



PREFET DU RHÔNE

C S F E
**Comité des Services aux Familles
et à l'Éducation**
Département du Rhône – Métropole de Lyon



**PRÉVENTION
ET SANTÉ
DES ADOLESCENTS
SUR LE TERRITOIRE
DU RHÔNE**

□
*Enquête auprès des
acteurs de terrain*

OCTOBRE 2019

Jacqueline
Costa-Lascoux

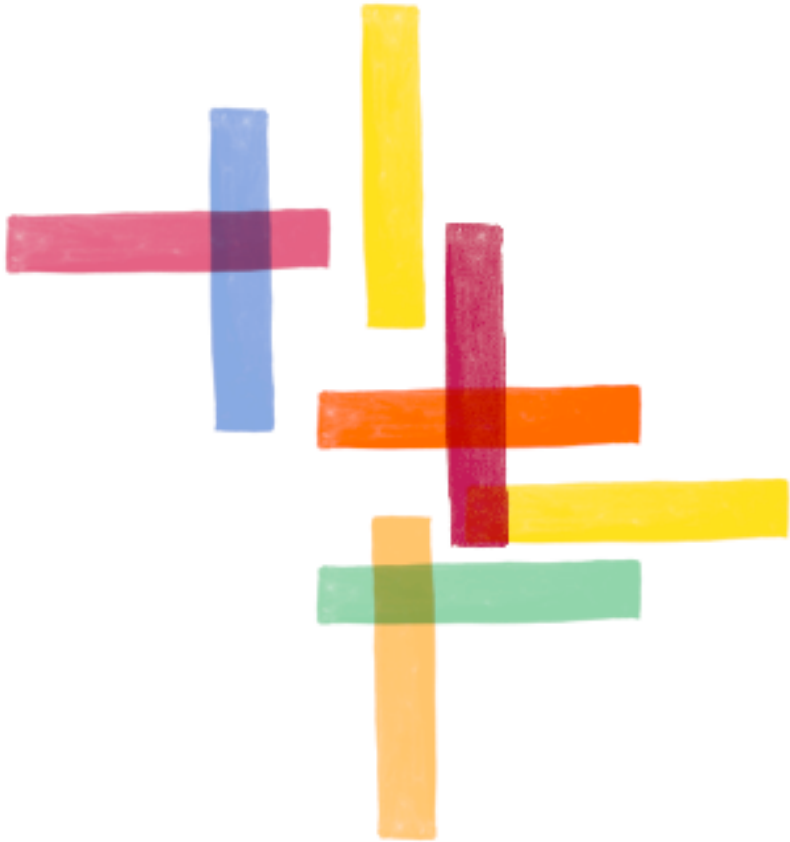
□
Directrice de recherche
au CNRS

Enquête menée par Jacqueline Costa-Lascoux, Directrice de recherche au CNRS, associée au Cevipof, Sc po Paris, intervenante à l'ADRIC, avec la collaboration de David Salque, étudiant en master 2 à l'Université de Lyon 2.



▣
SOMMAIRE
▣

<i>Avant-propos</i>	5
PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE	6
UN THÈME MAJEUR	
UN LABORATOIRE D'IDÉES	
I ▣ UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE	11
1 - LA PERCEPTION DES ADULTES	15
a • <i>Le désarroi des parents d'adolescents</i>	
b • <i>La diversité des acteurs de la santé</i>	
2 - LA PERCEPTION DES ADOLESCENTS	25
a • <i>L'ambivalence à l'égard de la maladie et des soins</i>	
b • <i>La tyrannie des apparences</i>	
c • <i>La santé mise en danger</i>	
d • <i>Cas d'urgence</i>	
e • <i>La place centrale de la sexualité</i>	
II ▣ QUESTIONS EN DÉBAT	37
1 - MALAISE DANS L'ÉDUCATION	38
2 - CONTINUITÉ ÉDUCATIVE ET PARCOURS DE SANTÉ	39
3 - DISPARITÉS DE L'OFFRE DE SOINS	40
III ▣ LES PRÉCONISATIONS	43
LES IDÉES FORCES	
DES MESURES SPÉCIFIQUES	
ANNEXES	48
<i>La grille d'entretien</i>	
<i>Les secteurs éducatifs étudiés</i>	



Le CSFE est une instance présidée par le Préfet du Rhône ou son représentant et co-présidé par la présidente de la Caf du Rhône qui comprend : les services de l'Etat (Direction des services départementaux de l'Education nationale et Direction départementale de la Jeunesse et des sports et de la Cohésion Sociale), le Conseil départemental, la Métropole de Lyon, la MSA Ain-Rhone, l'Udaf 69, l'AMF 69, la Cour d'appel de Lyon et un représentant des associations d'éducation populaire.*



Avant-propos

Le Comité des services aux familles et à l'éducation - Département du Rhône et Métropole de Lyon (CSFE)* - a pour mission de promouvoir une action globale et concertée dans les champs des politiques éducatives jeunesse, parentalité et petite enfance sur l'ensemble du territoire du Rhône.

Cette démarche permet de favoriser la mise en synergie des dispositifs éducatifs avec ceux liés aux services aux familles.

Le CSFE a voulu donner la parole aux professionnels et acteurs des politiques en matière de prévention et de santé des adolescents :

- Quelle est à leurs yeux l'évolution des attentes des adolescents et de leur famille ?
- Quelle est leur perception sur les conditions de mise en œuvre de leurs actions, les difficultés, les freins et les propositions d'évolution ?
- Quelle est leur réflexion sur les postures, les pratiques, la relation aux autres acteurs et aux parents ?
- ... et surtout quelles sont leurs préconisations ?

Ce recueil de paroles a été confié à Jacqueline Costa-Lascoux, Directrice de recherche honoraire au CNRS, juriste, sociologue et psychanalyste, Présidente du Comité études et prospective du CSFE, qui a conçu et mené les entretiens, assistée par David Salque (étudiant master 2 - Université Lyon 2) poursuivant des études sur le genre et ayant une première expérience professionnelle auprès du Bourgmestre d'Ixelles à Bruxelles.

Cette synthèse s'adresse aux gestionnaires ou acteurs de dispositifs, aux élus, aux formateurs, salariés ou bénévoles, à tous ceux qui œuvrent pour la prévention dans le domaine de la santé.

Le CSFE



UN THÈME MAJEUR

Les deux premières enquêtes menées sur le territoire du Rhône, l'une sur *Les actions de soutien à la parentalité* (2015), l'autre sur *Les politiques éducatives* (2017), ont fait émerger un thème majeur d'inquiétude du côté des parents et de mobilisation du côté des professionnels et des acteurs de terrain : la santé des adolescents envisagée sous l'angle de la prévention.

La thématique réunissait à elle seule un grand nombre d'interrogations sur les politiques publiques de prévention, sur les pratiques éducatives des familles et sur le rôle des professionnels ou associatifs agissant auprès des jeunes. D'autres enquêtes menées auprès des parents corroboraient l'importance de la santé des adolescents, classée au premier rang de leurs préoccupations. Il s'agissait donc d'être précis sur les objectifs et sur la méthode pour recueillir les paroles des acteurs dans leur diversité et leurs spécificités.

Les principaux objectifs de l'enquête étaient de :

- faire le constat de la situation des adolescents dans le Rhône au regard de leur santé, telle qu'elle est appréhendée par les acteurs de terrain et en respectant leur propre définition de l'adolescence ;
- envisager la santé sous tous ses aspects : physique, psychologique, conduites à risque, addictions, radicalisation ;
- établir un bilan des mesures de prévention mises en œuvre par les acteurs de terrain et, à travers leurs témoignages, mieux comprendre la relation aux adolescents et à leurs parents ;
- recueillir les préconisations des professionnels et des acteurs de terrain.

La méthode d'enquête devait favoriser la libération de la parole :

- une **soixante d'acteurs de terrain** a été entendue par petits groupes de trois ou quatre personnes, ayant des formations, des fonctions, des disciplines différentes ;

- **sous forme d'échanges libres pendant trois heures**, à partir d'une grille d'entretien par questions ouvertes (cf. en annexe), autour de trois grands axes de réflexion reprenant les objectifs de l'enquête : la perception de la situation sanitaire des adolescents, leur expérience des mesures de prévention mises en oeuvre, leurs préconisations ;

- **la définition et les limites d'âge de l'adolescence étaient fixées par les interviewés eux-mêmes**, selon leurs fonctions et leurs contraintes professionnelles ou selon leur positionnement vis-à-vis des adolescents auprès desquels ils interviennent. L'accord s'est fait sur le début de l'adolescence autour des 12-13 ans, correspondant aux premières années du collège. En revanche, la fin de l'adolescence dépend de considérations institutionnelles (pour la pédopsychiatrie, par exemple) ou de considérations sociologiques, comme le début des études supérieures, le départ du domicile parental, l'entrée sur le marché du travail, la vie en couple... toutes notions sujettes à caution, notamment au regard du concept d' « adulescence » ;

- **l'enquête se déroulait dans les locaux de la CAF du Rhône, en dehors de la présence des responsables** qui pouvaient être des interlocuteurs et des financeurs réguliers du travail de ces acteurs de terrain ;

- **les entretiens étaient enregistrés pour vérification des citations** et pris en notes par Jacqueline Costa-Lascoux et David Salque. Les fonctions et les structures concernées sont indiquées dans le rapport, mais les propos sont rapportés en respectant l'anonymat de leur auteur ;

- les entretiens ont eu lieu de **novembre 2018 à mai 2019**.

