

Santé des jeunes

Orientations et actions à promouvoir en 2002

Rapport de Xavier Pommereau ¹

Avril 2002

¹ Psychiatre des hôpitaux, Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte, centre Abadie, CHU de Bordeaux.

Sommaire

Introduction	3
Chapitre 1	6
Les enseignements récents des Etats Généraux de la santé	
L'opinion des jeunes eux-mêmes	6
L'opinion des adultes	8
Chapitre 2	9
Orientations et actions par thème	
Prévention des accidents de la route	9
Prévention en santé mentale, prévention du suicide	11
Prévention de l'usage de substances psychoactives	16
Prévention des conduites sexuelles à risque	23
Prévention de l'obésité	28
Chapitre 3	
Douze actions prioritaires	30
Références	32

Introduction

Etre en bonne santé ne signifie pas, chez les 12-25 ans, être exempt de maladie, mais « être bien dans sa peau, dans sa tête », tandis que la notion de « capital-santé » reste, à cet âge, un concept vague et lointain. « Faire attention », « penser à l'avenir », « éviter les excès », sont autant de principes plutôt vécus par les jeunes comme des injonctions adultes destinées sinon à exercer une emprise sur eux, du moins à les contrôler. Toute recommandation trop insistante est, en la matière, considérée comme suspecte et peut même devenir un sujet d'affrontement, surtout si les conseillers ne semblent pas appliquer pour eux-mêmes les principes qu'ils énoncent. Un discours hygiéniste et menaçant qui supposerait les jeunes incapables ou ignorants et qui s'adresserait à eux pour les dissuader par la peur, serait au mieux inutile, au pire dangereux car susceptible de provoquer des effets inverses à ceux escomptés : repli passif et frileux, attitudes de défi, voire contre-attitudes délibérément risquées.

L'envie de prendre des risques est particulièrement active à l'adolescence, en regard d'au moins trois besoins qui se déclinent au sens propre et au figuré :

- se distinguer des adultes,
- se mettre à l'épreuve,
- faire corps avec le groupe des pairs.

C'est en cherchant à définir ses propres limites que l'adolescent s'affirme et qu'il se détermine, à travers l'expérience personnelle des essais et des erreurs, sous l'impulsion de fortes aspirations à l'action, à l'autonomie et à la liberté. Mais cette recherche identitaire n'a de sens que si elle lui permet de se situer et de se sentir exister par rapport aux autres. Pour « se trouver », l'adolescent doit pouvoir se confronter aux repères et aux limites temporels et spatiaux fixés par les adultes qui l'ont en charge et trouver auprès d'eux la reconnaissance et la sécurité dont il a également besoin. La singularité ne doit pas confiner à l'isolement et à la rupture radicale. Lorsque c'est le cas et que l'adolescent tranche dans le vif de sa chair et de ses relations à autrui, les adultes doivent interpréter ces attitudes et comportements comme l'expression d'une triple quête :

- se libérer de la souffrance psychique ressentie (en rompant avec les réalités douloureuses au moyen de divers expédients, en croyant en prendre le contrôle par l'agir, en déviant la souffrance vers des douleurs physiques auto-infligées) ;

- éprouver des sensations fortes pour - terrible paradoxe - se sentir exister au risque d'en mourir (en se mettant délibérément en danger, en partageant ces conduites avec des pairs afin d'appartenir au corps groupal et de s'y sentir pris en considération);

- se signaler avec insistance auprès des adultes, dans l'attente plus ou moins secrète d'être reconnu et contenu par eux (en adoptant des conduites provocantes, en multipliant les « demandes » masquées ou détournées par peur d'être jugé ou d'exposer trop ouvertement ses souffrances intimes).

Les parents sont généralement trop impliqués ou trop proches pour percevoir d'emblée les difficultés avec objectivité et recul. Ils doivent être aidés par l'intervention de tiers susceptibles de les alerter et de les éclairer à propos des signes de détresse exprimés. Le problème est que les adultes témoins ne sont pas toujours conscients de ce rôle et que ceux que les adolescents choisissent comme interlocuteurs ne sont pas forcément les professionnels les mieux préparés à repérer, prendre en charge et orienter les jeunes en situation de souffrance.

Ainsi, les garçons sont plus réticents que les filles à s'adresser à un professionnel de santé ou à un enseignant, mais se confient plus facilement auprès d'un éducateur sportif. Au contraire des filles qui expriment davantage de plaintes physiques et de troubles à médiation corporelle, les garçons qui vont mal privilégient les conduites de risque impulsives et violentes, souvent associées à la consommation de toxiques. Ils ont, de ce fait, plus de contacts avec les représentants de l'ordre et les professionnels de la justice.

D'autre part, dans les deux sexes, l'accès à l'information et aux soins présente des inégalités flagrantes entre les jeunes scolarisés et ceux qui ne le sont plus, en particulier lorsque ces derniers sont en situation précaire, ce qui pose le problème des formes et des moyens de sensibilisation, de dépistage et de soutien à développer dans les environnements défavorisés. Si la couverture maladie universelle (CMU) permet aux jeunes majeurs de moins de 25 ans et aux 16-18 ans en rupture familiale ou relevant de l'ASE et de la PJJ de bénéficier d'un droit propre, nombreux sont ceux qui négligent de le faire valoir, soit parce qu'ils les ignorent, soit parce qu'ils reculent devant les démarches administratives à effectuer. Les structures accueillant les jeunes ont donc

un rôle de lien essentiel à jouer avec ce public qu'elles connaissent bien. Les PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) doivent ainsi favoriser le recours aux soins des jeunes en situation de précarité en développant des actions ciblées auprès des 16-25 ans sortis du système scolaire et en démarche d'insertion professionnelle, des jeunes désinsérés socialement et usagers de structures comme les foyers, les missions locales, les chrs, et des étudiants en difficulté économiques et en situation de mal-être.

D'une manière générale, il apparaît indispensable de susciter des actions d'information auprès de tous les jeunes, l'expérience de *Fil Santé Jeunes* indiquant que les jeunes appelants de ce numéro vert ont une certaine ignorance en matière de santé et qu'ils semblent méconnaître non seulement leur corps mais les structures de soins existantes et leurs modes d'accès.

Aujourd'hui, en France, la majorité des jeunes jouit d'un bon état de santé physique grâce aux progrès des sciences et des techniques, à l'évolution des modes de vie et des mentalités, à la qualité des méthodes de prévention, de dépistage précoce et de traitement de certaines maladies. Mais la modernité voit aussi se développer des affections et des troubles susceptibles d'altérer plus ou moins gravement la santé des jeunes à court, moyen ou long terme (allergies, infections ORL récurrentes, pathologies du dos, troubles de l'audition, etc.). Elle voit enfin s'accroître des pratiques et des consommations à risque qui peuvent avoir des conséquences néfastes, voire dramatiques, à plus ou moins brève échéance.

Sachant que les troubles des conduites et des consommations chez les 12-25 ans sont souvent à la fois des causes et des conséquences de situations de mal-être ou de souffrance psychique, il n'est pas surprenant que l'on ait demandé à un psychiatre clinicien spécialiste de l'adolescence de donner son avis sur les principales orientations et actions à promouvoir pour les prévenir et/ou les prendre en charge. Pour se faire, l'auteur du présent rapport a évidemment pris en compte les actions déjà mises en œuvre ou recommandées par divers experts en regard des données épidémiologiques les plus récentes. Mais il a aussi voulu exprimer son point de vue de praticien sur certains aspects complexes que la clinique vérifie au quotidien sans toujours pouvoir être scientifiquement validée par des études contrôlées.

Cette double approche ne prétend être ni exhaustive ni définitive. Elle doit même susciter des approfondissements et des discussions, surtout lorsque telle ou telle recommandation ne fait pas encore l'objet d'un consensus (ex. : le lycée sans tabac).

Certaines actions proposées sont sans doute délicates à mettre en œuvre. D'autres ne sont que le prélude à des actions plus abouties. D'autres encore mériteront d'être davantage ciblées vers des populations spécifiques (les garçons, les moins de 16 ans, les jeunes défavorisés). D'autres enfin devront être reconsidérées si leur évaluation ne se révèle pas probante. Quoi qu'il en soit, le présent rapport se veut avant tout en prise directe avec certaines réalités d'aujourd'hui, établi dans un souci de cohérence et de faisabilité, en gardant constamment à l'esprit que pour être « applicables » les mesures préconisées doivent aussi répondre au plus près à deux exigences : être comprises et acceptées par les jeunes, être soutenues et développées par les adultes les ayant en charge.

