

LA Santé

de l'homme



Comment ça va la santé ?

Enquête auprès des 12-25 ans

Maisons de santé :

la prévention à l'écoute
des quartiers

Hygiène à l'école :

le tabou

Migrants :

du dépistage du sida
à la prévention

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes

www.inpes.sante.fr

est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
 42, boulevard de la Libération
 93203 Saint-Denis Cedex
 Tél. : 01 49 33 22 22
 Fax : 01 49 33 23 90
 La Santé de l'homme sur Internet :
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION
 Rédacteur en chef :
Yves Géry
 Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
 Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
 Qualité de vie : **Christine Ferron**
 <christine.ferron@inpes.sante.fr>
 La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**
 <sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
 Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>
 Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**
 <abeq@club-internet.fr>
 La santé en chiffres : **Hélène Perrin-Escalon**
 <helene.perrin@inpes.sante.fr>
 Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**
 <mclamarre@iuhpe.org>
 et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.fr>
 Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
 <isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
 Cinésanté : **Michel Condé**
 <michelconde@grignoux.be>
 et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
 Lectures : Centre de documentation
 <doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Laure Carrère (Service de santé de la mairie de Nanterre), **Dr Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Ades du Rhône), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (INPES), **Laurence Fond-Harmant** (Société française de santé publique), **Catherine Gaquière** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Marie-Claude Lamarre** (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), **Anne Laurent-Beq** (Crea Développement Social), **Catherine Lavielle** (INPES), **Philippe Lecorps** (École nationale de santé publique), **Éric Le Grand**, **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Sylvie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction générale de la Santé), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif), **Dr Isabelle Vincent** (INPES), **Sarah Vozelle** (Codes Meurthe-et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION
 Création graphique : **Frédéric Vion**
 Impression : **Caractère** – 15002 Aurillac Cedex

ADMINISTRATION
 Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
 Commission paritaire :
 0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
 Dépôt légal : 2^e trimestre 2004.
 Tirage : 12 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme

Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention
- actualiser vos connaissances



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine
 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine
 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants
 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer
 1 an (6 numéros) **38 €**

Soit un montant de €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.

Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par

- chèque bancaire
- chèque postal à l'ordre de l'INPES
- Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

sommaire

numéro 370

Mars-Avril 2004

► Qualité de vie

Maisons de la santé, la prévention à l'écoute des quartiers

Denis Dangaix 4

► La santé à l'école

Hygiène à l'école : autour des sanitaires, le tabou

Florence Perret 8

► La santé en chiffres

Tabac : le regard du public sur une campagne de prévention

Jean-Louis Wilquin 11

Dossier

Comment ça va la santé ? Enquête auprès des 12-25 ans

Éditorial

Décrypter les comportements, pour promouvoir la santé

Philippe Lamoureux 14

Comportements de santé : constat et évolutions

Arnaud Gautier, François Baudier, Christophe Léon

Le sport, pour le plaisir plus
que pour la santé 15

Sexualité : plus responsables
qu'on ne l'imagine 17

L'adolescence, période délicate
pour l'accès aux soins 19

Vaccination : un geste simple
qui s'oublie vite 21

Violences : les 12-17 ans
sont les plus concernés 22

Pensées suicidaires : un jeune
sur deux dit ne pas en parler 24

Tabac : la majorité des jeunes
fumeurs a tenté d'arrêter 26

Drogues : la plus forte progression
pour le cannabis 27

France, terroir d'expérimentation
précoce de l'alcool 29

Des jeunes exposés aux risques
d'accidents de sport et de loisirs 30

Comportements de santé : quatre régions à la loupe

Alain Trugeon 32

Trois enquêtes sur la santé des jeunes

Yves Géry 35

Pour en savoir plus

Anne Sizaret 37

► Éducation du patient

Migrants africains : du dépistage du sida
à la prévention

Jean Faya 40

► Cinésanté

The Magdalene Sisters

Michel Condé 44

► Lectures-outils

Olivier Delmer 48



Dossier illustré par
Magali Attiogbé

Maisons de la santé, la prévention à l'écoute des quartiers

Aubervilliers, Saint-Denis, La Rochelle... : les maisons associatives de la santé se développent. Lieux d'accueil d'un public défavorisé et plutôt jeune, elles n'ont pas forcément les mêmes missions. Mais toutes ont une approche de prévention et de promotion de la santé fondée sur l'écoute et la prise en compte de la personne dans sa globalité.

Une petite maison au toit de bois, plantée dans la banlieue de Paris dans un environnement dégradé, est, depuis le 8 mars 2003, un repère pour les habitants du quartier. Alors que l'urbanisme alentour n'invite pas forcément à la palabre, l'endroit est tranquille, accueillant. Comme si le béton, omniprésent dans cette cité, avait laissé un espace où il fait bon venir. La Maison est celle des « pratiques de bien-être et de santé »¹, c'est son nom. Son objet : être un lieu d'écoute et de dialogue.

Nous sommes au Marcreux, un quartier de grands ensembles d'Aubervilliers, en Seine-Saint-Denis, bien connu des professionnels de santé. Pas d'équipements publics, hormis un collège ouvert depuis trois ans. Pas de boutiques de quartier, ni de Protection maternelle infantile (PMI), encore moins de Maison des jeunes et de la culture (MJC). Trois

mille habitants, parmi lesquels une proportion très importante de jeunes, occupent ce territoire à l'urbanisme plombé. Le Marcreux est un quartier pauvre, certes, mais dynamique où le mélange communautaire produit des demandes et crée des pratiques associatives. Un territoire où l'expérimentation sociale est gage de son développement.

Comment est née cette Maison des pratiques de bien-être et de santé ? À la suite d'un atelier « Santé-ville » proposé par la mairie, aux travaux du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) et au programme « Logement et solidarités du voisinage » de la Fondation de France, les acteurs de terrain ont pointé du doigt les logements encore trop insalubres du Marcreux. Un chiffre résume la situation : 48 % des enfants du quartier ont été dépistés pour cause de

saturnisme (voir article dans le n° 369 de *La Santé de l'homme*). Une douzaine de ces professionnels – assistantes sociales, éducateurs, etc. – ont alors rappelé le brassage de la population, les comportements à risques et les besoins d'information. Ils ont su mobiliser les associations locales, qui de fait sont devenues partenaires du projet. Ils ont imaginé ensemble un local où l'on parle. « *Il aura fallu deux à trois années de réflexion pour concrétiser cet équipement* », explique le docteur Luc Ginot, médecin de santé publique, chef de service hygiène et santé à la mairie. « *On avance au rythme imposé par la population locale, selon les thèmes dont elle discute et, en fait, les gens comprennent que bouger des choses leur crée des droits* », ajoute ce praticien.

Échanger les savoir-faire

La Maison des pratiques du bien-être et de la santé est un lieu de parole. Une structure polyvalente sans objet prédéfini. Les habitants peuvent y rencontrer des professionnels de tous horizons pour parler des questions concrètes de santé, des conditions de vie, de l'éducation des enfants. Ils peuvent échanger leurs savoir-faire avec ceux des professionnels et mettre en place des programmes d'amélioration de la santé adaptés à leur quartier. La Maison est aussi un lieu de prévention... non institutionnelle, dans le sens où il n'y a pas de guichets tenus par des médecins. Deux bureaux, une salle d'entrée, une autre servant de salle de réunion, quelques rares affiches, dont une de l'INPES, « La santé dans l'assiette », des brochures, un tableau, etc. On sent l'importance du « parler » avant

tout. « *On n'est pas dans une maison de jeunes ou un centre pour les adultes venant chercher de l'activité, note Myriam Dione, responsable de la Maison et seule permanente, on se rencontre, on s'écoute et on monte des projets, c'est tout.* »

Un endroit vivant

Myriam Dione est d'origine sénégaloto-golaise et a fait des études de santé publique à Lomé, au Togo. Un pied dans la Maison, l'autre dans le quartier, elle impulse le contact. Elle connaît son monde et elle est reconvenue par la population. Elle est *de facto* devenue une « confidente » pour certains jeunes. Alors, calmement, elle décline quelques activités, cite « ceux et celles » qui fréquentent le lieu, qui en font « un endroit vivant ». L'endroit fait, entre autres, office de lieu d'assistance sociale, de point écoute santé-jeune, d'aide et suivi de l'enfance.

Association Bouillyem pour le développement local et l'insertion (du nom d'une région située à la frontière du Mali et de la Mauritanie), Union des travailleurs immigrés tunisiens, Gens du voyage : les pratiques de la Maison sont liées à l'histoire du quartier. « *Il existe sur un terrain situé non loin d'ici un camp sédentaire de cinquante familles, raconte Myriam Dione, ce camp domicilie officiellement deux cent cinquante personnes. Les femmes se sont réunies. Elles ont, par exemple, réfléchi sur l'éducation pour la santé des enfants, sur leurs besoins de pratiquer des sports.* »

Du dialogue et de l'écoute

En juillet 2003, dans le cadre d'une action santé-jeune, un jeu sur le modèle du quiz a été créé et animé par les jeunes du quartier sur les thèmes « connaissance de soi, hygiène de vie, culture générale et maladies ». « *Le but, complète Myriam Dione, était de permettre aux jeunes du quartier d'acquérir de nouvelles connaissances en matière de santé et d'accès aux soins.* » Les « gagnants » repartaient avec des billets d'accès à la piscine municipale. La Maison des pratiques du bien-être et de la santé d'Aubervilliers se veut un lieu de santé communautaire. En un an d'existence, elle a accueilli une quinzaine de personnes chaque jour, essentiellement des femmes et des jeunes de 11 à 25 ans. Le 8 mars 2004, journée mondiale de la femme, et première bougie de la

Maison, quatre-vingt-neuf participants, dont soixante-douze femmes, sont venus à une opération portes ouvertes.

Des laboratoires de prévention

L'équipement d'Aubervilliers est appelé par ses initiateurs une Maison de la santé pas « comme les autres ». Si l'on excepte le côté « cocorico municipal », il est vrai que cette expérience est, par définition, unique. Mais existe-t-il des Maisons de la santé identiques ? Le principe même de la prévention permet la diversité. On peut donc imaginer des Maisons de la santé différentes. Et c'est la réalité.

La Rochelle, Rennes, Alès, Saint-Denis sont quelques-unes de ces cités qui possèdent des lieux équivalents. Ils s'appellent souvent Maisons associatives. Elles sont pratiquement toujours nées d'une volonté municipale. Elles regroupent tout ce que la ville, ou le quartier, compte d'associations partenaires ou relais. Les différences se situent essentiellement dans les modes d'approche et d'accueil, dans la taille du projet et donc son caractère plus ou moins institutionnel, et dans l'aspect « laboratoire de la prévention » que souhaitent mettre en avant certains équipements.

C'est le cas de la Maison associative de la santé de Saint-Denis, dans le département de la Seine-Saint-Denis. Ouverte à la mi-décembre 2002, cette Maison² est une sorte de « grande sœur » de celle d'Aubervilliers, ville voisine. L'histoire se ressemble. Ces cités ont les mêmes traditions : anciennement ouvrières, fortement industrialisées, avec une population mixte, un niveau élevé de chômage. Ici, les interventions municipales dans le champ de la prévention et de la santé sont nombreuses. Pour informer une population, on développe dans les quartiers des espaces de rencontre et de formation. À Saint-Denis, la municipalité a souhaité, après deux conférences locales de santé, en 1998 et 2001, créer un projet de santé communautaire à l'échelle de sa ville.

La Maison associative est ainsi née. Située à deux pas de la mairie, elle ressemble à une boutique. Une grande vitrine est couverte d'affiches, la documentation est éparse sur les tables basses. Un coin bibliothèque, quelques chaises... l'impression est autre qu'à

Aubervilliers : on vient ici chercher de l'information. Si la Maison d'Aubervilliers semble appartenir à ses habitants, à Saint-Denis, on est au service de l'utilisateur. La démarche est différente même si les objectifs sont communs. « *La santé, c'est une histoire personnelle, tout à fait intime, souligne Sylvie Santoni, cadre de santé et responsable de la Maison de Saint-Denis, quand on a une demande, la personne n'arrive pas en disant : je ne vais pas bien. C'est par l'écoute que l'on peut l'orienter.* »

Sylvie Santoni est infirmière. Son accueil est professionnel. Elle et son équipe, en majorité des élèves infirmières, organisent le lieu en fonction des thèmes d'actualité (semaine de la santé mentale, journée de l'autisme, de la femme, etc.) ou suggérés par les associations locales partenaires, ou encore choisis par les permanents.

La Maison communique vers l'extérieur sur ses activités, l'on y vient aussi par le bouche à oreille. Tous les quinze jours, l'équipe d'animation change de thème. D'autres affiches apparaissent, d'autres brochures sont présentées et... d'autres personnes viennent, en fonction de ce qui est affiché. « *Les constats sont assez précis, dit-on à la Maison, quand il s'agit du thème alcool et tabac, on voit plus d'hommes, quand on parle de nutrition, ce sont davantage les femmes, et quand le thème retenu est l'accès à la contraception, on accueille plus de jeunes.* »

Un lieu de formation santé

Cette Maison serait une simple boutique d'utilisateurs ? La réalité est plus complexe. « *Nous sommes un espace de rencontre où l'on discute, où l'on vient chercher de l'information, insiste Sylvie Santoni. Mais nous sommes aussi un*

lieu de formation-santé, d'animation et d'orientation. Quand une femme vient nous voir pour parler de régime, par exemple, et qu'à l'issue de la discussion nous l'orientons vers un service de psychiatrie, notre accueil est évidemment individualisé et adapté. » En fait, les permanents de la Maison de la santé ne refusent pas le qualificatif de syndicat d'initiatives (au pluriel) santé. La Maison associative participe de la prise en charge de l'utilisateur dans toute la palette du questionnement. « L'accueil peut être de type infirmier, assure Sylvie Santoni, nous donnerons alors une orientation médicale, les coordonnées d'un praticien ou d'une association, nous aiderons même à la prise de rendez-vous. L'accueil pourra également être partagé, pour une information concernant

l'accès aux droits par exemple. De toutes les manières, conclut la responsable, nous avons l'obligation à la confidentialité. » La Maison associative de la santé reçoit ainsi une bonne quinzaine de personnes par jour.

Créer du lien

La vitrine ouverte de la Maison de la santé cache un autre aspect fondamental dans la prévention : la garantie du respect de l'anonymat. Et particulièrement en santé communautaire, quand il s'agit de prendre en considération la personne et son environnement. Les permanents s'étaient rendu compte que le lieu était fréquenté par de jeunes femmes venant chercher des informations sur la contraception. Pourquoi venaient-elles ici alors qu'il existe des

espaces spécialisés dans la ville ? La réponse se trouvait dans la question. « Pour certaines filles, l'accès à ces informations est compliqué par le contexte familial et de quartier. Les structures spécialisées sont identifiées. Ici nous sommes anonymes », sourit Sylvie Santoni. Alors l'équipe a imaginé « les cafés de filles ». L'idée est simple : faire sortir les professionnels de leurs lieux spécialisés d'exercice et créer le lien avec ces femmes pour qu'elles puissent accéder à l'information. « C'est un succès, dit Sylvie Santoni, le bouche à oreille fonctionne. L'invitation est personnalisée par la phrase : tu peux venir avec une copine. Le thème retenu est la santé au féminin, cela ne dévoile rien. » À côté du bureau de la responsable est affiché un extrait de la Déclaration des droits

La Cité de la santé, un espace de dialogue

sentants d'utilisateurs et des professionnels de la santé (2) dont le CFES, puis l'INPES, avaient souhaité matérialiser leur engagement en se fédérant pour créer cette nouvelle plate-forme. L'objet ? « Mieux aiguiller les utilisateurs vers les interlocuteurs pertinents, et cela aussi bien en termes de prévention que de soutien et de droits ». Les résultats sont plutôt encourageants : en 2003, plus de deux mille personnes ont questionné les permanents des pôles de la Cité.

Écoute et expression libres

Marie-Jo fait partie de ces professionnels de la prévention. Infirmière, intervenante au Centre régional d'information et de prévention sur le sida (Crips), elle tient ce jour-là une permanence. Une jeune fille vient la voir. Durant de longues minutes, Marie-Jo écoute beaucoup, puis pianote sur son ordinateur, cherchant via Internet des pistes de réponses. Après le dialogue, elle oriente finalement son interlocutrice vers son collègue « du pôle d'à côté », un médecin généraliste retraité. Ici, on mutualise à chaque instant. « Nous ne sommes ni un lieu de soins, ni un lieu de diagnostic, prévient-elle. On fait avec ce qu'on a, avec ce qu'on nous demande, mais que de questions ! » Le catalogue de ces interrogations relevées dans les rapports internes de la Cité de la santé est impressionnant. Le champ est vaste. Mieux se nourrir, dormir, respirer, vivre sa sexualité. Mieux gérer le stress, la violence, en savoir plus sur une maladie, un problème psychologique, s'informer, trouver l'interlocuteur adapté, savoir où trouver une écoute, un soutien, un conseil, organiser le maintien à domi-

cile, connaître les possibilités de recours, ses droits, la médiation, etc. « La santé est devenue aujourd'hui une préoccupation majeure, explique Tù-Tâm Nguyen, chef de département, responsable du pôle vivant et environnement de la médiathèque. Elle suscite au quotidien de multiples interrogations auxquelles il n'est pas facile de trouver des réponses pertinentes. » Du côté de la médiathèque, dans ses larges travées, sous l'œil des documentalistes, c'est le libre-service. Des tables accueillent étudiants de tout âge, professionnels ou simples passants.

Nombre de jeunes semblent des habitués. Ils virevoltent d'écran en écran, naviguant sur le web au gré de leurs envies. « Ce sont des jeunes du quartier. Ils ont pris l'habitude de se retrouver ici. Certains viennent me demander des préservatifs. On en discute avant », explique Marie-Jo. Un lieu où toute question ne peut certes être résolue, mais qui offre au moins l'écoute et l'expression libre.

D. D.

(1) De 12 h à 18 h 45, fermée le lundi.

(2) Aides Ile-de-France, Association de recherche de communication et d'action pour l'accès aux traitements, Crips, Conseil national de l'ordre des médecins, établissements publics de santé Esquirol, Maison-Blanche et Sainte-Anne, Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ligue contre le cancer, Union nationale des associations familiales, etc.

C/O www.cite-sciences.fr

de l'homme et du citoyen, article 25. Il y est rappelé que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille... ».

La même conception prévaut plus au sud, à Alès, dans le Gard. Ici, la Maison de la santé³ cohabite avec d'autres organismes de santé et de prévention : service communal d'hygiène et de santé, association Reseda (Association de coordination des réseaux de santé de proximité du Bassin alésien) et Association des médecins généralistes alésiens. Mais, au-delà d'une conception commune, le lieu poursuit d'autres objectifs. « Cette maison, précise-t-on à la mairie, est un lieu d'articulation entre le soin et la prévention, entre le médical, le social et le psychologique, entre l'individuel et le collectif. Un lieu où peut s'exercer la citoyenneté dans le domaine de la santé. » Là encore, l'endroit est adapté à l'histoire de la commune. Le lieu est entièrement axé sur la rencontre entre des compétences diverses et des usagers aux multiples questions.

Rennes, La Rochelle : une autre dimension

À la Rochelle⁴, en Charente-Maritime, comme à Rennes⁵, en Ille-et-Vilaine, les Maisons de la santé changent de gabarit. Structures associatives, elles regroupent chacune pas moins d'une cinquantaine d'associations de

santé. Elles ont pour objectif la promotion de la santé, l'information et l'orientation des publics, le développement des échanges entre les partenaires de santé et les usagers, le développement d'actions collectives dans tous les domaines de santé. L'éducation pour la santé fait partie intégralement des cahiers des charges, et les comités départementaux d'éducation pour la santé y sont associés.

Ces maisons développent une panoplie d'activités liées aux associations partenaires. Ainsi la Maison associative de la santé-Point info santé de La Rochelle organise des « mercredis de la santé ». Il s'agit d'ateliers thématiques à destination des enfants, animés par des intervenants d'associations et des professionnels. Le programme de ces mercredis, diffusé deux mois à l'avance auprès de cent quarante structures (associations, hôpitaux, organismes sociaux), permet d'organiser des interventions le plus simplement possible. À titre d'exemple, citons un atelier pédagogique sur l'eau, avec l'outil intitulé *Léo et l'eau*, conçu par l'INPES. Cette mallette permet de travailler à partir de questions, du dessin, du mime et d'un jeu collectif ; l'atelier s'adresse aux enfants de 8 à 11 ans. Citons encore « Les apéros bien dans ta peau », sur la prévention de l'alcoolisme, un temps de parole animé par des professionnels sur des thèmes de santé, concernant les adolescents. Des travaux sont programmés sur des sujets aussi différents que la tuberculose, l'aide au sevrage tabagique ou le don du sang.

À Rennes, un nouveau contrat de missions a été signé début 2002 entre la Ville et la Maison associative de la santé. Il met en avant la promotion de la santé à travers des activités de formation, d'informations, d'éducation pour la santé, d'interventions sur le terrain et de collaborations multisectorielles. On retrouve, comme à Aubervilliers ou à Saint-Denis, les mêmes thématiques.

Au final, ces Maisons de santé sont très diverses dans leurs objectifs et mode de fonctionnement. Certaines communes – La Rochelle, Rennes – apportent des moyens importants à ces structures. D'autres – Saint-Denis et Aubervilliers – tablent sur cette démarche de proximité pour accompagner les personnes en difficulté ; elles investissent le lien social en s'appuyant davantage sur le réseau associatif local. Mais toutes ces Maisons de la santé ont aussi plusieurs points communs : être à l'écoute des attentes du public, prendre en charge la personne dans sa globalité, privilégier la prévention. Toutefois cette approche demeure peu structurée et très minoritaire à l'échelle du pays.

Denis Dangaix
Journaliste.

À signaler...

- La Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne met à disposition des permanences d'associations de patients et de proches, des brochures d'information, une borne Internet santé. Elle se situe 1, rue Cabanis - 75014 Paris - Tél. 01.45.65.74.80. Adresse E-mail : maison-des-usagers@chsa.broca.inserm.fr Même chose à l'hôpital européen Georges-Pompidou.
- L'espace Culture santé : la caisse primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine a créé un site multipartenarial, multimédia et « multi-thème ». Des spécialistes de la santé répondent aux besoins d'information exprimés par les usagers : 204, rond-point du Pont-de-Sèvres - 92199 Boulogne-Billancourt - Tél. 01.55.20.25.45.

1. Maison des pratiques de bien-être et de santé : tél. 01.48.11.21.69.
2. Maison associative de la santé : tél. 01.42.43.80.55. E-mail : maison-de-la-sante-st-denis@wanadoo.fr
3. Maison de la santé, hôtel de ville d'Alès.
4. Maison associative de la santé : tél. 05.46.27.09.63. E-mail : maisondelasante@wanadoo.fr
5. Maison associative de la santé : tél. 02.99.53.48.82.

Hygiène à l'école : autour des sanitaires, le tabou

Comment faire de l'éducation pour la santé à l'école alors que les règles les plus élémentaires de l'hygiène n'y sont pas respectées, les élèves devant s'accommoder de sanitaires déplorables ? Des parents d'élèves d'un collège de l'Hérault ont mené l'enquête. Résultat : grâce à un suivi sérieux du dossier, des rénovations ont été décidées dans l'établissement.

L'hygiène est définie comme la « *partie de la médecine qui traite des mesures propres à conserver la santé en permettant l'accomplissement normal des fonctions de l'organisme et en améliorant le milieu dans lequel l'homme est appelé à vivre ; moyens et pratiques mis en œuvre pour parvenir à cette amélioration* »¹. Le respect de l'hygiène est une nécessité communément admise ; l'apprentissage de l'hygiène est inscrit dans les programmes scolaires². Les orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège³ soulignent le « *rôle majeur de l'école en matière de respect du corps et d'apprentissage des règles de l'hygiène* ».

Si les actions réalisées sur ce thème se multiplient auprès des jeunes (actions et interventions centrées sur l'hygiène corporelle, bucco-dentaire, alimentaire, etc.), des entorses aux règles d'hygiène tissent en toute contradiction le quotidien de nombreux établissements scolaires. Ainsi, les sanitaires souffrent de problèmes récurrents : manque de propreté, odeurs, fermeture défaillante des portes, absence de robinets, d'éclairage, de savons ou d'essuie-mains...

Au cours des dernières décennies, la plupart des établissements scolaires ont augmenté leur capacité d'accueil, sans pour autant adapter leurs sanitaires. En outre, ces équipements ne sont pas entretenus et nettoyés en fonction de leur utilisation intensive entre les cours et à certains moments de la journée⁴.

Or, les implications médicales du non-respect d'un minimum d'hygiène

corporelle sont parfaitement connues en termes de pathologies (infections urinaires ou génitales, troubles mictionnels, constipations), d'épidémie et de psychologie⁵. Les textes ayant trait à l'hygiène à l'école ne sont pas très circonstanciés sur l'état des sanitaires ; les documents de référence sont rares et la question demeure taboue. Conseils d'école ou commissions d'hygiène et sécurité ont pour attribution de traiter ces questions qui relèvent de diverses responsabilités⁶. Mais quand le sujet est abordé, les réponses sont incontournables : manque de moyens financiers, de personnels d'entretien et de surveillance.