Les personnels de la Protection judiciaire de la Jeunesse, malgré les autorisations nécessaires de leurs hiérarchies, n'ont pas pu participer à cette enquête. Il en a été de même pour les services hospitaliers d'urgence, du fait de leur surcharge de travail.



UN LABORATOIRE D'IDÉES

Les propos recueillis auprès des différents acteurs de terrain ont fait apparaître :

- le souhait des professionnels, malgré des contraintes lourdes de travail, d'avoir des temps d'échange sur leurs pratiques, au-delà des réunions avec la hiérarchie, les financeurs ou leurs pairs. En cela, la méthode d'enquête a été plébiscitée : « C'est un vrai bonheur de pouvoir parler et discuter de ce que chacun fait, en prenant le temps de le faire et d'écouter les autres » ;

- la volonté de témoigner des difficultés rencontrées mais aussi des expériences innovantes et des réussites qualitatives, dont les bilans comptables ne sauraient rendre compte. De nombreux interviewés ont demandé que les appréciations qualitatives de leur travail soient mieux intégrées dans les évaluations ;

- le sentiment d'être au cœur des problèmes de société, est une expérience qui est une source de connaissance des évolutions sociales et culturelles. Les savoirs des enquêtés se sont révélés très divers selon les expériences du terrain et, le plus souvent, complémentaires. Chaque séquence de l'enquête apportait des éléments nouveaux, non réductibles aux apports des précédentes séquences, et chaque interviewé découvrait des façons de faire différentes de la sienne ;

- la capacité d'adaptation aux transformations rapides des structures familiales et des relations parents/enfants est revendiquée comme une constante préoccupation des interviewés. Beaucoup regrettent de ne pas être suffisamment consultés lors des nouvelles réformes : « On a toujours l'impression d'avoir un temps d'avance, mais que cela n'est pas pris en compte, déclarait une pédiatre, or rien n'est plus changeant que l'âge de l'adolescence avec ses codes et ses modes » ;

- la demande d'une meilleure coordination des actions sur le plan départemental est majoritairement affirmée et le schéma départemental est considéré comme une avancée pour une réelle politique de prévention.

- la participation à l'amélioration des dispositifs et des actions par des propositions autant factuelles que réflexives est un souhait largement partagé par les professionnels et par les associatifs. Le travail en partenariat est l'objet de nombreuses revendications croisées.

Au total, les entretiens ont suscité des remarques récurrentes sur :

- le plaisir des interviewés de faire part de leurs expériences et de leurs réflexions, afin de les partager et d'en débattre ;

- le souci de présenter des propositions comme un véritable engagement pour la prévention du mal être et des troubles observés chez de nombreux adolescents ;

- une attente forte d'être informés des résultats de l'enquête et d'une restitution publique prolongeant les échanges commencés en petits groupes.

Par respect pour la qualité des entretiens et des propos livrés très librement par les interviewés, le présent rapport est centré essentiellement sur le recueil de leurs paroles.







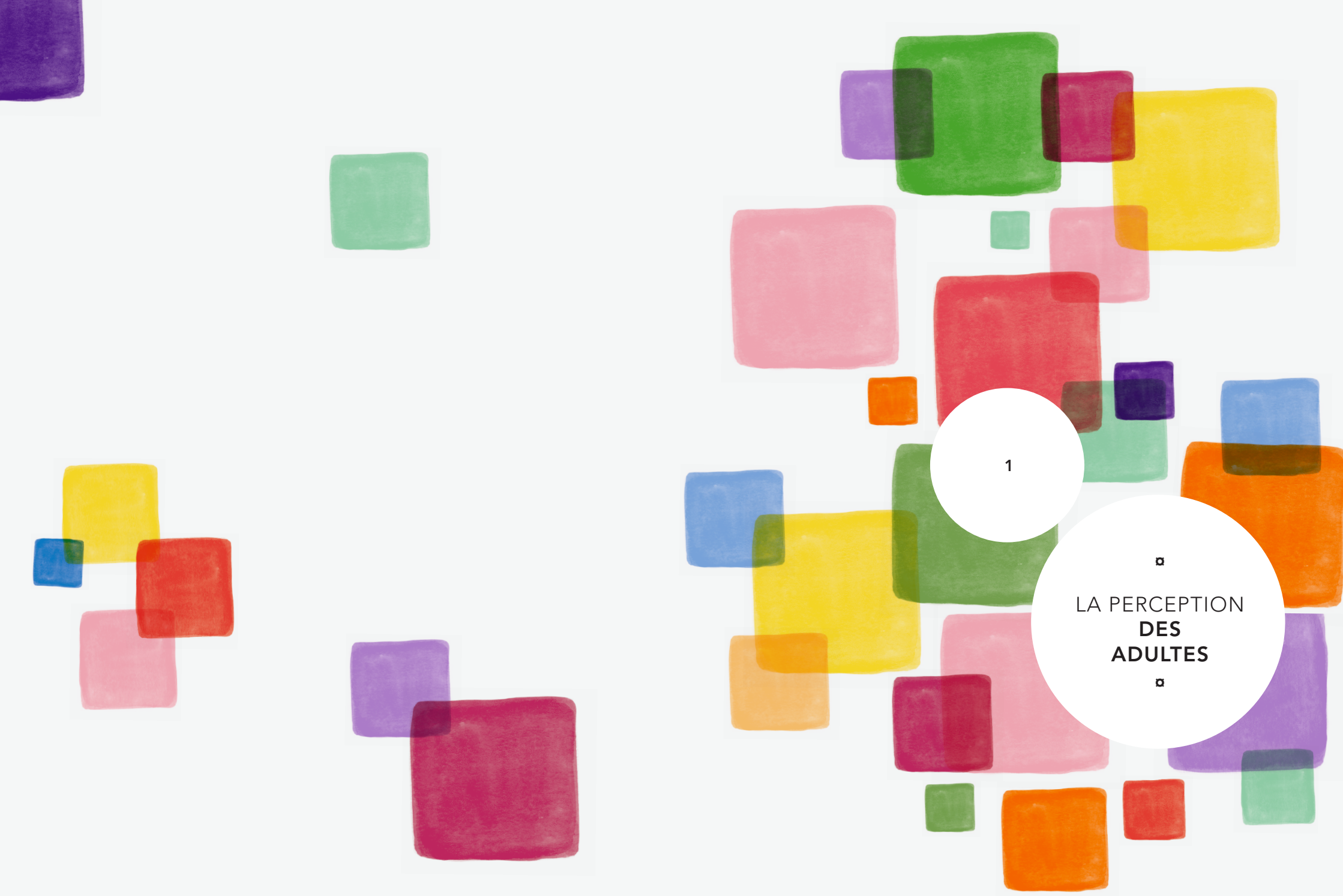


I- UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

Les adolescents sont nombreux à aller bien, à s'épanouir, à réussir. Ce n'est pas de ceux-là dont l'enquête a traité en priorité, même s'ils n'ont pas été ignorés parce qu'ils contribuent à la compréhension de l'adolescence.

La soixantaine de professionnels et d'acteurs de terrain interviewés ont témoigné de la situation sanitaire des adolescents à travers ce qu'ils observent et ce qu'ils entendent de la part des adultes, parents ou professionnels, et de la part des adolescents eux-mêmes. Ils ont également témoigné des difficultés qu'ils rencontrent, notamment quant aux dysfonctionnements ou aux carences de certains dispositifs.

Afin de prévenir les différents maux dont souffrent nombre d'adolescents et de leur permettre d'accéder au bien-être, les acteurs de terrain ont apporté des critiques lucides sur certaines situations existantes et ils ont proposé des mesures plus respectueuses des spécificités de l'adolescence.



1

▣
LA PERCEPTION
DES
ADULTES
▣

1 – LA PERCEPTION DES ADULTES

Les jeunes adolescents viennent fréquemment consulter les professionnels de la santé et les structures dédiées avec un parent (le plus souvent la mère), mais, en grandissant, ils cherchent à s'affranchir de la tutelle parentale et se font accompagner par des pairs ou font la démarche seuls. À l'âge de l'adolescence, le rapport aux parents est complexe et peut évoluer rapidement, mais le lien aux parents est au cœur des problèmes.

a • Le désarroi des parents d'adolescents

Le recueil de la parole des parents par les acteurs de terrain met en évidence un ensemble de propos et d'attitudes qui traduisent la difficulté à trouver la bonne distance à leurs adolescents. Mal préparés ou désemparés, les parents expriment :

- **leurs incertitudes** face à ce qui est communément nommé « la crise de l'adolescence ». Tantôt les parents essayent de justifier, en minimisant des changements qu'ils ne comprennent pas (« Il faut que jeunesse se passe, on a tous été adolescents, ce n'est pas grave »), tantôt, ils se résignent ou renoncent à comprendre (« Ma fille essaie chaque jour quelque chose de nouveau. Une petite fille par moment, une femme à d'autres moments, et les changements sont brusques. De toute façon, elle ne nous écoute plus et n'en fait qu'à sa tête ») ;

- **la méconnaissance du monde des adolescents**, de ce qu'ils partagent avec leurs pairs, leurs centres d'intérêt, leurs angoisses « Ils vivent en dehors de nous ». De nombreux professionnels déplorent une vision faussée des parents en fonction de ce qu'ils croient avoir été pendant leur propre jeunesse ou de ce qu'ils ont lu dans des magazines et entendu à la télé. « L'ignorance des parents, qui n'ont jamais rien vu venir, est sidérante » remarquait une psychologue de l'Institut Bergeret.