Chapitre 1

Les enseignements récents des Etats Généraux de la santé

Sur le thème de l'éducation pour la santé des jeunes (« *Jeunes : Comment préserver l'avenir ?* »), vingt six manifestations ont été organisées en France en 1999, dont deux forums citoyens qui se sont tenus à Nantes et à Evreux, dans le cadre des Etats Généraux de la santé. Nous rappelons ci-après les principaux points recueillis par le groupe de travail que nous avons dirigé :

L'opinion des jeunes eux-mêmes

Les jeunes ont le sentiment qu'on ne leur laisse pas suffisamment la parole. Même s'ils ne constituent pas une population homogène en termes d'opinions et de besoins, ils

expriment des préoccupations communes à propos des difficiles conditions de dialogue jeunes-adultes et d'un fort besoin de reconnaissance.

La plupart des jeunes soulignent le décalage existant entre leurs propres perceptions et celles des adultes qui les entourent. À la question « C'est quoi, la santé? », les jeunes répondent : « C'est être bien dans sa peau, bien dans sa tête », tandis que la notion d'épargne du « capital santé » leur apparaît vague et lointaine. Ils ont l'impression d'être saturés de recommandations concernant la drogue ou le sida, et déplorent un manque d'échanges avec les adultes à propos de thèmes d'inquiétude comme le suicide, les MST autres que le sida, les abus sexuels, les problèmes alimentaires, etc.

Ils attendent de la part des adultes des réponses claires et des positions cohérentes, par exemple au sujet des méfaits comparés de l'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis, du caractère licite ou illicite de ces substances, ou encore du prix des préservatifs qu'ils jugent anormalement élevé, s'interrogeant sur le pourquoi de leur non-gratuité. Ces questions leur semblent essentielles et les jeunes disent se heurter trop souvent à l'incompréhension de certains adultes qui projettent sur eux leurs propres angoisses.

Ils souhaitent d'ailleurs que soient multipliées les occasions de débat jeunes-adultes. Ce n'est pas à l'école qu'ils veulent s'exprimer sur certaines questions de santé (notamment celles concernant les drogues et la sexualité). Ils préfèrent fréquenter pour cela des lieux moins « encadrés », plus aptes selon eux à faciliter le dialogue : maisons de quartiers, salles mises à disposition par les municipalités, forum, etc.

La santé n'apparaît pas comme une de leurs préoccupations majeures, sauf lorsqu'ils ont à faire face à des situations d'urgence. Pour beaucoup de jeunes, le contact avec un médecin est lié à la demande d'un certificat médical en vue de pratiquer une activité sportive. Rares sont les fois où le dialogue s'engage à cette occasion, ce que les jeunes semblent regretter. En dehors de l'école, ils sont mal informés quant à l'existence de structures d'assistance ou d'aide situées à proximité de leur lieu de résidence. Ils manquent d'information sur le fonctionnement du système de protection sociale en général, mais expriment une volonté forte de se prendre en charge eux-mêmes sur la gestion de leur santé et sur la prévention.

L'opinion des adultes

Elle exprime en premier lieu l'inquiétude et le désarroi face aux statistiques indiquant, chez les jeunes, une consommation croissante et précoce de substances psychoactives, l'importance des désordres alimentaires, le nombre élevé d'accidents de la circulation, de suicides et de tentatives de suicide, de grossesses non désirées, etc.

Pour les adultes, l'école apparaît à la fois comme un lieu privilégié de repérage et d'éducation dans tous les sens du terme. S'agissant des réponses préventives à proposer en milieu scolaire, trois axes principaux se dégagent :

- s'appuyer davantage sur la fonction éducative de l'école (insérer, dès le primaire, l'éducation pour la santé dans les programmes ; créer les conditions d'une plus grande participation des élèves en renforçant les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ; former les délégués de classe; développer les actions éducatives...);

- améliorer le rôle de la médecine scolaire et, notamment, combler son insuffisance dans les collèges, une infirmière à temps plein par établissement apparaissant comme indispensable ;

- promouvoir l'intervention accrue d'associations ou de professionnels spécialisés en milieu scolaire et le développement, in situ, de permanences d'écoute ; mais si certains prônent l'intervention directe auprès des élèves, d'autres recommandent plutôt que les intervenants extérieurs aident les personnels de l'école à définir eux-mêmes les réponses institutionnelles à apporter, afin d'éviter leur disqualification explicite.

En dehors de l'école, les adultes soulignent la nécessité d'offrir des lieux d'accueil et d'écoute « santé » pour les jeunes au sein de structures de proximité aisément accessibles. Pour les jeunes en recherche d'insertion, ils estiment nécessaire que les missions locales jouent un rôle accru dans l'information et l'orientation à propos des problèmes de santé. Le besoin croissant d'aide et de soutien aux parents est également évoqué, compte tenu de l'évolution des modes de vie et de la complexité de certaines situations familiales.

Le médecin généraliste est considéré comme un référent essentiel qui peut avoir la confiance du jeune et de ses parents. En conséquence, la nécessité d'améliorer sa formation (initiale et continue) à la relation avec les adolescents apparaît indispensable.

Il est enfin vivement souhaité que les structures de soins hospitaliers spécifiques aux jeunes soient en nombre suffisant et qu'elles s'articulent en réseau avec le secteur social et le milieu scolaire.

Chapitre 2

Orientations et actions par thème

Faire des propositions d'actions destinées à préserver ou améliorer la santé des jeunes à partir des troubles constatés des pratiques et des consommations chez les 12-25 ans, ne signifie évidemment pas que l'on néglige ou minimise les affections ou les troubles relevant d'autres domaines de la santé et de l'environnement. Mais le présent rapport s'attelle aux problèmes soulevés par les troubles des conduites chez les jeunes, compte tenu :

- du rôle que les jeunes eux-mêmes peuvent jouer comme acteurs de leur santé,
- de la responsabilité des adultes en matière d'éducation et d'étayage,
- de la place du risque dans la vie des jeunes,
- de l'importance quantitative de la population concernée,
- de la gravité des conséquences potentielles des troubles des conduites,
- du caractère évitable que revêt cette morbidité,
- de la faisabilité des actions de prévention dans ce domaine,
- du consensus social quant au caractère prioritaire des actions de prévention et de protection envers les jeunes,
- de la bonne acceptabilité de l'opinion en regard des mesures en faveur des jeunes.

1. Prévention des accidents de la route

1.1 Constat

Première cause de mortalité chez les jeunes, les accidents de la circulation représentent à eux seuls 40 % des décès des 15-19 ans, 37 % pour les 20-24 ans et encore 26 % pour les 25-29 ans². La surmortalité masculine est frappante dans la

² Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 34.

proportion de trois garçons pour une fille. Près de deux tiers des décès sont liés à l'usage d'un véhicule motorisé (deux-roues, voitures). Les données 2000³ indiquent que si moins de 10 % du trafic routier s'effectue la nuit, 38 % des accidents entraînant des blessés graves et 47 % des accidents mortels surviennent à ce moment là. Contrairement à la baisse des taux observée chez les enfants et jeunes adolescents non-conducteurs (tranche des 0-14 ans) ces dernières années⁴, l'évolution n'indique pas de diminution, ni en quantité, ni en gravité des accidents de la circulation chez les jeunes en âge de conduire des véhicules motorisés.

1.2 Points à souligner

L'accès à la conduite d'un véhicule motorisé est fortement synonyme, chez les jeunes, d'émancipation et d'autonomie vis-à-vis des adultes. C'est aussi, pour les garçons, un moyen tangible d'affirmer leur « puissance », d'exprimer leur fougue et de se mesurer entre pairs (« tuning », défis motorisés). Faire le spectacle, en scooter devant le lycée, en voiture avec les filles sur le trajet des discothèques, ou en rejouant « La fureur de vivre » sur le parking désert des supermarchés, exprime - surtout pour les jeunes les plus en difficulté identitaire - une forte aspiration à se sentir reconnus, respectés, admirés. Cette aspiration ne doit pas être négligée par les adultes, ni neutralisée par des mesures trop coercitives. Il s'agit plutôt d'en limiter les débordements et de faire observer des règles tenant lieu de cadre d'évolution.