Neuf élèves sur dix jugent l'endroit insalubre

Après trois années de démarches infructueuses pour améliorer l'hygiène des sanitaires – notamment pour mettre à disposition des élèves de quoi se laver les mains : eau, savon et serviettes –, la Fédération des conseils de parents d'élèves (FCPE) du collège Georges-Brassens de Lattes (Hérault) a choisi de reconsidérer l'intégralité du problème : état des lieux, connaissances des normes de construction et avis des utilisateurs. Le conseil local des parents d'élèves s'est mobilisé pour réaliser une enquête auprès des élèves afin d'appréhender l'état et l'utilisation des sanitaires.

À la question « *Comment trouves-tu habituellement les toilettes du collège ?* », la réponse est sans appel :

- 88 % des collégiens interrogés trouvent les toilettes malodorantes ;
- 84 % les trouvent sales ;

- 83 % confirment l'absence de surveillant (5 % de non-réponse) ;
- 60 % déplorent l'absence de papier-toilette ;
- 58 % jugent leur nombre insuffisant ;
- 51 % constatent le manque de fermeture aux portes (6 % de non-réponse) ;
- 46 % les pensent trop éloignées des classes (le bloc sanitaire se situe à l'extérieur du bâtiment ; l'accès n'est pas protégé en cas de pluie, de neige ou de froid et il peut s'avérer interdit lors des alertes aux inondations).

Autre résultat de cette enquête : l'état des toilettes est tel que les élèves n'y vont pas... ce qui provoque chez eux inconfort physique et maux de ventre.

- Ainsi, 30 % des enfants déclarent ne jamais se rendre aux toilettes et 40 % y aller difficilement.
- Les maux de ventre sont fréquents : 7 % des élèves déclarent avoir très souvent et 10 % avoir souvent mal au ventre.
- Pour n'avoir pu utiliser opportunément les toilettes, 9 % des élèves éprouvent de la gêne pour effectuer leur travail au collège.
- 28 % des élèves déclarent aller aux toilettes dès leur retour à la maison.

Dès lors, les deux premières activités que les collégiens déclarent faire de retour à la maison sont principalement : aller aux toilettes, goûter ; puis, ensuite, faire ses devoirs et se laver les mains.

Neuf thèmes privilégiés d'amélioration des installations

Quelles dispositions prendre pour améliorer la situation ? Les attentes des collégiens sont ainsi hiérarchisées :

la journée (contre 65 % de filles). 22 % sont plus souvent « gênés » ou « plutôt gênés » dans leur travail (contre 17 %).

96 % des garçons dénoncent le manque de propreté et les mauvaises odeurs (contre respectivement 75 % et 83 %), 71 % le manque de fermeture des portes (contre 36 %) et 62 % le

- entretien des toilettes (24 %) ;
 - mise à disposition de papier-toilette (21 %) ;
 - fermetures aux portes (16 %) ;
 - meilleure surveillance du bloc sanitaire (13 %) ;
 - utilisation de désodorisants (7 %) ;
 - ouverture de toilettes plus proches des salles de classe (6 %) ;
 - entretien/réparation des lavabos (5 %) ;
 - interdiction de fumer dans les sanitaires (5 %) ;
 - mise à disposition de savon (3 %).
- D'autres demandes suggèrent de :
- refaire complètement le bloc sanitaire, repeindre/nettoyer les murs, ajouter des toilettes à la turque et des urinoirs, élever les murs jusqu'au plafond, installer une fontaine ou des lavabos automatisés, changer les chasses d'eau, améliorer l'aération ;
 - prévoir des poubelles, des serviettes, des lingettes désinfectantes, des miroirs et des protections automatiques sur les cuvettes ;

- faire respecter les lieux (empêcher les 4^{es} et 3^{es} de s'y installer, notamment avec les téléphones portables, interdits dans l'établissement) et accroître la surveillance pour éviter le gaspillage des fournitures sanitaires.

Certains collégiens sont plus exposés que d'autres. Les filles sont moins critiques ; leurs demandes d'améliorations sont plus ciblées. 24 % des filles disent avoir souvent ou très souvent mal au ventre (contre 7 % chez les garçons), mais elles vont plus facilement aux sanitaires (34 % contre 23 %) et sont moins gênées dans leur travail (17 % contre 22 %). Leurs demandes concernent prioritairement le papier-toilette (32 % contre 8 %), les lavabos et l'interdiction de fumer.

Le mal-être des garçons les rend plus critiques. 77 % des garçons se plaignent de l'accès aux toilettes et déclarent s'y rendre difficilement ou pas du tout dans

Sanitaires scolaires : les normes à respecter

Voici l'essentiel du contenu des directives et recommandations concernant les constructions scolaires conformément à l'article 5 du règlement sur les constructions scolaires primaires et secondaires (édition juillet 2002) :

Les groupes sanitaires sont répartis en principe sur tous les niveaux et dans chaque bâtiment scolaire.

Chaque installation sanitaire doit comprendre :

- des cabines WC filles et garçons, pouvant être verrouillées ;
- des urinoirs pour les garçons ;
- des lavabos avec accessoires ;
- un vidoir d'étage ;
- des WC maîtres.

Dans les rapports suivants :

- pour trente filles : deux cabines WC et un lavabo ;
- pour trente garçons : une cabine WC, deux urinoirs et un lavabo ;
- pour le personnel enseignant et administratif : une cabine WC et un lavabo pour dix personnes.

Les appareils sont adaptés à la taille des utilisateurs. Ils sont caractérisés par leur robustesse, leur simplicité de fonctionnement et leur facilité d'entretien.

Pour les installations WC, seuls les appareils avec réservoirs sont pris en compte. Les urinoirs sont obligatoirement pourvus d'un système de chasse avec séparations latérales recommandées.

On trouve, dans chaque groupe sanitaire, des linges et des distributeurs de savon. Les linges en papier à jeter et des linges à enroulement automatiques sont recommandés. Une poubelle hygiénique est installée dans chaque cabine WC filles.

Divers niveaux de confort et bases techniques spécifient :

- la température ambiante (18° C) ;
- le renouvellement d'air ;
- l'insonorisation des réseaux de distribution et d'évacuation des fluides.

nombre insuffisant de toilettes (contre 57 %). Même l'éloignement du bloc sanitaire est plus souvent critiqué (51 % contre 44 %). 31 % réclament un renforcement de l'entretien (contre 19 %), 28 % la réparation des portes (contre 7 %) et 17 % la présence plus constante d'un surveillant (contre 9 %).

Les élèves de 4^e et 3^e sont les plus affectés

En classe de 4^e et 3^e, un élève sur quatre se plaint de maux de ventre et plus de 28 % se disent « gênés » ou « plutôt gênés » dans leur travail (contre moins de 11 % chez les plus jeunes). 87 % des 4^{es} vont « difficilement » ou « jamais » aux toilettes et nombre d'entre eux se rendent aux toilettes dès leur retour à la maison (34 % en 4^e et 38 % en 3^e). Mauvaises odeurs (94 %) et

manque de propreté (91 %) dérangent prioritairement, suivis par le manque de papier-toilette (67 %) et de fermeture des portes (60 %).

En 6^e et 5^e, le respect des règles d'hygiène (eau, papier, désodorisants) reste prédominant tandis qu'en 4^e et 3^e le renforcement de la surveillance est demandé même si entretien et fermeture des portes demeurent une préoccupation.

Enfin des améliorations !

En conclusion, la FCPE a maintenu ses demandes (installation de chasses d'eau, installation de WC dans les étages du collège, rénovation des plafonds, etc.) en commission d'hygiène de l'établissement. Elle a diffusé les résultats de son enquête à l'ensemble

des parties concernées (utilisateurs, médecins, personnels de l'établissement, élus)⁷. Sa mobilisation a permis des premiers résultats. Le conseil général de l'Hérault s'est engagé à effectuer la plupart des travaux d'amélioration durant l'été 2004 : réfection des faux plafonds endommagés, mise en fonctionnement de la fontaine-lavabo des toilettes des filles, réalisation d'une contre-pente facilitant le nettoyage ; la faisabilité technique de la création de sanitaires pour les personnes handicapées et de la pose de lavabos doit également être étudiée. Dans l'attente, les plafonds des sanitaires garçons ont été repeints et les serrures réparées. Par ailleurs, les élèves disposent maintenant de papier-toilette mais attendaient toujours de pouvoir se laver les mains...

Au-delà de ce cas d'école, les risques sanitaires sont pourtant réels tant au niveau individuel que collectif. À quoi sert l'apprentissage des règles élémentaires de l'hygiène à l'école maternelle et primaire s'il ne peut être mis en pratique au sein même des établissements scolaires tout au long de la scolarité ? Une sensibilisation des responsables publics est nécessaire et implique une réelle collaboration entre collectivités territoriales, établissements scolaires et utilisateurs pour traiter la problématique de santé publique que constituent la construction, l'entretien et l'utilisation des sanitaires en milieu scolaire.

Florence Perret

Parent d'élève,
chargée d'études économiques et statistiques,
Observatoire régional de la santé (ORS)
du Languedoc-Roussillon, Montpellier.

Faire entrer la charte d'Ottawa à l'école, vaste programme

Selon l'Organisation mondiale de la santé – OMS (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité ».

La charte d'Ottawa (1986) précise qu'une intervention de promotion de la santé signifie que l'on doit :

- élaborer une politique publique saine et éclairer les responsables sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé ;
- créer des milieux favorables en favorisant des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables ;
- renforcer l'action communautaire ;
- acquérir des aptitudes individuelles par le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables de la vie¹.

Elle conclut que « pour entrer dans l'avenir : la santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé. »

Or, comme le souligne Brigitte Sandrin Berthon, « la santé d'un jeune ne dépend que très partiellement de ses comportements. Elle dépend

beaucoup de facteurs génétiques, culturels, socio-économiques mais aussi des conditions de vie qui lui sont offertes à l'école. »² Or, de nombreux établissements scolaires sont confrontés à ce sujet, tabou s'il en est, des conditions de vie des élèves en matière d'hygiène des sanitaires.

En cohérence avec les circulaires de 1998, une action d'éducation à la santé sur le thème de l'hygiène des toilettes scolaires est concevable ; elle pourrait à juste titre s'inscrire dans le projet d'établissement et être portée par les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté³. Une démarche participative peut être développée pour amener les élèves d'un établissement à s'interroger sur l'amélioration de la qualité de vie en termes de santé physique ou psychologique (respect du corps, respect de l'environnement et, ce faisant, respect d'autrui), mais l'efficacité de ce type de démarche reste conditionnée par l'implication de tous les acteurs, notamment les adultes, qui peuvent par leurs décisions et les conduites qu'ils adoptent influencer sur l'hygiène en milieu scolaire.

1. Ces principes sont actuellement mis en œuvre par des associations telle que la World Toilet Organization (WTO), qui a déclaré le 19 novembre - Journée mondiale des toilettes ».

2. Sandrin Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF éditeur, 1997.

3. Les missions des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, créés en 1990 sous le nom de Comités d'environnement social, ont été confirmées par la circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 ; elles se situent dans la perspective d'une approche globale prenant en compte les besoins de l'élève dans et hors l'école.

1. Larousse 1993.

2. Programmes publiés en 1995 par le ministère de l'Éducation nationale.

3. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998.

4. Voir Directives et recommandations concernant les constructions scolaires, édition 2002 et L'hygiène dans les écoles primaires – Dossier bleu établi en 1992, Direction générale de la santé, novembre 1992.

5. Un fléau scolaire méconnu : l'infection urinaire et les troubles mictionnels de la fillette. Pr M. Averous – CHU de Montpellier, service urologie II.

6. Entretien et petites réparations relèvent des établissements tandis que gros travaux et mises aux normes des installations dépendent des collectivités territoriales ; les directions sanitaires et sociales surveillent le respect des normes sanitaires.

7. Diffusion d'une synthèse des résultats de l'enquête. Organisation d'une conférence-échange animée par les professeurs Averous et Morin du CHU de Montpellier, sur le thème Un fléau en milieu scolaire : fuites, infections urinaires et constipations chroniques chez l'élève. Lattès, novembre 2003. Journal du conseil local.

Tabac : le regard du public sur une campagne de prévention

Faut-il avoir recours à la peur dans les campagnes de prévention ? Éternel débat, non tranché, entre ceux qui préconisent les images chocs et les autres, qui alertent sur les risques de stigmatisation des populations visées. C'est dans ce contexte que l'INPES a testé auprès du public sa dernière campagne de prévention du tabagisme. Résultats.

L'utilisation de la peur dans les communications médiatiques en prévention suscite depuis de nombreuses années un débat polémique parmi les professionnels de santé publique, opposant partisans et détracteurs sur des questions d'éthique et d'efficacité. Sans avoir la prétention de trancher ce débat, l'INPES a décidé de « prétester » les deux courts films qui constituent l'ossature de sa nouvelle campagne – visant à débanaliser le tabagisme –, lancée le 31 mai dernier à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac.

L'enjeu est de faire prendre conscience du risque couru lorsque l'on allume une cigarette, un geste vécu comme banal et quotidien. Les films reposent sur une mécanique créative suscitant la peur. Cette campagne a fait l'objet d'un prétest, quantitatif, réalisé auprès d'un échantillon de 1 072 personnes, représentatif de la population des 15 ans et plus. Les personnes ont été interrogées en face-à-face, avec diffusion d'une maquette des films sur l'ordinateur portable des enquêteurs.

Quels sont les messages véhiculés par cette campagne ? L'un des films présente une femme, l'autre un homme ; ils aspirent une bouffée de cigarette. Une voix *off* dit : « Si vous pouviez voir ce que chaque cigarette fait à l'intérieur de votre corps, vous arrêteriez de fumer, immédiatement ». La caméra zoome sur la simulation d'un trou dans la gorge de la femme/dans la poitrine de l'homme ; de la fumée s'en échappe. La voix *off* poursuit en disant « Dix fois plus de risque d'être victime d'un cancer de la gorge/quinze fois plus de risque d'être

victime d'un cancer du poumon », puis « Le tabac tue un fumeur sur deux » et, enfin, « Le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous ». Ces différentes phrases apparaissent aussi à l'écran, présentées sous la forme des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes. À la fin, apparaît le logo de Tabac info service, service d'information par téléphone et d'aide au sevrage.

Les risques sont fortement identifiés

Dans un premier temps, on a demandé aux individus interrogés ce qu'ils diraient s'ils devaient raconter les films à des amis. Pour 75 % d'entre eux, la première information restituée porterait sur les risques mentionnés dans la campagne : *le tabac provoque des cancers, des dégâts invisibles à l'intérieur du corps*. Ce qu'ils ont vu (le scénario, les personnages) serait décrit par 46 % des interviewés : *un homme, une femme qui fument/on voit que ça brûle les poumons*. 33 % des personnes interviewées évoqueraient spontanément le ton de la campagne, se répartissant à égalité entre celles qui livrent des commentaires positifs sur le côté percutant qui fait peur et fait réfléchir (*des images percutantes qui montrent la réalité/on voit la tumeur cancéreuse, cela fait réfléchir*), et celles qui regrettent qu'elle ne soit pas assez « forte » (*les films ne sont pas assez forts, cela n'exprime pas assez la maladie/je trouve que c'est trop suggéré, pas assez explicite*). Enfin, moins de 1 % des personnes interrogées rejette spontanément la campagne (*c'est inadmissible, cela peut choquer les enfants/c'est n'importe quoi, c'est dégueulasse*).

Des images qui font réfléchir

Lorsque l'on demande aux interviewés ce qui leur a plu dans la campagne, 40 % d'entre eux citent spontanément le côté explicite de celle-ci (*elle est réaliste, elle donne des informations précises*), 34 % apprécient qu'elle fasse réfléchir à propos des risques encourus et 28 % apprécient qu'elle fasse volontairement peur avec ses phrases chocs et les chiffres donnés sur les risques ; enfin, 6 % mettent en avant le fait que cette campagne ne choque pas plus que nécessaire et n'est pas trop violente.

Quand on leur demande ce qui leur a déplu, 26 % des personnes interrogées regrettent que la campagne ne soit pas assez choquante, qu'elle ne fasse pas suffisamment peur, et 26 % qu'elle ne soit pas assez explicite, qu'elle ne montre pas assez les dommages à l'intérieur du corps. À l'opposé, 12 % n'apprécient pas le côté dur (*rien ne me plaît, je ne pense pas qu'il soit utile de montrer cela pour faire arrêter de fumer/la vision des cancers*).

L'aspect choc de la campagne a été spécifiquement évalué dans une question fermée, en fin de questionnaire. Parmi les trois affirmations qui leur étaient proposées, 62 % des personnes interrogées ont choisi « cette campagne n'est pas choquante », 32 % « elle est choquante mais c'est ce qu'il faut », et 6 % « elle est choquante, et ce n'est pas utile ».

Si l'on considère plus spécifiquement la mécanique créative visant à susciter la peur, on s'aperçoit qu'elle a été identifiée par une majorité d'interviewés :

70 % d'entre eux se déclarent d'accord avec l'affirmation « *c'est une campagne qui inspire de la peur face aux dommages causés par le tabac* ». Et l'on notera enfin que ceux pour qui la campagne inspire de la peur sont beaucoup plus nombreux que les autres à répondre qu'ils ont « *vraiment* » ou « *assez aimé* » la campagne : 74 % contre 47 %.

L'appréciation de la campagne varie aussi selon le statut tabagique des interviewés. On constate que les fumeurs sont significativement plus nombreux que les non-fumeurs à trouver que « *la campagne est choquante et que ce n'est pas utile* » (9 % vs 5 %). Ils restent néanmoins relativement peu nombreux à penser cela (Figure 1).

Surtout, on observe que les fumeurs en préparation d'arrêt¹ sont significativement plus nombreux que les autres fumeurs à trouver que la campagne est choquante et que c'est ce qu'il faut : 43 % contre 30 % pour les fumeurs n'ayant pas l'intention d'arrêter et 27 % pour ceux qui ne font qu'envisager une possibilité d'arrêt (Figure 2).

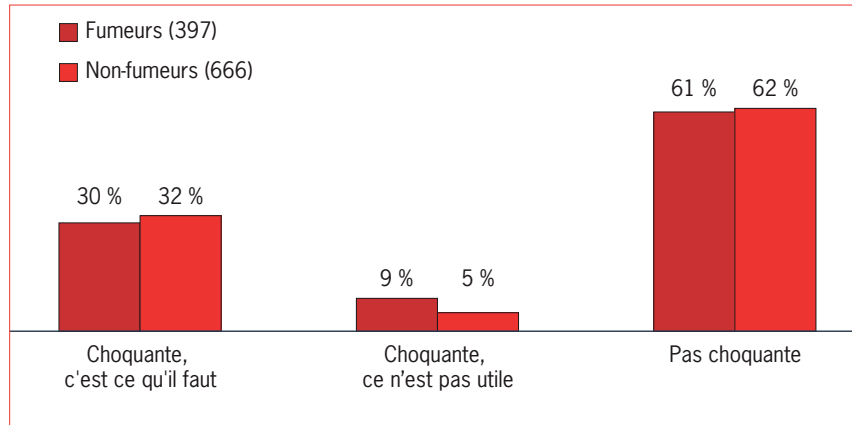


Figure 1. Opinion sur le côté choquant de la campagne, selon le statut tabagique

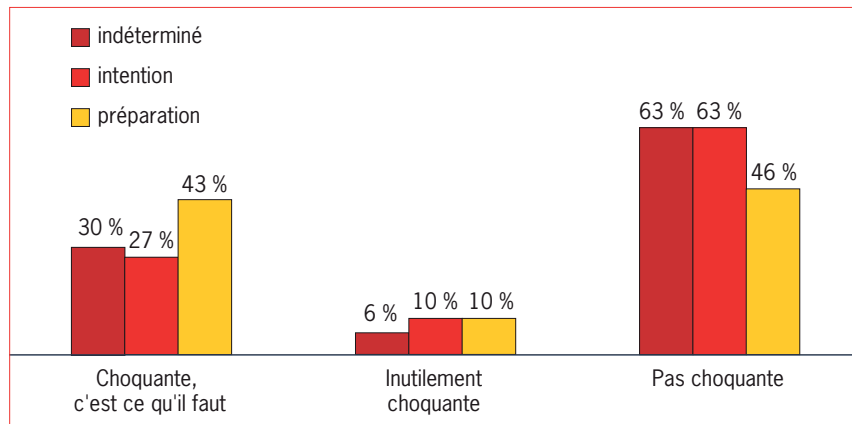


Figure 2. Opinion sur le côté choquant selon le degré de maturation vis-à-vis de l'arrêt

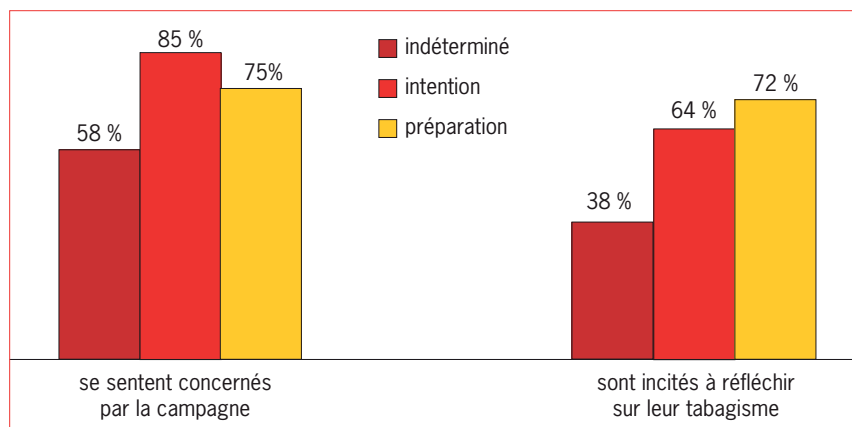


Figure 3. Se sentir concerné/incité à réfléchir selon le degré de maturation vis-à-vis de l'arrêt

Comme c'est pratiquement toujours le cas, les fumeurs fortement ou moyennement dépendants se sentent plus concernés par la campagne que les faiblement ou pas dépendants (84 % vs 74 %). Néanmoins, ils ne se sentent pas plus incités que ces derniers à réfléchir sur leur tabagisme (54 % vs 53 %). La perception de la campagne varie aussi selon le niveau de proximité dans le temps de l'intention d'arrêt : les fumeurs en intention ou en préparation d'arrêt sont beaucoup plus nombreux que les autres à se sentir concernés par la campagne (82 % vs 58 %) et incités à réfléchir à leur tabagisme (66 % vs 38 %) (Figure 3).

Enfin, il importe de souligner que, si les résultats de ce prétest montrent un accueil plutôt favorable de cette forme de campagne de prévention par le public, ils doivent être considérés avec prudence. En effet, l'acceptation, voire la demande, par certains interviewés, de campagnes toujours plus choquantes, toujours plus « gore » est retrouvée dans de nombreux prétests ou post-tests, quels que soient le thème des campagnes et le ressort de communication utilisé. Ces résultats laissent donc ouvert le débat sur la « légitimité » de l'utilisation de la peur dans des campagnes de communication ; ils ne permettent pas non plus de répondre à la question de l'efficacité de ce genre de campagne.

Jean-Louis Wilquin

Chargé d'études tabac, direction des Affaires scientifiques, INPES.

1. Les fumeurs en indétermination sont ceux n'ayant pas l'intention d'arrêter dans les six prochains mois ; les fumeurs en phase d'intention sont ceux qui déclarent « envisager sérieusement d'arrêter dans les six prochains mois » ou qui ont « décidé de faire une tentative dans les trente prochains jours » mais « n'ont pas réussi à ne pas fumer pendant au moins vingt-quatre heures au cours des douze derniers mois ». Les fumeurs en phase de préparation sont ceux ayant « décidé de faire une tentative dans les trente prochains jours » et ont « réussi à ne pas fumer pendant au moins vingt-quatre heures au cours des douze derniers mois ». Les 397 fumeurs de l'échantillon se répartissent en 162 en indétermination, 161 en phase d'intention et 60 en phase de préparation (14 ne se sont pas positionnés).

Comment ça va la santé ?

Enquête auprès des 12-25 ans

Ce dossier de *La Santé de l'homme* présente une synthèse de l'enquête *Baromètre santé 2000, les comportements des 12-25 ans* pilotée par l'INPES¹ avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'objectif est d'offrir une description simple et synthétique des connaissances, des attitudes et des comportements en matière de santé des jeunes de 12-25 ans vivant en France. De manière plus succincte, trois autres enquêtes menées auprès de la population des jeunes y sont présentées. Des sources de données, de publications méthodologiques et d'articles sur les comportements des jeunes complètent ce dossier.

