

Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004

Santé, adolescence et familles

Président

Marcel RUFO

*Professeur d'Université - Praticien Hospitalier,
Pédopsychiatre*

Rapporteur

Henri JOYEUX

Président de Familles de France

Secrétariat

Délégation interministérielle à la famille

Santé, Adolescence et Familles

SOMMAIRE

Lettre de mission	6
Avant-propos du professeur Marcel RUFO, Président	9
Préambule du professeur Henri JOYEUX, Rapporteur	11

A. Etat des lieux : Comment vont les adolescents aujourd'hui ?

<i>1. Des pistes pour la réflexion sur la santé des adolescents</i>	14
1.1 La santé n'est pas uniquement l'affaire des médecins	14
1.2 « L'adolescence, c'est passer de la dépendance infantile à une position plus autonome »	14
1.3 L'adolescence, un temps abordé de façon positive	15
1.4 La « crise » de l'adolescence, moment du développement	16
1.5 Une crise qui a lieu dans une société aux exigences particulières	16
1.6 Une société	17
• que les adolescents inquiètent	
• où les adultes doivent trouver leur position éducative	
• où les adultes doivent soutenir les capacités des adolescents à penser	
• où la médicalisation constitue une tentation	
<i>2. Des données contrastées</i>	18
2.1 Combien sont-ils ?	18
2.2 Une bonne santé affirmée	18
2.3 La mortalité chez les adolescents	18
2.4 Les interruptions volontaires de grossesse et les grossesses précoces	19
2.5 L'entrée dans la sexualité	19
2.6 Les adolescents issus de l'immigration	20
2.7 Le surpoids et l'obésité à l'adolescence	20
2.8 Deux aspects du mode de vie des adolescents à relier à la montée des problèmes de surpoids	21

<ul style="list-style-type: none"> • l'activité physique • ce que mangent les adolescents 	
2.9 Les troubles du comportement alimentaire	22
2.10 Les consommations de tabac, alcool et cannabis et les comparaisons européennes	22
2.11 Les consommations de médicaments psychotropes	24
2.12 Le handicap à l'adolescence	24
2.13 Les troubles mentaux chez les adolescents	26
2.14 Des situations sanitaires particulières	27
2.15 Une indéniable fragilité des jeunes de 12 à 25 ans	28
2.16 L'évolution des familles	29
2.17 La santé au sein de la famille	30
2.18 Le rôle des familles	30
2.19 Une importante demande des familles	31
3. En guise de conclusion	32

B. Examen des propositions

1. <i>L'adolescence, âge de la vie à part entière</i>	35
---	----

Proposition

Favoriser l'accès des partenaires de la santé des adolescents (parents, professionnels) à l'information sur les moyens de préserver les potentialités et le bien-être des adolescents, former les acteurs de terrain aux spécificités de l'adolescence.

2. <i>Des risques maîtrisés par des adolescents acteurs de leur santé</i>	46
---	----

Proposition

Promouvoir les services de téléphonie à destination des adolescents ainsi que l'information et les actions collectives de prévention, notamment en milieu scolaire.

3. *L'enfant, adolescent de demain* 60

Proposition

Pour accompagner son développement, prolonger les actions de prévention en faveur de l'enfant au-delà de 6 ans. Rendre notamment possible, pour les départements qui le souhaiteraient, la poursuite des actions de PMI jusqu'à l'âge de 12 ans.

4. *L'entretien « santé », élément de prévention des conduites à risque* 70

Proposition

Instaurer à des âges clés du développement des adolescents des examens de prévention avec entretiens personnalisés.

5. *L'adolescence, période de transition* 76

Proposition

Améliorer la continuité des soins aux âges de l'adolescence

6. *Entre le souci et le soin : la crise* 87

Proposition

Favoriser la diversité des structures et des lieux d'accueil pour adolescents, faire jouer les complémentarités, innover en partenariat avec les collectivités locales pour mieux répondre aux besoins identifiés.

7. *Des « maisons » pour les adolescents* 95

Proposition

Lieux d'accueil et de soins pour adolescents (et adultes jeunes) s'adressant également à leurs familles.

C. Synthèse du rapport , résumé des propositions

Synthèse du rapport	105
Rappel des propositions	107

*Le Ministre délégué à la famille
auprès du Ministre de la santé,
de la famille et des personnes handicapées*

République Française

Paris, le 06 NOV. 2003

Monsieur le Professeur, *cher ami,*

La prochaine conférence de la famille se réunira au printemps prochain sous la présidence du Premier ministre.

L'adolescence, une des préoccupations majeures du Président de la République, sera au cœur de ses travaux.

Il s'agit, au delà de l'analyse des difficultés propres à cet âge, d'envisager les conditions de la réussite de l'adolescence.

Je définirais celle-ci comme l'épanouissement d'un enfant en un adulte, afin qu'il devienne acteur responsable de son parcours personnel, civique, professionnel, familial, et qu'il découvre et comprenne, pour y adhérer, les grandes valeurs partagées par notre société. S'intéresser aux adolescents marque en fait notre préoccupation pour l'avenir.

Par adolescence, j'entends les jeunes entre 11 et 18 ans, ce qui correspond à l'entrée en sixième pour se terminer avec l'acquisition de la majorité. Notre pays compte quelque 5 millions d'adolescents dont la très grande majorité, malgré les difficultés inhérentes à cet âge, se porte bien.

De nombreux experts s'accordent pour considérer que l'adolescence est une période de transformations physiologiques et psychologiques considérables, une période pendant laquelle le jeune prend conscience, en particulier en voyant son corps changer, qu'il quitte la sphère de l'enfance pour entrer dans la société des adultes, à laquelle il n'est pas encore totalement préparé. En cela, elle constitue une phase charnière dans la construction de la personne, dont il ne faut pas sous-estimer l'importance pour celui qui les vit.

8 avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SEP - Tél.: 01 40 56 60 00

Les jeunes ont absolument besoin d'écoute, de confiance et d'aide de la part des adultes. Mais il s'agit d'une aide à la personne toute entière. Les adolescents s'expriment volontiers à travers leur corps aussi bien que par les mots.

C'est dans cette optique et en vue de préparer cette prochaine conférence de la famille que j'ai souhaité vous confier la présidence d'un groupe de travail « **Santé, adolescence et familles** ».

Le groupe de travail devra se pencher sur les problématiques liées:

- aux troubles du comportement alimentaires et aux conséquences négatives de la sédentarité : prise de poids et obésité, boulimie, anorexie;
 - aux conduites addictives: alcool, tabac, drogues;
 - au suicide, deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge;
 - aux maladies chroniques des adolescents;
- aux diverses formes de prise de risques, enfin, en particulier en matière de violence routière.

Par ailleurs, bien que l'on parle davantage aujourd'hui de sexualité aux jeunes, et en particulier aux jeunes filles, le nombre encore important de grossesses précoces, de maladies sexuellement transmissibles et d'interruptions volontaires de grossesse démontre que la thématique des comportements affectifs et sexuels des adolescents devra être traitée par ce groupe.

Ce groupe aura enfin pour mission de réfléchir aux dispositifs nécessaires pour faciliter la mise en place de lieux où, en confiance, les adolescents pourront trouver une écoute - et des réponses à leurs soucis de santé, mais aussi à leurs problèmes familiaux ou scolaires. Je pense bien évidemment aux maisons de l'adolescent telles qu'elles existent au Havre, à Bordeaux, à Marseille et bientôt Paris. Il veillera à ce que ces dispositifs impliquent les adolescents eux-mêmes.

Je souhaiterais que vous puissiez porter aussi une attention aux adolescents en situation de handicap.

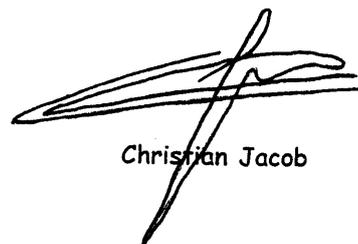
Enfin, je ne verrais que des avantages à vous voir formuler des suggestions sur la sensibilisation, en lien avec le secteur associatif et les pouvoirs publics, des adolescents et de leur familles à l'ensemble de ces questions.

Vous pourrez procéder à toutes les auditions que vous jugerez utiles.

Pour mener à bien cette mission, vous serez assisté d'un rapporteur, M. le professeur Henri Joyeux, président de "Familles de France" ainsi que d'un secrétariat assuré par la délégation interministérielle à la famille.

Je vous saurais gré de bien vouloir m'adresser votre rapport de propositions pour le 15 février 2004.

Bien à vous.



Christian Jacob

Professeur Marcel RUFO
Chef de service Pédo-psychiâtrie
Hôpital Sainte-Marguerite
270 Boulevard Sainte-Maguerite
13274 MARSEILLE

AVANT-PROPOS DU PRESIDENT

Les adolescents sont en bonne santé physique. L'adolescence est l'âge de la vie où les hommes et les femmes sont le moins malades. Cette période est celle d'une triple transformation : organique, psychique et sociale. Et toutes ces transformations fragilisent.

Regardons l'adolescent dans la salle de bains. Il y reste des heures. Pas nécessairement pour se laver ! Pour s'observer. Parce qu'il lui faut devenir propriétaire de soi, devenir propriétaire de ses changements. A l'adolescence, il faut se plaire. « Quelle est mon allure ? ma taille ? mon apparence physique ? » C'est ce qui explique les conformismes vestimentaires durant cette période. Quand on se plaît, on va plaire.

La fragilité de l'adolescence existe. Les adultes doivent faire attention aux mots qui peuvent faire office de sévices psychiques. Un adolescent, c'est un sacré pari sur l'avenir. Mais il peut se saborder, se mettre en échec. C'est pour cela qu'il faut positiver l'adolescence et parler d'avenir, tout en sachant que c'est le moment où tout est vécu au présent, dans l'immédiat, où l'on vit dans le *hic et nunc*. Cet accompagnement n'a rien de facile : plus on s'approche de l'adolescent, plus il s'éloigne. Pour les parents, comme le dit Winnicott, il faut survivre. L'adulte, ni trop près, ni trop loin, doit dire sa position (« ne fais pas l'idiot ») et tenir un discours d'avenir qui soit aussi un discours d'amour (« protège-toi »).

Les parents d'aujourd'hui sont plus attentifs à leurs enfants, plus informés. Ils ont fait des progrès par rapport aux parents d'autrefois. Ils accompagnent bien mieux le développement du bébé. Mais cette attention, cette écoute, cette compréhension entrent en contradiction avec les besoins des adolescents qui attendent des moments de débat, une radicalité de la position d'adulte, des positions claires de parents.

Qu'est-ce qu'un adulte par rapport à un adolescent ? C'est quelqu'un qui dit ce qu'il pense, qui supporte l'opposition, qui donne sa position dans les mises à l'épreuve de la parentalité. Il n'y a pas d'avenir sans discussion. Plus un adolescent est difficile, plus il demande soutien et preuve d'amour. Les enfants adoptés nous le montrent bien qui à l'adolescence testent tout particulièrement l'affection de leurs parents. Mais en réponse à cette demande la parole ne suffit pas. Il faut des actions. Il faut savoir par exemple aller le chercher à trois heures du matin pour le ramener à la maison. Il faut, à la provocation, répondre par la présence affective.

Les grands-parents quant à eux ont une double mission : être les représentants de l'arbre de la vie de la famille et pouvoir évoquer avec tendresse les difficultés que posaient les parents quand ils étaient enfants. Parce que, sur leur passé, les parents ont une obligation de discrétion. Certains secrets nous ont construits, nous adultes, mais il ne faut pas jouer à l'ancien combattant de l'adolescence, il ne faut pas tout divulguer. Certaines confidences peuvent être pathogènes. C'est l'adolescent qui transgresse, pas les parents ! Le passé adolescent des parents ne doit pas entrer en concurrence avec l'actualité adolescente de leurs enfants.

A l'adolescence font irruption « le meilleur ami », « la meilleure amie ». Ils sont parfois choisis comme une provocation pour la famille. C'est qu'ils sont porteurs des qualités imaginaires dont l'adolescent a besoin. Il faut que les familles respectent ces meilleurs amis qui servent d'écran et de miroir. « Parce que c'était lui, parce que c'était moi... » On connaît le mot de Montaigne à propos de La Boétie.

Il faut savoir savourer les dernières vacances passées en famille – dont les parents et l'adolescent ne savent pas encore que ce sont les dernières. Les parents devraient résister à incorporer les partenaires amoureux de leurs adolescents au sein du domicile. Il leur faut accepter aussi que ces partenaires ne soient pas le bon et soient suivis d'un ou d'une autre – et qu'ils peuvent ne pas correspondre à l'image que les parents se font du « bel amoureux » ou de la « belle compagne ». Les parents doivent se garder de revivre leur propre adolescence imaginativement sur le compte de leurs enfants. Un adolescent n'est pas une nouvelle chance pour les adultes.

L'adolescence est donc une période d'espérance, de projet et de devenir. Un adolescent, c'est un bouquet de rêves.

Les adolescents sont notre avenir. Une société a les adolescents qu'elle mérite, qu'elle fabrique et qu'elle s'autorise. Le pessimisme des générations actuelles ne doit pas rentrer en compétition avec l'avenir de notre pays dont les adolescents sont porteurs.

Professeur Marcel RUFO

PREAMBULE DU RAPPORTEUR

Afin de préparer la conférence de la famille 2004 consacrée à l'adolescence, le groupe de travail « santé, adolescence et familles » a été installé ainsi que deux autres groupes, le 12 novembre 2003, au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, par Monsieur Christian JACOB, ministre délégué à la Famille, avec Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, en présence de Monsieur Luc FERRY, ministre de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche, et de Monsieur Xavier DARCOS, ministre délégué à l'Enseignement Scolaire.

Le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Monsieur Jean-François MATTEI, et le ministre délégué à la Famille, Monsieur Christian JACOB, ont confié la présidence de ce groupe au professeur Marcel RUFO et m'ont désigné comme rapporteur. Le professeur Philippe JEAMMET et notre collègue Xavier POMMERAU ont apporté un précieux concours aux travaux. La délégation interministérielle à la famille en a assuré le secrétariat. Mme CASES, de la DREES, Mme CHOQUET, de l'INSERM, et Mme PERRIN, de l'INPES, ont mis à disposition de nombreuses données pour étayer l'état des lieux relatif à la santé des adolescents. Qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées.

Le groupe de travail comportant une cinquantaine de membres était composé de la façon suivante : des parlementaires et des associations d'élus (association des maires de France, assemblée des départements de France, association des régions de France), des représentants de la branche famille (administrateurs de la caisse nationale des allocations familiales), des associations familiales membres de l'UNAF notamment, des fédérations et association de parents d'élèves, de la mutualité sociale agricole (MSA), de la mutualité française, des représentants de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), de la fédération nationale des parents et des éducateurs (FNEPE), de l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), de l'association française du conseil conjugal et familial, des membres des professions de santé et de l'éducation, des responsables des collectivités territoriales en charge de la santé ou des adolescents, un représentant des professions judiciaires ; des observateurs provenant de directions du ministère (DREES, DGAS, DGS).

Ce groupe s'est réuni les 12 et 25 novembre, les 2, 9, 16, 18 et 23 décembre 2003, les 6, 13, 20 et 27 janvier, les 3 et 10 février 2004 en séance plénière ou en séance d'approfondissement thématique. Il a entendu, afin d'explorer les questions relatives à la santé des adolescents, soixante-dix-neuf personnes, issues du monde de la santé, du monde associatif, du monde de l'école, du monde syndical, du monde de la recherche. Il a également bénéficié de contributions écrites. Chacune des auditions a donné lieu à un compte rendu, soumis aux membres du groupe, ainsi qu'aux personnes auditionnées pour qu'il soit validé et éventuellement complété.

Tout ce travail confirme le choix pertinent du ministre de la famille avec le thème de ce rapport. La gestion du "capital Santé" des adolescents est un sujet d'avenir qui oriente vers la Prévention au sens large. Les familles, les médecins, les spécialistes de l'école, ensemble mais chacun à leur place ont un rôle à jouer. Si l'adolescence est un tournant qui peut être

difficile, elle finira d'autant plus tôt pour un jeune que les adultes qui l'entourent auront pris conscience, de l'importance du dialogue qui commence très tôt, du temps passé, temps donné et des espaces de liberté et de secret qu'on aura su aménager avec finesse.

Professeur Henri JOYEUX

**ETAT DES LIEUX :
COMMENT VONT LES ADOLESCENTS
AUJOURD'HUI ?**

A. Etat des lieux : Comment vont les adolescents aujourd'hui ?

1. Des pistes pour la réflexion sur la santé des adolescents

Le groupe de travail s'est concentré sur la question des 11-18 ans pour se trouver dans l'épure de la lettre de mission. De nombreux membres ont toutefois tenu à rappeler que le développement de la personne s'opère dans un continuum, que le vécu de l'enfance a des répercussions sur l'adolescence, et que les comportements de l'adolescence déterminent la santé à venir. C'est dès le plus jeune âge que tout se joue. L'adolescence peut raviver ou mettre en exergue et dévoiler les difficultés latentes. Le soutien des parents est important et conditionne l'avenir.

1.1 La santé des adolescents n'est pas uniquement l'affaire des médecins

La santé ne peut être réduite à une approche médicale. C'est l'affaire de tous et pas seulement celle des médecins et des professionnels de santé. La question de la santé des adolescents doit prendre en compte les thématiques de l'éducatif et du social, le cloisonnement des approches étant préjudiciable à l'abord de la question.

Quand on traite la question de la santé des adolescents, il faut résister à la tentation des clichés et aux images réductrices : la jeunesse, symbole de santé, de beauté et de sexualité ou encore la jeunesse, synonyme de difficultés psychologiques graves, voire de déviance sociale...

La santé relève d'une dynamique permanente. Elle résulte d'un équilibre, à l'intérieur d'un système vivant. Dans ce système, il s'agit, à tous moments, de trouver les ressources nécessaires pour rétablir l'équilibre.

1.2 « L'adolescence, c'est passer de la dépendance infantile à une position plus autonome »

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

L'adolescence est un processus de séparation d'avec la famille, d'autonomisation, d'identification sexuelle, à la fois singulier et collectif, s'inscrivant dans des conditions de développement de la société, avec des particularités liées à la société dans laquelle il se déroule.

Le professeur JEAMMET définit ainsi l'adolescence : « L'adolescence, c'est passer de la dépendance infantile à une position plus autonome. L'adolescent doit aménager une nouvelle distance relationnelle avec les adultes et notamment ceux dont il était le plus dépendant affectivement : les parents et les proches. Or ceux qui arrivent à l'adolescence avec le plus d'insécurité intérieure, une moindre estime d'eux-mêmes, auront le plus besoin de recevoir un soutien de la part des adultes, mais ce seront aussi ceux qui vont souvent le tolérer le moins bien. Ils vont vivre, en effet, toute demande à l'égard des adultes comme une menace pour leur autonomie. Le drame est que plus on veut aider l'adolescent, plus il renforce son refus et son opposition. Et l'on en arrive à ce paradoxe tragique de l'adolescence, que ceux qui auraient le plus besoin de recevoir vont être ceux qui s'enferment le plus dans le refus. »

L'adolescent s'intègre dans un réseau relationnel. Chaque membre de la famille, toutes générations confondues, fait partie d'un tout avec des relations ascendantes, descendantes et transversales ; ainsi l'adolescent est-il au cœur de ces liens, intégré au système familial. Il ne faut pas oublier dans la réflexion les notions de parentalité, d'autorité, d'éducation et d'amour, de reconnaissance et de valorisation..

1.3 L'adolescence, un temps abordé de façon positive

85 % des enfants et adolescents vont bien, comme le souligne le rapport 2002 du Haut Comité de la santé publique. Le présent rapport s'attachera à définir ce qu'il faut mettre en œuvre pour préserver les potentialités de ces enfants qui vont bien et ce qu'il conviendra de faire pour venir en aide à ceux qui vont mal.

La problématique « adolescence et santé » est souvent traitée à travers les conduites addictives (alcool, tabac, toxicomanie, violence...) ou à travers le mal-être (suicide, dépression...). Ces sujets sont d'une incontestable gravité et appellent des politiques adaptées, notamment en matière de prévention. Mais l'approche doit également être positive. Cet âge doit être celui de l'acquisition d'attitudes et comportements positifs pour leur santé et de la prise de responsabilités : les adolescents peuvent être impliqués dans un rôle de relais actif des messages santé au sein de la famille. C'est un âge de « construction ».

Dans un contexte où le terme jeunesse est parfois rapidement associé à « délinquance », « absence de règles », « démission des parents et des adultes en général », ... l'apport à notre société de ces 5,3 millions d'adolescents (11 – 18 ans) doit être valorisé, ainsi que la richesse du regard qu'ils renvoient aux adultes. S'intéresser à la santé des adolescents et s'interroger sur leurs pathologies (au sens large du terme) revient aussi à envisager l'état, à venir, de notre société.

L'adolescent est, juridiquement, un « mineur », dépendant de ses représentants légaux. Ces derniers, en tant que titulaires de l'autorité parentale, ont un droit et un devoir de surveillance sur la santé de leur enfant.

S'intéresser aux adolescents conduit à appréhender également leur contexte familial en tant que facteur influençant leur santé. Plus généralement, le contexte socio-économique dans lequel s'inscrit leur famille va intervenir sur leur équilibre physique et psychique. Il faut sans doute envisager les différents visages de la famille, ses divers aspects (« traditionnelle », « monoparentale », « recomposée », « urbaine », « rurale »...).

Si adolescent et famille doivent dès lors être envisagés conjointement, il n'en reste pas moins que l'adolescence se caractérise aussi par un désir d'indépendance, de distance à l'égard des règles édictées et un besoin d'évoluer dans un monde propre, distinct de celui de l'adulte. Il conviendra dès lors de questionner ces relations entre l'adolescent et sa famille, car si cette dernière doit avoir le souci de préserver les potentialités et le bien-être des enfants et adolescents de l'adolescent, prévenir ses possibles défaillances et accompagner ses éventuelles souffrances, elle doit également lui laisser un espace dans lequel il pourra, en confiance, évoluer.

1.4 La « crise » de l'adolescence, moment du développement

La « crise » de l'adolescence est normale. Il s'agit d'un moment du développement. Elle doit être considérée comme banale, sans être pour autant banalisée. « La situation de l'adolescent le contraint à abandonner ses choix libidinaux infantiles, donc à se distancer de sa famille, mais aussi à s'identifier à ses parents afin d'accéder à l'état adulte. Ce paradoxe crée une véritable crise. L'adolescence est une véritable épreuve pendant laquelle tous les repères identificatoires sont remis en question. » (Jean-Pierre CHARTIER, *Les adolescents difficiles*, Dunod, 1997).

Il est important que soient expliquées aux enfants, avant leur survenue, les transformations qu'ils vivront au cours de l'adolescence (vers 8 ans pour les filles, vers 10 ans pour les garçons).

1.5 Une crise qui a lieu dans une société aux exigences particulières

La crise d'adolescence n'est plus une crise individuelle : la crise que traversent les parents existe toujours, mais elle se double de la crise que traverse la famille dans son entier. Il y a aujourd'hui, selon le professeur SCHMIT, crise de la famille, mais non du lien familial, qui continue à paraître légitime à presque tout le monde. Les familles sont engagées dans un souci de la réussite qui confirmera les liens familiaux : les adolescents se retrouvent soutiens de l'homéostasie familiale et ont beaucoup de mal à prendre leur autonomie.

Ce conflit de l'adolescence, une « antinomie à résoudre entre besoins affectifs qui signifient dépendance et construction de son identité qui impose une séparation » selon la formule du professeur JEAMMET, se vit dans le contexte d'une société paradoxale : à la fois permissive, voire fascinée par le tumulte de l'adolescence, et en même temps exigeante quant aux performances sociales. A cela les adolescents vont répondre par deux types de conduites défensives prévalentes : des conduites agies très spécifiques (addictions, conduites suicidaires...) et des conduites de retrait : désinvestissement actif, négativisme, désinvestissement des processus de pensée, véritable phobie du fonctionnement mental (Kestemberg). Le danger est que les organisations psychopathologiques de l'adolescence vont figer le processus, arrêter le développement de la personnalité, le déroulement des processus d'identification et de séparation-individuation de l'adolescent ; sans oublier les conséquences somatiques et sociales possibles de ces conduites.

L'image que l'on retient actuellement de l'adolescence est celle du désordre, des risques, voire du danger que font courir les adolescents à d'autres et à eux-mêmes. Pourtant, l'âge de l'adolescence, âge intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte, âge de découvertes, d'essais, de conflits et d'affrontements est riche et complexe, propice aux questionnements, aux remises en cause, de son entourage et de soi-même, qui amènera l'adolescent à devenir un

adulte responsable. S'interroger sur les adolescents, et plus encore, sur la santé des adolescents, veut dire avant tout s'interroger sur le monde des adultes, et donc sur leur santé et leurs comportements en matière de santé.

1.6 Une société...

1.6.1 ...que les adolescents inquiètent...

Le regard des adultes sur les questions liées à l'adolescence est rarement serein ou dénué d'ambiguïté, comme le remarque le Haut Comité de la santé publique : les adultes ne peuvent considérer les adolescents qu'avec leurs propres références ; tantôt ils optent pour le déni et le refus d'agir (« c'est l'âge, cela passera... »), tantôt pour une dramatisation excessive (« son comportement est inadmissible, il faut faire quelque chose... ») sans que ces réactions prennent en compte le sens des messages lancés par les adolescents.

1.6.2 ...où les adultes doivent trouver leur position éducative...

Il y a une position juste à trouver, une position d'adulte, que ce soit pour le médecin (représentant l'autorité médicale) ou pour l'adulte en général qui doit être en position de contenir, d'éduquer, de comprendre, ce que l'on peut résumer dans le terme « appréhender » au sens plein de contenir et de comprendre.

Lors d'échanges, des jeunes, accueillis dans les foyers de l'enfance, ont expliqué avec beaucoup d'unanimité, quel que soit leur âge ou leur sexe, que si des adultes avaient été présents, tel jeune n'aurait pas été frappé ou insulté : « si les adultes étaient là... ». Les cadres de référence semblent manquer, ainsi que les figures d'autorité contre lesquelles se rebeller et se construire.

1.6.3 ...où les adultes doivent soutenir les capacités des adolescents à penser...

Apprendre à s'exprimer, à supporter la contradiction, à rebondir sur les arguments d'autrui, à ne pas se laisser démonter par une idée radicalement différente permet à l'adolescent de prendre conscience de la place de l'autre ; l'altérité, à la fois limitante (l'autre peut ne pas être du même avis et donc constituer une source de frustration) et facilitante (la discussion permet d'affiner la pensée).

La plupart des adolescents ayant recours aux conduites addictives (consommations de produits, par exemple) ou évacuant leur mal-être dans l'agir ont d'innombrables difficultés avec leur vie psychique. « Ça me prend la tête », les entend-on dire. Les pédopsychiatres savent bien combien il est difficile de les réconcilier avec leur pensée, d'où la difficulté à les faire s'investir dans une psychothérapie où le soin ne passe que par la parole. Fuyant des affects dépressifs insoutenables, ils se réfugient dans des conduites qui pour un temps les apaisent, mais se révèlent bien vite inefficaces, sauf à augmenter les consommations ou à multiplier les conduites agies ; ce qui bien évidemment accroît les risques.

1.6.4 ...tentée par la médicalisation.

Les professionnels de santé font le constat d'une demande de plus en plus forte venant d'acteurs divers : pour les petits qui ont du mal à apprendre il faudrait, par exemple, un bilan neurologique. Et ces professionnels eux-mêmes sont tentés de donner une réponse

médicamenteuse, symptomatique, aux problèmes. La médicalisation de l'enfance et de l'adolescence fait proposer une exploration neuro-radiologique ou un traitement symptomatique là où une réflexion pédagogique serait nécessaire. De nouveaux antidépresseurs apparaissent sur le marché en permanence. « Il n'existe pourtant pas de médicaments anti-malheur ».

2. Des données contrastées

Etudes et recherches fournissent des données et des points de vue sur la santé des adolescents en France aujourd'hui.

2.1 Combien sont-ils ?

Au 1^{er} janvier 2003 la France compte 5, 39 millions d'adolescents, c'est-à-dire de jeunes âgés de 11 ans à 17 ans révolus, dont 2, 86 millions de garçons et 2, 64 millions de filles.

La supériorité numérique des adolescents sur les adolescentes résulte directement de la surnatalité masculine – il naît en moyenne de l'ordre de 105 garçons pour 100 filles – dont la surmortalité, constatée à tous les âges de la vie, n'a pas encore, à cet âge, produit tous ses effets.

2.2 Une bonne santé affirmée

Dans toutes les études, les jeunes se jugent en bonne santé. Le taux de consultation est le plus bas à cet âge. Le recours au soin des adolescents de 11 à 20 ans a été particulièrement étudié (Laurence AUVRAY, Philippe LE FUR : « adolescents : état de santé et recours aux soins », questions d'économie de santé, n° 49, mars 2002, CREDES). 70 % des actes sont effectués par des médecins généralistes : les adolescents déclarent peu d'affections et celles-ci sont généralement bénignes. Selon le Baromètre santé jeunes 1997-1998, près de 95 % des 12 à 19 ans déclarent que leur santé est « plutôt » ou « très » satisfaisante et 1 % seulement affirme qu'elle ne l'est pas du tout. Quant aux scores de santé physique, calculés à l'aide de questions portant sur l'évaluation de la qualité de la vie (profils de Duke du Baromètre santé 2000-CFES), ils sont les plus élevés jusqu'à 25 ans.

Les problèmes ophtalmologiques, dentaires et respiratoires sont les pathologies déclarées le plus fréquemment. Au-delà de 15 ans, l'enquête du CREDES fait apparaître un accroissement de la fréquence des affections ophtalmologiques et des maladies de peau entre 15 et 19 ans.

2.3 La mortalité chez les adolescents

Les accidents de la circulation (1049 décès) ont une part prépondérante dans la mortalité puisqu'ils constituent à eux seuls près de 46 % des décès des 15-19 ans (et les deux tiers des morts violentes) contre 25 % des décès entre dix et quatorze ans. L'examen des catégories d'utilisateurs montre un nombre élevé de cyclomotoristes dans les accidents des 15-17 ans (157 sur 331 décès).

La deuxième cause de mortalité pour cette classe d'âge est constituée par les tumeurs malignes (298 décès).

Sur l'ensemble de la tranche d'âge des 10-19 ans, filles et garçons, les suicides (228 décès en 1999) sont la troisième cause de décès et représentent près de 9 % de l'ensemble des décès des 10-19 ans (10 % entre 15 et 19 ans, 5 % entre 10 et 14 ans).

Il existe une nette surmortalité masculine par suicide. L'examen des données par sexe montre qu'entre 10 et 19 ans les suicides sont une cause de mortalité un peu plus fréquente que les tumeurs pour les garçons – 171 décès par suicide et 165 par tumeurs pour les adolescents contre respectivement 57 et 133 pour les adolescentes¹.

L'adolescence est l'âge de la vie auquel on se suicide le moins (le taux de suicide augmentant avec l'âge). L'examen des taux de suicide dans les différents pays européens (*Eurostat Health Statistics*), quant à lui, montre que si la France se trouve dans le peloton de tête des pays européens parmi lesquels les taux de suicide sont les plus élevés pour sa population en général, en revanche, elle se situe dans le tiers des pays européens où ils se suicident le moins pour les jeunes de 15 à 19 ans.

Entre onze et dix-sept ans, les décès par morts violentes toutes causes confondues représentent 58 % des décès.

2.4 Les interruptions de grossesse chez les adolescentes et les grossesses précoces

En 2001, en France métropolitaine, un peu plus de 10 000 interruptions volontaires de grossesse concernaient une jeune femme mineure – nombre qui fait apparaître un accroissement par rapport au chiffre de 1993 qui était alors de 8104 (sources DREES). Dans les départements d'outre-mer les recours à l'IVG sont beaucoup plus fréquents qu'en métropole à tout âge, mais particulièrement chez les mineures.

La grossesse de l'adolescence ne doit toutefois pas entraîner de généralisations hâtives. Elle peut correspondre à un réel désir et bien se passer. Il arrive parfois, néanmoins, qu'elle se substitue à un projet d'avenir ou qu'elle vienne pallier un manque affectif : or mettre au monde un enfant est une responsabilité considérable et une responsabilité d'adulte. Ces points sont abordés lors des entretiens préalables à l'IVG.

Au niveau international les comparaisons se fondent sur les femmes de moins de vingt ans (et ne correspondent donc pas exactement aux âges retenus pour l'analyse). La situation de la France n'est pas particulièrement mise en exergue. L'Amérique du Nord se distingue par un taux élevé de recours à l'interruption de grossesse chez les 15-19 ans, avec aux Etats-Unis trois fois plus souvent de recours qu'en France. Les grossesses précoces sont également beaucoup plus fréquentes outre-Atlantique ainsi qu'au Royaume-Uni.

2.5 L'entrée dans la sexualité

D'une manière générale, dans la société actuelle, l'entrée dans la sexualité est à la fois surmédiatisée et sous-expliquée, insuffisamment humanisée, alors que la place du sentiment, de l'expérience de l'autre, est capitale. On peut constater, dans certains quartiers, des relations particulièrement tendues entre les garçons et les filles, et une grande rigidité dans les comportements, qui sont préjudiciables à des relations équilibrées et à l'épanouissement des individus.