Cet aveuglement, plus ou moins affirmé, est une cause de souffrance chez des jeunes qui essaient de se construire. De leur côté, les parents vivent mal le goût du secret de leurs ados, tels ces journaux intimes verrouillés ou ces sites et ces applications dont ils ne connaissent pas le code d'accès.

La coupure communicationnelle accentue la fracture générationnelle. La question des « fréquentations » revient aussi sans cesse : « leurs copains comptent plus que la famille ». « Certains parents passent à côté de leur adolescent, y compris lorsqu'il y a des déséquilibres alimentaires graves et un mal-être visible », remarquait une infirmière scolaire. Comment se fait-il, par exemple, que des parents ne voient rien du harcèlement qu'endure leur enfant ! ».

Les stéréotypes, teintés de compassion et de souci de protection des enfants, font partie des obstacles rencontrés dans la relation des parents avec leur adolescent, mais aussi dans la relation avec les professionnels, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. « Je ne comprends pas, c'est quand même moi qui l'ai fait, c'est ma chair, c'est mon sang... ! » déclarent des mères de famille dépassées et meurtries par les problèmes de leur adolescent : « Je me suis sacrifiée pour lui, et voilà ce que j'ai en retour ». Notre époque se glorifie de parler avec ses adolescents, d'avoir une plus grande proximité intergénérationnelle et, pourtant, les incompréhensions semblent toujours vives, souvent recouvertes par le déni ;

- **la difficulté de transmettre les règles les plus élémentaires d'hygiène de vie** est à la mesure de celles rencontrées par tous les adultes lorsqu'ils veulent transmettre leur expérience et leurs savoirs à des jeunes qui cherchent à se faire leur propre opinion et à choisir leur façon de vivre. Ceci s'explique, certes, par la méconnaissance du monde des adolescents, mais aussi par la tendance à multiplier les injonctions et les sanctions quand les parents sentent leur adolescent « regarder ailleurs ».

C'est notamment dans la vie quotidienne, que les conflits s'exacerbent. Le comportement des parents hésite entre le respect de l'autonomie du jeune et la volonté de le diriger, voire de le sanctionner pour « lui éviter les embûches de la vie ». Alors, le caractère répétitif des règles d'hygiène irrite particulièrement les adolescents qui veulent se libérer des contraintes, notamment sur ce qui leur appartient : leur corps. Le sommeil, la nourriture, le vêtement, la propreté corporelle sont autant d'occasions de rébellion ;

- **les réactions contrastées** entre surinvestissement ou résignation des parents caractérisent nombre de relations parents/ados. « Beaucoup de parents veulent bien faire, parfois, trop bien faire, sans lâcher la bride, et ils provoquent ainsi des attitudes de rupture. À un autre moment, conscients des échecs, ils renoncent, baissent les bras. Ce n'est pas la rupture mais le délitement des

liens. Les deux attitudes conduisent à l'isolement de l'adolescent », remarquait un pédopsychiatre ;

- **l'effacement des pères**, trop souvent absents, devient une réelle préoccupation sociale, psychologique, politique... « La disparition de figures masculines dans l'éducation crée chez certains ados une sorte de vertige psychique qui nuit à leur construction identitaire » résumait une pédiatre. Même si l'on observe la réapparition de quelques pères chez les parents d'élèves au collège et au lycée, la féminisation des métiers du soin et de l'éducation, l'augmentation du nombre de familles monoparentales, font que des adolescents ont l'impression de n'avoir croisé que des femmes, des « puissances maternelles et maternantes » durant toute leur enfance. Le vide ressenti peut être destructeur.

Ce n'est évidemment pas l'évolution des mœurs et de la structure familiale qui sont en cause, les figures éducatives pouvant prendre des formes différentes, mais le décalage entre des modèles traditionnels de référence et le vécu des adolescents dans une société en mouvement. Dans de nombreux dossiers de jeunes radicalisés, par exemple, ce schéma identitaire est particulièrement présent, parfois accompagné d'une relation à la limite de l'inceste avec la mère (le fils est mis en place de l'homme et du père ayant abandonné le foyer) : « le lien fusionnel avec la mère est volontairement interrompu par le processus de radicalisation. On coupe le cordon ombilical pour devenir un homme, un héros » (une psychologue de l'Institut Bergeret) ;

- **l'impact des différences culturelles sur les représentations du corps, de la maladie, de la sexualité est au cœur** de la quête identitaire des adolescents. Plusieurs professionnels soulignent la prégnance de modèles culturels patriarcaux qui ne correspondent plus aux évolutions de la société ni aux images que les médias, la publicité, les jeux vidéos, les différentes formes de créations artistiques, les progrès scientifiques, les avancées politiques et institutionnelles peuvent en donner. Les adolescents fragiles ressentent durement ce clivage. Ils sont désorientés et n'ont pas toujours l'audace d'explorer d'autres voies que celles qui régissent la famille, la communauté ou le quartier dans lesquels ils vivent. Or, plus les difficultés de l'adolescent s'accroissent plus, généralement, les parents rigidifient leur attitude dans le rappel à des valeurs traditionnelles : « Ils s'en font un devoir moral et ils se raccrochent à ce qu'ils croient être le mieux. Les règles pleuvent, notamment sur les filles » (une infirmière scolaire).

Les tabous et interdits sur le corps, la nourriture, le vêtement, la sexualité, la virginité, la procréation, sont la cause de nombreuses souffrances. À l'inverse, « l'injonction de vivre la liberté de son corps de façon débridée, pour être *up to date*, crée d'autres désordres psychiques. La question essentielle est celle des droits fondamentaux de la personne de l'adolescent. Malheureusement, de nombreux parents ignorent l'existence même de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 et des textes pris en application de celle-ci. Les châtiments corporels comme l'usage du ceinturon ou les séquestrations, par exemple, n'ont pas disparu dans certaines familles et sont mêmes considérés comme bénéfiques pour l'éducation des enfants et des adolescents ;

- **le peu d'information** sur les différents services qui reçoivent les adolescents est un propos fréquemment émis par les parents : « On ne sait pas où s'adresser ni s'il y a des services près de chez nous. Pour la petite enfance, c'est clair ; pour l'école aussi, mais pour la santé, si notre ado ne veut pas aller voir le généraliste, on ne sait pas quoi faire ».

Cette phrase, maintes fois entendue, traduit une impression plus générale de nos concitoyens ne pas être suffisamment informés, quand bien même les sources d'information se multiplient et sont de plus en plus accessibles. Cela conduit à une réflexion des professionnels sur la nature même des renseignements qu'attendent les jeunes et leurs parents, sur les lieux et les supports de l'information, sur le contenu du message.

b • La diversité des acteurs de terrain

Les interviewés ont tous exprimé, à des titres divers, leur intérêt, et parfois leur passion, à travailler avec des adolescents. L'ampleur de la tâche est à la hauteur des obstacles rencontrés, mais aussi des réussites obtenues dans la construction de l'autonomie progressive d'un adolescent : « On mesure ce que l'on fait au choix que des jeunes sont capables d'accomplir pour changer leur vie ».

La prise en compte insuffisante des spécificités de l'adolescence, de ses codes, de ses demandes et de ses attentes, de ses stratégies, revient comme un leit-motif chez les professionnels et les acteurs de terrain dans leur diversité. Les lieux d'accueil ne sont pas assez nombreux, les acteurs de

terrain et les personnels de santé ne sont pas assez formés aux problèmes de cette classe d'âge, à ses pathologies et aux thérapies adaptées, peu préparés aussi aux relations avec des familles, souvent inquiètes parfois revendicatrices ou « hors circuit » voire maltraitantes.

La médecine scolaire est elle-même en difficulté, faute de médecins et, même si un effort non négligeable a été fait en faveur des infirmières scolaires, celles-ci ont la tâche difficile en étant « en première ligne pour recevoir et écouter des adolescents mal dans leur peau, peu avertis des problèmes de leur corps et de leur santé, et sans grands moyens thérapeutiques. Certaines d'entre nous, déclarait une infirmière scolaire, tournent sur plusieurs établissements ».

Plus généralement, des enquêtés déplorent d'être inféodés à des seuils d'âge dépendants du cursus scolaire ou de règles juridiques obsolètes (ex. pour la pédopsychiatrie limitée à l'âge maximum de 16 ans... « C'est toute une politique de l'adolescence et de prévention qu'il s'agirait de repenser » ont déclaré une majorité d'interviewés. C'est aussi une politique d'ensemble à laquelle collaboreraient des spécialités différentes.

La multiplicité des acteurs correspond à une gouvernance disparate selon les territoires et à des financements mal identifiés. L'éparpillement et la mauvaise répartition des moyens créent des inégalités selon les territoires et selon les milieux sociaux. Or, cette inégalité ne semble pas se résorber au niveau de la prévention en faveur des adolescents, particulièrement vulnérables : « Souvent, on a l'impression de rester dans le flou et de ne pas avancer d'un pas. Or, les statistiques montrent des pans entiers de la prévention qui sont délaissés » (un pédiatre).

Le manque de structures adaptées en psychiatrie est plus particulièrement souligné. Si des services spécialisés existent, publics et privés, la pédopsychiatrie mériterait un développement que nombre de professionnels, d'acteurs de terrain, de parents, appellent de leurs vœux. Concentrée dans la Métropole, l'offre de service se fait rare dans les « zones blanches » du département et, surtout, le personnel vient à manquer face à des troubles croissants d'adolescents non pris en charge. Les délais s'allongent jusqu'à huit ou neuf mois pour obtenir un rendez-vous. Les adolescents finissent alors aux urgences lorsqu'il y a une crise paroxystique. Pour une politique de prévention, la réponse est nettement insuffisante.

Le développement des conduites à risque change la donne concernant les mesures de prévention. Souvent, ces conduites surgissent brusquement à l'insu des parents et de l'entourage. Elles se produisent lors d'une fête « entre copains » ou après un concert, lors d'une compétition via internet en faisant monter les enchères pour accentuer le risque encouru. La volonté de repousser ses limites s'accompagne d'une mise en scène de soi et d'un exhibitionnisme créant une effervescence collective. La fréquentation régulière de sites internet contribue à cette mise en danger caractéristique d'une adolescence qui cherche à exister et à se faire reconnaître. Le *binge drinking* jusqu'au coma, la conduite automobile en état d'ébriété ou d'overdose, les jeux de suffocation ou de saut dans le vide... sont autant de formes de dialogue avec la mort. La prévention, individuelle et collective, aurait peut-être permis d'éviter ces comportements suicidaires.

La banalisation des addictions est sans cesse évoquée comme l'un des grands défis des politiques de prévention en matière de santé des adolescents. Toutes les substances modifiant le système nerveux et sensoriel, donnant l'illusion de « planer », d'être « un autre soi-même », d'entrer dans un univers inaccessible aux autres, ouvrant à des sortes de « fraternités de consommateurs », attirent des adolescents en mal d'une vie qui serait « plus belle ailleurs ». Tous les milieux sociaux sont touchés : des enfants de cadres supérieurs bénéficiant d'un argent de poche substantiel, qui dédouane les parents de leurs carences éducatives, aux jeunes des quartiers sensibles se procurant l'argent et les substances par le trafic. Les parents ne cherchent pas toujours à comprendre et ils deviennent parfois complices, telles ces mères servant de « nourrices » (cachant la drogue et l'argent de la drogue). Ce phénomène est évidemment sociétal, économique et politique, mais la prévention se limite le plus souvent à une information factuelle sur les dangers physiologiques et sur les sanctions juridiques, certes, fort utiles, mais peut-être insuffisantes pour une éducation à la santé. Les campagnes de sensibilisation seraient à repenser fondamentalement.

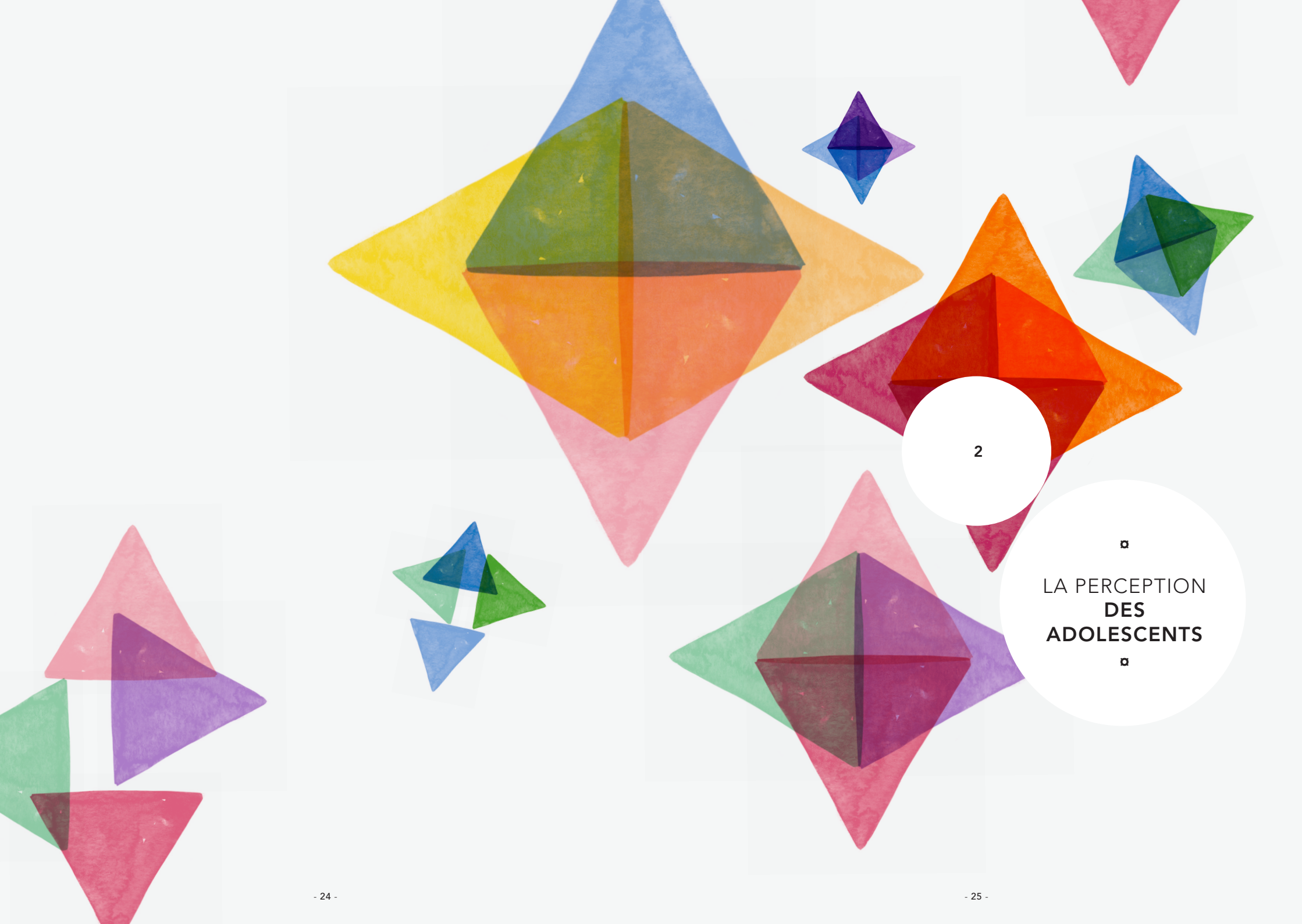
L'envahissement des écrans engendre de nouvelles formes d'addiction. Les adolescents regardent en moyenne quatre à cinq heures par jour leurs écrans (ordinateurs, tablettes, smartphones, jeux vidéos...). Ils communiquent en permanence via les réseaux sociaux et consultent les sites, en dehors le plus souvent de tout contrôle. Les heures privilégiées pour s'adonner à cette addiction sont durant la nuit, hors de la présence des parents, des professionnels, des éducateurs, et quand naissent les angoisses ou les rêves. Si les écrans captivent l'attention, ils conduisent aussi à de nouveaux com-

portements. Ils favorisent l'inactivité physique des internautes et plusieurs interviewés soulignent les problèmes d'obésité (« on grignote devant les écrans »), les troubles visuels et auditifs (avec les écouteurs).

Les manipulateurs du net sont légions. Ils jouent sur les frustrations et promettent ce que les jeunes projettent eux-mêmes de leur personnalité. Les algorithmes dessineront ainsi leur profil. Les humiliations, les failles, les espoirs seront ainsi comblés... L'internet devient la source privilégiée d'informations, un espace de partage, une vitrine où on s'exhibe, « le conseiller qui est toujours là pour écouter vos souffrances ». Nombreux sont les interviewés qui s'inquiètent de ce « bon docteur à distance ». La sexualité y est déformée en pornographie et l'emprise prend très vite des allures de harcèlement : « Il ne suffit plus de dénoncer, en équilibrant le propos par des remarques sur les avantages des nouvelles technologies, remarquait vigoureusement une éducatrice, ce sont les usages chez les adolescents qu'il s'agit d'analyser pour les libérer de cette manipulation ». Si les atouts d'internet sont considérables dans l'exploration du monde et des savoirs, celui-ci est un moyen de manipulation et une source d'addiction chez les plus vulnérables.

Certaines formes de radicalité et de violence ont été signalées au cours des entretiens, mais « en passant », sans être l'objet d'une analyse approfondie. À l'exception des psychologues et psychiatres de l'Institut Bergeret, les professionnels et acteurs de terrain semblent éviter le sujet, à l'instar des différences culturelles et religieuses que l'on s'abstient de développer par crainte « de stigmatiser une communauté ou un quartier ».

Le résultat de ces non-dits est un discours factuel sur les violences sur soi-même et les autres comme un phénomène ayant tendance à s'amplifier, mais sans faire le lien avec les représentations du corps : l'obsession de la pureté et de l'impureté, la pudeur qui conduit à se couvrir et à refuser le contact charnel, les interrogations existentielles sur la sexualité et la procréation, qui vont déterminer les formes de la rencontre ou de la haine de l'autre... Cet ensemble de facteurs n'est pas vraiment traité.



2

▣
LA PERCEPTION
DES
ADOLESCENTS
▣

2- LA PERCEPTION DES ADOLESCENTS :

L'adolescence est considérée comme le parent pauvre des politiques publiques. A l'inverse, « les jeunes intéressent les publicitaires, les réalisateurs de jeux vidéos et le show-biz... Ils font la mode et sont parmi les premiers consommateurs». Ce paradoxe exprime le malaise des adultes à l'égard d'un âge de la vie qui est à la fois porteur de l'avenir d'une société, mais qui inquiète aussi par ses écarts, ses expérimentations et son mal-être.

a • L'ambivalence des adolescents à l'égard de la maladie et des soins

L'accès aux soins n'est pas perçu comme un accès aux droits par les adolescents. Les obligations de soin, de développement, de bien-être, attachées à la parentalité sont rarement entendues du côté des jeunes, comme un droit pouvant donner lieu à des actions en justice. Les mentalités restent dépendantes du schéma d'une puissance parentale qui perdure jusqu'à l'adolescence.

La maladie est assimilée à un accident (on se casse une jambe), « La maladie, c'est pour les vieux, quand on est jeune on n'est pas malade ». L'idée de prévention apparaît alors inutile puisqu'un adolescent ne peut qu'aller bien. La maladie est « un désordre passager et incongru pour un adolescent, ou bien une excuse pour ne pas faire quelque chose, mais cela n'entre pas dans le schéma normal de la jeunesse » remarquait une infirmière scolaire.

La stratégie d'évitement des adolescents conduit à déclarer systématiquement « ça va » (un éducateur de l'éducation populaire) ou à inventer des symptômes anodins, par pudeur et pour ne pas aborder des questions existentielles. Nombre d'adultes s'en tiennent à cette réponse laconique sans aller plus avant.

Le choix de se rendre aux urgences, plutôt qu'à une consultation dans un lieu dédié, semble une attitude qui se développe : « Ici, aux urgences, ils sont noyés dans la masse, ils ne sont pas repérés, mais ils viennent quand ils vont vraiment mal », remarquait une infirmière hospitalière.

La distance à l'égard d'une hygiène de vie, qu'il s'agisse de la nourriture, du sommeil, de la propreté ou des risques de contamination, est affichée avec une sorte de désinvolture voire de confiance feinte dans son destin. C'est aussi une façon de ne pas se préoccuper de son entourage et de rester tourné vers soi-même. « Manger n'importe quoi, des sodas et des chips ou des burgers, se coucher au milieu de la nuit alors qu'il y a école le lendemain, refuser de prendre une douche, tousser à la figure du voisin, mettre ses pieds sur la table, on pourrait allonger la liste, notait une pédiatre, mais à l'inverse, il y a, moins nombreux, ceux et celles qui pèsent leurs aliments, adoptent un régime draconien, se lavent les mains ou les désinfectent de façon compulsive...il faudrait beaucoup mieux étudier les significations de ces attitudes et de ces gestes, qui sont des indicateurs de la relation des adolescents à leur corps et à leur santé».

La discontinuité dans l'application des prescriptions médicales a été révélée par plusieurs interviewés. Des adolescents commencent à prendre un médicament pour l'abandonner quelques jours plus tard ; « Cela m'ennuie de toujours penser à l'avoir avec moi ou à le prendre tous les matins... et je n'ai pas envie d'avalier un médicament devant les copains à la cantine » ! Or cela concerne aussi bien la pilule contraceptive, qu'un médicament contre l'asthme ou une maladie chronique. Certains essaient de contourner des allergies, un régime alimentaire strict, mais ils sont vite rappelés à l'ordre par les effets produits. D'autres vont jusqu'à mettre leur vie en danger.

Un cas particulier est celui de la contraception avec le risque d'une grossesse précoce ou d'une grossesse non désirée. Le manque d'hygiène corporelle peut conduire à des infections aux conséquences graves. L'hygiène dentaire notamment est souvent défaillante, obligeant à des interventions qui auraient pu être évitées. Malgré les enseignements suivis à l'école, beaucoup de jeunes semblent ignorer les règles les plus élémentaires de l'hygiène. « Le jeu avec son corps pour ne pas vouloir faire le geste de suivre une prescription est une caractéristique des adolescents. En réalité, cela signifie beaucoup plus qu'un geste, ce n'est pas anodin », déclarait un éducateur.

Les pairs ou internet font office de conseillers et de prescripteurs de médicaments, comme s'il était plus facile de croire les copains et wikipedia que le médecin ou l'infirmière. « La défiance à l'égard des autorités légitimes, des gens diplômés, des « institutionnels », des « élites » joue aussi dans le domaine de la santé » notait une infirmière. Mais cela va jusqu'à l'achat de médicaments via internet, y compris sur le *dark net*, comme on achète des substances illicites ».

b • La tyrannie des apparences

Plusieurs signes indiquent combien les adolescents d'aujourd'hui ont besoin de marques identitaires qui impriment le corps. Citons les pratiques les plus courantes.

Les tatouages et autres piercings sont devenus un phénomène de société, largement répandu dans des milieux sociaux et culturels très divers. Le plus souvent, la signification de ces tatouages est approximative, liée à la vie affective, à une origine ou une appartenance plus ou moins mythique, à un centre d'intérêt anecdotique. Ils peuvent être artistiques et faits par un professionnel ou « bricolés par un amateur » avec tous les risques d'infection inhérents à ce genre de pratiques. Ils peuvent être visibles ou sur une partie cachée du corps. Ils sont à ce point passés dans les mœurs que des parents les offrent en cadeau d'anniversaire ou pour la réussite à un examen... On est loin des significations anthropologiques du tatouage ou du piercing.

L'augmentation des pratiques de scarification, y compris sur les parties intimes du corps, est l'expression d'une souffrance cachée qui inquiète de plus en plus les personnels de santé ayant en charge des adolescents. Faites au rasoir ou avec n'importe quel objet tranchant, ces scarifications zèbrent durablement une partie du corps. « Elles sont la marque d'une grande souffrance psychique, » (un pédopsychiatre).

La fréquence des phénomènes d'anorexie et de boulimie est à l'image d'un mal-être qui a de graves conséquences sur la santé physique et mentale de l'adolescent. Perturbation de la relation à la nourriture, à l'image du corps, l'anorexie et la boulimie changent aussi profondément l'environnement familial et social. Si les causes ne peuvent être réduites à la représentation médiatique des mannequins ou des stars de cinéma, la représentation du corps devient si prégnante qu'elle emprisonne l'adolescent dans l'image que lui renvoie le miroir déformant de son mal-être. Ces maladies sont aujourd'hui mieux connues, mais les réponses institutionnelles et les prises en charge restent très disparates selon les territoires.

Le règne du *look* domine la vie relationnelle, « Il y a une inféodation au regard de l'autre, à la pression du groupe qui devient existentielle », reconnaît un éducateur. Le jeu de la séduction s'accompagne d'une série de contraintes que s'imposent des adolescents pour se faire reconnaître en conformité avec

le groupe ou, à l'inverse, pour s'en démarquer. Le sens est dicté par les modes du moment, transformant de façon emblématique le vêtement, la coiffure, les bijoux, les chaussures, en marques commerciales soumises à des codes stricts. Le phénomène de mode a toujours existé, mais la marchandisation des corps reproduisant des stéréotypes publicitaires finit par priver l'adolescent de la maîtrise de son individualité corporelle. On arrive à des paradoxes : « Des jeunes filles se présentent maquillées, coiffées avec beaucoup de soin, les ongles peints, mais au-dessous, on découvre un corps et des vêtements sales, des sous-vêtements qui n'ont pas été changés... remarquait une pédiatre, qui ajoutait « Et évidemment, elles se plaignent d'infections et de mycoses ».

La question du handicap est souvent évoquée, mais elle met mal à l'aise les adolescents. « Parce qu'on leur a fait la leçon, parce que l'école inclusive les a habitués à côtoyer des personnes porteuses d'un handicap, beaucoup d'adolescents professent des discours de tolérance, mais le plus souvent ces paroles sont décalées de leurs moqueries ou de leurs attitudes de rejet, lorsqu'ils sont entre camarades», déclarait un éducateur. Ces comportements sont à rapprocher de ce que vivent les enfants obèses qui font l'objet de remarques cruelles voire de harcèlement.

Plus généralement, nombre de jeunes se plaignent de harcèlement à l'école ou dans le quartier. D'abord passée sous silence, notamment auprès des parents, la situation devient vite insupportable. « Il y a un réel manque d'attention des parents et des adultes en général qui ne découvrent les faits que lorsque l'équilibre physique et mental de l'adolescent est déjà très compromis » déplorait une infirmière scolaire.

c • La santé mise en danger

Le goût du risque s'accompagne chez certains adolescents de comportements qui mettent leur santé et, parfois, leur vie en danger :

La visite médicale et les soins sont repoussés à plus tard, comme si se préoccuper de sa santé était futile ou inutile ; « C'est particulièrement irritant, ces rendez-vous oubliés ou sans cesse reportés, avouait une pédiatre, on sait ce que cela signifie, mais on ne s'y fait pas et les parents cèdent trop facilement ! ».

Les activités sportives sont souvent abandonnées à l'entrée dans l'adolescence (vers 12-13 ans), dans les premières années du collège. Ce retrait des activités physiques sont préoccupantes à plusieurs titres : il vise en premier lieu les filles ; il s'accompagne de la sédentarité devant les écrans ; il se traduit très vite par des symptômes d'apathie, y compris chez certains dans les apprentissages intellectuels. « C'est frappant de voir des filles qui ont fait du foot ou même du rugby à l'école et qui disparaissent des stades et des piscines au moment de la puberté ! » témoignent plusieurs infirmières scolaires.

L'augmentation des addictions et l'abaissement de l'âge de la prise d'alcool ou de drogues est particulièrement marqué en France. Tous les rapports officiels situent désormais la France au premier rang pour l'usage précoce du cannabis. Or, les réponses sont souvent inadaptées : « les adultes diabolisent la consommation sans aller aux causes, disent les éducateurs, et les campagnes de sensibilisation se trompent de cible : elles répètent des informations techniques et juridiques ou insistent lourdement sur les dangers encourus pour la santé, alors que, précisément, c'est le risque et l'aventure qui sont recherchées par certains adolescents.

Les attitudes à l'égard des addictions et des conduites à risque changent. « Les jeunes sont imperméables aux slogans sur les dangers pour la santé et curieux des effets produits. Ils recherchent des sensations rapides (ex. le *binge drinking*) ». « Le cannabis est considéré comme anodin (et certains parents en prennent eux-mêmes), le pire est l'alcool, banalisé dans notre pays. Ces phrases recueillies auprès d'éducateurs, montrent l'urgence d'une analyse plus approfondie de la prise de drogues : « On s'interroge sur les substances, alors qu'il faudrait travailler sur le phénomène d'addiction et sur ses causes. L'expérience extrême d'une soirée ne doit pas être confondue avec la prise régulière de substances psychotropes », remarque un pédopsychiatre.

Plus étrange est l'attitude à l'égard du tabagisme. À l'exception d'une infirmière et d'un éducateur intervenant spécifiquement sur les dangers du tabac, les interviewés en parlent très peu comme si, au regard des autres addictions, le tabagisme était devenu moins prégnant. Tout juste signalent-ils le nombre croissant de filles fumant régulièrement des cigarettes. Le tabac semble devenu l'exemple d'une préoccupation mineure et d'une politique qui manque sa cible, lorsqu'elle souligne par des images choc les effets nocifs d'une habitude jugée anodine par les jeunes au regard des autres drogues.

« Les adolescents rient des photos d'organes nécrosés par un cancer et de la formule « Le tabac tue », inscrit sur les paquets de cigarettes. C'est peut-être une réaction de défense, mais le résultat n'est assurément pas celui qui est escompté » (une infirmière scolaire).

d • Cas d'urgence

Les adolescents vivent des situations qui bouleversent leur équilibre physique et psychique et qui, pourtant, restent longtemps invisibles aux yeux des proches. Ce sont des cas d'urgence « en différé » :

Le harcèlement à l'école, dans le quartier ou sur internet, met durablement en danger certains adolescents. Même si des mesures ont été prises par les pouvoirs publics, notamment dans les établissements scolaires, on est étonné de voir l'habileté des adolescents harcelés à cacher ce qu'ils vivent comme une honte. Malheureusement, en face, « La capacité des harceleurs à chasser en meute sans aucun sens des responsabilités est encore plus grande » déclare une psychologue.

Le harcèlement sur internet se développe rapidement avec l'usage des nouvelles technologies. Ici l'anonymat supposé des harceleurs favorise les méthodes les plus odieuses de harcèlement psychique en jouant sur la menace et la terreur. Le développement de discours de haine dans la société et sur le net encourage ces formes de « lynchage » de personnes prises pour cible.

Les cas de maltraitance et de violences familiales semblent de plus en plus signalés : sont-ils plus nombreux ou plus souvent dénoncés ? Il est parfois difficile de faire la part des choses : « Mon père ne me parle pas, il tape » « Une bonne mère, c'est une mère qui tape », « mon père tape ma mère et il me tape, à tour de rôle... ». Ce sont les paroles dites par des adolescents à des professionnels, et prononcées comme un fait objectif ou comme une fatalité. Le problème des violences familiales est fréquemment celui de leur acceptation, telle une répétition qu'on essaie de contourner avant d'oser la dénoncer.

Certains jeunes semblent « hors des radars » ou « dans un trou noir », notamment les apprentis et les étudiants qui ne sont pas bien suivis du point de vue de la prévention. Leurs conditions de vie sont rarement

satisfaisantes et peuvent être porteuses de troubles physiques et psychiques. « Il y a des apprentis qui ne savent même pas qu'ils ont droit à la sécurité sociale. Ils croient être toujours sur celle de leurs parents », remarquait une éducatrice. De même, la santé mentale des étudiants apparaît souvent aléatoire, lorsqu'ils connaissent pour la première fois la séparation d'avec leur famille et leur environnement familial et qu'ils sont dans une certaine précarité économique. C'est aussi une période de la vie, où les jeunes veulent essayer toutes sortes d'expériences, ce qui en soi est bénéfique pour la majorité d'entre eux, mais moins pour ceux qui sont peu préparés à cette instabilité.

D'autres jeunes sont dans des situations d'errance et de grande précarité à l'image de certains décrocheurs qui ont « rompu les amarres ». La situation des adolescents qui sont « en errance », sans soutien ni accompagnement, livrés aux aléas d'une existence qui peut conduire à devenir sans domicile fixe, sans suivi médical et dentaire, sans alimentation régulière et sans hygiène, est particulièrement préoccupante : « Le décrochage, ce n'est pas simplement le fait de ne plus aller à l'école, c'est aussi le risque de décrocher d'une vie offrant un minimum de sécurité et d'accompagnement » remarque une éducatrice du programme de réussite éducative. Le Plan santé apporte des réponses à ces cas difficiles, mais encore faut-il que des personnels qualifiés puissent intervenir au bon moment, notamment lorsqu'il y a un risque de danger pour la santé.

Certaines familles sont dans une situation d'illettrisme. « Le suivi des vaccinations, la compréhension du livret de santé, les visites régulières chez un médecin traitant, les soins dentaires, la prise de rendez-vous et l'organisation du temps, le respect des prescriptions... tout cela peut poser problème, alors même que les parents sont attachés à leur enfant », remarquait une chargée de mission à l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme.

e • La place centrale de la sexualité

La sexualité est considérée comme essentielle dans le développement de l'adolescent, c'est même par la puberté que commence l'adolescence. Pourtant, c'est un sujet dont les parents parlent peu avec leur enfant, et qui est abordé dans les institutions sous la forme d'une information sur la reproduction, la contraception et la procréation, les risques de maladies transmissibles. C'est aussi le thème sur lequel les interviewés ont tenu les propos les plus contrastés.

« **Les stéréotypes de genre ont la vie dure** » reconnaissent tous les interviewés, certains même parlent d'une régression au regard de l'égalité de genre et de la mixité. La question est traitée le plus souvent à partir d'exemples convenus : les jeux, le sport, l'orientation dans les études, les travaux ménagers ... ce qui est évidemment important, mais l'égalité de dignité des personnes sans distinction de sexe (expression des Révolutionnaires de 1792 lors de la création de l'état civil), l'intériorisation des stéréotypes dans l'intimité du psychisme et l'influence des tabous sur la liberté corporelle ne sont pas abordés. Seuls des psys et des infirmières scolaires y font allusion. « Certaines filles viennent à l'infirmier tous les mois, avec les mêmes symptômes et les mêmes propos : on a mal à la tête et mal au ventre... mais très vite, les mots traduisent la honte, la peur d'être découverte, de sentir mauvais... tout tourne autour de l'impureté », témoignait avec force une infirmière scolaire.

La sexualité est très peu « parlée » dans les familles. Les adolescents et les parents n'osent pas aborder le sujet et c'est l'un des domaines où la pudeur est garante de l'intimité. Les parents avouent aussi être dépassés et inquiets de ce qui se passe dans la société, sur les écrans... comme si leur expérience s'effaçait devant des caricatures médiatiques : « le monde a changé, il faut l'accepter ». Mais, pour les adolescents, les conséquences de ce silence peuvent être catastrophiques : premières expériences sexuelles douloureuses, découverte tardive d'une grossesse précoce, troubles sexuels tenaces, phobies... ;

les premières sources d'information passent par les pairs et par internet. La majorité des ados regarde régulièrement des sites porno dès la puberté « pour savoir comment faire ». « L'image dégradée de la femme, de la sexualité, de l'amour est destructrice chez des garçons qui veulent passer à l'acte pour se prouver qu'ils sont des « hommes », mais aussi chez les filles pour contourner, par exemple, l'interdit de la virginité en acceptant la sodomie ou la fellation » constate un pédopsychiatre. La parole se croit libérée entre « copains » et sur le net : « on cherche les bons trucs et on passe à côté de l'essentiel ».

L'enseignement scolaire n'a pas les effets attendus. Les adolescents semblent découvrir les informations sur la contraception, par exemple, avec le Planning. « Tout est à réexpliquer parce qu'un tiers est mieux écouté sur ces sujets. Dans le cadre d'un cours, les enseignants sont tenus à une certaine réserve en se centrant sur l'information ; ils ne peuvent répondre

à des interrogations plus fondamentales que se posent les ados et que l'on peut plus facilement livrées à quelqu'un de l'extérieur. Le regard des autres est ici essentiel ».

La question des filles est traitée de façon très diverse par les acteurs de terrain. Certains travaillent sur l'égalité et sa mise en œuvre concrète dans des activités mixtes, d'autres privilégient les différences « pour mieux répondre aux attentes des parents et des jeunes ». Le fait que certains acteurs de terrain renoncent à la mixité des activités, alors que d'autres la pose en principe, y compris en cherchant à faire évoluer les mentalités, a donné lieu à plusieurs controverses lors des entretiens. Le témoignage d'une enquêtée montrant que le maintien d'une jeune équipe de rugby féminine dans un « quartier politique de la ville » a eu des effets bénéfiques sur la mixité a été un moment fort des échanges.

La prévention en faveur de la santé des adolescents montre la nécessité de réconcilier les différentes branches du système de santé. Il s'agit aussi d'aborder de façon interdisciplinaire des questions fondamentales et d'abandonner une vision « en silo » de la prévention pour s'affranchir de la médecine du symptôme et considérer l'adolescent dans sa globalité, comme une personne.



II
▣
**QUESTIONS
EN DÉBAT**
▣

II- DES QUESTIONS EN DÉBAT

Les entretiens ont presque tous débouché sur des remarques générales, dont les interviewés voulaient débattre pour mieux appréhender la prévention en faveur de la santé des adolescents. Ils ne souhaitaient pas seulement témoigner de leur expérience professionnelle au sens strict, mais rattacher celle-ci à des questions de société qui ont un impact sur leurs relations aux adolescents et à leur famille, sur leurs missions et leurs pratiques, sur la façon dont ils sont perçus et dont ils perçoivent leur liberté d'action. Il n'y avait pas nécessairement de consensus, mais le souci de traiter de thématiques qui leur semblaient fondamentales.

1 – MALAISE DANS L'ÉDUCATION

Le travail avec les adolescents se heurte à un paradoxe. Pour mieux comprendre la genèse d'un mal-être ou d'une souffrance, la connaissance du milieu familial est nécessaire et l'accompagnement des parents est souvent un soutien dans les soins. Mais la famille ne constitue pas toujours un environnement favorable. « Comment aider un jeune à sortir de son malaise, à mieux maîtriser son corps et à gouverner sa vie, sans l'aider à grandir et à s'affranchir, du moins partiellement, de la tutelle parentale ? Souvent, cela se fait en s'émancipant d'un milieu familial et social qui peut être étouffant et qui peut nuire à la santé physique et mentale de l'adolescent. Pourquoi avoir une vision angélique et tellement convenue de la famille ? » (psychologue de l'Institut Bergeret).

La parentalité n'est pas suffisamment rapportée aux différents âges de l'enfant et du jeune. Devenir parent est un processus qui enchaîne des séquences obligeant à décliner différemment les obligations parentales. Que celles-ci concernent les soins matériels, l'éducation, l'accès à la culture ou le bien-être de l'enfant, la parentalité est appelée à s'actualiser en fonction du contexte familial et à prendre en compte les étapes du développement de l'enfant. Si elle est un concept fondateur des actions de soutien à la parentalité, elle n'est pas un projet intangible et immuable en fonction d'un schéma parental préétabli.

Le mal-être de nombreux adolescents est le résultat de ce qui s'est passé dans leur enfance. Au-delà des problèmes de tel individu ou de telle famille, plusieurs interviewés ont déploré des modèles éducatifs « à la mode », comme celui qui consiste à inverser l'apprentissage de l'autonomie : au plus jeune âge, l'autonomie est surinvestie chez l'enfant institué « enfant-roi » (on lui demande ce qu'il veut manger, le choix de son habillement, la destination des vacances de la famille, voire le désir d'un petit frère) ; à l'adolescence, les recommandations et les sanctions répriment les velléités d'indépendance de l'adolescent. Cette inversion n'est pas seulement une erreur logique, mais une faute qui porte atteinte au développement du jeune et à sa confiance dans les adultes. Elle est souvent entendue comme une hypocrisie voire comme une impuissance des parents, qui peinent à montrer un minimum d'exemplarité.

La contestation de l'autorité traverse les relations des jeunes à la famille, à l'école et à la société - le médecin lui-même est contesté -. La rébellion, qui est une des caractéristiques de l'adolescence, peut se retourner contre l'adolescent lui-même et le mettre en danger. Faute de règles ayant un sens, des adolescents repoussent leurs limites en testant un sentiment de toute puissance : « on fait son propre diagnostic, on achète des remèdes sur le net, on décide de son alimentation, on impose ses tenues vestimentaires et son hygiène de vie, sans se préoccuper de l'entourage. Respecter une ordonnance qui oblige à appliquer des prescriptions avec régularité, semble à certains jeunes un effort disproportionné », remarquait une pédiatre. Seule la relation horizontale avec les pairs ou avec d'autres internautes acquiert à leurs yeux de l'importance. La tentation de la toute puissance accentue la vulnérabilité.

2 - CONTINUITÉ ÉDUCATIVE ET PARCOURS DE SANTÉ

L'éducation est affaire de la communauté éducative, incluant la famille, l'École, les personnels de santé et les éducateurs. Or, le plus souvent cette communauté n'existe pas ou seulement de façon sporadique. Les adolescents savent jouer sur les failles d'un système marqué par de nombreuses césures. De la périnatalité à l'entrée dans l'âge adulte, le jeune verra défiler un grand nombre de spécialistes qui ne communiquent pas entre eux. Le parcours éducatif de santé a donc été salué comme une avancée allant dans le sens de la prise en compte globale du jeune dans son développement.

La continuité elle-même, si elle est encore embryonnaire, est porteuse d'une vision d'ensemble des étapes de progression de l'enfant et d'un travail collectif en partenariat. « Quand on travaille ensemble, on ne peut plus se renvoyer les responsabilités » reconnaissait une infirmière scolaire.

L'accent mis sur les études et la réussite scolaire est ressenti par les jeunes comme une pression, source d'angoisse ou de stress. Les infirmières scolaires ont sur ce point une connaissance, qui n'est pas suffisamment reconnue. Si l'âge de l'adolescence est celui de l'exploration et de nouvelles découvertes, le plaisir d'apprendre semble trop souvent mis au second plan par les parents et les enseignants. Or, le goût d'apprendre est une motivation essentielle pour acquérir plus de maturité et d'équilibre, plus d'esprit critique aussi pour résister aux manipulateurs de tous bords. Les passages de l'enfance à l'adolescence ne sont plus guère ponctués que par les évaluations scolaires. Les jeux, les medias, la publicité, les réseaux sociaux s'engouffrent dans cette brèche pour proposer du rêve et du symbolique. La difficulté croissante des adolescents à distinguer le virtuel du réel est l'une des causes premières de leur malaise dans la vie quotidienne au bénéfice d'un refuge dans les drogues et les jeux.

L'éducation des adolescents est ponctuée de silences, de non-dits, de tabous. Le silence sur la sexualité est le plus symptomatique. Dans certaines familles, mais aussi dans les activités éducatives associatives et, parfois, les institutions, les non-dits s'accompagnent de nombreux renoncements qui sont, pour les adolescents autant de limites à leur émancipation vers l'âge adulte. L'exemple de l'abandon de la mixité fille/garçon « pour éviter les problèmes », est le produit d'un « politiquement correct » proche du déni de la question des valeurs et qui risque d'avoir pour conséquences l'enfermement du futur adulte dans un monde clos.

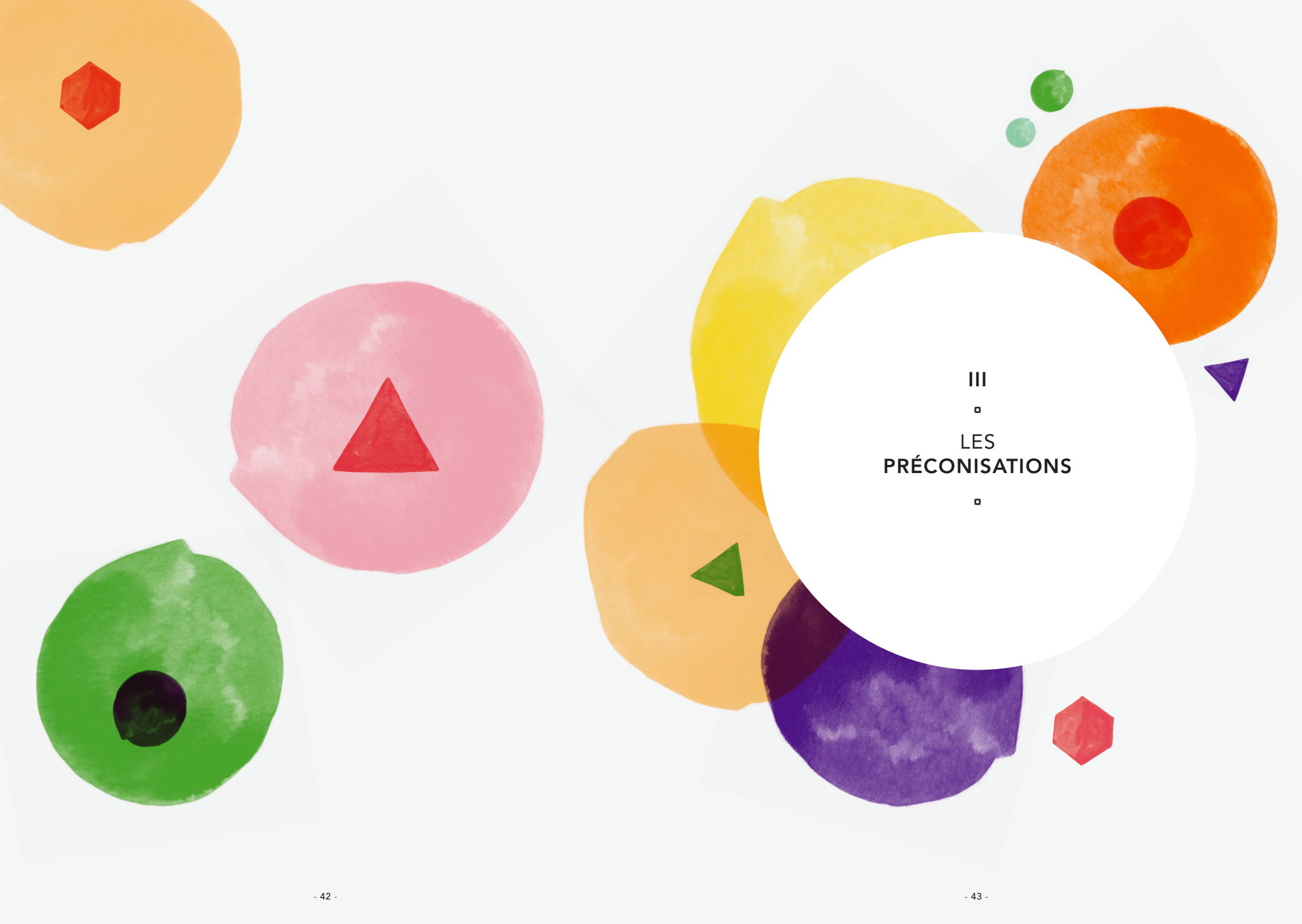
3 – DISPARITÉS DE L'OFFRE DE SOINS

Les inégalités territoriales sont l'une des causes majeures, du sentiment d'injustice dénoncé par les familles et par les acteurs de terrain. Dans le domaine de la prévention en faveur de la santé des adolescents, comme dans d'autres domaines de l'action sociale, l'offre de services est concentrée sur un petit nombre de territoires. Dans les territoires ruraux ou faiblement urbanisés, les ressources de proximité sont faibles voire inexistantes.

Ceci pose la question des obstacles matériels de l'accès à la consultation et aux soins pour des adolescents qui n'ont pas de possibilités de transport pour se rendre dans un centre à l'autre bout du département. Et ce n'est pas seulement la première consultation d'un professionnel qui est ainsi repoussée, mais la possibilité même de suivre des soins réguliers qui est compromise. La dispersion de l'offre accentue la marginalisation de certains adolescents qui voit dans le net la seule véritable ouverture au monde, la seule réponse à leurs besoins ou à leur mal-être, avec tous les risques de manipulation et d'emprise dont ils peuvent être la cible.

Les « invisibles », ceux qui sont dans la « non-demande » sont les grands oubliés des politiques publiques mais aussi des professionnels et des associatifs. « On ne cesse de répéter qu'il faut aller vers eux, mais on n'a pas le temps et on ne sait pas toujours comment faire. C'est souvent à partir des loisirs que l'on arrive à les rencontrer, même s'ils sont sur le banc de touche » reconnaissait un éducateur de centre de loisirs. La réponse à cette interrogation est, certes, dans une approche plus inventive d'adolescents, meurtris et « emmurés dans leur silence », mais aussi dans un travail de partenariat plus régulier et plus dense entre institutions et associatifs, entre acteurs de terrain aux compétences diverses. « Cessons de penser en tuyaux d'orgue » alertait un pédopsychiatre.

Les différences de temporalité entre l'action publique et la santé des populations sont inhérentes aux politiques de prévention : les résultats d'une politique de prévention orientée vers les jeunes ne peuvent être appréciés qu'à l'issue de plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Or, l'adolescence est, par définition, un moment temporaire de la vie et un âge où « on veut tout et tout de suite ». La contrainte de l'immédiateté se double d'une instantane obligation de répondre à l'appétit de vivre des jeunes. Or, ce qui manque à l'adolescence aura des répercussions à long terme sur toute une vie et sur toute une classe d'âge.



III
▣
LES
PRÉCONISATIONS
▣


 a

III- LES PRÉCONISATIONS

Les préconisations ont été très nombreuses, tous les interviewés ayant la volonté de faire des propositions pour améliorer la situation sanitaire des adolescents. Deux types de préconisations ont été présentées, certaines autour d'axes forts, d'autres autour de mesures plus spécifiques et pouvant être mises en place souvent plus rapidement :



1 – LES IDÉES FORCES :

- reconnaître l'urgence d'une politique globale de prévention de la santé des adolescents, concertée avec les acteurs de terrain, soucieuse d'établir plus d'équité territoriale ;

- articuler l'action sanitaire à l'action éducative et à l'action sociale. « Une véritable mutualisation est à imaginer » ;

- développer les Contrats locaux de santé en dépassant les cloisonnements institutionnels et disciplinaires ;

- sortir d'une politique du symptôme pour une politique prenant en charge la globalité de la personnalité du jeune et penser des politiques de prévention au-delà des réponses aux problèmes les plus aigus ;

- construire une politique de continuité de la périnatalité à l'adolescence avec le parcours de santé et prolonger certains dispositifs (psychiatrie) jusqu'à 21 ans ;

- *faire une éducation à l'accès aux droits des adolescents* en correspondance avec la Convention internationale des droits de l'enfant et les textes pris en application ;
- *promouvoir une politique d'équilibre des territoires* avec des services publics itinérants ayant un espace médical pour les ados, des permanences accessibles par des moyens de transport et des horaires adaptés. Une attention particulière doit être apportée à la situation des jeunes en milieu rural et aux jeunes « invisibles » ;
- *prévoir des plans comportant des actions transversales*, pour créer une cohérence entre des interventions de prévention trop souvent menées en ordre dispersé et de façon ponctuelle ;
- *développer des Points d'accueil et d'écoute* dans des lieux de proximité ;
- *concevoir l'accueil, l'écoute et la prise en charge des adolescents* comme un contrat de confiance avec le jeune, acteur de sa vie ;
- *multiplier le travail en binôme et en partenariat* pour croiser les regards ;
- *intégrer la connaissance des singularités de l'adolescence* à la formation des personnels et prévoir un soutien aux professionnels durement éprouvés ;
- *faire des formations sur les aspects culturels de la santé* sans craindre de débattre d'éventuels malentendus ou conflits ;
- *promouvoir la mixité sociale et de genre* dans les actions et les activités comme deux axes majeurs d'intervention.



2 – LES MESURES SPÉCIFIQUES :

- *développer le parcours éducatif de santé*, avec notamment le renforcement des compétences psycho-sociales ;
- *renouveler les outils de diagnostic* en tenant compte des codes culturels des jeunes, de leurs centres d'intérêts, de leurs stratégies ;
- *organiser avec les jeunes des rencontres, des débats*, pour apprendre les bases de la nutrition, de l'hygiène de vie, l'éducation à la sexualité... ;
- *indiquer les lieux ressources* pour l'accueil des adolescents, sur internet ;
- *revoir complètement les campagnes de sensibilisation aux risques* en direction des adolescents ;
- *favoriser des groupes de parole, de théâtre, d'expression corporelle...* pour toucher aussi les adolescents qui ne sont pas dans la demande ;
- *valoriser les métiers de la santé en contact avec les adolescents*, notamment les infirmières scolaires ;
- *construire des outils avec des jeunes*, à partir des nouvelles technologies ;
- *intégrer les médecins généralistes* à des rencontres avec des psychologues ou psychiatres de l'adolescence ;
- *prévoir des ateliers intergénérationnels* sur la santé.



ANNEXES

La grille d'entretien avec les acteurs de l'éducation

La présente enquête avait pour but de donner librement la parole et de favoriser le débat entre des acteurs des politiques de prévention et de santé destinées aux adolescents. Les différents territoires du Département du Rhône et de la Métropole de Lyon étaient représentés.

Il s'agissait de recueillir leurs observations, témoignages de professionnels portant sur l'évolution des attentes des adolescents et de leur famille, sur les conditions de mise en œuvre de leurs actions, difficultés, freins, propositions, et réflexion sur les postures, les pratiques et la relation aux collègues, aux acteurs de la prévention de la santé et aux parents. In fine, les entretiens étaient centrés sur les préconisations.

Les thèmes retenus, à partir desquels Jacqueline Costa Lascoux, directrice de recherche au CNRS a construit sa grille de questions, sont les suivants :

1- Les grands axes de la prévention :

- *la situation sanitaire des adolescents, telle qu'elle est perçue par les acteurs de terrain (personnels de santé, infirmières scolaires, éducateurs, associations...)*
- *la coéducation à la santé en direction des adolescents (de la petite enfance à l'entrée dans l'âge adulte) : actions et partenariat entre les acteurs de la santé, acteurs éducatifs et les acteurs de la parentalité ;*
- *la dimension culturelle de la santé, la relation au corps et la question du genre ;*
- *les moyens de la continuité éducative à la santé.*


2- Les nouveaux questionnements qui émergent des territoires.

3- Les préconisations pour faire évoluer les pratiques voire les dispositifs.

Les acteurs auditionnés

Les 60 personnes auditionnées lors de l'enquête étaient plusieurs par dispositif, travaillaient dans différents secteurs géographiques du territoire du Rhône et à des fonctions ou des postes divers. Elles représentaient une large palette des acteurs des politiques de prévention et de santé :

- Conseiller technique développement prévention
- Psychologues PAEJ
- Médecins centre hospitalier
- Médecin généraliste
- Pédopsychiatres
- Acteurs de la santé scolaire
- Infirmières scolaires
- Agence nationale de lutte contre l'illettrisme
- Coordination régionale ARS
- Planning Familial
- Directrice et chargée de mission CIDFF
- Directrice - Psychologue et assistante sociale Maison des adolescents
- Animatrice de prévention
- Éducatrice spécialisée et coordinatrice Programme de réussite éducative
- Animatrice Enfance Jeunesse
- Chargé de mission et coordinatrices atelier santé Ville
- Directrice d'association de médiation familiale
- Coordonnateur Enfance Jeunesse ou directeur des politiques éducatives au sein d'une collectivité territoriale
- Psychologues Institut Jean Bergeret
- Éducateur de l'Education populaire



Ce livret présentant la parole des acteurs professionnels des politiques de prévention et de santé intervenant auprès des adolescents s'inscrit dans les travaux du Comité des Services aux Familles et à l'Éducation Département du Rhône - Métropole de Lyon (CSFE). Il a été réalisé par Jacqueline Costa-Lascoux en collaboration avec l'agence de développement des relations interculturelles pour la citoyenneté (ADRIC).

adric

Agence de Développement
des Relations Interculturelles
pour la Citoyenneté

7, rue du Jura
75013 PARIS
01 43 36 89 23
adric@adric.eu
www.adric.eu