Les résultats complets du *Baromètre santé 2000* viennent d'être publiés, en mai 2004, sous la forme de deux volumes². Le volume 3.1 présente une synthèse de résultats nationaux et régionaux. Chaque thème abordé est introduit par un bref contexte, suivi d'une présentation des résultats, illustrée de tableaux et de figures, et d'une conclusion. Tous les thèmes traités dans l'ouvrage font l'objet d'un court article dans le présent dossier. Un chapitre de ce volume compare les résultats des quatre régions qui ont participé à l'enquête – dont une synthèse est présentée ici par Alain Trugeon et qui font l'objet d'une présentation détaillée dans le volume 3.2.

Sur un plan plus général, l'ouvrage présente des évolutions nationales par rapport à la première enquête *Baromètre santé jeunes 97/98* ; les tendances devront être confirmées lors du prochain recueil de données qui se déroulera en octobre 2004 auprès de la population des 12-75 ans. La publication du *Baromètre santé 2000* ne restera pas sans suite. Un guide pratique destiné aux professionnels de l'Éducation nationale est en cours d'édition.

Philippe Guilbert

Coordonnateur de l'enquête *Baromètre santé*, chef du département Sciences humaines, direction des Affaires scientifiques des l'INPES.

Dossier coordonné par l'équipe du *Baromètre santé*, département Sciences humaines, direction des Affaires scientifiques de l'INPES.

Les auteurs des articles de ce dossier sont **Arnaud Gautier**, biostatisticien, chargé d'études à l'INPES, le **Docteur François Baudier**, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté, et **Christophe Léon**, statisticien, chargé d'études à l'INPES.

1. Outre l'INPES, ont contribué au *Baromètre santé 2000*. Les comportements des 12-25 ans les institutions et organismes suivants : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), ministère de la Santé et de la Protection sociale, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Haut Comité de la santé publique (HCSP), Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

2. Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. (sous la dir.) *Baromètre santé 2000 : les comportements des 12-25 ans – vol. 3.1 : synthèse des résultats nationaux et régionaux*. Saint-Denis : INPES, 2004 : 216 p.
Bournot M.C., Bruandet A., Declercq C., Enderlin C., Imbert F., Lelièvre F., Lorenzo P., Paillas A.-C., Tallec A., Trugeon A. *Baromètre santé 2000 : les comportements des 12-25 ans – vol. 3.2 : résultats régionaux*. Saint-Denis : INPES, 2004 : 256 p.

Décrypter les comportements, pour promouvoir la santé

Aborder la santé des adolescents et des jeunes sous un angle exclusivement quantitatif peut présenter le risque de donner de cette période de la vie, caractérisée par la complexité des évolutions qui s'y produisent, une vision simpliste, voire caricaturale. La présentation des résultats de l'enquête menée auprès de plus de 2 700 adolescents et jeunes âgés de 12 à 25 ans, interrogés dans le cadre du Baromètre santé 2000 de l'INPES, échappe à cet écueil. C'est en effet un portrait sensible et nuancé du mode de vie de cette population, que nous livrent ces résultats. *La Santé de l'homme* vous en présente une synthèse dans ce dossier.

Parmi les facteurs de risque pris en considération dans cette étude, le tabagisme est celui qui concerne la plus importante proportion d'adolescents, puisque plus d'un tiers d'entre eux se déclarent consommateurs de tabac. Cependant, non seulement les deux tiers d'entre eux affirment avoir déjà tenté

Ces données, encourageantes par certains aspects, plus inquiétantes par d'autres, ne peuvent manquer d'interpeller professionnels de santé et décideurs.

d'arrêter de fumer, mais aussi plus de la moitié de l'ensemble des jeunes (fumeurs ou non-fumeurs) se disent gênés par la fumée des autres. Si l'alcool est présent très tôt dans la vie des adolescents, on constate une baisse de la consommation quotidienne et de la prévalence des ivresses répétées depuis 1995. On observe une progression très forte du pourcentage de jeunes déclarant avoir déjà

consommé du cannabis ; toutefois, d'une part les consommateurs très réguliers restent minoritaires puisqu'ils ne représentent que 13,8 % du total des expérimentateurs, d'autre part, la banalisation de l'expérimentation de ce produit n'est pas associée à une forte demande de légalisation, puisque les deux tiers des jeunes se déclarent opposés à une mise en vente libre du cannabis.

Une partie non négligeable de la population adolescente connaît des situations génératrices de souffrances physiques ou psychiques. En témoigne la proportion d'entre eux qui déclarent avoir été impliqués dans des actes de violence (près de 10 %), avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (près de 5 %), avoir eu au moins un accident au cours de l'année précédant l'enquête (22 %), être consommateurs d'antidépresseurs (4 %) ou de tranquillisants (près de 8 %). Parallèlement, dans cette même population, on constate une réelle capacité à recourir à un soutien et des soins adaptés : près de 5 % des jeunes déclarent avoir eu recours à un professionnel de l'aide psychologique au cours des douze derniers mois. On note également que les jeunes de 12 à 25 ans consultent un médecin généraliste près de quatre fois par an en moyenne, et que 43 % des jeunes sco-

larisés ont rencontré un médecin ou une infirmière scolaire au cours de l'année précédant l'enquête.

Cette capacité à accéder à l'aide et aux soins amène à évoquer les facteurs protecteurs de la santé, également abordés dans ce dossier. Par exemple, la majorité des jeunes déclarent être suivis sur le plan de la vaccination. Dans le domaine des comportements sexuels, on relève un recours déclaré au préservatif lors du premier rapport, qui se maintient à une fréquence élevée chez les jeunes de 15 à 25 ans. De même, la quasi-totalité des jeunes sexuellement actifs ne souhaitant pas avoir d'enfants déclarent utiliser un moyen contraceptif. Enfin, les adolescents sont nombreux à pratiquer un sport, avec des motivations centrées sur le plaisir et le gain de santé.

Ces données, encourageantes par certains aspects, plus inquiétantes par d'autres, ne peuvent manquer d'interpeller professionnels de santé et décideurs. Par leur complexité, elles invitent à s'interroger sur l'adaptation des services de soins et de prévention à la multiplicité des déterminants et des situations des adolescents et des jeunes en matière de santé, y compris à un niveau individuel. À cet égard, la présentation de données issues de sur-échantillons régionaux est particulièrement source d'inspiration, puisqu'elle nous engage à considérer également les particularités locales et leurs liens avec les comportements de santé des adolescents.

La focalisation sur les problèmes de la jeunesse conduit trop souvent à décrire l'adolescence comme une période caractérisée de manière dominante par la prise de risques et par l'adoption de comportements dommageables à la santé, avec pour conséquence une dégradation durable de l'état de santé et de la qualité de vie. La capacité des adolescents à adopter des comportements protecteurs pour eux-mêmes et pour autrui, à reconsidérer leurs habitudes de vie, à identifier des confidents – capacité clairement mise en évidence dans cette étude – constitue une ressource sur laquelle devraient s'appuyer les professionnels engagés dans des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Il est connu que, pour gagner en pertinence et en efficacité, ces actions doivent être fondées à la fois sur l'identification des besoins de la population concernée et sur une connaissance précise de ses ressources. Ces repères sont mis à la disposition des chercheurs et des acteurs de terrain ; puissent-ils se les approprier et les réinvestir utilement dans leurs pratiques.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'INPES.

Le sport, pour le plaisir plus que pour la santé

Chez les 12-25 ans, deux jeunes sur trois ont pratiqué au moins un sport au cours de la dernière semaine. Les garçons pratiquent un peu plus que les filles. Cette pratique régresse au fur et à mesure de l'avancée en âge. La forte progression de l'obésité, qui n'épargne pas les plus jeunes, fait de l'activité sportive un des éléments clés de la prévention de cette pathologie.

La santé des adolescents est souvent étudiée à travers les facteurs qui la menacent. Cette approche tend à stigmatiser leurs habitudes de vie autour des comportements de consommation (alcool, tabac, cannabis, etc.), des prises de risque et des conséquences qu'elles peuvent entraîner (accidents, violences diverses) [1, 2].

Les aspects plus positifs de cette période de la vie sont moins souvent mis en avant. La présente investigation autour du sport permet d'approcher une composante de l'activité des adolescents qui semble tenir une place importante dans leur quotidien.

Trois éléments méritent d'être rappelés avant la présentation des principaux résultats :

- l'activité physique est un facteur de protection pour la santé des individus. La progression inquiétante de la prévalence de l'obésité, aussi bien parmi la population adulte que chez les plus jeunes, fait de l'activité sportive un des éléments clés de la prévention de cette pathologie [3, 4] ;
- l'évaluation du niveau d'activité physique est complexe, en particulier dans le cadre de cette enquête, menée par téléphone avec un nombre de questions assez réduit. C'est une des limites de cette étude [5].

Le sport est fortement présent dans la vie des jeunes puisque, parmi les 12-25 ans, près des deux tiers d'entre eux (64,2 %) [62,2–66,2] disent en avoir pratiqué au moins un au cours de la semaine qui vient de s'écouler, les garçons plus que les filles (71,3 % *vs*

56,5 % ; $p < 0,001$). Le pourcentage de pratiquants est plus faible dans les tranches d'âge supérieures.

Les consommateurs réguliers de tabac, les jeunes qui ne sont pas scolarisés ainsi que ceux qui ne prennent pas de petit déjeuner sont moins nombreux à déclarer avoir fait du sport au cours des sept derniers jours.

Rupture de pratique chez les filles

Selon cette enquête, le temps consacré à ces activités sportives au cours de la dernière semaine est en moyenne de plus de quatre heures pour l'ensemble de la population des 12-25 ans : plus de cinq heures et demie chez les garçons et environ trois heures vingt chez les filles.

L'intensité de la pratique sportive varie sensiblement selon l'âge. Le nombre de sportifs qui ont une activité importante (plus de huit heures lors de la dernière semaine) diminue très significativement pour les deux sexes au sein des tranches d'âge considérées (12-14 ans, 15-19 ans, 20-25 ans) : les pourcentages sont divisés par deux chez les garçons et par trois chez les filles, témoignant en partie d'une baisse sensible des activités compétitives.

On constate, uniquement chez les filles, une augmentation très forte de la proportion de personnes qui n'ont plus aucune activité sportive parmi les plus âgées. À 12-14 ans, elles sont moins d'une sur cinq dans ce cas (18,5 %), alors qu'à 20-25 ans elles sont plus des deux tiers (67,3 %) à déclarer n'avoir fait aucun sport durant les sept derniers jours, signe fort d'une « sédentarisation » marquée.

Si aucune différence significative n'est observée entre garçons et filles quant à l'activité sportive à l'école, la pratique dans un club est, en revanche, plus familière aux garçons qu'aux filles. Globalement, et quel que soit le contexte, la pratique du sport diminue avec l'âge.

Sports collectifs ou individuels ?

Les sports collectifs sont très présents chez les plus jeunes : près d'un tiers des 12-25 ans (32,4 %) en ont pratiqué un dans la semaine précédant l'enquête, ce qui représente un peu plus de la moitié des sportifs. Parmi ces modes d'activité physique, le football est le sport le plus pratiqué par les garçons, cité par près de 40 % des personnes ayant pratiqué au moins un sport au cours des sept derniers jours. Le basket-ball, le volley-ball et surtout le handball sont les autres sports collectifs qui mobilisent les plus jeunes et principalement les filles : respectivement 15,8 %, 12,9 % et 13,0 % de pratiquantes pour la tranche d'âge des 12-14 ans.

Près de la moitié (49,4 %) des jeunes de 12 à 25 ans ont pratiqué un sport individuel au cours de la semaine précédant l'enquête. Le jogging est la discipline la plus courante (10,5 % chez les garçons et 8,3 % chez les filles) avec une diminution de cette activité entre 12 et 25 ans pour les deux sexes. La natation (6,6 % : 5,6 % chez les garçons et 7,7 % chez les filles) et la gymnastique

(5,3 % : 2,4 % de pratiquants et 8,4 % de pratiquantes) sont ensuite les deux sports individuels auxquels se consacrent le plus de jeunes avec, pour ces deux dernières activités, des pourcentages supérieurs parmi les filles.

Le plaisir, première motivation

Les trois quarts des pratiquants font du sport par plaisir (sans variation significative selon le sexe et l'âge). Viennent ensuite comme motivations principales, la santé (déclarations progressant linéairement avec l'âge, passant de 31,6 % pour les 12-14 ans à 65,2 % pour les 23-25 ans) et la rencontre avec des amis pour la moitié des jeunes. Les autres motivations recueillent moins l'adhésion des sportifs, mais sont plus discriminantes suivant le sexe. Les garçons font plus souvent du sport pour se muscler (30,6 %) ou pour gagner (18,7 %), alors que les jeunes filles souhaitent maigrir (21,8 %) et disent qu'elles font ces activités par obligation (7,2 %).

Cette analyse confirme que le sport tient aujourd'hui une place considérable dans la vie des adolescents. Il est associé à la santé et à une vision hédoniste de celle-ci. « Gagner », « faire du muscle », « maigrir » sont des motivations moins affichées, même si, dans certaines tranches d'âge, plus d'un tiers des jeunes (34,8 % des garçons de 12-14 ans) déclarent faire du sport de façon très intensive (plus de huit heures par semaine).

Le type de sport pratiqué est assez différent suivant le sexe, avec un partage varié entre pratiques individuelles et collectives. Il est probable que le sport à l'école explique la fréquence des activités physiques régulières chez les plus jeunes, le « relais » ne semblant pas être pris par la suite dans le milieu du travail ou à l'université, tout particulièrement chez les filles. Par ailleurs, d'autres effets peuvent expliquer la baisse de la pratique sportive avec l'âge, comme :

- l'accessibilité des lieux de pratique (horaires d'ouverture) ;
- le coût financier ;
- l'évolution des modes de socialisation.

La part croissante consacrée à d'autres activités – par exemple culturelles – pourrait expliquer cette chute de la pratique sportive au fur et à mesure que l'adolescent grandit.

Un lien est retrouvé entre la pratique sportive et certaines habitudes de vie (consommation de produits addictifs, fréquence des prises de repas, etc.). Des relations de causalité sont difficiles à établir entre ces différents facteurs, qui renvoient probablement à plusieurs facettes d'un même mode de vie. Une attention particulière à sa santé pourra se traduire par des comportements cohérents dans différents domaines : exercice physique, non-consommation de certains produits ou consommation modérée, prise de repas régulière. Les recommandations qui peuvent être faites pour encourager la pratique du sport chez les jeunes doivent être accompagnées d'un discours global sur les autres déterminants de la santé et d'une attention particulière envers les jeunes ayant une pratique sportive intensive, plus exposés à certaines situations à risque [2, 6, 7].

► Références bibliographiques

- (1) Michaud P.-A., Baudier F., Choquet M., Mansour S. (sous la dir.). *La santé des adolescents : quels liens entre recherche et prévention ?* Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1994 : 226 p.
- (2) Choquet M., Bourdissol H., Arvers Ph., Guilbert P., De Peretti C. *L'activité sportive à l'adolescence : les troubles et les conduites associés.* Rapport au ministère de la Jeunesse et des Sports. Injep, 2001 : 94 p.
- (3) Haut Comité de la santé publique. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions.* Rennes : ENSP, 2000 : 288 p.
- (4) Inserm. *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant.* Paris : Inserm, coll. Expertise Collective, 2000 : 326 p.
- (5) Voir pour plus de détails l'*European Physical Activity Surveillance System* (Eupass).
- (6) Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Sport et usages de produits psychoactifs dans les enquêtes quantitatives auprès des jeunes scolarisés : quelles interprétations sociologiques ? In : Faugeron C., Kokoreff M. *Société avec drogues. Enjeux et limites.* Ramonville-Ste-Agne : Erès, 2002 : 99-125.
- (7) Guilbert P., Lefèvre B. Activité sportive et comportements de santé. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. *Baromètre santé 2000. Vol. 2 : résultats.* Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2002 : 29-50.

Sexualité : plus responsables qu'on ne l'imagine

Contrairement à une idée reçue, les jeunes ne sont pas plus précoces que leurs aînés sur le plan sexuel. Et, globalement, ils se protègent plutôt bien ; ainsi 90 % des 15-19 ans ont utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel et 86 % des jeunes sexuellement actifs utilisent un moyen de contraception. Toutefois, le recours à la pilule du lendemain n'est pas exceptionnel, il concerne 14 % des filles au cours de leur vie. Les données du Baromètre santé soulignent la nécessité de mener des travaux scientifiques qualitatifs pour mieux accompagner les adolescents dans leur sexualité.

Le développement d'études approfondies sur la sexualité des Français est relativement récent et remonte aux « années sida ». Il existe, par rapport à d'autres habitudes de vie reliées à la santé, un retard significatif sur ce sujet [1]. Les interprétations variées s'appuient plus souvent sur des *a priori* que sur une connaissance validée scientifiquement. Par exemple, la précocité et

la multiplication des relations sexuelles chez les jeunes sont souvent avancées, sans que les études réalisées à ce jour confirment totalement ces conclusions [2].

La sexualité est une dimension importante dans le développement de la personne. Elle est trop souvent abordée à travers ses particularismes (in-

ceste, pornographie, etc.) [3] et ses risques (infections sexuellement transmissibles, sida, grossesses non désirées, violence, etc.) [4]. Cette approche est très réductrice dans la mesure où l'activité sexuelle correspond avant tout à des moments de plaisir, d'échange et de partage. Les résultats présentés ici sont, de ce point de vue, très partiels. Des travaux qualitatifs seraient plus à même de répondre à ces interrogations pour avoir une vue globale de la situation et permettre d'accompagner les adolescents dans cette période essentielle de leur existence [2].

Plus des deux tiers (69,2 %) des 15-25 ans interrogés¹ déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, sans différence significative selon le sexe. Si moins d'une personne sur six est sexuellement active² à 15 ans, 96,7 % le sont à 25 ans. La médiane se situe légèrement après 17 ans, ce qui est très proche du résultat obtenu dans le Baromètre santé jeunes 97/98 chez les 15-19 ans et dans d'autres études [4].

Préservatif : utilisé lors du premier rapport

Près de quatre jeunes sur cinq (79,6 %) déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Des différences apparaissent selon l'âge des adolescents. Les plus jeunes au moment de l'enquête ont déclaré plus fréquemment que les autres avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport : 89,8 % des 15-19 ans *vs* 75,1 % des 20-25 ans. Par ailleurs, la

proportion d'utilisateurs, peu importante avant 1992, augmente significativement jusqu'en 1996 et reste ensuite assez stable, semblant avoir atteint un seuil qui se situe autour de 85,0 %. Entre le Baromètre santé de 1997 et celui de 2000, aucune différence significative n'est observée quant à l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel.

Parmi l'ensemble de la population des 15 à 25 ans sexuellement actifs, 85,9 % [83,8–87,8] déclarent utiliser actuellement un moyen de contraception, 1,8 % [1,1–2,8] en utilise occasionnellement (« ça dépend des fois ») et 12,3 % [10,6–14,3] ne font rien pour éviter une grossesse.

Parmi les personnes qui utilisent un moyen contraceptif, plus des trois quarts (76,0 %) [73,2–78,5] prennent la pilule, 21,9 % [19,3–24,6] utilisent le préservatif, 0,8 % [0,5–1,4] un stérilet et 1,3 % [0,8–2,2] exclusivement une autre méthode (retrait, méthode Ogino, etc.). L'utilisation du préservatif comme unique moyen contraceptif est déclarée plus fréquemment par les plus jeunes.

Recours important à la pilule du lendemain

Le recours à la pilule du lendemain n'est pas exceptionnel : 13,9 % des filles de 15 à 25 ans sexuellement actives ont déjà eu l'occasion d'utiliser cette contraception d'urgence au cours de leur vie. Les réponses des garçons sont concordantes, puisque 15,4 % affirment spontanément que leur partenaire l'a déjà utilisée.

La majorité des jeunes femmes s'est procuré la pilule du lendemain sur ordonnance de son médecin (42,3 %) ou d'un autre médecin (24,7 %). 10 % d'entre elles l'ont obtenue auprès du planning familial, 9,4 % l'ont achetée directement en pharmacie, 4,0 % avaient déjà une plaquette de pilules et, pour 3,7 % d'entre elles, c'est une amie qui la leur a donnée. Certaines différences apparaissent selon l'âge : avant 20 ans, une part plus importante s'est procuré la pilule auprès du planning familial ou auprès d'une copine, alors qu'après 20 ans, une grande partie s'est fait prescrire la pilule par un médecin.

7,5 % des filles de 15 à 25 ans sexuellement actives déclarent avoir déjà eu recours à une interruption volontaire de

grossesse (IVG). Ce taux est significativement plus élevé parmi les 23-25 ans (10,4 %) que chez les plus jeunes filles (5,9 %).

La fréquence des IST progresse avec l'âge

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans sexuellement actifs, 3,7 % affirment avoir eu une infection sexuellement transmissible (IST) au cours des dix dernières années. Les filles sont plus nombreuses à en déclarer une que les garçons (6,2 % vs 1,4 %). Une augmentation de ces IST est par ailleurs observable en fonction de l'âge des personnes interrogées : aucune n'est signalée entre 15 et 17 ans, 2,2 % à 18-19 ans, 4,5 % à 20-22 ans et 5,1 % entre 23 et 25 ans. La principale IST rapportée par les jeunes est la mycose.

L'information sur la contraception encore nécessaire

Conclusion de ces observations : le premier constat est que les jeunes n'ont pas leur premier rapport sexuel plus précocement qu'il y a quelques années. Il est certain que cet indicateur, relativement simple à collecter, ne rend pas compte d'autres pratiques sexuelles qui peuvent précéder l'acte complet. Les adolescentes déclarent, par exemple, qu'elles attachent beaucoup d'importance aux autres types de relations physiques qu'elles ont avec leur partenaire (surtout avant « la première fois ») [2]. Cette installation progressive de leur sexualité est une période qu'elles décrivent comme essentielle pour leur vie future.

La fréquence d'utilisation du préservatif lors du premier rapport montre que les jeunes ont su, malgré les contraintes liées à son utilisation et une perception des risques relativisée (urgence de traitements, etc.), adopter un comportement protecteur. Ce fait a malheureusement été peu souligné. Est-ce par crainte d'un relâchement de la vigilance des jeunes à une période où le sida est moins perçu – à tort – comme une menace directe ? Il est important de préciser que cette utilisation plus fréquente du préservatif lors du premier rapport ne donne pas d'indication précise sur l'attitude des jeunes dans d'autres circonstances. Seule information issue de cette enquête, les adolescents qui ont des relations moins stables utilisent plus souvent que les autres le

préservatif comme moyen de contraception [5].

Le recours fréquent à la pilule du lendemain et l'existence d'une population importante de jeunes filles qui ont eu recours à l'interruption volontaire de grossesse soulignent qu'un travail de sensibilisation, d'information et d'éducation est nécessaire. Il pourrait :

- s'appuyer sur des travaux approfondis explorant de façon plus analytique la sexualité des jeunes, la place qu'elle occupe comme facteur ou non de bien-être, d'épanouissement, voire d'insertion dans la société adulte ;
- bénéficier de travaux de recherche évaluative sur les approches en éducation sexuelle qui ont fait leurs preuves en termes de qualité et d'efficacité. Un premier travail significatif a été fait dans ce sens avec l'expertise collective Inserm sur l'éducation pour la santé et les jeunes, qui traite des comportements sexuels à risque [6]. Il reste à exploiter les travaux existant sur l'éducation sexuelle en général.

1. Les questions portant sur la sexualité n'ont pas été posées aux jeunes de moins de 15 ans.

2. Personne sexuellement active : personne ayant au moins un rapport sexuel au cours de la vie.

► Références bibliographiques

- (1) Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 352 p.
- (2) Le Gall D., Le Van C. *La première fois : récits d'une expérience intime*. Sciences humaines 2002 ; n° 130 : 24-8.
- (3) Marchand G. *Les dessous de la perversion*. Sciences humaines 2002 ; n° 130 : 36-9.
- (4) Lagrange H., Lhomond B. et l'équipe ACSJ. *L'entrée des jeunes dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997 : 432 p.
- (5) Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon. *La médicalisation croissante de la contraception en France*. Population et Sociétés 2002 ; n° 381 : 1-4.
- (6) Inserm. *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 248 p.

L'adolescence, période délicate pour l'accès aux soins

Bien adapté à la petite enfance, le système français de soins a plus de difficulté à suivre les adolescents. Globalement, les filles fréquentent davantage les structures de santé et ont très tôt une attitude plus volontaire par rapport à la prévention. L'accès aux soins continue d'être fortement dépendant du niveau de ressources des familles, et les inégalités face à la santé s'installent de manière précoce. Un meilleur suivi des adolescents passe par la création d'espaces à l'interface entre la famille, l'école et les lieux de vie fréquentés par ces jeunes.

La naissance et la petite enfance sont deux périodes de la vie fortement médicalisées. Le carnet de santé, souvent très bien tenu, en est le témoignage le plus concret. Cette prise en charge se fait dans un contexte préventif fort (vaccinations, mesure régulière du poids, conseils diététiques, etc.). Le médecin généraliste, le pédiatre, les services de protection maternelle et infantile (PMI), puis la santé scolaire prennent successivement ou conjointement le relais. Ce dispositif a permis, au cours des dernières années, des progrès en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles [1, 2].

