les familles, les enseignants et les soignants comme une intervention de dernier recours. La psychiatrie, c'est encore réservé aux fous. Cette réticence est la conséquence d'une double incompréhension : celle, nous l'avons vu, du public mal informé, mais celle, aussi, de l'institution psychiatrique enfermée dans une rigidité statutaire et professionnelle dominante.
- **Des professionnels de la psychiatrie devraient pouvoir plus souvent sortir de leurs institutions.** La présence des psychiatres dans les débats sur la prévention est encore trop rare, mais s'ils interviennent trop en amont on les accuse de psychiatriser tous les comportements. Leur juste place est par contre bien reconnue dans des structures pluridisciplinaires. Rencontrer le psychiatre devient alors aussi normal que de rencontrer un autre professionnel.

Il devient urgent de combler ces lacunes. Cela ne nécessite pas de créer de nouvelles institutions mais simplement de modifier des règlements, des habitudes de fonctionnement et d'apprendre à créer des liens entre les professionnels.

**La médecine de ville, les établissements de santé et les secteurs médico-sociaux doivent pouvoir bénéficier d'une fusion partielle de leur budget pour les inciter à travailler ensemble sur certains projets communs.** La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes les concerne tous à part égale.

- **Il y a une nécessité de créer une collaboration entre les professionnels médicaux et sociaux sur des objectifs bien définis** : prévention du suicide, réduction des accidents et autres objectifs de santé publique concernant cette population de jeunes. Le travail en réseaux a, pour cet objectif de santé des jeunes, la même importance que celui déjà bien en place d'aide aux personnes âgées, aux personnes atteintes par le sida, le cancer, le diabète, l'alcoolisme, etc.
- **Chaque professionnel doit être capable de servir de relais vers un autre professionnel car les situations de souffrance des jeunes sont toujours à composante multiple**. La rencontre des professionnels des secteurs, hors secteurs, avec les libéraux spécialisés ou formés à cet effet doit fonctionner en réseau, être financée, évaluée et pérennisée si elle s'avère concluante.
- **Une modification de la nomenclature des actes médicaux devrait voir le jour pour prendre en compte les actes de prévention, d'éducation pour la santé et de coordination**. Il est nécessaire de favoriser la participation des généralistes et des pédiatres à des formations sur la prévention des troubles psychologiques et sur la communication avec l'adolescent leur permettant d'acquérir, par exemple, une bonne connaissance des signes de dépression et des risques suicidaires.
- **Un réseau implique donc aujourd'hui non seulement l'organisation d'une véritable coordination entre professionnels libéraux et établissements de soin, mais aussi la formalisation de ces relations, afin qu'elles soient transparentes pour tous les acteurs du réseau, en particulier pour le patient, et qu'elles puissent donner lieu à évaluation**.

## **Des recherches à réaliser, des structures à créer : l'innovation au service des besoins**

- **Les situations à risque doivent pouvoir être repérées très tôt dans la vie. Le repérage et le traitement de la dépression maternelle**, qui suit souvent l'accouchement, pourraient éviter bien des problèmes si les connexions entre les services de maternité des hôpitaux et de protection maternelle infantile (PMI) étaient effectives. Certains adolescents souffrent d'une pathologie mentale souvent installée de longue

---

date et qui a pu échapper au traitement dans le cadre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Malgré les orientations précises données à ce dernier (circulaire du 11 décembre 1992) et les efforts considérables faits par certaines équipes, la prévention des troubles psychiques de la petite enfance est souvent à l'état de friche.

- **Des études sur les situations de résilience seraient riches d'enseignement** : comprendre pourquoi certains adolescents résistent à des situations pathologiques, comment certains vont bien alors qu'ils ont tout pour aller mal, quels sont les facteurs de résilience chez ces adolescents. On constate par exemple que certains enfants ont pu se choisir des substituts parentaux. Il y aurait là une piste qui permettrait de comprendre comment une société pourrait être capable de donner des limites et de montrer qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire dans la vie. **Également précieuse serait une étude de cohortes de la petite enfance à l'âge de 25 ans** pour répondre à une trop grande médiatisation de la souffrance et de la violence des jeunes.
- **Il serait aussi important de mieux cerner la population d'adolescents de plus en plus nombreuse, des « décrocheurs scolaires »** en situation de déstructuration. Certains, de plus en plus nombreux, ne vont plus du tout dans leur collège sans que soient signalées leurs absences. Ils sont parfois repérés, mais il n'y a pas de continuité dans les prises en charge, et il y a des ruptures entre l'écoute et le soin.
- **Favoriser la création d'appartements d'accueil.** La séparation du milieu familial est souvent une très bonne solution, s'il y a un suivi psychothérapique. De tels lieux de vie permettraient aux jeunes de continuer leur scolarité avec les aides associées d'éducateurs et d'enseignants sans négliger tous les problèmes de santé.