Pour certains jeunes, notamment en milieu rural, l'usage d'un véhicule motorisé reste avant tout le seul moyen de transport disponible pour aller et venir, et pour gérer de façon indépendante leur déplacement. Ceux qui ne disposent pas de véhicule motorisé sont tributaires, pour se déplacer, des pairs qui en possèdent. Dans un tel contexte, sur le trajet d'un lieu festif, l'abus de substances psychoactives les met directement ou indirectement en danger. S'il s'agit de prendre des mesures spécifiques pour réduire ces usages, il convient de façon tout aussi urgente d'en prévenir les conséquences en mettant à la disposition des jeunes des moyens de transport adaptés et acceptés par eux.

1.3 Actions à développer

- Coordonner, avec l'Association des Maires de France et la CNAM, une campagne nationale afin que, localement, municipalités, associations et gérants d'établissement festif mettent en place un dispositif de « navettes » gratuites les soirs et nuits de week-end reliant les discothèques au centre-ville ; évaluer l'expérience chaque année sur

³ Prévention routière- Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2000

⁴ Sécurité routière - Bilan annuel. Statistiques et commentaires, année 1998 : 77.

trois ans à partir de l'évolution des chiffres des jeunes tués ou blessés sur la route, la nuit.

- Créer un « Pass jeunes » donnant droit à un tarif forfaitaire réduit en taxis (déplacements urbains) les soirs et nuits de week-end (ex. : 3 € par personne pour la charge simultanée de trois jeunes).

- En zone urbaine, généraliser l'aménagement des voies réservées aux deux-roues, notamment à proximité des établissements scolaires.

- Soutenir les actions précoces de sensibilisation et de formation à la conduite de véhicules et à l'apprentissage du code de la route en milieu scolaire.

- Assurer un contrôle plus rigoureux des infractions commises en deux-roues et veiller à ce qu'elles soient dûment verbalisées (non port du casque, circulation en sens interdit, non respect des feux et des stops).

- Réduire l'accès aux boissons alcoolisées sur la route et la nuit en proposant un nouveau texte de loi modifiant le 3^{ème} alinéa de l'article L. 3322-9 du code de la santé publique pour interdire totalement la vente d'alcool dans les stations-service.

- Intensifier les contrôles d'alcoolémie chez les conducteurs de véhicules motorisés les soirs et nuits de week-end, ainsi que les contrôles de vitesse.

2. Prévention en santé mentale, prévention du suicide

2.1. Santé mentale

2.1.1 Constat

Il n'existe pas actuellement, en France, de données épidémiologiques permettant de connaître la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population des enfants scolarisés dans les écoles primaires, sur lesquelles appuyer une politique de prévention.

Concernant les dépressions de l'enfant et de l'adolescent, les estimations disponibles dans la littérature internationale⁵ indiquent des taux de prévalence variant de 2 à 6 %.

A l'adolescence, l'expression d'un mal-être peut se manifester par des plaintes somatiques ou des troubles des conduites susceptibles de mobiliser de nombreux acteurs du champ sanitaire, social, éducatif ou judiciaire. La pluralité et l'hétérogénéité de ces manifestations sont des facteurs de dispersion et de cumul des réponses apportées.

⁵ Cohen P., Kasen S., Liu J., Epidémiologie des dépressions de l'enfant et de l'adolescent, in M.-C. Mouren-Siméoni et R.G. Klein, Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent, Faits et questions, Expansion Scientifique Publications, 1997 : 127.

Certains troubles sont davantage médicalisés que d'autres, mais même dans ce cas la reconnaissance de problèmes psychologiques nécessitant des soins appropriés n'est pas toujours faite. Un tel constat doit conduire à un effort accru de repérage et de prise en charge des signes et symptômes de souffrance psychique dont certains auront, à l'âge adulte, un pronostic ou des conséquences qui dépendent largement de la précocité du diagnostic et des modalités thérapeutiques entreprises. C'est en particulier le cas des troubles de l'humeur et/ou de la personnalité se révélant par des troubles des conduites dans la tranche d'âge 11-15 ans. Une approche préventive globale en santé mentale suppose néanmoins de pouvoir bénéficier dès le plus jeune âge de la vigilance continue des adultes aux signes plus ou moins visibles de souffrance psychique.

2.1.2 Points à souligner

Auprès des jeunes repérés comme en grande souffrance et de leur famille, les intervenants de divers champs juxtaposent souvent leurs actions plus qu'ils ne se répartissent les tâches et ne se concertent, faute de pouvoir mettre effectivement en oeuvre la politique de réseau transdisciplinaire à laquelle, par ailleurs, tous souscrivent de manière consensuelle.

Si certains troubles des conduites attirent immédiatement l'attention, d'autres troubles tardent à être évalués et sont insuffisamment pris en charge par les professionnels de santé de « première ligne » (infirmières et médecins de santé scolaire, médecins généralistes, pharmaciens) : troubles anxio-dépressifs, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires (TCA).

La confusion entre respect de la confidentialité et respect du secret professionnel limite souvent les échanges et les liens entre les équipes éducatives (au sens large) et les équipes de pédopsychiatrie.

Les questions relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents restent encore un sujet « sensible » pour l'opinion publique et pour de nombreux professionnels de l'éducation.

Les dispositifs de consultation et d'hospitalisation spécialisés pour adolescents sont encore inégalement répartis sur l'ensemble du territoire, parfois absents, insuffisants ou inadaptés, même si des efforts conséquents ont été faits dans ce domaine au cours de la dernière décennie. Il est important de savoir que les adolescents sont particulièrement réfractaires aux dispositifs trop marqués par la maladie mentale ou à ceux qui ne distinguent pas les « petits » des sujets de plus de 8-10 ans.

Sachant que l'adolescence est aujourd'hui une période durable qui débute avant la puberté et qui se poursuit bien au delà de la fin de la croissance, le bornage supérieur en âge de la pédopsychiatrie fixé administrativement à 16 ans n'apparaît plus adapté.

2.1.3 Actions à conduire

- Mener une enquête épidémiologique descriptive et analytique sur la santé et les habitudes de vie des enfants scolarisés, incluant la mesure de la fréquence des signes de souffrance psychique et l'étude des facteurs associés et de leurs poids respectifs.
- Améliorer les connaissances des professionnels de santé de « première ligne », en ce qui concerne les signes précoces de souffrance psychique, les différentes modalités de prise en charge des troubles anxio-dépressifs, des troubles du sommeil, des TCA.
- Soutenir de manière accrue la politique de réseau transdisciplinaire en intégrant des temps de rencontre intra et inter-institutionnelle dans les temps d'activité des professionnels concernés.
- Mieux connaître les modalités de relation engagées entre les équipes scolaires et les équipes de pédopsychiatrie, ainsi que les besoins et les limites de leur collaboration, au moyen d'un questionnaire élaboré en commun.
- Sensibiliser les professionnels de l'éducation aux questions relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents, en termes de repérage des premiers signes de souffrance et d'articulation avec les professionnels de santé.
- Soutenir, dans la durée, les moyens accordés à *Fil Santé Jeunes*, sachant que l'effectif des professionnels écoutants de ce numéro vert national doit être adapté à la progression des appels émanant de jeunes en difficulté ou en détresse.
- Développer de nouveaux dispositifs de consultations spécialisées pour les grands enfants et les adolescents, et améliorer les conditions d'accueil des services existants (intersecteurs, CMPP...), en différenciant nettement la prise en charge des enfants en bas âge et celle des grands enfants et adolescents.
- Fixer à 18 ans le nouveau bornage supérieur en âge de la pédopsychiatrie, tout en maintenant le bornage inférieur de la psychiatrie adulte à 16 ans, afin de ménager un chevauchement entre 16 et 18 ans permettant un choix adapté à certaines situations.
- Veiller à ce que chaque département dispose d'un nombre suffisant de lits d'hospitalisation en pédo-psychiatrie.

2.2. Suicide

2.2.1 Constat

Deuxième cause de mortalité chez les jeunes, les suicides représentent 17,4% du total des décès de jeunes hommes et 15,1 % des décès de jeunes filles⁶. Trois suicides sur quatre sont masculins (usage d'une arme à feu ou pendaison, sept fois sur dix⁷), tandis que les tentatives de suicide (TS) - estimées cinquante fois plus nombreuses que

⁶ Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 34.