Quand l'enfant grandit, il va s'inscrire dans un suivi médical de plus en plus espacé. Il est vrai que la période qui précède la puberté (7-12 ans) est relativement plus calme, sans problèmes médicaux bien spécifiques.

L'entrée dans l'adolescence correspond à des bouleversements physiques, psychologiques et sociaux. Elle se fait dans un contexte de prise en charge de la santé relativement mal organisée ou tout du moins imprécise. Le médecin de famille est plus éloigné du jeune ; le suivi de la santé en milieu scolaire s'avère difficile, faute d'effectifs et compte tenu du champ très large

d'intervention et les pédiatres ont traditionnellement un rôle plus centré sur la petite enfance [3].

Le jeune et ses parents vont donc se retrouver dans une situation complexe où l'offre de santé est peu cohérente, où les frontières et les compétences entre les différents métiers médicaux, sociaux ou psychologiques dédiés aux adolescents sont relativement floues et où, au total, besoins et offres de santé sont mal adaptés [4].

Le généraliste en première ligne

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté au cours de l'année : près de quatre jeunes sur cinq (79,6 %) ont répondu en avoir rencontré au moins un au cours des douze derniers mois. Il apparaît des différences significatives selon le sexe

(76,1 % des garçons et 83,3 % des filles) et l'âge : plus le jeune approche de l'âge adulte, plus la proportion de consultants dans l'année est élevée.

Après ajustement sur le sexe et l'âge, les jeunes scolarisés sont plus nombreux que ceux sortis du système scolaire à avoir consulté un médecin généraliste. Le nombre moyen de consultations au cours de l'année est de 3,7. Les filles consultent plus souvent le médecin généraliste que les garçons : 4,2 fois en moyenne (parmi les 83,3 %) vs 3,1 fois (parmi les 76,1 %).

La santé scolaire

Parmi les quelque 1 200 jeunes scolarisés au collège ou au lycée interrogés au cours de cette enquête, 43,1 % déclarent avoir vu un médecin ou une infirmière scolaire au cours des douze mois précédant l'enquête. Si aucune différence significative n'est observée selon le sexe ou même selon l'âge, les jeunes vivant dans une famille recomposée ou monoparentale, ceux ayant eu un accident au cours de l'année précédant l'enquête ou bien ceux intégrés dans une filière technique ont été, en revanche, significativement plus nombreux que les autres à voir au moins une fois les médecins ou infirmières scolaires.

Les consultations dentaires

Par ailleurs, 62,2 % des 12-25 ans déclarent s'être rendus chez le dentiste au cours des douze derniers mois : les filles plus que les garçons (66,2 % *vs* 58,5 %). Parmi les jeunes de 15 à 25 ans, on note un lien – retrouvé dans d'autres études – entre niveau de revenus et consultation d'un spécialiste bucco-dentaire : plus les jeunes déclarent des revenus importants par unité de consommation, plus la proportion de consultants est élevée. Chez ces derniers, le nombre moyen de visites par an est de 3,4.

Psy : un jeune sur vingt consulte dans l'année

Environ un jeune sur vingt (4,7 %) déclare avoir eu recours à un professionnel de l'aide psychologique au cours des douze derniers mois avec une prédominance féminine : 5,7 % *vs* 3,7 % pour les garçons. Il apparaît une différence significative chez les 15-17 ans et les 23-25 ans, qui fréquentent davantage ces professionnels. De même, les jeunes déclarant n'être « *pas satisfaits* » de leur vie de famille consultent ces spécialistes davantage que les autres.

Une déclaration de prise de psychotropes non négligeable

Un peu moins d'un jeune sur vingt (4,3 %) déclare avoir consommé des antidépresseurs au moins une fois dans l'année. Les jeunes filles sont proportionnellement davantage concernées que les garçons (6,5 % *vs* 2,3 %). Il y a une proportion plus importante de consommateurs d'antidépresseurs dans l'année parmi les 18-22 ans et, surtout, chez les personnes déclarant avoir pensé au suicide au cours de l'année et chez celles ayant déjà fait une tentative de suicide. L'enquête n'a pas constaté d'association significative entre la consommation d'antidépresseurs et le fait d'avoir une maladie chronique, ou de n'être plus scolarisé.

Autre information éclairante : la proportion de consommateurs de tranquillisants ou de somnifères est deux fois plus élevée que pour les antidépresseurs : 10,6 % des filles et 5,0 % des garçons (7,7 % [6,6–8,8] parmi l'ensemble) ont répondu en avoir pris au moins une fois au cours de l'année

Un contact plus fréquent des jeunes filles avec le système de soins

Les adolescents sont des usagers particuliers de notre système de santé. Ils donnent l'impression de lui échapper car ils changent souvent d'interlocuteurs professionnels et leur prise en charge n'est donc pas assurée de façon continue [5].

La consommation de médicaments psychotropes est relativement élevée, en particulier parmi les filles et les jeunes les plus fragiles (ceux qui ont des pensées suicidaires ou qui ont tenté de se suicider). La consultation de professionnels de la santé mentale par les jeunes n'est pas négligeable, en particulier pour les adolescents qui ont pensé au suicide, fait une tentative de suicide ou encore ceux déclarant avoir eu un accident. Il est rassurant de constater que les jeunes qui s'y rendent le plus souvent sont ceux qui semblent en avoir le plus besoin. Pourtant, ces données ne permettent pas d'évaluer l'importance de la population des jeunes en souffrance qui ne sont pas pris en charge par ce type de professionnels.

De façon plus générale, les filles ont une fréquentation sensiblement plus élevée des structures de santé. Si l'importance des consultations de gynécologie peut expliquer en partie cette démarche plus régulière, il faut constater que, dès cet âge, les femmes ont une attitude plus volontaire, en particulier par rapport à la prévention. Une autre dimension intervient, c'est la notion de mal-être (ou faculté de s'exprimer sur ce mal-être), particulièrement présente à cet âge chez les jeunes filles. Elle peut conduire à des consultations plus fréquentes.

Des inégalités de santé précoces

Les facteurs sociaux pèsent aussi sur la démarche de soins [6]. Dans le domaine bucco-dentaire ou en ce qui concerne le recours à des spécialistes (par exemple les gynécologues), le nombre de consultations est moindre parmi les jeunes de niveau économique (et/ou d'instruction) peu élevé. Les inégalités face à la santé s'installent donc précocement. Malgré le développement de dispositifs spécifiques (prise en charge de la santé des jeunes dans le cadre des missions locales 16-25 ans,

bilan bucco-dentaire gratuit pour les adolescents, etc.), ces disparités sont difficiles à combattre [1, 2].

Dans le futur, une organisation du système de santé, spécifique aux adolescents, pourrait reposer sur :

- une continuité entre la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, notamment dans les dispositifs de soins et de prévention ;
- une communication plus organisée entre le secteur public (santé scolaire, hôpitaux, etc.) et privé de la santé (principalement les généralistes) ;
- l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques en matière de promotion de la santé mentale des adolescents et des jeunes ;
- une meilleure prise en compte de la demande des adolescents en matière de santé mentale, afin d'offrir des espaces d'expression complémentaires et facilement identifiables entre la famille, l'école et les lieux de vie habituels des adolescents ;
- une coordination des actions individuelles et collectives de prévention.

► Références bibliographiques

- (1) Haut Comité de la santé publique. *La santé en France en 2002*. Paris : La Documentation française, 2002 : 410 p.
- (2) De Kervasdoué J. (sous la dir.). *Le carnet de santé de la France*. Paris : Mutualité française, 2000 : 352 p.
- (3) BEP. *Soins aux adolescents... Identités en mouvement*. Bulletin d'éducation du patient 2000 ; 19, n° 3 (numéro spécial) : 164 p.
- (4) Michaud P.-A., Alvin P., et al. (sous la dir.). *La santé des adolescents : approches, soins, prévention*. Éditions Payot-Lausanne, Doin-éditeurs, Paris, Presses de l'université de Montréal, 1997 : 637 p.
- (5) Auvray L., Le Fur P. *Adolescents : état de santé et recours aux soins*. Credes, Questions d'économie de la santé, mars 2002, n° 49 : 1-4.
- (6) Amosse T., Doussin A., Firdion J.-M., Marpsat M., Rochereau T. *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Credes, Questions d'économie de la santé, septembre 2001, n° 40 : 1-4.

Vaccination : un geste simple qui s'oublie vite

L'enquête Baromètre santé confirme le rôle central du médecin dans la vaccination. La plupart des jeunes ne savent pas contre quels virus ils ont été vaccinés. Ces résultats plaident pour le développement d'une information sur les vaccinations à destination des jeunes, par l'intermédiaire des professionnels de santé et des familles.

au moins une fois au cours des cinq dernières années. Les 12-25 ans qui ne vivent plus avec leurs parents sont proportionnellement moins nombreux que les autres (87,2 % *vs* 94,4 %) à avoir été vaccinés durant cette période. Plus d'un tiers des jeunes (36,1 %) ne se rappelle pas contre quelle maladie ils se sont fait vacciner la dernière fois. Toutefois, parmi les affections évoquées, l'hépatite B arrive largement en tête (32,0 %) des thèmes cités concernant la vaccination la plus récente.

Le médecin, premier prescripteur

L'initiative de la dernière immunisation revient d'abord au médecin (38,0 %), ensuite au jeune lui-même (32,1 %), puis aux parents (28,6 %). La décision de la vaccination vient plutôt des parents pour les garçons, alors que les filles décident plus souvent elles-mêmes de se faire vacciner. L'adolescence est une période de passage en termes de responsabilité par rapport à la santé. C'est particulièrement vrai pour la vaccination, où le rôle des parents va progressivement s'effacer. En revanche, le médecin semble intervenir dans la décision dans des proportions identiques, quel que soit l'âge des jeunes. Ce résultat souligne l'implication nécessaire de ces praticiens de santé pour maintenir un taux de couverture vaccinale optimal [6].

Procéder à des relances régulières

Dans ce domaine, l'information doit jouer un rôle central puisqu'il existe une méconnaissance assez importante des jeunes par rapport aux vaccins antérieurement pratiqués. Le rôle d'un sup-

port papier (carnet de santé ou de vaccination) ou électronique, ainsi que des outils de dialogue sur ce sujet pourraient être déterminants dans la promotion d'une démarche éducative [7]. Les jeunes filles semblent plus sensibles sur ce sujet que les garçons. Cela participe sans doute d'un éveil à la prévention plus significatif parmi les adolescentes, d'ailleurs constaté tout au long de la vie.

► Références bibliographiques

- (1) Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. *Guide des vaccinations*. Vanves : CFES, 1999 : 194 p.
- (2) Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 218 p.
- (3) Rotily M., Guagliardo V., Fontaine D., et al. *Évolution de la couverture vaccinale ROR d'enfants âgés de deux ans dans douze départements français : évolution temporelle et facteurs associés*. Rev. Épidémiol. Santé publ. 2001 ; 49 : 331-41.
- (4) Chen T.C., De Stefano F. *Vaccine adverse events: causal or coincidental?* Lancet 1998; 351: 611-2.
- (5) InVS. *Aide-mémoire. Épidémiologie de l'hépatite B en France*. 20 février 2002 : 1-3.
- (6) InVS. *Mesure de la couverture vaccinale en France. Bilan des outils et méthodes en l'an 2000*. InVS, 2001 : 56 p.
- (7) CFES-Cnamts. *Outils médecins : vaccinations. Ouvrons le dialogue*. Vanves : CFES, 1999.

Les stratégies de santé publique se sont beaucoup diversifiées au cours de ces dernières années, mais la vaccination demeure un geste incontournable pour toute personne qui souhaite se protéger à titre individuel, mais aussi collectif [1]. Depuis quelques années, un effritement de l'adhésion du public et de certains professionnels de santé commence à se faire sentir [2, 3]. La polémique sur la vaccination contre l'hépatite B est très certainement un des facteurs explicatifs dans ce processus de décrédibilisation partielle de la vaccination [4, 5].

La vaccination, un geste courant

Cette enquête constate que l'immense majorité (92,9 %) des jeunes de 12 à 25 ans déclare avoir été vaccinée

Violences : les 12-17 ans sont les plus concernés

La fréquence des violences déclarées est plutôt stable chez les jeunes. Accréditer l'idée que la violence est devenue omniprésente ne rend pas compte de la réalité, très complexe. C'est entre 12 et 17 ans que la violence agie est la plus fréquente. Ce Baromètre santé met en évidence des associations significatives entre violence et anxiété chez les garçons, des résultats utiles pour concevoir des politiques de prévention.

La violence peut revêtir des dimensions très variées. Pour certains auteurs, « *c'est le geste sans la parole, c'est l'énergie à vivre sans la communication, c'est le corps qui défend son droit à être comme les autres face au mépris, à l'abandon, à la mise en demeure, à l'exclusion, à l'expulsion* » [1]. Tous les traumatismes subis ou agis ne se limitent pas aux éléments les plus visibles des phénomènes rapportés, mais englobent à la fois la violence dans son expression la plus directe et visible (la bagarre ou la violence routière), mais aussi la plus complexe et secrète (l'inceste ou le suicide).

Entretenir l'idée qu'aujourd'hui plus qu'hier la violence est omniprésente et extrême, ne rend pas compte d'une réalité nuancée et complexe. La violence prend des formes multiples, liées à la trajectoire personnelle de chaque individu et à l'évolution même de la société.

Des échanges de coups dans l'univers de certains adolescents

Parmi l'ensemble des 12 à 25 ans, 7,2 % déclarent avoir porté des coups au cours des douze derniers mois et 8,2 % en avoir reçu. 1,4 % des personnes ayant subi des actes de violence dit avoir été frappé ou blessé par une arme blanche et 12,2 % par un autre objet ; une majorité (79,7 %) l'ayant été par les mains.

Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à affirmer avoir porté des coups (10,4 % *vs* 3,7 %) ou en avoir reçu (10,9 % *vs* 5,3 %).

La prévalence de violence agie est maximale chez les garçons entre 12 et 17 ans, alors qu'elle l'est entre 15 et 19 ans pour les filles (mais à des niveaux toujours plus faibles). À partir de 20 ans, la proportion de jeunes affirmant avoir frappé ou blessé quelqu'un diminue significativement.

Tout comme l'enquête antérieure de 1997, ce Baromètre met en évidence des associations significatives entre violence et anxiété chez les garçons et entre violence et prise de risque chez les filles. La liaison la plus importante, commune aux garçons et aux filles, est le fait d'avoir été frappé au cours des douze derniers mois.

L'enquête indique un niveau de violence plutôt stable. Aucune différence significative n'est en effet observée depuis l'enquête précédente de 1997 : les proportions des 12-19 ans déclarant avoir frappé ou avoir été frappés au cours des douze derniers mois étaient proches des 8,0 %. La prochaine enquête, qui se déroulera en octobre 2004, permettra de mesurer les évolutions dans ce domaine

4 % des filles victimes de rapports sexuels forcés

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans¹, 2,2 % [1,6-2,8] déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés au cours de leur vie : 0,4 % des garçons et 4,1 % des filles. Plus d'un quart des jeunes victimes (28,6 %) ont subi leur premier rapport forcé avant l'âge de 13 ans.

La proportion de filles déclarant avoir été victimes de rapports sexuels forcés passe de 2,3 % chez les adolescentes de 15 à 17 ans à 7,2 % parmi celles âgées de 23 à 25 ans. Il est hasardeux, à travers ce type d'enquête, d'essayer de déterminer les conséquences des abus sexuels, mais on peut noter que tous les scores de qualité de vie sont plus faibles parmi les victimes que dans le reste de la population.

Dans ce Baromètre, 2,2 % des jeunes de 15 à 19 ans ont déclaré avoir été victimes de rapports sexuels forcés contre 1,7 % dans le Baromètre santé de 1997.

Des violences très présentes et de natures diverses

De façon générale, l'implication des jeunes hommes dans les violences interpersonnelles est très largement prédominante. C'est entre 12 et 14 ans que les garçons déclarent commettre le plus souvent des actes de violence, avec plus d'un jeune sur dix (12,2 %) qui dit avoir frappé quelqu'un au cours de l'année écoulée.

Dans de nombreux cas, les violences subies par les jeunes hommes se situent dans le cadre de bagarres à plusieurs, avec réciprocité des coups (frappé et être frappé), alors que les filles sont, le plus souvent, victimes d'une seule personne. Entre une bagarre d'enfants dans la cour de récréation d'un collège et des violences à l'arme blanche, les traumatismes subis n'ont ni le même sens, ni la même portée physique, sociale et psychologique [2].

De façon générale, les garçons sont plus souvent dans des actes visibles et actifs, liés à des prises de risque extériorisées en groupe. Les filles, quant à elles, sont plus régulièrement en situation de victimes, intériorisant leurs difficultés – par exemple les idées suicidaires – dans un contexte anxio-dépressif accompagné de prises de médicaments psychotropes mal contrôlées.

Prévention : favoriser une approche globale

Les recherches en santé publique abordent de plus en plus fréquemment la violence de façon globale [3]. Ces tra-

voux prennent en compte les traumatismes résultant d'une violence agie, mais aussi subie par les personnes. Cette approche permet de mener des études analytiques plus explicatives quant à l'origine de ces phénomènes, à la fois au niveau des individus eux-mêmes, mais aussi de la société dans son ensemble. Elle donne des perspectives pour des interventions concrètes en promotion de la santé et éloigne le phénomène « violence » du terrain habituellement polémique et idéologique, pour le situer dans un champ pragmatique visant avant tout l'explication et l'intervention.

La prévention en matière de santé tient alors toute sa place à côté d'autres stratégies relevant de domaines différents et complémentaires : actions sur l'environnement physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'inscrit dans ce cadre à travers ses programmes visant la promotion de la sécurité (« *safe community* »). Ils s'appliquent aussi bien aux traumatismes non intentionnels qu'au suicide, à la violence et à la criminalité. Ce rapprochement de la santé et de la sécurité s'exprime dans la définition suivante : « *La sécurité est un état où les dangers et les conditions de vie pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une des ressources indispensables à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations.* » [4].

1. Seuls les jeunes âgés de 15 ans et plus ont été interrogés sur ce sujet.

► Références bibliographiques

- (1) Olivier C. *L'ogre intérieur. De la violence personnelle et familiale*. Paris : Fayard, 1998 : 235 p.
- (2) Lagrange H. Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés. In : Gilbert P., Baudier F., Gautier A. *Baromètres santé 2000. Vol. 2 : Résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2002 : 189-204.
- (3) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels*. Monographie, Bibliothèque nationale du Québec, 1998 : 22 p.
- (4) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Manifesto for Safe Communities. Safety – A Universal Concern and Responsibility for All*. First World Conference on Accident and Injury Prevention: 12 p.

Pensées suicidaires : un jeune sur deux dit ne pas en parler

Cinq pour cent des jeunes interrogés dans le Baromètre santé ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide. Les pensées suicidaires sont les plus élevées chez les filles de 18-19 ans et sont aussi plus fréquentes chez les jeunes déclarant avoir pris des risques, ainsi que chez les victimes de rapports sexuels forcés. Les confidentiels sont d'abord les amis, puis les mères avant les pères. Mais la moitié des jeunes ayant des idées de suicide n'en a rien dit à son entourage et aux professionnels. D'où la nécessité de trouver des interlocuteurs qui puissent les orienter vers des professionnels.

Pendant de nombreuses années, le suicide est resté un événement caché, voire honteux. Vécu comme un drame de l'incompréhension par les familles, cet acte engendrait souvent dans l'entourage silence et culpabilité [1]. La réalité des chiffres, plus de 10 000 morts par an en France, a suscité, au cours des années quatre-vingt-dix, une prise de conscience des autorités de santé face à ces décès prématurés qui touchaient à la fois les personnes jeunes et âgées. Les données concernant les adolescents sont apparues plus inquiétantes car, en pourcentage de décès, la proportion était beaucoup plus importante dans la population des jeunes que chez leurs aînés [2].

L'un des premiers rapports complets sur le sujet a été publié à l'initiative de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et de la Mutualité française, en collaboration avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) [3]. De façon conjointe, de nombreuses régions ont décidé de classer la prévention du suicide des jeunes comme une priorité de santé. Le ministère de la Santé a, en outre, lancé un plan d'action face au suicide [4], qui a permis de fédérer les initiatives sur ce thème et de développer des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées. Enfin, un effort important de promotion de « bonnes pratiques » a été entrepris sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) [5] ou d'autres organismes [6].

18-19 ans : une fille sur dix déclare y avoir pensé

En 1999, 3,9 % des jeunes hommes et 9,0 % des jeunes femmes de 12 à 25 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Tous âges confondus (12 à 75 ans), ce sont les adolescentes de 18 à 19 ans qui sont les plus nombreuses (12,6 %) à être dans ce cas-là.

La prise de médicaments psychotropes est très largement supérieure parmi les jeunes qui ont pensé au suicide : 35,0 % des jeunes ayant pris des antidépresseurs et 22,5 % de ceux ayant pris des tranquillisants ou des somnifères sont dans cette situation.

La proportion d'adolescents ayant pensé au suicide est plus importante parmi ceux qui déclarent avoir pris un risque – pour le plaisir ou par défi – au cours des trente derniers jours, aussi bien chez les garçons que chez les filles. Ainsi une jeune fille de 12 à 25 ans sur cinq (19,2 %) ayant pris des risques à plusieurs reprises, dit avoir pensé au suicide (contre 8,2 % parmi celles n'en ayant pas pris). Pour les garçons du même âge, c'est près d'un sur dix (8,9 % vs 2,7 % parmi ceux n'ayant pas pris de risque).

Concernant la violence, les adolescents ayant eu des rapports sexuels forcés ont un risque 2,5 fois plus important que les autres d'avoir pensé au suicide. Ce mal-être se retrouve dans les scores de santé globale (dont la santé men-

tales), qui affichent les résultats les plus faibles parmi les sujets qui ont pensé au suicide. En termes de pratiques addictives, les jeunes ayant des pensées suicidaires sont, plus souvent que le reste de la population, des consommateurs de cannabis et des consommateurs excessifs d'alcool.

Amis et famille sont les principaux confidentiels

Environ la moitié des jeunes (47,5 %) qui ont eu des pensées suicidaires au cours de la dernière année déclarent en avoir parlé à quelqu'un. Cette démarche n'est pas plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Les principaux interlocuteurs cités sont l'ami du même sexe et, de façon moindre, du sexe opposé, les garçons se confiant significativement davantage à une amie, que les filles à un ami (38,8 % vs 14,1 %). La mère est deux fois plus souvent citée que le père, et le psychologue quatre fois plus que le médecin. Les frères et sœurs sont assez rarement mentionnés.

Une tentative sur trois suivie d'une hospitalisation

La proportion de jeunes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie est de 4,6 %, avec un pourcentage supérieur parmi les filles (filles : 6,5 % ; garçons : 2,7 %). La prise en charge s'est faite de la manière suivante parmi les 12-25 ans : 36,5 % sont allés à l'hôpital, 42,5 % ont été suivis par un psychologue ou un psychiatre. 64,1 %

en ont parlé à une personne autre que leur médecin, leur psychologue ou psychiatre.

Des chiffres qui semblent stables

En 1997, 10,6 % des 15-19 ans déclaraient avoir pensé au suicide au cours de la dernière année (7,6 % de garçons et 13,7 % de filles). Le pourcentage en 1999 est significativement plus faible pour l'ensemble des 15-19 ans : 7,6 %. Concernant les tentatives de suicide, aucune différence significative n'est à relever entre 1997 et 1999 parmi les 15-19 ans : 3,7 % avaient fait une tentative en 1997 ; ils sont 4,3 % en 1999.

Améliorer en amont la prise en charge

Le suicide est présent dans l'univers de certains adolescents. Si l'idée suicidaire ne conduit pas toujours à la tentative, les jeunes qui ont pensé au suicide présentent davantage de signes de fragilité.

La parole de l'adolescent sur ce sujet est possible, puisque près de la moitié des jeunes disent en avoir parlé autour d'eux. Mais ceux à qui ces mots ont été adressés sont-ils en capacité de répondre à la demande qu'ils sous-tendent ? Les pairs, la famille et en particulier les parents sont-ils prêts à jouer ce rôle ? Il

y a sans doute là matière à réflexion pour aider ces personnes ressources à identifier les signes d'appel et le bon interlocuteur pour le jeune en difficulté.

Par ailleurs, si 50 % de jeunes ont parlé de leurs idées de suicide, cela veut dire aussi que la moitié n'a pas trouvé d'interlocuteur ou n'a pas souhaité ou su s'exprimer à ce sujet. À ceux-là, il est nécessaire d'ouvrir des portes, de donner des adresses, d'offrir une aide spécialisée. Là encore, les résultats de la présente étude montrent que c'est possible : un jeune sur quatre a trouvé un interlocuteur auprès d'un psychologue ou d'un médecin [7].

