

L'ADOLESCENCE (Latin : adolescere : grandir)

Plan du cours

- I INTRODUCTION : APPROCHE DE L'ADOLESCENCE NORMALE
- II LE POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE
- III RISQUES SPÉCIFIQUES DE L'ADOLESCENCE
- IV CONCLUSION
- V. ANNEXES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET RECOMMANDATIONS

BIBLIOGRAPHIE

- DELAROCHE P.**, *L'Adolescence. Enjeux cliniques et thérapeutique*, Nathan, 2000.
- DELAROCHE P.**, *Adolescents à problèmes*, Albin Michel, coll. Questions de Parents, 2000.
- DESPINOY M.**, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Armand Colin, 1999.
- DOLTO F.**, *La Cause des adolescents*, Robert Laffont, 1988.
- DOLTO F.**, **DOLTO C.**, **PERCHEMINIER**, Colette, *Paroles pour adolescents. Le complexe du homard*, Hatier, 1989.
- DOLTO F.**, *Psychanalyse et pédiatrie*, Seuil, 1971.
- DOLTO F.**, 1984, *L'image inconsciente du corps*, Paris : Seuil.
- EXPERTISE COLLECTIVE**, 2002, *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent* : Les Éditions de l'Inserm..
- FREUD A.**, 1968, (1965), *Le normal et le pathologique chez l'enfant : évaluation du développement normal durant l'enfance, évaluation du pathologique*, Paris : Gallimard.
- GOLSE B.**, 1989, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris : Masson.
- JEAMMET P.**, (dir.), *Adolescences. Repères pour les parents et les professionnels*, La Découverte, 2002.
- LE BRETON D.** (dir.), *L'Adolescence à risque*, Autrement, 2002.
- MALE P.**, *Psychothérapies de l'adolescent*, PUF, coll. Quadrige, 1999.
- MARCELLI D.**, **BRACONNIER A.**, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, coll. Abrégés de médecine, 1999.
- SCIALOM P.**, 2005, *Psycho Ados : Lâchez-moi... mais ne me laissez pas tomber: Paris, L'Archipel.*
- WINNICOTT D.W.**, 1969, (1956), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot.
- WINNICOTT D.W.**, 1975, (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, (titre original : *Playing and reality*), Paris : Gallimard.

I INTRODUCTION : APPROCHE DE L'ADOLESCENCE NORMALE

1/ Définitions et généralités

L'adolescence est une manifestation de santé (Winnicott), mais une santé **qui s'accompagne d'une perte** et fragilise ainsi l'adolescent. Cette perte concerne tous les repères habituels qui ont accompagné l'enfance.

L'adolescent va se retrouver dans une grande solitude face d'abord à ses incertitudes sexuelles, affectives et aussi sur son avenir professionnel. L'ado va devoir apprendre à exister par lui-même, sur ses propres repères et non plus sur ceux de ses parents. Cette solitude se retrouve aussi du côté des parents par symétrie.

La manière dont va se dérouler l'adolescence dépendra de la façon dont s'est déroulée l'enfance. Les séparations dont DOLTO parle dans *l'image inconsciente du corps*, comme la coupure du cordon ombilical, le sevrage, l'apprentissage de la propreté, l'Œdipe, seront réactivées à l'adolescence. La façon dont ces castrations symboligènes se sont résolues pendant l'enfance a induit un mode spécifique de défenses et de relation au monde. Toutes les étapes précédentes ne seront plus soutenues par les parents mais continueront à servir de repères.

2/ L'adolescent normal

Il doit résoudre 3 paradoxes qui sont des conflits psychiques. Grandir, sera de les résoudre en trouvant une solution de compromis. **Ces conflits génèrent des angoisses** tout en poussant à la créativité, puisqu'ils tendent à la recherche de solutions.

Ces paradoxes sont :

- Être indépendant, autonome / et en même temps devoir supporter la dépendance familiale.

- 2 -

- Concilier un grand appétit de découvertes, créer des nouveaux repères concernant le corps, la vie amoureuse, la vie sociale, les projets professionnels / et en même temps abandonner les anciens repères.
- Subir toutes les poussées corporelles, sexuelles / et en même temps ne pas pouvoir les assumer dans l'immédiat ni les réaliser dans l'instant. Devoir attendre !