¹ Cf. section 2.15

L'entrée dans la sexualité, toujours complexe, peut être rendue plus difficile lors de la découverte d'une orientation homosexuelle. Le monde de l'école et celui de la famille ne facilitent pas toujours ce moment. Les associations font les constats suivants, qui attirent l'attention : des insultes, qui ne sont pas toujours sanctionnées par l'autorité scolaire, une représentation figée des genres, un personnel éducatif qui n'est pas formé à répondre à des jeunes qui peuvent être en souffrance ; et d'importantes difficultés de dialogue dans les familles. Plus tard, les relations peuvent devenir conflictuelles avec les parents, allant jusqu'à l'exclusion du foyer familial. Il existe des spécificités suivant les lieux, Paris et la province, les villes et le milieu rural, ainsi que suivant les cultures d'origine. Les conséquences pour les jeunes peuvent être graves pour leur vie sociale et leur santé : dépression, suicides, conduites à risque vis-à-vis du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles.

2.6 Les adolescents issus de l'immigration

La construction dynamique, caractéristique de l'adolescence, peut être définie par la possibilité d'une affirmation de soi dans un rapport de continuité et de permanence où l'adolescent se nourrit de l'héritage générationnel tout en s'en démarquant par la multiplicité des références puisées dans le cadre extérieur. De ce point de vue, rappelle le fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD), le remaniement identitaire des enfants de parents immigrés se réalise en terme de conciliation parfois paradoxale entre influences extérieures et tradition familiale.

Quand l'histoire familiale est dévalorisée, l'immigration stigmatisée, les parents et notamment les pères disqualifiés, la référence religieuse réduite à ses expressions les plus radicales et menaçantes, le processus de transmission familiale est entravé. Le risque existe de porter de l'extérieur sur les enfants d'immigrés un regard limité à une seule dimension, celle de l'origine ethnique, dans laquelle ils peuvent être tentés de s'enfermer.

La fréquence des stéréotypes négatifs renvoyés à ces jeunes peut ainsi affecter et dévaloriser l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, induire des processus d'échec ou des mécanismes « d'intériorisation », voire « de revendication du stigmaté », éventuellement renforcés par une identification aux quartiers et territoires défavorisés qu'ils habitent.

2.7 Le surpoids et l'obésité à l'adolescence

La proportion de personnes obèses dans la population adulte française augmente. Au début des années 1990, 6 % des adultes étaient obèses. Ils sont 9,7 % en 2000. Les études menées par la SOFRES, l'Institut Roche et l'INSERM dans la population des 15 ans et plus (enquêtes Obépi) confirment cette évolution rapide : 8,2 % en 1997, 9,6 % en 2000 et 11,3 % en 2003.

Les différentes enquêtes réalisées en France confirment l'augmentation de l'obésité chez les enfants, même si les études nationales relatives au surpoids et à l'obésité sont récentes. Citons l'enquête DESCO-DREES-InVS réalisée en 1999-2000 auprès d'enfants âgés de cinq-six ans dans laquelle le pourcentage d'enfants en surpoids et obèses est de 14 % ; l'enquête CNAM – InVS réalisée en 2000 auprès d'un échantillon national d'enfants âgés de 7 à 9 ans confirme cette tendance avec une proportion encore supérieure de 18,1 %.

L'enquête sur la santé des élèves de 3^e qui s'est déroulée durant l'année scolaire 2000-2001, auprès d'un échantillon de 6590 adolescents scolarisés dans cette classe (c'est-à-dire âgés huit fois sur dix de 14 ou 15 ans) montre que 83 % des adolescents ont une corpulence normale. L'insuffisance pondérale est rare (1 %). Le surpoids (incluant l'obésité) touche 15,7 % d'entre eux ; 12,4 % sont en surpoids ; 3,3 % sont obèses selon les normes internationales IOTF (International Obesity Task Force).

Cette étude met en évidence une forte liaison entre l'obésité et le milieu social. L'obésité est 10 fois moins fréquente chez les enfants dont le père est cadre (0,7 %) que pour ceux dont le père est ouvrier non qualifié (7,4 %).

L'obésité, proprement dite, ne constitue pas un trouble du comportement alimentaire au sens pathologique du terme et on ne retrouve généralement pas de troubles psychologiques sous-jacents dans la majorité des cas, précise le docteur Frelut. Si ces derniers se produisent, ils sont liés à l'obésité elle-même, et n'en sont pas à l'origine. Parfois ce sont des prises en charge maladroites et excessives qui créent des difficultés. Obésité et surpoids sont à l'origine de troubles chez les adolescents qui en souffrent : troubles de l'estime de soi, dépressivité ; et ces troubles n'aident pas à la solution pour les problèmes rencontrés.

L'obésité fait courir un risque de complications médicales : les maladies cardio-vasculaires et de diabète de type 2 ; risques d'autant plus grands que ces maladies évoluent à bas bruit. L'hypertension fait le lit des complications en train de se faire. Deux études longitudinales avec un recul de cinquante ans, l'une norvégienne, l'autre nord-américaine, montrent l'énorme majoration de risques d'accidents vasculaires cérébraux et le risque de certains cancers liés à la nutrition. Parce qu'ils sont corrélés à des problèmes de santé ultérieurs, l'obésité, voire le surpoids à l'adolescence constituent un vrai problème de santé publique.

2.8 Deux aspects du mode de vie des adolescents à relier avec la montée des problèmes de surpoids

2.8.1 L'activité physique

Une étude de 1998 qui agrège les données recueillies lors de diverses enquêtes (INSERM, CRSSA, CFES, INRP) analyse la pratique sportive des adolescents. Quelques constats : 60% des jeunes déclarent avoir une pratique sportive en dehors de l'école, mais les filles se révèlent moins sportives que les garçons ; le sport est non seulement l'activité de loisirs la plus pratiquée par les jeunes (avant la lecture, le cinéma, la musique, les activités culturelles), mais aussi celle qu'ils souhaitent pratiquer davantage. 46% des jeunes pratiquent en club, 42% pratiquent seuls ou avec des amis. La pratique sportive diminue avec l'âge : 70% des jeunes âgés de 12 ans déclarent faire du sport, ils ne sont plus que 50% à l'âge de 19 ans. Pour les filles, la diminution est nette dès l'âge de 13 ans ; pour les garçons, elle s'amorce vers 16 ans. Avec l'âge, c'est surtout la pratique en club qui décroît.

2.8.2 Ce que mangent les adolescents

L'INPES présente dans le Baromètre santé nutrition des données qui éclairent la façon dont se nourrissent les Français. Ce qui permet les constats suivants. Si les 12-17 ans sont, plus souvent que dans les autres tranches d'âge, de petits consommateurs de fruits et légumes, ils en consomment toutefois plus que les jeunes âgés de 18 à 24 ans. Ils sont indéniablement les plus gros consommateurs de produits laitiers, dont les yaourts. S'ils mangent peu de poisson,

on n'observe pas de différence par âge pour la consommation de viande ou la consommation d'œufs. Ce sont, avec les plus âgés, les plus gros consommateurs de céréales, féculents, pommes de terre et légumes secs. Quant aux céréales du petit déjeuner, ce sont essentiellement ceux qui en consomment le plus. Les 12-17 ans sont de grands consommateurs de produits de restauration rapide (pizzas, tartes salées, sandwichs, hamburgers, friandises), mais moins toutefois que les 18-29 ans. Une caractéristique de leurs habitudes alimentaires est la consommation régulière de mayonnaise (35,6 % en prennent à chaque repas) et de ketchup (39,2 %). Quant aux produits sucrés, ils sont largement consommés et par tous : le chocolat, les biscuits, les viennoiseries et les desserts lactés sont particulièrement consommés par les 12-17 ans.

S'agissant de la nutrition le constat est complexe : il semble bien que l'on mélange dans les représentations deux tranches d'âge dont les comportements sont assez distincts : les 12-17 ans et les 18-24 ans (dont la nutrition est souvent dégradée). Les comportements attribués aux adolescents sont plutôt ceux des jeunes adultes, mais ils n'en présentent pas moins des caractéristiques qui retiennent l'attention.

2.9 Les troubles du comportement alimentaire

Les troubles anorexiques ou boulimiques se remarquent surtout à la puberté. Boulimie et anorexie mentale sont liées. Elles naissent d'une même problématique s'exprimant différemment selon les individus. Ces deux troubles comportementaux, sont souvent associés ou alternatifs.

La boulimie concerne 5 filles pour un garçon entre 12 et 20 ans et n'est donc pas exclusivement féminine. Elle s'accompagne d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger) et de comportements visant à prévenir la prise de poids, (vomissements provoqués, emploi abusif de médicaments..).

Le poids n'est pas forcément excessif, parfois il est même inférieur à la normale, en raison des périodes de jeûne, des vomissements provoqués et des laxatifs (surtout chez la fille). Cependant les quantités de nourriture absorbées en cas d'accès de boulimie peuvent être considérables (3500 à 15000 calories par jour) ; parfois ils seront mangés sans préparation (crus, froids voire congelés).

Ces accès seront cachés à l'entourage car empreints d'un fort sentiment de culpabilité.

Une expertise collective de l'INSERM a fait le point en février 2003 sur les connaissances scientifiques et médicales relatives aux troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, grâce à un groupe pluridisciplinaire qui a analysé la littérature scientifique internationale. Elle indique que la boulimie concerne 1 % des jeunes filles de 17-19 ans. Quant à l'anorexie, elle affecte 0,2 % des adolescentes de 15-19 ans, si l'on ne considère que les formes d'anorexie restrictive pure, mais les comportements anorexiques s'inscrivant dans une stratégie de contrôle du poids sont relativement fréquents et méritent une attention particulière. L'anorexie mentale désigne une maladie bien précise pas toujours facile à diagnostiquer car il est difficile de faire la part entre une adolescente qui décide de faire un régime ordinaire et une adolescente souffrant d'anorexie mentale.

2.10 Les consommations de tabac, alcool et cannabis

Toutes les consommations augmentent très sensiblement entre 14 et 18 ans, chez les garçons comme chez les filles. En l'espace de quatre ans, la consommation quotidienne de tabac passe chez les adolescents de 8 à 40 % ; la consommation d'alcool (10 et plus par mois) de 3 % à 14 % et la consommation de cannabis (10 et plus par mois) de 0,4 % à 10 % (données de l'INSERM, enquête de 1999).

▪ Le tabac

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a publié en mai 2003 les résultats de l'enquête ESCAPAD 2000-2002, qui repose sur un questionnaire autoadministré et strictement anonyme portant sur la santé, les modes de vie, les consommations et les contextes d'usage de produits psychoactifs, renseigné lors de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Cette enquête concourt à établir à propos des consommations de tabac les données suivantes. Entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, la comparaison des enquêtes disponibles montre une tendance globale à la baisse de la consommation du tabac chez les 12-18 ans (*Baudier et al.*, 1998). Entre 1993 et 1999, cette consommation connaît une hausse, nette à tout âge, en particulier pour les filles (*Choquet et al.*, 2002). Entre 2000 et 2002, l'expérimentation de tabac reste stable parmi les filles (87,9 % contre 79,6 % en 2000) comme parmi les garçons (75,6 % contre 76 % en 2000). En revanche, le tabagisme actuel (fumeurs occasionnels ou quotidiens) a légèrement baissé (47,8 % contre 49,6 % en 2000) notamment pour les filles (47,8 % contre 50,7 % en 2000), la baisse observée chez les garçons n'étant pas significative. En revanche, depuis 2003-2004, les premières données à la suite des mesures augmentant le prix du tabac montrent une diminution très significative de la consommation chez les jeunes. L'analyse de ces données nécessite toutefois d'être consolidée.

▪ L'alcool

C'est le produit le plus fréquemment expérimenté par les jeunes, en moyenne à 13,6 ans chez les filles et 13,1 an chez les garçons et le nombre de consommateurs augmente de façon linéaire avec l'âge. On constate en outre, un bond de la consommation occasionnelle et une augmentation de la consommation des alcools forts. 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 12-19 ans.

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, à 18 ans, 71% des garçons et 55% des filles sont concernés. Ce comportement progresse fortement avec l'âge et la différence entre les sexes s'accroît avec les années.

▪ Le cannabis

Le cannabis est la drogue la plus consommée et davantage par les garçons, (les expérimentations d'autres drogues restant assez faibles et essentiellement masculines).

Le niveau d'expérimentation a plus que doublé entre 1993 et 2002.

L'usage répété (au moins dix fois au cours de l'année) du cannabis a connu une hausse encore plus sensible que celle de l'expérimentation : la proportion de tels usagers (qui était, à 18 ans, en 1993, de 11% chez les garçons et de 3% chez les filles) a plus que triplé entre

1993 et 2002, tant parmi les garçons que parmi les filles, même si la proportion parmi ces dernières reste deux fois moindre.

▪ **Les comparaisons européennes**

Les comparaisons européennes (enquête ESPAD 99 portant sur 30 pays) montrent que la France arrive en tête pour la consommation régulière de cannabis pour les garçons comme pour les filles, tandis que pour la consommation régulière d'alcool, la France est en 8^e position, tant pour les garçons que pour les filles. De 1993 à 1999 la consommation occasionnelle et régulière de cannabis a nettement augmenté, tout comme la consommation de tabac. L'augmentation de la consommation de cannabis est observée dans tous les pays, mais la France est passée à la première place. Lorsqu'on compare les Pays-Bas et la France, on constate qu'il y a en France plus d'expérimentateurs, mais aussi plus de consommateurs réguliers. Si, jusqu'à 16 ans (les années collège), les jeunes Français sont plus préservés, c'est après 16 ans qu'ils sont plus exposés au risque et à 19 ans le taux de consommation régulière est deux fois plus élevé en France qu'aux Pays-Bas. Il y a donc dans ce domaine un réel problème français.

2.11 Les consommations de médicaments psychotropes

La consommation sur ordonnance est à chaque âge, pour les garçons comme les filles, supérieure à la consommation sans ordonnance. Ainsi l'ordonnance médicale est-elle le premier motif de consommation de médicaments contre la nervosité et l'insomnie. A 14 ans la différence entre les filles et les garçons est faible (17 % des garçons contre 19 % des filles ont déjà pris un médicament avec ordonnance, respectivement 9 et 11% sans ordonnance). Cette différence a néanmoins tendance à augmenter avec l'âge (à 18 ans 16 % des garçons contre 22 % des filles ont alors pris un médicament de ce type avec ordonnance, respectivement 11 % et 15 % sans ordonnance).

La France vient en 2^e position, après la République tchèque, pour la prise de médicaments psychotropes sur ordonnance et elle se situe en 3^e position après la République tchèque et la Pologne quant à la prise de ces médicaments sans ordonnance.

2.12 Le handicap à l'adolescence

Un certain nombre d'adolescents présentent un handicap, inné ou acquis. Ils sont environ 70000 âgés de 11 à 17 ans à être accueillis dans des établissements et services spécialisés. 60% d'entre eux sont accueillis dans des établissements d'éducation spéciale pour enfant déficients intellectuels ; 14% dans des instituts de rééducation ; 12% dans des services autonomes et non autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile ; 6% dans des instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles et/ou auditives ; 5% dans des établissements pour enfants déficients moteurs ; 3% dans des établissements pour enfants polyhandicapés.

Il semble important au groupe de travail d'attirer l'attention sur la difficulté particulière que ces jeunes vivent à l'adolescence ainsi que leurs familles.

Lorsque l'enfant est petit, il y a une souffrance partagée ; l'adolescence fait émerger de nouvelles inquiétudes liées au vieillissement des parents. L'adolescence est également pour la famille le moment de remaniements familiaux générateurs à leur tour de difficultés nouvelles. L'entourage vit une période où est réactivé le traumatisme de la découverte du handicap. Le poids, la taille – ceux désormais d'un adulte – renforcent la difficulté des soins à apporter ; le besoin de nouveaux appareillages crée des inquiétudes, de l'anxiété, mais aussi des soins contraignants.

Pour la personne handicapée mentale, l'adolescence est souvent le moment de la révélation de son handicap. Quand elle est plus jeune, elle peut partager la vie d'un groupe ordinaire avec les amis des frères et sœurs, des gens de son âge, même si elle-même, en fait, a peu d'amis personnels. A l'adolescence, elle voit s'éloigner le groupe de sa classe d'âge : ils n'ont plus les mêmes préoccupations. Il y a alors un fort sentiment de honte. Une honte qui n'est pas incompréhensible chez les amis, chez les frères et sœurs, mais qui est renvoyée à la personne de façon très brutale. Le regard des autres devient une souffrance, qui doit être accompagnée. L'adolescence est aussi la période où l'on entre dans un cursus scolaire adapté, si toutefois on n'en a pas été éloigné auparavant. Même s'ils sont parfois retardés, les signes pubertaires arrivent, la pilosité, les règles.

Le développement pubertaire est intriqué avec la pathologie propre à la personne ; se développent de nouveaux problèmes, comme les problèmes orthopédiques, l'épilepsie qui peut apparaître ou qui, précédemment stabilisée, peut s'aggraver, l'état nutritionnel qui peut se détériorer avec le surpoids : tous ces facteurs ont un effet sur l'image corporelle que le sujet peut avoir de lui-même. Cela peut entraîner, comme dans l'adolescence ordinaire, repli sur soi, difficulté à supporter les autres, auto ou hétéroagressivité. Il y a également, comme chez les autres adolescents, un bouleversement émotionnel, avec frustration, tristesse, jalousie ; la sexualité peut être l'occasion d'interactions conflictuelles ; l'éducation sexuelle est notamment tout à fait nécessaire.

Les adolescents handicapés moteurs, dont le psychisme n'est pas modifié, ont les mêmes aspirations et les mêmes désirs que les autres adolescents. Il existe de grandes variations dans les situations, suivant que le handicap est stabilisé ou évolutif. Mais les obstacles sont toutefois communs : la dépendance, le manque d'autonomie, la difficulté à se déplacer (il est peu envisageable pour l'adolescent paralysé d'annoncer qu'il va dormir chez un ami...), la nécessité d'un auxiliaire de vie qui complique l'accès à l'autonomie et maintient l'adolescent dans un statut d'enfant...

Le handicap, irréversible, est à l'adolescence une source de frustration : impossible de courir, impossible de se lever seul ; le choix limité d'un métier ; les fonctions qu'on ne peut contrôler (l'incontinence). Tout cela fait qu'il est plus difficile encore pour l'adolescent handicapé de se projeter dans l'avenir ; mais aussi pour les familles qui ont tendance à vivre au jour le jour. L'échec scolaire quand il se produit crée une difficulté plus globale qui peut toucher toute la personnalité.

Les adolescents non voyants vivent, quant à eux, une expérience semblable à celle de leur classe d'âge, mais avec des limites particulières. Par exemple, ils ne pourront pas conduire. Cette prise de conscience des limites peut susciter la dépression. Lorsqu'il y a maladie évolutive, ils éprouvent de l'angoisse devant les nouvelles limites à leur autonomie. Ils peuvent réagir par des conduites à risque, par la négation du handicap : refus de prise en charge ; refus des aides utiles qui signalent et distinguent (cane blanche, aides optiques...) ;

pratique de sports dangereux y compris pour les bien voyants (moto, vélo...) et mise en danger. La crise de l'adolescence est souvent chez eux plus tardive, plus subite, plus intense.

2.13 Les troubles mentaux chez les adolescents

Les troubles mentaux sont les principales causes de prise en charge de longue durée pour les jeunes : les psychoses, les troubles de la personnalité et les déficiences mentales. Les adolescents pris en charge dans les établissements de soins spécialisés pour troubles mentaux le sont principalement dans ceux qui relèvent des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ils peuvent également être suivis à temps complet ou à temps partiel dans des cliniques et des hôpitaux de jour privés, et en ambulatoire dans des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

En 2000, la France comptait 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans chacun desquels une équipe pluridisciplinaire intervenait pour la prise en charge d'enfants ou d'adolescents. Ces équipes ont vu en 2000 plus de 432 000 enfants et adolescents, soit 14 % de plus qu'en 1997. Le renouvellement de la population suivie était important : près de la moitié des enfants consultait pour la première fois. 20 % des enfants et adolescents n'avaient été vus qu'une seule fois dans l'année (sources DREES).

Jusque vers 15 ans, les garçons sont plus nombreux à être suivis dans toutes les structures psychiatriques. A partir de 15 ans, la tendance s'inverse pour les prises en charge ambulatoires des secteurs. Pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les filles sont donc plus nombreuses après 15 ans que les garçons, mais ceux-ci restent plus représentés pour les prises en charges les plus lourdes (temps partiel, temps complet). Ceci doit être mis en lien avec la constatation faite, sur l'ensemble des enfants suivis dans les secteurs et non uniquement sur les adolescents, d'une prédominance chez les filles de troubles névrotiques (33 % chez les filles contre 28 % chez les garçons) et réactionnels (12 % contre 10%) et d'une prédominance chez les garçons de troubles de la personnalité (22% pour les garçons contre 13% chez les filles) et de psychoses (13% contre 10%) (sources DREES).

S'agissant des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, l'expertise collective de l'INSERM dont les résultats ont été publiés en février 2003 indique les chiffres suivants : 5% des enfants souffrent de troubles anxieux, et 1 à 2% sont hyperactifs. A l'adolescence, les troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles maniaco-dépressifs...) augmentent puisqu'ils touchent 3% des 12-18 ans. On a vu plus haut les données touchant les troubles du comportement alimentaire. Quant à l'autisme et à la schizophrénie, il s'agit de maladies plus rares, qui touchent moins d'un enfant et adolescent pour mille.

Le professeur MARCELLI, quant à lui, considère qu'il est important de bien différencier les jeunes adolescents (collégiens) et les grands adolescents (lycéens). Pour les collégiens, les expressions pathologiques sont peu spécifiques, centrées autour de la scolarité, avec une demande importante des parents et un besoin d'étayage parental. Il y a peu de motivation de ces jeunes à se pencher sur leur propre fonctionnement et une grande appétence pour un travail de médiation qui doit absolument être soumis à supervision par un médecin ; la prise en charge est centrée sur la dynamique de groupe. Ce sont des pathologies floues, avec des problèmes scolaires, mais qui présentent des risques : risque social de déscolarisation, fixation dans une lignée pathologique qui se révélera peu après.

Pour les lycéens (élèves de l'enseignement professionnel ou en lycée général et technologique ou bien encore en apprentissage), le problème est différent : plus spécifique, avec des pathologies plus organisées et une conflictualité majeure entre les parents et les adolescents. Les axes de soins sont centrés sur la séparation du lieu de vie, contrairement à ce qui se passe pour les plus jeunes qu'il ne faut pas séparer de leur famille. Mais il faut que cette séparation soit préparée, élaborée pendant 6 à 18 mois si nécessaire, et acceptée. Sinon, 9 fois sur 10, cela se retourne contre l'adolescent ou sa famille. Les actions thérapeutiques individuelles sont possibles : la psychothérapie, mais aussi les psychodrames, une prescription médicale toujours raisonnée (ils sont trop souvent « mal traités ») après négociation avec l'adolescent et chacun des deux parents.

2.14 Des situations sanitaires particulières

Les enquêtes de santé publique attirent l'attention sur des situations tout à fait spécifiques chez certains adolescents.

Une enquête de 1998 relative aux adolescents suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et à leur santé met en évidence des caractéristiques particulières pour cette population de jeunes âgés de 14 à 21 ans. Les résultats de cette enquête ont d'ailleurs permis la mise en place de mesures pour remédier à la situation.

La 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 : la prise en charge des jeunes délinquants et la protection des jeunes en danger. 50 000 jeunes, âgés de 13 à 21 ans, lui sont actuellement confiés.

Il s'agit à 78 % de garçons, 22 % étant des filles ; une faible proportion d'entre eux habite la campagne (13 %). 15 % d'entre eux sont de nationalité étrangère et 43 % d'origine étrangère. 45 % des garçons et 46 % des filles ne sont plus scolarisés ; ils ont quitté l'école à 15, 5 ans pour les garçons et à 15, 9 ans pour les filles. 58 % sont d'une fratrie de quatre enfants ou plus. La majorité vit avec l'un des parents ou les deux, les garçons plus que les filles (74 % contre 54 %). Les garçons vivent moins souvent en foyer que les filles (16 % contre 33 %), qu'il s'agisse d'un foyer de la PJJ ou d'autres types de foyers comme les foyers de jeunes travailleurs.

Ces jeunes 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.

Lorsque l'on compare, comme l'a fait l'équipe de l'INSERM U 472, cette population et la population générale des collégiens et lycéens du même âge (enquête 1993-1994 qui portait sur 12 391 élèves), en l'interrogeant avec le même questionnaire (enquête de 1998 portant sur 917 jeunes suivis par la PJJ), on constate une consommation de tabac, alcool, cannabis, sensiblement plus importante, notamment chez les filles, ainsi que les données concernant la violence donnée et subie. 50 % des garçons et 42 % des filles suivis par la PJJ ont fréquemment des comportements violents et 41 % des garçons et 55 % des filles ont été victimes d'une agression physique, avec un âge moyen de la première agression de 13,6 ans pour les garçons et de 12,7 ans pour les filles.

8 % des garçons et 34 % des filles suivis par la PJJ présentent une symptomatologie dépressive. 7 % des garçons et 28 % des filles ont des idées suicidaires récurrentes. 12 % des garçons et 49 % des filles ont fait une tentative de suicide. 42 % des garçons et 50 % des filles sont des récidivistes. Les troubles du sommeil et les plaintes fonctionnelles sont aussi élevées : 19 % des garçons et 46 % des filles se réveillent souvent la nuit, 7 % des garçons et 27 % des filles font souvent des cauchemars, 45 % des garçons et 73 % des filles ont des difficultés fréquentes d'endormissement, 14 % des garçons et 48 % des filles ont des céphalées récurrentes, 42 % des garçons et 67 % des filles sont souvent fatiguées.

Quant aux données qui exploitent les bilans de santé effectués dans les écoles, ils mettent en évidence une prévalence de troubles beaucoup plus importante dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP) que dans les autres types de territoire.

Il pourrait être intéressant que la santé des enfants accueillis dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance soit l'objet d'enquêtes épidémiologiques.

2.15 Une indéniable fragilité des jeunes de 12 à 25 ans

Mme CHOQUET (INSERM) attire l'attention sur la dépression, qui touche davantage les filles et dont le taux a triplé chez les adolescentes. La dépression est un symptôme qui s'inscrit dans la durée et qui peut même, à l'âge adulte et après une naissance, affecter la relation entre la mère et l'enfant. Alors que pour les garçons, la situation se stabilise généralement sans intervention, l'enjeu, pour les filles, est d'éviter la répercussion sur la famille qu'elles sont appelées à constituer.

Le Baromètre santé 2000 (CFES - aujourd'hui INPES) permet d'approcher la question de la santé mentale des individus à travers différents indicateurs qui prennent en compte plusieurs dimensions comme la dépressivité, l'anxiété et l'estime de soi. Les jeunes de 12 à 25 ans apparaissent en moins bonne santé mentale que les adultes (26-75 ans). Cette fragilité n'est certes pas ressentie par la totalité des jeunes, mais ils sont plus nombreux à déclarer un certain mal de vivre que les adultes. Les jeunes se déclarent, en moyenne, plus anxieux, plus déprimés et affichent une moins bonne estime d'eux-mêmes que leur aînés. Ces tendances s'observent aussi bien pour les filles que pour les garçons, mais le mal-être au moment de l'adolescence est particulièrement exprimé par les jeunes filles, avec un pic entre 15 et 19 ans. Leurs scores d'anxiété et de dépression dépassent nettement ceux des garçons de même tranche d'âge, et ceux de l'ensemble des femmes adultes. De même, leur score d'estime de soi est beaucoup plus faible que celui des garçons du même âge et des femmes adultes en général, ainsi que les scores d'anxiété et les scores de sentiment dépressif qui atteignent un pic chez les filles de 15 à 19 ans.

Le rapport au suicide est marqué par une différence très nette entre les filles et les garçons. A tout âge les femmes expriment davantage que les hommes leurs pensées suicidaires et sont plus nombreuses que ces derniers à avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Le pic de pensée suicidaire se trouve dans la tranche des 15-19 ans (12 % des jeunes filles, 3,7 % des garçons de la même tranche d'âge) ; elles sont 7 % à avoir fait au moins une tentative de suicide à cette période (1,9 % chez les garçons). En revanche, les hommes qui, verbalement, expriment moins leur souffrance que les femmes sont plus nombreux à se suicider. Une proportion significativement plus élevée de garçons que de filles meurt par suicide.

Un point intéressant à examiner est le score de santé sociale (rencontres avec des parents ou des amis, activités de groupe ou de loisirs). Ce score est significativement plus élevé que celui des adultes de 26 à 75 ans. Mais cette différence vaut essentiellement pour les garçons, beaucoup moins pour les filles.

2.16 L'évolution des familles

La famille est définie classiquement par le noyau constitué des parents et de la fratrie ; elle peut également être définie comme l'ensemble des personnes apparentées, c'est-à-dire incluant les collatéraux (oncles, tantes, cousins...). Durant les dernières décennies, la famille a beaucoup évolué, comme le souligne le Haut Comité de la santé publique, avec l'émergence de familles d'un ou deux enfants remplaçant la famille nombreuse, l'accroissement du nombre des familles monoparentales, le développement des familles recomposées. Par ailleurs, le départ plus tardif des jeunes du foyer familial, en raison de la crise économique, modifie son profil.

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

En 1999, il existait 16,1 millions de familles:

6 261 000 couples sans enfants ;

8 296 032 familles avec enfants :

- 1 982 000 familles monoparentales (20,2%)
- 7 852 000 couples avec enfants (79,8%), dont 7 307 000 familles non recomposées (74,3%) et 545 000 familles recomposées (5,5%).

Si l'on se place du point de vue des enfants :

En 1999 sur 13,230 millions d'enfants de moins de 18 ans, 2, 145 millions soit 16,2% d'entre eux vivent dans une famille monoparentale, les trois quarts avec leur mère (1,655 millions soit 12,5% des enfants) et un quart avec leur père (490 000 soit 3,7%).

De l'ordre de 773 000 enfants de moins de 18 ans soit près de 5,8% d'entre eux vivraient avec un parent et un beau parent, un quart avec une belle-mère (209 000 enfants soit 1,6%) et les trois quarts avec un beau-père (564 000 enfants soit 4,3% des enfants).

78% des moins de 18 ans vivent avec leur père et leur mère. Au moins 300 000 d'entre eux, soit au moins 2,3%, vivent avec leur père et leur mère et au moins un demi-frère ou une demi-sœur. Au total 6 % des moins de 18 ans vivent avec au moins un demi-frère ou une demi-sœur.

En 2002, 287 900 mariages ont été célébrés, soit 4, 7 mariages pour mille habitants. Par comparaison, en 1980 on recensait 394 000 mariages dans l'année, soit 7, 8 mariages pour mille habitants. L'âge du premier mariage est retardé un peu plus chaque année. Depuis les années 1970 les situations de concubinage ou « union libre » sont en expansion. Aujourd'hui les couples non mariés sont environ 15%, près d'un couple sur six. Quant au nombre d'enfants qui naissent hors mariage il progresse d'année en année. Environ 60% des couples non mariés sont sans enfants ; mais parmi les couples non mariés ayant des enfants 40% en ont deux ou plus. Quant aux statistiques du divorce du ministère de la justice, elles montrent,

après un pic de 120 027 en 1995, une décrue régulière de leur nombre : on en compte 113 618 en 2001.

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

2.17 La santé au sein de la famille

Une étude sur l'apprentissage de la santé en famille réalisée à la demande de la fondation CNP assurances mentionnée par le Haut Comité de la santé publique met en évidence que pour la majorité des familles la santé de l'enfant est étroitement liée à la qualité de son environnement affectif et familial. De même il paraît évident à la majorité d'entre elles qu'on peut apprendre à un enfant à être en bonne santé. Pour l'ensemble des familles la santé est un état d'équilibre plus que le résultat d'un mode de vie spécifique. Pour les familles moins favorisées, plus souvent que pour les autres, être en bonne santé équivaut à ne pas être malade.

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

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

Si les familles font preuve d'optimisme dans l'approche de la question de la santé, cet optimisme recouvre toutefois une réelle difficulté à prendre en charge les problèmes psychologiques et les déséquilibres des enfants, qui sont une source d'angoisse majeure.

2.18 Le rôle des familles

La famille joue un rôle structurant dans le développement de la personne. L'éducation, action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale, a pour objet de développer chez l'enfant un certain nombre de qualités physiques, intellectuelles et morales que réclament de lui la société dans son ensemble et le milieu spécifique qui sera le sien. L'éducation aujourd'hui se centre sur la personne et les processus éducatifs insistent sur le développement biologique, psychologique, affectif et cognitif de l'individu. Les processus éducatifs ne peuvent être considérés seulement dans leur nature, mais également dans leur adéquation à telle ou telle phase du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Les dysfonctionnements familiaux n'ont pas été traités de manière directe par le groupe mais sont apparus en filigrane dans de nombreuses interventions. Il est apparu notamment que les

troubles de l'adolescence sont bien souvent la résurgence de troubles (trouble du lien) de la petite enfance. Le professeur JEAMMET, quant à lui, met l'accent sur le fait que les liens familiaux très forts à l'heure actuelle, ainsi qu'une trop grande proximité affective entre les parents et les enfants, peuvent jouer un rôle dans l'apparition de troubles chez l'adolescent. La question de la « bonne distance » à trouver a été évoquée.