Un certain nombre de souffrances psychiques présentées par les adolescents et les jeunes adultes sont évitables car nous en connaissons de mieux en mieux les origines, nous disposons de réseaux de soins, de formations et d'informations de qualité et il devrait être possible, dans une nation évoluée comme la France de prendre les mesures politiques et financières susceptibles de répondre à ces situations.

Ce problème de la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes a été bien perçu par de nombreux intervenants de terrain de toutes disciplines. De nombreuses initiatives, nous

l'avons vu, proposent des réponses constructives. Certaines ne sont pas assez soutenues et ne se prolongent pas, d'autres sont encore mal évaluées pour prétendre à être diffusées sur une grande échelle.

En s'appuyant, région par région, sur toutes les initiatives déjà prises et sur ce que nous disent les jeunes, toutes les préconisations que nous proposons peuvent rapidement être réalisées.

**Face à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, nul n'est prophète. Aucun professionnel n'est compétent tout seul. Dans ce domaine, le savoir ne vient plus comme autrefois « d'en haut », mais des échanges, des rencontres et des concertations entre les intéressés : les professionnels de toutes disciplines, les familles et les adolescents eux-mêmes.**



---

## B I B L I O G R A P H I E

- 1 **Boukris S.**, *Souffrances d'adolescents*. Paris, Jacques Grancher, 1999.
- 2 **Chaillou P.**, *Violence des jeunes*, Paris, Gallimard, 1995.
- 3 **Choquet M., Ledoux S.**, *Adolescents, enquête nationale*, Paris, Inserm, 1994.
- 4 **Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C.**, *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, Enquête de l'Inserm U 472, Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la justice, 1998.
- 5 **Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F., et al.**, *Baromètre santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998.
- 6 **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.**, *Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins*, juillet 1999.
- 7 **Cyrułnik B.**, *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- 8 **Dolto F.**, *Paroles pour adolescents*, Paris, Hatier, 1989.
- 9 **École des parents et des éducateurs Île-de-France**, *Fil santé jeunes, bilan 1998*, Paris, EPE, 1999.
- 10 **École des parents et des éducateurs Île-de-France**, *Inter-service-parents, bilan 1998*, Paris, EPE, 1999.
- 11 **Fondation de France**, *Adolescences*, Paris, 1993.
- 12 **Haut Comité de la santé publique**, *Santé des enfants, santé des jeunes*, Rennes, Éditions ENSP, 1998.
- 13 **Johnston E.**, « Les médiateurs éducatifs », in *Informations sociales*, n° 76, 1999.
- 14 **Marcelli D., Braconnier A.**, *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson, 1999, 5<sup>e</sup> édition.
- 15 **Marcelli D., Braconnier A.**, *L'Adolescence aux mille visages*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- 16 **Pommereau X.**, *Quand l'adolescent va mal*, Paris, J.-C. Lattès, coll. « J'ai lu », 1997.
- 17 **Richard D., Senon J.-L.**, *Dictionnaire des drogues, toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, 1999.

- 18 *Charte pour la santé des adolescents*, Diffusée par la Fondation santé des étudiants de France, Paris, 1996.
- 19 *Conférence régionale de santé d'Île-de-France*, Paris, Cité des sciences et de l'industrie, La Villette, 22 novembre 1999.
- 20 *La consommation de substances psychoactives chez les lycéens*, Synthèse de deux enquêtes de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, 1999.
- 21 *Prévention des suicides et tentatives de suicide. État des lieux 1995-1997*, Bilans régionaux réalisés par la FNORS, Paris, FNMF-Prémuram, 1998.
- 22 *Propositions d'orientation pour une politique interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies*, Rapport de la MILDT, 1998.
- 23 « Quelle prévention du suicide ? » in *La Santé de l'homme*, juillet-août 1999, 342, p. 13-42.
- 24 *Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves*, Inspection générale des Affaires sociales, février 1999.
- 25 *Synthèse thématique des États généraux de la santé*, Rapport du Comité national d'orientation, 1999.

---

## T A B L E D E S M A T I È R E S

	Saisine ministérielle	VII
	Composition du groupe de travail	IX
Introduction	<b>L'adolescence</b>	3
	<b>Le plan du rapport</b>	5
	<b>Concepts de santé mentale, souffrance psychique, situations de crise et troubles psychiques</b>	7
	<b>La santé mentale</b>	7
	<b>La souffrance psychique</b>	8
	<b>La fixation pathologique</b>	9
	<b>Comprendre la souffrance psychique</b>	9
	<b>Pour une clinique des petits signes</b>	10
	<b>Les situations de crise</b>	12
	<b>Les troubles psychiques plus sévères</b>	13
	<b>La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes : état des lieux</b>	15
	<b>Introduction</b>	15
	<b>La souffrance psychologique des jeunes</b>	16
	<b>Présentation des principales études</b>	18
	<b>Les principaux indicateurs de santé</b>	19
	Les états dépressifs	19
	Les accidents	19
	Les conduites suicidaires	22
	<i>Le suicide</i>	22
	<i>Les tentatives de suicide</i>	23
	<i>Les idées suicidaires</i>	24
	Les conduites addictives	25
	<i>Tabac</i>	25
	<i>Alcool</i>	26
	<i>Cannabis</i>	29

<i>Autres produits illicites</i>	32
<i>Polyconsommation</i>	34
Les conduites violentes	34
<i>Violence subie</i>	34
<i>Violence agie</i>	36
Facteurs associés	37
<i>La souffrance psychique associée à la précarité</i>	37
<i>La résilience</i>	40
<i>Influence du sexe sur l'expression de la souffrance psychique</i>	42
<i>L'existence d'adultes ressources</i>	43
<b>Conclusion</b>	44
<b>Les mesures de prévention</b>	45
<b>Comment penser la prévention ?</b>	46
<b>Pour une prévention plus globale que thématique</b>	47
Les formations à promouvoir sur la souffrance psychique des adolescents	48
<i>Un groupe sans problèmes apparents</i>	48
<i>Un groupe d'adolescents à problèmes</i>	48
<i>Un groupe intermédiaire</i>	48
<b>Une approche différente filles et garçons</b>	49
Des actions adaptées au sexe	49
Attirances et pratiques homosexuelles	50
<b>L'importance des familles : le travail en réseau</b>	51
<b>Le soutien de l'environnement</b>	52
<b>Des entretiens d'évaluation clinique dans les établissements scolaires</b>	53
<b>Des mesures pour éviter l'exclusion</b>	55
<b>Rôles actuels des différents professionnels. Évolution souhaitable de leurs interventions</b>	57
<b>Les premiers recours. Information. Lieux d'accueil des jeunes et des familles. Lieux d'accueil polyvalents. Maisons de santé pour les jeunes</b>	59
Information	59
Lieux d'accueil et d'information des jeunes et des familles	60
Lieux d'accueil polyvalents	62
Des maisons de santé pour les jeunes	62
Le soutien par l'écoute téléphonique	63
<b>Les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité. L'importance d'un travail de liaison</b>	63
Entre généralistes et adolescents, la difficile rencontre	63