⁷ Inserm SC 8, données 1997.

les suicides aboutis chez les jeunes⁸ - sont surtout féminines (intoxications médicamenteuses volontaires, scarifications et phlébotomies). Sept pour cent des jeunes scolarisés (11-19 ans) déclarent avoir fait une TS (5 % une seule, 2 % plusieurs). Ce taux est multiplié par deux parmi les jeunes, garçons comme filles, qui ont quitté précocement le système scolaire⁹. Un suicidant sur trois récidive dans l'année. Le rapport idées de suicide/TS se situe autour de quatre. La chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte. Si seulement 8 % des garçons et 13 % des filles pensent souvent au suicide, 41 % parmi eux ont fait une TS, alors qu'ils ne sont que 1 % parmi ceux qui n'ont jamais eu de telles idées¹⁰.

Parmi les indicateurs de risque, on note la survenue avant l'âge de 15 ans et le cumul de diverses conduites de rupture¹¹ (violences agies, fugues, usage régulier de substances psychoactives, troubles alimentaires, prises de risque répétées à type de conduites motorisées dangereuses, sexualité non protégée, etc.).

Les antécédents suicidaires familiaux, les violences sexuelles subies, l'instabilité familiale, les biographies émaillées de secrets de famille ou de filiation, les troubles de l'humeur et de la personnalité, les difficultés d'affirmation de l'orientation sexuelle et les questionnements identitaires majeurs, constituent des facteurs de risque souvent masqués par les événements déclenchants (rupture sentimentale, échec scolaire, conflits familiaux, etc.).

2.2.2 Points à souligner

Chez les jeunes, la prévention du suicide réclame à la fois une plus grande sensibilisation des adultes en charge d'adolescents (idées reçues à dénoncer, prise en considération des idées de suicide exprimées), un meilleur dépistage des sujets à risque (c'est-à-dire de ceux qui multiplient les conduites de rupture, quelle qu'en soit la forme), une limitation stricte de l'accès à certains moyens de suicide pouvant être employés impulsivement et une prise en charge plus soutenue des auteurs de TS.

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des hospitalisations pour TS en services d'urgence de mineurs de moins de 15 ans. Il est actuellement impossible de

⁸ Environ 40 000 TS chez les moins de 25 ans, sur un total tous âges estimé à 155 000 TS annuelles (Drees, 2001).

⁹ M. Choquet, Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques, *in* La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge, John Libbey Eurotext & Fédération Française de Psychiatrie, 2001 : 121.

¹⁰ M. Choquet, *op. cit.*

¹¹ M. Choquet, X. Pommereau, C. Lagadic, Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde, à la demande de la Direction Générale de la Santé, Paris : Inserm, 2001.

déterminer si cette augmentation correspond à un taux de prévalence en hausse ou si elle reflète un recours hospitalier plus systématique. Cette dernière hypothèse n'est cependant pas étayée par les résultats de l'enquête Prémutam¹² indiquant que plus le sujet suicidant est jeune, moins le recours à l'hospitalisation après une TS est retenu par le médecin généraliste amené à intervenir, ce qui peut traduire une moindre gravité somatique ou une appréciation, différente selon l'âge, de la gravité du geste.

2.2.3 Actions à développer

Dans le cadre de la « Stratégie française d'actions face au suicide 2000/2005 », menée avec le concours de l'ANAES, un effort particulier doit être engagé auprès des adolescents les plus jeunes. Cet effort peut notamment s'appuyer sur les Programmes régionaux de santé (PRS).

Les mesures suivantes sont proposées :

- Etendre à plusieurs académies l'enquête effectuée en Gironde par l'Inserm¹³ auprès des élèves fréquentant l'infirmerie de leur établissement, enquête qui révèle que cette population de consultants est surtout représentative des jeunes en difficulté : quel que soit le motif de leur venue à l'infirmerie, une consultante sur cinq et un consultant sur dix ont déjà effectué au moins une TS ; or, seuls 20 % d'entre eux sont reconnus comme suicidaires par l'infirmière, alors qu'ils déclarent davantage de conduites de rupture que les autres élèves. A partir des données recueillies, construire un guide d'entretien et une échelle de risques utilisables par tout professionnel de santé.

- Recommander que chaque collège ou lycée dispose d'une infirmerie.

- Améliorer la formation des infirmières scolaires et des médecins généralistes dans la reconnaissance précoce des conduites de rupture.

- Mieux former les médecins généralistes à la prise en charge des jeunes suicidants et les inciter à recourir plus systématiquement à l'hospitalisation, même brève, en service d'urgence et/ou pédiatrique pour une période d'observation, en application des recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents ayant fait une tentative de suicide.

- Renforcer, dans chaque région, la capacité en lits de pédopsychiatrie permettant une hospitalisation de courte durée.

- Soutenir l'action de *Fil Santé Jeunes*.

- Poursuivre les actions entreprises en matière de conditionnement des médicaments pour réduire la quantité de principes actifs par boîte (en particulier

¹² Prémutam (CNAMTS, Mutualité française), Bilans régionaux. Prévention des suicides et tentatives de suicide, Etat des lieux 1995-1997, Paris, 1998 : 169.

¹³ M. Choquet, X. Pommereau, C. Lagadic, *op. cit.*

concernant les dérivés du paracétamol et les psychotropes), de vente des armes à feu, d'accès à certains lieux élevés.

En complément de la Stratégie nationale d'actions face au suicide, il est proposé d'élargir le champ des actions de prévention, en privilégiant une approche plus globale de la santé mentale dans ses diverses composantes (biologique, psychologique et sociale). Dans cette optique, la prévention doit être particulièrement développée en amont de toute manifestation de souffrance psychique et comporter des actions d'éducation pour la santé en direction des jeunes et des adultes les ayant en charge. Ces actions ne doivent pas se limiter à l'information (données générales, adresses utiles...), mais prendre en compte également le développement des compétences psycho-sociales selon les recommandations récemment éditées par la CNAMTS, le CFES et la FNMF¹⁴.

3. Prévention de l'usage de substances psychoactives

3.1 Constat

Alcool

C'est le produit le plus précocement expérimenté par les jeunes, en moyenne à 13,6 ans chez les filles et 13,1 ans chez les garçons¹⁵. En 1998, les trois quarts des jeunes (76,4 %) déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, les garçons plus que les filles, et le pourcentage de consommateurs augmente de façon linéaire avec l'âge¹⁶.

L'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes se traduit essentiellement par un bond de la consommation occasionnelle sensible sur tous les produits et une augmentation très importante de la consommation des alcools forts qui touche toutes les classes d'âge. Un jeune sur quatre en consomme au moins une fois par semaine et deux jeunes sur mille tous les jours.

¹⁴ Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales. CFES, 2001.

¹⁵ Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT.

¹⁶ Baromètre santé jeunes 97/98.

Parmi les lycéens de 14 à 19 ans, environ 60 % déclarent boire occasionnellement et 10 % plus d'une fois par semaine.

La bière est la boisson la plus régulièrement choisie par les jeunes de 12 à 19 ans. Quinze pour cent des jeunes de cet âge en consomment au moins une fois par semaine.

L'expérience de l'ivresse reste très différenciée selon l'âge et le sexe : si à 14 ans 26 % des garçons et 20 % des filles ont déjà été ivres en buvant de l'alcool, à 18 ans, cela concerne 71 % des garçons et 55 % des filles¹⁷. Ce comportement progresse fortement avec l'âge et la différence selon les sexes s'accroît avec les années. Environ 50 % des 15-19 ans ont déjà connu l'ivresse (40 % en 1993). L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et demi.

On note une tendance à la hausse pour les consommations répétées, notamment chez les jeunes sortis du système scolaire.

Tabac

L'expérimentation du tabac concerne plus de trois quart des adolescents, en particulier les filles. Le premier usage de cette substance a lieu en moyenne à 14 ans¹⁸. Ce constat est d'autant plus préoccupant que la consommation de tabac peut, au même titre que celle de l'alcool, être l'une des portes d'entrée dans la poly-consommation de produits psychoactifs.

La consommation de tabac augmente sensiblement avec l'âge. L'usage répété concerne quatre adolescents sur dix à l'âge de 17 ans. Chez les lycéens (14-19 ans), on dénombre environ 50 % de fumeurs (15 % d'occasionnels et 35 % de réguliers).