Il est donc important de poursuivre un maillage efficace du territoire national pour que le jeune, là où il vit, trouve facilement un interlocuteur de première intention qui puisse l'orienter vers un professionnel.

► Références bibliographiques

- (1) Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, coll. Essais, Documents, 2002 : 300 p.
- (2) Badéyan G., Paraye C. *Suicide et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique*. Dress, Études et Résultats, n° 19, avril 2001.
- (3) Prémutam. *Prévention des suicides et tentatives de suicide*. État des lieux, 1995-1997. Assurance maladie/Mutualité française, 1998 : 318 p.
- (4) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Stratégie française d'actions face au suicide (2000-2005)*. Annexe à la circulaire DGS/SD 6C n° 2001-318 du 5 juillet.
- (5) Anaes. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus 2000. Texte des recommandations.
- (6) Cnamts/CFES/FNMF. *Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales*. Vanves : CFES, coll. Guides d'action, 2001 : 124 p.
- (7) Rey C., Michaud P.-A., Narring F., Ferron C. *Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins*. Arch. pédiatr. 1997 ; 4 : 784-92.

Tabac : la majorité des jeunes fumeurs a tenté d'arrêter

Neuf adolescents sur dix se disent bien informés sur les dangers du tabac. Un nombre croissant d'entre eux se déclare incommodé par la fumée des autres. Deux tiers des fumeurs ont essayé d'arrêter, avec pour première motivation le prix des cigarettes, puis la peur de tomber malade et la pression de l'entourage ; mais ils recourent peu à des traitements de sevrage.

Afin d'appréhender le contexte de la consommation de cigarettes, la prévalence du tabagisme a été étudiée de façon différenciée selon le sexe et en tenant compte de l'âge et d'autres comportements de santé.

La sociabilité (mesurée par la rencontre de parents ou d'amis) est plus forte parmi les filles fumeuses que non fumeuses. La proportion de fumeurs réguliers est moins importante parmi les jeunes satisfaits de leur vie de famille, ainsi que dans les foyers où les parents ont une attitude éducative positive (*« vos parents vous félicitent »*).

Quel que soit le sexe, les jeunes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels sont significativement et proportionnellement plus nombreux à déclarer fumer et ce, quel que soit l'âge. De plus, l'usage du tabac est associé à un âge moyen plus précoce du premier rapport sexuel. Les fumeurs garçons ont eu leur premier rapport sexuel à 16,2 ans contre 16,9 ans pour les non-fumeurs. L'âge au premier rapport des jeunes fumeuses est, quant à lui, de 16,6 ans contre 17,5 ans pour les non-fumeuses. Les jeunes, filles ou garçons, déclarant souvent sauter des repas – en particulier le petit déjeuner – sont plus souvent des fumeurs. Les consommatrices de tabac sont plus régulièrement des adeptes des régimes amaigrissants. Pour les garçons, la pratique sportive est moins fréquente parmi les fumeurs.

Une majorité d'adolescents (88,3 %) dit se sentir bien informée des effets de l'usage du tabac sur la santé. Par ailleurs, l'enquête constate une aug-

mentation significative des déclarations par les jeunes de gêne occasionnée par la fumée de cigarette : 72,2 % des 18-25 ans interrogés se déclarent gênés par la fumée des autres.

Deux sur trois ont essayé d'arrêter

Deux tiers des jeunes de 15-25 ans¹ (66,2 %) déclarent avoir tenté dans le passé d'arrêter de fumer au moins une semaine. Les principales motivations pour arrêter de fumer sont le prix des cigarettes, la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé et la peur de tomber malade. Le prix est un facteur très motivant pour les plus jeunes, la pression économique étant forte dans des populations ayant des revenus limités. Ce constat est aussi à

rapprocher du fait que ce sont dans les tranches d'âges 15-19 ans et 20-25 ans qu'il y a les pourcentages les plus élevés de sujets qui roulent leurs cigarettes (respectivement 10,8 % et 11,1 %). Outre le poids économique du tabac, les facteurs qui semblent motiver les jeunes par rapport aux adultes dans leur décision d'arrêter sont : la peur de tomber malade, la pression de l'entourage (en dehors de la famille) et le fait de vouloir conserver une bonne condition physique.

Un désir d'arrêt affiché mais encore difficile à mettre en œuvre

Les jeunes fumeurs expriment fréquemment le souhait d'arrêter et disent souvent avoir tenté de stopper leur

consommation. Ce passage à l'acte vers l'arrêt est projeté pour eux dans un avenir mal défini, car beaucoup pensent qu'ils gardent toute leur liberté vis-à-vis de ce produit. Ce sentiment, combiné à des conséquences pour la santé relativement éloignées, fait que l'engagement dans un processus d'arrêt est particulièrement difficile à ces âges. C'est pourquoi des facteurs d'environnement, comme le prix du tabac ou l'interdiction de la publicité directe ou indirecte, jouent un rôle primordial dans ce processus d'abandon. Des techniques plus médicalisées paraissent moins bien adaptées, même si elles peuvent avoir un certain intérêt chez les sujets les plus dépendants. Une autre difficulté dans l'engagement dans un processus d'arrêt du tabagisme est cer-

tainement une moindre accessibilité des centres ou des consultations de sevrage pour les plus jeunes.

L'enjeu principal est donc que le moins de jeunes possible entrent précocement dans le tabagisme. C'est particulièrement vrai pour les jeunes filles, car elles risquent de devenir, dans les années à venir, une génération de consommatrices de tabac exposées à des risques spécifiques (tabac et pilule, tabac et grossesse, etc.), qui viendront s'ajouter à d'autres dangers plus « classiques » (cancers, affections cardio-vasculaires, maladies respiratoires, etc.) [1-3].

1. L'effectif des 12-14 ans fumeurs ayant déclaré avoir tenté d'arrêter de fumer étant trop faible, seuls les 15 ans et plus ont été étudiés.

► Références bibliographiques

- (1) Roth L.K, Taylor H.S. *Risks of smoking to reproductive health: assessment of women's knowledge*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2001; 184 [5]: 934-9.
- (2) Baron J.A., Farahmand B.Y., Weiderpass E., et al. *Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of hip fracture in women*. Arch. Intern. Méd. 2001; 161 [7]: 983-8.
- (3) Wisborg K., Kesmodel U., Henriksen T.B., Olsen S.F., Secher N.J. *Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life*. Am. J. Epidemiol. 2001; 154 [4]: 322-7.

Drogues : la plus forte progression pour le cannabis

Le cannabis est la drogue illicite la plus expérimentée chez les 15-25 ans et sa consommation est en forte progression. Les jeunes insérés dans le système scolaire en sont plus gros consommateurs que les autres. La consommation des autres produits illicites (à inhaler, ecstasy, cocaïne...) reste marginale et son initiation se situe entre 16 et 20 ans. Les filles sont moins consommatrices de l'ensemble des produits psychoactifs, exception faite des médicaments.

La situation de la consommation des drogues illicites en France ayant beaucoup évolué au cours des dernières années, les résultats chiffrés de cette enquête doivent être examinés avec prudence puisque les personnes ont été interrogées fin 1999. Tout d'abord, il convient de rappeler que l'observation de la consommation de produits psychoactifs illicites est difficile. Ainsi, le caractère sensible des substances concernées a conduit à interroger uniquement les individus âgés de 15 ans et plus. Par ailleurs, seules les questions portant sur l'usage du cannabis ont été posées à l'ensemble des jeunes. Sans surprise, l'enquête constate qu'entre 23 et 25 ans près des deux tiers des garçons

ont déjà expérimenté du cannabis. Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus expérimentée : en France, plus de deux jeunes de 15 à 25 ans sur cinq (40,4 %) déclarent en avoir déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie. La proportion de garçons expérimentateurs⁷ de ce produit (49,6 %) est supérieure à celle des filles (30,5 %).

Par ailleurs, les fumeurs réguliers de tabac sont les principaux « gros » consommateurs de cannabis et les jeunes qui restent dans le système scolaire par rapport à ceux qui entrent plus précocement dans le monde du travail déclarent plus souvent être des consommateurs répétés ou réguliers.

Une progression de l'expérimentation de cannabis

Autres enseignements, la proportion d'expérimentateurs de cannabis au cours de la vie a augmenté significativement par rapport aux précédents Baromètres santé. Par ailleurs, la consommation d'autres produits illicites que le cannabis (produits à inhaler, LSD, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et médicaments « pour se droguer ») a été étudiée pour les 15 à 25 ans. L'ensemble de ces produits reste peu expérimenté et, la plupart du temps, ils sont très peu consommés au cours de l'année. Il est important de rappeler que ces réponses sont des déclarations. Or, l'usage de certains de

ces produits fait l'objet d'une répression majeure et pourrait donc entraîner une sous-déclaration sensible.

L'âge moyen d'initiation aux différents produits se situe dans une fourchette allant de 16 ans (produits à inhaler) à 20 ans (cocaïne), traduisant des conditions d'acquisition et des contextes d'usage très différents selon les substances. Quelle que soit la nature des produits, la proportion de garçons expérimentateurs est toujours plus élevée que la proportion de filles.

Des polyusages fréquents

L'usage de drogues illicites est très souvent associé, chez les jeunes, aux consommations de produits psychoactifs licites tels que l'alcool et le tabac. Enfin, la presque totalité des jeunes expérimentateurs d'une drogue illicite (autre que le cannabis) a déjà essayé le cannabis et est très nombreuse à en avoir consommé dans l'année précédant l'enquête.

Près d'un jeune de 15 à 25 ans sur dix (9,4 %) déclare avoir consommé une drogue quotidiennement pendant

au moins deux semaines, représentant 23,6 % des consommateurs d'au moins une drogue illicite. Pour plus des trois quarts (78,0 %), le produit consommé tous les jours était le cannabis. Les produits les plus cités sont ensuite le tabac (21,2 %), l'alcool (5,9 %), la cocaïne (1,0 %).

En conclusion, la donnée la plus marquante de ces résultats est la forte progression du pourcentage des jeunes qui déclarent avoir déjà consommé du cannabis. Si, entre 1992 et 1995, la progression a été de + 5,6 points chez les 18-25 ans, elle a été trois fois plus importante (+ 15,6 points) entre 1995 et 1999. Par ailleurs, sur cette période, elle a été de +7,8 points pour les 15-19 ans.

Comme pour l'alcool, mais à la différence du tabac, les filles restent des consommatrices de produits illicites beaucoup moins fréquentes et plus modérées que les garçons. Chez les jeunes hommes, la prise de ces produits augmente avec l'âge de 15 à 25 ans, la courbe s'infléchit chez les adolescentes à partir de 18-19 ans.

Plus globalement, il se dessine des usages différents de produits psychoactifs selon le sexe avec, d'une part, des substances addictives utilisées plus largement par les jeunes femmes (certains médicaments) et, d'autre part, des produits de consommation plus masculins, comme l'alcool et certains produits illicites (dont le cannabis).

Enfin, les consommateurs de cannabis sont plus fréquemment des jeunes encore insérés dans le milieu scolaire. Ils ont aussi une opinion plus favorable sur la mise en vente libre du cannabis.

1. expérimentateur : *personne ayant pris au moins une fois le produit au cours de la vie (même pour y goûter)* ; consommateur occasionnel : *personne ayant consommé au moins une fois dans l'année, mais moins de dix fois dans l'année* ; consommateur répété : *personne ayant consommé au moins dix fois dans l'année, mais moins de dix fois par mois* ; consommateur régulier : *personne ayant consommé dix fois par mois et plus*.

France, terroir d'expérimentation précoce pour l'alcool

En France, la consommation moyenne d'alcool est globalement à la baisse chez les jeunes. L'initiation à l'alcool est précoce, mais c'est à partir de 15 ans que des habitudes de consommation s'installent. Les filles consomment nettement moins que les garçons, ce qui s'explique peut-être par la persistance d'une mauvaise image de la femme consommatrice d'alcool. Côté produits, le vin régresse au profit des bières et alcools forts.

En France, la consommation d'alcool présente de nombreuses particularités. La dimension culturelle et festive est très présente dans un pays qui est un des plus gros consommateurs et producteurs du monde. Les enfants, puis les adolescents, ne sont pas absents de cet univers et l'initiation aux boissons alcoolisées est précoce [1]. Elle se déroule habituellement lors de rencontres familiales, mariages ou événements divers.

Durant ces dernières décennies, des évolutions ont été constatées dans les habitudes de consommation des boissons alcoolisées [2]. On note aussi une diminution importante de la consommation moyenne, qui a porté principalement sur le vin, et l'identification de deux grands groupes de consommateurs. Le premier groupe concerne les plus de 50-60 ans ; ce sont des personnes qui boivent tous les jours, souvent à chaque repas et de préférence du vin ; leur importance en nombre a diminué au fil des années. Le second concerne plus les jeunes ; ils boivent principalement, comme cela a pu être observé dans d'autres pays européens, en fin de semaine (vendredi, samedi, dimanche) de la bière et des alcools forts.

Les conséquences pour la santé de ces évolutions se sont aussi pour partie modifiées. Si les risques de passage vers la consommation excessive et la dépendance sont toujours très présents dans les deux modes de consommation [3], les prises d'alcool regroupées en fin de semaine exposent plus fortement les adultes comme les plus jeunes aux acci-

dents de toute nature (circulation mais aussi de la vie courante), à la violence, à certains actes délictueux [4].

Ces changements positionnent ce produit parmi d'autres substances addictives (cannabis, médicaments, etc.) et obligent à développer des approches de santé publique renouvelées [5].

L'alcool présent précocement chez les adolescents

L'enquête Baromètre santé permet d'établir plusieurs constats :

- au sein de l'ensemble des 12 à 25 ans, les consommateurs quotidiens sont quasiment inexistantes parmi les filles et très marginaux parmi les garçons (maximum pour les hommes de 20 à 25 ans avec 5,2 %) ;
- chez les garçons, le pourcentage de consommateurs hebdomadaires varie de façon importante entre les 15-19 ans (37,5 %) et les 20-25 ans (61,7 %) : chez les plus âgés, ce type de consommateurs est largement majoritaire. Le même phénomène n'est pas observé parmi les filles, où, pour les mêmes tranches d'âge, les pourcentages sont beaucoup plus faibles s'établissant à 20,3 % et 32,2 %.

Un tiers des 12-25 ans consomment de l'alcool le samedi

Parmi les jeunes (12 à 25 ans) qui ont bu de l'alcool la veille de l'enquête, le nombre moyen de verres est de 3,0 pour les garçons et 2,0 pour les filles. Les quantités, toutes tranches d'âge confondues (12 à 75 ans), sont à leur maximum chez les jeunes hommes de 20-25 ans avec 3,3 verres. Parmi les jeu-

nes filles, ce sont pour les tranches d'âge 15-19 ans et 20-25 ans que ces chiffres sont les plus élevés, avec respectivement 2,2 et 1,9 verres.

La consommation du samedi concerne près d'un tiers (31,3 %) [29,3-33,3] des 12-25 ans. Elle est la plus fréquente chez les 20-25 ans avec près de la moitié (44,4 %) de la population concernée : 55,1 % chez les hommes et 33,3 % parmi les femmes. La quantité moyenne bue est de 3,9 verres (4,7 chez les hommes, 2,6 parmi les femmes), avec un maximum (5,0) pour les garçons de 20 à 25 ans.

Des ivresses essentiellement masculines

Parmi les 12 à 25 ans ayant consommé au moins une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois, un tiers (33,5 %) [31,3-35,7] déclare avoir eu au moins une ivresse au cours de cette période – représentant 28,0 % de l'ensemble des jeunes. Cette pratique est beaucoup plus fréquente chez les garçons (43,2 %) que chez les filles (22,8 %). Le fait de fumer régulièrement et d'avoir un score d'estime de soi moins élevé¹ sont associés aux ivresses répétées uniquement chez les filles. Quel que soit le sexe, les jeunes déclarant un nombre important de verres bus le samedi ainsi que les consommateurs au moins occasionnels de cannabis (ayant consommé dans l'année), sont en proportion plus nombreux à avoir connu plus de trois ivresses dans l'année.

Globalement, les résultats du Baromètre santé décrivent une situation contrastée concernant la prise d'alcool

parmi les jeunes. Ce produit est présent très tôt, mais des habitudes de consommation plus fréquente s'installent essentiellement à partir de 15 ans. Les consommations de fin de semaine et les situations d'ivresse ne sont pas exceptionnelles. La bière et les alcools forts sont les principales boissons consommées à ces occasions.

La situation des adolescentes est particulière. L'alcool reste un produit dont la consommation est à forte prédominance masculine. Les jeunes filles et les femmes en général ont une consommation toujours nettement inférieure en fréquence comme en quantité par rapport aux hommes. Des différences sur le plan physiologique ainsi que l'image négative de la femme consommatrice d'alcool pourraient être des explications quant à ces écarts. Cependant, il sera important dans le futur de suivre ces évolutions au sein de la population féminine [6].

Des jeunes exposés aux risques d'accidents de sport et de loisirs

Les accidents de sport et de loisirs concernent chaque année près d'un adolescent sur quatre. Les garçons sont plus souvent touchés que les filles, sauf pour les accidents de la route, où ces dernières sont davantage exposées en tant que passagères. Pour les deux-roues, le port du casque demeure très minoritaire chez les cyclistes, nombre d'adolescentes refusant de l'utiliser pour des raisons esthétiques. Il réduirait pourtant nombre de traumatismes qui provoquent décès et handicaps.

1. calculé à partir de l'échelle de qualité de vie de Duke.

► Références bibliographiques

- (1) Chan Chee C., Baudier F. Alcool. In : Baudier F., Dressen C., Arènes J. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 94. Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (11-13-15 ans)*. Vanves : CFES, 1997 : 26-40.
- (2) Inserm. *Alcool, effets sur la santé*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 358 p.
- (3) Slater M.D. *Personal value of alcohol use as a predictor of intention to decrease post-college alcohol use*. J. Drug Education 2001; 31 : 263-9.
- (4) Dawson A.D. *Alcohol and mortality from external causes*. Journal of Studies on Alcohol 2001; 62: 790-7.
- (5) Parquet P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 46 p.
- (6) Nevin A.C. *A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal use and diagnostic of FAS*. BMC Family Practice 2002; 3: 2.

Dans son chapitre « Accidents », le Baromètre santé des jeunes de 12 à 25 ans ne prend en compte que les accidents survenus au cours des douze derniers mois et suffisamment graves pour avoir entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital. Il ressort de cette enquête que la fréquence des craintes des accidents de sport et de loisirs est près de deux fois plus élevée chez les jeunes que chez les adultes.

22,1 % de l'ensemble des adolescents interrogés déclarent avoir eu au moins un accident au cours des douze mois précédant l'enquête. Les garçons sont plus concernés que les filles (26,9 % contre 17 %). Tous âges confondus, ce sont les garçons de 15-19 ans qui déclarent le plus d'accidents : plus d'un quart d'entre eux en ont été victimes.

Il n'a pas été trouvé de relations statistiquement significatives entre la survenue d'un accident au cours de la dernière année et certains comportements à risque, comme l'ivresse, la prise de médicaments psychotropes, etc. En revanche, les scores de santé physique et d'anxiété¹ sont moins favorables parmi les adolescents victimes d'accident(s).

Quels que soient l'âge et le type d'accident, les traumatismes touchent un

pourcentage toujours plus élevé de garçons que de filles. Deux exceptions : les accidents de voiture et les accidents domestiques pour les adolescentes de 15 à 19 ans.

Des accidents de deux-roues motorisés plus fréquents entre 15 et 19 ans

48,6 % des garçons et 34,5 % des filles âgés de 14 à 25 ans déclarent avoir fait de la moto, du scooter ou de la mobylette au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette pratique, plus fréquente chez les garçons, atteint son maximum parmi les 15-19 ans. C'est aussi dans cette tranche d'âge que les accidents sont les plus fréquents.

Parmi l'ensemble de la population des jeunes de 12 à 25 ans, 1,7 % a été victime d'au moins un accident de voiture au cours de l'année écoulée, suffisamment grave pour nécessiter une consultation médicale. Les accidents de voiture sont plus souvent observés parmi les plus jeunes et déclinent avec l'âge.

Port du casque : rare chez les cyclistes

90,8 % des utilisateurs de deux-roues motorisés âgés de 14 à 25 ans ont déclaré avoir porté un casque lors de la dernière sortie. Les cyclistes sont 9,9 % à s'être

protégés. Parmi les adeptes de la glisse urbaine (rollers, patins et skate) de 12 à 25 ans, 10,6 % ont porté un casque lors de la dernière sortie, mais les plus jeunes (entre 12 et 14 ans) davantage qu'après 14 ans (18,3 % *vs* 5,6 %). Enfin, les fréquences d'utilisation du casque sont plus élevées parmi les très jeunes (12 à 14 ans) et baissent avec l'âge.

Parmi l'ensemble des cyclistes de 12 à 25 ans, 1,7 % a déclaré avoir eu au moins un accident ayant entraîné une consultation médicale au cours des douze derniers mois, les jeunes hommes plus que les jeunes femmes (2,3 % *vs* 0,8 %) et les jeunes de 12 à 25 ans davantage que les adultes de 26 ans et plus. Parmi les adeptes de la glisse urbaine, la fréquence des accidentés s'élevé à 1,9 %.

En conclusion, les accidents « frappent » chaque année près d'un adolescent sur quatre. Les garçons de 12 à 25 ans sont plus souvent touchés par ce type de traumatisme que les adolescentes du même âge. Seule exception, les accidents de circulation en voiture : les filles, plus fréquemment passagères, sont aussi plus souvent victimes de ce genre de traumatisme.

La prévention passe par le port de protections

Le développement de la pratique des deux-roues (motorisés ou non) et de la glisse urbaine est à mettre en rapport avec des accidents de plus en plus nombreux. Le port de protections est l'une des mesures importantes pour réduire les conséquences de ce genre de traumatismes qui provoquent chez des sujets encore jeunes décès et handicaps [1]. Si l'utilisation d'engins à deux roues motorisés entraîne quasi systématiquement le port d'un casque, c'est loin d'être le cas pour le vélo. Pourtant, plus de deux cent cinquante cyclistes meurent chaque année sur les routes de France, sans compter les décès qui se produisent en dehors de la voie publique (VTT, etc.). Par ailleurs, le port du casque a montré son efficacité dans de nombreux pays [2]. Cette étude souligne que les très jeunes acceptent plus facilement cette habitude que leurs aînés. En revanche, il semble exister des réticences esthétiques à l'utilisation du casque et les femmes sont beaucoup moins nombreuses à en faire usage que les hommes [3, 4]. Les pratiquants de vélo qui portent aujourd'hui cette protection sont ceux qui ont le plus d'accidents. Ce constat peut paraître para-

doxal. Il tendrait à montrer que, pour le moment, ce sont les sujets ayant une pratique intensive (plus de type sportive que de simple loisir) qui ont, les premiers, accepté l'usage du casque, limitant efficacement les risques de traumatismes crâniens.

1. Ces scores ont été calculés selon le profil de santé de Duke, échelle de qualité de vie qui vise à mesurer globalement la santé des enquêtés en distinguant différentes dimensions : physique, mentale, et sociale. Cet instrument comporte dix-sept questions qui, combinées entre elles, permettent d'obtenir différents scores de santé : santé physique, mentale, sociale, estime de soi, santé perçue, douleur, anxiété, dépression.

► Références bibliographiques

- (1) Bourdessol H., Gautier A., Arwidson P., Guilbert P., Baudier F. *Pratique du roller et port du casque*. BEH, 27 mars 2001 ; n° 13.
- (2) Thompson R., Rivara F.P., Thompson D.C. *A case-control study of effectiveness of bicycle safety helmets*. New Engl. J. Med. 1989; 320 [21]: 136-7.
- (3) CFES. *Étude exploratoire sur la sécurité en vélo et le port du casque*. Vanves : CFES, 2002 : 71 p.
- (4) CFES/Cnamts/Adage. *Protections Roller*. Document ronéotypé, 2000 : 82 p.

Comportements de santé : quatre régions à la loupe

Pour la première fois, les comportements de santé des jeunes de 12 à 25 ans ont été étudiés à travers le Baromètre santé dans quatre régions françaises. Cette enquête livre des surprises et des interrogations. Ainsi, par exemple, les régions où la consommation de tabac est la plus élevée n'ont pas forcément les taux de mortalité ou de prévalence de cancers les plus élevés ; il en est de même pour l'alcool. Plus généralement, cette enquête délivre des informations utiles pour mettre en œuvre des politiques de prévention et d'éducation à la santé.

De nombreuses données sont nécessaires pour appréhender globalement l'état de santé d'une population : morbidité, comportements à risque (risques liés à la consommation ou à l'abus de substances psychoactives, à des pratiques sexuelles, à la conduite automobile ou de deux-roues, etc.), facteurs de risque (obésité), conditions de vie et de travail (logement, accès au système de soins, etc.), qualité de l'environnement et qualité de vie. Dans la pratique, les indicateurs de mortalité demeurent relativement les seuls éléments permettant

de comparer la situation entre les régions françaises.