Entre généralistes et adolescents,	
l'importance de la prévention	65
L'apparition de nouvelles pratiques	65
Les nouvelles pratiques qui doivent pouvoir être partagées par d'autres intervenants	66
<b>L'institution scolaire. Bilan en CM2. Les enseignants, l'infirmière, le médecin, l'assistante sociale et le psychologue</b>	68
Bilan de santé en CM2	69
Éducation pour la santé à l'école	69
D'autres moyens d'information à inventer	70
L'aide des collectivités locales et des associations est importante pour la promotion de ces espaces-temps	70
Le rôle parfois difficile des enseignants	70
L'infirmière scolaire	71
Le médecin scolaire	72
L'assistante sociale scolaire	73
Le psychologue	73
<b>Le recours psychiatrique, son adaptation. Liens avec les autres soignants, les familles et l'école</b>	74
Le dispositif psychiatrique	74
<i>Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile</i>	75
<i>La prise en charge des adolescents</i>	75
<i>Le réseau médico-psychologique pour adolescents</i>	77
<b>L'Aide sociale à l'enfance. Les constats récents de la Protection judiciaire de la jeunesse</b>	78
Enquête sur le rôle de l'Aide sociale à l'enfance	78
Les constats récents de la Protection judiciaire de la jeunesse	79
L'enquête de l'Inserm	80
<i>Principaux constats et implications pratiques extraits de cette enquête</i>	81
<i>Conclusions de cette enquête</i>	84
<b>Des réalisations spécifiques pour répondre aux situations de souffrance psychique des adolescents</b>	85
<b>Le suicide : mesures de prise en compte de ce problème de santé publique. Suivi des suicidants et leurs familles</b>	86
Prévention du suicide auprès des adolescents	86
Exemple d'une aide conjointe à tout adolescent suicidaire et à sa famille dans un hôpital général	87
<i>Le contact difficile</i>	88

<i>La difficile prévention</i>	88
<i>Les relais</i>	88
<i>Les difficultés</i>	89
<b>Réalisations psychiatriques spécifiques : organisation d'un service hospitalier et d'un secteur psychiatrique, pour répondre aux souffrances psychiques des adolescents</b>	89
Un service hospitalier spécial pour adolescents	89
Un réseau spécifique adolescent dans un secteur psychiatrique	91
<b>Réseau de ville d'accompagnement sanitaire et social auprès de jeunes en difficulté</b>	92
<b>L'aide aux jeunes en errance. Des modes et des lieux d'accueil à inventer</b>	94
<b>Les médiateurs éducatifs</b>	95
Les résultats positifs de cette expérience	96
Les limites de cette initiative	96
<b>L'importance d'une écoute.</b>	
<b>L'expérience de Fil santé jeunes</b>	97
Les appelants	98
Orientation	98
<b>Des liens intergénérationnels</b>	99
Du soutien scolaire par des retraités	99
Parrainage de jeunes par des retraités pour la recherche d'emploi	100
<b>Conclusions et recommandations</b>	103
<b>Améliorer l'information : fondements d'un engagement civique et professionnel</b>	104
Sur un plan plus général	104
<b>La vigilance des adultes de proximité : une action à démultiplier</b>	105
<b>Développer l'action des intervenants de crise : donner des réponses adaptées</b>	106
<b>Des recherches à réaliser, des structures à créer : l'innovation au service des besoins</b>	108
<b>Bibliographie</b>	111







## **Haut Comité de la santé publique**

8, avenue de Ségur

75350 Paris 07 SP

Téléphone : 01 40 56 79 80

Télécopie : 01 40 56 79 49

Mél : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

<http://www.hcsp.ensp.fr>

### **Présidente :**

Dominique Gillot,  
secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés

### **Vice-Président :**

Gilles Brücker

### **Rapporteur général :**

Roland Sambuc

### **Membres :**

Lucien Abenhaim	Francis Giraud
Maryvonne Bitaud-Thépaut	Claude Griscelli
Jean-François Bloch-Lainé	Odette Grzegrzulka
François Bonnaud	Pierre Guillet
Raoul Briet	Gilles Johanet
Gilles Brücker	Jacques Lebas
Yves Charpak	Catherine Peckham
Pascal Chevit	René Roué
Alain Coulomb	Roland Sambuc
Édouard Couty	Simone Sandier
Daniel Defert	Anne Tallec
Jean-François Dodet	Denis Zmirou
Isabelle Ferrand	

### **Secrétaire général :**

Lucien Abenhaim, directeur général de la Santé

### **Secrétaire général adjoint :**

Geneviève Guérin



Achévé d'imprimer  
sur les presses de Calligraphy Print, Rennes  
Mise en page : Buroscope  
Dépôt légal : juin 2000