C'est une nouvelle occasion pour se retrouver confronté au principe de réalité, à l'intégration des lois sociales avec le premier interdit, celui de l'inceste. L'adolescent doit effectuer une double différenciation pour grandir : celle des générations et celle des sexes. Il le fera en s'opposant. Cela peut aller jusqu'à la délinquance, à une prise de risque extrême, à des gestes désespérés.

3/ Les parents d'adolescent

Le problème que les parents doivent surmonter c'est d'accepter leur impuissance et leurs limites. Accepter d'avoir peur parce que cela ne dépend plus d'eux. Quand les parents permettent ce transfert de responsabilité, c'est en même temps pour eux, une perte de l'image de l'enfant qu'ils ont porté. Un deuil est à faire, mais sous l'impulsion de leur enfant. Un grand vide est ainsi à réinvestir d'une manière différente, dans la vie familiale et de couple.

Les parents se trouvent aussi pris entre l'adolescent d'une part et les grands-parents d'autre part. Les parents sont renvoyés à leur propre adolescence, à leur relation avec leurs propres parents et à la manière dont ils se sont séparés d'eux. Les adolescents subissent ainsi une réaction trans-générationnelle qui peut parasiter leur propre mode de séparation. Toutes les relations entre les parents et l'adolescent se trouvent prises dans ce **paradoxe de dépendance et d'autonomie**.

Conclusion : L'adolescence c'est d'abord un grand moment de bonheur, à partir du moment où l'adolescent vit dans un climat de confiance et où il a pu mettre en place un certain nombre de défenses pendant l'enfance. Dans ces bonnes conditions, les parents peuvent laisser partir l'adolescent sans que les liens d'amour soient cassés bien qu'ils se modifient. Le risque pathologique de l'adolescence, quand il existe, était déjà là avant parce que les défenses se sont édifiées avec fragilité.

II LE POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE

1 Du complexe du homard au Pot au noir

Dolto parle de l'adolescence en utilisant la métaphore du *complexe du homard*. Elle évoque le homard qui change de carapace et devient plus fragile pendant cette période de mue. Winnicott approche l'adolescence par le terme *doldrum* ou *pot au noir*, (art. de 1962, in « de la pédiatrie à la psychanalyse ») ; Doldrum est un terme marin décrivant le moment où les bateaux se retrouvent en pleine mer sans savoir d'où vient le vent, ils ne savent plus comment choisir leur route. « *Ceux qui explorent ce domaine de la psychologie doivent d'abord savoir que l'adolescent, garçon ou fille ne désire pas être compris, il faut que les adultes gardent pour eux ce qu'ils parviennent à comprendre de l'adolescence, il serait absurde d'écrire un livre sur l'adolescence à l'attention des adolescents car cette période de la vie qui est essentiellement celle de la découverte personnelle doit être vécue. Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre. Dans un problème, celui d'exister ...* »

Dans le même article, Winnicott intitule un paragraphe « Remède à l'adolescence » où il nous donne sa recette : *Il n'existe qu'un remède à l'adolescence et un seul, il ne peut intéresser le garçon ou la fille dans l'angoisse, le remède c'est le temps qui passe, les processus de maturation graduelle qui aboutissent finalement à l'apparition de la personne adulte.*

2 Particularité de l'adolescence

- C'est une période de réactivation de la problématique oedipienne. La question qui se pose du point de vue psychique s'est donc déjà présentée entre 4 et 6 ans. Cette fois-ci, c'est différent car le corps porte en lui une sexualité généralisée. L'identité sexuelle est remise en jeu. « *Où ça était, je doit advenir* » Freud. Du monde pulsionnel, la personnalité doit surgir. L'individu grandit ainsi. La difficulté à l'adolescence, c'est de canaliser un corps en excitation, en croissance, en désir, en plaisir. L'adolescent va revivre une nouvelle fois, simultanément, toutes les étapes de ses premières années, préoedipiennes et en particulier la phase oedipienne.
- La question de l'identité sexuelle se rejoue aussi, y compris celle de l'homosexualité, réactivée en acte ou en fantasme. « *... Etre un homme et une femme en même temps, tel est le fantasme le plus courant des adolescentes hystériques* » (Dominique Gaubert, en 1993 pendant le premier congrès des psychanalystes d'enfants). La question féminine c'est d'avoir le phallus du point de

vue psychanalytique, des seins, le potentiel maternel... Du côté des garçons, la fantasmatique homosexuelle est réactivée parce que le garçon doit conquérir l'amour de son père à un moment donné et que cette démarche est ambivalente jusqu'au moment où il pourra s'identifier à son père en tant futur homme et pas seulement pour prendre sa place auprès de sa mère. L'identité sexuelle doit être socialisée.

- **Objet perdu et altérité.** L'adolescent est confronté à l'autre, différent de lui sexuellement. C'est reconnaître que l'autre sexe, il ne l'a pas ! Cette reconnaissance mène à l'altérité par le besoin de complémentarité. Le travail de l'adolescence vers l'autonomie et la découverte de l'altérité vise donc, par l'intégration des pulsions partielles orales, anales et le jeu de l'introjection et la projection, à retrouver à l'extérieur un objet correspondant à la représentation de l'objet primitivement satisfaisant et perdu.
- **L'image du corps (F.Dolto).** La dysmorphophobie de l'adolescence, c'est la phobie d'être difforme, d'avoir des anomalies du corps. C'est à la fois le schéma corporel et l'image du corps qui sont en jeu. A la sortie de l'Œdipe, il n'y a plus de transformation extraordinaire jusqu'à la nouvelle perte des dents à 12 ans. L'adaptation à un nouveau corps n'a pas le temps de se faire tellement le corps se modifie vite. C'est ce qui génère de l'angoisse. Anna Freud, dans ses lignes de développement, décrit ce mouvement qui va de la dépendance vers l'autonomie pour chaque fonction psychique ou corporelle. C'est encore plus vrai à l'adolescence. Le lien de dépendance qu'il faut abandonner renvoie au lien d'attachement (Bowlby, Spitz, Zazzo) où la mère même absente peut être représentée par une image et où l'objet atteint une certaine *permanence*, c'est en lien avec la période du 8ème mois. Tout mouvement qui tend à passer de la dépendance à l'autonomie s'appuie sur ce qui s'est produit pendant cette période du deuxième semestre où ce lien fondamental d'attachement à l'autre s'est mis en place. Pour Bernard Golse « *l'adolescent va lutter contre les liens qui l'attachent aux objets de son enfance en les niant, en s'opposant à eux, en s'en détachant et en les abandonnant* » (Cf le devenir de l'objet transitionnel)
- L'adolescent se défend contre la pré-génitalité en établissant la primauté du génital, en mettant à distance la pré-génitalité c'est à dire les pulsions partielles. L'investissement libidinal se voit transféré sur des objets de sexe opposé. En dehors de la famille. Car sinon, comme le disent les adolescents : c'est trop ! ils me gavent ! Ou comme nous allons le voir, c'est *trop* plein pour l'anorexique ou *trop* vide pour les boulimiques.

III RISQUES SPÉCIFIQUES DE L'ADOLESCENCE

1 L'anorexie

AAA = anorexie, aménorrhée, amaigrissement.

La jeune fille anorexique est poussée vers l'hyperactivité, l'intellectualisation, la performance.

D'un point de vue psychodynamique, la nature de la relation à l'objet est oral. Les anorexiques peuvent être de 2 structures différentes : névrotique, psychotique, ou d'organisation limite avec des pronostics différents. La question de l'anorexique, quelque soit sa structure, se rapporte au conflit oral pré-génital, de la pulsion partielle orale. La confusion entre nourriture et amour est liée au même conflit indépendance-perte d'objet d'amour, que l'on retrouve chez les sujets états limites.

L'anorexique dit : « Je veux *rien* ». *Rien* c'est un espace, lieu libre, vide, disponible entre moi et ma mère. Elle est prise dans une confusion avec l'autre, la relation est fusionnelle avec l'autre. Le seul moyen de ré-exister, de s'individualiser, c'est de refuser la nourriture. Ce faisant, elle veut changer le type de lien avec sa mère parce que tous les liens entre sa mère et elle sont des liens d'attachement qui sont restés confondus avec le lien de nourrissage où domine le besoin d'être nourri (Freud : étayage de la pulsion partielle. Origine de la pulsion orale dans la pulsion d'auto conservation = besoin du corps).

Note : Pour Lacan le **besoin** c'est du réel, de la vie, de la pulsion d'auto conservation, du corporel, dans le réel du corps où s'éprouve le besoin de se nourrir, vital à l'enfant. En parallèle à ce **réel**, se développera aussi le besoin d'attachement à la mère, l'enfant va désirer rentrer en contact avec sa mère (capacité d'attachement). C'est ce qui permet à la pulsion d'auto conservation de devenir pulsion orale, pulsion partielle. On passe alors du besoin au désir, de manger pour vivre à manger pour communiquer, ce qui répond au besoin d'amour. Le **désir** permet de construire l'**imaginaire** en fonction de la loi symbolique de l'interdit de l'inceste. L'anorexie, est le signe du ratage du passage du besoin au désir, du réel à l'imaginaire. Avec l'imaginaire, on peut se représenter des choses psychiquement, on pourra désirer ces choses absentes. C'est le début le l'accès au **symbolique**, donc des prémices du langage. L'anorexique ne peut ni désirer ni avoir faim parce qu'elle n'a jamais connu de frustration qui permet de ressentir cette faim. Elle veut donc créer elle-même du « **manque** ». Elle veut créer cet objet absent pour se le représenter puis ensuite le désirer. Elle n'a

- 4 -

pas de **demande**. L'appétit ne peut venir car elle est gavée avant même d'avoir ressenti la faim. Si le dégoût peut s'éprouver, c'est déjà mieux que *rien*. Toute petite sa relation avec la nourriture a fonctionné selon ce modèle.

A l'adolescence, les points de fragilité des étapes précédentes émergent et renvoient à l'identification précoce, narcissique, à la mère (narcissisme primaire). Les lignes du cristal se rompent, la question du désir va rencontrer un espace gavé où il n'y a plus de place pour le désir. Il n'y a pas de possibilité d'exister en tant que jeune fille sexuée sinon au risque de perdre l'amour de la mère ou de la détruire. Comme si grandir était destructeur. La défense de l'anorexique sera alors le **déni** du besoin de nourriture. Elle veut recréer le lien entre le besoin et le désir. Le paradoxe dans l'anorexie c'est que la jeune fille essaie par son anorexie d'exister par elle-même, de se dégager de sa mère et de leurs relations infantiles. Son symptôme est une réaction saine mais elle risque d'en mourir de faim. Le traitement doit donc passer par l'hospitalisation qui déjoue le paradoxe en détachant la nourriture de la question de l'amour. L'injonction médicale opère une séparation qui n'avait pas eu lieu (Cf. *L'assiette et le miroir* de B. Brusset). L'anorexie nous mène au tréfonds de la sphère psychosomatique, à l'échec partiel de ce temps où le corps et le psychisme se différencient. L'anorexique se croit toute puissante du fait de son déni de dépendance et du désir.

L'anorexique use de 2 principaux mécanismes de défense : le déni et la toute puissance narcissique.

Le déni se retrouve à plusieurs niveaux :

- Le déni de la différence des sexes : aménorrhées, perte des formes féminines
- Le déni de la différence des générations : souvent elles se mettent à préparer les repas, elles nourrissent les parents

D'un point de vue diagnostique, il est difficile de cataloguer l'anorexie qui peut être une manière de ne pas décompenser sur un mode psychotique, le rapport à la réalité est perturbé. Elles ont une perception de leur corps qui est déformée, donc quasi délirante, mais dans les cas plus névrotiques, c'est le conflit oedipien qui n'arrive pas à être franchi et constitue le trait dominant. Selon leur structure et le contexte, certaines anorexies ont un bon pronostic et se résoudront d'elles-mêmes, d'autres nécessiteront une hospitalisation, d'autres encore mènent à la mort. Les anorexies graves laisseront des séquelles corporelles et psychiques. Il est souvent recommandé aux parents de suivre une psychothérapie en même temps que l'analyse individuelle de l'enfant anorexique. Une thérapie familiale peut parfois être indiquée. Il y a aussi en très faibles proportions des garçons anorexiques. Cela ressemble plus à une dysmorphophobie. La vraie question des problèmes carenciels du 2ème semestre se traduira plus souvent par une **dépression anaclitique** une fois l'adolescent atteint l'âge adulte, à la moindre nouvelle rupture de lien.

2 la boulimie

C'est à la fois l'envers du comportement et presque l'identique de la question de l'anorexique. La boulimique mange de manière compulsive, répétitive à des moments précis et se fait vomir après.

Mécanisme : à la base, il y a une pulsion, c'est un besoin de manger, la personne mange, ce qui engendre un apaisement de la tension, puis se fait vomir, pour tout rejeter, ne rien garder dans un climat de perte, tristesse et culpabilité. La personne boulimique crée son gavage elle-même. Puis elle crée tout de suite après son vide elle-même, son espace de manque, de *rien*, pour recréer le sentiment de perte en vue de désirer. C'est la source d'une grande angoisse. La personne boulimique n'est pas dans la toute puissance car elle n'est pas dans le déni comme l'anorexique. Il s'agit d'un ratage du sevrage, vécu comme une perte définitive de la mère. Très souvent la boulimie succède à l'anorexie. Il y a une alternance des phases. Ce qui est en jeu, c'est la crainte de la perte du lien d'amour. C'est une très bonne indication de psychanalyse.

Chez les hommes, l'équivalent des conduites pathologiques d'alimentation des femmes, sont les conduites anti-sociales et les conduites addictives (alcoolisme...).

3 Les conduites anti-sociales

Le garçon en difficulté pour franchir l'Œdipe a du mal à contenir sa vie pulsionnelle et passera à l'acte en signant des faux chèques, en volant, fuyant ... Lors de ces passages à l'acte, l'adolescent n'arrive pas à contenir ses poussées pulsionnelles et agressives. Quand il tombe dans l'excès et que ces conduites deviennent un mode de vie, elles deviennent pathologiques. La difficulté réside dans le fait qu'elles sont aussi le signe d'une angoisse chez l'adolescent, l'angoisse de perdre son objet d'amour. A l'âge adulte, ils peuvent devenir psychopathes, ce sont des personnes dépressives au sens anaclitique du terme. Ces dépressions « essentielles » surviennent souvent au moment d'une rupture, amoureuse ou autre.

4 Les conduites addictives

Ce sont des conduites de relation de dépendance avec un « objet » qui peut être l'alcool, la drogue, les médicaments, les jeux (vidéo, Internet, loterie nationale ...), le travail, ou un individu.

Les conduites anti-sociales, comme les conduites addictives, reflètent une dépression profonde et une dépendance à l'autre. Ce sont des sujets qui établissent des liens d'amour fusionnels, de grande dépendance.

5 Les suicides chez l'adolescent

Voir le texte joint / ANAES

La question du suicide relève comme pour les anorexiques, les boulimiques et les psychopathes de la question du désir. F. Dolto demandait toujours à un patient qui avait fait une TS s'il avait envie de vivre. Ainsi, elle le remplaçait dans une position de demande et non pas l'inverse, c'est à dire que l'autre ou la société soient en position de demandeur vis à vis du patient. Il serait en effet paradoxal de désirer à sa place qu'il vive. (Cette attitude de F. Dolto ne veut pas non plus dire qu'il faut laisser tomber ces sujets en grande détresse !)

IV CONCLUSION

Si une désorganisation psychique de l'adolescent devient inquiétante, pour les thérapeutes c'est aussi une possibilité d'entrevoir une fenêtre thérapeutique. Les modifications corporelles de l'adolescence redonnent une plasticité au psychisme qui, rappelons-le, s'est construit par étayage sur le corps. C'est donc une occasion d'aider l'adolescent à remanier l'articulation entre sa psyché et son soma et de développer ses défenses.

C'est pourquoi, à la suite de R. Spitz, certains parlent de l'adolescence comme d'un 4ème organisateur après le sourire, l'angoisse du 8ème mois et le Non. Car dans cette période ré-émergent les mêmes problématiques que durant la petite enfance. Chacun de ces organisateurs peut être considéré comme un développement du lien et de l'attachement à l'autre. Toutes les angoisses archaïques, sont réactivées (l'angoisse de morcellement, de perte de l'objet d'amour et de castration, même chez un adolescent en bonne santé. Elles remettent en jeu la différenciation entre soi et l'autre, la différence des sexes et des générations.

Lorsque des risques à l'âge adulte ou à l'adolescence surgissent, c'est parce qu'en amont une fragilité structurelle existait déjà. Pour évaluer ces risques, on doit prendre en compte toute la combinatoire de l'histoire du sujet, des interactions à l'intérieur du couple parental, de leurs comportements, du contexte socio-économique et enfin, du hasard. Tous ces éléments viendront se greffer sur le capital génétique de l'enfant à venir pour lui donner *des points risque et des points sécurité* dont résultera un équilibre propre à chaque individu.

Toutes les souffrances ne sont pas forcément pathologiques, elles signent parfois simplement une étape à franchir. La gravité de la pathologie n'est pas nécessairement proportionnelle à la douleur ressentie. Certains souffriront avec un sentiment d'avoir pourtant eu une enfance heureuse, d'autres se porteront bien en ayant traversé des épisodes douloureux. La précocité, les répétitions et la fréquence des attaques psychiques et leur rôle de réactivation, vont constituer un ensemble déterminant sur les risques de pathologies et leur pronostic à long terme.

V. ANNEXES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET RECOMMANDATIONS¹

Usage de substances psycho actives

Constat :

Alcool : C'est le produit le plus précocement expérimenté par les jeunes, en moyenne à 13,6 ans chez les filles et 13,1 ans chez les garçons. En 1998, les trois quarts des jeunes (76,4 %) déclarent

¹Le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées offre sur site officiel <http://www.sante.fr> un portail qui fédère des agences sanitaires sous tutelle du Ministère, est piloté par la Direction Générale de la Santé. Il a pour but de valoriser les informations de santé publique des sites de ces agences. Il traite à la fois de sécurité sanitaire et d'informations pédagogiques et documentaires en santé. C'est dans ce cadre que Xavier Pommereau, op. cit., a rédigé son *Rapport sur la santé des jeunes* (Avril 2002) dont nous publions quelques données épidémiologiques.

- 6 -

avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, les garçons plus que les filles, et le pourcentage de consommateurs augmente de façon linéaire avec l'âge.

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

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

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

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

L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et demi.

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

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

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

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

Drogues illicites : Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée : plus d'un tiers des 15-34 ans en ont déjà consommé au cours de la vie. L'expérimentation du cannabis augmente nettement avec l'âge et se révèle, à tout âge, plus fréquente chez les garçons, bien que la différence entre les sexes soit très inférieure à celle observée pour les autres substances illicites. De 14 à 18 ans, sa prévalence passe de 14 % à 59 % chez les garçons et de 8 % à 43 % pour les filles. L'usage répété passe de 2 % à 14 ans à 29 % à 18 ans chez les garçons en 1999 et de 1 % à 14 % chez les filles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Points à souligner :

Drogues et ruptures : La recherche de sensations et la fuite caractérisent les jeunes qui vont le plus mal ; ceux-ci se signalent très tôt par une consommation régulière et importante de substances psycho actives. Ils recherchent davantage la " coupure " (ne plus penser, oublier leurs angoisses, ne plus souffrir) que le plaisir, et davantage l'appartenance identitaire au groupe des pairs que la convivialité. La précocité et le cumul des consommations constituent des indicateurs de vulnérabilité. La fréquence et la durabilité des consommations sont d'importants facteurs de risque, tant au plan de la santé que de l'évolution vers la rupture sociale. Lorsque les jeunes bénéficient de soins, le risque de mésusage et d'abus de médicaments psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs) doit être évalué et pris en compte par le médecin prescripteur pour ne pas aggraver les ruptures.

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

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

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

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

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

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

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

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

- La récente expertise collective de l'Inserm (novembre 2001) indique que, sur le plan des effets immédiats, le cannabis ne provoque pas d'accidents graves, mais ne lève pas les incertitudes épidémiologiques quant aux effets sur le fœtus, aux conséquences sur la conduite automobile, aux rapports avec les troubles mentaux et au " syndrome amotivationnel " susceptible d'apparaître chez les consommateurs réguliers.
- Des résultats préliminaires communiqués par certains urgentistes impliqués dans la recherche de toxiques chez les auteurs d'accidents mortels de la circulation, semblent indiquer que, dans 20 % des cas, la présence de cannabinoles est positive.
- Sachant que le cannabis se consomme essentiellement par inhalation avec du tabac et que le fait de fumer régulièrement expose à un risque cancérigène accru (notamment cancer des bronches et/ou ORL), il est difficile d'estimer le rôle néfaste éventuel du cannabis à long terme. Toutefois, l'hypothèse que cette substance soit elle-même cancérigène et/ou que son association avec le tabac en augmente le risque, impose des études approfondies.
- Dans une société de consommation et de libre-échange, il est particulièrement difficile de traiter efficacement les problèmes de la vente, du trafic, de l'usage public, du prosélytisme, de l'apologie des drogues y compris actuellement légales.
- Tandis que la modernité se traduit par une " crise des limites " (dans tous les sens du terme), il est non moins difficile pour les pouvoirs publics de concilier dans des proportions acceptables prévention, répression et prise en charge médico-socio-éducative.
- Compte tenu de la complexité des problèmes posés, il est illusoire de penser que le seul principe de la réglementation puisse tout régler.

2. Prévention des conduites sexuelles à risque

Constat :

Chez les jeunes filles, le recours à la pilule croît avec l'âge. Moins d'un tiers des adolescentes la prennent lors des premiers rapports sexuels. Elles sont 57 % à 19 ans². Chez les 20-24 ans, six jeunes femmes sur dix utilisent la pilule. Dans la même tranche d'âge, 58 % des femmes et 83 % des hommes disent avoir déjà utilisé le préservatif au cours de leur vie. Son emploi est d'autant plus fréquent que les sujets sont jeunes : en 1997-98, 87 % des 15-19 ans ont eu recours au préservatif lors du premier rapport sexuel³ ; ils sont 90 % à le déclarer en 2000 et utilisent plus souvent que les autres classes d'âge le préservatif comme moyen contraceptif (près d'une jeune fille sur quatre et quatre jeunes hommes sur dix), selon le dernier Baromètre santé⁴. L'enquête 97/98 indique cependant qu'ils sont moins nombreux à utiliser un préservatif lors du dernier rapport sexuel avant d'avoir été interrogés.

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

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

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

Près de la moitié des IVG concernent des femmes de 20 à 29 ans et 11 % des IVG, des adolescentes de moins de 20 ans. Entre 1985 et 1996, le nombre total d'IVG est resté quasiment stable, tandis que chez les mineures le nombre de conceptions a diminué de 13 % en dix ans, en raison d'un recours plus fréquent à l'IVG (sept grossesses de mineures sur dix conduisent à l'IVG)⁵.

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

² Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 44.

³ Baromètre santé jeunes cf. Marie Choquet et Virginie Granboulan, *Les Jeunes Suicidants à l'hôpital*, 97/98.

⁴ Baromètre santé 2000.

⁵ Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 46.

Réalisées en France en 1992, 1994, 1998 et 2001, les enquêtes KABP⁶ permettent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida. L'enquête 2001⁷ indique un relâchement des comportements de protection et montre notamment que, par rapport à leurs aînés, les jeunes apparaissent moins sensibilisés au VIH/sida, adhèrent moins au principe du dépistage obligatoire, craignent certes le risque de contamination par le VIH mais de façon beaucoup plus diffuse et moins précise. Enfin, les jeunes de 18 à 24 ans déclarent moins souvent en 2001 qu'en 1998 avoir utilisé un préservatif dans l'année et avoir eu recours au test de dépistage durant leur vie. La nécessité de se protéger vis-à-vis du VIH/sida paraît moins intégrée chez les 18-24 ans qui ont, en grande majorité, commencé leur vie sexuelle après 1996, date de l'arrivée des multi thérapies. Ces jeunes ont moins bénéficié de la forte médiatisation du sida des années 80 et du début des années 90. Il semble en résulter une moindre sensibilisation à l'égard de l'infection par le VIH/sida et le début d'un désengagement face aux comportements de prévention. Notons également que l'enquête presse gay 2000⁸ fait état, entre 1997 et 2000, d'une augmentation des prises de risque vis-à-vis du VIH avec les partenaires occasionnels chez les jeunes hommes homosexuels.

Parmi les autres infections sexuellement transmissibles (IST), les chlamydioses⁹ sont fréquentes chez les sujets jeunes et très jeunes (risque multiplié par 6 chez les femmes de moins de 20 ans). L'infection génitale basse initiale passe souvent inaperçue et peut n'être diagnostiquée qu'au stade de salpingite (femme), d'épididymite (homme), voire d'infertilité. Chlamydia trachomatis reste la première cause d'infertilité tubaire. Le coût social et médical de la prise en charge de l'infection et de ses séquelles est très important¹⁰. La transmission se fait exclusivement par voie sexuelle. Le dépistage biologique de l'infection est pourtant simple (test urinaire) et peu onéreux (environ 25 euros).

Points à souligner :

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

Pour de nombreux cliniciens en charge d'adolescentes, la sexualité non protégée est, dans certains cas, moins accidentelle que délibérément risquée, voire suicidaire. Ce constat, s'il n'est pas encore scientifiquement validé, demande à être davantage pris en considération. Il n'est d'ailleurs pas contradictoire avec les données du Baromètre santé 2000 indiquant que, parmi les 15-25 ans, les plus jeunes, d'une part, et celles qui ont eu une IVG, d'autre part, ont plus souvent répondu qu'elles n'avaient pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif¹¹.

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

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

Concernant les chlamydioses, on ne dispose pas actuellement d'une estimation fiable de leur prévalence chez les 15-25 ans, sachant que les cas de jeunes filles asymptomatiques ou de celles dont les symptômes ne sont pas diagnostiqués par détection biologique, échappent à l'analyse des données de laboratoire réalisée par le réseau national (RENACHLA). Or, les pays scandinaves ont

⁶ Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices.

⁷ Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2001.

⁸ Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays (Ph. Adam, E. Hauet, C. Caron), ANRS, mai 2001.

⁹ Chlamydia trachomatis - Recommandations du CSHRF, section maladies transmissibles (P. Judlin, B. de Barbeyrac, P. Nottin), novembre 2001.

¹⁰ Il est estimé pour 1990 à 4.2 millions de dollars aux USA.

¹¹ Baromètre santé 2000 : 216.

largement démontré que le dépistage et le traitement systématiques des chlamydioses chez les jeunes permet de diminuer très fortement l'incidence des salpingites, des grossesses extra-utérines et des cas de stérilité¹².

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

3. Suicide

Constat :

Deuxième cause de mortalité chez les jeunes, les suicides représentent 17,4% du total des décès de jeunes hommes et 15,1 % des décès de jeunes filles¹³. Trois suicides sur quatre sont masculins (usage d'une arme à feu ou pendaison, sept fois sur dix¹⁴), tandis que les tentatives de suicide (TS) – estimées cinquante fois plus nombreuses que les suicides aboutis chez les jeunes¹⁵ – sont surtout féminines (intoxications médicamenteuses volontaires, scarifications et phlébotomies). Sept pour cent des jeunes scolarisés (11-19 ans) déclarent avoir fait une TS (5 % une seule, 2 % plusieurs). Ce taux est multiplié par deux parmi les jeunes, garçons comme filles, qui ont quitté précocement le système scolaire¹⁶. Un suicidant sur trois récidive dans l'année. Le rapport idées de suicide/TS se situe autour de quatre. La chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte. Si seulement 8 % des garçons et 13 % des filles pensent souvent au suicide, 41 % parmi eux ont fait une TS, alors qu'ils ne sont que 1 % parmi ceux qui n'ont jamais eu de telles idées¹⁷.

Parmi les indicateurs de risque, on note la survenue avant l'âge de 15 ans et le cumul de diverses conduites de rupture¹⁸ (violences agies, fugues, usage régulier de substances psycho actives, troubles alimentaires, prises de risque répétées à type de conduites motorisées dangereuses, sexualité non protégée, etc.).

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

Points à souligner :

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

¹² Chlamydia trachomatis - Recommandations (P. Judlin, B. de Barbeyrac, P. Nottin), op. cit.

¹³ Les jeunes - Contours et caractères, Insee, 2000 : 34

¹⁴ Inserm SC 8, données 1997. Environ 40 000 TS chez les moins de 25 ans, sur un total tous âges estimé à 155 000 TS annuelles (Drees, 2001).

¹⁵ Environ 40 000 TS chez les moins de 25 ans, sur un total tous âges estimé à 155 000 TS annuelles (Drees, 2001).

¹⁶ M. Choquet, Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques, in La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge, John Libbey Eurotext & Fédération Française de Psychiatrie, 2001 : 121

¹⁷ M. Choquet, 2001, op. cit

¹⁸ M. Choquet, X. Pommereau, C. Lagadic, Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde, à la demande de la Direction Générale de la Santé, Paris : Inserm, 2001.

- 11 -

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des hospitalisations pour TS en services d'urgence de mineurs de moins de 15 ans. Il est actuellement impossible de déterminer si cette augmentation correspond à un taux de prévalence en hausse ou si elle reflète un recours hospitalier plus systématique. Cette dernière hypothèse n'est cependant pas étayée par les résultats de l'enquête Prémutam¹⁹ indiquant que plus le sujet suicidant est jeune, moins le recours à l'hospitalisation après une TS est retenu par le médecin généraliste amené à intervenir, ce qui peut traduire une moindre gravité somatique ou une appréciation, différente selon l'âge, de la gravité du geste.

¹⁹ Prémutam (CNAMTS, Mutualité française), Bilans régionaux. Prévention des suicides et tentatives de suicide, Etat des lieux 1995-1997, Paris, 1998 : 169.