L'analyse de l'état de santé au travers d'indicateurs de mortalité et même de recours au système de soins ne peut être que parcellaire. De plus, pour les maladies chroniques, les décès peuvent n'intervenir que plusieurs années après l'apparition de la pathologie, qui elle-même peut être la résultante de comportements à risque ou d'expositions datant de plusieurs dizaines d'années. Il en va ainsi en particulier des maladies

liées à la consommation de tabac ou d'alcool. La mortalité ne donne par conséquent qu'une image tardive de la réalité sanitaire d'une région.

Un portrait régional inédit

Le Baromètre santé 2000 présente, de ce point de vue, une grande avancée dans la connaissance des réalités sanitaires des quatre régions concernées : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie. Complétant les sources de données régionales, parcellaires et hétérogènes, cette enquête permet de broser un portrait des comportements de santé propres de ces régions. Réalisée en collaboration avec les observatoires régionaux de la santé, sur les 12-25 ans, elle éclaire des points encore mal connus.

Si l'on se réfère aux données de mortalité habituellement retenues, le Nord-Pas-de-Calais présente la situation la plus défavorable de l'ensemble du territoire métropolitain, avec une mortalité supérieure de 21 % à la moyenne nationale. Les positions de la Picardie et de l'Alsace ne sont guère plus enviables, ces deux régions se situant respectivement aux deuxième et cinquième rangs des régions les moins bien classées. Quant aux Pays de la Loire, si leur situation est nettement moins défavorable dans la mesure où ils présentent des taux de mortalité équivalant à la moyenne nationale, elle ne peut être considérée comme satisfaisante au regard des taux bien plus faibles observés dans le sud de la France.

Des résultats surprenants

Les données présentées dans le Baromètre santé (volumes 3.1 et 3.2) apportent un nouvel éclairage, quelques confirmations, mais aussi leur lot de surprises. La consommation de tabac est de ce point de vue exemplaire. Si l'on s'en tient aux données de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, la situation du Nord-Pas-de-Calais et, dans une moindre mesure, celles de la Picardie et de l'Alsace sont tout à fait préoccupantes. Ces trois régions enregistrent en effet pour les hommes – qui représentent 85 % des décès par cancer du poumon en 1999 – des taux de mortalité significativement supérieurs à la moyenne française, alors qu'à l'inverse la mortalité des Pays de la Loire est l'une des plus faibles du territoire. Force est de constater qu'en matière de consommation de tabac des 12-25 ans, la situation est sensiblement différente. En effet, si l'on prend en référence la proportion de jeunes consommant quotidiennement du tabac, le Nord-Pas-de-Calais est, des quatre régions enquêtées, celle qui présente les taux de consommation les plus faibles, inférieurs même à la moyenne nationale, alors que la consommation dans les Pays de la Loire se situe sensiblement au-dessus de cette moyenne. La Picardie est, à peu de choses près, au niveau des Pays de la Loire.

En ce qui concerne l'alcool, le même décalage existe entre l'image que l'on se fait de la situation sanitaire d'une région à partir des données de mortalité et l'image que l'on s'en fait à partir des données de comportements de santé du Baromètre santé 2000. Ainsi, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie enregistrent des taux de mortalité nettement plus élevés que l'Alsace et les Pays de la Loire pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose et psychose alcoolique), alors que c'est en Alsace et dans les Pays de la Loire que l'on observe les consommations les plus élevées chez les jeunes. Ces constats autour des conduites addictives soulèvent naturellement des interrogations. Ainsi, aujourd'hui, existe-t-il des différences entre les régions sur l'évolution des comportements ? Cette seule enquête ne permet bien évidemment pas d'y répondre. Mais si ces différences existent, vont-elles modifier dans les années à venir le rap-

port entre les régions vis-à-vis de la mortalité pour les causes liées à la consommation d'alcool et de tabac ?

Prendre en compte la qualité de vie

Si les Pays de la Loire présentent des indicateurs moins favorables que les trois autres régions étudiées en matière de consommation de tabac et d'alcool, la santé ne peut se mesurer à l'examen de ces seuls comportements. Ainsi, le bien-être et la qualité de la vie méritent que l'on s'y attarde. Ce ne sont plus alors les Pays de la Loire qui se distinguent des autres régions par des indicateurs négatifs, mais la Picardie, où l'on consomme, en effet, plus d'antidépresseurs et où l'on déclare plus d'idées suicidaires et de tentatives de suicide que dans les autres régions, en particulier l'Alsace.

Dans le domaine des conduites addictives, c'est la première fois que les décideurs et les professionnels de terrain peuvent à la fois disposer d'informations sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, mais aussi sur la perception par les jeunes des risques liés à ces conduites.

Si le Baromètre santé 2000 ne permet pas d'expliquer pourquoi la consommation de tabac est si élevée en Pays de la Loire, il est intéressant de noter que

les jeunes de cette région expriment une moindre perception de la dangerosité du tabac que les jeunes du Nord ou de l'Est, alors que, paradoxalement, ils se sentent particulièrement bien informés sur ce sujet.

De la même façon, les jeunes des Pays de la Loire, qui sont les plus nombreux à déclarer une consommation élevée d'alcool, sont aussi ceux dont les repères par rapport aux seuils de dangerosité de consommation s'avèrent les moins restrictifs. On mesure donc, à travers ces quelques exemples, les éléments que les acteurs de terrain peuvent retirer d'une telle source d'information localisée, pour monter des projets d'éducation pour la santé avec des jeunes.

Des risques perçus différemment

La partie consacrée aux craintes des jeunes fait ressortir des préoccupations communes aux quatre régions étudiées : ainsi, pour les risques sociaux les personnes interrogées citent prioritairement le chômage, la pollution de l'air et l'insécurité. Avec des variantes : l'Alsace, peu touchée par le chômage, craint presque autant la pollution atmosphérique que le chômage. Dans les deux régions du Nord, la crainte du chômage prédomine nettement. Cela souligne aussi la difficulté de faire pas-

La déclinaison en région du baromètre : un outil pédagogique

Lorsque, en 1999, le Comité français d'éducation pour la santé (devenu en 2002 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) décide avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de réaliser une nouvelle enquête du Baromètre santé auprès de la population des 12-75 ans, les observatoires régionaux de la santé d'Alsace, du Nord-Pas-de-Calais, des Pays de la Loire, de la Picardie –, à la demande et avec le soutien financier de nombreux acteurs locaux, ont souhaité s'associer à ce travail afin de disposer d'un tel outil pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans.

Quelles en sont les raisons ? Fournir une photographie de l'état de santé des jeunes de 12 à 25 ans, de leurs habitudes de vie et de leur insertion dans leur environnement proche. En effet, les indicateurs de santé traditionnels paraissent inadaptés, cette période de la vie étant largement caractérisée par l'absence de

maladies. Peu d'indicateurs sont dès lors disponibles, qui plus est, en région. En outre, un tel recueil a pour finalité de permettre de proposer des lignes d'actions de prévention. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle cette demande s'est inscrite, dans chacune des quatre régions, dans la dynamique des programmes régionaux de santé et du choix de leurs priorités.

Ainsi, la réalisation d'une extension régionale permet :

- de disposer, au niveau de chacune des régions, d'informations comparables avec celles de l'échelon national ;
- à la population et à l'ensemble des acteurs de s'approprier les résultats et de les traduire en actions d'éducation pour la santé.

La réalisation de plusieurs extensions régionales ouvre, enfin, la possibilité, grâce à différentes méthodes statistiques, de faire ressortir les principales caractéristiques de chacune des régions vis-à-vis des trois autres.

ser des messages de santé quand les conditions de base pour une vie satisfaisante ne sont pas réunies (accès à l'emploi, environnement favorable à la

santé, sentiment de sécurité). De la même façon, pour les risques à caractère sanitaire, les accidents de la circulation – pour lesquels les jeunes paient

un lourd tribut – et les cancers ressortent nettement aux deux premiers rangs dans toutes les régions. Dans le Nord-Pas-de-Calais, le cancer, particulièrement important dans les causes de mortalité, est perçu comme un risque pratiquement équivalent aux accidents graves de la circulation, qui sont, quant à eux, moins importants dans cette région que dans l'ensemble du pays.

En conclusion, ces enquêtes sont apparues nécessaires aux quatre régions concernées pour affiner leurs connaissances des différents domaines abordés. Elles s'avèrent également utiles pour l'orientation des politiques régionales des actions de santé de façon à les adapter au contexte local. Elles constituent, enfin, un instrument d'état des lieux indispensable à toute mesure d'évaluation des politiques de santé localisées.

Alain Trugeon

Président de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), directeur de l'ORS de Picardie, coordinateur éditorial du Baromètre pour l'ensemble des régions.

Pour en savoir plus sur les données régionales

Se reporter aux deux volumes 3.1 et 3.2 du Baromètre et auprès des quatre régions qui ont produit des documents autour de ce Baromètre.

- Observatoire régional de la santé d'Alsace : 4, rue de Lausanne – 67000 Strasbourg – Tél. 03 88 36 53 12 – Fax 03 88 35 60 82 – Mél : inforsal.org – Web : www.orsal.org
Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans en Alsace » : Philippe Enderlin, Frédéric Imbert

- Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais : 13, rue Faidherbe - 59046 Lille Cedex – Tél. 03 20 15 49 20 – Fax 03 20 55 92 30 – Mél : secretariat@orsnpdc.org – http://www.orsnpdc.org
Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans dans le Nord-Pas-de-Calais » : Christophe Declercq, Amélie Bruandet

- Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire : Hôtel de la Région – 1, rue de la Loire – 44966 Nantes Cedex 9 – Tél. 02 51 86 05 60 – Fax 02 51 86 05 61 – Mél : accueil@orspaysdelaloire.com – http://www.sante-pays-de-le-loire.com
Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans dans les Pays de la Loire » : Marie-Christine Bournot, Françoise Lelièvre, Anne Tallec

- Observatoire régional de santé de Picardie : Faculté de médecine – 3, rue de Louvels – 80036 Amiens Cedex 1 – Tél. 03 22 82 77 24 – Fax 03 22 82 77 41 – Mél : ors@sa.u-picardie.fr – http://ors.u-picardie.fr
Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans en Picardie » : Alain Trugeon, Anne-Carine Paillas, Philippe Lorenzo

Trois enquêtes sur la santé des jeunes

Espad, Escapad, HBSC : derrière ces acronymes se cachent plusieurs grandes enquêtes françaises et européennes consacrées aux comportements de santé des jeunes. Alors qu'Espad et Escapad se consacrent en grande partie aux substances psychoactives, l'enquête HBSC couvre des thèmes plus vastes, avec une approche voisine des Baromètres santé de l'INPES.

Espad 2003

Quelle consommation les jeunes Français – élèves âgés de 12 à 18 ans – font-ils des substances psychoactives, tabac, alcool, cannabis et autres ? Quelles sont leurs opinions et attitudes par rapport à ces substances ? Menée pour la deuxième fois en France en 2003 – la première investigation datait de 1999 –, l'enquête européenne Espad (1) permet de dégager de grandes tendances :

- le tabac est le produit le plus largement consommé régulièrement (en usage quotidien) par les adolescents ;
- l'alcool est le seul produit que, dès 12 ans, une majorité d'élèves (sept sur dix pour les garçons et six sur dix pour les filles) déclarent avoir déjà consommé ;
- pour le cannabis, les filles sont deux à trois fois moins nombreuses que les garçons à en consommer entre 15 et 18 ans. Globalement garçons et filles confondus, la consommation régulière reste exceptionnelle avant 15 ans, puis, à partir de 16 ans, elle rejoint le niveau de consommation régulière d'alcool ;
- les expérimentations d'autres produits illicites hors cannabis sont minoritaires ; elles concernent plus souvent les garçons et augmentent faiblement avec l'âge, qu'il s'agisse des amphétamines, du LSD, de la cocaïne et de l'ecstasy, les niveaux d'expérimentation ne dépassent pas 5 % déclarés. Seuls les produits à inhaler pour l'ensemble des élèves interrogés et les champignons hallucinogènes, pour les garçons de 16-17 ans, se situent au-delà de ce niveau ;
- la consommation au cours de la vie de somnifères ou de tranquillisants regroupe dans cette enquête les produits consommés avec ou sans ordon-

nance. Elle affiche une prédominance féminine à partir de 14-15 ans (20,7 % chez les filles, 17,6 % chez les garçons). À 16-17 ans, elles sont 26,3 % et ils sont 18,8 % à être concernés. Toutefois les consommations plus fréquentes de tels médicaments sont rares : pour l'ensemble des 12-17 ans, 1,3 % des garçons et 1,5 % des filles en ont pris sans prescription au moins dix fois dans leur vie.

En termes d'évolution, Espad 2003 comparée à l'enquête antérieure 1999 permet de pointer les grandes tendances suivantes :

- de 1993 à 1999, la consommation de tabac a augmenté et, depuis 1999, régresse ;
- la consommation d'alcool demeure globalement stable ;
- sur six ans (1993-1999) la consommation de cannabis a considérablement augmenté, en particulier chez les 16-17 ans. Tant chez les garçons que chez les filles, le cannabis affiche désormais les mêmes niveaux de consommation que l'alcool.

Enfin, si l'on compare les expérimentations garçons/filles pour l'ensemble des substances, il est frappant de constater que les garçons sont, d'une manière générale, plus nombreux que les filles à faire l'expérience des substances psychoactives. Toutefois, ce décalage tend à se réduire à l'adolescence, et il s'inverse même pour deux produits : le tabac et les médicaments (somnifères ou tranquillisants). Pour ce qui est des consommations régulières, on retrouve la même prépondérance masculine, sauf, là encore, pour le tabac.

Escapad 2002

Autre grande enquête sur ce même sujet, celle menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Dénommée Escapad 2002 (2) et publiée fin 2003, elle couvre les usages de drogues et contextes d'usage exclusivement chez les jeunes adultes, âgés de 17 à 19 ans. Il s'agit de la troisième édition d'Escapad, pour laquelle 16 000 jeunes ont été interrogés. Les conclusions recourent largement celles d'Espad sur la légère baisse de l'usage du tabac, la hausse de la consommation du cannabis.

Plusieurs faits saillants émergent ainsi de cette nouvelle enquête Escapad :

- la plupart des drogues illicites, hors cannabis, affichent des niveaux d'expérimentation toujours faibles, mais en augmentation : produits à inhaler (colles et solvants) et champignons hallucinogènes comme cités dans Espad, mais également ecstasy et amphétamines ;
- le cannabis est de très loin la substance psychoactive illicite la plus couramment expérimentée : à la fin de l'adolescence, plus de la moitié des 17-19 ans (environ cinq filles sur dix et six garçons sur dix) déclarent en avoir déjà fumé au cours de leur vie. À noter que l'enquête Escapad est très bien renseignée sur ce thème. Il existe une grande variété d'usages et de contextes de consommation. Ceux-ci vont de l'expérimentation non renouvelée, faute d'intérêt pour le produit, à des usages plus importants qui peuvent, à terme, poser des problèmes de concentration, de motivation ou des conflits avec l'entourage, en passant par des consommations hédonistes et contrôlées.

Les auteurs de cette étude soulignent également la diversité des parcours de certains adolescents qui peuvent être amenés à consommer du cannabis parfois pour faire la fête, parfois pour se détendre ou pour gérer le stress. Par ailleurs, les jeunes consommateurs interrogés insistent volontiers sur le caractère transitoire de leur usage, qu'ils envisagent le plus souvent d'abandonner lors du passage à l'âge adulte.

Parmi les jeunes ayant déjà consommé du cannabis, environ un tiers déclarent avoir déjà connu des problèmes de mémoire durant des épisodes de consommation, bien que la plupart du temps ces problèmes ne soient pas récurrents. Les reproches de l'entourage, les tentatives infructueuses d'arrêt de la consommation, ainsi que les autres problèmes imputables à la consommation (qui sont surtout des mauvais résultats scolaires, des disputes et des bagarres) sont beaucoup plus rares.

En ce qui concerne la consommation régulière simultanée de plusieurs substances du trio alcool-tabac-cannabis, elle concerne environ un garçon sur quatre et une fille sur dix à 17-18 ans. Cette polyconsommation apparaît en légère progression depuis 2000, dans la continuité de la hausse de l'usage du cannabis.

Enfin, l'expérimentation des substances illicites autres que le cannabis peut être classée en trois groupes : les produits les plus consommés qui sont spécifiques aux jeunes (produits à inhaler, champignons hallucinogènes, poppers, ecstasy) ; les produits généralement consommés plus tardivement (amphétamines, cocaïne, LSD) et ceux qui restent rares (héroïne, crack et autres). Pour l'ecstasy, la hausse confirme des données de terrain qui montrent que le produit tend à sortir du cadre festif.

HBSC

Lancée en 1982, l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) examine les comportements de santé des enfants des collèges (11, 13 et 15 ans). Il s'agit d'une étude internationale conduite par des chercheurs européens en partenariat avec le bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les données sont recueillies dans trente-cinq pays, essentiellement européens. La France y participe depuis 1994 (3). Objectif : « mieux appréhender la santé et le bien-être des jeunes, leurs comportements de santé mais aussi le contexte social dans lequel ils évoluent. »

HBSC se déroule tous les quatre ans, la publication de l'enquête 2001/2002 est attendue en 2004. Pour la France,

le recueil des données a été effectué dans treize départements (au total 10 000 collégiens interrogés) et coordonné par le service médical du rectorat de l'Académie de Toulouse et par un laboratoire de l'Inserm. L'édition française de l'enquête est assurée par l'INPES. HBSC assure, en effet, un recueil de données complémentaires des Baromètres santé de l'Institut, en particulier en mettant à disposition des données comparatives internationales. Certaines thématiques traitées sont proches de celles des Baromètres santé de l'INPES. Les thèmes traités sont : famille, relations avec les pairs, milieu scolaire, bien-être, habitudes alimentaires, hygiène bucco-dentaire, image de soi, activité physique, vie sexuelle, tabac, alcool, cannabis et autre substances illicites, violences, asthme.

Yves Géry

► Références bibliographiques

(1) Espad (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) est une enquête en milieu scolaire menée simultanément dans trente pays européens sur un thème unique : les substances psychoactives (usage, attitudes et opinions) auprès des élèves de 12 à 18 ans. Travail réalisé en France par l'équipe Santé de l'adolescent de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), en partenariat avec le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR). Pour plus d'informations, voir *Pour en savoir plus*, en fin de dossier.

(2) *Drogues et adolescence. Usage de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes. Escapad 2002*. Beck F., Legleye S., OFDT, septembre 2003. La première enquête Escapad a été réalisée en 2000. Informations complémentaires dans *Pour en savoir plus*, en fin de dossier et sur le site www.ofdt.fr

(3) Les deux éditions précédentes de l'enquête HBSC France ont été éditées par le CFES, en 1997, puis en 2000 : *Les années collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Godeau E., sous la direction de Dressen C., Navarro F., CFES, 2000 : 116 p.

La troisième édition est en cours de publication.

Pour en savoir plus

Cette rubrique présente essentiellement des ouvrages ou des articles relatifs à des enquêtes actuelles menées auprès d'adolescents. Les producteurs ou les sources de données statistiques ont déjà fait l'objet d'un Pour en savoir plus dans un dossier précédent (*Santé : des enquêtes à la prévention. La Santé de l'homme 2003 ; 365 : 11-46*)

Dans une première partie, sont répertoriées de grandes enquêtes dont les données sont récentes, disponibles et dont les questionnaires sont clairement visibles, suivies par quelques références sur des aspects méthodologiques, du type : comment faire une enquête auprès d'adolescents.

Dans une seconde partie, les articles sont organisés à partir d'une thématique classique concernant la santé de nos chères têtes blondes (vie et santé, comportements à risque et santé mentale).

► La santé des adolescents enquêtée

Exemples d'enquêtes

Espad (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) - Europe

Espad est une enquête transversale en milieu scolaire menée dans trente pays européens sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux substances psychoactives.

En France, la réalisation de l'enquête a été confiée à l'équipe Santé de l'adolescent de l'Inserm et à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, en partenariat avec le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Espad a été réalisée en France pour la première fois en 1999 ; la deuxième édition a eu lieu au cours du premier semestre de l'année 2003.

En 2003, plus de 16 000 élèves âgés de 12 à 18 ans, issus de 400 établissements scolaires (publics et privés), ont répondu à un autoquestionnaire élaboré par un groupe de chercheurs européens (contre un peu plus de 12 000 adolescents de 300 établissements scolaires en 1999). Le questionnaire est disponible dans Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : Espad 99 France European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, tome 2*. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002 : 230 p.

En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/espad992.pdf>
[Dernière consultation 29/04/2004]

• Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S. *Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans*. Tendances ; mars 2004, 35 : 6 p.

En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend35.htm>
[Dernière consultation 29/04/2004]

• Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Premiers résultats de l'enquête Espad 2003 en France : consommations de substances psychoactives des élèves de 12 à 18 ans, évolutions entre 1993 et 2003 – Dossier de presse. Saint-Denis : OFDT, Paris : Inserm, 2004 : 9 p.

En ligne : <http://www.inserm.fr>
[Dernière consultation 29/04/2004]

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - Europe

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une étude internationale menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé depuis vingt ans. Elle a été réalisée, en France, en 1993, 1997 et 2003 par le ministère de l'Éducation nationale (service médical du rectorat de Toulouse) en partenariat avec le Comité français d'éducation pour la santé (1993, 1997) puis l'INPES ; elle interroge les comportements, croyances et attitudes des élèves de 11, 13 et 15 ans face à la santé, auprès d'un échantillon de plus de 5 000 individus dans les académies de Toulouse et de Nancy-Metz, à l'aide d'un autoquestionnaire.

• Le rapport international présentant les résultats de l'enquête HBSC 2001-2002 (35 pays concernés) vient d'être publié en juin 2004 dans

la série des politiques de santé en direction des enfants et des adolescents de l'Organisation mondiale de la santé.

• World Health Organization Regional Office for Europe. (WHO). Copenhagen. *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study (HBSC). International report. [Comportement de santé des enfants en âge de scolarisation : une étude internationale de l'OMS (HBSC) : rapport international]*. Copenhague: WHO, Regional Office for Europe, 2000: 132 p.

• Godeau E., Dressen C., Navarro F. *Les années collège : enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Vanves : CFES, 2000 : 114 p.

Le questionnaire de l'enquête est disponible à la fin de l'ouvrage.

Escapad (Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense) - France

Escapad est une enquête transversale annuelle portant sur la santé, le mode de vie et les consommations de substances psychoactives. Elle est réalisée par l'OFDT depuis 2000, en partenariat avec la Mission liaison partenariat, la Direction centrale du Service national, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la direction générale de la Santé, la direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Études statistiques et le Service de santé des armées (SSA). Elle repose sur un autoquestionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (environ 20 000 individus, hommes et femmes de 17 à 18 ans).

• Beck F., Legleye S. *Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes Escapad 2002*. Saint-Denis : OFDT, octobre 2003 : 166 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap02.htm>
[Dernière consultation 29/04/2004]

• Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Escapad 2001 : santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*. Paris : OFDT, 2002 : 204 p.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/etudes_recherches/escapad2002.pdf
[Dernière consultation 29/04/2004]

• Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000*. Paris : OFDT, 2000 : 220 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/publications/docs/escapad00.pdf>
[Dernière consultation 29/04/2004]

Enquête Baromètre santé jeunes et adultes - France

C'est une enquête périodique (1992, 1993, 1995, 1997, 1999) portant sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances en

matière de santé auprès d'individus, tirés au sort, âgés de 12 à 75 ans. Elle est conduite par téléphone, sur le mode de l'interview, à partir d'un questionnaire. Elle est réalisée par l'INPES en partenariat avec notamment la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), le ministère de la Santé, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) et l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Jusqu'à présent, les Baromètres santé ont porté sur trois populations différentes : la population générale, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, ou bien encore sur le thème de la nutrition. En 1999, 13 685 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'enquête auprès des 12-75 ans (population générale).

• Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P. *Baromètre santé 2000 - vol. 1 : Méthode*. Vanves : CFES, 2001 : 144 p.

• Guilbert P., Baudier F., Gautier A. *Baromètre santé 2000 - vol. 2 : Résultats*. Vanves : CFES, 2001 : 474 p.

• Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. (sous la dir.) *Baromètre santé 2000 : les comportements des 12-25 ans - vol. 3.1 : syn-*

thèse des résultats nationaux et régionaux. Saint-Denis : INPES, 2004 : 216 p.

• Bournot M.C., Bruandet A., Declercq C., Enderlin C., Imbert F., Lelièvre F., Lorenzo P., Paillas A.-C., Tallec A., Trugeon A. *Baromètre santé 2000 : les comportements des 12-25 ans - vol. 3.2 : résultats régionaux*. Saint-Denis : INPES, 2004 : 256 p.

La santé des jeunes en région - France

Le site de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (<http://www.fnors.org>) propose dans la rubrique « Publications », « Recherche », thème « Jeunes », sous-thème « Santé des moins de 25 ans », des publications relatives à des enquêtes réalisées par des observatoires régionaux de la santé, dont notamment des questionnaires.