De nombreux dysfonctionnements au sein de la famille peuvent nuire gravement au développement harmonieux de l'enfant et compromettre sa santé de futur adulte. Les comportements dommageables des parents peuvent avoir des conséquences d'emblée dramatiques, comme la maltraitance ou la carence de soins. Les personnes ayant subi, pendant leur enfance, des traumatismes affectifs ont plus de maladies (environ 52%) que celles qui n'ont pas été perturbées. Lorsque l'on juge les comportements violents de certains enfants et adolescents, il ne faut pas oublier que leurs comportements sont à l'image de ce qu'ils ressentent comme étant ceux de l'adulte.

Une tendance que le Haut Comité de la santé publique constate aujourd'hui – due largement au désir des parents de bien faire – a des effets en matière d'éducation : il arrive aux parents de préférer esquisser les conflits familiaux et ne pas s'opposer aux volontés de l'enfant, surtout quand ils vivent des situations de couple difficiles. J. SUTTER a décrit sous le nom de « syndrome de carence d'autorité » les troubles psychologiques qui en résultent, sentiment de profonde insécurité avec faiblesse et incohérence du moi, « gouverné par l'occasion et le caprice sans référence morale », isolement affectif ; angoisse, frustration, impossibilité de supporter les difficultés, recours au suicide. Les psychiatres anglais insistent sur la relation entre le suicide et l'absence de règles et de normes (anomie) qui conduit à une dérégulation de la vie sociale, à une distension des liens sociaux, au sentiment que la vie est dénuée de sens.

L'Académie de médecine souligne que les parents « sont pleins de bonne volonté, mais désorientés par les avis contradictoires donnés pendant le dernier demi-siècle, notamment par les conseils d'éducation permissive qui avaient été à la mode pendant la décennie ayant suivi la fin de la guerre ou encore ils ressentent les directives concernant les châtiments corporels comme un obstacle à toute réprimande. » Elle constate que « pour la grande majorité des parents les conditions économiques, sociales et culturelles auxquels ils se trouvent confrontés avec leurs enfants sont tellement différentes de celles qu'ils ont eux-mêmes connues du temps de leur enfance que les modèles de leur propre éducation ne peuvent pas suffire pour celle de leurs enfants. Les normes sociales ayant en grande partie disparu (ce qui jadis s'exprimait par « cela ne se fait pas... »), chaque famille est contrainte de trouver des justifications à ses exigences éducatives, ce qui oblige les parents à un constant travail de négociation avec leurs enfants. Enfin le modèle de l'autorité a été pendant plusieurs décennies disqualifié de sorte que les parents se sont sentis coupables ou fautifs dans l'exercice de cette autorité... »

2.19 Une importante demande des familles

Le docteur FUSEAU (Maison des adolescents du Havre) indique : « Très vite, et de plus en plus, les parents sont demandeurs de conseils, de soutien, d'orientation : ils sont souvent plus en difficulté que les adolescents et l'aide qui leur est apportée peut être très bénéfique à leurs enfants. Dans des situations embrouillées, on peut avoir des succès spectaculaires de consultations bifocales ».

Un membre du groupe de travail, animatrice d'un espace santé jeunes, fait le constat suivant : « Beaucoup d'adolescents nous amènent leurs parents déprimés, qui vont mal. On aurait pu y penser, mais cela nous a surpris. »

Le groupe a exprimé à de nombreuses reprises la nécessité d'associer à la réflexion sur l'adolescence, la réflexion sur les familles. Les familles ont besoin d'aide, sous des formes diverses, leur permettant de mener à bien leur responsabilité éducative auprès de leurs enfants et adolescents. Des discours clairs, cohérents, sans complaisance, sont absolument nécessaires. Pour remplir la mission d'éducation qui est de leur responsabilité, les familles doivent pouvoir compter sur l'aide des pouvoirs publics sans que ceux-ci se substituent à elles.

3. En guise de conclusion...

Les adolescents vont globalement bien. Le surpoids et l'obésité sont cependant en augmentation constante, ce qui pose un véritable problème de santé publique. Il existe chez un certain nombre d'adolescents un indéniable mal-être repérable dans les différentes enquêtes, qui se traduit dans les relations externes par diverses attitudes de prise de risque au sens large. Ce mal-être est loin d'être toujours de l'ordre du pathologique, mais les adultes et les institutions doivent y être attentifs.

Les adolescents qui souffrent d'un ou de plusieurs handicaps connaissent les transformations communes à leur âge, mais dans des situations particulières où ce temps délicat n'est pas toujours pris en compte comme il devrait l'être.

Les études confirment ce que chacun sait intuitivement : l'adolescence est une période contrastée et riche de découvertes, mais aussi de doute et de fragilités ; l'environnement peut jouer un rôle favorable ou au contraire négatif sur le développement ; c'est sur l'environnement que les pouvoirs publics peuvent essayer de jouer favorablement (capacité des adultes à fixer des cadres clairs et à encourager ; meilleure connaissance de ce tableau contrasté dans le grand public ; prescription médicamenteuse à réduire...).

L'adolescence est une étape d'un itinéraire conduisant vers l'âge adulte et la création de liens nouveaux et durables. Le rôle des familles est prépondérant dans la structuration de l'enfant et de l'adolescent. Les vérités recensées, souvent contradictoires, qui ont été avancées lors des dernières décennies ont participé à une fragilisation, voire à une culpabilisation des familles quant à leurs pratiques éducatives. Les familles sont aussi en demande de conseils, quelquefois de soutien. Toute réflexion sur l'adolescence doit être intimement liée à une réflexion sur la famille.

EXAMEN DES PROPOSITIONS

B. Examen des propositions

1. *L'adolescence, âge de la vie à part entière*

Proposition : Favoriser l'accès des partenaires de la santé des adolescents (parents, professionnels) à l'information sur les moyens de préserver les potentialités et le bien-être des adolescents, et former les acteurs de terrain aux spécificités de l'adolescence.

2. *Des risques maîtrisés par des adolescents acteurs de leur santé*

Proposition : Promouvoir les services de téléphonie à destination des adolescents ainsi que l'information et les actions collectives de prévention, notamment en milieu scolaire.

3. *L'enfant, adolescent de demain*

Proposition : Pour accompagner son développement, prolonger les actions de prévention en faveur de l'enfant au-delà de 6 ans. Rendre notamment possible, pour les départements qui le souhaiteraient, la poursuite des actions de PMI jusqu'à l'âge de 12 ans.

4. *L'entretien « santé », élément de prévention des conduites à risque*

Proposition : Instaurer à des âges clés du développement des adolescents des examens de prévention avec entretiens personnalisés.

5. *L'adolescence, période de transition*

Proposition : Améliorer la continuité des soins aux âges de l'adolescence

6. *Entre le souci et le soin : la crise*

Proposition : Favoriser la diversité des structures et des lieux d'accueil pour adolescents, faire jouer les complémentarités, innover en partenariat avec les collectivités locales pour mieux répondre aux besoins identifiés.

7. *Des « maisons » pour les adolescents*

Proposition : Créer des lieux d'accueil et de soins pour adolescents (et adultes jeunes), s'adressant également à leurs familles.

L'adolescence, âge de la vie à part entière

Proposition : Favoriser l'accès des partenaires de la santé des adolescents (parents, professionnels) à l'information sur les moyens de préserver les potentialités et le bien-être des adolescents, et former les acteurs de terrain aux spécificités de l'adolescence.

1.1 Constat

« L'adolescence est bien plus qu'une simple période de transition, c'est un âge de la vie à part entière »².

Lorsqu'on aborde la santé des adolescents, il est indispensable de l'envisager dans une acception très large : c'est non seulement un état de bien-être physique, psychologique et social, mais aussi une capacité à surmonter les crises. Cette définition, porteuse d'espoir et de dynamique, présente la vie comme un cheminement qui ne va pas forcément de soi. Elle prend souvent sens au décours de périodes de crise où vont se jouer les ambivalences et les contradictions qui nous habitent, la solidité des processus qui nous construisent.

La représentation que se font les adultes de l'adolescence doit évoluer dans un sens plus positif. Les discours des adultes et des jeunes eux-mêmes sur la jeunesse sont généralement négatifs et réducteurs. La période de l'adolescence est, malheureusement, trop souvent abordée sous l'angle des difficultés et des tensions qu'elle génère dans la famille, mais aussi dans la sphère publique. Les adolescents sont souvent associés au bruit, à la casse, à la drogue... Comment les adolescents peuvent-ils s'épanouir avec une image si négative d'eux-mêmes alors qu'il s'agit avant tout d'une formidable période, pleine de promesses, où sont assemblées toutes les données patiemment acquises pendant l'enfance, et au terme de laquelle, dans la grande majorité des cas, l'oiseau devrait être prêt à quitter le nid en déployant ses ailes³...

L'information sur la santé des adolescents doit s'adresser à l'ensemble des partenaires.⁴

En effet, les acteurs concernés disent ne pas y avoir accès ou ne pas savoir traduire les données épidémiologiques pour agir en conséquence.

Quelques points ont été soulignés avec force dans le cadre des travaux du groupe :

1.1.1 Les familles ont besoin d'une information et de conseils afin d'être soutenues dans leur rôle éducatif.

Les parents, dans leur majorité, lorsqu'ils s'y autorisent se reconnaissent des limites et savent les exprimer. La difficulté vient plutôt du fait qu'ils sous-estiment le rôle qu'ils peuvent avoir

² Rapport sénat n° 242 sur « L'adolescence en crise » par Jean-Louis Lorrain, avril 2003

³ Contribution écrite communiquée par familles rurales.

⁴ Les partenaires de santé des adolescents sont, outre les adolescents eux-mêmes (cf. proposition 2), les parents, les professionnels de santé, les professionnels du champ social ou éducatif et d'autres acteurs intervenant notamment dans un cadre associatif.

et ne se sentent pas véritablement partenaires de la santé de leur enfant, en position de faire une alliance thérapeutique avec les soignants. Les parents ne sont pas démissionnaires, mais plutôt démunis. Notre époque affirme que c'est à chacun d'inventer sa voie et de trouver ce qui est mieux pour lui. Elle défavorise par conséquent ceux qui ont du mal dans cette démarche individuelle, ce développement propre, ceux qui ne savent plus à quel saint se vouer et attendent tout du « spécialiste » : le désarroi des parents ne peut être que renforcé. Bien souvent, nous appréhendons notre rôle de parents selon le modèle que nous ont transmis nos propres parents. Mais cette transmission intergénérationnelle ne doit pas fermer la porte à des évolutions possibles : il y a aussi des possibilités de transformation ou de restauration et nous ne sommes pas condamnés à la répétition.⁵ L'expérience qui a été acquise au cours de leur enfance par les parents auprès de leurs propres parents fonde la paternité et la maternité et est à l'origine de conduites éducatives trans-générationnelles. Il y a donc lieu, dans une aide à la parentalité, de rendre perceptibles aux parents l'histoire et la nature de leurs relations avec leurs propres parents, mais aussi d'analyser l'évolution de la société et la nécessité d'une adaptation. Tous les parents ne sont pas également préparés et également aptes à donner à leur enfant une éducation optimale. Certains parents, qui ont eux-mêmes souffert de l'attitude de leurs propres parents, ont été marqués et sont inconsciemment conduits à refaire ce que leurs parents ont fait⁶.

Les parents sont responsables de l'enfant qu'ils ont fait naître et doivent l'aider dans son passage à l'âge adulte. Suffisamment confortés dans leur rôle de parents, d'éducateurs, de responsables de la santé de leur adolescent, ils doivent pouvoir remplir un rôle actif pour tout ce qui concerne la santé de leur enfant.

Comme le souligne un récent rapport de l'Académie de Médecine⁷, l'éducation des enfants, encore dans la première moitié du XXe siècle, était fondée sur les préceptes donnés par les parents et sur les exemples provenant de l'environnement familial. La mère, dans l'immense majorité des familles, était constamment présente auprès de ses enfants qui étaient élevés dans une famille bi-parentale. La situation est, aujourd'hui, beaucoup plus complexe. Il n'y a plus de sources incontestées de règles de vie. Les structures familiales se sont modifiées, soit que les deux parents travaillent et soient accaparés par leur activité professionnelle, soit que les enfants vivent dans des foyers recomposés ou monoparentaux. De plus, les parents sont souvent désorientés et débordés devant les réactions de leurs enfants, l'évolution, qu'ils comprennent mal, des normes pédagogiques et les avis souvent contradictoires donnés par les médias. Enfin, la télévision, dès le plus jeune âge, fait pénétrer dans le foyer familial, la société avec ses problèmes et ses contradictions. Dans ces conditions il faut préparer les parents à la parentalité⁸, telle qu'elle se situe dans notre société.

Le lien parent - enfant s'est également modifié du fait que l'enfant est considéré comme plus précieux qu'auparavant. La société délègue aux familles le soin de faire passer le sujet de l'adolescence à l'âge adulte. Il y a perte de relais. L'ouvrage de Marcel GAUCHET, paru en 2002, *La démocratie contre elle-même* décrit une situation nouvelle : on se trouve dans l'impossibilité de s'appuyer sur le passé ou sur ce qui se fait, car il n'y a plus de consensus éducatif auquel les parents pourraient se référer. Aujourd'hui, le regard des parents est orienté vers la réussite socioprofessionnelle. Il existe une forte peur de l'autonomie des

⁵ Séance plénière du groupe de travail, le 2 décembre 2003

⁶ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes déjà cité.

⁷ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes de 0 à 4 ans et de 5 à 12 ans qui ont été coordonnés par Maurice Tubiana et Michel Arthuis (auditionné le 27 janvier 2004 dans le cadre du groupe de travail).

⁸ Helpful parenting – Royal college of paediatrics and child health. www.rcpch.ac.uk – May 2002 (ISBN 1-900954-70-2)

adolescents avec la vive inquiétude des parents de se retrouver seuls une fois que leurs enfants seront indépendants⁹.

Il est donc primordial d'accompagner les familles pour qu'elles soient attentives et réceptives aux besoins de leurs adolescents. Il faut permettre aux familles de donner une information globale à leurs enfants sur des sujets divers (sexualité, relation avec les autres, alcool, tabac...). La question des toxicomanies, traitée sous l'angle de la santé, nous oblige également à clarifier nos pratiques et nos consommations d'adultes. Comment argumenter la non-consommation de certains produits dans une société qui valorise autant la consommation d'alcool, bien que celle-ci soit reconnue comme étant un problème majeur de santé publique et de mortalité (accidents de la route, cancer...) ¹⁰ ? Les adultes en général, les parents plus précisément, restent les modèles des enfants : aucune prévention ne sera efficace tant que les adultes au contact des enfants font le contraire de ce qu'ils disent, et cela d'autant plus que les enfants grandissent. Faire le contraire de ce qu'on recommande ou ordonne peut avoir un effet incitateur négatif. Il faut insister sur ce message auprès des adultes : un message de responsabilité qui redonne aux adultes un sens et une fonction¹¹.

Le rôle de parent ne s'apprend pas et il n'existe pas de bons ou de mauvais parents. Il existe seulement des parents en difficulté dans l'éducation de leurs enfants et des adolescents en manque de repères. Il faut aussi et surtout donner aux parents les moyens de détecter des évolutions chez leurs adolescents qui pourraient montrer un signe de dépression ou de conduites à risques, afin qu'elles puissent s'orienter ou orienter leurs adolescents vers des structures adaptées¹².

Ce soutien peut consister en une orientation vers d'autres adultes dotés de compétences spécifiques : par exemple un membre de la famille, le conseiller d'orientation-psychologue, le professeur principal, le médecin de l'éducation nationale, le médecin de famille, un juriste, un diététicien, un psychologue, un animateur...

Des actions en faveur des parents existent déjà, notamment dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, qui peuvent apporter aux parents d'adolescents le soutien dont ils ont besoin, des idées qu'ils n'ont pas toujours, et surtout les sensibiliser à l'importance du dialogue qui ne craint pas l'opposition. Elles méritent d'être valorisées et portées à la connaissance de l'ensemble du public concerné, développées et consolidées.

Dans les associations, les groupes de parole, la mise en place d'ateliers de réflexion et de rencontre ou des entretiens avec des conseillers conjugaux et familiaux peuvent aider les parents à mieux jouer leur rôle éducatif. Il faudrait que ces propositions soient davantage connues et soutenues.¹³ « Il faut soutenir les adultes, les aider à retrouver leurs capacités créatrices, permettre leur implication dans le processus éducatif. Les familles ont besoin d'aide, sous des formes diverses, leur permettant de mener à bien leur responsabilité éducative auprès de leurs enfants et adolescents. Des discours clairs, cohérents, sans complaisance démagogique sont absolument nécessaires. Pour remplir la mission d'éducation

⁹ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

¹⁰ Contribution écrite communiquée par la CSF, Confédération Syndicale des Familles

¹¹ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes déjà cité.

¹² Contribution écrite communiquée par la CSF, Confédération Syndicale des Familles

¹³ Contribution écrite communiquée par Familles de France

qui est de leur responsabilité, les familles doivent pouvoir compter sur l'aide des pouvoirs publics sans que ceux-ci se substituent à eux. »¹⁴.

Les associations qui travaillent au quotidien avec des enfants, des adolescents et des familles (associations familiales, Ecole des parents et des éducateurs...) sont très sollicitées par les parents sur des questions de santé de leur adolescent et la façon d'appréhender ce sujet avec lui. Plus fréquemment, ce sont les conduites de l'adolescent qui interpellent et inquiètent : conduites violentes, addictives, repli sur soi, comportement alimentaire inquiétant... La crainte d'une dépression, d'une dépendance à l'alcool, au tabac, au cannabis...sont fréquemment exprimées par les parents.¹⁵ Les associations de parents d'élèves peuvent jouer un rôle positif dans l'acceptation par les familles d'une offre de soins qui leur est faite. En effet, l'orientation d'un adolescent vers un service spécialisé suscite l'angoisse des parents. Un autre parent peut aider à dédramatiser : c'est ce que fait l'APEL. Dans un accompagnement de proximité, il s'agit d'expliquer aux parents qu'ils n'ont pas à avoir peur, qu'ils ne sont pas de mauvais parents, qu'on ne va pas leur retirer la garde de leur enfant. Ce rôle de médiateur est très important : lorsqu'un adolescent a peur de parler, si ses parents ne lui montrent pas le chemin, il n'osera pas faire une démarche vers le soin. L'ouverture au dialogue est primordiale dans ces situations.

Dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, on attache une grande importance aux lieux d'accueil parents - enfants, car la prévention se joue dans la petite enfance. Il est important également de travailler avec les jeunes, qui sont de futurs parents.

Cette attention portée aux parents doit prendre en compte les difficultés particulières auxquelles se trouvent confrontés à l'adolescence les parents d'enfants handicapés : L'entourage vit une période où est réactivé le traumatisme de la découverte du handicap ; le poids, la taille – ceux désormais d'un adulte – renforcent la difficulté des soins à apporter ; le besoin de nouveaux appareillages crée des inquiétudes, de l'anxiété, mais aussi des soins contraignants.

1.1.2 Des règles de bonne pratique professionnelle méritent d'être mieux connues des médecins.

Les facteurs *primum movens* permettant la prise en charge d'un adolescent souffrant sont les suivants : l'alliance thérapeutique, l'empathie professionnelle, la motivation au changement du sujet, l'observance. Les facteurs de non-réponse au traitement sont quant à eux : les consultations brèves, les parents non satisfaits du praticien et le dysfonctionnement familial.

- L'alliance thérapeutique est indispensable à la fois entre le médecin et l'adolescent et entre le médecin et les parents. La dimension de l'écoute dans le travail du médecin est importante. Les généralistes sont d'ailleurs nombreux à suivre des formations sur ce thème. Les pédiatres également (sur 200 pédiatres libéraux à Marseille, 160 sont venus faire une formation)¹⁶. La maladie à l'adolescence joue un rôle puissant de provocation, de confrontation, de catalyse. Il y a une confrontation entre l'autorité et le soin. La médecine doit résister à sa présentation comme toute-puissante avec un renoncement de la famille et une hostilité passive de l'adolescent. L'écoute est alors une réponse. Le rôle du médecin

¹⁴ Contribution écrite communiquée la PEEP

¹⁵ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

¹⁶ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

est d'expliquer : il ne se substitue pas aux parents (il n'est pas le parent idéal) – ce qui les disqualifierait dans un moment où ils peuvent se sentir inutiles. La maladie est un processus de destruction de l'autonomie à une période où celle-ci devrait se développer. Le médecin est confronté au refus bruyant du soin, à l'absence d'adhésion au traitement. A cela, il faut répondre par l'alliance thérapeutique qui n'est ni une perte de pouvoir médical, ni une mise en échec de l'autorité, mais une reconnaissance des compétences. Il ne doit pas y avoir refus du conflit, évitement, mais travail. Même s'ils se traitaient mieux en tant qu'enfants du temps où leurs parents surveillaient le traitement de leur maladie chronique, les adolescents peuvent se traiter bien, seuls ; mais il est nécessaire de les aider dans cet apprentissage, tout comme il faut aider les parents qui ne manquent pas de s'inquiéter de voir leurs enfants « faire moins bien ». Du côté des parents en difficulté, le médecin rencontre un sentiment de perte et de dépossession, qu'il peut vivre comme une marque de confiance, mais il doit viser à susciter, chez eux, le sentiment de compétence. Les parents doivent pouvoir aider et accompagner leur enfant et constituer des alliés pour l'équipe médicale. Le corps médical doit également pouvoir aider au dialogue et à la compréhension des parents envers leur adolescent.¹⁷

Quand un protocole d'accueil d'une famille après la tentative de suicide d'un adolescent est mis en place, le risque de récurrence est divisé par quatre.

Quand il y a consommation régulière de cannabis par les adolescents, seules ces situations de décrispation et de prise en charge familiale permettent de sortir l'adolescent de l'ornière.¹⁸

- La première demande des adolescents relève toujours du physique, avec comme question sous-jacente, « suis-je normal(e) ?¹⁹ ». Il est donc particulièrement important que le médecin nomme les transformations du corps de l'adolescent lorsqu'il les constate, en soulignant la normalité, et qu'il n'hésite pas à parler de l'acné qui obsède son jeune patient et à lui indiquer les possibilités de traitement. Le corps, qui est le noyau moteur de tous les changements relationnels, est le grand oublié de l'adolescence : personne ne s'occupe du corps de l'adolescent si ce n'est, parfois, le professeur d'éducation physique ou l'infirmière scolaire. Or, s'il faut s'intéresser au corps de l'adolescent, non seulement parce qu'il s'agit là d'une demande de la part des adolescents, mais aussi parce que l'adolescence, centrée sur la puberté est avant tout une période de changements éminemment physiques²⁰.
- Le médecin doit résister à la tentation d'une réponse médicamenteuse, symptomatique, aux problèmes qui se posent à l'adolescent. Les dangers d'une approche qui viserait d'emblée l'éradication du symptôme²¹ doivent être soulignés. Il serait utile en la matière de se référer aux préconisations du professeur DESCHAMPS : « Il faut éviter un écueil majeur, celui de considérer le symptôme comme le problème à régler en oubliant la problématique d'ensemble qui lui a permis d'éclorre... En fait ne cherche-t-on pas souvent à « prévenir » à l'adolescence, non pas en donnant au mot le sens d'avertir, mais en considérant l'adolescence comme un risque à éviter, à tout le moins dont il faudrait se protéger ? »²²

¹⁷ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

¹⁸ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

¹⁹ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

²⁰ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

²¹ Séance plénière du groupe de travail, le 2 décembre 2003

²² La santé des adolescents. *Approche, soins, prévention ; sous la direction de P.-A. Michaud, P. Alvin, J.-P. Deschamps, J.-Y. Frappier, D. Marcelli, A. Tursz.* Edition Payot Lausanne, Doin Editeurs, Paris, 1997.

1.1.3 Il faut apporter une aide aux acteurs de première ligne intervenant auprès des adolescents.

L'adolescence va ainsi mettre à l'épreuve la solidité des acquis antérieurs et faire ressortir les points de fragilité. Parmi les moyens de défense mis à sa disposition pour répondre aux angoisses, l'adolescent utilise volontiers la mégalomanie, le refus d'aide, l'omnipotence. La demande d'aide concernant les adolescents se fait donc souvent dans le cadre de l'urgence, souvent aussi dans un contexte d'opposition. Les intervenants de première ligne sont peu à même de répondre aux problèmes, faute d'une formation spécifique. Un mauvais contact initial peut être très préjudiciable au suivi ultérieur.²³ Les intervenants auprès des adolescents doivent être formés, tant sur le plan de la connaissance du sujet que sur le plan de la connaissance des adolescents et des méthodes d'animation. Il y a lieu de faire appel à des organismes qui ont acquis des expériences et des compétences dans ce domaine, tel que les centres de planification familiale²⁴.

Les enseignants en collège et en lycée doivent être soutenus en priorité. Il faudrait également mieux prendre en compte les acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans le cadre du temps libre et des activités de loisirs des adolescents.

Il convient donc :

- d'associer les acteurs de ce secteur, de façon systématique, dans les différentes campagnes et/ou dispositifs de prévention. Si ces acteurs ne sont pas directement des opérateurs de prévention de santé, ils participent au moins au diagnostic sur un territoire donné.
- former les acteurs du temps libre à détecter, à repérer les ressources et à relayer les adolescents vers des organisations spécialisées²⁵.

3.1.4 Il faut introduire un décloisonnement dans les formations²⁶.

Des formations pluridisciplinaires sont déjà mises en place, notamment à Paris, Poitiers, Marseille, Le Havre, Bordeaux. Il faudrait que soit donnée la possibilité aux acteurs concernés de repérer des centres référents en matière de formation pluri-professionnelle, dans lesquels les partenaires de santé pourraient être sensibilisés par des personnes compétentes. Ce décloisonnement favorisera l'acquisition d'une culture commune sur l'adolescence, élément facilitateur pour la prise en charge des adolescents et la mise en réseau des acteurs.

Tous les réseaux ayant duré plus de cinq ans s'étaient dotés du même outil: une formation continue destinée dans un premier temps à combler la faille pour laquelle il avait fallu mettre en place le réseau et qui, très rapidement, devenait transprofessionnelle pour être pleinement efficace²⁷. Les règles et les outils mis en évidence par les réseaux de santé s'appliquent de la même manière à toute transversalité, qu'il s'agisse de bâtir des réseaux sociaux ou médico-sociaux ou qu'il s'agisse de complémentarité entre institutions, comme c'est le cas dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (les PRAPS), les Ateliers Santé Ville (ASV) ou l'Eradication de l'Habitat Indigne (EHI). C'est donc un outil précieux au moment de la décentralisation du transfert du secteur social aux Conseils généraux et de la

²³ Contribution écrite communiquée par le Pr. Véronique Delvenne

²⁴ Contribution écrite communiquée par la CSF, Confédération Syndicale des Familles

²⁵ Contribution écrite communiquée par les Francas

²⁶ Séance plénière du groupe de travail, le 2 décembre 2003

²⁷ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

déconcentration de la santé aux ARH²⁸. Les réseaux constituent une réponse sociale concrète et offrent une solution encore plus adaptée depuis la mise en application des lois de décentralisation et du fait qu'il existe des compétences croisées. Ils peuvent être facilement mis en place au niveau de la ville ou de la collectivité territoriale de par leur adaptabilité.

Si on veut améliorer les réponses offertes aux adolescents, il faut travailler la cohérence, voire la cohésion, et pour cela avoir des bases communes de travail dans une perspective interdisciplinaire, voire interinstitutionnelle, des pratiques toujours mobilisées autour des sujets en grandes difficultés. Cela suppose un travail en réseau qui demande des formations initiales et complémentaires. En 1995, on pouvait penser qu'il y avait 5 à 6000 enfants en grande difficulté bénéficiant d'un suivi judiciaire ou administratif. Si on élargit l'observation à la pédiatrie et à l'école, il semble y en avoir beaucoup plus : on approcherait les 10 000 enfants en 2003²⁹.

1.2 Objectifs

1.2.1 Faire évoluer les représentations de la jeunesse à travers la diffusion d'informations concernant les modes de vie et les stades de développement psychologique et sociologique des adolescents, par exemple autour de la prise de risque, de l'importance des pairs et de la vie collective, de l'appropriation des espaces publics...

1.2.2 Renforcer les formations professionnelles dans le domaine de l'éducation parentale ou familiale, afin de faire prendre conscience à l'ensemble des acteurs du rôle des familles en tant que partenaires de la santé des adolescents et de l'importance du soutien qui doit leur être apporté à ce titre.

1.2.3 Faciliter l'accès à l'information des différents acteurs : familles, professionnels médico-sociaux...

- en rendant accessibles les données existant sur la santé des jeunes, qu'elles soient nationales, régionales ou locales, particulièrement en milieu rural ;
- en mettant notamment les acteurs du milieu enseignant et associatif en position de pouvoir détecter des usages problématiques de substances psycho-actives chez les jeunes et de les orienter vers des consultations.

1.2.4 Aider les professionnels dans le rôle qu'ils ont à jouer auprès des adolescents et les inscrire par des formations transversales dans un réseau départemental polyvalent de réponse aux demandes des adolescents.

Les professionnels doivent pouvoir :

- trouver la bonne distance. Assumer des responsabilités vis-à-vis des adolescents, c'est-à-dire :
 - être un référent stable ;

²⁸ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

²⁹ Séance plénière du groupe de travail, le 6 janvier 2004

- permettre de vivre au quotidien la civilité dans le milieu familial, scolaire, professionnel, associatif en amont de l'éducation civique ;
 - faire prendre conscience à l'adolescent de ses droits mais aussi de ses devoirs et limites ;
 - respecter la personne de l'adolescent et lutter contre toute forme de discrimination ;
 - mettre en confiance une personnalité en construction ;
 - être à son écoute ;
 - repérer la détresse quelle que soit sa nature ;
 - affirmer le rôle d'exemple des adultes.
- Prendre conscience de l'importance de l'information et du soutien des familles des adolescents dont ils ont la charge.
 - Etre attentif aux spécificités des besoins et attentes du public jeune.

1.2.5 Développer les compétences en éducation à la santé de l'encadrement des jeunes et/ou professionnaliser la prévention ³⁰ (cf. proposition 2).

Concernant l'éducation sexuelle et l'information sur les toxicomanies notamment, il semble important de traiter ces thématiques sous une approche qui ne soit pas moralisatrice, sans signifier pour autant qu'elle ne prenne pas en compte certaines valeurs. Parler de sexualité renvoie à notre propre conception de ce que doit être une « bonne » sexualité, conception qui peut être discutée et pas forcément partagée. Parler de toxicomanies renvoie à notre propre conception de la toxicomanie, y compris notre laxisme social concernant l'alcool ou le tabac³¹. Cela nécessite que ceux qui vont intervenir sur ces sujets auprès des adolescents aient conscience qu'ils vont se faire confronter des valeurs différentes qui ne sont pas forcément hiérarchisables (nous ne pouvons pas dire qu'il est mieux de boire de l'alcool que de fumer du cannabis et vice-versa).

1.2.6 Former les médecins

- à la pratique d'examens de prévention et d'identification des pathologies à expression somatique et psychique, d'entretiens de santé personnalisés (cf. mesure 3) ;
- à mieux répondre dans le cadre des consultations aux besoins et attentes du public jeune en prenant davantage en compte ses spécificités.

1.3 Description de la mesure

La mesure concerne l'ensemble des partenaires de la santé des adolescents :

- les familles ;
- les enseignants et ensemble des personnels de l'Education Nationale ;
- les médecins ;
- les autres professionnels ;
- les acteurs associatifs.

³⁰ Contribution écrite communiquée par le MILDT

³¹ Contribution écrite communiquée par le CIDF

Face au mal-être de certains adolescents, et surtout face aux spécificités des adolescents dans leur relation à leur santé, les structures de santé doivent connaître des évolutions :

1.3.1 Les actions de sensibilisation destinées aux professionnels médico-sociaux sont à développer au niveau des départements.

Un référent par département (notion de proximité) aura, dans une approche pluri-professionnelle, la responsabilité d'identifier les besoins en formation, les structures existantes, les actions entreprises en ce sens et les éventuels dysfonctionnements. Et la charge d'introduire une culture du décloisonnement dans les formations.³²

1.3.2 Des formations de professionnels (conseillers conjugaux et familiaux, psychologues...) à l'animation de groupes en vue d'un renforcement et d'une multiplication des lieux d'écoute et d'accompagnement des parents.

Il conviendrait de promouvoir l'idée d'une supervision en petit groupe de ces divers professionnels par un tiers (pédopsychiatre)³³.

1.3.3 Des formations sur l'adolescence sont à intégrer à la fois dans le cursus des études médicales et dans les programmes de formation continue des médecins.

Parmi les pistes à explorer, il faudrait former les médecins généralistes et faire en sorte que dans leur cursus, ils passent systématiquement par un module de psychiatrie ou de pédopsychiatrie³⁴. Il conviendrait que les études de pédiatrie comportent obligatoirement de la pédopsychiatrie. Actuellement, les futurs pédopsychiatres doivent obligatoirement recevoir une formation en pédiatrie : l'inverse n'est pas vrai.³⁵

1.3.4 Permettre à des médecins hospitaliers ayant reçu une formation spécifique sur la santé de l'adolescent d'intervenir auprès de tous les partenaires impliqués. L'objectif consisterait à promouvoir un temps universitaire pour un certain nombre de praticiens hospitaliers leur permettant de s'impliquer dans le réseau de formation des personnes relais dans la prise en charge des adolescents. Ce dispositif consoliderait le réseau de formation pluridisciplinaire.