L'usage quotidien de tabac est plus fréquent chez les filles à tout âge.

Drogues illicites

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée : plus d'un tiers des 15-34 ans en ont déjà consommé au cours de la vie. L'expérimentation du cannabis augmente nettement avec l'âge et se révèle, à tout âge, plus fréquente chez les garçons, bien que la différence entre les sexes soit très inférieure à celle observée pour les autres substances illicites. De 14 à 18 ans, sa prévalence passe de 14 % à 59 % chez les garçons

¹⁷ ESPAD 1999, INSERM/OFDI/MENRT.

¹⁸ Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD), OFDI.

et de 8 % à 43 % pour les filles. L'usage répété passe de 2 % à 14 ans à 29 % à 18 ans chez les garçons en 1999 et de 1 % à 14 % chez les filles¹⁷.

L'âge moyen d'entrée dans la consommation de cannabis se situe juste avant 16 ans. La consommation fréquente de cannabis (dix fois ou plus dans l'année) concerne 14 % des jeunes, ce qui représente plus de la moitié des usagers de cannabis¹⁷.

La proportion de consommateurs de cannabis augmente significativement avec l'âge (27 % à 15 ans contre 61 % à 19 ans). Les consommateurs de cannabis sont plus nombreux dans les lycées parisiens qu'en province. Les consommations des populations que l'on peut considérer « à risque » ne sont pas significativement supérieures à celles de l'ensemble des jeunes ou des lycéens¹⁷.

L'augmentation de consommation de cannabis entre 1993 et 1999 est très nette : en 1999, à 18 ans, 59 % des garçons et 43 % des filles déclarent avoir déjà pris du cannabis, contre respectivement 34 % et 17 % en 1993. L'usage répété de cannabis est en nette augmentation à tout âge et pour les deux sexes entre 1993 et 1999. Il passe de 11 % à 29 % chez les garçons de 18 ans et de 3 % à 14 % chez les filles¹⁷.

Les expérimentations d'autres drogues restent assez faibles et essentiellement masculines. Parmi les garçons, à 19 ans, 8,7 % ont expérimenté les champignons hallucinogènes, 8,3 % les « poppers » (nitrite d'amyle), 6,7 % l'ecstasy et 6,3 % les produits à inhaler¹⁸. La consommation des drogues de synthèse, et en particulier de l'ecstasy, est une caractéristique des populations jeunes. Au lycée, elle concerne environ 3 % des jeunes. Les hallucinogènes (tels que les champignons ou les acides), les amphétamines, la cocaïne et l'héroïne sont consommés par un petit nombre des 15-19 ans (moins de 2 %). Le LSD et la cocaïne intéressent plus nettement la génération des 20-44 ans (2 % d'usagers). Parmi les 20-34 ans, environ 5 % ont déjà pris un produit à inhaler. L'expérimentation de l'ecstasy est quasi nulle au delà de 35 ans.

Selon le 2^{ème} rapport TREND¹⁹, dans l'espace festif « techno », la consommation d'héroïne est en hausse, consommée à la fois comme régulateur des stimulants et des hallucinogènes, eux aussi largement consommés dans ce milieu (accompagner la « descente ») et pour ses effets propres. Alors même que son expérimentation chez l'ensemble des jeunes est assez rare (environ 1 %, davantage chez les garçons que chez les filles), l'héroïne trouve depuis peu de nouveaux consommateurs chez les jeunes « ravers » et les participants à des manifestations techno qui ne sont pas des

¹⁹ Tendances récentes. Rapport TREND. PY. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, OFDT, juin 2001.

héroïnomanes classiques. Les sulfates de morphine connaissent le même type d'usage dans ce milieu. De même, la diffusion de la cocaïne et du crack est en hausse dans le milieu techno.

Médicaments psychotropes

Leur usage est trois fois plus fréquent chez les filles (29 % des filles et 10,6 % des garçons à l'âge de 17 ans²⁰). La connaissance des consommations de médicaments psychotropes chez les jeunes, qu'ils soient régulièrement prescrits ou pris abusivement en auto-médication, mérite d'être approfondie, d'autant que selon le dernier rapport de l'OFDT, cette consommation est en augmentation.

Concernant la population scolaire (élèves de 16 ans), la France se place, par rapport à ses voisins européens, parmi les pays de tête (12 % pour une moyenne européenne de 10 %).

Poly-consommation

La consommation simultanée de plusieurs produits à visée psychotrope (licites ou non) est en augmentation. L'usage du tabac et de l'alcool est souvent associé à celui du cannabis. Les trois quart des expérimentateurs de cannabis déclarent fumer du tabac, dont 55 % régulièrement. Plus de la moitié des usagers de cannabis déclarent consommer régulièrement de l'alcool. En 1999, 2 % des garçons de 14 ans utilisent de façon répétée au moins deux produits, contre 28 % à 18 ans. Pour les filles ces pourcentages passent de 2 % à 15 %. La combinaison tabac + cannabis passe de 1 % à 14 ans à 10 % à 18 ans²¹. Les variations observées suivant l'âge et le sexe sont très prononcées. A 17 ans, la poly-consommation répétée est deux fois plus fréquente chez les garçons (23,4 % contre 12,4 % chez les filles)²². Pour les deux sexes, elle concerne surtout tabac et cannabis. La poly-consommation répétée croît entre 17 et 19 ans, correspondant surtout à l'association tabac + alcool + cannabis.

3.2 Points à souligner

Drogues et ruptures : La recherche de sensations et la fuite caractérisent les jeunes qui vont le plus mal ; ceux-ci se signalent très tôt par une consommation régulière

²⁰ Rapport OFDT 2002, *op. cit.*

²¹ ESPAD 1999, INSERM/OFD/MENRT.

²² Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD), OFDT

et importante de substances psychoactives. Ils recherchent davantage la « coupure » (ne plus penser, oublier leurs angoisses, ne plus souffrir) que le plaisir, et davantage l'appartenance identitaire au groupe des pairs que la convivialité. La précocité et le cumul des consommations constituent des indicateurs de vulnérabilité. La fréquence et la durabilité des consommations sont d'importants facteurs de risque, tant au plan de la santé que de l'évolution vers la rupture sociale. Lorsque les jeunes bénéficient de soins, le risque de mésusage et d'abus de médicaments psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs) doit être évalué et pris en compte par le médecin prescripteur pour ne pas aggraver les ruptures.

Age et sexe : Compte tenu de la précocité croissante des expérimentations de substances psychoactives, les actions de prévention à entreprendre doivent être renforcées chez les 11-15 ans. Elles doivent également tenir compte des différences de consommation observées en fonction du sexe.

Considérations et questionnements à prendre en compte : En matière d'usage de substances psychoactives, les actions d'éducation pour la santé se heurtent à des problèmes complexes liés à différents paramètres :

- L'évolution des mentalités et des modes de vie est celle d'une société de consommation et de loisir qui valorise notamment l'individualisme, l'obtention de plaisirs immédiats, la multiplication commerciale des occasions festives, l'oubli plutôt que le deuil, réduisant la tolérance aux frustrations et la valeur morale des interdits ; parallèlement, les jeunes connaissent des situations de dépendance (affective et matérielle) durables, allant de pair avec de fortes exigences de « rendement scolaire » et une restriction prononcée du temps libre auto-géré. La résultante de ces différents facteurs conduit un nombre croissant de jeunes à « se lâcher » les soirs de week-end au moyen de divers expédients, et les plus en difficulté à consommer des substances pour « oublier » leur détresse.

- La notion moderne de « droit au plaisir » tend à faire interpréter les principes de modération et de limite en termes de contraintes insupportables et de privation de liberté.

- Certaines consommations sont culturellement inscrites et valorisées dans la vie en société, ce qui diminue considérablement la valeur et la portée des incitations préventives, d'autant que les effets délétères et toxiques de certaines substances ne s'observent que plusieurs années après le début de leur usage excessif et chronique.

- Notre société tend à privilégier le couplage « possible/impossible » sur celui du conflit entre l'autorisé et le prohibé, ce qui a notamment pour effet, chez les jeunes, de réduire l'efficacité préventive de l'interdit fondé sur le seul argument de l'autorité, et de valoriser éventuellement les pratiques illégales.

- Si la pénalisation de l'usage personnel de drogues (et non de ses éventuelles conséquences sur la santé d'autrui) est, en pratique, inapplicable et donc caduque ipso facto, il est difficilement concevable que ces produits dangereux soient en libre-accès.

- Faute de cohérence entre pénalisation et légalisation de l'usage des drogues, les adultes prêtent le flanc à diverses critiques de la part des jeunes à propos des effets comparés de l'alcool et du cannabis. Cette position paradoxale expose les adultes à la disqualification de leurs recommandations préventives.

- La récente expertise collective de l'Inserm (novembre 2001) indique que, sur le plan des effets immédiats, le cannabis ne provoque pas d'accidents graves, mais ne lève pas les incertitudes épidémiologiques quant aux effets sur le fœtus, aux conséquences sur la conduite automobile, aux rapports avec les troubles mentaux et au « syndrome amotivationnel » susceptible d'apparaître chez les consommateurs réguliers.

- Des résultats préliminaires communiqués par certains urgentistes impliqués dans la recherche de toxiques chez les auteurs d'accidents mortels de la circulation, semblent indiquer que, dans 20 % des cas, la présence de cannabinoles est positive.

- Sachant que le cannabis se consomme essentiellement par inhalation avec du tabac et que le fait de fumer régulièrement expose à un risque cancérogène accru (notamment cancer des bronches et/ou ORL), il est difficile d'estimer le rôle néfaste éventuel du cannabis à long terme. Toutefois, l'hypothèse que cette substance soit elle-même cancérogène et/ou que son association avec le tabac en augmente le risque, impose des études approfondies.

- Dans une société de consommation et de libre-échange, il est particulièrement difficile de traiter efficacement les problèmes de la vente, du trafic, de l'usage public, du prosélytisme, de l'apologie des drogues y compris actuellement légales.

- Tandis que la modernité se traduit par une « crise des limites » (dans tous les sens du terme), il est non moins difficile pour les pouvoirs publics de concilier dans des proportions acceptables prévention, répression et prise en charge médico-socio-éducative.

- Compte tenu de la complexité des problèmes posés, il est illusoire de penser que le seul principe de la réglementation puisse tout régler.

3.3 Actions à mettre en oeuvre

• Interdire la vente de toute substance psychoactive aux mineurs de moins de 16 ans (pour retarder l'âge des premières consommations, la précocité de l'usage étant un facteur de risque majeur).

• Renforcer, dans les collèges, le respect de l'interdiction de fumer et/ou de consommer des substances psychoactives.

- Dans les lycées publics et privés, veiller à l'application des mêmes interdictions et au respect de la loi Evin par tous, élèves et adultes. Concernant le tabac, deux positions sont à discuter : soit, l'interdire purement et simplement pour tous au sein des établissements (lycée sans tabac); soit considérer le fait que, selon certains, l'interdiction formelle du tabac pourrait entraîner des transgressions ingérables, et déterminer alors explicitement les zones fumeurs et non fumeurs et les faire respecter par tous.

- Promouvoir les moyens de lutte contre la dépendance tabagique (patch, chewing-gum) et les rendre financièrement et matériellement abordables aux jeunes.

- Soutenir le rôle d'instance de prévention des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) présents dans chaque établissement scolaire.

- Poursuivre l'intégration dans les formations initiales et continue des personnels de l'Education nationale, ainsi que des personnels de santé, des modules d'information sur les conduites addictives.

- Sensibiliser les médecins généralistes aux limites et dangers des prescriptions banalisées de médicaments psychotropes chez les adolescents.

- Créer des outils de sensibilisation et de formation intégrant les éléments suivants :

- repérage des facteurs de vulnérabilité chez les adolescents (indicateurs de risque individuel et environnementaux) ;

- importance de certains principes-clés comme le rappel de l'interdit et de la réglementation, la mise à disposition d'informations validées sur les produits, la valorisation des facteurs de protection (inscription sociale, capacité à faire des choix, etc.), l'application de sanctions proportionnelles et mesurées en cas d'infraction ;

- prise en compte des mentalités, des attentes des jeunes, en différenciant consommation festive et récréative, consommation auto-thérapeutique et consommation toxicomaniaque ;

- Privilégier, auprès des jeunes, une information ciblée sur les conséquences à court terme, le passage d'une consommation expérimentale à une consommation régulière et sur les risques de la consommation régulière et abusive. Cette information doit délivrer des données exactes de prévalences afin de corriger les perceptions exagérées que les jeunes ont de la consommation par leur pairs et qu'ils peuvent considérer comme la norme. Enfin, quel que soit le produit, tenir compte des différences entre filles et garçons en ce qui concerne les contextes et les niveaux de consommation.

- Sachant, d'une part, que de nombreuses actions de prévention en direction des jeunes sont menées sans leur réelle implication et, d'autre part, que les jeunes disent vouloir débattre avec les adultes des sujets qui les concernent (cf. Chapitre 1), il convient d'organiser davantage de forum et de rencontres adultes-jeunes sur ces thèmes.

- Favoriser la constitution de réseaux entre les différents dispositifs associatifs et institutionnels en charge d'adolescents.
- Renforcer la connaissance des consommations médicamenteuses et des conduites dopantes chez les jeunes, au moyen d'enquêtes épidémiologiques ciblées.
- Evaluer l'impact des campagnes de sensibilisation en direction des jeunes : parler des consommations a-t-il un réel effet dissuasif ? Montrer diverses drogues et leurs effets potentiels peut-il susciter, non le dégoût, mais l'envie de les consommer ?
- Soumettre les débits de tabac et d'alcool aux mêmes règles d'interdiction d'implantation à proximité des établissements d'enseignement.
- Durcir les mesures relatives à la publicité en faveur des boissons alcooliques. En particulier, si les opérations promotionnelles affichées par les débits de boissons, du type : « le mètre de tequila = 14 € », ne constituent pas, d'un point de vue juridique, des opérations de promotion illicite au regard de la loi Evin dans la mesure où aucune marque de boisson alcoolisée n'est citée ou reconnaissable dans la publicité, il n'en demeure pas moins qu'elles ont un caractère attractif et incitatif préjudiciable.
- Inciter les débiteurs de boissons à l'usage de doseurs d'alcool délivrant de moindre quantité par unité et demander aux fabricants-distributeurs de développer des produits de moindre contenance et/ou moins titrés en alcool (ex. : bières importées).
- Interdire le mécénat par les entreprises commercialisant des boissons alcooliques.
- Interdire totalement la vente d'alcool dans les stations-service (cf. mesures proposées dans la prévention des accidents de la route).

4. Prévention des conduites sexuelles à risque

4.1 Constat

Chez les jeunes filles, le recours à la pilule croît avec l'âge. Moins d'un tiers des adolescentes la prennent lors des premiers rapports sexuels. Elles sont 57 % à 19 ans²³. Chez les 20-24 ans, six jeunes femmes sur dix utilisent la pilule. Dans la même tranche d'âge, 58 % des femmes et 83 % des hommes disent avoir déjà utilisé le préservatif au cours de leur vie. Son emploi est d'autant plus fréquent que les sujets sont jeunes : en 1997-98, 87 % des 15-19 ans ont eu recours au préservatif lors du premier rapport sexuel²⁴ ; ils sont 90 % à le déclarer en 2000 et utilisent plus souvent que les autres

²³ Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 44.

²⁴ Baromètre santé jeunes 97/98.

classes d'âge le préservatif comme moyen contraceptif (près d'un jeune fille sur quatre et quatre jeunes hommes sur dix), selon le dernier Baromètre santé²⁵. L'enquête 97/98 indique cependant qu'ils sont moins nombreux à utiliser un préservatif lors du dernier rapport sexuel avant d'avoir été interrogés.

Environ un jeune sur dix n'a utilisé ni le préservatif, ni la pilule lors des premiers et derniers rapports sexuels.

13,9 % des femmes de moins de 25 ans déclarent avoir eu recours à la pilule du lendemain (Baromètre santé 2000).

Selon la même source, dans la même tranche d'âge, 7,6 % des femmes interrogées disent avoir déjà eu recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), chiffre considéré par les enquêteurs comme probablement sous-estimé.

Près de la moitié des IVG concernent des femmes de 20 à 29 ans et 11 % des IVG, des adolescentes de moins de 20 ans. Entre 1985 et 1996, le nombre total d'IVG est resté quasiment stable, tandis que chez les mineures le nombre de conceptions a diminué de 13 % en dix ans, en raison d'un recours plus fréquent à l'IVG (sept grossesses de mineures sur dix conduisent à l'IVG)²⁶.

Actuellement, la majorité des adolescents infectés par le VIH l'a été en période péri-natale à *partir d'une mère séropositive*. Pour les adolescents, le risque de contamination active lors d'une expérience de toxicomanie ou lors de pratiques sexuelles reste statistiquement rare mais effectif.

Réalisées en France en 1992, 1994, 1998 et 2001, les enquêtes KABP²⁷ permettent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida. L'enquête 2001²⁸ indique un relâchement des comportements de protection et montre notamment que, par rapport à leurs aînés, les jeunes apparaissent moins sensibilisés au VIH/sida, adhèrent moins au principe du dépistage obligatoire, craignent certes le risque de contamination par le VIH mais de façon beaucoup plus diffuse et moins précise. Enfin, les jeunes de 18 à 24 ans déclarent moins souvent en 2001 qu'en 1998 avoir utilisé un préservatif dans l'année et avoir eu recours au test de dépistage

²⁵ Baromètre santé 2000 .

²⁶ Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 46.

²⁷ Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices.

²⁸ Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2001.

durant leur vie. La nécessité de se protéger vis-à-vis du VIH/sida paraît moins intégrée chez les 18-24 ans qui ont, en grande majorité, commencé leur vie sexuelle après 1996, date de l'arrivée des multithérapies. Ces jeunes ont moins bénéficié de la forte médiatisation du sida des années 80 et du début des années 90. Il semble en résulter une moindre sensibilisation à l'égard de l'infection par le VIH/sida et le début d'un désengagement face aux comportements de prévention.

Notons également que l'enquête presse gay 2000²⁹ fait état, entre 1997 et 2000, d'une augmentation des prises de risque vis-à-vis du VIH avec les partenaires occasionnels chez les jeunes hommes homosexuels.

Parmi les autres infections sexuellement transmissibles (IST), les chlamydioses³⁰ sont fréquentes chez les sujets jeunes et très jeunes (risque multiplié par 6 chez les femmes de moins de 20 ans). L'infection génitale basse initiale passe souvent inaperçue et peut n'être diagnostiquée qu'au stade de salpingite (femme), d'épididymite (homme), voire d'infertilité. *Chlamydia trachomatis* reste la première cause d'infertilité tubaire. Le coût social et médical de la prise en charge de l'infection et de ses séquelles est très important³¹. La transmission se fait exclusivement par voie sexuelle. Le dépistage biologique de l'infection est pourtant simple (test urinaire) et peu onéreux (environ 25 €).

4.2 Points à souligner

Si la sexualité non protégée chez les adolescents peut être due à l'ignorance, il n'en reste pas moins que l'influence de croyances et d'attitudes caractéristiques de cet âge doit être prise en compte : sentiments de toute-puissance et d'invulnérabilité, idéalisation du principe de confiance tacite, difficultés d'affirmation de soi, crainte du jugement et/ou du regard de l'autre, difficultés de la verbalisation trop allusive, opposition active au discours préventif des adultes, tentation de la prise de risques délibérée, pratiques sexuelles maladroites ou mal contrôlées, mauvaise anticipation des effets désinhibiteurs des substances psychoactives sur les conduites, etc.

Pour de nombreux cliniciens en charge d'adolescentes, la sexualité non protégée est, dans certains cas, moins accidentelle que délibérément risquée, voire suicidaire. Ce constat, s'il n'est pas encore scientifiquement validé, demande à être davantage pris en considération. Il n'est d'ailleurs pas contradictoire avec les données du Baromètre santé

²⁹ Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays (Ph. Adam, E. Hauet, C. Caron), ANRS, mai 2001.

³⁰ *Chlamydia trachomatis* - Recommandations du CSHRF, section maladies transmissibles (P. Judlin, B. de Barbeyrac, P. Nottin), novembre 2001.

³¹ Il est estimé pour 1990 à 4.2 millions de dollars aux USA.

2000 indiquant que, parmi les 15-25 ans, les plus jeunes, d'une part, et celles qui ont eu une IVG, d'autre part, ont plus souvent répondu qu'elles n'avaient pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif³².

Les jeunes filles connaissant l'IVG à répétition sont plus souvent des adolescentes en rupture espérant secrètement qu'un « changement d'état » pourrait changer quelque chose à leurs difficultés existentielles.

Les difficultés ou les problèmes de sexualité à l'adolescence ne doivent pas être envisagés que sous l'angle exclusif des pratiques sexuelles. Chez certains jeunes, les questionnements à propos de l'orientation sexuelle, les craintes de rejet de la part d'autrui et les sentiments de culpabilité peuvent être responsables d'états de souffrance psychique ayant des conséquences comportementales néfastes (prises de risque, isolement, tentatives de suicide).

Concernant les chlamydioses, on ne dispose pas actuellement d'une estimation fiable de leur prévalence chez les 15-25 ans, sachant que les cas de jeunes filles asymptomatiques ou de celles dont les symptômes ne sont pas diagnostiqués par détection biologique, échappent à l'analyse des données de laboratoire réalisée par le réseau national (RENACHLA). Or, les pays scandinaves ont largement démontré que le dépistage et le traitement systématiques des chlamydioses chez les jeunes permet de diminuer très fortement l'incidence des salpingites, des grossesses extra-utérines et des cas de stérilité³³.

Dorénavant obligatoire en milieu scolaire, l'éducation à la sexualité ne se limite pas à la description de la procréation et des méthodes contraceptives ou de protection. Ses objectifs sont de prévenir les comportements à risques et, surtout, de faire évoluer les attitudes de fond qui sont à l'origine de ces comportements et de contribuer à l'épanouissement personnel de chacun. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception préconise la généralisation sur l'ensemble du cursus scolaire d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées. Pour autant, cela ne doit pas faire l'économie d'autres actions de prévention dans et hors de l'école, conformément aux souhaits des jeunes exprimés lors des états généraux de la santé, sous la forme de forum et débats sur des thèmes plus élargis (l'amour, les relations sentimentales, la confiance, etc.) permettant aux adolescents de donner leur point de vue et de se confronter à l'opinion des adultes.

³² Baromètre santé 2000 : 216.

³³ Chlamydia trachomatis - Recommandations (P. Judlin, B. de Barbeyrac, P. Nottin), *op. cit.*

4.3. Actions à développer

- Améliorer la formation en éducation à la sexualité des professionnels en charge de jeunes, en l'actualisant et en définissant des principes éthiques communs (modules inter-catégoriels et inter-institutionnels).

- Harmoniser les champs d'intervention des associations ou organismes oeuvrant dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la sexualité.

- Renforcer et adapter les actions d'information, de communication et de prévention au sujet de l'infection par le VIH/sida et de la contraception, auprès des jeunes, de manière cohérente et intégrée à une approche globale de la sexualité.

- Ouvrir un lieu spécifique d'affichage d'informations (adresses et coordonnées utiles) dans tous les lieux accueillant des jeunes.

- Mettre à disposition des institutions en charge de jeunes un annuaire des intervenants potentiels et des ressources documentaires dans le domaine de la sexualité.

- Développer des lieux ou des lignes d'écoute (ex. *ligne Azur*) destinés aux jeunes s'interrogeant sur leur orientation sexuelle.

- Pérenniser la mise à disposition gratuite de préservatifs dans les planning familiaux mais élargir cette mesure aux pharmacies sur présentation de la « carte jeune », même si l'on sait que l'« élément coût » est loin d'être le seul obstacle à la sexualité protégée.

- Faire un état des lieux concernant les chlamydioses chez les 15-25 ans, à partir d'une étude épidémiologique effectuée au niveau de la médecine préventive scolaire et universitaire, du planning familial, des centres IVG, CDAG, des maternités et dans les cas de grossesse extra-utérine, pour déterminer la prévalence de l'infection dans cette population d'origines sociales diverses, chez les personnes VIH+ et chez les femmes enceintes, afin de proposer un programme de surveillance pour les populations à risque ainsi définies.

- Promouvoir chez les médecins le recours plus systématique au dépistage biologique d'une chlamydie, en regard des risques d'exposition à cette infection et de ses conséquences lorsqu'elle est non traitée.

- Mieux accompagner la délivrance gratuite de la pilule du lendemain, via l'infirmière scolaire et le pharmacien.

- Développer à l'école et hors de l'école les forums et débats jeunes-adultes sur des thèmes fédérateurs tels que : le risque, l'amour, l'amitié, le respect, la confiance, la honte, etc., en veillant à traiter équitablement ces questions selon le point de vue des jeunes et celui des adultes.

- Proposer une consultation après toute IVG et, pour les jeunes filles connaissant deux IVG ou plus dans les trois ans, *proposer un suivi psychologique*.

5. Prévention de l'obésité

5.1 Constat

Tandis que la dénutrition devient très rare en France, c'est aujourd'hui l'excès qui pose problème. Toutes les études indiquent une augmentation sensible de la prévalence de l'obésité. En France, elle concerne 10 à 12,5 % des enfants de 5 à 12 ans³⁴ et 13,4 % des adolescents (12-19 ans), taux plus élevé chez les garçons (15 %) que chez les filles (11,6 %) ³⁵. L'obésité a des répercussions immédiates (retard pubertaire éventuel, limitation des mouvements, mauvaise image de soi, rejet ou moqueries de la part des pairs...), mais aussi à plus long terme lorsqu'elle perdure au delà de l'adolescence, exposant le sujet à des risques importants (diabète, hypertension artérielle, infarctus...).

La cause principale du surpoids et de l'obésité est la baisse de la dépense énergétique liée au mode de vie, associée à d'importantes modifications *qualitatives* de la ration alimentaire (augmentation de la part lipidique, diminution de la part des féculents) et au déséquilibre de l'alimentation (saut du petit déjeuner, grignotages, attrait pour des produits sucrés et/ou gras, etc.). Les aspects psychologiques doivent être pris en compte, tant au niveau des causes et des conséquences de l'obésité qu'en ce qui concerne son retentissement relationnel (« complexes », isolement, moqueries...).

5.2 Points à souligner

Les enfants et les adolescents sont considérés à la fois comme des consommateurs potentiels et des « cibles » à fort pouvoir d'incitation d'achat sur leurs parents et leur entourage, par les industriels de l'agroalimentaire.

Le goût pour les sucreries s'acquiert dès la prime enfance et participe, à l'adolescence, des mouvements régressifs infantiles propres à cette période de la vie.

L'engouement manifesté par les jeunes vis-à-vis des produits d'alimentation rapide est à la fois une conséquence de l'évolution du mode de vie en général (individualité revendiquée, gain de temps, limitation des dépenses, etc.) et une nouvelle forme d'opposition aux « valeurs adultes » : c'est une manifestation de refus vis-à-vis de la table familiale où les enfants sont censés manger ce que leurs parents leur donnent et « se raconter » devant eux, c'est bouleverser le rituel des repas parentaux (le sucré en même temps que le salé), c'est se soustraire aux repas jugés « interminables » et se libérer plus vite, c'est manger « en bougeant » ou en pratiquant une autre activité (TV, jeux informatiques), c'est se gaver de substances « pas bonnes pour la santé ».

³⁴ Programme national « Nutrition-Santé » 2001 - 2005.

³⁵ Baromètre santé jeunes 97/98, *op. cit.*

Le développement du grignotage et/ou des conduites boulimiques est également lié à l'altération ou à l'appauvrissement des relations affectives inter-personnelles.

5.3 Actions à développer

- Informer les jeunes et leur donner très tôt le goût du « bien manger ».
- Distribuer gratuitement des fruits dans les écoles.
- Généraliser la mise en place de fontaines d'eau fraîche dans les établissements scolaires pour limiter la consommation de boissons sucrées.
- Réhabiliter les féculents (55 % de la ration quotidienne).
- Inciter les jeunes à entreprendre au moins une activité sportive, le choix de celle-ci et la manière dont elle est pratiquée devant être fonction du plaisir que cela leur procure. Valoriser la pratique d'un « sport-plaisir », en dehors de toute considération compétitive, notamment dans le domaine du développement des pratiques urbaines para-sportives (skate, roller, patinette...).
- Fixer des limites en teneur de sel, sucre et graisse dans les produits prêts à consommer proposés par les industriels de l'agro-alimentaire et de la restauration rapide.
- Améliorer le dépistage de l'obésité en santé scolaire.
- Expérimenter la mise en place de consultations diététique et nutrition au sein des réseaux de soins.

Chapitre 3

Douze actions prioritaires

1. Mener une campagne nationale afin que, localement, municipalités, associations et gérants d'établissement festif mettent en place un dispositif de « navettes » gratuites les soirs et nuits de week-end reliant les discothèques au centre-ville.
2. Réaliser une enquête épidémiologique sur la santé et les habitudes de vie des enfants scolarisés, incluant la recherche et l'étude des signes de souffrance psychique.
3. Développer de nouveaux dispositifs de consultations et d'hospitalisation spécialisées pour les grands enfants et les adolescents, et améliorer les conditions d'accueil des services existants, en différenciant nettement la prise en charge des enfants en bas âge et celle des grands enfants et adolescents.
4. Soutenir, dans la durée, les moyens accordés à *Fil Santé Jeunes*, sachant que l'effectif des professionnels écoutants de ce numéro vert national doit être adapté à la progression des appels émanant de jeunes en difficulté ou en détresse.
5. Favoriser le recours aux soins des jeunes en situation de précarité en développant des actions ciblées dans le cadre des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins).
6. Interdire la vente de toute substance psychoactive aux mineurs de moins de 16 ans (pour retarder l'âge des premières consommations, la précocité de l'usage étant un facteur de risque majeur).
7. Inciter les fabricants, distributeurs et débitants de boissons alcoolisées à développer des produits de moindre contenance et/ou moins titrés en alcool, ainsi que l'usage de doseurs délivrant de moindre quantité par unité dans les bars et lieux festifs fréquentés par les jeunes.
8. Pérenniser la mise à disposition gratuite de préservatifs dans les planning familiaux mais élargir cette mesure aux pharmacies sur présentation de la « carte jeune ».

9. Faire une étude épidémiologique concernant les chlamydioses chez les 15-25 ans et promouvoir, chez les médecins, le recours plus systématique au dépistage biologique de ces infections.
10. Fixer des limites en teneur de sel, sucre et graisse dans les produits prêts à consommer proposés par les industriels de l'agro-alimentaire et de la restauration rapide.
11. Valoriser le choix d'au moins un « sport-plaisir » en dehors de toute considération compétitive et améliorer les conditions des pratiques urbaines para-sportives (skate, roller, patinette...).
12. Développer la formation initiale et continue en éducation pour la santé des professionnels de l'éducation nationale et de ceux travaillant auprès des jeunes déscolarisés ou en insertion. Compléter la formation des formateurs par des stages d'observation courts dans des services hospitaliers et/ou des structures accueillant les jeunes en souffrance psychique.

Références

Baromètre santé jeunes 97/98, CFES, 1998.

Baromètre santé 2000 . Résultats, CFES, 2001.

La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge, John Libbey Eurotext & Fédération Française de Psychiatrie, 2001.

Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000.

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2001.

Sécurité routière - Bilan annuel. Statistiques et commentaires, année 1998.

Cohen P., Kasen S., Liu J., Epidémiologie des dépressions de l'enfant et de l'adolescent, *in* M.-C. Mouren-Siméoni et R.G. Klein, Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent, Faits et questions, Expansion Scientifique Publications, 1997 : 119-129.

Drees, Suicides et tentatives de suicide en France, Etudes et résultats, N° 109, avril 2001.

Prémutam (CNAMTS, Mutualité française), Bilans régionaux. Prévention des suicides et tentatives de suicide, Etat des lieux 1995-1997, Paris, 1998.

Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales. CFES, 2001.

Programme national « Nutrition-Santé » 2001 - 2005.

Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD), OFDT.

ESPAD 1999,INSERM/OFDT/MENRT.

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002, OFDT.

Tendances récentes. Rapport TREND. PY. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, OFDT, juin 2001.

Expertise collective- Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? INSERM, 2001.

Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays (Ph. Adam, E. Hauet, C. Caron), ANRS, mai 2001.

Chlamydia trachomatis - Recommandations du CSHRF section maladies transmissibles (P. Judlin, B. de Barbeyrac, P. Nottin), novembre 2001.