Swiss Multicenter Adolescent Survey (Smash - 2002) - Suisse

L'enquête Smash-02 a été menée conjointement par le Groupe de recherche sur la santé de l'adolescent rattaché à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, l'Institut de psychologie de l'université de Berne et l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria du canton de Tessin. 7 428 adolescents suisses de

16 à 20 ans ont répondu à un autoquestionnaire portant sur la santé et les styles de vie.

• Narring F., Tschumper A., Inderwildi Bonivento L., Jeannin A., Addor V., Bütikofer A., Suris J.C., Diserens C., Alsaker F., Michaud P.A. *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002) - Smash 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 : 211 p. Le questionnaire de l'enquête est disponible à la fin du rapport.

En ligne : <http://www.umsa.ch/>
[Dernière consultation 29/04/2004]

Quelques appuis méthodologiques

• Beck F., Peretti-Watel P. *Les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents selon le mode de collecte*. Population 2001 ; 56 (6) : 963-86.

• Binder Ph., Chabaud F., Balima S., Saillard C., Robin S., Taugourdeau R., Choquet M. *Enquête de santé perçue auprès de 3 800 adolescents d'un département français : aspects méthodologiques*. Santé publique 2001 ; 13 (4) : 367-77.

• Rodgers S.M., Gribble J.N., Turner C.F., Miller H.G. *Entretiens autoadministrés sur ordinateurs et mesure des comportements sensibles*. Population 1999 ; 54 (2) : 231-50.

• Perthuis I., Picard V., Gerbaud L. *Évaluation des consommations à risque : intérêt d'un autoquestionnaire chez les adolescents*. Alcoologie et addictologie 2003 : 99-104.

► Vie et santé

Généralités

• Baudier F. *Ces jeunes qui nous font peur...* Santé publique 2003 ; 15 (2) : 181-9.

• Galland O., Roudet B. *Les valeurs des jeunes : tendances en France depuis vingt ans*. Paris : L'Harmattan, coll. Débats jeunesse, 2001 : 239 p.

• Inserm. *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale, coll. Expertise collective opérationnelle : de l'expertise à l'action, 2003 : 206 p.

• Institut national de la statistique et des études économiques. *Les jeunes*. Paris : Insee, coll. Contours et caractères, 2000 : 174 p.

• Michaud P.-A., Alvin P. *La santé des adolescents : approches, soins, prévention*. Lausanne : Payot, 1997 : 636 p.

Représentations de la santé

• Croix-Rouge de Belgique. Service éducation pour la santé. *Les représentations de santé des jeunes : les comprendre, les recueillir, les partager*. Bruxelles : Croix-Rouge de Belgique, 1995 : 112 p.

• Pommier J., Deschamps J.-P., Romero M.I., Zubarew T., Billot L., Crema D., Mouchtouris A. *Attitudes à l'égard des soins formels et informels : comparaison d'adolescents français et chiliens*. Santé publique 2002 ; 14 (4) : 371-87.

Recours aux soins

• Auvray L., Le Fur P. *Adolescents : état de santé et recours aux soins*. Questions d'économie de la santé 2002 ; 49 : 6 p.

En ligne : <http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum49.pdf>
[Dernière consultation 29/04/2004]

• Lapointe A.K., Michaud P.-A. *Ces jeunes qui ne consultent pas : comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ?* Revue médicale suisse romande 2002 ; 122 (12) : 585-8.

► Comportements à risque

Consommations à risque

Tabac

• Costes J.-M., Diaz-Gomez C., Karsenty S. *L'application de la loi Evin en milieu scolaire : premiers résultats de l'enquête*. Tendances 2002 ; 21 : 1-4.

• Institut national de la santé et de la recherche médicale, Mutuelle générale de l'Éducation nationale. *Tabagisme : prise en charge chez les étudiants*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 194 p.

• Michaud C., Saraiva I., Henry Y., Dodane M. *Tabac : connaissances, motivations et souhaits de lycéens du Doubs – Réflexions pour la prévention*. Santé publique 2003 ; 15 (1) : 69-78.

Alcool

• Bouchet C. *L'alcoolisation des jeunes, problèmes, perspectives : représentations, propositions, stratégies d'acteurs - Une étude en Rhône-Alpes*. Lyon : Craes, 1998 : 25 p.

• Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. *Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France*. Paris : Princeps éditions, 2003 : 126 p.

• Institut de recherches scientifiques économiques et sociales sur les boissons. *Les adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution*. Paris : Ireb, 1998 : 117 p.

Drogues et polyconsommation

• Le Rest P. *Les jeunes, les drogues et leurs représentations*. Paris : L'Harmattan, 2000 : 188 p.

Ledoux S., Sizaret A., Hassler C., Choquet M. *Consommation de substances psychoactives à l'adolescence : revue des études de cohorte*. Alcoologie et Addictologie 2000 ; 22(1) : 19-40.

• Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P. *Consommateurs d'alcool ou de cannabis à 17 ans : quelles différences ?* Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24 (2) : 127-33.

Conduites à risque

• Baudry P., Blaya C., Choquet M., Debarbieux E., Pommereau X. *Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser ? Que faire ?* Issy-les-Moulineaux : ESF, coll. Actions sociales, 2000 : 161 p.

• Le Breton D. *Conduites à risque : des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : Puf, 2002 : 224 p.

• Michel G. *La prise de risque à l'adolescence. Pratiques sportives et usage de substances psychoactives*. Paris : Masson, coll. Les âges de la vie, 2001 : 217 p.

► Santé mentale

Généralités

• Haut Comité de la santé publique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris : HCSP, 2000 : 93 p.

• Lempière T. *Dépression et suicide*. Paris : Acanthe (Programme de recherche et d'information sur la dépression) ; Paris : Masson, 2000 : 238 p.

• *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2002 : 880 p.

Suicide

• Assailly J.-P. *La mortalité des jeunes*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 3614, 2001 : 126 p.

• Fédération française de psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - Texte du consensus*. Paris : Anaes, 2001 : 45 p.

• Le Heuzey M.-F. *Suicide de l'adolescent*. Paris : Masson, coll. Consulter et prescrire, 2001 : 120 p.

Anne Sizaret

Documentaliste à l'INPES.

Migrants africains : du dépistage du sida à la prévention

Quelle perception les ressortissants africains résidant en France ont-ils du sida, comment se protègent-ils ? Un médecin a effectué une enquête dans un centre de soins de Médecins du monde, à Lyon. Il en ressort qu'un accompagnement adapté, incluant une incitation au dépistage, contribuerait à une meilleure prévention auprès de ce public.

L'épidémie du sida reste une priorité de santé publique dans notre pays malgré les avancées majeures des thérapies antivirales. En effet, d'un point de vue épidémiologique, la baisse globale de l'incidence de la maladie observée en France depuis 1995 est moindre chez les personnes étrangères. On observe une augmentation des nouveaux cas déclarés, depuis 1999, avec une proportion d'étrangers passant de 14 % en 1995 à 27 % en 2000. Et cette hausse est particulièrement élevée (+ 46 % entre 1998 et 2000) [1, 2] pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Ces dernières représentent ainsi 17 % des cas au premier semestre 2001, contre 10 % en 1998 et 5 % jusqu'en 1995.

Parallèlement, l'accès aux soins semble plus tardif dans cette population [3], du fait notamment d'obstacles culturels. Laurence Kotobi, anthropologue, explique : « *Face aux difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des migrants, les professionnels médico-sociaux produisent souvent un discours culturaliste et largement ethnocentrique, généralisant des cas particuliers en se fondant sur leur seule expérience avec à la clef une catégorisation de patients qui n'est pas sans incidence sur les soins. Ces représentations de la "différence", très connotées affectivement, font que ni le fonctionnement du système médical ou hospitalier, ni les intervenants eux-mêmes ne sont remis en question.* » [4]

Une enquête pour comprendre l'accès tardif aux soins

Le corps médical est donc mis devant ses devoirs de déontologie et d'assistance vis-à-vis de ce groupe à risque. Un effort particulier doit être fait pour informer cette population sur la

maladie, lui proposer systématiquement un dépistage. Or, il semble exister dans la pratique de nombreux obstacles à cette démarche. Nous avons en effet étudié les dossiers de la population cible (migrants d'Afrique subsaharienne primoconsultants de plus de 18 ans), sur le premier semestre de l'année 2003, au centre de soins de Médecins du monde à Lyon, soit 165 dossiers. Résultat : le sida est abordé dans seulement 15 % des consultations. Et, quand il est abordé, la moitié des patients sont effectivement orientés vers un dépistage au Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Cidag) le plus proche.

Or, les enquêtes menées par les chercheurs en sciences humaines indiquent qu'une fois l'infection diagnostiquée au stade de sida, la prise en charge des patients étrangers et leur observance au traitement sont comparables à celles des Français [1, 5, 6].

Pour aller plus loin, nous avons réalisé une enquête au centre d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de l'association Médecins du monde à Lyon. La population cible est composée d'individus migrants originaires d'Afrique subsaharienne, hommes et femmes d'âge supérieur à 18 ans, arrivés en France depuis moins d'un an et consultant pour la première fois au centre de soins pendant les mois de mars et avril 2003, quel que soit le statut socioculturel et administratif.

Les données pertinentes étudiées sont la connaissance sur le sida ainsi que les représentations de la maladie. Elles sont recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon de treize individus.

Issus de milieux socioculturels élevés

Nous avons ainsi rencontré six femmes et sept hommes. Tous sont francophones. Ont participé cinq personnes de la République démocratique du Congo (RDC), deux Togolais, un Angolais, une personne de Guinée, un Mauritanien, une personne du Niger, un Sénégalais, un Tchadien.

Les professions rencontrées sont les suivantes : une vendeuse de fruits, un instituteur, un enseignant, un professeur à l'université, un lycéen, un étudiant en travaux publics, un étudiant en droit, un directeur d'une société de maintenance, deux commerçants, deux femmes au foyer, une secrétaire du ministère de l'Économie. On est donc en présence d'individus de milieux socioculturels élevés. La demande d'asile est le motif d'immigration pour onze de ces personnes.

Lorsque l'on aborde le thème du sida, tous disent connaître la maladie, ou en ont en tout cas entendu parler. Trois d'entre eux se montreront un peu plus sceptiques quant à la réalité de l'infection, plus loin dans l'entretien.

Quatre personnes évoquent d'abord une maladie qui tue. Deux autres évoquent en premier une maladie qui fait peur. Deux individus mettent en évidence la grande ampleur de l'épidémie, et le fait qu'elle touche surtout l'Afrique « *c'est grave en Afrique surtout. C'est l'épidémie du siècle.* » La transmission sexuelle est citée d'emblée par cinq individus, dès l'évocation de la maladie.

Pour onze personnes, le sujet du sida est fréquemment abordé en Afrique, par les médias, les associations, les

structures d'État, dans les lieux de culte (églises, mosquées). Trois d'entre elles rapportent que les communautés éloignées des villes sont particulièrement ciblées par les campagnes d'information. En revanche, pour la personne originaire de Mauritanie, les Mauritaniens ne parlent pas du sida. Il y a, selon elle, essentiellement des réunions d'information sur le paludisme, le choléra, les vaccinations des enfants.

Une femme de 34 ans, originaire de Guinée témoigne de la gêne de certains à aborder le sujet : « *On en parle à la radio, à la télé, dans les mosquées, églises, lieux publics. On en parle au chef de quartier. Mais on est pudique. Ça fait rire les gens...* »

Mieux informer

Qu'est-ce que le sida ou VIH ? Cette question semble embarrasser la plupart. Quatre d'entre eux citeront spontanément le terme de « IST ». Quatre autres parleront de « virus ». Quand nous relançons la discussion en citant le mot

« virus », douze personnes le reconnaissent comme support de la maladie sauf une, qui ne sait pas.

Un homme togolais est sceptique : « *C'est une maladie. Tantôt on se demande si ce n'est pas une malédiction. On se demande si ce n'est pas un montage. Des fois, on se demande si ça existe réellement. On se pose plusieurs questions là-dessus...* » Les étiologies reliées à la magie ou à la sorcellerie ne sont pas rapportées, comme on pourrait le supposer compte tenu de l'appartenance du patient à son monde culturel traditionnel.

Le groupe a une bonne connaissance du mode de transmission de la maladie. La voie sexuelle est citée par onze d'entre eux. La contamination par le sang est rapportée dans six entretiens. Sont alors évoqués par ordre de fréquence : les injections (six répondants), la réutilisation de matériel à usage unique (deux), les rasoirs (deux), les transfusions (deux), les

dents (un), les « coupures » (un), les scarifications (un). Sont encore cités l'allaitement (un) et la voie materno-fœtale (un). Une personne pense que le sida peut se transmettre par la salive. Deux personnes ne savent pas comment se transmet le VIH.

« Pourquoi la famille nous abandonne ? »

Une femme togolaise de 29 ans explique que, selon elle, la difficulté à accepter les malades du sida dans son pays tient en partie au fait que les gens n'ont pas toujours une idée très claire du mode de transmission : « *J'ai l'impression que les gens cachent beaucoup. Parce que dans mon entourage je n'en entends pas vraiment parler... Pourquoi ils cachent ? Peut-être ça dépend aussi des familles. Des fois, quand on est malade, on a le corps chaud, on vomit, c'est une gastro, on pense, comme le sida, et il y a abandon de la famille. Donc je crois que c'est pour cela que les gens cachent... Et pourquoi la famille abandonne ? On n'a pas vraiment com-*

pris comment on peut être contaminé, donc, quand on est malade, on ne sait pas vraiment de quoi on souffre. Et on a peur de l'attraper.»

Les préservatifs sont cités dans dix entretiens sous différents vocables : la prudence (quatre), le préservatif (trois), la capote (deux) ou encore le condom (un). Viennent ensuite l'abstinence (sept), puis la fidélité (cinq). Est cité, enfin, le fait d'éviter les objets souillés par le sang (trois).

Un homme de 24 ans de la République démocratique du Congo explique : *« Je sais que tous ceux qui aiment beaucoup faire l'amour, parce que c'est une maladie qui vient du sida, ils doivent tout simplement se protéger par la prudence (le préservatif) ou l'abstinence. C'est ce qu'ils doivent normalement faire. »*

Choix difficile pour ceux qui *« aiment beaucoup faire l'amour »* : la prudence ou l'abstinence.

Le participant tchadien précise en effet : *« Les préservatifs... vu les conditions de conservation des préservatifs en Afrique même, je ne crois pas que cela soit très efficace. Les gens les sèchent au soleil et vendent ça n'importe comment. Ce n'est pas dans les pharmacies (...). Ça ne sert à rien puisque ça peut exploser en cas de rapport. La plupart du temps, ça explose. »*

Mourir dans l'ignorance plutôt que savoir

Donc le choix est effectivement difficile pour l'Africain (dans son pays d'origine). L'abstinence, au-delà de l'Afrique, semble une solution bien austère et donc peu réaliste comme moyen de prévention. La prudence, en tout cas sur ce continent, semble une préconisation là encore délicate vu qu'en pratique la distribution de préservatifs est encore peu répandue. Le côté irréalisable de ces préconisations ne peut qu'aggraver la peur et l'angoisse face à cette maladie contre laquelle *« on ne peut rien faire »*.

Les connaissances des personnes par rapport à la thérapeutique sont beaucoup moins assurées : pour cinq participants, il n'existe pas de traitement contre le sida. Pour cinq autres, il est impossible de dire s'il existe ou non des moyens thérapeutiques. Deux indivi-

us connaissent l'existence de *« médicaments pour ralentir la mort »*, et une peut citer l'existence de la trithérapie. Une personne pense que la vaccination contre le sida existe.

Un seul participant évoque prudemment le rôle des guérisseurs traditionnels : *« Se soigner ? Où ? Chez nous en Afrique, il y a beaucoup de guérisseurs qui font beaucoup de choses. Ces guérisseurs disent qu'ils guérissent... C'est peu palpable... Moi personnellement je ne connais pas... »*

Une femme de la République démocratique du Congo rapporte la notion d'isolement pour les malades : *« Je peux voir là-bas dans mon pays, il y avait un centre où les gens qui sont atteints du sida partent là-bas, restent là-bas et passent tout le temps de leur vie là-bas. Ils sont gardés là-bas. »* Se pose alors le pourquoi du dépistage, comme l'explique cet homme de 31 ans du Tchad : *« On en parle au Tchad du sida mais les gens ne vont pas faire le test. Parce qu'ils préfèrent mourir dans l'ignorance que de savoir. Et il y a rien après, il n'y a pas de traitement. Donc on ne peut pas encourager les gens à faire des tests de dépistage. Ce n'est pas possible. »*

Huit personnes connaissent l'existence du test de dépistage sanguin. Toutes accepteraient de le réaliser si on le leur proposait sauf une jeune femme n'ayant jamais eu de rapports sexuels. Cinq individus ont déjà effectué un

dépistage (deux dans leur pays d'origine, trois en France). Le test n'a jamais été proposé à six d'entre elles.

Inciter au dépistage

La connaissance et les représentations de la maladie n'ont donc que peu de spécificité culturelle. Elles sont d'abord le reflet de la réalité africaine par rapport au VIH. En effet, le peu de notions qu'ont les participants par rapport au traitement du sida s'explique sûrement par le fait qu'il n'y a effectivement pas d'antiviraux disponibles en Afrique. Les hypothèses de recherche sont ainsi vérifiées. Le discours anthropologique sur le culturalisme semble particulièrement éclairant : il met en avant le fait que le soignant peut avoir tendance à oublier les contraintes quotidiennes de l'existence des gens, en se focalisant sur la seule explication de la différence culturelle. L'analyse amène donc cette notion décisive pour répondre à la question de départ : dans l'esprit du migrant africain, il n'y a pas de traitement contre le VIH. Donc le soignant comprend que le migrant a, à partir de là, peu de raisons d'aller vers le dépistage, ou en tout cas de le solliciter auprès des médecins qu'il rencontre.

Les perspectives pratiques de notre enquête vont donc permettre de proposer un dépistage du VIH de façon plus pertinente. Pour que le patient adhère effectivement à la démarche (de la proposition de dépistage au prélè-

• COMMUNIQUÉ •

vement sanguin), il faut prendre le temps de lui expliquer que le traitement existe, ainsi que ses objectifs, ses mécanismes et ses indications. Il faut encore faire comprendre à la personne que, si elle devait en avoir besoin un jour, il lui est accessible tout comme la prise en charge thérapeutique globale.

Il faut pour cela former les professionnels de santé (dont les travailleurs sociaux) et les personnels administratifs en matière de droit des étrangers, pour lutter contre la discrimination et l'incohérence des discours dans l'accès aux droits et aux soins [3].

Nous rappelons que, selon la loi, la complémentaire Couverture maladie universelle (CMU) et l'Aide médicale d'État (AME) doivent être délivrées en admission sous réserve des nouveaux délais légaux (trois mois de présence sur le territoire) pour les personnes « dont la situation l'exige », en particulier devant la nécessité de soins médicaux ou d'examen complémentaires, comme le dépistage du sida. L'utilisation systématique de cette disposition légale permet ainsi à tout médecin de délivrer les soins nécessaires sans délai et d'effectuer le cas échéant une sérologie VIH, sans restriction, et dans un recours à un dispositif de soins gratuits. Toute personne démunie et résidant en France a droit aujourd'hui à une protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais. Tout étranger résidant en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont « l'interruption aurait des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » a droit aujourd'hui à une carte de séjour temporaire (CST). Ce droit concerne donc les personnes séropositives résidant en France sans papiers, ressortissantes des pays où la prise en charge médicale est inaccessible [1]. Toute remise en cause de ce droit fondamental à être soigné, en remettant en question le principe d'assistance contenu dans l'AME, présente un risque important : mettre en danger la cohérence actuelle de notre politique de santé publique face à l'épidémie de sida.

Mettre en place une relation d'aide au cours d'un dépistage, prendre en charge une personne étrangère vivant

avec le VIH, c'est se donner les moyens d'appréhender les circonstances, les motivations, les opportunités (réseaux familiaux, associations de soutien) et les difficultés (analphabétisme, situation administrative) liées à sa migration. C'est à ce prix seulement qu'un partenariat thérapeutique peut vraiment se constituer entre « soignant et soigné » [3, 7, 8]. C'est là tout l'enjeu du débat politique actuel.

Jean Faya

Médecin, président d'Épi-Ethno Santé, Institut de recherche-action en santé publique, Lyon.

► Références bibliographiques

- (1) Fassin D., Ricard E. Les immigrés et le sida : une question mal posée. In : *Sida et vie psychique : approche clinique et prise en charge*. Paris : La Découverte, 1996 : 81-90.
- (2) InVS (Institut de veille sanitaire). *Surveillance du sida en France : situation au 30 septembre 2001*. BEH 2001 ; 47 : 207-213.
- (3) Delfraissy J.-F. *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Paris : Flammarion, Médecine-Sciences, 2002 : 384 p.
- (4) Kotobi L. *Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital*. Hommes et migrations. Juin 2000, 1225 : 62-72.
- (5) Savignoni A., Lot F., Pillonel J., et al. InVS. *Unité maladies infectieuses, Saint-Maurice. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France depuis le début de l'épidémie jusqu'en juin 1998*. BEH 1999 ; 99 : 113-4.
- (6) Fassin D. *Une double peine : la condition des immigrés malades du sida*. L'Homme, Revue française d'anthropologie 2001 : 160 ; 137-62.
- (7) Fanget D., Brunet C., Hour-Knipe M. *Médiateurs et relais : de la prévention à la prise en charge*. Journal du sida 1997 ; 8 : 92-3.
- (8) Moracchini C. *Étrangers en France : comment se soigner ?* Remaides 2001 ; 40 : 22-4.

Education Santé

sommaire

n° 188 - mars 2004

Initiatives

La campagne « Sourire pour tous »

par Myriam Marchand

Une conférence de lutte contre le sida

Les jeunes, l'alcool et le tabac

Usage problématique de cannabis et nuisances publiques

Premier bilan du programme « mammotest »

Diabète : une catastrophe annoncée

Réflexion

Responsabilité et santé

par le Dr Guy Pieters

La responsabilisation, une conséquence logique de l'individualisme

Christian Léonard

La paille et la poutre

par le Prof Alain Deccache

Locale

Namur : les déficients mentaux parlent d'amour

par Sacha Peiffer

Matériel

Alimentation : des livres à déguster

Maladies psychosomatiques chez l'enfant

Lu pour vous

L'asthme en Belgique

par Myriam Marchand

Documentation

Promotion de la santé à l'hôpital

par Karine Verstraeten, Isabelle Aujoulat, Yvette Gossiaux

Le site d'Éducation Santé

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be.

L'abonnement est gratuit en Belgique.

Pour l'étranger, le choix est laissé entre un abonnement pour un an (10 numéros) à 25 €, un abonnement pour deux ans (20 numéros) à 45 € ou un abonnement pour trois ans (30 numéros) à 60 €.

Nos références bancaires : Banque BACOB, rue de Trèves 25, B-1040

Bruxelles, Belgique. Compte 799-5524509-

70 d'Infor Santé, chaussée de Haecht 579,

1031 Bruxelles, Belgique. RIB BACBBEBB.

Code IBAN BE 60 7995 5245 0970.

Pour s'abonner en ligne ou consulter les

articles parus dans la revue :

<http://www.educationsante.be>

The Magdalene Sisters

Comment réagissent des adolescents et des jeunes adultes confrontés à l'enfermement ? Le film *The Magdalene Sisters* relate l'histoire véridique des couvents irlandais où des jeunes filles furent internées de force jusqu'au début des années quatre-vingt-dix. Il peut être le point de départ d'un travail pédagogique avec les adolescents autour des attitudes de révolte ou de soumission face à l'oppression.

**Un film de Peter Mullan
Grande-Bretagne, 2002, 2 h**

1. Le film¹

L'Irlande catholique n'a jamais badiné avec l'amour et encore moins avec le sexe, au point d'enfermer les jeunes filles qui avaient « fauté » – ou qui étaient seulement susceptibles de « fauter » – dans des couvents où elles étaient contraintes de travailler sans relâche et sans salaire pour les éloigner de la tentation du péché. En fait de couvents (dont les derniers n'ont été fermés que dans les années 1990 !), il s'agissait pour ces jeunes filles de véritables prisons où elles étaient privées de tout droit, passant leurs journées à nettoyer des ton-

nes de linge venant des institutions et des entreprises des environs.

C'est à travers l'histoire — largement authentique — de trois adolescentes victimes de ce brutal enfermement dans les années soixante que Peter Mullan (un acteur remarqué chez Ken Loach, passé à la mise en scène) décrit avec beaucoup de finesse les mécanismes pervers de ce genre d'institution : si l'oppression est arbitraire et violente, elle engendre cependant chez ses victimes une grande variété de comportements, depuis la révolte franche (de fait exceptionnelle) jusqu'à la collaboration en passant par la soumission réelle ou seulement apparente.