1.4 Mise en œuvre

- Mise à la disposition des familles d'une information adaptée sur laquelle elles puissent s'appuyer dans la mise en place du dialogue avec leurs enfants. L'éducation pour la santé est l'un des thèmes que les familles doivent aborder avec les jeunes. L'enjeu est de faciliter les dialogues de confiance entre parents et adolescents, tout en respectant les jardins secrets de chacun sur les sujets délicats de l'affectivité et de la sexualité.

- Introduction d'un module sur la santé des adolescents lors de la formation médicale initiale et la formation médicale continue des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

³² Séance plénière du groupe de travail, le 2 décembre 2003

³³ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes déjà cité.

³⁴ Séance plénière du groupe de travail, le 2 décembre 2003

³⁵ Séance plénière du groupe de travail, le 12 novembre 2003

- Il sera souhaitable dans ce module de permettre aux médecins d'appréhender l'ensemble de l'environnement des adolescents car la santé de ces derniers, comme celle de chacun, est liée à leur environnement économique, social et géographique.

- La parution le 14 novembre 2003 du décret relatif aux missions et à la composition des conseils nationaux de la formation médicale continue (FMC)³⁶ devrait pouvoir relancer le système de formation continue des médecins, réorganisé par la loi du 4 mars 2002. Ce texte met en place trois conseils nationaux (conseil des médecins libéraux, conseil des médecins exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, conseil des médecins salariés non hospitaliers). Ces conseils dont les membres sont nommés pour 5 ans devront définir « les orientations nationales de la FMC » et fixer « les thèmes prioritaires de formation ». Des recommandations, pour la pratique des médecins prenant en charge des adolescents, pourraient être inscrites parmi ces priorités.

Le décret crée un comité de coordination composé de représentants des trois conseils nationaux et du ministère de la santé qui sera chargé d'assurer la cohérence des actions et des missions des trois conseils nationaux.

Quant aux modalités d'organisation de la FMC, elles sont précisées dans la loi de santé publique (article 51) : la FMC constitue toujours une obligation, même si aucune sanction n'est prévue pour les médecins qui s'y soustrairaient. Le levier n'est pas la perspective d'une sanction, mais un encouragement à la démarche grâce à des mesures incitatives qui devraient être mises en place.

- Introduction, de façon systématisée, dans la formation des enseignants d'un module sur l'adolescence afin qu'ils prennent mieux en compte les besoins de cette tranche d'âge. Il est crucial que l'ensemble des adultes encadrant les élèves dans les collèges et lycées puissent être formés à l'attention et à la détection des signes qui pourraient laisser présager des dépressions, des situations de souffrance ou des comportements à risques..

- Multiplication des formations pluridisciplinaires (diplômes universitaires, diplômes inter-universitaires...) permettant aux professionnels d'acquérir une culture commune sur l'adolescence et facilitatrices pour le travail en partenariat. Elle sera l'occasion de sensibiliser les professionnels à l'importance de l'évaluation (auto-évaluation accompagnée par un spécialiste de la méthode dans un but, non pas de contrôle, mais d'amélioration du système): une étude réalisée sur les réseaux existants a fait apparaître l'évaluation comme le seul outil capable de faire gagner dix ans à la maturation du réseau, en permettant à chacun de ses membres de prendre du recul par rapport à sa pratique et de maîtriser sa démarche. Formation et évaluation sont les principaux outils de la qualité et de la professionnalisation du réseau, qui lui permettront de surmonter les écueils³⁷.

C'est la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 qui a introduit dans le code de la santé publique une définition des réseaux. Elle leur a également donné la base légale qui, jusque-là, leur faisait défaut et a prévu que les collectivités territoriales pourront les financer. Leur composition est très vaste et, pour la première fois, une place est donnée aux usagers. Par ailleurs, autre nouveauté, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoyait un mode de financement pérenne faisant partie intégrante de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

³⁶ Décret n°2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L 4133-3 et 6155-2 du Code de la santé publique.

³⁷ Séance plénière du groupe de travail, le 20 janvier 2004

- Elaboration en collaboration avec des associations notamment familiales de guides de recommandations pour la pratique destinés aux médecins. Ces guides seraient également mis à la disposition des familles et le partage de cette information commune pourrait concourir à favoriser les échanges, autour de la santé de l'adolescent, entre le médecin et la famille.

1.5 Observations

Dans un rapport récent, l'IGAS souligne que le « rôle primordial des parents et de la famille dans l'éducation de l'enfant nécessite que les stades successifs du développement de l'enfant, les besoins et les capacités de celui-ci soient connus d'eux, afin qu'ils puissent exercer au mieux cette éducation parentale...Ce soutien parental est un des maillons forts de la mise en place d'une politique de prévention. »³⁸

³⁸ Rapport n° 2003 024 de février 2003 déjà cité.

2. Des risques maîtrisés par des adolescents acteurs de leur santé

Proposition : Promouvoir les services de téléphonie à destination des adolescents ainsi que l'information et les actions collectives de prévention, notamment en milieu scolaire.

2.1 Constat

L'augmentation relative des maladies liées à des styles de vie a marqué l'évolution des problématiques sanitaires au cours des dernières décennies. Le plus souvent il s'agit de problèmes évitables qui ne relèvent ni de facteurs biologiques, ni de facteurs génétiques, mais de comportements comme la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances illicites, la mauvaise nutrition ou les violences dans de nombreux lieux publics, notamment sur la route (première cause de mortalité des jeunes). L'Académie de médecine, à la demande du Président de la République, a rédigé en 2001-2002, un rapport sur la prévention en France³⁹. Celui-ci a montré que les deux tiers des décès prématurés (avant 65 ans) en France sont liés à quelques comportements nocifs (tabac, alcool et autres addictions, déséquilibres alimentaires et obésité, comportements à risque notamment sur la voie publique, violences et suicides). Or la plupart de ceux-ci s'acquièrent pendant l'enfance et l'adolescence⁴⁰.

Dans le même temps, et pour répondre à ces changements, la prévention s'est développée puis élargie au concept de promotion de la santé qui s'inscrit dans une démarche éducative globale permettant de responsabiliser les différents publics auxquels elle s'adresse.

Certains points ont été soulignés :

- L'approche de la santé est centrée sur les thématiques et déclinée par problèmes.
- L'école est un lieu privilégié de mise en place d'actions de santé. Les actions mises en place sont la plupart du temps ponctuelles et thématiques.
- Au niveau de la politique de santé, les actions sont trop éparpillées et diffèrent d'une région à l'autre. L'approche par les territoires est fondamentale, car on ne peut dissocier l'adolescent de son milieu de vie ; en l'occurrence, l'attachement à la qualité des lieux de vie et du milieu rural en particulier, ainsi que la prise en compte d'une égalité d'accès aux services, doivent guider la réflexion sur l'adolescence⁴¹.
- Une distanciation des jeunes par rapport à leur santé est observée.
- On constate une dimension régionale dans les comportements de santé adoptés par les jeunes ; cette dimension reste un domaine à creuser.
- Il existe des différenciations, non seulement spatiales, mais aussi sociales, des comportements.

³⁹ Académie de Médecine. Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de soins français. Bull. Acad. Nat. Med. 2002, 186, 447-531.

⁴⁰ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes de 0 à 4 ans et de 5 à 12 ans qui ont été coordonnés par Maurice Tubiana et Michel Arthuis (auditionné le 27 janvier 2004 dans le cadre du groupe de travail).

⁴¹ Contribution écrite communiquée par familles rurales.

2.1.1 Priorités identifiées

- Vie relationnelle et sexuelle

Elle fait déjà l'objet d'interventions collectives en milieu scolaire en liaison avec les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). Il s'agit de créer un climat de confiance entre les jeunes et les adultes. Les centres de planification familiale mènent des actions individuelles, mais aussi collectives, notamment en milieu scolaire. Ils relèvent, depuis la décentralisation de la responsabilité et de la compétence des départements

La question de la gestion du risque et de la gestion des choix doit s'intégrer dans une approche globale (santé, relation à l'autre, responsabilité, respect de soi-même, d'autrui...). Le travail doit être accompli en concertation avec les parents d'élèves : les projets d'éducation à la sexualité qui fonctionnent sont ceux qui sont fortement inscrits dans le projet de l'établissement scolaire, en lien avec l'ensemble des équipes éducatives et pédagogiques.⁴²

Les mouvements associatifs concourent de façon appréciée et reconnue à cette action avec le souci d'aider les jeunes à se construire et à se retrouver en face d'adultes capables de leur offrir une relation de qualité, transmettant une vision positive de la sexualité pour leur donner envie d'être adultes. Certains cherchent, de prime abord, à toucher les familles, premier lieu de l'élaboration de l'éducation à la vie relationnelle et sexuelle. En effet, tout commence par le soutien au couple, le lien conjugal étant le terreau du lien parental : « le premier enfant du couple, c'est le couple ».

L'information et l'éducation sexuelle, à l'adolescence, doivent aborder toutes les questions ayant trait au respect de l'autre, même différent, et concourir à l'élimination de toute forme de ségrégation ou de conduite raciste⁴³.

- Consommation de toxiques

L'alcool est le produit le plus fréquemment expérimenté par les jeunes, en moyenne à 13,6 ans chez les filles et 13,1 ans chez les garçons⁴⁴, et le nombre de consommateurs augmente de façon linéaire avec l'âge⁴⁵. On constate, en outre, un bond de la consommation occasionnelle et une augmentation de la consommation des alcools forts. 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 12-19 ans.

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, à 18 ans, 71 % des garçons et 55 % des filles sont concernés⁴⁶. Ce comportement progresse fortement avec l'âge et la différence entre les sexes s'accroît avec les années. Environ 50 % des 15-19 ans ont déjà connu l'ivresse (40 % en 1993). L'âge moyen lors de la première ivresse est de 15 ans et demi.

⁴² Séance plénière du groupe de travail, 25 novembre 2003

⁴³ Contribution communiquée par la CSF (Confédération syndicale des Familles) et séance d'approfondissement des thématiques du 23 décembre 2003

⁴⁴ Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT

⁴⁵ Baromètre santé jeunes, 97/98

⁴⁶ ESPAD 1999, INSERM/OFD/MENRT

Les chiffres montrant l'abaissement de l'âge de la primo-consommation préoccupent certains membres du groupe. Il leur semble que les comportements induits par l'équation « fêtes = alcool » sont entretenus par les publicités, voire les parents eux-mêmes : « faux champagne », panaché...et ce, dès le plus jeune âge. Ils souhaitent un contrôle plus strict de l'application de la loi interdisant la vente de l'alcool aux moins de 16 ans.

L'expérimentation du tabac concerne plus des trois quarts des adolescents, en particulier les filles. Le premier usage de cette substance a lieu en moyenne à 14 ans. La consommation augmente sensiblement avec l'âge. L'usage répété concerne quatre adolescents sur dix à l'âge de 17 ans. 15 % des jeunes scolarisés et 53 % des jeunes en insertion fument quotidiennement et la proportion de filles augmente.

Les « lycées sans tabac » recueillent l'adhésion, à condition que la décision soit prise dans l'établissement lors d'une démarche concertée avec l'ensemble des partenaires: éducateurs, corps enseignant, direction, parents et bien entendu, élèves. Cette décision doit procéder d'un choix « philosophique » et de vie dans l'établissement, étayé par l'information, la réflexion, l'accompagnement des personnes dépendantes volontaires (adultes et jeunes !) vers une structure d'aide⁴⁷. Le travail de prévention et la décision doivent être expliqués, pour une bonne compréhension, et dans un but pédagogique, aux élèves des collèges et classes primaires du secteur.

L'usage de médicaments psychotropes est trois fois plus fréquent chez les filles (29 % des filles et 10,6 % des garçons à l'âge de 17 ans)⁴⁸.

L'épidémiologie des abus de drogue évolue sans cesse. L'héroïne n'est plus un problème majeur. La consommation de cannabis est en hausse. L'expérimentation d'ecstasy a doublé en 3 ans, atteignant un taux de 5 % chez les garçons en 2002. Les expérimentations d'autres drogues restent assez faibles et essentiellement masculines. Quelques chiffres émanant d'enquêtes de l'OFDT⁴⁹, reposant sur du déclaratif et constituant peut-être de ce fait une sous-évaluation (enquêtes ESCAPAD 2002 et ESPAD 1999) montrent que parmi les 14-18 ans il y a 160 000 consommateurs réguliers de produits psycho-actifs et 120 000 consommateurs quotidiens (à rapporter aux 4 millions de jeunes de la tranche d'âge considérée).

Les trois quarts des expérimentateurs de cannabis déclarent fumer du tabac, dont 55 % régulièrement, et plus de la moitié déclarent consommer de l'alcool régulièrement. La poly-consommation répétée croît avec l'âge et elle est plus fréquente chez les garçons.

Il apparaît indispensable de faire un point scientifique précis sur les dangers de la consommation de cannabis pour les jeunes, devant l'incertitude actuelle face à l'absence d'informations concrètes et réalistes quant à son impact réel sur la santé mentale et la sécurité routière^{50,51}.

Il existe des spécificités géographiques, en matière de recours aux produits psycho-actifs :

⁴⁷ Contribution écrite communiquée dans le cadre des travaux du groupe

⁴⁸ Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD).

⁴⁹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies

⁵⁰ Contribution écrite communiquée par la MSA

⁵¹ Contribution écrite communiquée par l'APPF

- Concernant le tabac⁵², les données de conscription ont mis en évidence une géographie particulière des prévalences de fumeurs occasionnels ou réguliers, les fumeurs étant concentrés dans l'Ouest du pays. Toutefois, ce sont de petits fumeurs comparés aux fumeurs du Nord et de l'Est du pays.

- Pour ce qui est des conduites addictives⁵³, les jeunes se disant totalement abstinents se situent plutôt dans le Nord et l'Est. Les jeunes ne consommant que de l'alcool se situent dans le Sud-Ouest. Les jeunes cumulant la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis se trouvent dans l'Ouest avec des conduites à risques en Bretagne mais aussi dans le Sud.

A travers la consommation de drogues, les sujets recherchent des sensations, ils expérimentent, ils adaptent leur consommation à la norme du groupe. Par la consommation, ils recherchent la performance, notamment la performance relationnelle, les produits ayant un effet de désinhibition. Il y a donc dans les consommations recherche de bénéfices à court terme. Les jeunes consommateurs ne se sentent ni fous, ni malades, ni toxicomanes. Les jeunes allant vers le soin y sont orientés soit par la Justice (à la suite d'une interpellation...), soit par l'environnement socio-éducatif au sens large : il s'agit en fait de développer des démarches volontaires. La prévention doit éviter deux écueils : la banalisation et la diabolisation du produit. Des questionnaires d'auto-évaluation se développent : il s'agit d'une première occasion de réflexion sur la place de la substance psycho-active et d'une invitation à rencontrer un professionnel.

- Prévention du surpoids et de l'obésité, pathologie pour laquelle la situation épidémiologique est inquiétante.

Une augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale est observée dès la petite enfance. Elle est inégalement répartie sur le territoire national. En effet, les prévalences d'obésité⁵⁴ ont surtout augmenté dans les petites communes entre 1987 et 1996. Sur la cartographie de 1987, il y avait peu de surpoids dans l'Ouest et le Nord-Est mais aucune spécificité régionale ne pouvait clairement se dessiner. En 1996, l'« épidémie » d'obésité s'est répandue sur tout le territoire chez les jeunes, avec une seule exception l'Ouest de la France, ce qui se traduit par une forte opposition Ouest - Est y compris en région parisienne. Derrière ces données de l'obésité il y a sûrement une grande souffrance morale avec un risque de stigmatisation de cette population obèse. C'est particulièrement le cas en PACA et dans le Nord-Pas-de-Calais où on observe une forte croissance de prévalences d'obésité avec un parallélisme établi dans les zones de difficultés scolaires.

C'est auprès des enfants qu'il faut agir : repérer, évaluer le surpoids, prévenir le cercle vicieux (surpoids, perte d'estime de soi, refus de l'activité physique qui met en difficulté, grignotage compensatoire...). Il faut que les médecins disent aux familles qu'un enfant qui pleure n'a pas nécessairement faim. Il faut aussi informer sur la qualité nutritionnelle quelquefois contestable des plats tout prêts. Il faut insister sur le rôle de l'activité physique au quotidien.

⁵² Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004. Les données recueillies sont à la fois celles de la conscription (seulement garçons) et celles recueillies lors de la Journée de préparation à la défense nationale (garçons et filles), l'inconvénient étant que ces dernières données sont seulement déclaratives.

⁵³ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004. Les données recueillies sont à la fois celles de la conscription (seulement garçons) et celles recueillies lors de la Journée de préparation à la défense nationale (garçons et filles), l'inconvénient étant que ces dernières données sont seulement déclaratives.

⁵⁴ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004. Les données recueillies sont à la fois celles de la conscription (seulement garçons) et celles recueillies lors de la Journée de préparation à la défense nationale (garçons et filles), l'inconvénient étant que ces dernières données sont seulement déclaratives.

Le rôle de l'école est important : il faut qu'il y ait cohérence entre les conseils nutritionnels, ce qui est servi à table et ce que les élèves peuvent trouver dans les distributeurs installés dans l'établissement. Certaines interventions bien intentionnées de l'école, au motif que certains enfants ne prennent pas de petit déjeuner, introduisant une collation le matin, souvent de qualité nutritionnelle discutable, créent une situation où les enfants prennent cinq repas dans la journée ; ce qui est trop.

Quant aux médias ils jouent également un rôle. La publicité peut susciter des comportements grégaires.

Pour prévenir l'obésité qui n'est pas qu'un problème médical mais un phénomène de société, il faut à tous les échelons promouvoir et préserver un équilibre de vie : en famille, à l'école, dans l'environnement immédiat.

- Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires débutent, quant à eux, électivement à l'adolescence. Les conduites des jeunes filles, centrées sur la perte de poids, sont des dysfonctions alimentaires atypiques qui, de même que les conduites boulimiques, semblent de plus en plus répandues⁵⁵. L'expansion de ces formes d'expression corporelle et comportementale d'une souffrance psychique témoigne de leur nature de « maladies sociales » qui sont imputables en partie à l'occidentalisation des modes de vie. Ce sont aussi des maladies qui dépendent étroitement du processus d'adolescence.

- Lutte contre la violence routière

Contrairement à la baisse des taux observés, ces dernières années, chez les enfants et jeunes adolescents non-conducteurs (tranche des 0-14 ans)⁵⁶, les accidents de la circulation ne diminuent pas chez les jeunes en âge de conduire des véhicules motorisés.

Pour que la prévention soit plus efficace, il semble utile que les jeunes s'organisent eux-mêmes, comme dans les opérations de conducteur désigné (qui, lui, ne consomme pas du tout d'alcool). C'est ce que met en œuvre, avec son opération « Une nuit pour la vie », *La Route des Jeunes*, association créée en 1996 par des jeunes et pour des jeunes. A l'origine de leur vocation, un constat : les jeunes (12-25 ans) représentent 13 % de la population et sont impliqués dans 26 % des accidents sur la route. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les 15-25 ans. L'association s'est donné pour objectif de lutter contre les accidents de la route, dans cette tranche d'âge, en évitant de dispenser un discours moralisateur auquel les jeunes sont peu sensibles⁵⁷.

Par ailleurs, l'association est en train d'élaborer une charte de bonne conduite des patrons de discothèque (ceux qui mettront à disposition des alcotests, entre autres). Après une période d'observation, un label pourrait être décerné, puis transmis à la Sécurité routière ainsi qu'à la Préfecture.

Tout en continuant les actions en discothèque où le discours commence à être compris, « la Route des Jeunes » intervient également dans le cadre scolaire. Persuadés que l'éducation à la bonne conduite sur la route doit se faire avant même d'avoir son permis de conduire, les

⁵⁵ Séance plénière du groupe de travail, 2 décembre 2003

⁵⁶ Sécurité routière – Bilan annuel. Statistiques et commentaires, année 1998.

⁵⁷ Réunion du groupe de travail, 23 décembre 2003

bénévoles font de la prévention à tous les âges : sous forme de jeux, à la maternelle, de débats au collège et au lycée, et par la distribution de tracts à l'université.

- Responsabilisation à l'enjeu que représente le développement durable

Pour concourir à un développement qui réponde aux besoins des générations actuelles sans pour autant compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs⁵⁸, il apparaît important :

- de sensibiliser les enfants et les adolescents aux conséquences sanitaires, humanitaires et sociales que peuvent avoir les émissions de gaz à effet de serre: inondations, sécheresse, canicule et tempêtes, diffusion renforcée des maladies à vecteurs...

- de leur indiquer les moyens d'agir (qui pour certains d'entre eux peuvent s'inscrire également dans le cadre de la prévention de l'obésité) : préférer la marche à la voiture pour des distances courtes, prendre son vélo ou les transports en commun, utiliser du papier recyclé, limiter ses consommations d'eau, éteindre les lumières ou les appareils en veille : Autant de petits gestes simples qui, s'ils sont entrepris de façon collective peuvent permettre des réductions importantes d'émissions de gaz à effet de serre.

Ce sont les comportements des jeunes d'aujourd'hui qui détermineront les émissions de gaz à effet de serre de demain.

- Un exemple d'action innovante d'éducation pour la santé

L'Institut des Hauts-de-Seine, financé par le Conseil général des Hauts-de-Seine, propose depuis 1994 des actions de grande ampleur dans le domaine de la santé.

Il conduit en direction des adolescents des actions innovantes d'éducation pour la santé (sida, sexualité, nutrition, hygiène corporelle et bucco-dentaire), de dépistage (dentaire, cardio-vasculaire, gynécologique, auditif et visuel), des actions de prévention contre la délinquance et les comportements à risque (toxicomanies, dopage, errance des jeunes, prévention du suicide et de la prostitution).

La démarche éducative proposée par l'Institut des Hauts-de-Seine se propose, à travers l'organisation de forums itinérants de santé globale et des programmes spécifiques de prévention, d'apprendre aux jeunes le sens de leurs responsabilités vis-à-vis de leur corps dans les activités quotidiennes. Elle doit leur apporter à la fois les connaissances pour savoir ce qu'il faut faire et la force de caractère pour être capable de le faire.

Initiée en 1994, le forum itinérant « Giga la Vie » permet chaque année à 30 000 collégiens et jeunes handicapés de bénéficier d'un suivi médical et d'entretiens privilégiés avec des professionnels de santé, des policiers, des gendarmes et des adultes encadrants issus d'associations spécialisées. Ces forums itinérants permettent une approche souple de l'éducation à la santé adaptée aux souhaits des jeunes en respectant le désir d'anonymat de chacun d'entre eux.

Les équipes de l'Institut des Hauts-de-Seine poursuivent cette action éducative tout au long de l'année grâce au partenariat :

- de la Police (prévention de la violence et prévention de la toxicomanie avec la brigade des stupéfiants et la police nationale),

⁵⁸ Rapport Brundtland 1987, Commission des Nations Unies

- de la Gendarmerie (prévention de la drogue et défense de l'environnement),
- des associations spécialisées : Innocence en Danger (prévention de la pédophilie), le Nid (prévention de la prostitution), SOS Amitiés (prévention du suicide), le CODES (stand sur le sommeil),
- les services de la Direction de la vie sociale : SOS Ecoute Enfance et les services de l'ASE, les services de la Protection maternelle infantile (initiation à la santé familiale), les services de l'Accueil prévention santé (programme de dépistage et de vaccination).

2.1.2 Orientations dégagées dans le cadre des travaux du groupe⁵⁹

Il y a lieu d'être vigilant, quand on monte des actions de santé, à ce qu'elles répondent aux demandes des jeunes. Il faudrait leur donner la parole, mais les professionnels et acteurs associatifs qui montent des dispositifs se plaignent de n'avoir pas le temps ni les moyens de mettre en place des méthodes participatives.

L'intérêt d'une éducation avec les pairs (et non d'une éducation par les pairs) a par ailleurs été souligné⁶⁰ : s'agissant des adolescents, il faut remarquer que leur premier interlocuteur, en cas de difficulté ou de question, est un autre jeune.

Quelques principes doivent donc guider l'action en faveur des adolescents :

- travailler sur la psychologie des groupes
- intervenir dès la petite enfance : c'est une période où s'élaborent les processus d'identification et d'apprentissage qui vont conditionner une grande partie de la socialisation aussi bien de l'adolescent que plus tard de l'adulte.
- valoriser, mettre les jeunes en position active (l'interdiction ne suffit pas),
- proposer aux adolescents des moments de prévention destinés à maintenir ouvert un espace à penser, espace de réflexion et de construction de la dimension critique.
- mieux utiliser l'instrument utile que constitue l'heure de vie de classe, instaurée dans les établissements scolaires, et peut-être même la développer comme espace de réflexion.
- ne pas opposer les parents et les professionnels.

2.2 Objectifs

2.2.1 Renforcer l'accompagnement sanitaire anonyme et mettre en valeur les structures téléphoniques d'aide existantes.

2.2.2 Prévenir, dès la pré-adolescence, les conduites à risques et renforcer les compétences psychosociales et l'adolescent en développant, en milieu scolaire mais aussi dans les lieux d'accueil et de consultation pour adolescents, des animations collectives destinés à favoriser chez les adolescents et les enfants, l'autonomisation, l'esprit critique, le respect d'autrui et de l'estime de soi.

⁵⁹ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

⁶⁰ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

2.2.3 Favoriser des démarches volontaires vers les soins. Beaucoup de jeunes, en effet, ne vont vers le soin que parce qu'ils y sont orientés soit par la justice (à la suite d'une interpellation...), soit par l'environnement socio-éducatif au sens large.

2.3 Description de la mesure

2.3.1 Campagnes de communication : sensibilisation des médias, affichage sur les numéros verts et azur (Fil santé jeunes, Allô enfance maltraitée, Drogues info service...).

La mise en place d'une campagne qui aurait pour objectif l'élaboration d'outils et qui pourrait s'articuler autour des thèmes suivants :

- la spécificité de l'état d'adolescence (relations difficiles, goût du risque, désœuvrement, dépression...)
- la diététique (obésité – anorexie - boulimie)
- l'amour et la sexualité (Infections Sexuellement Transmissibles, grossesse précoce)
- les dépendances : alcool, tabac, drogues
- le respect de la différence

Ces outils pourraient être largement diffusés et exploités dans les différents lieux fréquentés par les adolescents des deux sexes : centres socioculturels, instituts spécialisés pour tous types de handicaps (mentaux, physiques...), collèges et lycées, cinémas, discothèques, médiathèques, points d'accueil et d'écoute, hôpitaux... Les lieux et les animateurs devront être choisis en fonction du sujet traité ;

Une documentation adaptée pourrait être massivement diffusée dans les lieux fréquentés par les adolescents (à noter qu'une importante documentation existe déjà dans les services de prévention de certaines CPAM) ;

Des programmes télévisés à vocation informative et éducative comparables à l'émission « Les Maternelles » diffusée quotidiennement sur France 5 pourraient être conçus en direction des adolescents ;

Les médias pourraient être mis à contribution pour relayer l'information ;

Des encarts pourraient aussi trouver leur place dans la presse lue majoritairement par les adolescents ainsi que la presse spécifique destinée aux parents ;

L'appel à un bibliothécaire pour les entretenir de la littérature traitant de l'adolescence (idem pour le cinéma) dans un cadre fictionnel pourrait être envisagé.⁶¹

La nécessité d'utiliser les nouvelles technologies, dans les dispositifs qui vont être mis en place à destination des adolescents, a été soulignée par le groupe de travail⁶²: les adolescents sont des enfants de l'image. Quand on parle d'accueil pour les adolescents, il faut penser en termes de portail informatique et non pas seulement en termes d'accueil physique.

⁶¹ Contribution écrite communiquée par le CIDH, Centre International d'Initiation aux Droits de l'Homme

⁶² Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

Le rôle positif que joue la famille dans la construction des enfants, notamment à cette période de l'adolescence, devrait pouvoir être affiché et ce, dans tous les sens du terme. On pourrait imaginer une campagne de communication, par voie d'affichage, menée dans cette optique. On pourrait également prévoir à la télévision un temps d'expression dévolu aux familles sur tous les sujets qui touchent chacun de ses membres. Ce temps de parole serait assuré notamment par l'UNAF et les mouvements familiaux⁶³.

2.3.2 Renforcement des services de téléphonie existants

Lors de la séance du groupe de travail⁶⁴ consacrée aux réponses existantes en matière de santé des adolescents, l'apport de la culture associative dans l'action des pouvoirs publics a été souligné et, en particulier, l'importance que prennent dans l'action publique ces réponses proches des usagers que sont les téléphonies; cette téléphonie constitue en outre un lieu d'observations à la fois extrêmement riche et original même si on peut regretter que ces observations ne soient sans doute pas suffisamment exploitées.

La ligne Fil santé jeunes est la plus importante. Créé en 1995, ce service présente deux particularités : il s'adresse, d'une part, à une population ciblée avec, d'autre part, un abord généraliste. Il s'agit d'un numéro vert, anonyme et gratuit donc facile à joindre d'une cabine téléphonique (sans besoin de carte de téléphone). Il a rencontré, dès l'origine, un vif succès, plus important d'ailleurs qu'attendu, les jeunes étant heureux de faire appel à des médecins, à des psychologues. 40 personnes écoutantes, psychologues et médecins, sont disponibles de 8 à minuit tous les jours. Les pics sont le soir et les fins de semaine.. Les écoutants sont tous formés à la spécificité de l'adolescence mais aussi du téléphone, à la fois au départ, puis dans la cadre d'une formation « au long cours ».

En 2002, 332 000 appels ont été retenus, 900 par jour, qui ont donné lieu à 330 entretiens par jour.

D'autres lignes ont été créées : il existe une dizaine de numéros verts locaux sur le territoire national.

En Haute-Savoie, par exemple, un « filajeunes » départemental travaille en lien étroit avec le centre de planification et connaît bien toutes les structures capables d'accueillir les jeunes dans le département.

Des liens se créent progressivement entre les différentes lignes.

2.3.3 Education pour la santé et actions collectives de prévention

Sont concernés les enfants et adolescents tout au long de la scolarité (de 3 à 18 ans).

C'est dès l'école maternelle que les enfants doivent être sensibilisés aux comportements positifs en matière de santé. Par ailleurs, une éducation à l'égalité garçons / filles doit être conduite très précocement⁶⁵. L'éducation pour la santé, entre 5 et 12 ans, est une composante essentielle d'une politique de prévention et de promotion de la santé puisque l'enfance est le moment où s'acquièrent les attitudes fondamentales qui permettent d'éviter ou de limiter les comportements nocifs pour la santé. L'éducation pour la santé prépare également l'éducation à la citoyenneté : apprendre à respecter son propre corps est un préalable indispensable au respect de celui des autres, c'est-à-dire au refus de la violence.

⁶³ Contribution écrite communiquée par Familles de France et Familles Rurales

⁶⁴ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

⁶⁵ Contribution écrite communiquée par le FASILD

Il faut revenir, en les développant et en les adaptant à l'âge des élèves, sur les thèmes déjà abordés dans les maternelles. Par contre ce n'est que pour les plus grands, en fin d'école élémentaire, que l'on pourra aborder prudemment les problèmes de la sexualité, du sida, de la drogue. L'enseignement doit être progressif, tenant compte de l'âge et des attitudes.

Il est légitime de sensibiliser les enfants de 8/12 ans aux dangers de certaines habitudes de consommation. Une information sur les principaux produits (tabac, alcool, cannabis) et leurs effets devrait être envisagée dès cet âge (effets sur la santé, sur le comportement, par exemple la désinhibition par l'alcool et son influence ainsi que celle du cannabis sur la conduite de véhicules à moteur et les accidents...). A cet âge l'enfant est enclin à croire l'adulte : devenu adolescent, il lui restera des éléments de cette information. En revanche, la prévention au moment de l'adolescence se révèle particulièrement difficile, car le jeune est alors précisément à la recherche de conduites à risque et s'oppose, de ce fait, aux adultes et à leurs discours.

Les méthodes éducatives ont pour rôle de solliciter la participation active de l'enfant ; l'enseignement ne saurait donc se trouver en contradiction avec la pratique : les distributeurs de boissons sucrées ou de confiseries à l'école doivent être bannis, les menus de la cantine doivent être conformes aux règles de la nutrition, des fontaines d'eau fraîche doivent être accessibles dans toutes les écoles⁶⁶.

Il ne s'agit pas de faire peur. La peur peut susciter, par défi, l'attitude opposée à celle souhaitée. Il faut, à partir de 7-8 ans, exposer la réalité des risques, sans les exagérer ni les minimiser. Il faut aussi expliquer ce qu'est la dépendance, ainsi qu'en termes simples, les mécanismes neurophysiologiques qui la provoquent et combien ceux-ci sont difficiles à vaincre quand ils sont installés (toutes les études soulignent que la sous-estimation des difficultés à l'arrêt est l'un des facteurs qui expliquent l'extension de l'usage des drogues légales ou illégales). Il faut éviter les propos moralisateurs qui peuvent avoir un effet contraire et pour cela distinguer ce qui est bon ou mauvais pour la santé de ce qui est bien ou mal sur le plan moral. Par exemple, le surpoids, l'exposition au soleil nuisent à la santé sans enfreindre de règles morales.

Mais, en même temps, il faut insister sur la responsabilité vis-à-vis de soi et des autres (tabagisme passif, violence, comportements à risque) et valoriser les jeunes qui, au nom de la raison et du respect de soi, sont capables de résister à la tentation, aux instincts, qui pensent aux autres (ne pas enfumer les autres, refus de la violence, refus du racket, le préservatif dans les rapports sexuels à risque). Ces exercices pédagogiques sont nécessaires mais difficiles. Trop souvent, en France, le héros est celui qui défie la loi (qui traverse les rues en dehors des clous, fait de la vitesse, s'oppose aux autres) et le respect de la règle a une connotation dévalorisante.

Il faut aussi développer chez l'enfant dès le plus jeune âge, l'estime de soi et l'aider à se projeter dans l'avenir en lui donnant une ambition, un désir de progresser, ainsi qu'en valorisant l'effort et le respect de l'autre. C'est dans cette optique que l'éducation pour la santé et l'éducation à la citoyenneté demandent des efforts parallèles. Il est encourageant de constater que quand on a rendu l'enfant, ou l'adolescent, conscient et responsable dans un domaine (par exemple la lutte contre le tabac), il devient plus responsable dans d'autres (par

⁶⁶ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes de 0 à 4 ans et de 5 à 12 ans qui ont été coordonnés par Maurice Tubiana et Michel Arthuis (auditionné le 27 janvier 2004 dans le cadre du groupe de travail).

exemple la circulation automobile). Cependant, si l'on demande à l'enfant de se respecter, de se valoriser, il faut qu'inversement les adultes, et en particulier les parents et les enseignants, respectent l'enfant, même, et peut-être surtout, si celui-ci est en échec scolaire, afin de ne pas aller à l'encontre de ses efforts. Il faut l'encourager et non le décourager afin qu'il développe une image positive de lui.

L'utilité de créer des espaces, d'individualiser des moments destinés à permettre non seulement aux adolescents mais également aux enfants d'échanger, de discuter et de confronter leur point de vue, entre eux et avec les adultes qui les encadrent, a été soulignée à diverses reprises. Renforcer cette capacité à discuter représentera une prévention efficace au moment de l'adolescence par rapport à la tendance au passage à l'acte. L'action violente est d'autant plus fréquente à cet âge que le jeune éprouve des difficultés pour s'exprimer.

Il paraît particulièrement opportun de recueillir les analyses et propositions propres aux adolescents qui devront être prises en compte par les adultes si on veut que les messages de prévention et d'information aient l'efficacité souhaitée.

L'échange des savoir-faire entre collègues en matière de santé et de citoyenneté pourrait être stimulée et organisée à l'image de ce que fait le Conseil Général du Rhône qui a publié en 2003 une petite brochure « Le respect, pistes pour mieux vivre ensemble » et a attribué aux meilleures initiatives le label « Le respect, je m'y engage »⁶⁷.

2.4 Mise en œuvre

2.4.1 Supports d'information destinés à favoriser le dialogue entre adolescents et adultes.

- Outils élaborés par l'INPES⁶⁸, dont c'est la mission, mais aussi par le Centre International d'Initiation aux Droits de l'Homme⁶⁹ ou d'autres organismes.

- Mise en place d'outils (téléphone, site Internet, télévision...) réunissant des spécialistes susceptibles de répondre aux questions que peuvent se poser les adolescents, tous les adolescents, qu'ils aillent mal ou bien - actuellement, les radios jeunes disent le faire, mais de quelle façon ! - et leurs parents⁷⁰.

- Banque de donnée nationale des institutions s'occupant des adolescents, consultable sur Internet, à l'étude dans le cadre de l'extension, au niveau national, des outils du DERPAD (Dispositif Expert Régional Pour Adolescents en Difficulté)⁷¹ mis en place en Ile-de-France. Elle devrait prendre en compte notamment :

- les données nationales existantes (Finess, Onisep, Drogue info service, Sida info service) ;
- la sectorisation de la psychiatrie ;
- les données des conseils généraux ;
- les données concernant le handicap, recensées et mises à jour avec l'aide de Handicap Conseil.

⁶⁷ Contribution écrite communiquée par les associations familiales protestantes

⁶⁸ Cf. Compte rendu de l'audition de l'INPES, 12/11/2003

⁶⁹ Cf. contribution écrite communiquée par le CIDH

⁷⁰ Contribution écrite communiquée par la FCPE, Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques

⁷¹ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

Ce site Internet, spécifiquement dédié à l'adolescence, sera consultable en direct, mais il apparaîtra également comme lien sur les sites existants du gouvernement dans le domaine de la santé, de la justice, de l'éducation nationale. Il sera également consultable à partir des points info familles en cours de mise en place.

2.4.2 Education pour la santé des adolescents

L'éducation pour la santé ne se limite pas à la diffusion ou la transmission des connaissances, en faisant passer à tout prix un message ou en inculquant des canons précis de comportement, mais vise plutôt à faire réfléchir les enfants sur leur propre santé, à les conduire à l'autonomie et à les rendre responsables vis-à-vis d'eux-mêmes et de la société. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans les établissements scolaires jouent dans ce domaine un rôle utile.

L'optimisation du cadre existant au niveau scolaire, heures de vie de classe, CESC, devrait permettre de développer les actions collectives de prévention⁷² :

- Intervenir davantage en fonction de la demande des adolescents et non de celle des adultes (souvent à propos d'un problème spécifique : interpellation ou renvoi d'un camarade faisant du trafic de stupéfiant par exemple),
- Mettre en place des groupes de parole et créer des ateliers d'estime de soi, de connaissance de soi, de relation à l'autre, de gestion des conflits (pour mettre en parole des affects, pour promouvoir le respect de soi et de l'autre dans sa différence, oser être soi-même, oser dire non).
- Créer les conditions d'une collaboration étroite avec l'ensemble des intervenants, dont la pédopsychiatrie

Ces actions doivent également être développées hors champ scolaire et différents acteurs peuvent en prendre l'initiative (collectivités locales, associations...).

Les différents lieux accueillant des enfants et des adolescents dans un cadre sanitaire, social ou médico-social (centres de PMI, lieux d'accueil, maisons des adolescents, espaces santé jeunes, centres de planification...) pourraient être incités à organiser des groupes de parole, entre jeunes, en présence d'un professionnel. Cette parole circulant, dans un lieu encadré, peut permettre à l'adolescent d'une part de mieux comprendre son mal-être, sa conduite et d'autre part la nécessité pour lui de se faire aider⁷³.

Les activités auxquelles les adolescents se consacrent pendant leur temps libre méritent également d'être mises à profit pour développer des actions d'éducation pour la santé : le temps libre est un temps de participation volontaire des adolescents, dans le cadre duquel ils mettent en œuvre une certaine dynamique et une écoute propice à leur sensibilisation. Il est également un temps de rencontre des éducateurs permettant une cohérence d'ensemble des politiques territoriales, des actions éducatives. Il est enfin un moment privilégié de rencontre et d'accompagnement des parents⁷⁴.

Un comité de suivi de ces actions aura la charge de s'assurer de leur cohérence avec les objectifs de santé publique identifiés, de les valoriser, les mutualiser, les faire connaître.

⁷² Séance plénière du groupe de travail, 2 décembre 2003

⁷³ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

⁷⁴ Contribution écrite communiquée par les Francas

Associant des professionnels, des représentants du mouvement associatif, l'Education Nationale et l'instance nationale en charge de la santé des adolescents il se réunira régulièrement sur l'initiative de l'INPES (cf. proposition 4).

2.5 Observations

Les conventions entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé constituent de bons cadres pour des réponses dans ce domaine.

Un cadre pour ces actions est défini par la loi de santé publique :

2.5.1 Approche territorialisée de la santé

« Art. L. 1411-11. – En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-12, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.

2.5.2 Prévention et information sur les toxicomanies

« Art. L. 312-17. – Une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues, notamment concernant les effets de la consommation de cannabis sur la santé mentale, dans les collèges et les lycées à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs, conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. »

2.5.3 Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives

L'impact de la violence sur la santé est souvent sous-estimé alors qu'il concerne une large partie de la population. La violence routière a fait l'objet d'une mobilisation qu'il est proposé d'étendre à l'ensemble des phénomènes de violence (suicide, agressions) ainsi que le préconise l'Organisation mondiale de la santé. En raison de la dimension comportementale de ces phénomènes, on y adjoindra un volet spécifique sur les conduites addictives coordonné par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT). Le programme contre la violence routière et le programme coordonné par la MILDT ont été préparés en

2003⁷⁵ et les aspects relevant de la santé mentale le seront en 2004.

2.5.4 Déterminants de santé

Dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé au projet de loi certains objectifs de santé concernent les enfants et les adolescents :

- L'alcool :
 - Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % : passer de 10,7 l/an/habitant en 1999 à 8,5 l/an/habitant d'ici à 2008.
 - Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.
- Le tabac :
 - Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).
 - Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.
- La nutrition et l'activité physique
 - Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes : passer de 10 % en 2000 à 8 % en 2008 (objectif PNNS1). Interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS). Quantifier l'évolution de l'IMC au cours de la croissance chez l'enfant et l'adolescent.
 - Augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008.
 - Diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes (consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour) : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS).
- La santé buccodentaire
 - Réduire de 30 % l'indice CAO⁷⁶ moyen à l'âge de 6 ans (soit passer d'un CAO de 1,7 à

⁷⁵ La mobilisation se poursuit en 2004, en particulier en direction des jeunes, tranche d'âge particulièrement touchée. Pour sa part, le Ministère de la jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche se charge de l'éducation à la sécurité routière pendant la scolarité obligatoire. Cette étape sera complétée par des actions envers les adolescents et jeunes adultes sortis du système scolaire. Une mission de diagnostic et de proposition sur la protection des jeunes a été créée à cet effet en février 2004. (Source : Comité interministériel de sécurité routière du 13 janvier 2004).

⁷⁶ C + A + O, C étant le nombre de dents cariées, A le nombre de dents absentes pour cause de carie et O le nombre de dents obturées définitivement.

1,2), et à l'âge de 12 ans (soit passer d'un CAO de 1,94 à 1,4)

- Les traumatismes

- Réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008.

3. L'enfant, adolescent de demain

Proposition : Pour accompagner son développement, prolonger les actions de prévention en faveur de l'enfant au-delà de 6 ans. Rendre notamment possible, pour les départements qui le souhaiteraient, la poursuite des actions de PMI jusqu'à l'âge de 12 ans.

3.1 Constat

- C'est en amont des troubles qu'il convient d'intervenir.

L'importance de la prévention primaire a été soulignée à maintes reprises dans le cadre du groupe de travail. Dès la première séance du groupe, Mme Claire BRISSET, défenseuse des enfants a insisté sur la nécessité de mieux détecter les enfants qui vont mal : pour ce faire elle considère que la protection maternelle et infantile devrait s'étendre jusqu'à la fin du primaire. Ceci permettrait de recentrer les moyens de la santé scolaire sur le collège et le lycée⁷⁷. Au cours du débat qui a suivi cette audition de la défenseuse des enfants, le sénateur NOGRIX, représentant l'Assemblée des Départements de France (ADF), a rappelé que celle-ci demande depuis longtemps que la PMI intervienne jusqu'à l'âge de l'entrée au collège. Le Dr Edwige CONTE, Directrice des actions de santé du département de Seine et Marne, s'est prononcée en ce sens lors de son audition⁷⁸. Le Pr. JEAMMET a estimé⁷⁹ que si l'âge d'intervention de la PMI était étendu, il faudrait en changer le nom.

Repérer, dès l'enfance, des souffrances, c'est éviter ou tout au moins réduire certaines pathologies susceptibles de se développer au cours de l'adolescence.

Le développement psychomoteur, affectif et intellectuel, entre la naissance et l'âge adulte est un continuum, mais les trois premières années ont une importance toute particulière. Le comportement d'un adolescent est, dans une large mesure, fonction du vécu de sa petite enfance, de l'environnement dans lequel il a grandi, de la formation qu'il a reçue pendant cette période, des traumatismes psychiques qu'il a subis. La santé mentale du jeune enfant influence celle de l'adolescent, donc sa résistance aux exemples nocifs ou au contraire sa fragilité, et, par voie de conséquence, ses comportements, puis, par leur intermédiaire, la santé physique de l'adulte⁸⁰.

Il est nécessaire d'intervenir dès la période périnatale, en maternité. A cet égard, il conviendrait de réfléchir à des actions à mener autour de la périnatalité⁸¹. Il n'y a généralement pas de psychologues dans les maternités : or, c'est précisément dans ces lieux

⁷⁷ Il n'y a en France, a-t-elle rappelé pour ne prendre que cet exemple, que 2 200 médecins scolaires. Il est indispensable d'augmenter les effectifs de la santé scolaire, médecins, infirmière, psychologues et assistantes sociales scolaires. Il paraît nécessaire de distinguer les personnels responsables de l'orientation de ceux qui remplissent les fonctions de psychologues. Les adolescents ont autant besoin d'activités d'orientation que de ce qui relève de la psychologie.⁷⁷

⁷⁸ Séance plénière, 25 novembre 2003.

⁷⁹ Séance plénière, 3 février 2004.

⁸⁰ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes de 0 à 4 ans et de 5 à 12 ans qui ont été coordonnés par Maurice Tubiana et Michel Arthuis (auditionné le 27 janvier 2004 dans le cadre du groupe de travail).

⁸¹ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

qu'on peut repérer des parents qui ont une maladie mentale avérée et qu'on peut observer les interrelations précoces⁸².

Passée cette période l'attention doit porter non seulement sur les jeunes enfants, mais également sur les plus grands (8-10 ans). Les pathologies de l'adolescent sont souvent anciennes et se réveillent à l'adolescence⁸³. Par ailleurs, comme le montre l'ensemble des études, même si c'est à l'adolescence qu'apparaissent les indicateurs de morbidité et de mortalité les plus préoccupants - déterminants aussi pour la santé de l'adulte - (accidents, dépressions, tentatives de suicides et suicides, troubles du comportement alimentaire, addictions et autres conduites de risque, etc.), il existe fréquemment dès la première enfance ou durant la période de latence, des indicateurs prédictifs de psychopathologies risquant d'éclorre à l'adolescence⁸⁴. Ainsi, les pathologies psychiatriques de l'âge adulte se repèrent dès l'enfance. Si l'on prend l'exemple de la schizophrénie, qui est une maladie du jeune adulte, reflétant une difficulté à adhérer à la réalité, un étudiant sur 100 est malade. Or, on constate une précocité des troubles de plus en plus grande (hallucination, phobies, bizarreries dans le comportement, TOC).⁸⁵ D'où l'extrême importance d'un repérage et d'une guidance adaptée dès le jeune âge.⁸⁶

La santé physique est, chez l'enfant de 0 à 12 ans, dans l'ensemble satisfaisante, mais il faudrait que les protocoles des examens systématiques soient codifiés et évalués et que des liaisons plus étroites entre PMI et santé scolaire permettent une amélioration du suivi. Le développement psychomoteur, affectif et intellectuel des enfants doit être, à l'occasion de ces bilans, évalué avec soin. Le contenu des bilans de santé chez l'enfant doit faire l'objet d'expertises et le suivi être amélioré. Le bilan à 3 ans est particulièrement important car c'est un âge clé pour dépister précocement les troubles du comportement et des apprentissages.

Un pourcentage non négligeable de la population infantile présente des troubles dont la caractéristique principale est qu'ils sont cumulatifs, qu'ils appartiennent à des champs très différents, scolaire, comportementaux, familiaux, sociaux, etc. Ces enfants, qui cumulent les risques et les difficultés, souffrent en général de troubles qui, dans la littérature scientifique, sont repérés comme "co-morbidité". Cette constatation est essentielle en matière de repérage car elle montre les limites inhérentes à toute politique de prévention qui serait trop ciblée sur un seul symptôme ou un seul type de conduite déviante ou mettrait trop l'accent soit sur les déficiences des familles, soit sur celles de la société ; elle souligne également l'importance de l'éducation des parents et d'un travail en concertation et en réseau des divers professionnels au contact des enfants : aborder ces différents troubles selon un seul point de vue est réducteur et, de plus, médiocrement efficace⁸⁷.

Il convient aussi d'insister sur la nécessité d'intervenir également dès la petite enfance dans le cadre de l'éducation pour la santé (cf. proposition 2). En effet, c'est lorsqu'il y a adhésion au discours parental que la prévention est efficace. Il faut mettre à profit l'enfance, période propice au partage et à la transmission des valeurs, pour dire ce que l'on juge sain et valoriser les comportements positifs dans le domaine de la santé plutôt que de tenir un discours sur les risques ou les produits qui peut susciter la fascination.

⁸² Séance plénière du groupe de travail, 2 décembre 2003

⁸³ Séance plénière du groupe de travail, 25 novembre 2003

⁸⁴ Contribution écrite communiquée par l'AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

⁸⁵ Séance plénière du groupe de travail du 2 décembre 2003

⁸⁶ Contribution écrite communiquée par l'AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

⁸⁷ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes de 0 à 4 ans et de 5 à 12 ans qui ont été coordonnés par Maurice Tubiana et Michel Arthuis (auditionné le 27 janvier 2004 dans le cadre du groupe de travail).

Des évolutions récentes incitent à une adaptation des pratiques professionnelles en conséquence :

- La dimension familiale, sociale et éducative doit être prise en compte dès lors qu'on s'intéresse à la santé

Il est essentiel de ne pas se limiter à une approche somatique de la santé et de prendre en compte le contexte dans lequel évolue l'adolescent, dans une approche psychosociale.

- Le concept de santé connaît des évolutions sensibles

On n'envisage plus la santé seulement comme un état de complet bien-être physique, mental et social, mais comme une ressource de la vie quotidienne, une potentialité des individus en interaction avec leur milieu environnant. Les déterminants sociaux ont une part prépondérante sur les déterminants médicaux dans l'état de santé des personnes⁸⁸.

De façon générale, et en ce qui concerne le public jeune en particulier, la santé ne doit pas être considérée sous un angle trop réducteur ou parcellaire (santé physique, mentale). En effet, elle ne relève pas d'un état mais d'une dynamique permanente. Elle est le résultat d'un équilibre que l'individu parvient à maintenir d'autant plus facilement qu'il n'est pas exposé à des agressions de toutes sortes ou qu'il parvient à trouver en lui-même des ressources pour les surmonter. Les jeunes vivant dans un environnement défavorable ou précaire, en proie à des incertitudes concernant leur avenir, découragés par l'absence de perspectives, ont toutes les raisons de se désintéresser de leur santé.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a introduit un chapitre, portant sur la politique de prévention, venu compléter le code de santé publique et qui légitime l'action préventive⁸⁹.

La loi de santé publique (qui doit prochainement passer en deuxième lecture à l'Assemblée nationale) fait également une large part à la prévention. L'article 1411-1 définit les champs de la politique de santé publique. La proposition formulée par le groupe de travail s'inscrit plus spécifiquement dans 4 axes parmi ceux définis :

- la prévention des maladies, traumatismes et incapacités,
- l'information et l'éducation pour la santé,
- la réduction des risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer tels que l'environnement, l'alimentation ou la consommation de produits,
- la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et au diagnostic sur l'ensemble du territoire.

⁸⁸ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

⁸⁹ Art L 1417-1 : La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire les risques de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

L'article L. 1411-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-6. — Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés. « Dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé. »

Le rapport d'objectifs annexé au projet de loi énonce 9 principes de la politique de santé publique (principe de connaissance, de réduction des inégalités, ...) dont le « principe de protection de la jeunesse : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents ».

3.1.1 La PMI s'inscrit dans ce nouveau contexte

Les missions confiées à la PMI s'inscrivent à l'échelle des populations, dans une approche globale de la santé, complémentaire de l'action médico-sociale préventive auprès d'individus ou de familles.

Il serait sans doute utile de cesser de trop fractionner les âges. Instaurer une continuité entre l'enfant (suivi en PMI), l'adolescent et l'adulte serait bénéfique. Sans doute, à cette fin, conviendrait-il d'étendre le champ de compétence de la PMI jusqu'à 10-12 ans⁹⁰.

Il apparaît utile de souligner que les actions de promotion et de protection de la santé maternelle et infantile ne sont pas le monopole des services de PMI ni des départements.

En effet, l'art L 2111-1 du Code de la santé publique précise que l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent :

- Aux mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants (art L 2111-1 CSP al 1).
- Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, notamment les plus démunies⁹¹.
- Aux actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que le conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps.

Historique

En 1982 et 1983, les lois de décentralisation transfèrent les compétences en matière de PMI aux départements. Dès 1983, une circulaire redéfinit les orientations du service départemental de PMI, mais c'est la loi du 18 décembre 1989, codifiée, depuis, dans le Code de la santé publique, qui en réactualise les missions et le situe au cœur du dispositif « de promotion de la santé de l'enfance et de la famille ». Les décrets relatifs à l'organisation du service ainsi qu'au fonctionnement et aux missions des centres de planification ont été publiés en 1992. D'après le décret d'août 1992, les centres de planification relèvent de la compétence des

⁹⁰ Séance plénière du groupe de travail du 25 novembre 2003

⁹¹ Précision introduite par la loi contre les exclusions de 1998

Départements, qu'ils soient à gestion départementale ou à gestion déléguée dans le cadre de conventions avec des hôpitaux ou au secteur associatif.

Missions de la PMI

Le service de PMI organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en consultation et au domicile des familles. Il doit aussi organiser des activités de planification et d'éducation familiale. Les centres reçoivent des personnes de tous âges et pour des missions diverses allant des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ; de la préparation à la vie de couple, des actions individuelles et collectives à des entretiens préalables à l'IVG, des entretiens relatifs à la régulation des naissances suite à une IVG⁹²...

Les actions médico-sociales préventives à domicile (assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou le service hospitalier concerné) sont orientées autour de la notion globale de santé familiale qu'il s'agit de promouvoir tout en confiant à la famille elle-même la responsabilité des actions à mettre en œuvre. A la notion de protection s'est en effet substituée celle de promotion de la santé. Cette action suppose une connaissance approfondie des conditions de vie, des besoins et des aspirations des familles et des communautés.

Le service de PMI participe au dépistage des handicaps, à l'accompagnement des familles dont l'enfant présente un handicap et à l'intégration scolaire et sociale de ces enfants.

Le service de PMI participe aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Des actions de prévention médico-sociale individuelle ou collective sont également menées à l'école maternelle.

Enfin, le service de PMI doit organiser le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique, en particulier celles qui figurent sur les certificats de santé des enfants.

Financement des actions de PMI

Le financement des actions de PMI est défini par l'article L. 2112-7 du code de la santé publique⁹³. Sont remboursés, dans le cadre d'une obligation légale par les organismes d'assurance maladie pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit :

- l'examen pratiqué en vue de la délivrance du certificat prénuptial (Art. L. 2121-1 du Code de santé publique CSP).
- les examens obligatoires de surveillance de la grossesse (Art. L. 2122-2 du CSP) : 7 examens.
- l'examen médical du futur père (Art. L. 2122-3 du CSP)

⁹² Séance plénière du groupe de travail du 25 novembre 2003

⁹³ Lorsque les examens institués par... l'article 2132-2 sont pratiqués dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article 162-32 du code de la sécurité sociale. Les organismes d'assurance maladie peuvent également par voie de convention participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux actions de prévention médico-sociale menée par le département.

- les examens médicaux obligatoires pour les enfants de moins de 6 ans (Art. L.2132-2⁹⁴ du CSP) : 20 examens.

Ils sont remboursés selon le mode de tarification prévu à l'article L.162-32 du Code de la sécurité sociale⁹⁵. Ce remboursement s'impose à la CPAM sur production des documents administratifs requis. Les consultations n'entrant pas dans le cadre obligatoire sont remboursées à 65% par l'assurance maladie.

Les organismes d'assurance maladie peuvent, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le Département. Ils peuvent notamment prendre en charge à 100 % (en partie sur les fonds d'action sanitaire et sociale pour la partie correspondant au ticket modérateur), les examens complémentaires prescrits aux futures mères et enfants âgés de moins de 6 ans, dans les centres de PMI. Ce mode de participation doit être négocié et les modalités de remboursement faire l'objet d'une convention.

Pour mémoire, en ce qui concerne les CPEF (Centres de planification ou d'éducation familiale), ce sont les articles R. 162-55 à R. 162-58 du code de la sécurité sociale qui définissent les relations avec la CPAM.

3.1.2 Un cas particulier : la grossesse chez l'adolescente.

Cet exemple illustre le rôle des Départements au sein d'une approche pluri-partenaire : municipalités, hôpitaux, monde médical libéral, les associations, CAF...

Pouvoir éliminer toute notion de viol ou d'inceste, savoir reconnaître la grande variété des situations suivant l'âge ou le milieu, effectuer un accompagnement qui suscite la confiance et permette le suivi, informer des solutions alternatives lorsque le rôle parental ne peut être assumé, permettre dans tous les cas le suivi régulier de la grossesse, favoriser le lien avec la famille et avec le père de l'enfant à naître si possible, respecter et responsabiliser la future mère, accompagner sa compétence à être mère, prévenir la carence, la maltraitance, le conflit, résoudre la question de l'hébergement qui se pose parfois de façon aiguë, préserver la possibilité de scolarisation, accompagner l'arrivée du bébé...

Cet accompagnement est un travail d'équipe et les principes de l'accompagnement en sont les suivants : respect de la jeune mère, lien de confiance à établir, vigilance sur le lien entre la mère et l'enfant à naître, préservation de la place du père, attention à la place des grands-parents qui doivent rester dans leur rôle et ne pas jouer le rôle des parents de substitution⁹⁶. Le maître mot est le « lien ». Ce lien s'établit dans le processus d'attachement de la jeune fille à son enfant. Pour ce faire, il existe à la maternité une sorte de stage de parentalité qui tente de créer du lien entre les intervenants, grâce notamment aux sages-femmes à domicile et aux puéricultrices de secteur - qui s'efforcent de proposer ce lien entre l'avant et l'après grossesse - mais aussi un lien qui s'établit entre les différentes instances, la ville, la justice, l'ASE, qui

⁹⁴ Tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de protection sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires. Le nombre et le contenu de ces examens, l'âge auquel ils doivent intervenir et la détermination de ceux qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé sont fixés par voie réglementaire.

Le contenu de certificats de santé, et notamment la liste des maladies et déficiences qui doivent y être mentionnées, est établi par arrêté interministériel.

La réglementation actuelle prévoit 20 examens : 8^{ème} jour, tous les mois de 1 à 6 mois, 9^{ème} mois, 12^{ème} mois, 16^{ème} mois, 24^{ème} mois puis tous les six mois jusqu'à l'âge de 6 ans. Les examens du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé.

⁹⁵ Ces examens sont également remboursés à 100% lorsqu'ils sont effectués par un médecin libéral

⁹⁶ Séance plénière du groupe de travail, 25 novembre 2003

fasse circuler l'information utile pour permettre les gains de temps dans l'approche et le traitement ⁹⁷.

3.2 Objectifs

- Détecter dès le plus jeune âge puis dans cette période de latence représentée par l'âge dit « de raison » (6-12 ans) les situations à risque ;
- Pouvoir les orienter très tôt vers le soin si nécessaire ;
- Pouvoir accompagner les familles sans attendre une dégradation importante voire des passages à l'acte ou des mises en danger des adolescents.
- Contribuer aux actions d'éducation pour la santé et aux actions collectives de prévention en faveur des enfants et préadolescents.

3.3 Description de la mesure

20 examens sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie entre 0 et 6 ans. Il y aurait lieu de mieux les répartir à des âges clés en leur donnant un contenu précis, en augmentant leur nombre si besoin est, et en étendant le cadre d'intervention de la PMI jusqu'à 12 ans.

Le carnet de santé dont la dernière édition date de 1995 devra faire l'objet de modification afin d'intégrer le contenu des examens retenus comme devant être pratiqués à des âges clés.

Il y aura lieu d'être particulièrement attentif au suivi du développement. Cela permettrait ultérieurement d'étayer l'adolescent en le rapportant au chemin déjà parcouru.

Sont concernés par cette mesure les enfants de 6 à 12 ans et leurs familles, qui pourront bénéficier pendant toute l'enfance et la pré-adolescence des actions de prévention et des autres prestations offertes par la PMI.

À cette période de la vie, les efforts de dépistage doivent porter, en premier lieu, sur les difficultés d'apprentissage du langage -- si elles n'ont pas été repérées lors d'un examen avant l'âge de 6 ans -- ainsi que sur les troubles du comportement. La valeur de ces examens systématiques tient à leur succession qui permet, seule, de juger la capacité de développement de l'enfant. Pour améliorer l'efficacité de ces consultations, les protocoles d'examens devraient être précisés et évalués⁹⁸.

Les actions de PMI se déclinent selon :

- la notion, individuelle, de santé des enfants à laquelle s'ajoutent :
- les concepts de santé familiale et de santé communautaire qui exigent de s'appuyer sur une connaissance approfondie des conditions de vie, des besoins et des aspirations des familles et des communautés.

Elles comportent :

⁹⁷ Séance plénière du groupe de travail, 25 novembre 2003

⁹⁸ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes de 0 à 4 ans et de 5 à 12 ans qui ont été coordonnés par Maurice Tubiana et Michel Arthuis (auditionné le 27 janvier 2004 dans le cadre du groupe de travail).

- des consultations et actions de prévention médico-sociale en consultation ; entre la naissance et l'âge de 6 ans, 20 examens médicaux sont prévus⁹⁹ (9 au cours de la première année, 3 pendant la deuxième année puis 8 de la troisième à la sixième année¹⁰⁰, auxquels vient s'ajouter celui réalisé par les médecins de l'Education nationale avant l'entrée au cours préparatoire). Après l'âge de 6 ans il n'est plus prévu d'examen systématique de prévention, hormis l'examen « d'orientation » en fin de classe de troisième (qui ne touche que partiellement les adolescents et dont la mission ne correspond qu'en partie à un examen de prévention) et l'examen réalisé à l'occasion de la journée d'appel et de préparation à la défense (JAPD) ; les médecins et les infirmières de l'éducation nationale suivent notamment les élèves qui leur ont été signalés par l'équipe éducative.

Les examens de prévention pourraient être répartis sur les 12 premières années en fonction d'âges clés à définir (cf. proposition 4) notamment pour certains repérages (troubles des apprentissages...).

- des actions médico-sociales préventives à domicile assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou le service hospitalier concerné, et orientées autour de la notion globale de santé familiale qu'il s'agit de promouvoir tout en confiant à la famille elle-même la responsabilité des actions à mettre en œuvre.
- des actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives menées en milieu scolaire.
- un accompagnement des enfants atteints de handicaps ainsi que leurs familles comportant le soutien aux projets d'intégration.

Toutes ces actions doivent être menées de façon complémentaire et articulée au sein d'un réseau associant notamment médecine libérale, PMI et médecine de l'éducation nationale.

La complémentarité avec l'Education nationale apparaît nécessaire afin d'éviter des redondances, en particulier pour mutualiser les moyens (temps de médecins...). Les enfants repérés dans le cadre de l'école et dont les familles -- pour de multiples raisons (en particulier financières) -- ne font pas la démarche de consulter un pédiatre ou un médecin généraliste, pourraient être orientés vers la PMI pendant toute la durée de leur développement et bénéficier ainsi d'une intervention précoce. Cela permettrait aux familles d'avoir un choix de professionnels médicaux différents dans leur accompagnement, en sachant que les personnels médicaux de l'Education nationale ne peuvent pas voir les enfants en dehors de l'établissement.

Les départements pourraient être incités à organiser une coordination autour des enfants pour que tous les enfants bénéficient d'un suivi, avec une périodicité suffisante : il s'agit d'éviter une interruption du suivi à un âge où le développement de l'enfant est loin d'être terminé et où des difficultés pourraient être repérées avant que les troubles ne soient trop installés. Certains membres du groupe soulignent qu'il faut aussi s'assurer que les différents bilans de santé puissent déboucher sur du soin quand c'est nécessaire. Bien entendu, il ne s'agit pas pour le groupe de travail d'intervenir dans le libre choix du praticien et ce suivi peut être

⁹⁹ Loi du 10 juillet 1970

¹⁰⁰ 8^{ème}jour, tous les mois de 1 à 6 mois, 9^{ème}mois, 12^{ème}mois, 16^{ème}mois, 24^{ème}mois puis tous les six mois.

notamment réalisé en ville¹⁰¹.

La possibilité que des conventions soient signées entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales est d'ores et déjà envisagée dans la loi de santé publique : « Art. L. 1411-9. – Les modalités de participation de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales, des organismes publics et privés qui concourent à la mise en œuvre des programmes de prévention aux différents échelons territoriaux font l'objet d'une convention entre les parties. »

Selon le même principe, des conventions pourraient être signées à titre expérimental avec l'Education nationale.

3.4 Mise en œuvre

Dans le cadre du droit à l'expérimentation, il faudrait :

- mieux répartir - voire augmenter - le nombre des examens existants (concentrés sur les 6 premières années) qui pourront comme aujourd'hui être effectués par le médecin choisi par la famille (médecine libérale, PMI, centre de santé) conformément au principe du libre choix¹⁰² ;
- rendre possible pour des départements volontaires et au titre du droit à l'expérimentation prévu dans le cadre de la décentralisation, la prolongation jusqu'à l'âge de 12 ans des actions de PMI ;
- envisager la signature de conventions entre l'Education nationale et les départements.

Un contenu serait donc à définir pour des examens proposés à des âges clés.

Si l'on se réfère au récent rapport de l'Académie de Médecine déjà cité :

- Entre la 6^e et la 8^e année, les efforts de dépistage devraient porter notamment sur :
 - les difficultés spécifiques d'apprentissage : retards de langage (ces retards sont en partie repérés dès 3 ou 4 ans, mais ne sont parfois encore dépistés que plus tard, en grande section de maternelle et même au cours préparatoire), dyslexie, dyslexie - dysorthographe, dyscalculie ;
 - les déficiences intellectuelles, les difficultés de concentration ;
 - les troubles du comportement (hyperactivité), les accidents et les chutes fréquentes ;
 - les troubles anxieux débutants, tels que la phobie scolaire, à l'entrée au CP.
- Au-delà de la 8^e année, les efforts devraient porter tout particulièrement sur :
 - les troubles du comportement, non seulement en terme d'hyperactivité mais aussi les premiers troubles des conduites : comportement violent, incivilités répétées ;
 - les situations de risque liées au contexte: violence familiale, sévices, abus sexuel...;

¹⁰¹ Séance plénière du groupe de travail, 3 février 2004

¹⁰² Associé à l'indépendance et à la liberté de prescription, le libre choix constitue un des piliers de l'exercice médical actuel, fidèle à l'esprit et aux pratiques de la médecine traditionnelle. Déjà affirmé antérieurement (art. L.162 du code de la sécurité sociale), ce droit est à nouveau mentionné à l'article 2 des conventions nationales organisant les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie (28 mars 1997) : "Les assurés ou leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les médecins autorisés à exercer en France..."

- les manifestations psychopathologiques débutantes : dépression, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles anxieux ;
- l'interprétation d'une baisse des résultats scolaires, souvent révélatrice d'un trouble anxiodépressif.

Un groupe d'experts pourrait être réuni pour définir le contenu de ces bilans systématiques successifs de santé, l'un devant correspondre aux années du cycle des apprentissages fondamentaux (grande section de maternelle, CP, CE1), l'autre au cycle d'approfondissement (CE2, CM1, CM2)¹⁰³.

Une modification de l'âge limite d'intervention de la PMI suppose un travail de concertation approfondi entre la DGS, la DGCL, l'ADF et l'Education nationale. Il y aura lieu d'associer les futurs GRPS, groupements régionaux de santé publique¹⁰⁴ qui coifferont les ARH puis les ARS.

Cette modification d'âge implique une modification des articles du code de la santé publique (art. L.1423-1, art. L.2111-1, L.2112-2) afin de permettre aux Départements qui le souhaiteraient, de poursuivre les actions de PMI au-delà de 6 ans.

3.5 Observation

Un récent rapport de l'IGAS¹⁰⁵ souligne que « dans le domaine de la prévention en direction des enfants et des adolescents, il s'agit d'agir à plusieurs niveaux et le plus précocement possible ».

¹⁰³ Académie de Médecine : rapport commun des deux groupes de travail sur la santé mentale des jeunes déjà cité.

¹⁰⁴ Le groupement régional ou territorial de santé publique (art 1411-15 de la loi de santé publique) est une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre :

- L'Etat et des établissements de l'Etat intervenant dans le domaine de la santé publique, notamment l'institut de veille sanitaire et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- L'agence régionale d'hospitalisation
- La région, les départements, communes et groupements de communes lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement,
- L'union régionale des caisses d'assurance maladie et la caisse régionale d'assurance maladie.

¹⁰⁵ Rapport n° 2003 024 de février 2003 : Prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents, rédigé par Marie-Claire TROUVE, Patricia VIENNE et Bernard MARROT

4. L'entretien « santé », élément de prévention des conduites à risque

Proposition : Instaurer à des âges clés du développement des adolescents des examens de prévention avec des entretiens personnalisés.

4.1 Constat

L'adolescence est la période de l'existence où l'on consulte le moins et où la consommation de soins est la plus basse. Mais les adolescents recourent-ils suffisamment à l'offre de soins et ces chiffres ne sont-ils pas aussi la traduction de leurs réticences ou difficultés à consulter ? On sait qu'à cet âge l'expression de la souffrance et de la maladie sont particulières: la demande ou le refus d'aide sont souvent détournés ou indirects.

De plus, aujourd'hui, il n'y a pas d'amélioration fondamentale de la santé des adolescents, cette couche de population ne profitant pas des progrès réalisés en matière de santé, concernant les indices de morbidité notamment. Pourquoi ? Cela peut s'expliquer soit par notre inefficacité, soit par le fait que nous ne disposons pas des bons indicateurs. Très probablement, en amont des comportements à risques, il y a des éléments prédictifs de ce qui va arriver aux adolescents et les questionnaires de santé perçue le traduisent bien¹⁰⁶.

Cette situation conduit à souligner la nécessité primordiale d'une politique de prévention et de dépistage systématique, seule garante de prises en charge précoces et adaptées, avant l'installation d'une pathologie avérée et handicapante à l'âge adulte¹⁰⁷. Les examens existant¹⁰⁸ sont très inégalement répartis : entre la naissance et l'âge de 6 ans, 20 examens médicaux sont prévus¹⁰⁹ (9 au cours de la première année, 3 pendant la deuxième année puis 8 de la troisième à la sixième année¹¹⁰).

A ces examens s'ajoute celui réalisé par l'Education nationale avant l'entrée au cours préparatoire. Après l'âge de 6 ans il n'est plus prévu d'examen systématique de prévention jusqu'à l'âge adulte, hormis l'examen d'orientation en fin de classe de troisième et l'examen réalisé à l'occasion de la journée de préparation à la défense. Quand on arrive à la fin du collège et au début du lycée, les acteurs de santé se font moins nombreux alors que les difficultés sont tout aussi importantes.

La santé des adolescents est aussi intimement liée à la scolarisation et à l'intégration sociale, trop souvent problématiques (qu'elles soient causes ou révélatrices des difficultés

¹⁰⁶ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

¹⁰⁷ Contribution écrite communiquée par l'AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

¹⁰⁸ Au lendemain de la guerre, alors que la mortalité infantile était passée de 63 pour mille en 1939 à 110 pour mille en 1945, l'instauration d'une obligation de surveillance médico-sociale régulière pour toutes les femmes enceintes et les enfants de 0 à 6 ans constituait une mesure de salut public.

¹⁰⁹ Loi du 10 juillet 1970

¹¹⁰ 8^{ème}jour, tous les mois de 1 à 6 mois, 9^{ème}mois, 12^{ème}mois, 16^{ème}mois, 24^{ème}mois puis tous les six mois.

personnelles). L'accumulation d'échecs et des problèmes de santé, plus fréquente parmi les adolescents les plus défavorisés au plan socioculturel, implique une approche globale. L'entrée dans l'âge de l'adolescence correspond à l'entrée au collège, période difficile dans la scolarité. Or le passage de l'école primaire au collège peut être traumatisant pour un grand nombre d'adolescents¹¹¹. Le passage d'un seul à une pluralité d'enseignants, la désorientation produite par des locaux plus grands, le fait de se voir considérer comme les plus petits alors qu'ils étaient habitués à être les grands du primaire, les rythmes plus soutenus peuvent induire du stress, des peurs, voire un refus du collège.¹¹²

Il existe un lien entre les difficultés scolaires rencontrées par le jeune et sa souffrance : il se produit un écart d'un à trois ans entre l'apparition de la difficulté scolaire et la première consultation¹¹³. L'échec scolaire est en lui-même dépressif. Quelques constats : les adolescents ont du mal à conceptualiser leur souffrance ; ils refusent de demander des soins et craignent de se confier à leur famille ; ils perçoivent le monde des adultes comme peu compréhensif, même si, par ailleurs, ils souhaitent rester incompris. Lors de la consultation, il apparaît souvent que ce n'est pas l'adolescent qui est le plus malade. Il y a des parents déçus devant l'échec scolaire ; en séparation et déprimés (quelquefois l'adolescent reste avec le parent « abandonné » et fait preuve d'une farouche loyauté) ; des parents qui n'en peuvent plus (« Faites quelque chose, nous on est à bout... »)¹¹⁴. Ce que représente l'école française pour ces jeunes, qu'elle soit survalorisée par les parents ou au contraire disqualifiée, avec des effets en terme d'image de soi, d'estime de soi, de problèmes narcissiques (que les élèves soient de bons élèves ou non), de relations avec les professeurs, mériterait réflexion¹¹⁵.

La complexité et l'intrication des situations appellent une formation spécifique des médecins qui réaliseront ces examens pour qu'ils soient notamment en mesure de distinguer les troubles transitoires liés à l'adolescence des troubles liés aux maladies.

De nombreux éléments sont en faveur de l'instauration d'exams de prévention au cours de l'adolescence :

4.1.1 Il est important de détecter dès la pré-adolescence et l'adolescence les futurs troubles de l'adulte.

4.1.2 Le corps a une importance fondamentale, à cet âge où il se transforme :

- Le corps qui est le noyau moteur de tous les changements relationnels peut être le grand oublié de l'adolescence.
- Les aléas de la croissance (retards, insuffisance) et des transformations pubertaires (acné, problèmes de règles, image corporelle, etc) sont trop peu ou mal pris en compte, sauf dans les cas les plus graves. Pourtant, ils préoccupent sérieusement un grand nombre d'adolescents qui pourraient être facilement soulagés et traités.

¹¹¹ Contribution écrite communiquée par la CSF, Confédération Syndicale des Familles

¹¹² Contribution écrite communiquée par la CSF, Confédération Syndicale des Familles

¹¹³ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹¹⁴ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹¹⁵ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

- Les obésités, dont l'augmentation récente est très préoccupante, se majorent et se chronicisent à l'adolescence.
- La sous-nutrition doit également être prise en compte. Certains jeunes ne prennent qu'un repas par jour en dépit d'aides à la demi-pension mises en place dans certains départements et de mesures prises par l'Education nationale ¹¹⁶.
- La place du corps, vecteur, sujet et objet des transformations de l'adolescence, est primordiale à cet âge, y compris dans le champ des troubles psycho-comportementaux graves où celui-ci est particulièrement mis en jeu, notamment dans le cadre des troubles du comportement alimentaire.
- Il existe une très forte intrication des aspects physiques, psychiques et sociaux de la santé des adolescents, quel que soit le « mode d'entrée » : plaintes somatiques, doutes portant sur la normalité, problèmes scolaires, troubles de l'humeur ou du comportement, demande de contraception, etc.
- L'entrée dans la sexualité¹¹⁷ se fait sur fond de sur-médiatisation et de sous-information persistante, masquant la véritable signification de cette expérience intime, positive et maturative, et les différents besoins de santé correspondants à chacun.
- Le rapport de 1997 du Haut Comité de la santé publique sur la *Santé des jeunes* soulignait d'ailleurs qu'une partie de la jeunesse en très mauvaise santé physique allait vers des services de psychiatrie, alors qu'on passait à côté de pathologies cliniques bien réelles¹¹⁸.

4.1.3 Le dépistage est très inégal :

- 60 à 70 % de jeunes consultant à l'Hôtel-Dieu (il s'agit d'une unité de consultation et de suivi médical pour adolescents et adultes jeunes en rupture sociale) n'ont jamais vu de dentiste et 40 % de jeunes qui devraient en porter n'ont pas de lunettes. Ce sont toujours les mêmes s'adressent aux structures (centres de santé, espaces jeunes) et les mêmes qui n'y vont pas. L'accès à la santé se heurte donc à de réelles difficultés auxquelles on ne trouve pas toujours de solution, malgré le maillage réalisé dans beaucoup de communes¹¹⁹.
- Le risque est de banaliser la dépression à l'adolescence, de la confondre avec la crise d'adolescence, de ne pas repérer ce qui est normal et ce qui est pathologique. L'étude réalisée en Haute-Marne (*Flamant et al.*, 2001) montre que les petits signes de souffrance doivent être recherchés. 80% des jeunes identifiés comme ayant des troubles avaient vu un généraliste mais n'avaient pas été dépistés dans leur dépression.

4.1.4 Pour aborder la santé du jeune et de l'adolescent, il est également indispensable de s'intéresser aux comportements.

Le Haut Comité de la santé publique a d'ailleurs souligné, dans le rapport mentionné plus haut, le risque pour les adolescents de dilapider leur capital santé par négligence, ignorance

¹¹⁶ Séance plénière du groupe de travail, 20 janvier 2004

¹¹⁷ Pour des données statistiques sur les grossesses et les IVG chez les adolescentes, voir la première partie du présent rapport

¹¹⁸ Séance plénière du groupe de travail, 20 janvier 2004

¹¹⁹ Séance plénière du groupe de travail, 20 janvier 2004

ou par des conduites à risque « dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risque pour des stades ultérieurs de la vie ».

On peut citer quelques exemples :

- la fréquence des conduites violentes répétées : celles-ci sont souvent en lien avec des violences subies, elles-mêmes fréquemment retrouvées dans le passé des jeunes suicidants. La mise en avant par les médias des violences que les jeunes commettent fait que celles qu'ils subissent sont largement sous-évaluées alors qu'elles représentent des sources de souffrances physiques et psychiques lourdes de conséquences.
- la fréquence du tabagisme avec une proportion de fumeuses en augmentation.
- la diminution du nombre de vaccinations effectuées chez les adolescents.

4.2 Objectifs

4.2.1 Dépister les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'accompagner le développement de l'adolescent (toutes pathologies, surcharge pondérale, troubles du comportement alimentaire, violences agies ou subies dont les violences sexuelles, consommation de substances psycho-actives...).

4.2.2 Offrir aux adolescents un lieu d'échange singulier avec le médecin sur la prévention et la connaissance des problèmes de santé.

4.2.3 Développer les connaissances sur l'état de santé des adolescents.

4.3 Description de la mesure

Elle concerne à la fois les préadolescents et les adolescents.

Il est proposé d'instaurer, pendant l'adolescence, des examens de prévention, à des âges clés du développement.

Il avait été initialement envisagé que le premier examen soit réalisé vers l'âge de 10 ans, avant l'entrée au collège, étape hautement symbolique et facilement repérable de ce fait. Mais les membres du groupe de travail ont considéré qu'il serait peut-être plus judicieux de prévoir un examen à l'âge de 12 ans, qui correspond davantage au début des transformations pubertaires¹²⁰. Un deuxième examen pourrait être réalisé vers 14 -15 ans. Selon le cahier des charges analogue, tenant compte des pathologies émergentes à cet âge, l'examen réalisé lors de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) -- qui concerne depuis 1997 à la fois les filles et les garçons (mais seulement s'ils sont de nationalité française) -- pourrait constituer un troisième bilan approfondi à la fin de l'adolescence, ce terme se référant ici au développement physique. Une solution alternative est à trouver pour les adolescents qui ne bénéficient pas de cet examen.

¹²⁰ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

Ces examens pourraient être effectués dans le cadre de la médecine de ville (publique ou privée) par un généraliste, un pédiatre ou un médecin de l'éducation nationale ayant reçu une formation préalable qui remplirait à cette occasion un certificat (à intégrer dans le carnet de santé) établissant clairement les points sur lesquels doit porter l'effort d'identification de pathologies ou d'éléments susceptibles de retentir sur la santé.

L'opportunité d'une rencontre des parents à l'occasion de ces examens est soulignée: celle-ci pourrait être recommandée, voire rendue obligatoire. Il s'agirait, en cas de problèmes repérés, d'établir un contrat d'alliance thérapeutique avec la famille, selon un processus de retour d'information.

La médecine de l'éducation nationale réalise déjà en fin de troisième un examen, non obligatoire, « d'orientation » initialement, mais dont le contenu s'est progressivement élargi. Une complémentarité est à instaurer entre ces dispositifs. Des conventions pourraient être signées, à titre expérimental et dans des départements volontaires, entre l'Education nationale et les collectivités territoriales sur la base d'un contrat d'objectifs et en mettant en place des outils d'évaluation.

4.4 Mise en œuvre

Le contenu de ces examens doit être le fruit d'une large concertation entre les organisations représentatives des professionnels de santé, des spécialistes de la santé des jeunes (chercheurs), les organismes collecteurs de données (INSERM...) et les représentants institutionnels.

Une reconnaissance particulière de ces actes est nécessaire pour exiger une consultation approfondie et mobiliser la médecine de ville. Le mode de rémunération des praticiens mérite d'être articulé avec les mesures envisagées dans le cadre de loi de santé publique.

Le résultat de ces examens (poids, taille... auxquels s'ajouteraient des éléments issus d'un questionnaire d'auto-évaluation de l'adolescent) seraient consignés dans le carnet de santé (comme les autres examens de l'enfant).

Ces consultations comporteraient un entretien dont la réalisation serait matérialisée par une case cochée afin de respecter la confidentialité, comme c'est d'ores et déjà le cas dans le carnet de santé. Elles permettraient de dessiner un parcours de développement, si utile au sujet lui-même et aux intervenants sanitaires.

La nécessité d'une évaluation (assurance de qualité) de cette mesure a été soulignée dans le cadre des réflexions du groupe de travail, ainsi que l'importance de se doter d'outils à cette fin.

Les bilans de santé doivent être codifiés afin de permettre cette évaluation. C'est pourquoi il conviendrait de développer des instruments de repérage facilement utilisables par ceux qui sont au contact des enfants et des échelles d'évaluation simplifiées devraient être conçues.

On pourrait ainsi concevoir, sur le modèle de ce qui est déjà réalisé aux 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois, qu'un exemplaire dupliqué soit transmis à une instance nationale chargée de l'exploitation des données et de l'établissement de priorités (InVS...).

La loi de santé publique, dont on ne peut que recommander la sortie rapide des textes d'application, prévoit des examens périodiques de prévention¹²¹. Il s'agit de visites périodiques de prévention individuelle qui seront présentées sous la forme d'une offre de service afin de sortir d'une perception trop réglementée et rigide de la santé publique. Leur nombre n'est pas encore fixé, des âges clé et un contenu restent à définir. Le Haut Comité de la santé publique a été saisi pour définir la périodicité souhaitable de ces examens. Une commande a été passée à l'ANAES pour que soient définis les examens complémentaires nécessaires.

Il est également envisagé d'utiliser l'examen réalisé dans le cadre de la JAPD.

La réalisation de ces examens impliquera pour les médecins :

- une formation (cf. fiche 1)
- l'engagement à respecter un protocole
- la transmission d'informations épidémiologiques.

¹²¹ Article 6 - L'article L. 1411-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé : Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés. « Dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé. »

« Art. L. 1411-7. - Des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la protection sociale précisent, en tant que de besoin, notamment :

« 1° L'objet des consultations de prévention et des examens de dépistage mentionnés à l'article L. 1411-6 ;

« 2° Le cas échéant, l'équipement requis pour procéder à certains de ces examens et les modalités techniques de leur réalisation ;

« 3° Les conditions de mise en œuvre de ces consultations, de ces examens et de l'information du patient ;

« 4° Les conditions de transmission des informations nécessaires à l'évaluation du dispositif.

« Les modalités de participation des professionnels de santé libéraux à la mise en œuvre de ces programmes sont régies par des contrats de santé publique prévus aux articles L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

5. L'adolescence, période de transition

Proposition : Améliorer la continuité des soins aux âges de l'adolescence

5.1 Constat

5.1.1 Une grande diversité de pratiques et de situations

L'hospitalisation ne concerne qu'un petit nombre d'adolescents (1% de ceux que le Pr. RUFO voit en consultation¹²²) ; ce qui explique sans doute que la réflexion sur la place de l'adolescence, dans le cadre de la médecine hospitalière, soit relativement récente et que les conditions d'hospitalisation et d'accueil en urgence des adolescents se caractérisent par une grande diversité de pratiques. La prise en charge des adolescents par les établissements hospitaliers en est l'illustration. Ici, un service d'urgences prend en charge jusqu'à 18 ans, là, la prise en charge s'arrête à 15 ans et c'est le service des adultes qui prend le relais. Jusqu'à une période très récente, les adolescents de 12 à 17 ans étaient hospitalisés soit dans des services de pédiatrie avec des enfants plus jeunes, soit dans des services de médecine pour adultes.

La dimension particulière de l'adolescence n'était pas prise en compte, comme l'UNAF a pu le remarquer à travers ses enquêtes sur l'accueil à l'hôpital. Aujourd'hui, des structures d'accueil spécifiques à l'adolescence commencent seulement à se développer, avec des équipes spécialisées et des protocoles de prises en charge particuliers. Il nous faut continuer en ce sens¹²³. Le principe pourrait être que les mineurs soient avec les mineurs, les adultes avec les adultes¹²⁴.

Il apparaît nécessaire de tenir compte, au sein des structures hospitalières, de la spécificité de l'adolescence et de ses troubles et ainsi de créer des unités psychiatriques pour adolescents.¹²⁵ Ainsi à Strasbourg, dans une unité dédiée aux adolescents, en 10 ans, la file active a considérablement augmenté, passant de 1015 à 2488 et la part des jeunes de plus de 10 ans est passée de 30 à 51 %. Le service reste un service de psychiatrie infantile et se centre sur les années collège et les années lycée. Il n'accueille que très peu de jeunes de plus de 18 ans. L'augmentation de la fréquentation des adolescents dans ce service est aussi constatée dans d'autres services : c'est la disponibilité qui semble essentielle. Le fonctionnement a été aussi adapté : cadre thérapeutique mettant à leur disposition des psychothérapies individuelles, du psychodrame, de la relaxation... mais aussi des activités en espaces de médiation : culturelles, sportives, informatique... avec apports extérieurs, activités insuffisamment prises en compte dans le pris de journée et abondées par des subventions ou des aides extérieures. Le problème est posé du maintien dans un contexte hospitalier des activités diversifiées qui font partie intégrante du soin, mais ne sont pas reconnues comme telles. Ces activités sont très

¹²² Séance plénière du groupe de travail, 3 février 2004

¹²³ Contribution écrite communiquée par l'UNAF

¹²⁴ Séance plénière du groupe de travail, 25 novembre 2003

¹²⁵ Contribution écrite communiquée par l'UNIOOSS

« chronophages » et impliquent une disponibilité du personnel qui n'est pas toujours en nombre suffisant et qui, en raison de l'implantation du service au sein d'un CHU, n'est généralement pas formé lorsqu'il arrive. L'unité d'hospitalisation à temps complet représente le problème le plus compliqué : en effet, la prise en charge psychiatrique des adolescents nécessite des cadres et des modalités différenciés. Il apparaît souhaitable d'avoir une unité d'accueil d'urgence et de soins intensifs pour une période relativement courte, mais pouvant aller à quelques semaines (à l'instar de Besançon).

Certaines pathologies qui apparaissent électivement à l'adolescence, telles que l'anorexie mentale (ou les tentatives de suicide) nécessitent une hospitalisation dans un service ayant l'expérience de ce type de pathologies. Si l'on considère l'anorexie mentale, il s'agit en général d'une adolescente dont la perte de poids est bien tolérée même si elle est très importante. Le diagnostic est souvent fait par le médecin généraliste, mais souvent tardivement, devant l'inquiétude des proches qui souvent a longtemps sous-estimé la gravité des troubles. Une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier (décision difficile à faire prendre par la famille) est alors indispensable : elle permet une double prise en charge, à la fois somatique et psychique. Exceptionnellement le pronostic vital est en jeu : l'hospitalisation doit alors s'effectuer en urgence en service de réanimation, de médecine ou de pédiatrie, parfois en endocrinologie ; elle permet de rétablir les fonctions vitales mais aussi d'effectuer les premiers entretiens qui aboutiront dans un second temps à une hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Si l'hospitalisation des adolescents nécessite des lieux spécifiques, le « lieu » n'est qu'une partie du problème. Il peut rapidement être vidé de son sens si le personnel médico-infirmier et psychosocial n'est pas sensibilisé à la prise en charge des adolescents et à des approches différenciées selon l'âge (schématiquement, moins de 15 ans ou plus de 15 ans) et si une place n'est pas donnée aux enseignants. La fonction irremplaçable que ceux-ci remplissent, lors de l'hospitalisation d'un adolescent, est de lui permettre de continuer à exercer une activité de pensée non dangereuse, qui soit au service du narcissisme ou de retrouver une telle capacité quand il l'a perdue¹²⁶.

Des efforts importants sont faits pour permettre la poursuite d'une scolarité aux adolescents hospitalisés à plein temps : quelques heures ont été accordées par le rectorat à un collègue voisin. Des relations avec d'autres institutions qui s'occupent d'adolescents se sont développées, formalisées notamment par la présence systématique sous forme de permanences de psychologues dans des collèges et lycées. Il s'agit là d'une expérience qui n'a pu être poursuivie, faute de moyens, mais ce sont les établissements qui leur adressent des patients. Un travail est mis en œuvre, entre l'hôpital et l'établissement scolaire, pour la réintégration des jeunes qui ont connu des troubles importants, notamment psychotiques. Autre expérience avec l'éducation nationale : le soutien à des classes relais ou à des ateliers relais dans le cadre d'une convention spécifique. Il existe également un travail régulier avec des structures de prévention, l'ASE...¹²⁷.

Il est par ailleurs essentiel que la famille reste présente dans le processus de soin. La qualité du contact qui peut se nouer avec les familles des adolescents est souvent déterminante pour la prise en charge des jeunes eux-mêmes. Il y a lieu de souligner l'importance qui doit être accordée au lien avec la famille. Mais il est vrai, aussi, qu'à partir de 18 ans un jeune peut s'opposer à tout contact entre ses soignants et sa famille. Il s'agira alors de travailler, avec lui, les causes de ce refus pour essayer de le dépasser. Le but du travail avec les familles n'est pas

¹²⁶ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

¹²⁷ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2004

de « trahir » des secrets mais de faciliter les échanges entre l'adolescent et sa famille. Un équilibre délicat est à entre le respect de la sphère privée auquel l'adolescent a droit, sauf exceptions, et la nécessité de préserver - ou de rétablir - la fonctionnalité des liens familiaux. Dans la mesure où le respect de l'équilibre des intérêts en présence n'est pas toujours facile, on ne peut qu'insister sur l'importance des décisions prises en équipe et sur celle des supervisions¹²⁸.

Une conférence de consensus, qui s'est tenue en 2001, est arrivée à la recommandation suivante : il faut hospitaliser les jeunes ayant fait une tentative de suicide, notamment parce que cela permet une reconnaissance de la gravité du geste, le repérage de complications, mais aussi la préparation de la prise en charge qui va suivre. Or, malgré les recommandations en la matière, 25 % seulement des tentatives de suicide (TS) donnent lieu à une hospitalisation et quand ils sont hospitalisés les jeunes le sont dans des lieux qui ne sont pas adaptés.

Le professeur LADAME a informé le groupe de travail de l'expérience de son équipe à Genève concernant la prévention du suicide des jeunes et des autres mises en danger de soi. Elle est partie de l'observation, bien documentée dans nos pays respectifs, qu'au mieux deux jeunes suicidants sur cinq arrivent dans un service de soin et qu'il s'agit 8 ou 9 fois sur 10 de jeunes filles, observation qui l'a conduit à développer une stratégie indirecte. En quelques mots, celle-ci consiste à répondre, dans un premier temps, à ceux qui sont inquiets (parents, amis, enseignants, médecins généralistes ou pédiatres, infirmiers de santé publique, travailleurs sociaux ou éducateurs, etc.) plutôt qu'à vouloir à tout prix faire venir un jeune qui ne demande rien. Quand une demande de soin existe, les trois quarts du chemin sont faits. Quand cette demande n'existe pas, elle doit être construite, et le chemin à parcourir peut être long. La démarche initiale de l'équipe consiste alors à construire, avec l'aide de ceux qui sont sur le terrain et sont remplis d'inquiétude, un filet de sécurité autour du jeune qui les inquiète, à atténuer leurs sentiments d'impuissance et à partager avec eux la responsabilité d'un possible échec. Sans perdre de vue pour autant que l'objectif, à terme, reste de permettre à ce jeune homme ou à cette jeune fille d'avoir accès à des soins. Ce dispositif de prévention est en place depuis 7 ans maintenant et a fait la preuve de son utilité. Parmi les résultats les plus notables, le Pr.LADAME relève que près de 45% des jeunes pour lesquels des tiers demandent à être ainsi « encordés » à des professionnels de la santé psychique sont de sexe masculin.

L'accueil à l'hôpital en urgence des sujets jeunes pose un problème un peu différent, dès lors qu'on envisage à un dispositif accessible 24h/24 et 7j/7. Le Pr. LADAME a été témoin d'un certain nombre de crises constituant des urgences, au sens social ou sanitaire, rapidement résolutive grâce à l'intervention d'un tiers ou après délocalisation d'un des protagonistes. Elles ne nécessitent donc pas nécessairement de lieux spécifiques, dont le coût pourrait s'avérer exorbitant, pour autant que les lieux déjà disponibles soient « contenant ». Par contre, il est indispensable que les « urgentistes », médicaux ou sociaux, puissent s'appuyer, dans un délai de 12 à 24 heures, sur l'avis de cliniciens de l'adolescence capables d'évaluer la situation dans les règles de l'art et de proposer des solutions conformes à cette évaluation spécifique. Le Pr.LADAME souligne au passage que l'adolescence ne devrait être la propriété privée d'aucun professionnel. Les revendications de telle ou telle spécialité lui paraissent stériles. L'important, c'est la qualité et la spécificité de la formation ainsi que l'expérience clinique approfondie. Cette formation peut être acquise à partir d'une formation préalable concernant d'autres catégories d'âges¹²⁹.

¹²⁸ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

¹²⁹ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

Les adolescents qui ne vivent plus dans leur famille doivent faire l'objet d'une attention particulière. Pour ce qui concerne ceux qui sont accueillis par l'aide sociale à l'enfance (ASE) :

- Les services de l'ASE¹³⁰ rencontrent des difficultés à faire admettre un enfant à l'hôpital quand il présente un état qui le nécessiterait à leurs yeux ;
- Les services de psychiatrie estiment que, trop souvent, le recours des services de l'ASE à la psychiatrie se fait pour mettre un terme à une situation de crise au sein de l'institution d'accueil¹³¹.

Concernant les jeunes déjà placés dans les circuits médico-sociaux (IME, instituts médico-éducatifs) certaines équipes, notamment celle du docteur UZE dans la Vienne puis celle du professeur BURSZTEJN à Strasbourg, ont pris conscience de la nécessité d'aider les structures d'accueil lorsqu'elles sont confrontées à une situation de crise en créant des lits (6 dans la Vienne) spécifiquement dédiés pour cette fonction. Ces jeunes restent en hôpital le temps nécessaire pour apaiser le climat interne et organiser des relais. Cette réponse permet à l'unité hospitalière d'accueil de ne pas être perçue comme l'endroit où l'on adresse « ceux dont on ne veut pas »¹³².

5.1.2 Un cadre institutionnel qui s'oriente très progressivement vers une prise en charge de l'adolescent

- De la pédiatrie à la médecine de l'adolescent

Le critère selon lequel les services et unités pédiatriques reçoivent en principe des mineurs âgés de 0 à 15 ans (inclus) c'est à dire jusqu'à la veille du jour anniversaire de leurs 16 ans est issu de la tradition hospitalière qui distingue l'enfant, défini par sa physiologie, du mineur, défini par sa capacité juridique.

La pédiatrie est étymologiquement la « médecine des enfants ». L'émergence de la pédiatrie comme discipline médicale autonome est par ailleurs récente¹³³. Considérée comme une spécialité médicale, elle est une discipline qui se réfère à toutes les sciences et techniques médicales. Elle a pour objet le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant, son domaine s'arrêtant après la puberté¹³⁴.

Cette définition médicale du champ de la pédiatrie est un point essentiel pour décider d'une admission en unité pédiatrique. Elle distingue l'enfant, défini par sa physiologie, du mineur, défini par sa capacité juridique.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a, il y a quelques années¹³⁵, estimé « souhaitable de donner aux adolescents la possibilité d'un suivi pédiatrique adapté » et jugé « que l'âge de 18 ans comme âge limite de l'exercice de la pédiatrie paraît conforme à la réalité de cet exercice médical ».

¹³⁰ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹³¹ Séance plénière du groupe de travail, 6 et 13 janvier 2004

¹³² Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2004

¹³³ Certains éléments de ce texte sont extraits du document : *l'enfant, l'adolescent à l'hôpital*, Marc Dupont et Caroline Rey-Salmon (les guides de l'APHP).

¹³⁴ Nouveau Larousse médical

¹³⁵ Rapport présenté par les Dr J-J Bouquier et J. Bouchet adopté en mars 1998

Une véritable médecine de l'adolescent s'est récemment constituée, en pleine cohérence avec les évolutions sociologiques : l'adolescence est aujourd'hui considérée comme une classe d'âge à part entière, correspondant à une période de la vie de durée significative, indépendante de l'âge de 16 ans et caractérisée par un statut physiologique et psychosocial spécifique.

Des unités médicales spécialisées ont parfois été créées en tenant compte du fait que l'adolescence est un âge de la vie à part entière, caractérisé par un statut physiologique et psychosocial spécifique. Elles accueillent des mineurs qui sont, à défaut de telles structures, répartis le plus souvent de façon aléatoire entre les services pédiatriques et les services d'adultes.

Sur le plan juridique, la capacité de l'adolescent est indépendante de son développement physiologique. Le statut du jeune patient est considérablement modifié par la majorité civile : l'âge de 18 ans, (hors le cas de l'émancipation) le place dans une situation juridique nouvelle, qui relève d'un régime - de droits et d'obligations - distinct.

Mais cette situation juridique n'a pas d'incidence sur les compétences médicales requises par le jeune patient. Bien que mineur, celui-ci peut avoir besoin de soins dispensés en service d'adultes ; il arrive également qu'il souhaite poursuivre des soins engagés antérieurement auprès de la même équipe hospitalière.

Sur le plan administratif, il est nécessaire en gestion courante de pouvoir orienter et admettre les mineurs vers les services et hôpitaux pédiatriques ou d'adultes selon des critères applicables de façon générale. Ceci d'autant plus que les patients pris en charge en service pédiatrie générale relèvent d'une tarification de médecine spécialisée sensiblement plus coûteuse qu'en médecine adultes. 70% des services de pédiatrie accueillent aujourd'hui les enfants jusqu'à 18 ans¹³⁶.

- La psychiatrie infanto-juvénile

Les dispositions générales applicables à la psychiatrie « adulte » s'appliquent à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure applicable pour la prise en charge des patients par le secteur de psychiatrie générale (« adultes »).

En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile doivent offrir des soins et services. Les équipes psychiatriques peuvent mettre à profit cette souplesse offerte par les textes pour répondre aux besoins de l'adolescent jusqu'à l'âge adulte.

Cette instabilité conceptuelle et juridique se traduit sur le terrain par une excessive « diversité des manières de faire » qui rendent les dispositifs peu lisibles et par des modes d'organisation qui tiennent parfois plus du hasard et du contexte local que d'une analyse des besoins et des réponses à y apporter.

¹³⁶ Séance plénière du groupe de travail, 3 février 2004.

Par rapport aux autres disciplines médicales de l'hôpital public, l'originalité du secteur de psychiatrie réside dans sa localisation au sein de la population, à l'extérieur des murs de l'hôpital, même si les secteurs adultes disposent tous d'un service d'hospitalisation intra-muros. Ceci est beaucoup moins vrai pour les secteurs infanto-juvéniles où l'utilité des lits à temps plein a toujours été discutée. Une circulaire publiée en 1992 est venue compléter la première pour insister notamment sur la nécessité de mise en place d'actions spécifiques pour les adolescents. Elle insiste notamment sur l'obligation de combler le déficit important de places et de lits pour accueillir les adolescents en urgence et à moyen terme¹³⁷.

La méfiance du monde psychiatrique vis-à-vis de l'hospitalisation à temps plein des adolescents (en raison du risque de rupture des liens et de "chronicisation" des troubles qu'elle peut engendrer¹³⁸) a conduit à fermer des lits d'hospitalisation qui font actuellement défaut. La plupart des équipes françaises ont privilégié au début le travail auprès des jeunes enfants et en sont maintenant à chercher comment mieux répondre aux besoins croissants des adolescents. La réponse psychiatrique aux besoins des adolescents appelle des structures diversifiées.¹³⁹

Une circulaire, publiée en 1992 insiste notamment sur la nécessité de mettre en place des actions spécifiques pour les adolescents. Elle insiste notamment sur :

- L'obligation de combler le déficit important de places et de lits pour accueillir les adolescents en urgence et à moyen terme :
- par la création de lieux spécifiques d'hospitalisation psychiatrique d'urgence à vocation plurisectorielle ainsi que des unités de soins permettant des temps d'hospitalisation plus longs ;
- par le rapprochement avec les services éducatifs et les services de l'Aide Sociale à l'Enfance pour mieux apprécier la place respective des hébergements médicalisés et sociaux en encourageant les formules innovantes.
- La formation des professionnels de l'enfance (cf. proposition 1).
- La coordination avec le dispositif médico-social et social, notamment les lieux de vie et les établissements médico-éducatifs¹⁴⁰.

Prenant appui sur quelques expériences pilotes, elle envisageait donc d'autres formules innovantes que les secteurs les plus dynamiques - ou les mieux pourvus - ont pu créer au cours de la dernière décennie.

Pour l'essentiel, il s'agit d'équipements relativement lourds et donc onéreux, qui s'adressent aux adolescents de plusieurs secteurs, voire d'un département, que l'intersectorialité soit formalisée sur un plan administratif, notamment par voie de conventions ou qu'elle fasse l'objet d'un consensus de fonctionnement.

Ces équipements peuvent être :

¹³⁷ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹³⁸ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2003

¹³⁹ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2003

¹⁴⁰ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2003

- des unités d'hospitalisation et de soins d'urgences en psychiatrie pour adolescents ont été créées dans quelques départements. Il en existe maintenant 7 en Ile-de-France mais les autres régions sont moins bien pourvues ;
- des unités d'hospitalisation spécifiques en post-aigu ou des lits dits « de suite » - souvent couplés avec les unités d'hospitalisation - afin de leur permettre d'assurer leur mission en gardant une D.M.S. n'excédant pas une quinzaine de jours ;
- des structures recevant l'appellation de « maisons des adolescents » qui sont désormais connues dans leurs principes de fonctionnement, même s'il n'en existe qu'un nombre encore limité¹⁴¹.

5.1.3 De nouvelles dispositions législatives

Le consentement du mineur doit être recherché (loi du 4 mars 2002) : à partir du moment où ce principe n'est pas contesté, on admet que le mineur dispose aussi du droit de refuser des soins auxquels ses parents consentent. Sa volonté peut sûrement contrebalancer celle des parents dans le cas de soins qui ne sont pas indispensables. Dans le cas contraire, il peut être nécessaire que le médecin force sa volonté avec l'accord de ses parents dont la mission de protection et l'autorité doivent alors primer. Le refus de soins de santé mentale, par exemple, ne peut être justifié si le mineur paraît dépressif.¹⁴²

5.1.4 Une nécessaire distinction entre l'urgence et la crise

Lorsqu'un jeune arrive dans un service de garde d'un hôpital général, il présente souvent une symptomatologie bruyante, un aspect spectaculaire qui mobilise beaucoup les intervenants. L'entourage familial est souvent très perturbé. La plupart du temps, il s'agit d'un passage à l'acte, c'est-à-dire d'une conduite agie en opposition à une conduite mentalisée. Le passage à l'acte survient comme mode d'expression privilégié des conflits et des angoisses de l'individu. Il importe alors, de savoir reconnaître ce qui se passe et de temporiser une action même perçue comme urgente.

La médecine à l'adolescence est, en effet, davantage une médecine de crise qu'une médecine d'urgence : il s'agit d'une médecine de la crise relationnelle, l'adolescent ne parvenant pas à se projeter dans l'avenir. Il faut donc travailler sur l'avant et sur l'après, avec des réponses médicales, éducatives, et sociales.¹⁴³

La priorité doit donc être de contenir l'angoisse du jeune et de sa famille, de contenir la crise qui peut :

- soit traduire une perturbation aiguë, grave, de l'ordre de la psychopathologie, et, dans ce cas, l'hospitalisation s'impose ;
- soit être la conséquence de comportements agis dans le champ social ;
- soit être relationnelle et familiale, situation dans laquelle la réponse psychiatrique, n'est pas la seule réponse possible.

L'hospitalisation d'un adolescent ne s'avère nécessaire que lorsqu'il n'existe plus de solutions possibles, solutions qui sont autant de facettes d'un prisme d'évaluation comprenant¹⁴⁴ :

¹⁴¹ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹⁴² Séance plénière du groupe de travail, 23 décembre 2003

¹⁴³ Séance plénière du groupe de travail, 25 novembre 2003

¹⁴⁴ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

- l'évaluation du fonctionnement individuel : l'adolescent ne présente plus de ressources suffisantes au niveau intra-psychique et passe à l'acte ;
- l'évaluation de la situation au niveau familial : le système familial nucléaire ou élargi ne dispose plus des ressources suffisantes pour éviter l'hospitalisation ;
- les solutions potentielles aux difficultés offertes ou non par les institutions sociales et scolaires ;
- le rôle qui pourrait être joué par l'aide sociale à l'enfance (services d'aide à la jeunesse et de protection judiciaire) dans cette situation.

Face à un adolescent arrivant aux urgences après un passage à l'acte auto-agressif, il convient de le considérer comme suicidaire de prime abord. La tentative de suicide de l'adolescent doit toujours être considérée comme un geste ultime pour maintenir ou rétablir une relation aux autres. Dès lors, il importe de mettre en place une urgence d'écoute et souvent de proposer une hospitalisation de quelques jours pour faire un travail de la crise et éviter les récurrences fréquentes.

5.2 Objectifs

5.2.1 Prévenir les ruptures dans l'accès aux soins liées notamment à la diversité des pratiques.

5.2.2 Apporter des réponses adaptées pour les pathologies spécifiques à l'adolescence nécessitant une prise en charge spécialisée (ex : anorexie mentale, tentatives de suicide) ;

5.3 Description de la mesure

Elle concerne :

- les adolescents de 15 à 18 ans, arrivant à l'adolescence avec une pathologie ou présentant une pathologie adolescente nécessitant une approche spécifique ;
- leur famille ;
- et les autres partenaires de la santé des adolescents : personnel hospitalier, secteur de psychiatrie infanto-juvénile, autres acteurs (du champ de la santé mais aussi ASE, PJJ, Education Nationale).

5.3.1 Hospitalisation en pédiatrie

- Faire évaluer par un groupe de travail la nécessité d'introduire un régime dérogatoire d'admission permanent et ouvert à une catégorie particulière de patients, dans tel ou tel service ou unités (en prenant appui sur la DHOS et la DREES) ;
- Dans l'affirmative, donner un contenu effectif aux dispositions dérogatoires déjà existantes préconisant la plus grande souplesse en ce qui concerne les âges limites d'admission dans les services d'enfants et d'adultes ;
- Inciter les hôpitaux, qui disposent d'une compétence propre pour l'organisation de ces activités médicales, à établir une fiche de missions et de structure prévoyant, pour tel service ou telle unité, pour des raisons médicales particulières :
 - l'accueil de patients de plus de 15 ans dans une unité pédiatrique ;

- l'accueil de patients de moins de 16 ans dans une unité d'adultes ;
- l'accueil exclusif de jeunes patients d'une catégorie d'âge particulière et homogène sans référence à la date anniversaire des 16 ans ;
- Formaliser les situations de dérogation, qui devront néanmoins demeurer exceptionnelles ;
- Déterminer et faire figurer, dans la fiche de missions et de structure, les spécificités qu'entraîneraient sur l'activité et l'organisation des services les caractéristiques médicales des jeunes patients qu'ils reçoivent ;
- Réexaminer, au regard des récentes directives de la DHOS, le caractère d'urgence des admissions dans les services de pédiatrie, notamment de ceux des adolescents. En effet, une admission en urgence est souvent liée à une difficulté d'ordre social, qui devrait être traitée dans un autre contexte.

5.3.2 Hospitalisation en service de médecine interne

Il y aura lieu de prévoir également des lits d'hospitalisation regroupés en unité intégrée pour les adolescents, située dans les services de médecine interne ou de spécialité, en hospitalisation complète adulte.

5.3.3 Hospitalisation en psychiatrie et traitement de l'urgence

- Répondre à l'évolution des besoins par des réponses adaptées telles que :
 - des unités d'hospitalisation et de soins d'urgences en psychiatrie pour adolescents,¹⁴⁵ des unités d'hospitalisation spécifiques en post-aigu ou des lits dits « de suite », souvent couplés avec les précédentes afin de leur permettre d'assurer leur mission en gardant une D.M.S. n'excédant pas une quinzaine de jours ;
 - une duplication de l'expérience menée dans un secteur des Hauts-de-Seine dénommée Service d'Hébergement Individualisé¹⁴⁶.

La pédopsychiatrie paraît particulièrement bien placée pour organiser et coordonner ces différents types d'institutions compte tenu de son expérience de la prise en charge globale et du travail en réseau.

- Répondre aux situations d'urgence et organiser des relais pour la prise en charge au cours de l'épisode aigu quand elle est nécessaire.
- Répondre aux besoins d'accueil de jeunes en institution lors d'une situation de crise ;
- Identifier les compétences.

¹⁴⁵ Il en existe déjà dans quelques départements (7 en Ile-de-France)

¹⁴⁶ Il permet d'offrir un hébergement individuel en studio avec suivi psychiatrique à des jeunes de 16 à 21 ans ayant des troubles du comportement incompatibles avec la vie en collectivité. Il s'agit ici d'une structure partenariale entre l'hôpital et la Protection Judiciaire de la Jeunesse

5.4 Mise en œuvre

5.4.1 Prévenir les ruptures dans l'accès aux soins liées notamment à la diversité des pratiques

Il est indispensable de faire en sorte que les services d'accueil (pédiatrie, médecine interne, psychiatrie) des adolescents, aient toute leur place dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en veillant à ce qu'une continuité des prises en charge soit assurée.

5.4.2 Adapter les dispositifs et fonctionnements institutionnels aux besoins des adolescents arrivant à l'adolescence avec une pathologie

- Inciter les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile à intervenir au sein des services d'hospitalisation notamment pédiatrique dans le cadre de l'accueil d'adolescents au sein de ces services (travail en réseau, regards croisés sur l'adolescent et indispensable soutien au personnel) ;
- Organiser des formations pour le personnel hospitalier pour les sensibiliser aux spécificités, besoins et attentes du public adolescent et les soutenir dans sa prise en charge ;
- Organiser des activités de groupe (relaxation, psychodrame, ateliers ...) ;
- Veiller au maintien de la scolarisation (un travail effectué sur ce thème avec le rectorat de Bordeaux pour que des jeunes hospitalisés puissent bénéficier d'une plate-forme électronique pour être en contact avec leur établissement a été cité dans le cadre des travaux¹⁴⁷).

5.4.3 Apporter des réponses adaptées pour les pathologies spécifiques à l'adolescence nécessitant une prise en charge spécialisée (anorexie mentale, tentatives de suicide)

5.4.4 Il s'agit de faire en sorte que les pathologies concernant les adolescents requérant une approche spécifique (anorexie, tentatives de suicide..) aient toute leur place dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

5.4.4 Sensibiliser les services d'urgence, de pédiatrie et d'orthopédie, hospitaliers aux adolescents qui se présentent de façon itérative pour des "accidents".

Ces accidents de divers types résultent souvent d'une exposition inconsidérée au danger. Ils se produisent pour des adolescents qui présentent des profils psychologiques et des antécédents particuliers. Une évaluation et un soutien médico-psychologique devraient être proposés plus systématiquement.

5.4.5 Etudier les conditions de réponse aux besoins d'accueil de jeunes pris en charge par l'ASE lors d'une situation de crise (une place pour 150 000 habitants).

Un cahier des charges pourrait être élaboré qui faciliterait la signature de conventions entre les acteurs (Etat – ARH Education nationale, PJJ – Départements, secteur associatif...)

5.5 Observations

¹⁴⁷ Séance plénière du groupe de travail, 27 janvier 2004

Sans préciser d'autres limites d'âge, des textes spécifiques (Circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences) ont promu la constitution de services d'urgence pédiatriques et de consultations externes réservées aux différentes spécialités pédiatriques.

Une circulaire de la DHOS, en préparation, porte sur les conditions d'hospitalisation des enfants et des adolescents.

6. Entre le souci et le soin : la crise

Proposition : Favoriser la diversité des structures et des lieux d'accueil pour adolescents, faire jouer les complémentarités, innover en partenariat avec les collectivités locales pour mieux répondre aux besoins identifiés.

6.1 Constat

6.1.1 Les dispositifs existants

Certains des dispositifs existants se trouvent aujourd'hui en difficulté pour répondre aux besoins des adolescents et des familles, notamment dans deux situations bien identifiées :

- lorsque des adolescents ont des comportements violents et/ou dangereux pour eux-mêmes (ou pour les autres) ou sont en situation de rupture scolaire, sociale ou familiale.
- lorsque des adolescents présentant une pathologie chronique ou très mobilisatrice d'énergie pour leur entourage, notamment (mais pas seulement) les enfants handicapés. En ce qui concerne les enfants handicapés, l'avancée en âge rend de plus en plus difficile

La situation pour la famille. Il devient nécessaire d'aider les aidants. Des solutions sont à imaginer. L'une d'elles pourrait consister en un accueil chez les assistantes maternelles. A titre d'exemple, dans le département de Seine-et-Marne (77) a été développé, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, un accueil d'enfants avec handicap chez des assistantes maternelles. Des séjours de vacances sont proposés à des enfants atteints d'affections sévères notamment par l'association l'Envol qui accueille dans son centre médicalisé de loisirs de jeunes malades âgés de 8 à 17 ans qui proviennent de 110 hôpitaux de France, ainsi que de certains pays européens.

Dans ces deux cas adolescents et familles ont besoin de souffler, de faire une pause relationnelle, de prendre un peu de distance de façon transitoire, le temps de se « ressourcer », ce qui concourt à prévenir ou à atténuer la crise.

Faute d'un nombre suffisant de structures adaptées, les adolescents alternent entre les placements en hôpital et un retour à l'école ou dans l'institution qui les accueille, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise se déclare.

La Mission CLÉRY MELIN sur « violence et santé » du 28 mars 2003 : préparation de la Loi d'Orientation en Santé Publique¹⁴⁸ invite à « Gérer la crise avant que le problème ne devienne psychiatrique : mettre en place des solutions d'hébergement pour répondre aux besoins de séparer temporairement l'adolescent de son entourage sans stigmatiser ni faire peur ; par

¹⁴⁸ « Violence et santé », préparation de la Loi d'Orientation en Santé Publique, 28 mars 2003 (page 25)

exemple, créer des espaces « Santé Jeunes » avec possibilité d'hébergement court avec des éducateurs et psychologues ».

Il importe avant tout de bien différencier crise et urgence (cf. proposition 4).¹⁴⁹

Les urgences sont des situations médicales, chirurgicales ou psychiatriques, qui nécessitent une prise en charge et une réponse thérapeutique rapide et précise. Dans cette notion d'urgence, il y a une notion de pronostic vital.

Les crises sont des moments d'une maladie, d'une évolution personnelle ou d'un système (institutionnel, familial, conjugal) qui sont caractérisés par un changement subit, positif ou négatif. Les crises sont donc caractérisées par la rupture d'un équilibre. Toute urgence peut donc être considérée comme une crise mais toute crise n'est pas nécessairement une urgence. L'adolescence par essence induit une crise, tant au niveau personnel (au niveau psychique et corporel) qu'au niveau familial où la crise d'adolescence se conjugue à la crise de milieu de vie des parents.

La crise d'adolescence n'est donc pas qu'une crise individuelle, c'est aussi une crise parentale et une crise familiale, s'étageant sur trois niveaux. La crise d'adolescence, telle qu'on l'a connue, il y a une trentaine d'années, était une crise individuelle, marquée par la volonté personnelle d'acquiescer une certaine autonomie à travers un parcours initiatique. Le seul véritable problème, que cette période posait, était alors : comment faire pour que l'adolescent s'en sorte sans se faire mal ? Aujourd'hui, très schématiquement, on est passé d'une crise de l'individu à une crise du groupe familial. Le fait que les liens sociaux se soient distendus s'est traduit par des liens familiaux sur-valorisés. Par conséquent, s'il est vrai qu'il y a crise de l'institution familiale, il n'y a pas crise du lien familial. Un grand nombre de familles sont maintenant taraudées par le souci de la réussite qui confirmera les liens familiaux : les adolescents se retrouvent soutiens de l'homéostasie familiale et ont beaucoup de mal à se déconnecter puisque la réussite de l'adolescent est assimilée à la réussite du modèle familial¹⁵⁰.

Il y a crise quand le système s'emballe sur lui-même : d'un côté, l'adolescent consomme du cannabis, on ne dira pas qu'il consomme à cause des disputes de ses parents, de l'autre, le couple traverse une crise conjugale et les parents sont persuadés qu'ils se disputent à cause de l'adolescent : le feed-back se trouble et seule une intervention extérieure peut alors débloquer la situation¹⁵¹.

Il importe d'éviter de psychiatriser d'emblée tout passage à l'acte de l'adolescent. A titre d'exemple, la violence peut intervenir dans trois types de situations :

- certains comportements prennent leur origine dans un trouble psychiatrique et nécessitent donc un soin psychiatrique : bouffée délirante, tentative de suicide, trouble dépressif majeur. Ils nécessitent une hospitalisation en milieu spécialisé.
- un autre type de violence peut intervenir dans le champ psychosocial : fugue, drogue, violence psychopathique.
- il existe aussi des cas d'urgence relationnelle et familiale.

¹⁴⁹ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹⁵⁰ Séance plénière du groupe de travail, 20 janvier 2004

¹⁵¹ Séance plénière du groupe de travail, 20 janvier 2004

Concernant les adolescents qui sont déjà séparés de leur famille, les services de l'ASE¹⁵² rencontrent des difficultés à faire admettre dans une structure sanitaire un enfant dont l'état le nécessiterait à leurs yeux. Certains pédopsychiatres acceptent d'hospitaliser ces jeunes alors que d'autres considèrent que les troubles présentés ne requièrent pas ce type de prise en charge, attribuant les troubles constatés à des carences éducatives ou à de la maltraitance, et les orientent vers le secteur social.

Il existe, en effet, différents types de réponse au passage à l'acte de l'adolescent. Le premier niveau est celui de la réponse de l'environnement social et le deuxième est celui de la réponse psychiatrique en urgence. Il importe dès lors de bénéficier de lieux d'accueil diversifiés, susceptibles de recevoir, d'écouter et d'héberger ou d'accueillir en urgence des adolescents.

L'Unité de Crise¹⁵³ est un espace qui doit pouvoir contenir les débordements de l'adolescent, les amortir, et surtout lui offrir des lieux pour penser, réfléchir et redonner un sens aux difficultés. Il s'agit d'aider l'adolescent à réinstaurer un espace psychique de représentation, à rétablir une qualité des relations à l'autre, à favoriser la restauration d'une meilleure image de soi du patient à travers le cadre, les soins, les échanges et les rencontres diverses.

La pluridisciplinarité des équipes est un élément important. Offrir à l'adolescent le loisir de rencontrer plusieurs praticiens de compétence, d'âge et de sexe différents, c'est lui permettre de s'appuyer sur chacun d'eux tout en ménageant une distance relationnelle supportable, préservant aussi une capacité de clivage. L'adolescent déposera ainsi une parole, des affects, des désirs, des fantasmes, une histoire voire des actes en chacun d'eux. Cette organisation n'est tenable que si chaque professionnel est conscient de son travail, de celui des autres, de ses limites et de la spécificité de ses tâches. Ainsi les médiations plastiques (art thérapies), les médiations corporelles (thérapies corporelles) et les médiations par le jeu ou le théâtre (psychodrame...) se conjuguent pleinement dans les soins apportés à l'adolescent. Dans le langage institutionnel, le mot atelier recouvre une multitude de pratiques allant de l'occupationnel à l'éducatif, au développement personnel, en passant par la thérapeutique.

La plupart de ces adolescents hospitalisés ont été victimes dans leur enfance de défaillances psychiques. Les ateliers leur offrent, pour résoudre leurs difficultés, un support pour « penser les pensées », pour panser les blessures. Dans les débuts de sa prise en charge, l'adolescent convie souvent les adultes, compte tenu de ses brefs temps d'investissement dans un même atelier, à fonctionner sur le registre de la pluri-médiatisation.

L'atelier médiatisé, s'appuyant sur une réalité externe, permet ainsi une expérience sensorielle et émotionnelle, une représentation des émois, une ouverture identitaire dans le cadre d'une relation à l'autre – avec le soignant ou le groupe de pairs -. Il est aussi source de plaisir et de réinvestissements dans le jeu relationnel.

Face à des adolescents présentant des troubles graves du comportement ou qui refusent d'envisager tout changement et toute entrevue, un travail peut se faire, comme pour les tout-petits, avec les parents, pour autant que ceux-ci acceptent de consulter. Bien souvent, les troubles graves de l'adolescence sont aussi des reflets, des retours d'histoires non résolues du passé qui se rejouent à travers eux. Ecouter les parents permet de penser les liens et notamment la dépendance (K. VARGA). On peut aussi retrouver les fantômes cachés dans le placard familial. L'objectif de la thérapie pourra être l'autonomie de l'adolescent si un travail

¹⁵² Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

¹⁵³ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

sur la représentation de l'adolescent dans le psychisme des parents est effectué comme on peut le faire dans les thérapies de la relation précoce ; la mobilisation des parents contribuant déjà à favoriser l'autonomie que l'adolescent cherche à acquérir.

6.1.2 L'hospitalisation à temps complet ne doit pas rester la seule réponse.

C'est ce constat qui a conduit le service de pédopsychiatrie de Strasbourg à engager des démarches : en 1999, l'ouverture d'un CMP spécialisé (le CAMPA) avec consultations et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, plus hospitalisation de jour. Parallèlement à ce développement des moyens pour les jeunes à pathologies apparaissant à l'adolescence, ils ont aussi voulu améliorer leurs structures pour des jeunes ayant présenté des troubles depuis l'enfance : création d'une unité pédagogique d'intégration (UPI) dans un collège ; hôpital de jour couplé à une scolarisation spécialisée¹⁵⁴. Il serait également intéressant de disposer d'un internat thérapeutique pour des jeunes qui nécessitent une séparation du milieu familial et un travail spécifique.

Une unité comme celle de Strasbourg dépend beaucoup des relations avec l'environnement et est donc fragile. Sur 12 lits, deux sont occupés par deux jeunes filles hospitalisées l'une depuis 6 mois, l'autre depuis 3 ans, par absence de solution de relais. Certaines institutions utilisent la psychiatrie comme mode disciplinaire ou pour résoudre des situations difficiles. Il y a un travail à faire pour changer la représentation de la psychiatrie chez certains travailleurs sociaux¹⁵⁵.

Il faudrait faire la différence entre le soin psychiatrique à apporter et l'accompagnement à la vie qui doit être pris en charge par les conseils généraux. Ce qui relève de la psychiatrie relève de la compétence Etat. Il existe une confusion entretenue entre « nécessite des soins psychiatriques » et « relève d'une hospitalisation en psychiatrie ». Les hôpitaux ayant un devoir d'accueil permanent, c'est ce qui embouteille. A la différence des personnes majeures, un mineur ne peut quitter l'hôpital s'il n'est pas prévu un lieu pour l'accueillir à sa sortie ; aussi dans les cas de situations complexes la sortie est-elle retardée¹⁵⁶.

Dans le domaine des addictions (qui concernent les abus et dépendances d'alcool, de drogues, de psychotropes, mais aussi l'anorexie mentale et la boulimie), les centres thérapeutiques à temps partiel (les CATTP) et les internats médico-psycho-pédagogiques peuvent concourir utilement à la prévention secondaire.

6.1.3 L'organisation psychiatrique

Il existe deux types de secteur psychiatrique : le secteur de psychiatrie adulte (il y en a près de 1000 en France) et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. La limite d'âge entre les deux a été fixée à 16 ans. Il existe un accord très large pour porter cette limite à 18 ans¹⁵⁷.

Au niveau des équipements, le centre médico-psychologique est au centre du réseau, c'est un lieu de consultations, implanté dans la cité, assurant les diagnostics et les soins ambulatoires. Il est complété, pour les cas les plus graves, par un hôpital de jour et un service hospitalier à temps plein. Pour les secteurs infanto-juvéniles, l'utilité des lits à temps plein a toujours été très discutée.

¹⁵⁴ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2004

¹⁵⁵ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2004

¹⁵⁶ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2004

¹⁵⁷ Séance plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

La circulaire du 11 décembre 1992 insiste sur la nécessité de créer les conditions d'un accueil spécifique des adolescents et des jeunes adultes au sein du dispositif ambulatoire des secteurs psychiatriques :

- accueil informel, utilisant des médiations variées ;
- horaires adaptés ;
- possibilité d'accueil informel, utilisant des médiations variées ;
- horaires adaptés ;
- possibilité d'entretiens anonymes.

Elle définit l'obligation de combler le déficit important de places et de lits pour accueillir les adolescents, en urgence et à moyen terme, notamment par la coordination avec le dispositif médico-social et social (lieux de vie, établissements médico-éducatifs). Elle recommande le développement des structures d'accueil à temps partiel et en particulier les CATTP.

Il existe peu de données concernant les CATTP pour adolescents, car ils sont moins développés que ceux qui existent pour les adultes. Le 1er CATTP a été créé en 1973. En 1993, il existait 335 CATTP toutes tranches d'âge confondues. Il existe en moyenne 21,5 places pour 29 enfants pris en charge. 9000 enfants sont suivis en CATTP par an (il y a sans doute une sous-évaluation du fait des limites difficiles à préciser entre hôpital de jour, CATTP, groupe fonctionnant dans un CMP).

Quelques caractéristiques générales des CATTP : bien qu'il existe une grande variété de CATTP en fonction de l'histoire des services, des équipes, de la population accueillie, des modalités de fonctionnement des groupes, on peut repérer : qu'il s'agit de structures de soins à temps partiel ; que la scolarisation est maintenue et soutenue ; qu'il s'agit d'une structure non hospitalière ; que ce n'est pas un lieu résidentiel ou de vie, ni un lieu pédagogique, mais un lieu spécifique de soins où l'établissement du cadre thérapeutique joue un rôle essentiel. Il a des objectifs thérapeutiques qui sont la reprise des investissements relationnels et intellectuels de l'adolescent avec la satisfaction de fonctionner dans un rôle actif. L'équipe pluridisciplinaire permet une diversité des investissements, le recours à des médiations (espace de rencontre avec l'adolescent) constitue une aire transitionnelle, la pose d'un cadre institutionnel établit un véritable « tiers paternel » avec des règles, un contrat, un emploi du temps. Ainsi, le fonctionnement du CATTP est, sur le plan spatial, temporel et relationnel, le reflet du fonctionnement mental. Il représente un auxiliaire de l'appareil psychique défaillant des adolescents pris en charge. Il permet enfin un véritable travail de séparation-individuation d'avec la famille sans rupture brutale du fait du travail avec l'adolescent en groupe ou individuellement, ainsi que d'une articulation permanente avec la famille : entretiens, groupes de parents... Le fonctionnement du CATTP respecte et encourage l'insertion scolaire et sociale de l'adolescent que ce soit directement par le soutien scolaire ou par des accompagnements vers l'extérieur ; par le travail de réseau (rencontres et coordination avec les équipes extérieures). Il s'adapte en permanence à l'évolution de l'adolescent grâce à des synthèses régulières et des reprises. Il intègre la famille dans le dispositif de soins : entretiens, co-construction du cadre, place centrale dans les accompagnements.

Les indications thérapeutiques du CATTP sont très variables en fonction du type de CATTP, de la formation et de la composition des équipes. Il s'agit le plus souvent d'addictions, de

troubles de l'humeur, de difficultés scolaires, de pathologies abandonniques et carencielles, d'aspects réactionnels à une crise familiale, de situations post-traumatiques, de troubles de la personnalité. Ce sont celles qui justifient un suivi soutenu ambulatoire que ce soit d'emblée ou à la suite d'une hospitalisation sur indication de partenaires spécialisés du réseau

Le CATTP fonctionne sur un mode souple, ambulatoire et s'adapte à la population desservie ; il favorise l'insertion scolaire et sociale ; il donne toute sa place à la famille ; il peut s'adapter aux horaires scolaires ; il permet des orientations thérapeutiques à la carte ; il s'inscrit dans le travail de réseau. Il est particulièrement adapté aux adolescents qui ont besoin d'un suivi intensif discontinu et d'une double approche (psychothérapique et soutien concret ayant valeur renarcissisante). Il évite l'hospitalisation lorsque celle-ci n'est pas indispensable, reste un outil privilégié du secteur de pédopsychiatrie et existe comme complément du CMP et l'hôpital de jour pour adolescents.¹⁵⁸

6.2 Objectifs

6.2.1 Permettre aux adolescents et aux familles des temps de pause dans un espace intermédiaire entre le milieu familial et la prise en charge médicale

6.2.2 Trouver des formules intermédiaires entre l'hôpital, l'établissement médico-social et le foyer familial de type accueil à temps plein, occasionnel ou à temps partiel.

6.3 Description de la mesure

Elle concerne à la fois :

- les adolescents ayant des comportements violents et/ou dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres ;
- les adolescents en situation de rupture scolaire, sociale ou familiale ;
- les adolescents présentant une pathologie chronique ou mobilisatrice d'énergie pour les familles ;
- les familles de ces adolescents.

Il faudrait bien sûr s'assurer que sont bien répertoriés et connus les lieux d'accueil déjà existants. D'ores et déjà, dans les schémas départementaux de protection de l'enfance, il est proposé aux établissements existants de créer des formes d'accueil de jour ; d'imaginer des formes souples, alternatives au placement. La grande question est de créer de la souplesse entre les différents domaines d'intervention, notamment le social et le médical.

La diversité des réponses est à préserver et à généraliser sur le territoire national : il pourrait y avoir dans chaque région un établissement géré par la fondation santé des étudiants de France. Un soutien mérite par ailleurs d'être apporté aux instituts de rééducation.

Il apparaît indispensable de préserver les structures ayant un savoir-faire (par exemple les instituts de rééducation) qui peuvent apporter une réponse appréciée et pallier dans certains cas l'insuffisance de structures. Plutôt que de s'en tenir à une carte régionale qui conduit à

¹⁵⁸ Réunion plénière du groupe de travail, 6 janvier 2004

fermer des établissements alors que la région voisine est sous-équipée, il faudrait envisager et formaliser des accords interrégionaux qui permettraient à des structures de qualité de continuer à exercer leur activité, répondant ainsi à des besoins qui ne trouvent pas d'autre réponse.

Les réponses peuvent être de deux ordres :

6.3.1 Réponse médico-sociale

- Incitation à la création, au sein des hôpitaux, de lits de crise ou d'unités de crise
- Redéploiement de places d'accueil à temps plein en places à temps partiel (demi-journées ou une à deux journées par semaine).
- Soutien aux instituts de rééducation.

6.3.2 Réponse éducative

- Un internat scolaire modernisé pourrait permettre une scolarité à l'abri des tensions ou de la crise familiale, de parents aimants mais qui sont dans l'incapacité, pour une raison ou pour une autre, d'apporter le soutien éducatif et l'étayage indispensables.

6.3.3 Autres types de réponses

- La création d'une petite unité au sein de laquelle des adolescents pourraient être accueillis le temps nécessaire pour organiser des relais et assurer un étayage familial (risque de stigmatiser ?) ;
- La création de quelques places par structure en veillant à ne pas dépasser un seuil au-dessus duquel cette dernière risquerait de se trouver en difficulté ;

Une réflexion destinée à adapter en conséquence les internats scolaires serait opportune. D'autres solutions sont à inventer, soit à partir d'actions mises en œuvre pour les jeunes enfants (ex : Association *l'Enfant présent*, à Paris) ou à partir de l'expérience acquise par les lieux de vie (dont l'existence a été légitimée par la loi 2002 et qui ont fait l'objet d'un rapport de l'IGAS).

Un logis des familles, internat accueillant les adolescents tout en faisant un travail avec les familles pour reconstruire les liens et renouer le dialogue pourrait être créé dans chaque département. Il s'agirait de petites maisons adossées ou non au collège pour lesquelles serait créé un fonds d'investissement sur le modèle du FIP.

Une campagne de communication permettrait que la séparation ne soit pas perçue comme un échec dans l'esprit du public (cf. *Parents pas si facile*), campagne réhabilitant notamment les internats - collèges: en effet, notamment dans les milieux défavorisés, la séparation a une connotation négative. Si les bienfaits à en attendre étaient suffisamment perçus, les adolescents et les familles pourraient utiliser ce recours avant la crise.

Ces pistes de réflexion nécessiteraient un travail approfondi avec l'Education Nationale et la DGCL.

6.4 Mise en œuvre

Le décret sur l'accueil temporaire des enfants handicapés qui est en cours d'élaboration va apporter une réponse à certains des besoins identifiés dans le cadre des travaux du groupe.

Dans le cadre d'une action se situant au-delà des obligations légales qu'ont les collectivités locales, les départements - qui ont la charge de ces enfants - pourraient allouer une subvention globale de fonctionnement aux internats scolaires dans le cadre de conventions d'objectifs et de moyens.

A titre expérimental, dans le cadre de conventions, un éventuel accueil en foyer de l'enfance pourrait constituer une expérience pilote dans deux ou trois départements volontaires. Cette mesure, distincte des prises en charge traditionnelles, s'inscrirait dans une approche pluri-partenaire des problèmes sur la base d'un contrat d'objectif et ferait l'objet d'une évaluation.

6.5 Observation

Il faudrait identifier :

- les structures alternatives qui feraient la jonction entre l'école et l'hôpital, lieux médico-sociaux où les enfants pourraient suivre des classes en attendant un retour à l'école.
- les structures de jour permettant un accueil temporaire ou à temps partiel.

7. Des « maisons » pour les adolescents

Proposition : créer des lieux d'accueil et de soins pour adolescents (et adultes jeunes) s'adressant également à leurs familles.

7.1 Constat

Les structures intervenant en faveur des jeunes sont multiples, mais on peut regretter une absence de lisibilité pour le public de l'organisation des services de santé. C'est le cas notamment de l'organisation des services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie¹⁵⁹ : l'exemple cité est celui d'un jeune qui peut se voir refuser une place dans le secteur infanto-juvénile parce qu'il approche des 16 ans, dans le secteur adulte parce qu'il ne les a pas encore ou se voir adresser d'un secteur à l'autre pour des raisons de compétences géographiques.

Le rapport de défiance entre les jeunes et les institutions, notamment celles qui incarnent l'autorité (justice, police), obère le lien social et doit faire l'objet d'une attention prioritaire. Cette question de société appelle une cohérence des interventions des institutions publiques et des divers acteurs concernés, pour rétablir un rapport de confiance entre les institutions et les jeunes et favoriser leur participation à la communauté des citoyens.¹⁶⁰

Il est important de développer un partenariat autour de l'adolescent que ce soit celui des professionnels de la santé, le généraliste, le dentiste par exemple, les partenaires éducatifs, mais aussi les partenaires en lien avec la santé mentale. Rien ne peut se faire sans un maillage constructif en considérant l'individu comme une entité, et seule la mise en réseau des spécificités permettra au sujet de rester « un » et d'avoir une aide cohérente.

La problématique santé des adolescents doit être coordonnée entre les différents acteurs appelés à intervenir auprès d'eux en décloisonnant les secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux. La santé des adolescents devrait faire l'objet d'une attention particulière et coordonnée au sein des agences régionales de santé.

Afin de favoriser la prise en compte des souffrances de l'adolescent qui refuse un suivi thérapeutique ou plus généralement qui ne considère pas « qu'il va mal », il conviendrait d'encourager le développement de lieux d'accueil et d'écoute pour adolescents qui ne seraient ni « étiquetés » ni connotés négativement du fait qu'ils relèvent de la psychiatrie ou de la psychologie, voire tout simplement du milieu médical, mais qui seraient au contraire des lieux pluridisciplinaires¹⁶¹.

Les maisons des adolescents, facilement identifiables, pourraient combler les insuffisances repérées.

¹⁵⁹ Séance plénière du groupe de travail, 13 janvier 2004

¹⁶⁰ Contribution écrite communiquée par le FASILD

¹⁶¹ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

De telles « maisons » offrent la possibilité de réunir sous un même toit les dispositifs sanitaires (somatiques et psychiques, ambulatoires et résidentiels), sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face à des difficultés passagères ou permanentes. Elles évitent la fragmentation des institutions et permettent d'accéder à des services et à des professionnels suffisamment au fait de l'adolescence pour proposer des réponses adéquates quelle que soit la demande initiale. Elles répondent ainsi au mieux à l'exigence actuelle de développer des consultations « à bas seuil » pour faciliter l'accès aux soins à ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels.

Mais les maisons des adolescents ne sont pas pour autant à l'abri de dangers si leur fonctionnement n'est pas défini avec clarté et rigueur. Plusieurs garde-fous méritent d'être introduits :

Une maison des adolescents ne doit pas se contenter de juxtaposer des services assurés par des professionnels de différentes origines sauf à ce qu'elle ressemble à un centre commercial alignant les unes à côté des autres des boutiques qui n'ont pas de lien entre elles. Un fonctionnement en réseau de l'ensemble des intervenants est indispensable même si ceux-ci ont des employeurs différents. Il faut donc une personne identifiée à la tête du réseau qui en assume la responsabilité. Ce qui importe, c'est que ce responsable soit reconnu par les partenaires du réseau pour ses compétences spécifiques dans le domaine de l'adolescence et pour ses capacités de « case manager » face à des situations complexes impliquant plusieurs intervenants. Il doit être lui-même capable de reconnaître la valeur de chacun des membres de l'équipe et la spécificité de la place que ceux-ci occupent et d'où ils interviennent. Cette spécificité devrait protéger contre le risque – combien redoutable – que chacun se sente autorisé à faire tout et n'importe quoi. Par contre, l'ensemble des intervenants de la « maison » devraient pouvoir bénéficier d'une formation commune dans le domaine de l'adolescence, quelle que soit leur formation professionnelle de base.

Au cours d'une séance spécifique du groupe de travail¹⁶² consacrée aux réponses que constituent d'ores et déjà les maisons de l'adolescent, plusieurs équipes ont témoigné de leur expérience en la matière.

Pour le professeur MARCELLI (Poitiers), il faut des structures de soins coordonnées et complémentaires permettant de s'adapter aux besoins de l'adolescent et aux expressions pathologiques qui sont, à cette période de la vie, différentes selon la tranche d'âge considérée :

- Chez les collégiens, elles sont peu spécifiques, centrées autour de la scolarité, avec une grosse demande des parents et un besoin d'étayage parental. Ce sont des pathologies floues, avec des problèmes scolaires, mais qui présentent des risques : risque social de déscolarisation, fixation dans une lignée pathologique qui se révélera peu après.
- Chez les lycéens, les pathologies sont plus organisées, avec une conflictualité majeure parents/adolescents. Les actions thérapeutiques individuelles sont possibles : la psychothérapie, mais aussi les psychodrames, une prescription médicale toujours raisonnée (ils sont trop souvent « mal traités ») après négociation avec l'ado et chacun des deux parents. Les logiques sont différentes.

Il semble par ailleurs important d'intervenir en amont, là où sont les adolescents. En effet, plus les adolescents sont malades, moins ils font une démarche vers le soin. A Poitiers, des infirmiers supervisés par un pédopsychiatre interviennent donc en collège et en lycée. Avec le médecin de l'Education Nationale et des psychologues ils forment des équipes et encadrent

¹⁶² Séance plénière du groupe de travail, le 6 janvier 2004

des personnels de l'éducation nationale. Ils constituent des équipes ressources et assurent des consultations d'évaluation. Le professeur MARCELLI met en garde contre l'écoute qui produit de la résonance et aggrave les problèmes, c'est de l'évaluation des situations qu'il faut faire. Au cours du débat qui a suivi cette audition, il a été fait référence à une étude de Marie CHOQUET, mettent en évidence des interventions en boucle qui aggravent progressivement les choses quand les professionnels qui interviennent ne sont pas formés. Lorsque l'on forme les infirmiers scolaires, on a moins de ré-adressement et on envoie moins aux psychiatres que les consultations standards d'infirmiers tout venant d'autres établissements scolaires.

A Bordeaux, le Pôle Aquitain de l'Adolescence¹⁶³ se situe au centre Jean Abadie créé par le docteur Xavier POMMEREAU, en plein cœur de ville, et se compose de quatre services destinés à la prise en charge des 10-25 ans. Ce dispositif comprend tout d'abord un service de consultations externes à « large entrée » (somatiques et médico-psychologiques) coordonnées entre elles pour une meilleure reconnaissance des signes de mal-être exprimés à travers des plaintes corporelles et/ou psychiques. L'évaluation s'assortit d'une orientation qui peut se faire soit vers le réseau, soit vers l'une des trois unités d'hospitalisation spécialisées que comporte le Pôle. L'originalité du site réside en effet dans sa capacité à proposer un séjour hospitalier spécifique, en fonction de l'âge et des troubles observés.

Les unités fonctionnelles du Pôle aquitain de l'Adolescence bénéficient, en fonction de leurs besoins et de leurs orientations, de l'intervention *in situ* de professionnels n'appartenant pas au champ sanitaire : professeurs bénévoles de l'Association de Soutien Scolaire aux Enfants Malades (ASSEM), éducateurs sportifs de la Ville de Bordeaux, avocats du Centre de Recherche d'Information et de Consultation sur les Droits de l'Enfant (Association CRIC). Le Pôle aquitain de l'Adolescence constitue une expérience originale en France illustrant la nécessaire adaptation du service public hospitalier aux besoins actuels des 10-25 ans en souffrance.

Au Havre, comme l'a exposé le Dr Alain FUSEAU, une unité adolescents a été montée il y a de nombreuses années, en pédiatrie. Puis est apparue la nécessité de fidéliser les adolescents qui consultaient un peu partout, mais n'étaient pas suivis. Les secteurs de pédopsychiatrie ne voyaient plus d'adolescents après 12 ans et les secteurs de psychiatrie adulte n'en voyaient pas avant 18 ans. Il y avait un manque. Une réflexion sur la création d'un pôle de référence - où tous les adolescents en souffrance psychique pourraient se rendre pour trouver un soin adapté à leur souffrance- a donc été engagée. Ce lieu ne devait pas être trop marqué par la psychiatrie ou l'hôpital. C'est donc une structure très neutre qui a été choisie pour y créer un lieu de soins ambulatoires qui fasse intervenir de manière réelle le somatique (pédiatres, gynécologues et nutritionnistes). Pour évaluer les besoins, un temps de concertation a été organisé entre tous les professionnels de l'adolescence avant d'ouvrir le service. Ce sont eux qui ont configuré la maison de l'adolescent actuelle, structure unique bien centrée dans la ville, facilement accessible et facilement identifiable. Ce sont des professionnels formés (psychologues, infirmiers, éducateurs) qui accueillent les adolescents en 1^{ère} intention. Des activités de groupe sont proposées aux plus jeunes : penser leur fait peur ; il leur faut d'autres modalités de prise en charge que la thérapie individuelle.

L'équipe paramédicale intervient aussi sur les sites hospitaliers. La maison de l'adolescent s'articule avec la maison de la justice et du droit et envisage de mettre en place une consultation juridique : en effet, elle reçoit beaucoup d'agresseurs et de victimes et des questions d'autorité parentale sont également soulevées. La pertinence d'une consultation d'orientation scolaire paraît plus contestable : l'environnement scolaire peut en effet être

¹⁶³ Contribution écrite communiquée par le Dr Xavier Pommereau

perçu comme très persécutif. Les adolescents qui sont à 20 % adressés par des établissements scolaires redoutent qu'il y ait communication entre la MDA et leur établissement.

L'espace Arthur, à Marseille, créé par le professeur Marcel RUFO est une structure différemment positionnée avec 8 lits d'hospitalisation temps plein et 4 places en hôpital de jour.

L'espace reçoit des adolescents de Marseille, hors Marseille et parfois hors département. Ils ne reçoivent pas en urgence. En théorie les jeunes accueillis ont entre 12 et 18 ans, en pratique c'est plus souple. Ces jeunes ont des troubles du comportement alimentaire, phobies scolaires ou sociales, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), psychoses apparues à l'adolescence.

Les modalités de prise en charge sont les suivantes : la demande vient souvent d'un tiers (parent) avec troubles objectivables (problèmes scolaires, relationnels, comportementaux). Il s'agit d'une approche globale par une équipe pluridisciplinaire (psychologues, psychiatre, psychomotricienne, assistante sociale, 2 enseignants à temps très partiel). La durée moyenne d'hospitalisation est de 3 semaines et un soutien scolaire est assuré pendant cette période.

Il s'agit d'une unité ouverte où chaque adolescent vient de son plein gré et doit adhérer aux activités qui le concernent. A son entrée, il signe un contrat de soins par rapport au règlement intérieur, ce qui fixe un cadre. Le travail avec les parents est très important (une fois par semaine en moyenne). Les agents de service hospitaliers aident l'adolescent à repasser son linge, à ranger sa chambre. Il existe un planning d'activités chaque semaine (équitation, théâtre, musique, sorties au ski ou à Porquerolles...) financées par des associations et des fondations, le conseil général. L'équipe comporte à la fois des infirmières, des éducatrices, des assistantes sociales.

A Bobigny, la maison des adolescents « CASITA¹⁶⁴ » va ouvrir début mai 2004 à l'hôpital Avicenne et sera dirigée par le professeur Marie-Rose MORO. C'est une structure de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris qui a répondu aux multiples sollicitations de l'Ecole, de la Justice, du Conseil Général, du Conseil Régional et de l'Etat. Un réseau très élargi a été ouvert, avec analyses de pratiques et propositions d'action, partant du principe qu'il y avait une carence, non pas d'approches, mais de propositions d'actions individualisées suffisamment prolongées pour être efficaces. La notion d'une maison des adolescents était dans l'air du temps. Elle a été proposée avec la notion d'alliance avec l'adolescent et ses parents, dans un esprit spécifique, pluridisciplinaire, et adapté à ce moment de passage : l'adolescent va se transformer rapidement, il faut réagir vite. Une remise à niveau scolaire individuelle, est prévue et obtenue avec, en contrepartie la participation, des enseignants à la maison des adolescents, qui se rendront au domicile quand il le faudra. La population est multiculturelle, la traduction dans les consultations, dans les groupes, dans les projets proposés est prévue. Pour répondre aux demandes des professionnels du réseau, il fallait aller plus loin en faisant se rencontrer les différents acteurs autour des adolescents avec des analyses des pratiques et de la supervision.

Le projet de maison des adolescents de Cochin intègre des ateliers thérapeutiques qui sont le complément de l'hospitalisation et de la consultation dans le cadre de la mise en place d'une prise en charge globale, soignante, éducative, affective, cognitive et culturelle du sujet. Ils ne peuvent être considérés comme une fin en soi mais comme un outil pour réactiver la vie et le jeu psychique chez un individu. Ces ateliers ont une fonction essentiellement expressive, corporelle et artistique. S'y ajoutent des lieux d'échanges, d'apports éducatifs, de cognition et de soins culturels. La part du maintien de l'enseignement scolaire est prioritaire et s'articulera

¹⁶⁴ Centre d'accueils de soins et d'interventions thérapeutiques pour adolescents

avec cette unité. Ces activités ont un rythme précis pour chaque adolescent et ont pour objet de faciliter la resocialisation.

Cette maison des adolescents qui prendra en charge les pathologies névrotiques et dépressives, les troubles du comportement alimentaire aura aussi pour vocation d'accueillir en hospitalisation des adolescents présentant un certain nombre de pathologies somatiques, avec un retentissement psychologique, quelle que soit la spécialité d'organe dont ils relèvent, permettant de développer une prise en charge des patients mieux adaptée à leurs problèmes spécifiques.

La maison des adolescents est résolument ouverte sur la ville ; un espace Santé - Prévention en est l'illustration, conçu pour créer des contacts avec des prestataires différents dans l'environnement physique et social des adolescents (éducation, loisirs, sport) mais aussi auprès des institutions représentant les corps sociaux et tout le système éducatif qui en découle. Les adolescents de 12 à 19 ans et ceux qui les accompagnent devraient y être accueillis 7 jours sur 7. L'espace Santé – Prévention, d'accès ouvert, est à la fois un centre d'information, un lieu d'écoute et d'orientation et une structure de formation pour l'éducation à la santé et à la prévention des adolescents, leurs parents, les membres d'associations et les professionnels notamment de l'éducation nationale et du réseau psychosocial et médical. Ce travail de prévention (éducation globale de la santé, modes de vie, prise de risques, gestion des plaintes, conduites de dépendance, prévention du suicide, détection des troubles psychologiques, victimologie, etc.) fait partie intégrante du projet complétant le travail de soins. Il s'adresse non seulement aux adolescents, mais aussi aux professionnels du réseau amont, afin de les sensibiliser à la prise en charge la plus précoce possible des troubles.

7.2 Objectifs

7.2.1 Accueillir les adolescents et leurs familles sur un site répondant à une demande d'information sur la santé et la prévention, impliquant une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale.

7.2.2 Proposer aux adolescents des lieux répondant à leurs besoins de santé (au sens large) qu'il s'agisse de conseils, d'une aide au développement d'un projet de vie ou d'une prise en charge plus spécifiquement sanitaire.

7.2.3 Coordonner les réseaux médico-sociaux existants sur le territoire d'intervention en associant des partenaires institutionnels, le monde associatif de prise en charge des adolescents et le secteur privé.

7.2.4 Favoriser des démarches volontaires des adolescents vers les soins.

7.2.5 Veiller au développement des compétences des acteurs de première ligne (familles, enseignants...). Soutenir les enseignants en collège et en lycée pour qu'ils trouvent des éléments de re-médiation internes et que soient distingués ce qui est de l'ordre du pathologique et ce qui fait partie du développement normal.

7.3 Description de la mesure

Sont concernés à la fois :

- les adolescents
- les familles
- les autres acteurs et partenaires de la santé des adolescents : tout intervenant relevant du secteur santé, justice, culture, éducation, recherche...

7.3.1 Les maisons des adolescents sont des lieux d'accueil, de prise en charge et d'orientation, adaptés aux attentes des adolescents, têtes de réseau et pôles de référence en terme d'information, formation des professionnels de santé, des parents et autres partenaires, inscrit dans un partenariat formalisé avec différents partenaires intervenant non seulement dans le champ de la santé mais aussi dans le domaine social, éducatif, judiciaire.

Ce sont des structures où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement, sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire.¹⁶⁵ Ces lieux doivent être clairement identifiés afin de faciliter leur repérage.

7.3.2 L'action « Maison des adolescents » comporte plusieurs volets :

- Une sensibilisation de tous les professionnels concernés par les jeunes, la prévention, (surtout par rapport au suicide)
- Une prise en charge clinique (psychologique et somatique adaptée)
- Un accompagnement éducatif, social et juridique, car nombreux sont les adolescents qui posent des questions portant sur le thème des agressions et des victimes.

7.3.3 L'accueil est individuel et familial :

- Actions en direction des adolescents

Des lieux d'accueil et d'écoute doivent permettre aux adolescents de trouver une aide en cas de besoin. Le dialogue entre les enfants et les parents doit être encouragé.

- Actions en direction des familles

Il est important que les parents puissent également y trouver des réponses à leurs préoccupations¹⁶⁶. Il faut créer également des lieux d'information pour les familles. Ces lieux pourraient être ceux consacrés aux adolescents ou alors des espaces distincts. Le groupe s'interroge sur la manière d'introduire les familles dans ces maisons. Faut-il un endroit spécifique pour accueillir les parents ? les adolescents peuvent-ils bénéficier d'un lieu qui soit aussi un lieu parental ?

Les MDA doivent s'engager dans le partenariat avec les associations familiales ; elles développeront sans doute des pôles de compétence, ne pouvant tout couvrir.

- Actions en faveur des autres partenaires de la santé des adolescents

L'idée d'un plateau technique avec des médecins, des psychologues, des psychiatres semble intéressante pour aider les institutions (du secteur social et de l'éducation spécialisée en particulier, mais aussi de l'Education nationale) dans leur ensemble à trouver des solutions

¹⁶⁵ Séance plénière du groupe de travail, 12 novembre 2003

¹⁶⁶ Contribution écrite communiquée par la CSF

pour des jeunes en souffrance. En effet, il serait judicieux que le secteur sanitaire, au niveau local ou départemental, puisse mettre à profit ses compétences en les diffusant auprès des autres professionnels.¹⁶⁷

7.3.4 Différentes modalités d'intervention peuvent être associées au sein de ces structures :

- un accueil en urgence ;
- une équipe mobile allant dans les services de soin auprès des adolescents et des jeunes adultes hospitalisés ;
- une équipe de liaison se rendant à l'extérieur à domicile (adolescents phobiques) ou dans les lieux où se trouvent les jeunes (écoles, missions locales) ;
- un centre d'accueil à temps partiel ;
- des consultations multidisciplinaires (psychologiques, familiales, transculturelles, gynécologiques, pédiatriques, juridiques...)
- des ateliers thérapeutiques ;
- des consultations « indirectes » : deux personnes d'une équipe peuvent venir rencontrer un professionnel de la MDA pour évoquer une situation, la manière dont l'alliance s'est établie, leurs façons de faire, les difficultés rencontrées...

Ce sont des pôles ressource en tant que lieux de soins, de recherche et d'enseignement avec un centre de bases documentaires sur la santé des adolescents.

Les maisons des adolescents animent, coordonnent les réseaux médicaux et sociaux existants sur leur territoire d'intervention en associant des partenaires institutionnels (justice, éducation, sport, culture), le monde associatif et le secteur privé. Elles dynamisent et garantissent la coordination des réseaux existants auxquels elles ne se substituent pas.

Un comité de pilotage, constitué de représentants de toutes les institutions, contribue à animer et organiser les réunions de réseau qui doivent se tenir régulièrement.

Elles assurent la cohérence des actions menées en faveur des jeunes tant au niveau départemental que municipal.

7.4 Mise en œuvre

Les maisons des adolescents s'inscrivent dans un partenariat formalisé avec :

- les institutions : directeur de l'ARS, services hospitaliers de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de pédiatrie ou de médecine interne, collectivités locales, Education nationale, autorités judiciaires (tribunal, PJJ)...
- les représentants des professionnels et autres acteurs (notamment associatifs) intervenant dans les champs sanitaire, social, éducatif, judiciaire.

Les responsabilités et engagements respectifs sont formalisés sur la base d'un contrat d'objectifs communs, à charge pour les acteurs locaux de trouver, en fonction de la structure qu'ils envisagent de mettre en place, la formule la plus appropriée.

Elles peuvent orienter leurs actions autour de différents axes :

7.4.1 Actions en direction des adolescents

¹⁶⁷ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

Elles devront être individuelles, bien entendu, mais également collectives (groupes de parole entre jeunes ou en présence d'un professionnel, animation en lien avec une activité musicale, sportive...) afin qu'un dialogue puisse être amorcé, avec un éducateur le cas échéant.

7.4.2 Actions en direction des familles

Il convient de consolider les REAAP (réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) afin de favoriser la communication entre les parents et leurs enfants, faciliter l'accès à l'information et, si nécessaire, le contact avec des professionnels susceptibles d'aider les familles. Il est nécessaire de soutenir les lieux d'accueil enfants - parents et de favoriser leur mise en réseau. Enfin, il conviendra d'assurer la coordination avec les Points Infos Familles (PIF), annoncés lors de la Conférence de la famille en avril 2003.¹⁶⁸

7.4.3 Mise en réseau des professionnels

La circulaire de 1992 précédemment citée insiste notamment sur la poursuite et le développement du travail de liaison et de partenariat des équipes de secteur avec l'Education Nationale, avec la pédiatrie où sont souvent accueillis en première intention les jeunes suicidants, avec les centres d'accueil des jeunes en difficulté sociale, avec les services éducatifs et judiciaires.

Concernant les liens entre les services de santé et la justice, la circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 « relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté » prévoit un partenariat justice / santé.

La mise en place de maisons des adolescents suppose un travail de concertation approfondi entre la DGS, la DGCL, l'ADF et l'Education Nationale. Il y aura lieu d'associer les GRPS, groupements régionaux de santé publique qui coifferont les ARH puis les ARS.

7.4.4 Intégration dans une politique nationale en faveur des adolescents organisée à trois niveaux :

- au niveau national
- au niveau régional : c'est l'échelon retenu dans le cadre de la loi de santé publique pour la définition et l'évaluation des objectifs de santé publique de l'Etat :

« Art. L. 1411-12. — Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une conférence régionale ou territoriale de santé publique a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique de l'Etat.

« Lors de l'élaboration du plan régional de santé publique de l'Etat, elle est consultée par le représentant de l'Etat et formule des avis et propositions sur les programmes qui le composent.

« Elle est tenue régulièrement informée de leur état d'avancement ainsi que des évaluations qui en sont faites.

« Elle procède également à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

« Ses avis sont rendus publics.

« Art. L. 1411-13. — La conférence régionale de santé publique, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, est présidée par une personnalité désignée à raison de ses compétences. Elle comprend notamment des représentants des collectivités

¹⁶⁸ Contribution écrite communiquée par l'UNIOPSS

territoriales, des organismes d'assurance maladie, des malades et des usagers du système de santé, des professionnels de santé, du conseil régional de l'ordre des médecins, des institutions publiques et privées de santé, de l'observatoire régional de la santé ainsi que des personnalités qualifiées.

- au niveau départemental :

Il apparaît nécessaire de favoriser une plus grande lisibilité et une plus grande cohérence de l'existant sans pour autant dénaturer les missions et le rôle de chacune des structures. Pour cela, il semble important pour l'UNAF de créer un « réseau départemental de l'adolescence » dont l'objectif serait de favoriser la cohérence des actions et la concertation entre les intervenants (services, maisons de l'adolescence, personnes qualifiées, associations) sans présumer des besoins et des attentes des adolescents, et d'impulser une dynamique forte, en particulier dans le domaine de la prévention. L'UDAF pourrait jouer un rôle dans la coordination de ce réseau.¹⁶⁹

La constitution d'un Comité de Programmation Départemental composé des représentants de l'Etat, du Département, de la Région, des représentants des élus locaux, des experts associatifs, sanitaires, sociaux et scolaires, pourrait inaugurer l'application d'une véritable « Charte de l'Adolescence »¹⁷⁰.

Afin d'optimiser l'ensemble des mesures, de renforcer la cohérence du dispositif local et départemental, la distribution d'un « guide ado » apporterait les informations, adresses, conseils de santé et de prise en charge, lieux d'accueil, numéros d'urgences hospitalières, numéros verts..., commune par commune. Il apporterait aux parents comme aux adolescents une réponse adaptée à chaque situation de détresse ou de vie quotidienne en se reposant sur les réseaux locaux et départementaux.

7.5 Observations

Les maisons des adolescents constituent un cadre de référence tout en ne s'érigeant pas en modèle : les structures répondant à ces objectifs peuvent se décliner selon des modalités adaptées à la réalité du terrain.

Un volet recherche peut être associé à cette structure en lien avec l'INSERM, le CNRS.

Les données épidémiologiques émanant de ces unités devraient participer à la définition des priorités à faire émerger en matière de santé de l'adolescent.

¹⁶⁹ Contribution écrite communiquée par l'UNAF

¹⁷⁰ Contribution écrite communiquée par l'Institut des Hauts-de-Seine

**SYNTHESE DU RAPPORT
SANTÉ, ADOLESCENCE ET FAMILLES**

Les diverses études et comparaisons internationales montrent que les adolescents français vont globalement bien. Ils l'expriment d'ailleurs eux-mêmes, dans les différentes enquêtes portant sur ce sujet. Ils ont peu recours aux professions médicales, même si ce fait peut donner lieu à des interprétations diverses.

La santé de l'adolescent ne peut être réduite à une approche médicale. C'est au contraire l'affaire de tous et, en particulier, celle des adolescents eux-mêmes. La santé relève d'une dynamique permanente et du maintien d'un équilibre. Il s'agit, à tout moment, de trouver les ressources nécessaires pour rétablir cet équilibre.

L'adolescence est d'abord, et avant tout, une période de modifications du corps, la transformation pubertaire, un moment d'interrogation sur ces mutations et leur signification. Ce moment complexe ne trouve pas toujours les réponses adéquates. Il doit être mieux accompagné tant physiquement que psychologiquement.

La question de la santé des adolescents doit prendre en compte l'éducatif et le social, sans cloisonner les approches. Il importe en effet que les nombreux intervenants, les nombreuses institutions qui ont la charge du suivi des adolescents dans les différents domaines de leur vie agissent de façon plus coordonnée et plus cohérente et qu'ils partagent, tout en restant dans leur domaine de compétence, une culture commune.

Des comportements des adolescents peuvent avoir des effets immédiats sur leur santé et d'autres déterminer leur santé future d'adultes. Certaines tendances qui se dessinent ou certains constats (augmentation du surpoids et de l'obésité, faible estime de soi durant cette période de la vie, relations difficiles entre les filles et les garçons, désarroi des familles...), ainsi que la gravité de troubles du comportement, conduisent à promouvoir un examen par les pouvoirs publics de cette question de la santé des adolescents.

Mieux informer et former les différents acteurs, dans le domaine de la santé des adolescents

Mise en place d'un référent par département qui aurait pour mission d'identifier les ressources en terme de santé des adolescents et de favoriser les formations des professionnels et associatifs en contact avec les adolescents.

Les actions visant à soutenir les familles dans leur action éducative auprès des adolescents méritent d'être valorisées.

Des modules de formation sur l'adolescence pourront être inclus dans la formation initiale et continue des professions médicales. La création de nouveaux diplômes universitaires (ou inter-universitaires), à l'instar de ceux de Poitiers, Paris ou de Marseille, favoriserait une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de l'adolescence.

Rendre les adolescents acteurs de leur santé, notamment en les incitant à maîtriser les risques inhérents à cette période de la vie.

Instauration de campagnes d'information notamment dans les lieux scolaires mais aussi associatifs ; soutien aux réseaux de téléphonie en direction des adolescents et aux initiatives émanant des adolescents et des jeunes à des fins de prévention.

Etendre sur toute la période de l'enfance les actions de prévention, notamment en rendant possible, à titre expérimental, la poursuite des actions de PMI jusqu'à 12 ans.

Entre 0 et 6 ans les enfants bénéficient de 20 examens intégralement pris en charge par l'assurance maladie. En revanche, entre 6 et 12 ans, rien de tel n'est prévu. Or durant cette période de nombreux troubles peuvent être détectés et traités. Une meilleure répartition de ces examens sera recherchée ; leur nombre pourra être légèrement accru afin de mieux couvrir la période entre 6 et 12 ans. A titre expérimental, les compétences de la PMI peuvent connaître une extension sur cette tranche d'âge.

Instaurer, à des âges clés du développement des adolescents, des examens de prévention

Pour accompagner les adolescents dans leur développement, les informer personnellement et dépister les troubles éventuels, il est proposé d'instaurer, sur la base d'un protocole à établir, des examens de prévention, à des périodes clés, qui comporteront un entretien et un examen clinique.

Prévenir les ruptures dans l'accès au soin des adolescents

La continuité des prises en charge entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte n'est pas toujours clairement assurée aujourd'hui. Les autorités organisatrices des soins devraient veiller à pallier ce dysfonctionnement à la faveur d'une organisation commune et partagée par l'ensemble des acteurs, eu égard à la spécificité de la prise en charge des adolescents et des pathologies émergeant à cette période.

Favoriser la diversité des structures et des lieux d'accueil pour adolescents

Il arrive qu'une séparation temporaire d'avec la famille constitue un moyen de prévenir la crise dans des situations diverses. Les pouvoirs publics devraient faciliter la création de lieux d'accueil diversifiés pour les adolescents, notamment en promouvant un internat scolaire rénové ainsi qu'en encourageant toutes les formules d'accueil souples et à temps partiel, tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur socio-éducatif.

Créer des maisons pour les adolescents

Il s'agit d'instaurer des lieux d'accueil spécifiques qui peuvent être des sites nouveaux ou une mise en réseau de structures existantes. Les adolescents, et ceux qui les entourent, pourront trouver des réponses à une demande d'information sur la santé ou la prévention et, si besoin est, bénéficier d'une prise en charge sanitaire. Ces sites contribueront au développement général des compétences des acteurs de première ligne.

RAPPEL DES PROPOSITIONS