2. À quels spectateurs est destiné le film ?

Ce film s'adresse à un large public d'adolescents et adolescentes à partir de 15 ans environ. Son propos polémique ainsi que la crudité de certaines scènes peuvent cependant heurter certains spectateurs. Les propositions d'animation suggérées ici visent également un public d'adolescent(e)s.

3. Relations à la problématique santé

L'éducation à la sexualité, on le sait bien, dépasse largement la question de la santé (au sens étroit) et met en jeu les valeurs, les attitudes, les représentations les plus intimes des individus². Si, de ce point de vue, *The Magdalene Sisters* met en scène une situation extrême (si du moins on la rapporte à l'aune de la plupart des sociétés occidentales contemporaines), les comportements contrastés des personnages traduisent des « mécanismes » psychologiques qui se retrouvent sans doute à des degrés divers et avec de multiples nuances chez la plupart de nos contemporain(e)s. La « focalisation » de l'Irlande catholique sur la sexualité féminine trahit ainsi une valorisation de la virginité et plus largement de la pureté profondément ancrée dans de nombreuses sociétés, mais également des craintes, des peurs profondes liées à la défloration, qui n'ont pas disparu de nos sociétés « libérales » et « libérées » : filles et garçons accordent en général une importance différente à la sexualité, s'y engagent de manière spécifique, manifestent également des attentes ou des angoisses à son égard qui engagent toutes leurs représentations de la personne humaine³.



PROD DB © PFP FILMS - TEMPLE FILMS/DR

Il ne s'agira donc pas ici pour l'animateur ou l'enseignant de prendre la défense du film de Peter Mullan, qui est effectivement engagé et qui a déjà suscité des réactions contrastées (le Vatican a, paraît-il, protesté contre l'attribution du Lion d'or de Venise à ce film), mais plutôt de favoriser l'expression des différentes opinions à son propos. Au-delà de cette expression d'opinions individuelles (qui risquent d'être plus ou moins convenues), on essaiera également d'amener les participants à interroger leurs propres certitudes par un questionnement plus approfondi sur les motivations des personnages mis en scène dans le film.

4. Suggestion d'animations

Le point de vue des autorités

La sévérité des mœurs de l'Irlande catholique représentée dans *The Magdalene Sisters* est sans doute extrême et très éloignée de ce que vivent aujourd'hui la plupart des adolescents européens. Il n'est pas sûr cependant que tous les spectateurs partagent le jugement du réalisateur Peter Mullan sur ces institutions répressives, et certain(e)s seront peut-être tenté(e)s d'en justifier l'un ou l'autre aspect en fonction de leurs propres valeurs et croyances mais aussi du contexte historique particulier où sont apparues ces institutions. À ce propos, on pourrait soumettre aux participants le témoignage⁴ de responsables de ces couvents qui, face aux critiques et aux témoignages des victimes⁵, expliquèrent *a posteriori* que les jeunes femmes qui y étaient hébergées étaient en fait rejetées par leurs familles, qu'il s'agissait bien souvent de prostituées ou d'alcooliques ou encore de personnes « socialement inadaptées » qui, jetées à la rue, auraient été exposées à de bien plus grands dangers... La discussion ne visera pas à justifier l'attitude de ces responsables mais seulement à faire apparaître les raisons qui ont pu les motiver, ainsi que le rôle complexe des parents qui ont été amenés à laisser enfermer (ou à faire enfermer) leurs filles dans de telles institutions.

L'animateur pourrait ainsi suggérer de comparer les situations mises en scène dans ce film avec une série d'autres plus banales et plus proches de ce que peuvent sans doute connaître les participant(e)s : si l'enfermement brutal des héroïnes des *Magdalene Sisters* est



PROD DB © PFP FILMS - TEMPLE FILMS/DR

sans doute révoltant, cela signifie-t-il que les parents ne peuvent poser aucun interdit ni aucune norme ?

Ainsi, que pensent les participants des situations suivantes :

- Est-il normal d'interdire à une jeune fille de moins de 16 ans (ou de 14, de 13, de 12...) de sortir seule après minuit ?
 - Peut-on refuser qu'une adolescente porte certaines tenues (provocantes, osées, sexy ?) dans certaines circonstances ?
 - Une mère peut-elle fermement conseiller à une adolescente de prendre la pilule (ou un autre contraceptif) pour ne pas tomber enceinte avant sa majorité ?
 - Y a-t-il un âge avant lequel des parents peuvent interdire à une adolescente d'avoir des rapports sexuels ?
 - Est-il admissible qu'une adolescente ait plusieurs amants en même temps ?
 - Y a-t-il des lieux ou des personnes que des parents doivent déconseiller à leur(s) fille(s) de fréquenter ?
 - Y a-t-il des situations dangereuses contre lesquelles on doit prévenir plus particulièrement les adolescentes ?
 - Peut-on définir un âge minimum pour autoriser une adolescente à boire du vin ou de l'alcool ?
 - Les parents doivent-ils interdire à une jeune fille de consommer des drogues « douces » ?
- Etc.

Il n'y a pas bien sûr de « bonnes » réponses à toutes ces questions (qu'il faudra d'ailleurs adapter en fonction des réactions du public auquel on s'adresse), et leur but est seulement de susciter le débat entre les participant(e)s. L'animateur ne cherchera pas le consensus mais soulignera plutôt les différences de sensibilité en la matière : pour des adolescent(e)s, l'affirmation d'un interdit (ou au contraire d'une absence d'interdits) sera bien souvent l'expression de peurs diverses (pour soi ou pour autrui) qu'il est précisément important de mesurer et de faire percevoir aux (autres) participant(e)s. Dans cette perspective, les questions relatives à la consommation éventuelle d'alcool et de drogues ont plutôt une fonction de diversion par rapport au thème principal, qui concerne les craintes liées à la sexualité, craintes vécues diversement selon le sexe mais également selon les individus.

Ainsi, cette première série de questions pourra être reposée (tant aux garçons qu'aux filles) en prenant cette fois le cas d'un jeune homme et non plus d'une jeune fille :

- Est-il normal d'interdire à un jeune homme de moins de 16 ans (ou de 14, de 13, de 12...) de sortir seul après minuit ?
- Peut-on refuser qu'un adolescent porte certaines tenues dans certaines circonstances ?



PROD DB © PFP FILMS - TEMPLE FILMS/DR

- Un père peut-il fermement conseiller à un adolescent d'utiliser des préservatifs pour éviter que sa petite amie tombe enceinte avant sa majorité ?
- Y a-t-il un âge avant lequel des parents peuvent interdire à un adolescent d'avoir des rapports sexuels ?
- Est-il admissible qu'un adolescent ait plusieurs maîtresses en même temps ?
- Y a-t-il des lieux ou des personnes que des parents doivent déconseiller à leur fils de fréquenter ?
- Y a-t-il des situations dangereuses contre lesquelles on doit prévenir plus particulièrement les adolescents ?
- Peut-on définir un âge minimum pour autoriser un adolescent à boire du vin ou de l'alcool ?
- Les parents doivent-ils interdire à un jeune homme de consommer des drogues « douces » ? Etc.

Ce double échange à partir de deux questionnaires fera sans doute apparaître des préjugés courants sur les rôles masculins et féminins (ainsi que sur les normes censées définir ces rôles), mais ces préjugés, loin d'être superficiels, sont intimement liés à l'image de soi et du rapport personnel aux autres : on parlera beaucoup plus facilement d'une tenue provocante chez une femme que chez un homme, mais cette différence

de regard renvoie plus largement à notre perception de la séduction (ou du refus de la séduction), de son rôle dans le rapport aux autres et à l'autre sexe en particulier, à la valeur (ou au contraire à l'absence de valeurs) accordée au corps et aux différentes dimensions corporelles, à l'importance donnée par la société contemporaine à l'apparence corporelle et vestimentaire...

L'objectif de la discussion ne sera pas de forger un consensus artificiel mais, comme on l'a dit, de susciter une confrontation (pacifique) des points de vue et de faire prendre conscience aux participant(e)s des différences de point de vue en la matière. Dans cette perspective, l'animateur veillera notamment à permettre l'expression des opinions minoritaires ou minorisées.

Le point de vue des victimes

D'autres approches du film de Peter Mullan sont cependant possibles. Ici, on aimerait suggérer une réflexion sur certains comportements problématiques des héroïnes mises en scène : celles-ci réagissent, en effet, de façon diverse et parfois surprenante à leur enfermement. Pour des adolescent(e)s qui, pour la plupart, n'ont (heureusement) pas été confronté(e)s à ce genre de situations

extrêmes, il est sans doute intéressant de dépasser leurs points de vue spontanés et de s'interroger, à travers la fiction, sur des réactions psychologiques dont les motivations n'apparaissent pas immédiatement.

Ainsi, on pourrait demander aux participants de réagir aux séquences suivantes :

- Bernadette vole « sans raison » la médaille de Saint-Christophe appartenant à Crispina ;
- Crispina refuse de laver le « col des prêtres » mais accepte de nettoyer les vêtements tachés de sang ;
- Bernadette essaie de séduire le jeune homme chargé de transporter le linge : elle se dénude devant lui mais lui interdit de la toucher ;
- La vieille Cathy veut dénoncer Bernadette mais renonce, semble-t-il, quand Bernadette menace de se suicider si elle est dénoncée ;
- Una O'Conner, la jeune fille qui avait tenté de s'enfuir avant d'être brutalement ramenée par son père, choisira finalement d'entrer au couvent ;
- Crispina dort dans une chemise mouillée à l'eau froide puis se punit, dit-elle, pour avoir essayé d'attraper la grippe ; elle tentera ensuite de se pendre ;

- Margaret découvre une porte ouverte dans l'enceinte du couvent : elle sort un moment puis rentre au couvent ;
 - Bernadette, chargée de veiller sur Cathy agonisante, lui dit qu'elle rendrait service à tout le monde en mourant le plus rapidement possible...

Les réponses seront bien sûr plus ou moins pertinentes, plus ou moins convenues, plus ou moins approfondies : une explication par le « caractère » des personnages – ainsi la « méchanceté » supposée de Bernadette ou la « folie » de Crispina – risque bien de laisser échapper l'essentiel et de manquer toute compréhension véritable de leurs comportements. On incitera donc les participants à examiner les effets complexes de la situation d'enfermement vécue par ces jeunes filles ; on soulignera notamment l'ambivalence d'une institution que, d'après nos normes, nous jugeons spontanément répressive mais qui présente également des « avantages » cachés comme des formes de « sécurité » ou de « protection » pour les individus concernés. C'est ce qui explique sans doute l'attitude de Margaret qui, ayant l'occasion de fuir, y renonce pourtant ; seule la venue de son frère lui permettra de sortir la tête haute du couvent. Ce frère – qu'elle accable pourtant de reproches – constitue ainsi le contre-poids nécessaire à la « protection » que représente paradoxalement cette institution. Patricia et Bernadette, quant à elles, prendront finalement la décision de s'enfuir (et y parviendront), mais en sachant qu'elles bénéficieront de l'aide de la tante de Bernadette. En revanche, on peut comprendre qu'Una, rejetée par son père qui la ramène violemment au couvent, dépourvue de tout appui extérieur, en vienne finalement à s'identifier à cette institution qui représente le seul avenir possible pour



elle. Ainsi, aussi, l'attitude de Cathy, qui préfère constamment donner raison aux supérieures apparaît aux yeux du spectateur et de Bernadette comme une forme d'aliénation, comme un refus de « voir » la réalité (comme le lui dit brutalement Bernadette) mais qui est sans doute, pour elle, la seule réponse possible à une situation à proprement parler sans espoir.

Les participants pourront comparer ces différents comportements avec d'autres qu'ils ont déjà rencontrés ou évoquer des situations plus ou moins proches de celles mises en scène dans *The Magdalene Sisters* (on pense bien sûr à toutes ces « institutions totales » dont a parlé Erving Goffman⁶). Et pourquoi ne pas questionner cette institution que tous les jeunes connaissent intimement, l'école, qui suscite elle aussi de la part de ses « pensionnaires » un éventail de comportements diversifiés, depuis le rejet franc et massif jusqu'à l'adhésion totale à ses idéaux ?

Bien entendu, il ne s'agira pas de verser dans la caricature ni de présenter l'école comme une prison, mais la comparaison devrait mettre en évidence des aspects habituellement méconnus de l'institution scolaire sur lesquels les adolescents auront sans doute envie de s'exprimer.

Michel Condé

Docteur ès lettres, animateur
 centre culturel Les Grignoux (Liège).

► Pour en savoir plus :

Le centre culturel Les Grignoux a réalisé un dossier pédagogique plus complet sur ce film : les objectifs de ce dossier (destiné d'abord aux enseignants qui verront ce film avec leurs élèves) dépassent cependant le cadre de l'éducation à la santé. Renseignements sur <http://www.grignoux.be>

1. Le film est disponible en vidéo et DVD. Il est également possible d'organiser des séances, par exemple en matinées scolaires, avec des cinémas partenaires.
 2. Dans ce court article, on ne fera pas nettement la distinction entre attitudes, valeurs, représentations. Sur les multiples dimensions de l'éducation à la sexualité, on peut se reporter au dossier paru dans *La Santé de l'homme*, n° 356 de novembre-décembre 2001, p. 11-37.
 3. Dans cette période de crise des identités, les différences d'attitudes entre filles et garçons, souvent très visibles, ne doivent pas être cependant surestimées ni surtout occulter les différences à l'intérieur de chacun de ces groupes (filles/garçons).
 4. Cf. par exemple l'article de Gary Cullinton paru dans *The Irish Times*, le 25 septembre 1996 et disponible sur

le 6eb à l'adresse suivante : http://users.erols.com/bccsbs/bass/new_lastdays.html
 5. Différentes accusations ont été portées contre les couvents de Marie-Madeleine à partir des années 1990, mais c'est un documentaire réalisé en 1997 par Steve Humphries et intitulé *Sex in a Cold Climate*, qui a véritablement joué le rôle de détonateur : présenté sur une chaîne britannique (également diffusée en Irlande) dans le cadre d'une émission religieuse habituellement peu regardée, ce documentaire, qui racontait l'histoire de quatre femmes passées dans ces couvents, a suscité énormément d'émotion et de réactions, notamment de la part de nombreuses femmes victimes du même enfermement. Celles-ci vont alors former des associations destinées en particulier à renouer les liens entre les mères et les enfants naturels (aujourd'hui adultes) dont elles

avaient été séparées, mais également à apporter leurs témoignages sur ce qu'elles avaient vécu (on trouvera des informations complémentaires sur le site web : <http://www.adoptionireland.com/magdalene/index.htm>). Peter Mullan reconnaît d'ailleurs sa dette à l'égard du documentaire *Sex in a Cold Climate*.
 6. Goffman E. *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux*. Paris : Mimiit, 1968 (éd. orig. : New York, 1961). Pour Goffman, les institutions totales (couvents, prisons, asiles, camps de concentration, léproseries, etc.) se caractérisent notamment par le contrôle de tous les comportements et de toutes les activités des individus qui y sont enfermés. En même temps, il décrit de manière très fine les stratégies d'évitement et d'adaptation des individus par rapport à ces contraintes.



Les conditions de détention en France. Rapport 2003.

Observatoire international des prisons (OIP)

Établi par l'Observatoire international des prisons (OIP), organisation non gouvernementale, ce rapport dresse l'état des lieux de l'institution carcérale en France. Il présente les observations des conditions de détention réalisées par l'Observatoire, fournit un descriptif de cent quatre-vingt-dix lieux de détention français sous forme de repères chiffrés et commente les politiques pénales et pénitentiaires. Les informations présentées couvrent la période de janvier 2002 à juillet 2003. Thierry Lévy, président de l'OIP, parle de « descente aux enfers » dans sa préface. Selon l'OIP, la conjonction de décisions politiques prises dans une période de crispation sécuritaire de la société – extension du recours à la détention provisoire et élargissement du recours à l'emprisonnement comme sanction – a provoqué une augmentation du nombre des détenus. Face à ce surpeuplement, l'extension du parc pénitentiaire, seule option retenue, ne peut être une solution durable. Cette surpopulation a des conséquences évidentes en termes de violence contre soi et contre les autres, de problèmes d'hygiène ou dans tous les aspects du quotidien carcéral.

Le tableau brossé par le rapport est sombre. Les liens familiaux sont difficilement maintenus du fait de l'éloignement des détenus, des difficultés d'accès aux parloirs, de l'absence de règles claires sur le droit à la sexualité. Sept fois plus exposés au suicide que l'ensemble de la population, les détenus sont particulièrement vulnérables à l'entrée en prison et lors des séjours au quartier disciplinaire. Les actes d'agression contre soi sont souvent considérés par le personnel comme un moyen de pression et non comme un signal d'alarme et la « surveillance spéciale » des détenus en détresse est trop souvent substituée à une prévention et une prise en charge.

Sur le plan de la santé, l'établissement pénitentiaire est, selon les textes de loi, censé « assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Or, force est de constater que la loi du 18 janvier 1994, qui précisait cet objectif, n'a pas comblé, neuf ans plus tard, le retard en matière d'hygiène, de secret médical, de permanences médicales la nuit et le week-end, d'offre de consultations de spécialistes ou de possibilité d'être soigné à l'extérieur. Quant aux demandes de libération dans le cadre de la loi de 2002 permettant la suspension médicale de peine, elles font souvent l'objet d'un refus par les juridictions compétentes. Au registre de cet état des lieux figure aussi le recours systématique aux psychotropes comme seul soin en santé mentale ou encore la prise en charge insuffisante des détenus toxicomanes et la difficile mise en place des traitements de substitution.

Recueillies par les observateurs locaux de l'OIP, recoupées et complétées, les informations présentées par cet ouvrage décrivent bel et bien un désastre humanitaire.

Olivier Delmer

Paris : La Découverte, 2003, 233 pages, 18 €.



Tabac : comprendre la dépendance pour agir.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

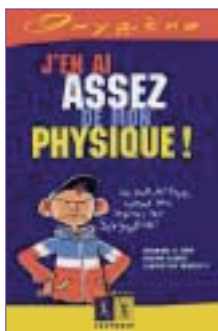
Commandée à l'Inserm par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), cette expertise collective synthétise les connaissances sur les mécanismes de la dépendance ou addiction, principal phénomène sous-tendant la consommation de tabac et provoquant l'échec de bon nombre de tentatives d'arrêt. Cet état des lieux conduit les auteurs à formuler des recommandations en termes de prévention, de prise en charge et de recherche. Seules des connaissances plus poussées sur le mode d'action neurobiologique de la nicotine – la molécule la plus impliquée dans l'addiction – et d'autres composants de la fumée de cigarette permettront la mise au point de substituts prenant en compte non seulement les effets psychostimulants de la nicotine mais également les effets sensoriels locaux de la cigarette, qui peuvent contribuer au maintien de la dépendance.

Les experts recommandent, par ailleurs, d'étudier d'un point de vue épidémiologique les facteurs individuels ou environnementaux associés au tabagisme afin d'identifier des facteurs prédictifs de succès dans l'arrêt de la consommation : plus ou moins vulnérables par leur contexte génétique, psychologique ou psychosociologique, les individus ne sont pas égaux face à la dépendance au tabac, et une meilleure connaissance de ces différences pourra conduire à proposer des stratégies différenciées d'aide au sevrage. En termes de prise en charge, les auteurs recommandent qu'une attention particulière soit portée aux adolescents, pour lesquels ils préconisent des consultations adaptées ainsi que l'évaluation de l'efficacité de l'utilisation des substituts. Cette dernière recommandation est également formulée pour les femmes enceintes.

Si elle recommande le développement de programmes de prévention destinés à retarder l'initiation au tabac, cette expertise collective, dont les auteurs ont procédé à l'analyse et à la synthèse de plus de mille articles scientifiques, constitue surtout un état des connaissances pluridisciplinaires, de la pharmacologie des alcaloïdes (dont fait partie la nicotine) aux aspects comportementaux du sevrage. Une somme d'informations utiles dans une perspective de prévention.

O. D.

Paris : Inserm, coll. Expertise Collective, 2004, 473 pages, 45 €.



J'en ai assez de mon physique !

Véronique Le Jeune, Philippe Eliakim, illustr. Princess H

Le principe de la collection Oxygène est d'accompagner le jeune lecteur de façon illustrée et drôle dans les difficultés de l'adolescence et de proposer conseils, astuces et solutions simples face

à des situations parfois compliquées. L'anxiété corporelle est le thème de ce volume. Près de trois adolescents sur quatre n'aiment pas leur physique. Cet ouvrage a pour objectif de les aider à accepter leur corps en plein changement, dans une société où l'apparence prime. Les bourrelets d'Anatole, la petite taille de Sylvain, le regard de l'autre ou encore l'épreuve de la piscine sont autant de situations concrètes qui permettent aux auteurs d'aborder les mécanismes physiologiques et psychologiques qui conduisent au rejet des ados par les autres et par eux-mêmes, aux souffrances de « l'âge ingrat ».

Être patient, retrouver l'estime de soi, se tourner vers les autres plutôt que se replier sur soi-même, se trouver d'autres atouts que la perfection physique mais prendre quand même soin de son corps, tels sont les conseils des auteurs, illustrés avec humour, pour faire retrouver la joie de vivre à celles et ceux qui se trouvent moches et pensent que la vie est injuste.

O. D.

Paris : De La Martinière jeunesse, coll. Oxygène, 2003, 107 pages, 9 €.



L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur.

Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche, direction de l'Enseignement scolaire.

Le développement d'actions d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées et la formation des personnels y participant sont inscrits dans la loi du 4 juillet

2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception. Ce guide est conçu comme une aide à l'enseignement, à l'intention des formateurs. Les points de vue anthropologiques, psychologiques ou psychanalytiques des experts qui y ont contribué apportent un éclairage sur la sexualité humaine et sa structuration. Le rôle spécifique de l'école dans l'éducation à la sexualité comme « composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen » – selon les termes de la circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles et les lycées – y est rappelé.

L'éducation à la sexualité préconisée à travers ces textes législatifs tourne le dos à une vision traditionnelle restreinte, limitée à une présentation des aspects biologiques de la procréation et à une série de règles de vie. Elle privilégie une approche pluridisciplinaire et intègre les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques (notamment le respect des consciences, le droit à l'intimité et à la vie privée). Des recommandations précisent les objectifs des enseignants – tant en termes de développement de comportements de prévention que de construction de l'image de soi – et soulignent quelques principes éthiques essentiels. Des repères sur les comportements sexuels des 15-18 ans sont fournis en fin d'ouvrage. À noter en annexe une liste de références bibliographiques, d'outils, d'organismes et de textes de référence.

O. D.

Paris : Sceren-CNDP, 2004, 56 pages, 8 €.



Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire.

Corinne Mérini, Didier Jourdan, Patricia Victor, Dominique Berger, Christine de Peretti

Fruit d'une enquête auprès d'écoles primaires, ce guide présente une série d'expériences d'éducation pour la santé en milieu scolaire. Les auteurs ont dressé une typologie des programmes recensés et ont retenu dix-neuf actions. Cet échantillon a fait l'objet, sous forme de fiches, d'une analyse (objectifs, acteurs, thématiques et méthodes, déroulement, évaluation de l'action). Chaque fiche présente et caractérise le projet, dégage ses axes forts, dresse un synopsis de ses étapes, donne la parole aux acteurs, sous la forme d'une transcription des entretiens réalisés avec eux, pour un compte-rendu du déroulement et de l'évolution du projet, de ses effets, ainsi que des difficultés rencontrées. Une bibliographie et des outils sont proposés pour chaque action, et ce qui semble important à partager aux yeux des acteurs est synthétisé.

Les projets présentés sont généralement conduits à l'initiative de l'équipe pédagogique, du médecin scolaire ou des institutions. Ils peuvent être conduits à l'échelle d'une classe, d'une ou plusieurs écoles, d'une circonscription, voire d'un

département. Ils se basent sur une pédagogie active plutôt que sur une démarche informative. Ils concernent une thématique précise, telle que le sida ou la maltraitance, ou au contraire visent au développement d'une santé globale.

Les auteurs se situent dans la perspective d'une éducation pour la santé basée sur l'acquisition de compétences psychosociales et sur le développement de la personnalité, loin d'une compilation, façon catalogue, de prescriptions de santé moralisantes ou normatives. Dans le cadre de cette approche globale, l'articulation du rôle des acteurs au sein de projets mobilisant les membres de la communauté éducative permet une continuité, une cohérence des apprentissages qui contribue à une éducation qui a du sens.

O. D.

Rennes : ENSP, 2004, 204 pages, 26 €.

Rubrique lectures coordonnée par le centre de documentation de l'INPES : doc@inpes.sante.fr



**Chaque jour,
2000 personnes gagnent contre
le tabac. Pourquoi pas vous ?**

Pour arrêter, décrochez ! 0825 309 310 (0,15€/min)

LE TABAC, RIEN NE PEUT L'ARRÊTER À PART VOUS

plans
cancé



l'Assurance Maladie
sécurité sociale



31 MAI. JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC