lorraine.eu

Enquête Régionale

sur la santé des jeunes lorrains

ORSAS LORRAINE

Octobre 2012

La Région Lorraine

PREAMBULE

La Région Lorraine soutient, depuis 2005, les organismes intervenant pour la santé des Lorrains et les structures et associations intervenant auprès de certains publics cibles, notamment les jeunes (associations de santé, Missions Locales, FJT, lycées, …). Les actions soutenues s'inscrivent dans une **démarche globale d'information, d'éducation et de sensibilisation** sur les thématiques prioritaires suivantes : addictions, activité physique, alimentation, bien-être et sexualité (Infections Sexuellement Transmissibles/SIDA/contraception).

Les actions de prévention ont pour objectif principal de **sensibiliser les jeunes à l'importance de prendre soin de leur santé**, et de leur permettre de faire des choix éclairés en matière de santé.

Dans le cadre de leurs interventions respectives, le Secteur Santé et le Pôle Jeunesse de la Région Lorraine se sont associés afin de mener une réflexion commune sur **l'accès à la santé et l'autonomie des jeunes lorrains**.

La première étape de ce travail collaboratif a été de réaliser un **état des lieux sur la santé des jeunes en Lorraine**, basé sur la réactualisation des travaux du CESEL en 2007 sur la jeunesse (*« les jeunes de 16 à 25 ans : un atout pour la Lorraine »*) et sur la conduite d'entretiens auprès des acteurs de la jeunesse et de la santé identifiés.

Afin de compléter les informations déjà recueillies auprès des professionnels et de la littérature, le Secteur Santé et le Pôle Jeunesse ont souhaité réaliser des **entretiens semi-directifs auprès des jeunes**, avec le soutien de **l'ORSAS Lorraine** (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales).

L'ensemble des éléments qualitatifs et quantitatifs recueillis a été rassemblé au sein du présent document intitulé « **La santé des jeunes lorrains** ».

La Région Lorraine remercie chaleureusement les professionnels de la santé et de la jeunesse qui ont accepté de participer à cet état des lieux. Nous remercions également le Conseil Economique Social et Environnemental de Lorraine (CESEL) pour leur collaboration. Enfin, un grand merci aux douze jeunes lorrains que nous avons rencontré dans le cadre des entretiens semi-directifs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

1ère PARTIE : ETAT SANITAIRE, ACCES AUX SOINS ET RESSENTIS DES PROFESSIONNELS 8

A. L'Etat sanitaire de la jeunesse en Lorraine 8

A.1. La santé physique des jeunes 8

A.2. Les conduites à risque et pratiques addictives : leurs conséquences sur la santé 11

A.3. La santé mentale 14

A.4. Les questions prioritaires de santé des jeunes, selon les professionnels rencontrés 16

B. L'accès aux soins et à la protection sociale 26

B.1. Les consultations médicales et l'accès aux soins 26

C. De l'information sur la santé à la mise en réseaux des différents acteurs 29

C.1. Les campagnes d'information 30

C.2. Les actions collectives d'éducation et de promotion de la santé 30

C.3. L'accompagnement (individuel et collectif) aux démarches de santé et le travail en réseau 33

2ème PARTIE : LA PAROLE DONNEE AUX JEUNES 39

A. Méthodologie d'enquête 39

A.1. Rappel de la problématique 39

A.2. Définition de la population 40

B. Présentation de la population 41

C. Représentation de la santé 44

C.1. Définition générale 44

C.2. La santé des jeunes 44

C.3. Evaluation de sa propre santé 45

D. Les messages de prévention 46
D.1. Entre validation et inutilité : l'effet d'âge et de contexte 46
D.2. La prévention liée aux risques sexuels : une charge féminine 46
E. La relation des jeunes au corps médical : entre stigmatisation, éloignement et choix alternatif 47
E.1. Le rejet de la médecine traditionnelle 47
E.2. La place des parents dans le suivi médical des jeunes 49
E.3. La place des TIC dans les risques encourus 49
F. Les comportements dits« à risque » : une solution bien plus qu'un problème 50
F.1. L'alcool comme facilitateur de lien social 50
F.2. La marijuana comme remède 53
F.3. Les troubles alimentaires chez les jeunes filles : le poids des apparences et le besoin de maîtrise de soi 54
G. Le bien-être mental et social 57
G.1. Le contexte familial 57
G.2. Le rapport à la solitude et l'importance des pairs 57
G.3. La place du travail 58

CONCLUSION GENERALE 59

BIBLIOGRAPHIE 61

ANNEXE 1 613
ANNEXE 2 74

INTRODUCTION

On entend souvent dire que le temps de la jeunesse et celui de la maladie ne coïncident pas et qu'il n'y a pas de problème de santé spécifique à la jeunesse. C'est ce que pense une majorité de jeunes qui, selon les différentes études réalisées au niveau national ou régional, s'estiment en bonne ou très bonne santé :

- ✓ Selon un questionnaire proposé aux consultants du Centre de Médecine Préventive, la note de santé "ressentie élevée" (9 ou 10) chez les jeunes (moins quand ils sont en situation de précarité) est plus importante que chez les personnes âgées. La note de santé « ressentie faible » (égale ou inférieure à 5) augmente avec l'âge ; à tous âges la santé « ressentie plus faible » est plus importante chez les femmes.

- ✓ Quand les personnes sont en situation précaire, l'écart avec l'ensemble de la tranche d'âge varie de 3 à 5 points. Un autre indicateur, proposé par le « baromètre santé lorrain », à partir du « profil de santé de Duke », montre que la santé physique estimée des 18-24 ans est de **78,7 points sur 100** pour les garçons et **70,6** pour les filles (le score est moins élevé pour les jeunes de 16-25 ans des missions locales : **75,8 et 69,1**). Pour la santé mentale, le score est de **77,2** chez les garçons de 18-24 ans et **68,5** chez les filles (mais **64,9** et **58,9** pour les jeunes des missions locales). Les scores de santé physique sont meilleurs chez les jeunes et les scores de santé mentale s'améliorent avec l'âge.

- ✓ **4% des étudiants affiliés à la MGEL** déclarent comme « plutôt mauvais » ou « mauvais » leur état de santé, pourcentage égal à celui obtenu sur l'ensemble des mutuelles (4,6%). A contrario, **44,7%** des étudiants MGEL se déclarent en « bonne » santé.

Qu'en est-il réellement ?

Les études conduites sur l'état sanitaire de la population et son évolution ne manquent pas. Mais ces études distinguent plus souvent les spécificités géographiques (par région ou par territoires intra-régionaux) que celles propres aux différentes classes d'âge. Certaines études, cependant, offrent une approche plus spécifique de l'état sanitaire des préadolescents, des adolescents ou des jeunes adultes, parfois sans distinction de « statut social », parfois avec un regard particulier sur les étudiants, sur les lycéens ou sur les jeunes confrontés à la précarité. Il nous a paru intéressant de rendre compte de ces études et de les confronter avec les témoignages des praticiens de terrains, professionnels de la santé qui interviennent auprès des jeunes et de saisir les représentations et pratiques des jeunes eux-mêmes sur les questions liées à la santé.

Avant de vous inviter à lire cet état des lieux de la santé des jeunes en Lorraine, il est question de faire un point sur la définition de la catégorie **« jeune »**, terme central de ce travail ainsi que sur d'autres notions récurrentes.

Selon le sociologue Pierre Bourdieu, « *la jeunesse n'est qu'un mot* ». Un mot qui permet de définir une population par rapport à une autre (les personnes âgées par exemple). Effectivement, il convient d'accepter l'idée selon laquelle la jeunesse est une invention sociale et n'a pas toujours été pensée et appréhendée de la même façon selon les époques et les sociétés.
Avant de prétendre porter un regard sur la catégorie « jeune », il semble pertinent d'avoir à l'esprit le fait que la jeunesse en tant que catégorie est le produit d'une évolution socio-historique ayant largement contribué à construire les représentations et pratiques qui l'encadrent.
En cela, la jeunesse peut être qualifiée de construction sociale : elle n'existe et ne peut être appréhendée que dans le contexte qui la fait exister.

De plus, traiter de la jeunesse aujourd'hui ne revient pas à comprendre une catégorie homogène et immuable de par la diversité des parcours sociaux vécus et des multitudes de réalités face auxquelles les jeunes sont confrontés. Ainsi, en sociologie, a été retenue la formule d' « *entrée dans la vie adulte* » pour caractériser et traiter de la jeunesse. De ce fait, celle-ci est définie à partir de trois éléments (Galland, 1997) :

- Le début de la vie professionnelle
- Le départ de la famille d'origine
- Le mariage (ou concubinage).

Il s'agit d'être conscient que la catégorie « jeune » recouvre une variété de situations. Ces trois étapes ne s'opèrent pas de manière mécanique mais il existe bien plusieurs configurations qui sont, dans une large mesure, liées à l'appartenance sociale et au niveau d'études. Galland a montré que le modèle populaire se différenciait du modèle bourgeois dans la combinaison des étapes précédemment énoncées. En effet, le modèle populaire est davantage défini par la simultanéité du départ de la famille d'origine, du début de la vie professionnelle et du mariage. Quant au modèle bourgeois, il est caractérisé par le « dilettantisme » ; le fait de dissocier les étapes de l'entrée dans la vie adulte (Galland, 1997). De manière générale, il est possible de constater que le modèle dit bourgeois semble s'être étendu à une large partie de la population. De plus, le mariage ne représente plus une institution sacrée ce qui donne lieu à des scénarios conjugaux tout à fait originaux comme la stabilisation conjugale sans volonté de vie commune.

La définition du terme de « santé » retenue pour ce diagnostic n'est autre que celle de l'OMS : **état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité**. La définition de l'OMS comme toute définition, est une référence pour tous, les spécialistes : médecins, physico-chimistes, biologistes, etc., comme les non spécialistes : les malades et les personnes qui n'ont pas de maladie. Comme vous le constatez la définition de la santé ne fait référence à aucune mesure parce qu'aucune mesure, ni plusieurs ne peuvent déterminer une fois pour toute l'état de bien-être d'un individu donc sa santé. Le bien-être est un ressenti c'est donc une évaluation subjective personnelle. Autrement dit : personne d'autre que nous-mêmes, ne peut déterminer de notre état de bien-être. La santé est désormais étroitement liée à la notion de qualité de vie c'est-à-dire à la perception qu'un individu a de sa place dans la société.

Cette définition nous permet de développer plus avant le terme de « **précarité** » qui s'avère être une variable centrale dans la compréhension du rapport que les individus entretiennent à la santé. Il n'y a pas de définition univoque du terme de précarité mais ce que nous pouvons retenir est qu'il s'agit d'une **position sociale qu'on caractérise d'instable ou de marginale par rapport aux schémas sociaux normatifs**. Il s'agit de populations porteuses d'un certain nombre de stigmates sociaux : chômage, lieu de résidence, emploi atypique, etc. Il est question de stipuler ici que la précarité n'est pas une situation absolue : il n'y a pas une précarité mais un ensemble de facteurs dits de précarité et surtout une relation sociale à la précarité. Le Conseil Européen considère comme pauvres « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent* » (Contact Santé, numéro 20152). Cette définition souligne le caractère multidimensionnel et relatif de la précarité. Par ailleurs, la précarité liée à la santé peut se caractériser par le fait de se distancier des systèmes de soins : on parle **d'inégalités d'accès à la santé**. Il s'agit d'individus ne considérant pas les problématiques de santé comme centrales et importantes. On peut aussi lire la précarité comme étant un cumul de désavantages : absence de ressources économiques, perte de liens sociaux, faible niveau culturel (Pierre Bourdieu).
Dans tous les cas, l'étude de la précarité ne peut se comprendre dans l'absolu et mérite de s'intéresser aux représentations des individus et au sens que ceux-ci donnent à leurs parcours, pratiques et représentations. La précarité est dans tous les cas à saisir dans la relation qu'entretient un individu avec son environnement.

Une autre variable semble être largement explicative de certains comportements liés à la santé. Il s'agit de la variable « **genre** » qui permet de différencier certains comportements davantage masculins que féminins. Le genre est la construction socioculturelle des rôles féminins et masculins et des relations entre les femmes et les hommes. Les rôles féminins et masculins se rapportent aux activités attribuées aux femmes et hommes dans la société et à la position que ceux-ci y occupent respectivement. Ces rôles découlent des forces telles que la culture, la tradition, la politique et les besoins, qui permettent de déterminer l'accès aux opportunités et aux ressources et imposent des attentes et des limites aussi bien aux femmes qu'aux hommes (Programme des Nations Unies).

Ainsi, nous pouvons dire que l'âge, le sexe et le milieu social sont trois variables qui peuvent révéler un rapport à la santé différent selon les tensions auxquelles les individus sont confrontés.

Ce travail présentera dans un premier temps un **état des lieux des données recensées sur le rapport des jeunes à leur santé avec l'avis d'un certain nombre de professionnels en lien avec les populations qui nous intéressent**. Dans un second temps, la parole sera donnée aux jeunes dans le but de confronter un certain nombre de données, chiffrées pour la plupart, avec le sens que les jeunes affectent à leurs pratiques. Ce travail permet d'une part de mieux connaître la situation des jeunes et les logiques dans lesquelles ils insèrent leurs pratiques et d'autre part, il représente l'opportunité d'organiser des actions en direction des jeunes avec une réelle connaissance des réalités qui construisent leur quotidien.

1ère PARTIE : ETAT SANITAIRE, ACCES AUX SOINS ET RESSENTIS DES PROFESSIONNELS

A. L'Etat sanitaire de la jeunesse en Lorraine

A.1. La santé physique des jeunes

Il est démontré que certaines maladies comme les maladies cardio-vasculaires ou les tumeurs, sont la cause d'une surmortalité en Lorraine (sans distinction d'âge), par rapport à la situation moyenne observée au niveau national. L'espérance de vie est globalement inférieure, en Lorraine, par rapport à la moyenne nationale : 74,9 ans chez les hommes, contre 75,8 ans au niveau national ; 81,8 ans chez les femmes, contre 82,8 ans, avec un taux de mortalité plus fort avant 65 ans.

Mais cette comparaison ne donne aucune indication concernant l'état sanitaire des jeunes. On ne peut donc pas aborder l'état sanitaire des jeunes de cette façon traditionnelle (par la mortalité ou la morbidité), comme on peut le faire pour l'ensemble de la population, car, comme l'indique l'ORSAS (voir fiche en annexes), il n y a pas chez les jeunes de risques majeurs de pathologies mortelles à court terme (sauf les suites d'accidents). En outre, comme le montrent les travaux du « baromètre santé lorrain » (réalisés par l'Ecole de Santé Publique de l'université Henri Poincaré de Nancy), si un quart de la population lorraine déclare être atteint d'une maladie chronique (hypertension, diabète, cholestérol, asthme), cela ne concerne que 15,2% des femmes et 3,4% des hommes de 18 à 24 ans (mais 52,4% des hommes et 47,9% des hommes de 65-75 ans).

A.1.1. Les pratiques alimentaires des jeunes et leurs habitudes

Tous les travaux mettent en évidence le lien très fort existant entre l'inactivité physique et la prise de poids. Or la pratique sportive, extra-scolaire, reste forte (chez les garçons plus que chez les filles) jusqu'à 13 ans. Ensuite elle baisse progressivement : **80% des filles et 50% des garçons ne font pas de sport à 19 ans** selon le Centre de Médecine Préventive ; chez les personnes en situation de précarité de 18 à 24 ans, 44% des garçons et 24% des filles font du sport régulièrement.

Les chiffres donnés par d'autres observations sont moins pessimistes : selon le « baromètre santé lorrain », la pratique sportive concerne encore **74,5% des garçons et 47,9% des filles de 18 à 24 ans**. 43% des étudiants font du sport au moins une fois par semaine selon la mutuelle LMDE. Et 30,6% des étudiants de la MGEL ne pratiquent pas d'activité physique régulière.
Au niveau national, le baromètre « Santé-Nutrition 2008 » donne des éléments sur le temps moyen d'activité physique chez les 15-24 ans, dans différents contextes :

- Au travail
- Lors de loisirs
- Dans le cadre de déplacements

Au travail, le temps moyen d'activité physique chez les jeunes hommes est de 107 minutes, contre 68 minutes chez les jeunes femmes. Dans le cadre de loisirs, les jeunes hommes effectuent en moyenne 40 minutes d'activité physique contre 19 minutes chez les jeunes femmes. Enfin, dans le cadre de déplacements, les jeunes hommes effectuent 24 minutes d'activité physique, et les jeunes femmes, 15 minutes.

Selon la même source, 68% des jeunes hommes de 15 à 24 ans estiment avoir un niveau d'activité physique élevé, contre 34% des jeunes femmes du même âge.
16% des jeunes hommes de la même tranche d'âge déclarent un niveau d'activité physique modéré contre 33% des jeunes femmes, et enfin, 14% des jeunes hommes déclarent un niveau d'activité faible contre 32% des jeunes femmes.

Le tableau suivant indique, pour différentes tranches d'âge, la proportion de jeunes individus qui déclarent une fréquence d'activité physique quotidienne, hebdomadaire, ou mensuelle.

Age/ fréquence d'activité physique	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle	Ne se prononce pas
12-14 ans	52.2%	45.2%	0%	2.6%
15-16 ans	68.1%	30.3%	1.1%	0.5%
17-18 ans	48.5%	50.2%	0.4%	0.8%
19-25 ans	52.2%	45.2%	1.1%	1.5%

Les habitudes alimentaires ont aussi une influence sur l'état de santé des jeunes : selon le Centre de Médecine Préventive, l'absence de petit déjeuner est associée, notamment, à un risque accru d'obésité. **16,4% des élèves de 15 ans (19,5% des filles) ne prennent pas de petit déjeuner en semaine** (étude de l'Ecole de Santé Publique de Nancy) ; 30% des jeunes de 12 ans consomment souvent des sucreries; la consommation des boissons sucrées est plus forte chez les personnes en situation précaire, et notamment les jeunes de moins de 25 ans.

Par contre, la consommation régulière de légumes et de fruits est peu fréquente chez les jeunes de 15 ans et plus. 18% des étudiants de la région Est mangent des fruits moins d'une fois par semaine selon la mutuelle LMDE. Ces résultats peuvent être mis en relation avec les conditions d'existence précaires des étudiants et l'impossibilité d'allier une hygiène de vie correcte avec de faibles revenus. Seulement 41% des étudiants sont satisfaits de leurs ressources (Observatoire de la vie étudiante).

a) Concernant l'obésité et la surcharge pondérale

Selon le Centre de Médecine Préventive de Nancy (étude Springer sur l'évolution de l'enfant 1991-2000), il y a « *une forte croissance de l'obésité et du surpoids chez les enfants et adolescents lorrains* ».
Le surpoids des enfants ne cesse de croître, passant en 10 ans de 6,6 à 12,5% chez les filles et de 4,5 à 9,4% chez les garçons.

L'obésité s'accroît de façon linéaire entre 1991 et 2000 (de 2 à 4,3% chez les filles et de 1,4 à 3% chez les garçons). « *Si nous sommes encore loin des chiffres américains, la vitesse de progression de la maladie semble aussi importante que dans les pays les plus exposés. Le facteur « durée » joue un rôle majeur dans l'apparition des complications. On peut donc craindre un accroissement majeur des complications de l'obésité chez des adultes de plus en plus jeunes. Les enjeux de la prévention sont désormais considérables* ».

Selon l'étude MGEL « la santé des étudiants 2011 », l'Indice de Masse Corporelle (IMC) concernant le surpoids et l'obésité correspond à la moyenne de l'ensemble des mutuelles interrogées, avec **13,4%**. Les jeunes femmes sont significativement plus nombreuses à être en maigreur que les hommes. Ceci peut s'expliquer par le poids des discours insistant sur les normes de minceur féminine et la valorisation d'une beauté physique passant par la finesse du corps. Mais les recherches sur les questions de minceur féminine tendent à dévoiler la place de la volonté « d'excellence sociale » que l'on retrouve chez les jeunes filles des classes les plus favorisées. Dans ces discours, la minceur distingue et classe socialement.

Le lien entre la précarité et la fréquence de l'obésité apparaît nettement chez les filles (l'écart peut dépasser 10%). Selon l'étude du Centre de Médecine Préventive, la proportion d'adultes obèses augmente avec l'âge, avec une prédominance féminine.

La Lorraine est la région qui a l'un des taux d'obésité les plus élevés au niveau national : 18% des lorrains de 18 ans et plus, seraient en situation de surpoids ou d'obésité, contre une moyenne nationale de 14%. De 1997 à 2009, la prévalence de l'obésité en Lorraine est passée de 11% à 18%. Les proportions les plus élevées se situent dans le bassin de Briey (17%) et dans le bassin Houiller (19%). Les prévalences seraient plus faibles dans les Vosges. Cependant, si la prévalence de l'obésité atteint beaucoup moins, aujourd'hui, les 20-29 ans que les 50-60 ans, l'augmentation du phénomène chez les moins de 18 ans est porteuse d'une évolution préoccupante.

b) Concernant l'hygiène bucco-dentaire *(cf. tableau de bord de la santé en Lorraine 1996 à 2000, Centre de Médecine Préventive ; tableau de bord de la santé des enfants et des jeunes examinés entre 1994 et 1998 ; observation de la santé bucco-dentaire des consultants du CMP de Nancy : 1991 à 2000)*

Le Centre de Médecine Préventive relève une augmentation du nombre d'enfants ayant besoin de soins, entre 4 et 9 ans ; puis une courbe qui s'inverse jusqu'à 12 ans, enfin une augmentation au-delà de 12 ans, avec une tendance plus forte chez les garçons, qui se font moins soigner. Ceci peut en partie s'expliquer par une moindre socialisation des garçons au corps médical, quand pour les jeunes filles, la puberté et l'entrée dans la sexualité sont en partie associées à une médicalisation du corps (règles et contraception). Ensuite, 43% des hommes et 34,6% des femmes ont besoin de soins de caries entre 20 à 24 ans. 26% des hommes et 19,6% des femmes entre 40 et 49 ans.

A tous les âges, les personnes en situation précaire sont plus nombreuses à avoir besoin de soins dentaires (l'écart est de 10 à 25%). L'absence de soins dentaires est en général révélatrice d'un éloignement des systèmes de soins. Il s'agit en effet des premiers soins que les individus ont tendance à

abandonner. Chez les jeunes de 20-24 ans et de 25-29 ans, l'écart entre les précaires et les non précaires est important :

	Hommes précaires	Hommes non précaires	Femmes précaires	Femmes non précaires
20-26 ans	57%	30%	45%	24%
25-29 ans	47%	28%	38%	20%

« *Il est connu que dès que la personne se marginalise ou se précarise, l'hygiène et les soins dentaires sont très rapidement abandonnés. De tous les types de soins, ce sont ceux dont la consommation est la plus sensible aux variables sociales* » (cf. tableau de bord du Centre de Médecine Préventive).

A.2. Les conduites à risque et pratiques addictives : leurs conséquences sur la santé

Ces conduites, quand elles deviennent régulières et importantes, ont des conséquences indiscutables sur la santé et sur le déclenchement de certaines maladies.

La Lorraine et le département de la Meuse en particulier, enregistrent chez les jeunes, des taux d'addiction particulièrement élevés. D'après le rapport annuel du **dispositif TREND**, trois principaux phénomènes marquants ont été observés en Lorraine au cours de l'année 2009. Deux concernent l'espace festif avec une mise sur le marché de drogues de synthèse qui ne correspondaient pas à ce qu'ils étaient supposés contenir et le développement de l'usage de kétamine hors de son cadre traditionnel. Le troisième concerne aussi l'espace urbain avec l'extension de l'usage de cocaïne.

A.2.1. L'usage du tabac

Selon le « baromètre santé lorrain », **l'expérimentation du tabac se fait, pour près de la moitié des jeunes lorrains, entre 12 et 17 ans**. Dans cette tranche d'âge, les fumeurs sont plutôt des expérimentateurs (« une fois pour essayer ») ou des fumeurs occasionnels (l'expérimentation du tabac concerne 81,4% des hommes et 67,4% des femmes), mais il y a déjà, selon l'enquête de l'Ecole de Santé Publique, 28% de filles ou garçons qui fument quotidiennement, sachant que les hommes apparaissent plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (35,6% contre 27,9%).
C'est après 18 ans que la proportion de fumeurs réguliers est la plus importante : **49% des garçons et 43,1% des filles**, avec un nombre moyen de cigarettes par jour qui peut devenir important. La Lorraine est une des régions où la consommation moyenne par habitant est la plus forte, avec une surmortalité due à cette consommation (20% de surmortalité).

Par rapport à la période de 1993-1997, le tabagisme important a légèrement diminué, mais seulement chez les hommes. En 2010, les personnes déclarant fumer plus de 20 cigarettes par jour représentent 26,6% des hommes et 20,7% des femmes de 15 à 19 ans, 42,7% des hommes et 38,9% des femmes de

20 à 24 ans ; 47,7% des hommes et 35,8% des femmes entre 25 et 34 ans. Le pourcentage augmente encore jusqu'à 40 ans. Les fumeurs de plus de 20 cigarettes sont beaucoup plus nombreux chez les personnes en situation de précarité (chez des jeunes qui ont commencé plus souvent avant 15 ans).
29,7% des étudiants de la MGEL fument (19% occasionnellement et 10,7% quotidiennement). La proportion des étudiants de la MGEL fumeurs quotidien est significativement inférieure à celle observée sur l'ensemble des mutuelles (13,5%).

Le tableau suivant présente l'évolution, entre 2005 et 2010, de l'usage quotidien du tabac, chez les hommes et les femmes de différentes tranches d'âge.

Tranche d'âge	Sexe	Usage quotidien du tabac	
		2005	2010
15-19 ans	Hommes	23.3%	26.6%
	Femmes	22.7%	20.8%
20-24 ans	Hommes	47.2%	42.7%
	Femmes	36.1%	38.9%
25-34 ans	Hommes	41.9%	47.7%
	Femmes	32%	35.8%

A.2.2. La consommation d'alcool

La consommation quotidienne d'alcool concerne peu les jeunes, selon le « baromètre santé lorrain » ; par contre ils sont nombreux à boire une ou deux fois par semaine et, parmi eux, un nombre important (près de la moitié des hommes) ont vécu une ou plusieurs fois l'ivresse au cours d'une année.
Les hommes de 25-34 ans sont ceux qui présentent le maximum de risques (cf. résultats du test DETA, positif pour 23,7% des jeunes hommes), face à la dépendance à l'alcool. Cette dépendance à l'alcool est plus importante, parmi les moins de 25 ans, chez les jeunes en situation précaire. Rappelons qu'en France l'alcool est directement responsable de la mort de **45 000 personnes par an**. Rappelons aussi que les conduites à risque (par exemple prendre le volant après avoir trop bu) concernent essentiellement les hommes, et particulièrement les plus jeunes (10% d'entre eux) selon l'étude « baromètre santé lorrain » de l'Ecole de Santé Publique.

Chez les étudiants, **32,5% des étudiants de la MGEL consomment de l'alcool une fois par semaine**, proportion significativement supérieure à celle observée sur l'ensemble des mutuelles (30,1%).
La consommation importante ou excessive est, quant à elle, de 15,1% (23,7% chez les hommes et 7,8% chez les femmes).

En 2010, la baisse de la consommation d'alcool au quotidien se poursuit, y compris chez les jeunes. En 2005, 16% des 18-75 ans buvaient quotidiennement de l'alcool. Ils sont aujourd'hui 12%. L'usage d'alcool, surtout lorsqu'il est quotidien, concerne plus souvent les personnes de plus de 45 ans et les hommes.

En Lorraine, 28% des garçons de 17 ans et 16% des filles du même âge déclarent des ivresses répétées. La Meuse et les Vosges sont les départements les plus touchés par l'hospitalisation pour intoxication aigue à l'alcool des jeunes de 18 à 24 ans. Les zones les plus urbanisées sont moins concernées.

La proportion de personnes ayant connu au moins un épisode d'ivresse au cours de l'année augmente, et ce dans toutes les classes d'âge et pour les deux sexes : elle est passée de 15% en 2005 à 19% en 2010. C'est chez les jeunes de 18 à 34 ans, et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, que la hausse est la plus nette (de 20% à 34% entre 2005 et 2010).
Par ailleurs, la proportion de jeunes femmes ayant eu, au cours de l'année, une consommation ponctuelle de quantités importantes de boissons alcoolisées est passée de 30% à 42% entre 2005 et 2010.
Selon une étude réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 10% de femmes consomment de l'alcool plus de trois fois par semaine et un quart des filles de 18-25 ans boivent au moins une fois par semaine.

A.2.3. La consommation de cannabis

Il s'agit du produit illicite de loin le plus consommé en France. **Environ un tiers des adultes de 18 à 64 ans (33%) déclare avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie**.

Chez les élèves de 15 ans (cf. étude de l'Ecole de Santé Publique) 38,3% des personnes interrogées déclarent avoir déjà consommé, souvent de façon « expérimentale », du cannabis.
En 2010, tout comme en 2005, la part des personnes ayant consommé du cannabis dans l'année se situe autour de 8%. Ce nombre est de 4% pour celles qui en ont consommé au cours du mois.
Chez les 18-24 ans, 26% des hommes et 12% des femmes déclarent en avoir fumé au cours des 12 derniers mois.
Chez les étudiants (enquête MGEL), 15,3% des étudiants déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Le cannabis n'est déclaré comme consommation importante ou excessive que chez 3,9% des étudiants (85,8% des étudiants déclarent ne pas consommer de cannabis) ; et 69,6% des étudiants interrogés déclarent n'avoir jamais consommé de cannabis au cours de leur vie.
De façon générale, **26,4% des garçons de 18-24 ans et 12% des filles ont consommé du cannabis au cours des derniers mois** (« baromètre santé lorrain »). Chez les jeunes en situation de précarité, la proportion est deux fois plus élevée (51,5% chez les garçons et 23,3% chez les filles).

Comme pour les autres drogues illicites, les jeunes générations et les hommes sont davantage concernés par ces usages mais la consommation baisse chez les jeunes depuis les dernières années (campagnes de sensibilisation). Les chiffres semblent varier fortement, selon le type d'enquête, mais la consommation de cannabis dans les douze derniers mois est en augmentation, en Lorraine, selon plusieurs observateurs. L'ORSAS a conduit une enquête très complète sur l'usage des drogues par les jeunes en Lorraine, plus particulièrement dans certains bassins frontaliers (voir annexes). Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en Lorraine comme en France. **Il a été expérimenté par 22% de la population lorraine âgée de 12 à 75 ans (28,7% pour les hommes et 15,9% pour les femmes)**, selon

le « baromètre santé lorrain » de 2005. En 2002, 38,3% des élèves lorrains âgés de 15 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois et 34,1% au cours des 12 derniers mois. On n'observe pas de différence significative entre les deux sexes pour ces deux critères de consommation.

Par ailleurs, la Meurthe-et-Moselle, et en particulier les villes de Nancy et Pont-à-Mousson, ont une prévalence de consommation plus élevée (Enquête Santé mentale en Lorraine de 2005).

A.3. La santé mentale

La santé mentale, qui est définie comme le bien-être émotionnel et cognitif d'une personne, est centrale quand on s'intéresse à la problématique de la jeunesse. Les conduites addictives sont souvent associées à cette thématique. Elles peuvent être une des causes ou le résultat de troubles de santé mentale. Dans l'enquête réalisée par l'Ecole de Santé Publique de Nancy dans les collèges, **23,2% des filles de 15 ans (et 11,7% des garçons) déclarent se sentir déprimés plusieurs fois par semaine**.

Nous avons vu aussi que, selon l'étude MGEL, au cours des 12 derniers mois, **28,9% des étudiants de la région Est déclarent s'être sentis déprimés, tristes, sans espoir** (34,4% des femmes et 22,3% des hommes). 38,1% ont du mal à gérer leur stress, 21,5% ont des problèmes de sommeil et 11,8% envisagent difficilement l'avenir. Il conviendrait cependant d'essayer de mesurer dans ce « mal-être », ce qui relève d'une souffrance psychologique plus grave.

Selon le « baromètre santé lorrain », 3,6% des garçons et 17,6% des filles ont connu un état dépressif caractérisé (mais les effectifs interrogés sont peu importants). Le Centre de Médecine Préventive, pour établir son tableau de bord de la santé en Lorraine, a réalisé un « questionnaire de santé », en 12 questions, visant à l'expression des difficultés psychologiques dans la vie professionnelle, relationnelle, sociale.
A partir de ces questions est calculé un « indice de souffrance psychologique », traduisant essentiellement l'intensité de la plainte. **Les personnes ayant un indice de souffrance psychologique fort (2) représentent 12,6% des hommes et 17,6% des femmes de 25 à 29 ans**.
Ce pourcentage baisse ensuite légèrement, sauf chez les femmes. Selon le centre d'études sur le stress humain, les femmes sont plus sujettes à souffrir d'une dépression. Ceci peut s'expliquer – en partie – par le fait que le genre féminin a davantage été construit autour de l'expression de ses émotions, ce qui lui confère (plus que pour le genre masculin) la possibilité de se rendre vulnérable et d'exprimer ce type de souffrances. Cela n'exclut pas l'existence de la dépression masculine – moins visible.

Les personnes en situation sociale précaire présentent un pourcentage au moins deux fois supérieur, pour chaque tranche d'âge.

Cette situation de souffrance psychologique, qui peut conduire à des troubles plus ou moins graves, induit en réponse plusieurs types de comportements, par exemple : la recherche d'écoute et d'aide psychologique qui s'exprime fortement et qui doit trouver une réponse appropriée, ce qui n'est pas toujours le cas de la prise de médicaments psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs, somnifères).

Selon le « baromètre santé lorrain », la consommation de médicaments psychotropes est importante chez les adolescentes de 12-17 ans (**27% de consommation ponctuelle ou fréquente**). Selon la MGEL, 14,3% des étudiantes de la région Est prennent des médicaments psychotropes, parfois ou souvent. Chez les jeunes en situation précaire, un quart des filles prennent des tranquillisants : selon le « baromètre santé lorrain », les jeunes adolescentes de 12 à 17 ans (11,3% d'entre elles) sont celles qui déclarent le plus souvent avoir eu des pensées suicidaires dans l'année. Chez les garçons ce sont les 18-24 ans qui sont les plus exposés (7,7%).

Les pensées suicidaires touchent 8,4% des étudiants, toutes régions confondues, selon les mutuelles. **Chez les jeunes en situation précaire, 19,4% des filles et 14,1% des garçons ont eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois**. Les tentatives de suicides sont plus importantes chez les 35-45 ans (chez les hommes) ; chez les femmes il y a moins de différence entre les âges (à partir de 25 ans). Chez les 18-24 ans, 3% des garçons et 5,6% des filles ont déjà fait des tentatives de suicide au cours de leur vie. 8,1% des garçons et 15,5% des filles déclarent avoir fait une tentative de suicide, chez les jeunes en situation précaire ; ils sont donc beaucoup plus exposés.

Dans cette dimension, le niveau de soutien social est important à prendre en compte. L'exploitation régionale de l'enquête nationale « Indicateurs en santé mentale », menée en 2008 par l'ORSAS en partenariat avec l'Ecole de Santé Publique de Lorraine et le Centre d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique, a permis d'avoir des données sur ce paramètre.
Le niveau de soutien social ressenti par les jeunes lorrains de 18 à 24 ans (qui représentaient 8,7% des répondants à l'enquête) a été exploré grâce aux quatre questions suivantes :

- *Avez-vous quelqu'un à qui parler de vos préoccupations personnelles ?*
- *Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise ?*
- *Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez des décisions personnelles importantes à prendre ?*
- *Avez-vous quelqu'un qui vous fait sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous ?*

Les réponses ont permis de distinguer 4 niveaux de soutien social, à partir d'une échelle allant de 0 (aucun soutien social) à 4 (fort soutien social).

Niveau 0 : 0% des répondants
Niveau 1 : 1,6% des répondants
Niveau 2 : 1,6% des répondants
Niveau 3 : 10,9% des répondants
Niveau 4 : 85,9% des répondants

Si l'état sanitaire d'une grande majorité des jeunes lorrains, notamment du point de vue physique, est satisfaisant, certaines conduites à risque d'une part, l'état de souffrance psychique d'autre part, sont préoccupants. **La question de la santé mentale et des troubles psychiques des jeunes est donc**

importante et il ne faut pas la sous-estimer. C'est ce que confirment les entretiens que nous avons conduits avec les différents acteurs de la politique de santé en Lorraine.

A.4. Les questions prioritaires de santé des jeunes, selon les professionnels rencontrés

A.4.1. Dans les lycées

Les services du Rectorat évoquent une situation de plus en plus complexe, qui nécessite une réponse professionnelle. Selon ces services et certains infirmiers scolaires, si 85% des élèves vont bien, il y a aussi, dans une minorité de la population lycéenne, un état sanitaire qui relève de questions de santé publique :

- ✓ Les comportements alimentaires, qui font référence à un déséquilibre alimentaire.
- ✓ Le mal-être qui est en augmentation chez les jeunes lycéens et qui nécessite une écoute attentive (le rôle des personnels infirmiers est notamment souligné) et, dans certains cas un mal-être aggravé et des pensées suicidaires. Un décrochage social est également de plus en plus constaté chez des jeunes qui allaient bien auparavant (voir encadré).
- ✓ La consommation de produits addictifs tels que l'alcool et le cannabis est souvent utilisée comme une béquille chez les jeunes en souffrance.
- ✓ Les cas de maltraitance sont peu nombreux et n'augmentent pas.

Le décrochage : essai de définition

Pour l'Education Nationale, le décrochage est d'abord pensé à travers l'école et se définit comme « *un processus qui conduit un jeune en formation initiale à se détacher du système de formation jusqu'à le quitter avant d'avoir obtenu un diplôme. Un décrocheur est un jeune qui quitte prématurément un système de formation initiale sans avoir obtenu de diplôme de niveau V (BEP ou CAP) ou de niveau supérieur* ». Le décrochage est appréhendé selon le Conseil Régional comme étant une situation d'éloignement des populations visées par rapport aux systèmes institutionnels classiques (université, pôle emploi, missions locales, etc.). Il s'agit donc de **jeunes en rupture avec les trajectoires socio-sanitaires communément admises**. Le décrochage scolaire est généralement le plus largement employé. Il s'agit d'un phénomène complexe, « *mettant en jeu une multiplicité de causes et dépassant le cadre purement scolaire. Ainsi milieu social, facteurs individuels psychologiques, facteurs institutionnels, échec scolaire, rapport à l'école, aux apprentissages et aux tâches scolaires, relation aux enseignants, sociabilité familiale et juvénile, estime de soi, entrent en interaction* » (Document du Pays de Loire, 2009). Les jeunes en situation de décrochage ne représentent pas un groupe homogène et divers facteurs interviennent dans ce processus. Il convient tout de même de stipuler que le décrochage s'apparente à une **sortie du système**, comme expliqué plus haut. Le décrochage scolaire semble être le plus facilement appréhendable de par la sortie des jeunes du système scolaire. Or, il s'accompagne généralement d'autres problématiques davantage sociales.

Selon les responsables de l'Education Nationale, la résolution de ces problèmes de santé publique nécessite un partenariat fort, notamment avec les professionnels de la santé extérieurs à l'Education Nationale (une relation est déjà établie avec certaines structures extérieures, mais celle-ci reste très ponctuelle). Elle nécessite aussi une observation globale attentive, que l'Education Nationale réalise avec d'autres partenaires, comme l'Ecole de Santé Publique de Nancy.

Dans les établissements rencontrés, les responsables font bien la distinction entre les situations de mal-être temporaires et les cas plus lourds de souffrances psychologiques avec leurs conséquences (qui représentent une ou deux dizaine de situations chaque année dans un établissement). Ils soulignent aussi le **rôle d'écoute essentiel des personnels infirmiers et assistants du service social** (dont il faudrait renforcer les effectifs dans un certain nombre de cas), mais aussi la contribution qu'apportent d'autres catégories de personnels.

L'accent a également été mis sur l'évolution des comportements des jeunes et notamment des jeunes filles en matière de violences verbales et physiques. Le rapport à autrui est de plus en plus difficile et conflictuel. La dernière étude de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) révèle que depuis 1996 la courbe des mineures mises en cause par la police et la gendarmerie a augmenté trois fois plus vite, en moyenne, que celle des garçons : + 133%, contre « seulement » + 40% pour les mineurs de sexe masculin. Le sociologue Sébastian Roché considère que « *même si d'autres sources doivent confirmer ces évolutions, il est manifeste que les filles font [sur ce point] de plus en plus comme les garçons* ».

La consommation de médicaments de type antidépresseurs est de plus en plus fréquente chez les jeunes et reflète bien le sentiment de mal-être que vivent les jeunes actuellement. Situation qui s'explique également au travers des situations familiales instables voire même difficiles que vivent certains jeunes. **Les parents seraient désengagés du parcours de leurs enfants et débordés par leur rôle parental**.

Depuis 2005 et dans le cadre de la **politique régionale de santé**, les lycées peuvent bénéficier d'une subvention de la Région Lorraine, pour la réalisation d'actions de prévention santé. Une évaluation de l'intervention régionale a été réalisée auprès de l'ensemble des lycées lorrains (proviseurs, CPE, infirmières, …) ; voici quelques éléments d'information :

Les thématiques « santé » identifiées comme étant prioritaires à aborder dans les lycées :

- Mal-être
- Addictions (alcool et cannabis)
- Sexualité
- Violence verbale et incivilité

La nature des besoins de santé identifiés chez les lycéens :

- Principalement un besoin d'écoute
- Demande d'informations et de conseils

Cette évaluation a également permis d'interroger **159 lycéens et apprentis**, dans le cadre du Festival des Musiques Lycéennes 2012, concernant leur rapport à leur propre santé ; voici les éléments d'information recueillis :

Parmi les 159 lycéens et apprentis interrogés, 45% étaient des filles et 55% des garçons. L'âge des répondants se situe entre 15 et 25 ans. La moyenne d'âge des jeunes interrogés est de **17,2 ans**. Provenant des 4 départements de Lorraine, les répondants sont originaires à **13%** de Moselle, **25%** de Meurthe-et-Moselle, **17%** de Meuse et **39%** des Vosges.

Les lycéens et apprentis associent la santé aux thèmes suivants :

- Le bien-être (26%),
- La vie (16%),
- La maladie (13%).

Sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le plus fort), **27%** des jeunes interrogés mettent une note de 8 concernant **l'importance de la santé dans leur vie quotidienne**, **17%** attribuent 9, et **16%** mettent 7.

Concernant **l'évaluation de leur propre santé**, **22%** d'entre eux déclarent mettre une note de 8, **21%** mettent 7, et **20%** mettent 9 (sur une échelle de 1 à 10). Parmi eux, **19%** déclarent ne pas mettre une note de 10 pour des problèmes de santé comme des maladies, **11 %** à cause du tabac et **6%** ne savent pas.

60% des lycéens et apprentis déclarent ne jamais avoir participé à des actions de prévention santé, **20%** y participent rarement, et **15%** y participent une fois par an.

Les lycéens et apprentis interrogés déclarent être intéressés par les thématiques suivantes :

- Santé mentale/bien-être (48%)
- Contraception (47%)
- Secourisme (40%)
- Nutrition (37%)

Les 3 types d'actions qui intéressent majoritairement les lycéens et apprentis interrogés sont :

- Les pièces de théâtre (35%)
- Les forums santé (24%)
- Les ateliers participatifs (37%)

Les lycéens et apprentis disent que le « bien-être » c'est :

- Faire du sport (70%)
- L'équilibre alimentaire (55%)
- Dormir (54%)
- Ne pas être malade (48%)
- Faire la fête (42%)

52% des jeunes interrogés se sentent seuls, déprimés ou stressés. Parmi ceux qui ont parfois ces baisses de moral, **12%** déclarent que c'est relié à la scolarité, **9%** à l'amour, **5%** à la solitude.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, **26%** considèrent en avoir abusé le week-end dernier, **22%** il y a plus d'un mois, **20%** ne boivent pas, et **3%** déclarent boire raisonnablement.

Quant aux **produits psychotropes**, **58,5%** des jeunes interrogés consomment ce genre de produit. Parmi eux, **48%** consomment du cannabis, **4%** du LSD, **3%** de la cocaïne, et **2%** de l'ecstasy.

Les lycéens et apprentis consomment ces produits :

- Uniquement en soirée (14%)
- Rarement (13%)
- Régulièrement (8%)
- Quotidiennement (7%)

Les jeunes interrogés déclarent obtenir des informations sur la santé auprès de :

- Leur médecin généraliste (67%)
- La télévision (54%)
- Leur famille (52%)
- L'établissement scolaire (40%)

A propos de l'alimentation, **56%** des jeunes interrogés ont l'impression de manger équilibré, contre **42%** qui ne le pensent pas et **2%** considèrent se trouver entre les deux.

Les jeunes lycéens et apprentis interrogés effectuent une activité physique :

- De temps en temps (40%)
- Une fois par semaine (39%)
- Rarement (13%)
- Jamais (5%)

A.4.2. Chez les étudiants

Quatre domaines sont présents à l'Université de Lorraine : l'Université Henri Poincaré (UHP Nancy 1) où sont essentiellement regroupées les formations scientifiques et de santé, l'Université Nancy 2 où sont regroupées les filières littéraires, sciences humaines, juridiques et économiques, l'Université Paul Verlaine de Metz qui est pluridisciplinaire, et l'INPL majoritairement composé de grandes écoles scientifiques). **Plus de 4 étudiants sur 5 de l'académie de Nancy-Metz viennent de Lorraine**. Viennent ensuite les régions Champagne-Ardenne (3,9%), IDF (2,9%), Alsace (2,3%), Franche-Comté (1,8%) et Rhône-Alpes (1,6%).

Les responsables de la médecine préventive universitaire mettent d'abord l'accent sur le fait qu'il existe sans aucun doute des spécificités pour la tranches d'âge des 18-25ans, qui concerne à la fois les étudiants, mais aussi les jeunes en recherche d'autonomie, éloignés de leurs familles, en recherche

d'orientation professionnelle et d'insertion (les jeunes des missions locales). Il existe tout de même un contexte spécifique étudiant, notamment les étudiants étrangers déracinés arrivant en France pour leurs études.

Par ailleurs, les étudiants ont le souci prioritaire de leurs choix d'études et du rythme de l'année universitaire, la santé n'est pas leur préoccupation première.
Pourtant, un « mal-être » est identifiable chez un nombre important d'étudiants qu'ils rencontrent (parmi eux des cas qui peuvent devenir très préoccupants). **Ce « mal-être » a souvent pour origine l'isolement vécu à l'université et les inquiétudes relatives à l'avenir**.

Les médecins du Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS) évoquent aussi cette ambivalence de nombreux jeunes, à la fois très assistés et dépendants financièrement, mais aussi en recherche d'autonomie car ils vivent majoritairement seuls, avec l'obligation de gérer leur vie sur le plan organisationnel, financier et administratif (logement, bourses, alimentation, sécurité sociale, …).

Les spécificités sont également liées au rythme des études et des examens qui, avec la semestrialisation, sont compressés dans l'année : difficultés à s'adapter à des gros campus impersonnels, à mettre en œuvre des nouvelles méthodes de travail personnel car ce n'est plus encadré comme au lycée, à affronter la concurrence surtout dans les filières à concours, à la recherche de stages et de jobs étudiants, à faire le bon choix d'orientation et à finaliser une insertion professionnelle…

Les médecins évoquent aussi les questions liées à la précarité croissante des étudiants étrangers mais pas seulement : ruptures familiales, familles recomposées, etc. ainsi que les questions liées à la socialisation des étudiants avec ses effets positifs (apprentissage) et ses risques (expériences) : fêtes, relations amoureuses et pratiques sexuelles (avec un certain recul sur les démarches de protection).
Ils témoignent du nombre important de jeunes étudiantes « désemparées », qu'ils rencontrent sur les questions de contraception et d'IVG.

Le SIUMPPS a également identifié certaines thématiques qui nécessitent un travail de sensibilisation et de prévention particulier :

- Equilibre de vie, bien-être, accompagnement médico-psychologique, sommeil, …
- Vie amoureuse : accès à la contraception, prévention des IST-SIDA, sexualité, …
- Consommations : alcool, tabac, produits illicites, nouvelles addictions, automédication, accidentologie, …
- Equilibre alimentaire
- Thématiques plus ciblées : audition, lutte contre les discriminations, …
- Environnement social
- Accueil et accompagnement des étudiants en situation de handicap

Une étudiante, que nous avons rencontrée, en tant que déléguée auprès des étudiants au sein d'une mutuelle étudiante (La Mutuelle Des Etudiants : LMDE), nous confirme qu'un mal-être général est observé chez les étudiants lorrains. Cette déléguée indique que ce mal-être est lié à la condition même

de l'étudiant : ces derniers n'ont généralement pas de revenu (sauf pour ceux qui travaillent à côté de leurs études), ce qui génère des difficultés financières influant sur l'état de santé moral des étudiants. S'ajoutent également le stress lié aux examens, à la réussite de leurs études, et l'incertitude vis-à-vis de l'avenir professionnel. De plus, on observe un enchainement de problèmes, car un mauvais état de santé moral aura des conséquences sur l'état social de l'étudiant : isolement, hygiène de vie, etc.

Les conditions de vie des étudiants ont également un impact sur leur santé : les étudiants boursiers vivent en cité universitaire. Ces endroits sont mal isolés, exigus, même si de gros efforts ont été fournis ces dernières années de la part du CROUS (Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires) qui gère ces logements ainsi que la restauration universitaire. Pour autant, le confort de vie en logement universitaire est limité : pas toujours de possibilité d'avoir un frigidaire dans la chambre, douches collectives, promiscuité, … Ces éléments ont des conséquences sur la qualité de vie générale des étudiants.

Généralement les étudiants s'estiment en bonne ou très bonne santé, alors que des problèmes existent : en termes de contraception notamment, bien souvent les jeunes hommes ne se sentent pas concernés. Les études sur ces questions montrent en effet que la charge mentale et pratique liée à ses questions est très largement dévolue aux femmes. Michèle Ferrand et Nathalie Bajos ont montré dans un article intitulé *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ?* les effets néfastes de cette responsabilité féminine dans sa contribution à la construction hiérarchisée des sexes : *« les pratiques et les représentations dans le domaine de la sexualité peuvent alors être lues comme un révélateur de cette division sexuelle* ».

Sur les stands de prévention de la LMDE, les garçons prennent uniquement les préservatifs gratuits alors que les jeunes étudiantes sont plus en demande d'informations et de documentation. Par ailleurs, elles arrêtent souvent la pilule à l'entrée à l'Université (prise à heure régulière plus difficile à gérer).

Concernant les addictions (alcool, drogues, …), **les étudiants ne semblent plus réceptifs aux messages de prévention (car disent les avoir trop souvent entendus)**. La déléguée rencontrée indique que si les jeunes étudiants prennent des risques autour de cette thématique, ils le font en toute connaissance de cause (risques mesurés).

En termes de nutrition et d'activité physique, il serait pertinent de réaliser des interventions en tant que « piqûres de rappel », sur la nécessité de manger équilibré, de pratiquer une activité physique, sur le manque de sommeil en périodes de révisions notamment.

Le Centre de Médecine Préventive estime aussi qu'il y a de réels problèmes de santé dans la population étudiante, avec une intensité différente selon les sites universitaires.

A.4.3. Chez les jeunes en situation d'insertion professionnelle et sociale

Plusieurs professionnel(le)s des Missions Locales (ML) Lorraine ont été rencontré(e)s ainsi que le Docteur HELFENSTEIN du Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy. Des entretiens ont en effet été conduits au sein des ML suivantes :

- la Mission locale d'Epinal
- la Mission Locale de Longwy
- la Mission Locale de Sarreguemines
- la Mission Locale de Toul
- la Mission Locale de Verdun

Tous les professionnels rencontrés au sein des ML confirment que **les difficultés liées à la santé sont plus importantes chez ces jeunes que dans l'ensemble des classes d'âge concernées**.

Les animateurs de la ML de Sarreguemines estiment que la plupart des jeunes qu'ils accueillent expriment un problème de santé, soit physique, soit psychologique.
Les personnes rencontrées identifient des problèmes liés à la consommation de tabac et à la poly-consommation (drogues, alcool) mais selon elles, il est plus alarmant de constater que de plus en plus de jeunes accueillis au sein de la ML sont en situation de surpoids ou d'obésité, filles comme garçons. De plus, ils n'ont pas de suivi médical/paramédical particulier autour de cette problématique.

Le mal-être des jeunes accueillis au sein de la ML est également un élément clairement identifié : le public rencontre de grosses difficultés d'ordre psychologique, mais pour la plupart il s'agit de problématiques plus ponctuelles qui peuvent disparaitre assez rapidement si elles sont bien prises en charge et si les jeunes sont bien orientés.

Or, cela reste envisageable pour les jeunes en insertion dont les parents et l'entourage (familial, professionnel, …) sont ou peuvent être une ressource en matière de santé, mais les plus fragiles et les plus marginalisés, pour lesquels l'information est la moins accessible (jeunes à la limite de l'illettrisme), n'osent pas en parler, notamment par peur de se soigner. En effet, souvent ces jeunes ont des problèmes de santé qui doivent se régler dans l'urgence, sachant qu'il est très difficile pour les jeunes en insertion de prendre un rendez-vous médical. Ils se sentent perdus, déconnectés du système. Ils sont très peu autonomes et parfois craintifs. Le discours médical est très difficile d'accès pour les jeunes (comme pour tout à chacun selon le professionnel qui est en face), surtout les plus fragilisés et les moins autonomes.

L'autonomie

En ce qui concerne l'autonomie – **faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite** – il s'agit d'une notion complexe mais centrale dans la manière qu'ont les politiques publiques de traiter de la jeunesse. Ce terme est à différencier de celui d'indépendance qui sous-tend davantage un état lié aux ressources suffisantes pour gérer sa vie (Ramos, 2010). L'autonomie s'apparente à la construction identitaire de l'individu : **il s'agit d'être capable de se penser soi-même, de développer une conscience de soi rendant l'individu responsable et réflexif sur ses propres conditions d'existence et les choix qui en découlent**. En cela, l'autonomie renvoie à une construction et n'est pas naturelle. Etre autonome implique l'idée d'appropriation et d'adaptation du jeune lui permettant de vivre en adéquation avec la société dans laquelle il évolue. En sociologie, l'autonomie est davantage pensée comme une donnée subjective : se sentir autonome ; mais qui peut largement être relié aux données objectives, par la manière dont l'individu agit dans un contexte donné et par rapport à des problématiques sociales particulières. Pour ce qui est de la santé, un individu peut se sentir autonome d'un point de vue sanitaire mais ne donner aucune place à sa santé au quotidien (par rapport aux définitions de ce qu'est une bonne santé et une bonne prise en charge de sa santé par les pouvoirs publics). Ainsi, il est question ici de penser le lien (et l'écart) entre le discours des individus concernant l'autonomie et la manière dont ces derniers ont de se positionner face aux problématiques de santé. **L'autonomie, c'est donc se construire une perception positive de soi en faisant des choix conscients, conscients dans un environnement précis et par rapport à des problématiques données**.

Les animatrices de la Mission Locale de Toul (Terres de Lorraine) ont également été rencontrées. Elles identifient également et citent facilement, chez les jeunes accueillis, un très important mal-être. Celui-ci est repéré lors des entretiens individuels réalisés dans le cadre de **l'Espace Santé**. Ces problèmes deviennent invalidants car **bloquent l'accès à une formation ou à un emploi, créant ainsi un cercle vicieux**. Des problématiques liées à l'obésité, à la toxicomanie, et aux nouvelles formes d'addiction (jeux vidéo, jeux en ligne) sont également identifiées.

Selon les animatrices, le risque de développer des problèmes de santé est plus important chez les jeunes en insertion pour plusieurs raisons : tout d'abord, l'hygiène de vie est peu encadrée (problèmes de moyens financiers, lassitude, laisser-aller, …). Ensuite, contrairement aux jeunes scolarisés ou salariés, qui bénéficient de dispositifs de « droit commun » comme les infirmières scolaires ou la médecine du travail, les jeunes en insertion n'ont pas de référence quant aux professionnels de santé qui leur seraient spécifiquement « dédiés ». Ces jeunes subissent une certaine pression ; on leur demande de trouver rapidement des objectifs professionnels ou un domaine dans lequel ils souhaitent se professionnaliser alors que la plupart sont très jeunes (- de 18 ans). Déscolarisés et en recherche d'emploi, ils ont moins de contacts avec leurs amis, se retrouvent isolés, et développent un mal-être général, qui peut rapidement « dégénérer ».

Le Centre de Médecine Préventive (CMP), qui a aussi conduit de nombreux bilans de santé avec les jeunes des Missions Locales, confirme cette augmentation et ce cumul de pathologies chez les jeunes en

situation précaire. Des problématiques de santé bien particulières ou plus prononcées chez les jeunes en situation d'insertion professionnelle et/ou sociale ont été remarquées par les équipes du CMP.

Il y a beaucoup de caries constatées, avec un gradient fort (environ 30%) entre les jeunes en insertion et les jeunes normalement insérés. Les différents facteurs qui entrent en compte sont l'abandon de l'estime de soi, le manque d'organisation dans sa vie, l'absence d'éducation bucco-dentaire dans la sphère familiale, la peur du dentiste ou encore le coût des soins (qui n'est pas considéré comme étant la 1ère cause). Les autres problèmes de santé identifiés en termes purement sanitaires concernent l'optique, l'audition, la vaccination, la dermatologie, la gynécologie, mais également des maladies orphelines ou « rares » ont été citées (type sclérose en plaques) alors qu'elles étaient moins facilement diagnostiquées il y a quelques années.

D'après une étude menée au niveau national, **35% des jeunes des Missions Locales auraient fait une tentative de suicide**. Cette grande souffrance psychologique est également constatée chez les jeunes lorrains. Celle-ci va souvent de pair avec la consommation de produits addictifs et les questions liées à la précarité.

Il y a un fort taux de surpoids et d'obésité lié à des facteurs comportementaux. Le niveau éducatif en matière d'équilibre alimentaire est très bas et l'imaginaire éducatif des parents est complétement en marge des bonnes pratiques alimentaires. La consommation de produits très gras et très sucrés est en partie liée à la frustration de ces publics « fragiles ». Hoggart, dans son ouvrage bien connu, *La culture du pauvre*, a montré les différences de styles de vie selon le statut social et les préférences des classes plus populaires pour une alimentation plus riche. L'intérêt de cet ouvrage est d'avoir analyser « *la cohérence d'un style de vie et la spécificité culturelle de la vie quotidienne des milieux populaires, en ses normes propres et non à partir des normes qui régissent les autres classes* » (Moulin, 1971).

Outre les problèmes de santé avérés, les jeunes en situation d'insertion sont également en grandes difficultés face à l'accès aux soins et à la santé. Ces difficultés sont d'ordre financier : les jeunes les plus en difficultés financières n'ont pas accès aux soins et en particulier aux consultations de spécialistes (optique, dentaire, dermatologie, …).
On observe également d'importants dépassements d'honoraires de certains spécialistes (gynécologie).
Tous les jeunes en insertion professionnelle n'ont pas accès à la CMU complémentaire : « effet de seuil » subi par certaines familles. De plus, malgré des mutuelles qui proposent des forfaits de plus en plus attractifs (en dépit de bonnes prestations de remboursement), de plus en plus de jeunes n'ont pas de mutuelle.

De longs délais d'attente (par exemple, 8 mois pour une consultation en pneumologie à Sarreguemines) sont également en cause. Les jeunes en insertion professionnelle n'ont pas connaissance de leurs droits et de leur niveau de couverture sociale, ce qui entraine souvent un renoncement aux soins (dentaires en premier lieu).
Les démarches administratives concernant l'ouverture de droits (CMUc par exemple) sont également inconnues pour les jeunes en insertion. Ces derniers passent un temps considérable à remplir des documents administratifs liés à leur accès aux soins : leur situation professionnelle changeant

régulièrement, il leur faut sans cesse mettre à jour leur couverture maladie, pour ceux qui en ont une. C'est pour cela que les ML ont fait de l'accompagnement dans l'accès aux soins, un axe fort de leur intervention : le plus gros travail consiste à accompagner les jeunes dans leur accès aux soins (ex : bilans de santé, prise de rendez-vous, droits à la couverture santé, …).

Focus sur le Réseau Santé Mutuelle

Conscient des difficultés financières rencontrées par les jeunes pour obtenir une couverture complémentaire, la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale de Lorraine (FNARS Lorraine) a lancé en 2012 une action expérimentale intitulée **Réseau Santé Mutuelle**. L'objectif de cette action est **d'améliorer l'accès aux soins et à la prise en charge de la santé d'un public vulnérable qui ne bénéficie pas de la CMU Complémentaire dans le sud du département 54**. Cette action propose une complémentaire santé à un prix très abordable auprès d'une mutuelle et accompagne les personnes vulnérables dans leurs démarches de santé, de droits sociaux, ... Cette action est une expérimentation d'une durée de 2 ans qui fédère, dans le cadre d'un réseau, différentes structures : ATD QUART Monde, le Grand Sauvoy, Médecins du Monde, CCAS de Maxéville, …

A.4.4. Chez les jeunes apprentis en CFA

Pour les professionnels travaillant dans les Centres de Formation des Apprentis (CFA), les jeunes apprentis ont des comportements différents de ceux des lycéens. Ce sont des jeunes un peu plus responsabilisés, du fait de leur activité professionnelle à mi-temps. L'absentéisme n'est donc pas une problématique récurrente comme dans les lycées.
Néanmoins, les jeunes apprentis sont également confrontés aux problématiques de santé qui touchent les lycéens. La consommation de produits addictifs, notamment le cannabis et l'alcool touche beaucoup ces jeunes, qui ont davantage les moyens financiers d'acheter ces produits.

Focus sur le dispositif CFA-TOX

La Région Lorraine finance, depuis 2006, le **dispositif CFA-TOX** qui se déroule dans 16 CFA de la région. Cette action a pour objectif de **prévenir les dépendances aux produits et les toxicomanies au sein des Centres de Formation des Apprentis**. Ce projet consiste à implanter un programme de prévention des conduites addictives dans les CFA ; d'accompagner les professionnels des CFA dans la politique de prévention de l'établissement et de promouvoir et faciliter l'accès aux soins pour les jeunes apprentis en difficultés avec leurs consommations.

B. L'accès aux soins et à la protection sociale

B.1. Les consultations médicales et l'accès aux soins

B.1.1. Les chiffres donnés par les différentes études

Selon le Centre de Médecine Préventive, « *le recours au médecin est un phénomène complexe, lié aux besoins de santé, mais aussi aux demandes et à l'accès aux soins* ».
Globalement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consulter un médecin. Ceci s'explique, comme déjà mentionné avant, par le fait que la puberté et l'entrée dans la sexualité pour les femmes s'accompagnent d'une médicalisation du corps (règles, contraception, etc.). La fréquence de consultation n'est pratiquement pas différente entre les tranches d'âge 20-24 ans, 25-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans. Elle augmente plus nettement ensuite. Ainsi 25% des hommes et 41,6% des femmes consultent plus de 2 fois par an chez les 20-24 ans ; 25,3% des hommes et 42,3% des femmes chez les 25-29 ans. « *Les personnes en situation de précarité sont globalement plus nombreuses à consulter un médecin plus de 2 fois par an, sauf chez les 20-24 ans* ».

Les études du « baromètre santé lorrain » confirment cette situation : **78% des jeunes consultent un médecin au moins une fois par an**. Il y a une différence nette entre les hommes et les femmes et moins de différence entre les personnes en situation précaire et les autres. Parmi les consultations de spécialistes, la consultation chez un psychiatre touche davantage les personnes en situation précaire (17% contre 4,5% en population générale), mais les 16-25 ans, en situation précaire, sont moins nombreux : 11% des hommes et 9% des femmes ont consulté un psychiatre, selon le « baromètre santé lorrain ». Les consultations de gynécologie ont concerné 2/3 des filles de 18 à 24 ans. Concernant les consultations dentaires, le Centre de Médecine Préventive estime qu'à tous les âges les femmes consultent plus souvent, que les consultations augmentent avec l'âge (de 20 ans à 40 ans) mais diminuent ensuite. Enfin les personnes en situation de précarité (y compris les 20-24 ans) sont moins nombreux à consulter (l'écart est de l'ordre de 20 %).

Chez les étudiants, l'enquête MGEL indique que dans la région Est **78,7% des étudiants affirment avoir consulté un professionnel de santé au cours des 6 derniers mois**. Parmi eux, 82,1% ont consulté un généraliste et 33,6% un dentiste. Les consultations de spécialistes sont beaucoup moins nombreuses : 22,7% d'étudiantes ont consulté un gynécologue au cours des 6 derniers mois ; 22,1% des étudiantes et étudiants ont consulté un ophtalmologiste et 5,6% un psychiatre ou un psychologue.

Il faut rappeler que les enquêtes des mutuelles étudiantes sont réalisées à partir de la collecte d'auto-questionnaires envoyés à 50 000 ou 60 000 étudiants au niveau national (selon les enquêtes), avec un taux de réponses de 20 à 33%.

B.1.2. Au-delà des chiffres, l'avis des professionnels

Les observations des représentants des Missions Locales, des mutuelles étudiantes et de la médecine préventive universitaire indiquent cependant une certaine réticence des jeunes à consulter un médecin ou un autre professionnel de santé.

Les animateurs du Centre de Médecine Préventive, comme les représentants des Missions Locales, mettent en avant la crainte des soins, la peur du médecin, l'abandon de l'estime de soi, mais aussi la difficulté à sortir du quotidien, de la part de certains jeunes (pour qui, la question de la santé n'est pas une priorité dans l'instant). Pour le Centre de Médecine Préventive, l'absence de soins dentaires est aussi un signe du refus de se soigner et de l'absence d'éducation bucco-dentaire dans la sphère familiale.

Pour le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé, le renoncement aux soins est réel : les consultations sont mal remboursées et les délais très longs, ceci pouvant poser problème d'accès aux étudiants ayant des difficultés d'avance des frais, n'ayant pas de mutuelle complémentaire, n'étant pas longtemps sur une ville universitaire (ophtalmologie), surtout pour les étudiants en situation de précarité et les étudiants étrangers. Cependant, les assistantes sociales en faveur des étudiants sont disponibles pour étudier les besoins et apporter une aide au cas par cas. De plus, toute orientation externe au contexte étudiant est difficilement suivie d'effets (vaccinations, psychiatrie, gynécologie, …) ce qui implique de mettre en place des consultations délocalisées au sein des services universitaires. Le SIUMPPS rappelle que par ailleurs, les étudiants ont le souci prioritaire de leurs choix d'études et du rythme de l'année universitaire, la santé n'est pas leur préoccupation première.

C'est ce que confirme un jeune quand il déclare : « *ma santé, je m'en occuperai quand j'aurai un gros pépin ; ma préoccupation, en ce moment, c'est comment boucler mon mois* ».
Si la réticence à se soigner a des explications socioculturelles, le coût de l'accès aux soins est aussi un obstacle réel, notamment quand il s'agit d'accéder à un spécialiste, à des médecins en secteur 2 de tarification et aux soins bucco-dentaires ou de troubles de la vue.

B.1.3. La santé, une dépense non prioritaire

Pour certains jeunes, en situation financière difficile, c'est le choix prioritaire d'autres dépenses (dont le logement ou certains modes de consommation), qui se fait au détriment des dépenses de santé ou d'alimentation. De plus, c'est une dépense que certains jeunes doivent assumer seuls car ils n'ont pas de protection sociale.

B.1.4. L'accès à la protection sociale et à la couverture complémentaire

Pour certains c'est l'absence de couverture complémentaire (ou d'une couverture complémentaire qui rembourse « bien ») qui fait obstacle : les conseillers des Missions Locales l'observent, pour les soins dentaires ou d'optique des jeunes en insertion ; les représentants universitaires le notent pour certains étudiants : **selon la MGEL, 5,9% des étudiants n'ont pas de couverture complémentaire (ni celle de leurs parents ni une complémentaire étudiante) et 13,1% ne savent pas s'ils sont couverts**. D'autres choisissent le premier niveau de la complémentaire (pour des questions de coût), qui offre des remboursements moins importants des soins dentaires ou d'optique. 87% des étudiants de la MGEL ont déclaré ne pas avoir reporté ou renoncé à des soins pour des raisons financières. **Entre 2009 et 2011, le renoncement ou report de soins a diminué passant de 17,2% à 12,1%.**

La LMDE estime que 13% des étudiants n'ont pas de couverture complémentaire et 32,5% d'entre eux renoncent à se soigner. Très peu d'étudiants prennent la complémentaire la plus avantageuse (coût : plus de 300 euros) ; le recours à la mutuelle des parents, pour les étudiants, est rarement possible quand la famille est en difficulté : chômage, emploi précaire. **Selon la LMDE, le renoncement aux soins et à l'ouverture des droits à la protection sociale et complémentaire santé est dû au manque de temps des étudiants** (révisions, cours, travail en complément, recherches personnelles, familles, sorties entre amis).

De cette façon, ils privilégient les réponses rapides lorsqu'ils tombent malades. Ils préfèrent se rendre à la pharmacie et payer à fort tarif des médicaments « grand public » plutôt que de passer par un parcours de soins coordonné (médecin généraliste, prescription médicale, pharmacie, remboursement). L'une des conséquences de cela, est que les étudiants pratiquent beaucoup **l'automédication** (l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens, définition retenue par le conseil permanent des médecins européens). La non ouverture de droits à la complémentaire santé s'observe en début d'année universitaire, lorsqu'il est demandé aux étudiants lors de leur inscription en études supérieures, de choisir une complémentaire (LMDE ou MGEL). Certains étudiants, soit par oubli, soit par désintérêt, ou encore par manque de temps, ne retournent pas les documents nécessaires à l'ouverture de leurs droits à la complémentaire santé. A partir du 01/10 de chaque année, si le dossier n'a pas été retourné ou mis à jour, alors les droits sont suspendus ou non ouverts.

La situation de certains étudiants étrangers est encore plus complexe (absence de couverture sociale autre que l'Aide Médicale d'Etat (AME) dans les premiers mois ; absence de mutuelle ; peur du médecin).
Les étudiants étrangers (dans le cadre de programmes d'échanges européens) ont de plus, d'importantes difficultés à remplir les documents administratifs nécessaires à l'ouverture de leurs droits. S'agissant des étudiants étrangers hors UE, qui ne bénéficient pas de la carte européenne d'Assurance Maladie, le fait de devoir réaliser des examens médicaux relève parfois du « parcours du combattant » :

en effet, des examens médicaux sont obligatoires pour obtenir un titre de séjour, mais ces derniers ne sont pas remboursés en l'absence de titre de séjour …
Les Missions Locales ont bien rappelé que de nombreux jeunes, qui accèdent à des emplois non durables, bénéficient du régime général et non de la CMU, mais n'ont pas de couverture complémentaire.

La CMU complémentaire est peu accessible aux jeunes (notamment quand leurs parents travaillent) et il faut la demander. La plupart des jeunes en insertion n'ont donc pas de couverture complémentaire (leurs parents non plus dans certains cas) ; dans quelques cas les FAJ (Fonds d'Aide aux Jeunes) couvrent certaines dépenses. Par contre le régime général de la sécurité sociale est acquis par la très grande majorité des jeunes : soit par leurs parents, soit parce qu'ils ont un contrat CIVIS, soit parce qu'ils sont en formation, soit parce qu'ils ont travaillé suffisamment d'heures, soit parce qu'ils bénéficient de la CMU (la CMU peut être accordée à partir de 16 ans mais il faut la demander).
Pour le SIUMPPS, les difficultés d'accès à la protection sociale et à la complémentaire santé sont avant tout financières : bien évidemment, les étudiants ont plus de difficultés car ils doivent en faire la démarche puisqu'ils vivent seuls et identifient mal l'affiliation à la sécurité sociale et le parcours de soin ainsi que l'intérêt de la mutuelle complémentaire. Néanmoins, en dessous de 28 ans, ils ont l'obligation de s'affilier à la sécurité sociale lors de leur inscription à la faculté. Pour ceux de plus de 28 ans, on observe ainsi des difficultés d'accès à la sécurité sociale. Il existe également des difficultés liées à l'éloignement géographique de la famille et du médecin traitant, beaucoup d'étudiants étant issus d'autres régions ou d'autres pays.

Mais il peut demeurer des zones d'ombres temporaires comme le rappelle l'ORSAS, pour des jeunes qui travaillent un nombre d'heures insuffisant (ils changent de statut, aux yeux de la sécurité sociale, mais n'ont pas de droits ouverts) ou des jeunes qui sont en rupture familiale, qui ne connaissent pas la procédure pour obtenir la CMU ou ne font pas de démarches. Le Centre de Médecine Préventive évoque aussi ces situations plus complexes. On retrouve la même difficulté provisoire chez les étudiants qui changent de statut (par exemple ceux qui travaillent).
Ces difficultés se règlent (plus facilement que celle de l'absence de complémentaire), quand un accompagnement social et un accompagnement aux démarches est assuré. Enfin, parmi les jeunes les plus en difficulté, il y a ceux qui ne peuvent justifier d'aucune domiciliation (SDF) et qui ne peuvent même pas accéder à l'AME, comme le souligne Médecins du Monde.

C. De l'information sur la santé à la mise en réseaux des différents acteurs

Comme nous l'avons vu, les jeunes se sentent peu concernés par les questions de santé ou hésitent à faire des démarches de soins, même quand ils en ont besoin. C'est pourquoi les actions qui concourent à mieux informer et sensibiliser les jeunes, mais aussi à les accompagner dans leurs démarches relatives à la santé, sont essentielles, sans isoler les problèmes de santé de la question globale de l'accès à l'autonomie.

C.1. Les campagnes d'information

Les campagnes d'information nationales, régionales ou plus locales ne manquent pas, qu'il s'agisse des conduites addictives, des habitudes alimentaires ou des risques liés aux pratiques sexuelles. Certaines campagnes visent plus particulièrement les étudiants et associent les mutuelles étudiantes et les associations d'étudiants (par exemple sur les risques liés à l'alcool dans les soirées festives) ; peu d'acteurs s'intéressent à la santé des étudiants en Lorraine, mis à part les mutuelles étudiantes ainsi que le service interuniversitaire de médecine préventive qui est présent sur les universités de Metz et de Nancy. Ces acteurs relayent bien les campagnes nationales ou régionales en faveur de la santé des étudiants.

D'autres campagnes s'adressent plus globalement à l'ensemble des jeunes et s'appuient sur la diffusion de plaquettes ou d'autres supports. D'autres actions d'information concernent l'accès à la protection sociale. Mais, de l'avis de nombreux observateurs, ces campagnes d'information ne suffisent pas ou n'ont pas un impact important sur la santé à court terme.

C.2. Les actions collectives d'éducation et de promotion de la santé

Quels que soient les publics, ce sont moins des informations statiques qui semblent porter leurs fruits que des actions collectives les plus « interactives » possibles, associant les jeunes eux-mêmes et des professionnels d'origines différentes. Ces actions sont souvent plus coûteuses, plus difficiles à mettre en place (car elles nécessitent une certaine adhésion), mais les exemples que nous avons pu observer démontrent leur réussite.

Toutes fois, la mobilisation des jeunes reste toujours un obstacle à la réussite des actions de prévention, c'est pour cela que les porteurs de projets doivent proposer des actions toujours plus innovantes et interactives. Par ailleurs, les jeunes (en particulier ceux qui sont en situation d'insertion professionnelle) pensent avoir des connaissances en matière de santé, alors qu'ils ont de véritables lacunes. **Les animateurs constatent aisément que les jeunes ont des croyances en termes de santé très erronées, peu objectives et éloignées de la réalité**. Elles sont le fruit de lectures sur des forums Internet, qui doivent impérativement être retravaillées avec les jeunes qui savent difficilement faire la part des choses.

a) Dans les lycées et CFA

Les services du Rectorat et les responsables des établissements s'appuient essentiellement sur les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) qui existent dans l'ensemble des établissements scolaires.

Néanmoins, dans l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des lycées lorrains, **les porteurs de projet (infirmières le plus souvent) déclarent à 50%, que le CESC est rarement impliqué dans la réalisation des projets santé**. En effet, nous avons pu constater que le fonctionnement et la dynamique des CESC sont très variables selon les établissements. Dans les lycées où celui-ci fonctionne bien, des actions de prévention sont régulièrement menées à destination des lycéens. A contrario, les établissements avec un CESC « inactif » éprouvent de grandes difficultés à élaborer des projets santé, malgré la bonne volonté de l'infirmière.

Dans son rapport annuel 2003-2004, le service de l'Académie de Nancy-Metz évoque ces actions collectives, auxquelles participent les assistants de service social, en partenariat avec le service de la santé (médecins scolaires et infirmiers), des personnels d'éducation et d'enseignement, ainsi que des élèves.
Les actions collectives (séances d'information mais aussi de débats et d'échanges) portent sur des thèmes très divers, majoritairement l'éducation à la sexualité, l'usage du tabac, les autres conduites addictives et la nutrition. Des partenaires extérieurs sont souvent associés à ces initiatives. Parmi ces partenaires, **l'ANPAA Lorraine (Association Nationale de Prévention en Addictologie et Alcoologie)** qui propose des actions collectives conduites dans les collèges et lycées, dans le cadre des CESC. Citons aussi les initiatives prises par le **Centre Régional d'Information Jeunes de Lorraine (CRIJ)**. Dans les établissements rencontrés, des exemples concrets nous ont été présentés, comme le travail effectué sur les conduites addictives au lycée de la Communication à Metz et le carrefour santé du CESC du lycée Varoquaux de Tomblaine. Au CFA de Yutz, le **dispositif PEP'S** (numéro de téléphone et adresse mail spécifiques), a été mis en place à destination des jeunes pour leurs permettre d'être en contact avec un adulte relais.

b) A l'université

Le SIUMPPS de l'Université de Lorraine met en place depuis de nombreuses années des actions d'information, de prévention et de promotion de la santé sur les campus et lieux de vie. Les partenariats sont actifs et concernent toutes les thématiques jugées prioritaires : Campus No-addict, « *faites la fête* », Boire-Manger-Bouger, *« Mercredis sympas »,* Parcours équilibre, Vie amoureuse, les relais Verlaine, … Le Conseil Régional est d'ailleurs depuis plusieurs années un soutien financier pour ces actions.

Citons également :

- Les relais des campagnes, forums sur les lieux de vie (restaurants universitaires) avec des partenaires associatifs régionaux ou locaux sur toutes les thématiques.
- Des stands de prévention de la LMDE et des partenaires (mutualistes et associatifs) à l'occasion de manifestations (nocturnes étudiantes, …).
- Le Centre de Médecine Préventive propose une visite médicale lors de la première année d'études. Cela permet de détecter les situations individuelles qui seraient problématiques, et de bien orienter les étudiants vers des relais.

- Certaines Collectivités Territoriales (ex : Nancy Ville-Santé) associent le service de Santé Universitaire autour de campagnes (initialement « grand public ») qu'elles mènent.

Focus sur les « étudiants relais » de l'Université de Lorraine

Le SIUMPPS met l'accent sur **l'éducation à la santé par les pairs** en formant des étudiants volontaires et dynamiques aux principes de promotion de la santé. L'étudiant relais a un **rôle d'information et d'orientation autour des problématiques de santé** ; il est l'interface entre les professionnels sanitaires et sociaux, les institutions universitaires et les étudiants. Sa mission principale est de participer aux actions universitaires de prévention et d'éducation à la santé.

c) Pour les jeunes en insertion professionnelle

Ce sont essentiellement les Missions Locales et le Centre de Médecine Préventive qui conduisent ces actions. L'ensemble des Missions Locales a été fortement mobilisées sur ce sujet (avec le soutien du Conseil Régional de Lorraine) il y a quelques années. La mobilisation s'est un peu essoufflée depuis, dans certaines ML (la pression de la priorité « accès à l'emploi » faisant parfois passer au second plan d'autres problématiques).
En effet, les Missions Locales ne sont pas toujours repérées autour de l'aspect « santé » : initialement, elles sont identifiées pour leurs missions d'insertion, emploi, et formation : Contrat d'Insertion à la Vie Sociale (CIVIS), Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Jeunes (FIPJ), immersions en entreprises, Dispositif d'Orientation et d'Insertion sociale (DOIT), etc. Ces missions se concrétisent par des ateliers individuels et/ou collectifs : atelier navigation sur Internet, négocier un contrat, savoir gérer son image, savoir communiquer, faire un CV vidéo, simuler un entretien, …

Cependant, de plus en plus de Missions Locales (comme celles rencontrées dans le cadre de ce travail) élargissent leurs missions et développent également un volet santé. Certaines Missions Locales ont un poste de « **référent santé** » et conduisent des actions diversifiées de sensibilisation et d'éducation à la santé : à Longwy auprès des jeunes de la ML mais aussi des scolaires, à Sarrebourg sur les questions relatives à l'alcool (dans les deux cas avec le Centre de Médecine Préventive qui a inscrit parmi ses priorités le travail avec les Missions Locales sur les jeunes en situation de précarité). Certaines d'entre elles possèdent également un « **Espace Santé** » dans lequel les jeunes peuvent obtenir de l'information et de l'orientation. Matériellement, les Espaces Santé des Missions Locales sont des salles dédiées, qui permettent des entretiens individuels à la demande des jeunes avec un professionnel pour des problèmes spécifiques.

Nous avons choisi notamment d'évoquer les actions que conduit la Mission Locale de Sarreguemines. Ce travail s'appuie essentiellement sur l'espace santé, créé en 2001, *« où les jeunes peuvent s'exprimer et trouver conseil en matière de santé »*. En 2010, la ML a mis en place des ateliers collectifs « santé » : 127 jeunes ont participé à différentes activités proposées (62 ateliers) :

- Atelier équilibre alimentaire
- Ateliers thématiques (contraception, etc.)
- Atelier sport
- Bilans de santé

Elle a également proposé l'action *« la nature en couleurs dans l'assiette »* qui avait pour objectif d'impliquer les jeunes dans une démarche santé visant à lutter contre les maladies cardio-vasculaires par un pique-nique équilibré élaboré en commun, la visite d'un verger et des jeux sportifs.
Citons également les actions menées par la Mission Locale de Toul dans le cadre de son Espace Santé qui a accompagné 504 jeunes en 2010. En plus de 40 jeunes qui ont été reçus en entretiens individuels (pour un problème de mal-être, un problème dentaire, ou un accompagnement pour des démarches administratives), les actions collectives mises en place ont concerné :

- Les ateliers « Arc-en-ciel » qui permettent de prendre conscience de son image, de choisir leur tenue vestimentaire, maquillage, attitude face à un entretien d'embauche, …
- Les petits déjeuners santé (famille, relations, solitude, alcool, alimentation, …)
- La réalisation de bilans de santé au CMP
- Des actions collectives autour de l'activité physique et de l'alimentation
- Des ateliers d'expression théâtrale (actions culturelles)
- Des représentations d'un théâtre interactif

Nous pouvons également rappeler les **actions de sensibilisation et de prévention conduites par les Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) dans le cadre de leurs « espaces santé »**.

C.3. L'accompagnement (individuel et collectif) aux démarches de santé et le travail en réseau

L'ensemble des acteurs que nous avons rencontré ont souligné l'importance des lieux d'accueil et d'écoute des jeunes, confrontés à des problèmes de santé (particulièrement de souffrance psychique), mais aussi la nécessité de pouvoir ensuite passer le relais à des intervenants plus spécialisés, d'où l'importance d'une **mise en réseau**.

C.3.1. Dans les lycées et CFA

Nous avons déjà évoqué le rôle d'écoute qui est celui des personnels de santé (infirmières notamment, en nombre insuffisant) et de service social (assistants sociaux, quand il y a des postes et qu'ils sont pourvus), mais aussi des personnels d'éducation.

Mais les responsables des établissements visités insistent tous sur la nécessité à un moment donné et face à des situations très difficiles, de passer le relais : les relations avec les CMP (Centres Médico-

Psychologiques) sont soulignées dans les établissements rencontrés ; mais la plupart insistent sur l'éloignement et la sectorisation des CMP, qui ne les rendent pas toujours facilement accessibles.

Les infirmiers scolaires que nous avons rencontrés ont évoqué les nombreuses disparités territoriales en matière d'accès aux services de soins et de santé, tels que les Centres de planification. Les infirmiers se sentent par conséquent limités dans leur rôle d'accompagnement du jeune vers une prise en charge.

Au lycée agricole, on évoque le « point écoute jeunes », créé au CFA, avec l'aide de l'Ecole des Parents ; on insiste sur la nécessité de passer le relais et de ne pas confondre les compétences des uns et des autres.

Au CFA de Courcelles Chaussy, des relations partenariales sont développées avec des associations de proximité, le CDPA, le CASA, la maison des adolescents, les maîtres d'apprentissage, les psychiatres de villes, ... Cette multitude de partenaires permet de proposer aux jeunes différents services de prise en charge aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du CFA. Un **Groupe d'Adultes Relais** (GAR) a d'ailleurs été créé.

C.3.2. A l'université

Le service de médecine préventive universitaire a un rôle d'accueil et d'écoute, mais aussi de premier diagnostic, à la fois par les visites médicales obligatoires de première année, mais aussi au cours des rendez-vous demandés par les étudiants, en cours d'études. Le rôle d'accompagnement médico-psychologique est donc essentiel, mais il faut pouvoir aller jusqu'à la prescription, dans les cas d'urgence ou de difficulté d'accéder à une consultation extérieure. Le service a aussi un rôle de conseil, auprès des établissements, et de formation d'étudiants relais et des personnels du CROUS.

Face à la masse des étudiants lorrains (45 000 étudiants à Nancy et 20 000 à Metz en 2007), ses moyens restent limités :

- à Nancy sur 4 sites : 5 ETP médicaux (dont 1 ETP de direction et un psychiatre 1 fois par semaine), 4 psychologues pour 0,40 ETP, 7 infirmières correspondant à 5,8 ETP, auxquels s'ajoutent 2 ETP sur les infirmeries d'établissement qui collaborent avec le SIUMPPS. Le médecin gynécologue intervient 2 fois par semaine, 1 fois sur chacun des 2 sites principaux. Vacation de 2 médecins du sport et d'un cardiologue.

- à Metz sur 2 sites : 2,5 ETP de médecins (dont la direction), 3 postes d'infirmiers, 2,5 postes d'administratifs, 2,5 postes d'assistants sociaux, 0,7 ETP de diététicienne.
  Le SUMPPS de Metz a signé une convention avec le centre de planification familiale (afin de mettre en place une consultation gynécologique hebdomadaire).
  Une consultation hebdomadaire du CIDDIST est également mise en place.

Le SIUMPPS a mis en œuvre une convention avec l'Office Français d'Intégration et d'Immigration (OFII) et est maintenant prestataire pour la visite obligatoire des étudiants hors UE. La veille sanitaire (tuberculose, maladies contagieuses, …) prend également une part importante du temps de travail médical. Le temps consacré par les équipes aux actions collectives de promotion de la santé est aussi croissant, et les partenariats bien installés et efficients.
Enfin, il convient de noter que le cadre règlementaire pour les SIUMPPS a été mis à jour par décret (2008-1026 du 7 octobre 2008) : il vient élargir ses missions.
Cela limite les possibilités d'intervention, notamment sur des situations qui nécessiteraient une action plus lourde ou plus spécialisée, particulièrement en matière de santé mentale. C'est pourquoi la médecine universitaire développe un partenariat avec d'autres professionnels de la santé et du travail social :

- ✓ médecins généralistes et spécialistes : comme certains étudiants ne s'adressent pas facilement aux structures médicales classiques, un certaine« médiation » est nécessaire,
- ✓ CMP (Centres Médico-Psychologiques),
- ✓ centres de planification familiale.

Notons enfin qu'un Bureau d'Aide Psychologique à l'Université (BAPU) a été ouvert à Metz, en complément au service de Santé Universitaire de ce site. Il correspond à une structure d'aide médico-psychologique dédiée aux étudiants.

Selon les responsables du SIUMPPS, le premier niveau de partenariat est la prise en compte du contexte étudiant avec les autres acteurs du monde universitaire : services d'orientation, service des sports, pédagogie, aide sociale en liaison avec le CROUS, la mutualité étudiante …

- Les partenaires pour le sanitaire concernent : les CHU-CHR, les CIDDIST et centres de planification, les centres de vaccination, la sectorisation psychiatrique, …
- Les partenaires pour le social et l'accès aux soins concernent : les services de secteurs, les associations caritatives, les PASS, …
- Les partenariats pour le handicap concernent : MDPH, SISU
- Les partenaires des actions collectives :
    - Les institutionnels comme la Police, la Gendarmerie, …
    - Les associatifs comme ANPAA, CMSEA, ORSAS, …
    - Les partenaires financiers : collectivités, ARS, MILDT, …

Selon la LMDE, le SIUAP (Service Interuniversitaire d'Activité Physique), qui propose des activités physiques et sportives collectives et individuelles, contribue (plus indirectement) à la préservation d'une bonne santé physique et mentale des étudiants. Le CROUS et ses services (restauration par exemple) ne sont pas réticents à des campagnes d'information ou des actions en faveur des étudiants, mais ils n'impulsent pas d'eux-mêmes la démarche.

De plus, notons que les élèves de BTS (qui sont des étudiants même s'ils sont en lycées), les étudiants des Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles (en lycées également), les étudiants des Beaux-Arts, et les

Grandes Ecoles (Commerce, …) pour ne citer qu'eux, ne peuvent pas bénéficier des services de la Santé Universitaire, qui dépend de l'Université (financement, fonctionnement géré par l'Université).
Des partenariats pourraient être à développer avec d'autres mutuelles qui ont un volet prévention, ainsi qu'avec le Centre de Planification. Le partenariat pourrait également être étoffé entre les associations thématiques, les mutuelles étudiantes et les services de Santé Universitaire.

Plusieurs rapports nationaux, des services de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale en 1995, puis en 2004, mais aussi du **député WAUQUIEZ en 2006**, ont souligné l'enjeu important que représente la santé des étudiants (le rapport WAUQUIEZ s'intitule : « *pour un plan santé étudiant : préserver leur avenir* »). Les uns et les autres soulignent l'insuffisance des moyens consacrés à cet enjeu (le député WAUQUIEZ parle de « moyens dramatiquement faibles »), et notamment aux services de médecine universitaire. Ils formulent plusieurs propositions, qui rejoignent en partie celles formulées par la Mutualité ou par les porte-paroles de l'Association des Médecins Directeurs de Santé Universitaire. Le rapport WAUQUIEZ, notamment, a formulé de nombreuses propositions, sur les moyens de la médecine universitaire, sur l'aide à la prise en charge de la couverture complémentaire (sous la forme d'un forfait par étudiant). Ces propositions ont été reçues favorablement par la plupart des acteurs, même si certaines questions, comme la pertinence du maintien de la visite médicale obligatoire, font débat.

Les responsables universitaires et les services de médecine préventive universitaire comptent aussi sur l'appui des mutuelles étudiantes, même si de part et d'autre (y compris de la part des mutuelles mises en concurrence) on regrette que beaucoup de temps soit consacré au « démarchage » des étudiants, au détriment d'autres actions.
Les mutuelles s'efforcent aussi de développer leur partenariat avec l'ensemble du réseau mutualiste, d'inciter les étudiants à utiliser les centres de soin et le parcours de « soins mutualistes », sans rencontrer, pour le moment, une forte adhésion.
Par ailleurs, le SIUMPPS précise que des partenariats seraient à conforter, surtout pour l'accès aux soins, dans le cadre du **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)** élaboré par l'ARS de Lorraine.

C.3.3. Les jeunes en situation d'insertion professionnelle et sociale

Certaines Missions Locales ont constitué, nous l'avons vu, des lieux d'écoute, en direction des jeunes en situation de précarité, à travers des « espaces santé », notamment grâce aux entretiens individuels que peuvent conduire le référent de la ML. Ces entretiens, qui portent à la fois sur l'ouverture des droits, sur la mise en relation avec des professionnels de santé, ne sont pas toujours facilement acceptés par les jeunes qu'il faut relancer plusieurs fois. Ensuite, dans un cas sur deux, un suivi des démarches effectuées est fait.

Les ML, par convention régionale, **travaillent aussi avec le Centre de Médecine Préventive de Nancy et le Centre d'Examens de Santé de Metz, pour organiser des bilans de santé**, qui constituent la première étape d'une démarche de sensibilisation à l'état de santé et d'accès aux soins (16 missions locales et

PAIO participent à cette action). Le Centre de Médecine Préventive de Nancy prépare les bilans de santé avec les jeunes (par la venue d'une infirmière) et restitue, individuellement et collectivement, ces bilans par la venue de médecins au sein de la mission locale. Dans certains cas, le CMP assure les démarches de suite, par exemple par un contact avec un praticien dentiste.

De la même façon, la Mission Locale de Toul travaille en lien avec le Centre Médico-Psychologique, en organisant des petits déjeuners santé qui sont animés par une infirmière spécialisée en psychologie. Cela permet de mettre les jeunes en contact avec une professionnelle de la santé, sans obligation de prise de rendez-vous par la suite.

Par ailleurs, les référents santé des Missions Locales ont été formés par le CMP en 2000-2001 (action abandonnée depuis). La même action, basée sur des bilans de santé, est conduite auprès des stagiaires de la formation continue (jeunes et adultes). Mais tous les organismes de formation ne jouent pas le jeu (seuls les plus concernés par les publics en difficulté le font : ainsi les dispositifs CAPEN utilisent de façon systématique le partenariat avec le CMP ; les animateurs de l'école de la 2ème chance, mais aussi les GRETA et l'AFPA, travaillent aussi avec le CMP).

S'agissant des jeunes en insertion, on peut estimer que plus de **4 000 jeunes de 16 à 25 ans bénéficient de bilans de santé chaque année** (dont moins d'un millier de stagiaires). Les missions locales ont aussi un partenariat avec certains CHS (sur les problèmes psychiatriques), ils orientent aussi vers les Centres Médico-Psychologiques et vers les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les animateurs de la Mission Locale de Sarreguemines savent qu'ils ne touchent pas tous les jeunes les plus en difficulté ou les plus éloignés géographiquement ; les professionnelles insistent sur le fait que le territoire est très enclavé et qu'il est difficile de se rendre en transports en commun dans les autres villes du bassin de vie (notamment l'E2C de Forbach : il faut être très motivé pour aller y suivre une formation).

De plus, le territoire de Sarreguemines ne bénéficie pas de PAEJ (Point Accueil et Ecoute Jeunes) : le plus proche se situe à Forbach. Les parents s'adressent à la Mission Locale pour avoir une écoute et des solutions face aux problèmes que rencontrent leurs jeunes. Les jeunes et les parents en souffrance ne trouvent pas d'autre structure qui puisse les écouter.

A Metz, les responsables du CASA ont des contacts avec la Mission Locale. La souffrance psychologique des jeunes en situation d'insertion professionnelle fait l'objet d'une réflexion nationale commune du réseau des ML, des CES (Centres d'Examen de Santé), des CPAM et du ministère de la santé.

C.3.4. Les interventions auprès de l'ensemble des publics

Le Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents de Metz et la Maison des Adolescents

Ouvert depuis 1998, le CASA est un lieu de soins qui accueille à Metz des jeunes de 13 à 20 ans (majoritairement des lycéens) afin de combler le vide qui existait entre l'intervention de la pédopsychiatrie (jusqu'à 16 ans) et la prise en charge de adultes. Ce sont des jeunes qui présentent des problèmes de santé (somatiques et/ou psychologiques) : "mal-être", velléités suicidaires, troubles des conduites alimentaires, dépendance à des produits (drogue, médicaments), situation de violence ou de maltraitance.

Les parents sont aussi accueillis par le CASA. Le CASA est d'abord un **espace d'écoute et de parole ; il assure aussi un accompagnement et un soutien aux soins, des consultations médicales spécialisées, des psychothérapies**. L'intervention est essentiellement individuelle, mais elle peut être aussi collective (groupes de paroles et d'écoute). Le CASA a établi un partenariat important, en amont et en aval de son action, avec les autres professionnels de la santé et de l'intervention sociale, pour une prise en charge la plus globale possible :

- L'Education Nationale
- Les missions locales
- Les médecins généralistes
- Les « Points d'Accueil Jeunes et Parents » et l'Ecole des Parents (pour le développement de lieux de parole parents-enfants). L'Ecole des Parents développe par ailleurs un réseau à distance « ville-santé-jeune »

Créé en 2006, la **Maison des Adolescents** regroupe désormais le CASA ainsi que des unités d'hospitalisation, un Point Accueil Ecoute Jeunes et Parents, une consultation cannabis, une permanence d'Information et d'Orientation scolaire et une permanence de la Correspondante Territoriale de La Défenseure des Enfants. Il existe deux Maisons des Adolescents en Lorraine (Metz et Nancy).

2ème PARTIE : LA PAROLE DONNEE AUX JEUNES

A. Méthodologie d'enquête

A.1. Rappel de la problématique

Dans le cadre de ce diagnostic territorial sur la santé des jeunes, le Secteur Santé du Conseil Régional a sollicité l'ORSAS (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales) pour réaliser des entretiens auprès de jeunes, afin de recueillir leurs représentations et pratiques en ce qui concerne les questions de santé.

Le diagnostic territorial comprend un large état des lieux chiffré de la santé des jeunes. Plusieurs indicateurs sont recensés et permettent l'énoncé d'hypothèses quant à l'état sanitaire des jeunes lorrains (hygiène alimentaire, consommation d'alcool, usage de tabac, etc.). Des entretiens ont également été réalisés auprès de professionnels (de soins et autres) dans le but d'imager et de commenter les chiffres évoqués.

L'objectif de ce travail est d'amener les acteurs à mieux connaître la problématique de la santé des jeunes et de mettre en place des actions visant à promouvoir de meilleures conditions sanitaires pour cette population en comprenant au mieux le sens que la santé sous-entend pour elle, et de manière plus générale de favoriser l'autonomie des jeunes sur ces questions. **Les entretiens auprès de jeunes représentent l'occasion d'associer plus directement les jeunes dans la mise en place de politiques de santé en ayant connaissance des attentes de ces populations afin d'encourager des actions plus réciproques**.

Douze entretiens ont été réalisés auprès de différents jeunes en relation avec les missions locales, les lieux d'apprentissage (CFA) et les universités. Pour ce qui est des universités, des jeunes en situation de décrochage sont visés. L'objectif est de saisir les représentations que les jeunes se font de la problématique de la santé (bonne/mauvaise santé, place donnée, accès aux soins, etc.) et les pratiques qui y sont associées en termes de quotidienneté. De plus, les premiers résultats chiffrés ne permettent d'avoir accès que partiellement aux questions liées à la santé mentale et au bien-être des jeunes. **Au-delà de la représentation chiffrée de l'état sanitaire des jeunes, la réalisation d'entretiens a pour intérêt l'accès à des données plus subjectives sur ces thématiques**.

Ainsi, il est question ici de saisir le sens que les jeunes donnent aux problématiques sanitaires, la manière dont ils se réapproprient les discours, la connaissance qu'ils ont des systèmes de soins et leurs pratiques, ressentis et attentes en matière de santé.

A.2. Définition de la population

Avant de débuter ce travail, nous tenons à repréciser que « **la jeunesse n'est qu'un mot** » (Bourdieu). Un mot qui permet de définir une population par rapport à une autre (les personnes âgées par exemple).

Selon Galland, le modèle féminin de l'entrée dans la vie adulte s'oppose à celui des hommes pour deux raisons principales :

- La plus grande précocité du calendrier familial ;
- La moins grande importance de l'étape professionnelle dans le processus d'entrée dans la vie adulte. Ceci peut s'expliquer (bien qu'il faille être conscient de la plus grande importance de la place du travail dans la validation de l'autonomie féminine) par le fait que l'identité féminine peut plus aisément se construire à travers la sphère familiale comme support de reconnaissance quand le travail reste un pilier central de l'identité masculine.

Étudier la jeunesse revient alors à faire une étude comparative à l'intérieur même de la catégorie «jeunes» sans pour autant prétendre la saisir dans sa complexité et sans volonté de la réduire à l'aperçu dont il sera question ici.

Aussi, pour ce travail, il convient d'exposer les jeunes qui seront interrogés. A partir de ces différents constats, cinq situations ont été retenues :

- La première concerne des jeunes en relation avec les missions locales.
- Pour la seconde, il sera question d'identifier des jeunes, inscrits à l'université, en situation de décrochage.
- Ensuite, il sera question de rencontrer des jeunes de milieux ruraux en situation d'isolement social.
- Des jeunes en lycées.
- Pour finir, des jeunes inscrits dans des structures comme les CFA seront également l'objet de notre attention.

Les individus interrogés sont âgés de 15 à 25 ans ; catégorisation qui provient d'une approche de la jeunesse par l'âge, la plus usitée par les acteurs. Bien que cette tranche d'âge recouvre un large panel de situations, il n'en reste pas moins, que cette catégorie est celle visée et définie par l'ensemble des organismes traitant de la problématique de l'insertion socioprofessionnelle de la jeunesse comme pour les missions locales par exemple. De plus, cette catégorie trouve sa pertinence dans ce qu'elle suppose en termes de choix scolaires et professionnels qui s'offrent aux individus suite à la période de scolarité obligatoire (qui court en France jusqu'à 16 ans). L'approche sociologique permettra de compléter et d'affiner cette catégorisation en considérant la jeunesse comme une période, socialement construite c'est-à-dire encadrée de normes et valeurs, tout en cherchant à saisir le sens que les individus concernés donnent au phénomène étudié.

La population devait être diversifiée et composée d'un échantillon de chaque catégorie d'individus traité dans le diagnostic.

Pour ce faire, l'ORSAS et le Secteur Santé du Conseil Régional ont défini quatre groupes et se sont entretenus auprès des personnes suivantes :

- 1 femme et 2 hommes inscrits en CFA
- 1 femme et 2 hommes membres d'une mission locale
- 1 femme et 2 hommes inscrits à l'université mais ayant décroché du cursus
- 2 femmes et 1 homme au lycée

Afin de correspondre au mieux aux données quantitatives du diagnostic et, de fait, de couvrir au mieux le territoire lorrain, nous avons essayé d'interroger des personnes venant des quatre départements. Par ailleurs, bien que la grille d'entretiens ait été réalisée par l'ORSAS, le Secteur Santé avait en charge d'enquêter auprès des jeunes en CFA et en mission locale tandis que l'ORSAS a réalisé les entretiens auprès des étudiants et des lycéens.

Ces interviews avaient donc pour objectif **d'éclairer les données chiffrées par les discours des jeunes**. Une série de questions a donc été construite, selon les trois thématiques suivantes :

1. La santé : définition et informations
2. Pratiques et représentations de la santé : relation au corps médical et comportements à risques
3. Le bien-être psychologique et mental

B. Présentation de la population

Le tableau ci-dessous présente la population auprès de qui les entretiens ont été réalisés.

Présentation des douze jeunes interrogés dans le cadre des entretiens

Prénom	Age	Statut socioprofessionnel	Lieu de résidence	Mode de résidence	Profession des parents	Fratrie	Statut conjugal	Ressources
Rémi	25 ans	Etudiant décrocheur en musicologie – Formateur de guitare	Nancy-centre (54)	Seul en appartement	Mère : retraité de l'éducation nationale Père : Luthier de formation, gestionnaire de patrimoine immobilier	Deux sœurs et un frère plus jeunes	Célibataire	Situation qualifiée de précaire : salaire de formateur de guitare et bourse du CROUS
Paul	22 ans	Etudiant décrocheur en LEA	Nancy-centre en semaine et ville (3000 hab.) le week-end près de Longwy (54)	Seul en appartement la semaine et avec sa famille le week-end	Mère : décédée Père : travaille au parlement	Un grand frère et une grande sœur	Célibataire	220 euros par mois
Léa	22 ans	Etudiante décrocheuse Culture et communication	-	Domicile des parents	Mère : enseignante Père : responsable d'une association	Une grande sœur	-	750 euros par mois
Alexandre	17 ans	1ère SES euro	Réméreville (54)	Domicile familial et domicile de sa petite amie	Mère : enseignante Père : électricien	Un grand frère et un petit frère	En couple depuis dix mois	10 euros par semaine
Charlotte	18 ans	Terminale STAV	Château-Salins (57)	Domicile de sa tante	Mère : vendeuse en boulangerie Père : travaille dans le BTP	Une jeune sœur	Célibataire	De 20 à 100 euros selon les besoins
Louise	17 ans	1ère STG	Saint-Mihiel (55)	Domicile familial après le passage du bac	Mère : femme au foyer Père : employé à la SNCF	Une grande sœur	En couple depuis 4 mois	30 euros par mois

Laurent	21 ans	1ère année de BTS DRB	Liffol (88)	Seul en appartement	Mère : vendeuse Père : magasinier	Un grand frère	Célibataire	942 euros par mois
Edouard	21 ans	1ère année BAC Pro paysager	Saint-Avold (57)	Domicile parental	Mère : aide-ménagère Père : retraité GBL	-	Célibataire	1100 euros par mois
Laure	22 ans	Niveau BEP secrétariat	Nixéville (55)	Domicile des parents de son compagnon	Mère : femme au foyer Père : métallurgie	-	Célibataire	Ressources du chômage
Mylène	19 ans	BTS assistant manager	Vitry (57)	Domicile parental	Mère : hôtesse de caisse Père : technico-commercial	-	Célibataire	850 par mois
Karim	21 ans	Niveau CAP Peintre	Metz (57)	Domicile parental	Mère : femme de ménage Père : absent depuis ses 3 ans	Un grand frère et une petite sœur	Célibataire	Revenu personnel du deal et revenu de la mère
Jérôme	22 ans	Bac S et 1ère année à l'université de sciences	Bruyères (88)	Domicile parental	Mère : femme au foyer Père : métallier	-	Célibataire	CIVIS de la Mission Locale = 150€

C. Représentation de la santé

C.1. Définition générale

Lors de la première partie de l'entretien, il s'agissait de questionner les jeunes sur leur définition de la santé. Dans la plupart des cas, la santé regroupait le bien-être physique et mental, s'inscrivant directement dans la définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et acceptée socialement. Il s'agit donc « *d'un bien-être, autant physique que moral* », « *d'un bon fonctionnement global du corps et puis de l'esprit* » (Rémi, 25 ans). Bien que la santé mentale ait été abordée, la plupart des enquêtés se sentent plus à l'aise avec les discours sur leur santé physique.

Le vocable employé pour définir la santé est le suivant :

- Epanouissement intellectuel
- Epanouissement physique
- Entretien
- Sport
- Alimentation
- Sommeil
- Bien-être
- Frais élevés
- Maladies

A l'association du mot *santé*, la deuxième chose citée est la maladie, le fait de se sentir diminué. Cette dernière est donc pensée sous le joug du handicap, c'est-à-dire lié à l'idée de ne pas pouvoir être libre de ses mouvements, de ne pas être sans contraintes (Jérôme, 22 ans). Ne pas se sentir en bonne santé c'est « *sentir ses os, quand je sens mes os, ça ne va plus. C'est sentir des trucs, sentir ce qu'il se passe dans ton corps et penser toujours aux mêmes choses, avoir une rengaine dans la tête. Quand tu ressasses toujours les mêmes choses, que ce soit psychique ou physique, pas réglé quoi* » (Léa, 22 ans). La santé c'est donc également les maladies, chroniques ou non, ainsi que certaines mauvaises consommations porteuses de risques telles que le tabac ou l'alcool.
Dans la plupart des entretiens, les maladies évoquées semblent être symptomatiques d'un mode de vie lié à la jeunesse en tant que catégorie.

C.2. La santé des jeunes

En effet, les discours révèlent des maladies « *liées à leur contexte en fait, à leur vie. Des dérèglements liés à une mauvaise alimentation. Avec les études, les étudiants peuvent avoir du mal à se nourrir correctement, donc des carences, des choses comme ça. Et puis bon des troubles d'ordre psychologique, du surmenage, du stress* » (Rémi, 25 ans). Les maladies qui ont été citées sont les suivantes :

- Problèmes de foie dus à l'alcool
- Cancer du poumon et de la gorge
- Infections Sexuellement Transmissible (IST)
- Cancer du cerveau en lien avec les ondes et le développement des TIC

La catégorie *jeunes* est représentée comme suit par les enquêtés : « *beaucoup ne font pas attention. Tout le temps en train de boire, pour le foie on sait que ce n'est pas bon et après fumer. Quand on passe devant la grille, c'est affreux, tout le monde fume, ça fait un nuage et je pense qu'ils ne font pas attention*» (Alexandre, 17 ans). Ce sont des « *personnes qui s'amusent, qui font la fête, qui n'ont pas de limites et qui font ce qu'ils ont envie de faire* » (Louise, 17 ans), les jeunes apprécient « *faire la fête, ils prennent moins au sérieux les risques qu'il peut y avoir dans la vie* » (Mylène, 19 ans). Il s'agit d'une population « *qui ne se contraint pas dans sa tête, qui est libre* » (Jérôme, 22 ans). Ceci rejoint les propos que l'on retrouve dans la littérature sociologique qui s'intéresse à la jeunesse, ce temps où l'expérimentation est de mise. Par ailleurs, l'un des étudiants en CFA a également ajouté : « *un jeune ? Un peu perdu, avant moins, maintenant plus. Le jeune ne sait pas ce qu'il veut faire* » (Vincent, 21 ans). Karim, 21 ans, ajoute que « *les jeunes ne font pas attention à leur santé en général, ils s'en foutent un peu* ». Ces propos seront davantage traités dans la partie sur le bien-être des jeunes, puisque nous le verrons, le mal-être vient souvent de l'absence de projection dans l'avenir et de l'incertitude de ce que la société a à offrir aux jeunes.

On peut lire ici une appropriation par les jeunes des discours typiques que l'on retrouve dans nos sociétés.

C.3. Evaluation de sa propre santé

Tous les jeunes enquêtés reconnaissent un ou plusieurs problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou d'ordre psychologique. **Le fait de prendre soin de soi passe avant tout par le fait de pratiquer une activité sportive régulière, de manger équilibré et de bien dormir**. Dans ce sens, on peut noter l'évidence des « 5 fruits et légumes par jour », bien que pour certains, le coût et la « *fainéantise* » en limitent la pratique. Les enquêtés se mettent entre 5 et 9 sur 10 à la demande d'évaluation de leur propre santé par l'enquêteur. Souvent, la note pourrait augmenter si l'entretenu se sentait mieux psychologiquement et socialement. Nous aborderons ces points dans la partie sur *le bien-être des jeunes*. Sinon, il s'agit de problèmes de santé irrémédiables (scoliose, arthrose, asthme, etc.). Globalement, ces données confirment les propos évoqués en introduction.

D. Les messages de prévention

D.1. Entre validation et inutilité : l'effet d'âge et de contexte

Les avis concernant les messages de prévention sont assez épars mais on retrouve tout de même une plus forte sensibilité aux messages chez les plus âgés (19-25 ans) que chez les plus jeunes. Cette proposition est d'ailleurs explicitée par Mylène, étudiante en CFA : *« je trouve que c'est bien mais bon, je pense que les jeunes s'en foutent un peu. Mais oui c'est bien mais c'est vrai que les jeunes n'ont pas que ça à faire d'écouter tout ça, ils s'en foutent un peu à mon avis. Ils sont jeunes quoi, c'est pour plus tard en fait, plus on grandit et plus on se dit que c'est plus important. Mais quand on est jeune non…* ».

Karim, en mission locale, estime ne pas avoir à suivre les messages de prévention : pour lui, ce n'est pas parce qu'on en parle plus que cela doit forcément avoir un impact sur sa vie. Il aime les kebabs et n'a pas envie de se refuser ces plaisirs. Les étudiants interrogés trouvent les messages efficaces et nécessaires. Les plus jeunes, bien que trouvant la démarche pertinente ne semblent pas satisfaits de sa portée : « *c'est bien mais ça ne sert pas trop. Quand je vois certains amis, limite, ils en rigolent. Ils voient la pub, c'est quoi ce truc de débile et limite, ils feront même plus pour enfreindre et pour arriver à la maladie limite* ». Selon une des jeunes lycéennes interrogées, les campagnes ne sont pas assez « *choc* » et mériteraient de dévoiler davantage les risques d'une maladie comme le sida ; propos confirmés par Mylène qui pense que les jeunes ne sont que très peu concernés par ces messages de par le fait même de leur style de vie. Pour Vincent, la prévention doit commencer bien plus tôt, être plus intense et formalisée dans un cadre permettant l'échange sur le long terme :

> « *Je ne pense pas que ce soit avec des affiches que ça passe, je pense que les pubs elles font assez bien leur rôle de ce côté-là. Je pense qu'un message vocal c'est mieux. Je pense aussi que c'est mieux d'avoir des personnes comme à l'AFPA mais plus tôt, genre en classe 6ème ou 5ème. (...) Des réunions d'informations, en fait, essayer de mettre le jeune plus en confiance, il s'ouvre pas lors de ces réunions, mais à force d'en faire, s'il connait plus facilement la personne il parlera en expliquant ce qu'il a déjà consommé et il cherchera à être aidé, il s'ouvrira plus aux gens, ce peut être ça aussi au niveau des nanas qui tombent enceinte à 14 ans, elles parleront peut-être plus facilement qu'avec leur parents* ».

D.2. La prévention liée aux risques sexuels : une charge féminine

A été abordé dans la grille d'entretien, le thème de la prévention aux risques sexuels. Il s'avère que tous les enquêtés sont conscients des risques qu'un manque de rigueur sur ces questions peut entraîner mais ce, à différents niveaux. Plusieurs individus ont déjà adopté des comportements sexuels à risques, certains en faisant les tests et d'autres plus jeunes, pour qui ce n'est pas le cas. Mais **il s'avère que la charge mentale d'une sexualité à risques est plus importante chez les jeunes femmes, pour qui le risque semble plus immédiat – que ce soit la grossesse ou les IST**. Leur discours est plus nourri et plus

empreint d'affect : « *ça existe et il faut faire gaffe, presque comme quand tu vas mettre un foulard quand il fait froid. C'est un risque qu'on court donc on fait gaffe quoi. Ça fait partie de tes habitudes* » (Léa, 22 ans). De plus, deux jeunes filles, une lycéenne et une étudiante en CFA, pensent qu'il y a un réel manque d'informations sur ces questions : « *ils nous font une intervention quand on est au collège et puis c'est tout, ça s'arrête là, au lycée il n'y a rien. A part les quelques pubs à la télé, c'est tout, on n'a pas d'autres interventions qui nous montrent ce que c'est* ». Ces propos sont confirmés par la seconde lycéenne qui souhaiterait voir un échange plus riche autour de ces questions, moins sur les messages de prévention que sur les ressentis et affects en jeu dans une relation amoureuse et sexuelle.

Le manque d'interlocuteur privilégié pour les jeunes filles : le cas de Louise

Louise est une jeune lycéenne meusienne de 17 ans. Elle a débuté sa vie sexuelle à l'âge de 15 ans avec son petit ami de l'époque, une relation d'un an et demi qu'elle qualifie de douloureuse et compliquée, avec un jeune garçon « *violent dans les mots* ». Sa première expérience sexuelle s'est déroulée sans préservatif, sous la pression du jeune homme. Elle n'a pas fait de test mais a tout de même jugé bon de prendre la contraception d'urgence. Le parcours de Louise est marquant dans ce qu'il manque d'un interlocuteur privilégié sur les questions de sexualité quand cette problématique est inabordable avec les membres de la famille – sa mère rejetant l'idée que sa fille puisse être active sexuellement. Bien qu'elle ait connaissance du planning familial, elle ne se sent pas capable de s'y rendre seule, jugeant la démarche trop importante symboliquement. Au vu de la charge que représente la sexualité pour une jeune fille, que ce soit la contraception et les risques qui y sont liés ou les messages médiatiques diffusés dans la littérature féminine rendant les femmes responsables d'une sexualité protégée et épanouie, un lieu d'échanges sur ces questions pour les jeunes filles (et les jeunes hommes) serait tout à fait approprié.

E. La relation des jeunes au corps médical : entre stigmatisation, éloignement et choix alternatif

E.1. Le rejet de la médecine traditionnelle

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il convient de stipuler que rares sont les jeunes qui ont un suivi médical préventif et régulier – des visites de contrôle par exemple. Comme cela a été évoqué précédemment, la plupart des jeunes rencontrent un médecin suite à un « problème ».

Est apparu lors des entretiens, une déconnexion entre ce que devrait être la santé et sa prise en charge pour les jeunes et la manière dont elle est appréhendée publiquement en direction des jeunes. **Il a été**

possible d'observer un écart entre la santé pour soi et la santé publique, trop systématique pour les jeunes et pas assez individualisée. La manière avec laquelle les jeunes se soignent pour eux-mêmes est en déconnexion et presque en rejet de ce qui est proposé. Ceci se traduit par la non-confiance envers le corps médical, la diabolisation des traitements et du rapport du médecin au corps. Cela est en lien étroit avec la recherche d'autres techniques de soin comme l'homéopathie, semblant plus « *respectueuse du corps* ». L'exigence d'expérimentation de l'entrée dans la vie adulte qui caractérise la jeunesse ne permet pas d'avoir un rapport étroit avec la médecine telle que nous la connaissons puisque les modes de vie jeunes en sont déconnectés. Ceci pourrait en partie expliquer l'éloignement des jeunes des systèmes de santé. Léa nous a tenu un discours tout à fait intéressant sur ce thème et qui résume assez bien les propos énoncés ci-dessus :

> «*Généralement les médecins ont un peu de mal avec les profils : fille, fine, tatouée, percée donc il y a des médecins qui me prennent par le bout des doigts par exemple. Moi j'ai eu un médecin comme ça. (…) On n'a pas confiance je pense du tout. Après c'est hyper paradoxal parce que je dis que je ne veux pas lui raconter ma vie mais je ne veux pas lui raconter parce que je ne lui fait pas confiance. Alors après c'est peut-être le profil jeune etc. mais tu sens que la personne ne donne pas trop d'importance à ce que tu lui racontes et va choisir la voie où elle peut te soigner par les médicaments alors que ça peut être soigné autrement. Je n'ai même plus envie de voir de médecins et j'ai plus envie de m'orienter vers des gens qui pratiquent la médecine autrement et plus naturelle. Ça me dérange d'aller chez le médecin et de dire tel truc et qu'il t'assomme avec des trucs. (…) Et moi je me suis trimballée avec mes radios chez plein de médecins différents et j'aurais bien aimé que chacun ait un dossier et que tu n'aies pas à arriver et tout devoir re-raconter parce que ce sont des chutes et mine de rien c'est assez traumatisant, tu n'as pas envie d'avoir à raconter, oui je suis tombée, je n'ai pas pris soin de moi pendant deux ans. Qu'on puisse avoir des dossiers construits que les médecins suivent. (…) J'ai l'impression que ça arrange les médecins de te médicamenter à fond. De la morphine à 22 ans quand même. Je tiens debout, je ne me plains pas. Et il m'a prescrit ça avant les radios. C'était juste mes plaintes et ce qu'il avait touché. Tu vois, bon, je ne suis pas médecin mais j'estime qu'il faut d'abord chercher ailleurs, personne ne m'a fait de prise de sang pour voir si je n'avais rien donc tu dis bon. Ils ne cherchent pas du tout, ils se limitent vraiment à ce que tu leur dis. J'y aurais été en disant que j'avais mal au pied, il m'aurait mis un plâtre. Donc tu ne fais pas forcément confiance non plus. Ce n'est pas basé sur des faits scientifiques* ».

On voit ici que les discours de santé publique invitent les jeunes à se soigner sans prendre en compte leurs volontés et leurs envies: pas de vrai suivi de dossier, une médication considérée comme légère et des discours normatifs. On peut lire une volonté prononcée des jeunes à un traitement et un suivi qui soient plus individualisés et adaptés au profil de chacun.

La médecine traditionnelle ne semble pas être adaptée aux modes de vie des jeunes et à leurs attentes. Les jeunes se sentent jugés face aux médecins, en témoigne l'extrait ci-dessus. Le « jugement » de

certains spécialistes entraine la volonté chez les jeunes d'un médecin qui ne se « *mouille* » pas et reste distant. Propos qui semblent contradictoires avec la volonté d'un suivi médical individualisé mais qui prennent leur sens dans la confiance que les jeunes attendent de leurs interlocuteurs en matière de santé mais aussi d'orientation professionnelle par exemple. La position de juge du médecin altérerait la relation médecin-patient.

E.2. La place des parents dans le suivi médical des jeunes

Il apparait **que les parents ont une place centrale dans le suivi médical des jeunes**. En effet, pour la plupart, les parents et surtout les mères restent les interlocuteurs privilégiés des enquêtés pour ce qui est des prises de rendez-vous chez les spécialistes, des conseils pour l'automédication et plus généralement dans la socialisation à la santé. L'accompagnement des mères dans la prise en compte des maux de leurs enfants semblent être un point fort du rapport des jeunes aux systèmes de santé : « *ma mère s'en est occupé* », « *c'est ma mère qui m'a pris le rendez-vous* », « *ma mère vient avec moi* », « *c'est ma mère qui m'a dit d'aller faire un vaccin* », « *ma mère me dit quoi prendre* ».
Toutefois, il apparait pour deux des plus jeunes filles que la relation trop étroite des mères avec les médecins sollicités peut être un handicap à la relation d'échange et de confidence des filles avec ces derniers.

E.3. La place des TIC dans les risques encourus

Les nouvelles techniques d'information et de communication ont été abordées plusieurs fois, sous des aspects différents. Comme nous l'avons précisé plus haut, elles seraient déjà responsables de cancers du cerveau.

Aussi, et c'est un fait que nous connaissons déjà assez largement, les TIC sont amplement plébiscités par les jeunes, que ce soit dans la prise d'informations rapide sur internet ou dans l'attrait pour les réseaux sociaux.

Cependant, il s'avère que les données sur internet, quand elles concernent la santé, peuvent être dangereuses. Ici, nous citerons l'expérience de Charlotte avec les antidépresseurs :

> « *Je ne sais pas trop comment faire en fait pour éviter de stresser. J'ai pris des médicaments et on m'a dit d'arrêter parce que les antidépresseurs ce n'est pas très bon. J'ai arrêté et j'avais toujours du stress et j'ai pris des plantes pour éviter de stresser et il faut les prendre sur du long terme et si je les prends la veille au soir ça ne marche pas. (…) J'ai préféré prendre des médicaments pour me sentir bien au niveau de moi-même. (…) J'ai arrêté du jour au lendemain, ça m'embêtait plus qu'autre chose. J'ai regardé des trucs sur internet, des forums, ils disaient que ce n'était pas très bon et commencer comme ça, après pour s'en*

défaire c'est dur. Quand j'ai vu ça, j'ai arrêté. (…) Et puis mon médecin m'avait dit que ce n'était pas bon de commencer comme ça, je m'étais documentée et quand j'ai vu que ce n'était vraiment pas bon, j'ai arrêté tout de suite. Je n'aime déjà pas le chimique alors si c'est pour prendre des machins qui vont me suivre toute ma vie, j'ai dit stop. (…) Maman m'a demandé si je les avais tous pris j'ai dit oui mais je les ai jetés dans la poubelle ».

On peut voir ici l'influence que peut avoir internet dans les prises de décisions des jeunes et dans leur autonomisation face aux systèmes de santé. Nous savons que l'arrêt de ces médicaments doit se faire progressivement et selon certaines règles. Le rôle d'internet semble ici être sujet à controverse dans ce qu'il propose comme information et contre-information pour les jeunes.
Par ailleurs, internet a été abordé une troisième fois par Alexandre, un jeune lycéen qui refuse les soirées entre personnes de son âge à cause du rapport de ces derniers à l'alcool et à la marijuana. Pour lui, internet a une influence néfaste dans ce qu'il propose comme modèles sexués et sexuels aux jeunes :

« *Je pense beaucoup à internet. Avec toutes les vidéos qu'on voit, tous les sites d'actualité choc. Je ne sais pas si vous connaissez Web choc. Ce sont des vidéos vraiment choc. Il peut y avoir des trucs autant porno mais c'est du hard, des trucs vraiment hard. Et après il y a les vidéos trash, il faut être vip, avoir un compte mais on peut voir des chinois se faire découper en vidéo. Et je pense que tous les trucs comme ça, les sites porno, je pense que les jeunes, moi aussi je suis jeune, mais beaucoup ils vont et ils en parlent tout le temps et ça fait du bouche à oreille et tout le monde en parle et ça fait tout un cercle. Du coup les comportements c'est pareil, ils ont dû voir des vidéos d'un mec qui se bourre la gueule et qui fait plein de trucs et ils veulent le faire* ».

F. Les comportements dits « à risque » : une solution bien plus qu'un problème

F.1. L'alcool comme facilitateur de lien social

L'alcool est consommé par les jeunes, quel que soit leur âge ou leur sexe pour des raisons similaires : la désinhibition et la facilitation des liens sociaux. Globalement, l'alcool « *apporte la joie. On est motivé. Je ne sais pas comment expliquer ça, t'es chaud, t'es super excité* ». Marcel Drulhe et Serge Clément parlent d'alcoolisme altruiste, quand l'intégration sociale passe par la consommation collective d'alcool (Sciences sociales et alcool, 1995).Cela dit on peut noter quelques différences notables dans la manière de consommer des jeunes selon leur âge.

- Chez les 20-25 ans

Les plus âgés ont une consommation plus régulière mais moins excessive et diversifiée en termes d'alcool. Souvent il s'agit de bières et de vin ce qui n'empêche pas les soirées excessives avec « *gueule de bois* ». Ce qui prime chez les plus âgés reste la facilitation des relations. Rémi, 24 ans, boit principalement pour l'aspect convivial de l'alcool et pense avoir un rapport sain à sa consommation : « *un moment de partage en fait. Quand ça t'arrive tu es avec des gens. Donc dans un moment social* ». Pour Edouard, l'alcool marque un instant convivial. Il note d'ailleurs très clairement la différence qu'il peut y avoir entre sa consommation et celle des individus plus jeunes que lui : « *c'est sûr qu'on préfère peut-être boire de l'alcool parce que voilà c'est plus convivial, le fait de partager une bière c'est plus convivial que de partager un IceTea ! Je pense que le fait de partager une bière fait qu'on se sent comme à la maison. C'est vraiment le côté convivial même si après je sais que dans la journée il y a beaucoup de jeunes qui ont des problèmes et qui partent du principe de se bourrer genre : ce soir on se met une pince* ».

Il arrive qu'il y ait des excès. « *Il y a un mois, avec un copain dont je tairai le nom (rires). Nous sommes allés dans un bar dans lequel on va souvent et puis on a passé une bonne soirée mais au final on a un peu trop bu, sans avoir mangé. Être un peu gai dans une soirée, ça m'est arrivé la semaine dernière. Je bois entre une à trois fois par semaine* ». Ce qui est intéressant dans ce récit est que cet événement est survenu en semaine, excès d'alcool qui a coûté à Rémi une veisalgie, l'empêchant de réaliser ses activités quotidiennes durant une journée et demie. Ceci peut être mis en correspondance avec le problème de structuration du quotidien des jeunes, cité dans plusieurs entretiens. En effet, il est apparu que les jeunes qui ont déjà obtenu leur baccalauréat ne se sentent pas assez encadrés dans l'organisation de leur quotidien face au poids des institutions comme l'université ou les démarches administratives liées à la santé, ce qui ne semble pas les aider à poursuivre dans cette voie.

Par ailleurs, le fait d'être investi dans une activité – de pratiquer une activité sportive ou d'avoir un emploi régulier – éloigne les jeunes d'une consommation d'alcool importante. Ce qui est moins le cas chez les plus jeunes, moins sportifs.

- Chez les 16-19 ans

Pour ce qui est des plus jeunes, la consommation d'alcool est plus ponctuelle mais en quantité plus importante et avec, souvent, des alcools plus forts. Cette population boit moins régulièrement plutôt en soirées, et plus excessivement. Michel Lejoyeux considère cette consommation d'alcool aigüe préoccupante dans la mesure où il s'agirait d'une addiction spécifique à la jeunesse largement tolérée (*Les secrets de nos comportements : le libre arbitre existe-t-il ?*, 2009) : cette toxicomanie serait autorisée socialement puisque ponctuelle. De plus, les jeunes auraient moins conscience des risques puisqu'il s'agit souvent d'une consommation en lieu clos où le rapport avec l'institution (les services d'ordre par exemple) est moindre. Charlotte explique sa consommation :

« *Souvent à des soirées. Sinon pour des anniversaires, des choses comme ça. (...) [Je bois] aussi bien du martini, que du Jet 27, de la vodka, de la tequila, au fil de la soirée, ce qu'il y a. De tout, des mélanges. (...) Il y en a qui, quand ils sont pompettes, vomissent et sont vraiment pas bien. Moi je vais très bien, je ne vomis pas. Je n'ai jamais vomi. Mais je me suis déjà pris des cuites. (...) Je ne vois pas l'intérêt, dans l'autre cas [avec la famille], d'être pompette, mais tu es avec tes amis, tu t'amuses, tout le monde boit, tu fais les jeux, machin alors qu'un apéro, tu es avec la famille, tu discutes, ce n'est pas le même contexte en fait. Et puis c'est, comment dire, je suis entrainée par les autres en fait alors qu'un apéro ça reste soft. (...) La dernière, c'était quand. Ça fait un moment. Celle de mon anniversaire, celle-là je m'en souviens. Les autres je ne m'en souviens pas. Le soir on a commencé au champagne parce que maman était là, on a trinqué au champagne pour mon anniversaire et j'ai fait attention parce que c'était mon anniversaire, donc devant maman, je n'ai pas fait trop l'abrutie. Après, on a ouvert les cadeaux, après on a rebu du champagne, après on a dansé. Après maman est partie donc là j'ai bu une bouteille de whisky. J'ai bu de la bière. Quoi d'autres. Après il y avait la tequila, la manzana, on a fait un mélange de tout ça. Après on a re-dansé. Après il y en a plein qui ont été vomir, ça je m'en rappelle. Après qu'est-ce qu'on a fait. Après les garçons se sont déshabillés. Et les filles, deux filles, sont montées sur la table mais je ne sais plus qui c'est. Et puis après, on a terminé aux teq paf et on a été se coucher. Et le lendemain, nikel. C'est vrai que je n'ai jamais eu mal au crâne le lendemain. Bon à nouvel an, j'étais un peu barbouillée, on a fait quand même plus de mélanges, il y avait de tout. J'avais demandé un verre de bière et ils m'ont fait un verre avec tout dedans, de la manzana, de la tequila, du whisky, tout mis là-dedans et moi comme une imbécile bah j'ai tout bu quoi. Et le lendemain j'avais un peu mal au ventre quand même* ».

Ce genre de discours, où l'alcool tient une place centrale dans les soirées est confirmé chez les jeunes lycéens interrogés. Il en est de même pour Louise et anciennement pour Alexandre. Ces deux jeunes expliquent également que leur consommation d'alcool leur a permis d'oublier certains de leurs problèmes, familiaux principalement. Alexandre a arrêté de consommer de l'alcool depuis dix mois, trouvant les comportements des jeunes alcoolisés, stupides.

« *J'ai complètement arrêté, ça m'a trop perturbé. (...) Dans ma famille, j'avais des problèmes, à cause de mon petit frère, qui est né plus tard, qui n'était pas voulu et c'est le centre de l'intérêt de tout le monde, il est hyperactif.*
Donc je me sentais mal aimé dans ma famille, à l'écart et je passais le temps à sortir et à boire. A force je me suis dit que ce n'était pas bien. (...) C'était tous les week-ends à fond. Mais j'évite même d'aller en soirée parce que je sais que je vais être dégoûté. Je vais trop me voir avant et ça va me... Je ne sais pas. Je n'aimerai pas. (...) Ils ne se rendent pas compte, ils ne sont pas conscients de ce qu'ils font. Quand j'ai vu sur Facebook il n'y a pas longtemps, des mecs bourrés, sur les panneaux de la gare. Et même au lycée, ils ont dessiné au-dessus du bâtiment, comment dire, des parties génitales. Je ne sais pas si vous savez.

Au-dessus du bâtiment. Le lundi on voyait le concierge nettoyer. Tout le monde rigolait alors que ce n'est pas du tout marrant ».

Au-delà du fait qu'Alexandre juge mal les personnes alcoolisées, il a également expliqué qu'il ne comprenait pas le rapport des garçons avec les filles lors des soirées. Il serait d'accord pour refaire des soirées avec alcool mais qu'avec des personnes de sexe masculin. Pour lui, dès que les soirées sont mixtes, les comportements sont sexualisés et débordent. Il a été très critique à l'égard des pratiques qui se déroulent dans les soirées des jeunes de son âge. Il est choqué par la réification des jeunes filles et leur acceptation de cette position.

Par ailleurs, Charlotte nous a expliqué que l'alcool, au-delà de la convivialité qu'il faisait naître dans un groupe, permettait également de faire naître la confiance en soi : « *je me sens gaie [quand je bois] et j'arrive à faire des choses que je ne ferais pas en étant clean. Je ne sais pas. Je n'ai pas d'idée parce qu'en général je ne m'en rappelle plus. Mais il y a des choses qu'en étant comme ça je n'arriverai pas à faire mais avec un coup dans le nez ça passe plus facilement. Je préfère parce que je ne me concentre pas... J'ai beaucoup de mal avec le regard des autres en fait et quand j'ai bu, ça m'est égal en fait. Alors que quand je suis clean, tout le temps ça m'obsède. Je suis toujours devant la glace à faire comme ça et quand j'ai un coup dans le nez, je ne le fais plus et je m'en fous un peu* ».

Pour conclure sur les consommations d'alcool des jeunes, on peut noter la différence suivante : boire et avoir bu. Les plus âgés semblent rechercher dans l'instant ce que procure l'alcool ; la convivialité et l'échange tout en appréciant ce qu'ils consomment. Pour ce qui est des plus jeunes, on peut lire au travers de leur discours la recherche d'un état lié à l'alcool : « *qu'avant je n'allais pas très bien et quand j'avais des soirées, comme ce n'était pas souvent vu que mes parents me privent beaucoup, ce n'était pas souvent, je buvais sans limite. Des mélanges de tout, de tout ce qu'il y avait, whisky, vodka, passoa, manzana, bières. Ce que je trouvais en fait. Ce n'est pas fréquent, pas forcément fréquent, je suis vite saoule. Pis voilà. Qu'en soirée. Sinon non, ça ne m'attire pas, je ne vois pas l'intérêt* » (Louise, 17 ans). Les plus jeunes boivent moins souvent, en moyenne une grosse consommation d'alcool par mois mais ce qui est recherché c'est l'état de lâcher-prise que procure l'alcool, et non le plaisir de la consommation.

F.2. La marijuana comme remède

Sur douze jeunes interrogés, quatre sont des fumeurs réguliers (trois hommes et une femme), quatre n'ont jamais essayé (deux femmes et deux hommes), un autre est fumeur très occasionnel qui fumerait davantage si la marijuana était légalisée, un autre a arrêté suite à l'obtention du permis de conduire et deux jeunes filles ont essayé mais ne sont pas attirées par le produit. Ces deux dernières expliquent l'avoir fait suite à l'émulation collective en soirée.

Pour ce qui est des fumeurs et ex-fumeurs de marijuana, il semblerait qu'on retrouve la même idée thérapeutique et d'apaisement dans la consommation : « *ça détend* ». Selon Louis, 22 ans, « *des fois*

j'ai l'impression que c'est un peu le remède mais j'en suis conscient aussi, j'essaie que ça ne se propage pas trop. Souvent ça me fait du bien. Après c'est chimique c'est dans le cerveau que ça se passe. On se sent mieux ». Cela dit, Louis a également stipulé qu'il ne fumait pas uniquement quand ça n'allait pas mais qu'il appréciait se détendre avant le coucher.

Pour Léa qui a des problèmes de dos, il s'agit de se soulager. Elle fume en moyenne quatre joints par jour. « *Je fume parce que ça me détend vraiment le dos. Je sens beaucoup moins les douleurs. Je fais tisane plus joint. Je fais des tisanes avec de la reine des prés, du cassis et avec le joint. Et c'est bien quoi* ». Rémi n'achète plus de marijuana mais continue d'en consommer avec ses pairs. Il en consommait le soir au coucher. Les raisons de sa distance avec le produit sont les suivantes : « *ça ne me réussissait pas du tout en prise régulière. Quand je fume je suis vraiment dans les vapes, pendant au moins une journée, si je fume un joint le soir, toute la journée je sens que je suis moins efficace, moins réveillé. Je m'en suis particulièrement rendu compte quand je prenais des leçons pour le permis. Il m'arrivait de fumer la veille d'une leçon et le lendemain en fin d'après-midi, je n'étais pas très concentré. Donc les effets classiques, que je voyais tout de suite. Alors que quand je ne le faisais pas, ça se passait mieux* ». Sa définition d'une bonne santé est assez en accord avec ses pratiques : pour lui, être en bonne santé, c'est être équilibré, pouvoir se permettre des écarts, ne pas être dans un extrême ou dans un autre par rapport à la santé.

Pour Karim, qui fume en moyenne dix joints par jour, c'est une habitude. Il a grandi dans une cité et « *tout le monde fume* ». Il a également évoqué l'aspect thérapeutique du produit bien qu'il s'agisse davantage d'une pratique collective. Il est intéressant de préciser le choix que les jeunes font dans l'adoption de comportements à risques. Karim explique que certes il fume beaucoup mais que par contre il ne boit pas, ce qui limite le risque. Sa non-consommation d'alcool est justifiée par son appartenance à la religion musulmane. Il explique sa consommation de la façon suivante : « *ouais dix par jour. (…) Je suis détendu à fond, je rigole un peu mais je suis conscient ! Mais bon je fume surtout pour la détente. Peu importe l'heure. Le premier c'est le matin, 1h30 après m'être levé. Et le dernier souvent je m'endors dessus (rires)* ». Il explique par ailleurs ne pas avoir de baisses de moral et si cela arrive à un moment, il fumera un joint. Il est conscient que cette pratique est mauvaise pour sa santé, comme son alimentation à base de kebabs mais considère « *profiter de la vie* » et se considère en bonne santé.

F.3. Les troubles alimentaires chez les jeunes filles : le poids des apparences et le besoin de maîtrise de soi

Une seule jeune fille a présenté des troubles alimentaires mais il nous a semblé pertinent d'en faire un point dans la mesure où ce phénomène semble largement diffus dans la population féminine. Léa a 22 ans et a arrêté l'université pour travailler dans un bar. Elle gagne trop peu sa vie pour se prendre un logement mais place régulièrement de l'argent de côté pour ouvrir son « *entreprise dans le hip hop* ». Son poids est revenu de manière insistante dans la discussion : « *en dessous de 50 kilos* », « *c'était trop*

costaud pour mon poids », « *fille fine* », « *tout ça pour mes 21 ans et mes 45 kilos* », « *quand t'es mini pouce* ».
Nous avons donc impulsé la conversation en ce sens, lui demandant quel rapport elle entretenait avec son corps et son poids.
Son discours était très contradictoire sur son rapport à la santé : elle pouvait considérer ne pas prendre soin d'elle à un moment au vu de l'absence de nourriture, de sa perte de poids et de sa consommation de cannabis mais évoquer plus loin le fait qu'elle prenne soin d'elle parce qu'elle ne mange que des fruits et légumes et qu'elle ne boit pas. Elle a un rapport très distancié à la médecine traditionnelle. Elle refuserait catégoriquement de rencontrer un psychologue. Elle explique :

> « *Il y avait tout le moment où je mangeais moins, je me faisais engueuler par les copines et puis je me suis réveillée un matin, je faisais 45 kilos. Hier j'en faisais 50, enfin hier... Et puis tu t'effraies à te dire que presque ça ne te dérange pas et tu arrives à acheter des pantalons en 34 que tu ne déboutonnes pas pour aller pisser. Tu te dis qu'il y a un bug. Mais je ne gère pas, du tout. Je sais que c'est un truc qui m'échappe totalement. Donc j'essaie de me le répéter pour que ça me rentre dans le crâne et en me le disant je me rendrais compte, que ça ne va pas du tout, même si je ne suis pas grande, ça ne va pas. J'ai quitté et normalement je mange avant de sortir et là non, et c'est une fois dans la rue où je me dis que je n'ai pas mangé. Des fois en fin de journée, je me dis que je n'ai pas mangé. Tu n'y penses même plus. Après je n'ai jamais aimé manger. Après tu n'y penses pas donc tu ne le fais pas. Je n'ai pas le réflexe et puis je n'ai pas faim, ça ne m'attire pas, je n'aime pas manger. Si je peux y échapper je le fais. Et aussi au café, ce sont de toutes petites pauses, soit tu manges vite et tu as mal au ventre ou tu manges la moitié si tu veux fumer une clope et ça devient un rythme de bouffe quoi. Plus ça va et moins t'as besoin de manger. L'estomac se rétrécit. Il va être beau le bilan (rires)* ».

Par la suite, nous lui avons demandé si elle ne se sentait pas faible lorsqu'elle ne mangeait pas. Elle nous a répondu qu'elle avait toujours une pomme dans son sac au cas où. Ce que dévoile ce discours est la contradiction entre les propos allant vers une absence de conscientisation de la nourriture – quand elle dit ne pas penser à se nourrir – et la redondance du poids dans son discours ainsi que la pensée du fruit dans son sac. Elle a elle-même utilisé le terme d'anorexique : « *parce que je me sens un peu mal là : droguée, anorexique... (Rires). Super, le beau bilan, je ne vais pas tarder à fumer un joint* ». Tout en expliquant par la suite qu'elle ne pensait pas vraiment être anorexique : « *je ne pense pas. Non. Je pense que même si je sais qu'on fait une distinction entre anorexie physique et anorexie mentale et que ce n'est pas parce qu'on ne se fait pas vomir qu'on n'est pas anorexique mais je ne pense pas. Sinon je n'en parlerai pas du tout. Alors que dès que j'ai senti que ça chutait, j'en ai vite parlé au gens, il faut en parler, il fallait que du coup on me force à manger, que j'ai ça. Tout le monde ne l'a pas forcément fait mais du coup je pense que ce n'est pas de l'anorexie* ». On retrouve ici une forme d'autojustification de ses pratiques : comme elle en parle, elle n'a pas vraiment de problèmes. Plus loin, elle nous a expliqué qu'elle pensait que quelque chose d'autre se cachait derrière ses problèmes de nourriture en évoquant la dépression.

Muriel Darmon décrit l'anorexie comme une « carrière », c'est-à-dire un processus dans lequel s'engagent certaines personnes, et qui comporte plusieurs étapes ou moments. L'anorexie (ou troubles alimentaires) ne peut se penser en déconnexion des normes sociales et doit être pensé dans un ensemble de contraintes pesant principalement sur les jeunes femmes en termes d'excellence sociale, de maîtrise de soi et de culture volontariste. Il s'agit davantage d'un *régime de vie* que d'un contrôle de son poids. Au final, les efforts et le contrôle s'immiscent dans tous les domaines de la vie.
« L'épidémiologie montre que l'anorexie ne se répartit pas au hasard de la population, touchant de manière prédominante de jeunes femmes entre 15 et 24 ans, d'origine sociale moyenne ou supérieure. Et, de fait, les pratiques qu'elles effectuent sont socialement situées » (Molénat Xavier, Sciences humaines, Février 2004). Pour Muriel Darmon, le principe de ces pratiques se situe dans un « ethos ascétique », une « discipline et une éthique de l'autocontrainte » qui guide les jeunes filles vers un « contrôle sur le destin corporel et social qui n'est pas neutre socialement ». Selon elle, ce travail est animé par la volonté d'exception sociale.

Nous pouvons également aborder ici les propos de Louise et Charlotte qui ont toutes les deux expliqué le sentiment désagréable qu'elles avaient par rapport au jugement des autres sur leur physique respectif : « *c'est moi sur mon état corporel. Je me sens grosse donc c'est vrai que j'essaie de faire des régimes mais je n'y arrive pas parce que je ne me tiens pas à ce que je dis et ça me fait stresser. Par rapport au regard des gens. On doit me trouver grosse, pas belle et compagnie. (…) [Mon regard] est moins important. Parce que je me dis que les autres, c'est eux qui me regardent, moi je reste moi, je ne vois pas. Que les autres me voient, il est plus important parce qu'ils peuvent avoir des préjugés sur moi. Je ne sais pas donc du coup j'essaie toujours d'être, pas au top, mais presque. D'être bien, d'être bien coiffée, bien maquillée et compagnie* ». On peut lire ici les problèmes d'estime de soi des jeunes filles et le poids des représentations liées à la féminité irréprochable.

Il convient de faire également un point sur les pratiques d'automutilation qui touchent davantage les jeunes filles. C'est le cas de Louise. Elle l'explique de la façon suivante : « *je ne savais pas ce qu'il se passait dans mon corps, je comprenais rien, tout me tombait dessus. Et puis j'avais l'impression que de me faire mal autre part ça enlevait le mal dans ma tête* ». Depuis cinq mois, Louise consulte un psychologue à sa demande, qu'elle apprécie. Depuis, elle ne se scarifie plus.

En plus de remarquer dans le discours des jeunes filles qu'elles disent toutes pleurer facilement quand elle jugent ne pas aller bien, il apparaît que certaines pratiques comme les troubles alimentaires et l'automutilation et certaines représentations liées au poids des apparences sont dans une large mesure réservées au sexe féminin. Ce point nous permet de transiter vers la partie sur le bien-être mental et social des jeunes.

G. Le bien-être mental et social

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS). D'une manière générale, les jeunes ont conscience des dimensions plurielles de la définition de la santé. Dans cette partie, nous allons traiter du sentiment que les jeunes adoptent face à leur bien-être moral. La question a été abordée plus ou moins facilement par les jeunes enquêtés.

G.1. Le contexte familial

Le contexte familial est souvent la première raison du mal-être chez les jeunes : c'est le cas pour Alexandre, Louise, Charlotte, Paul, Laure et Léa (qui l'a abordé de manière très diffuse) et ce pour des raisons diverses :

- Décès d'un parent
- Divorce et instabilité familiale
- Rigidité parentale et difficulté de communication
- Absence de liens affectifs avec la famille

Dans tous les cas, ces problématiques entrainent des phases d'anomie dans les parcours des jeunes et des situations de vie complexe. Alexandre, Laure et Charlotte se sont par exemple délogés du domicile familial vivant chez les parents de leurs conjoints pour les deux premiers et en transit entre le logement des voisins et de ses tantes pour Charlotte. Cette dernière explique que cette situation a été stressante pour elle : « *c'était quand ma mère est partie. Et puis de temps en temps dans la famille où j'étais ça ne se passait pas super bien et à l'école ce n'était pas ça qui était ça* ».

G.2. Le rapport à la solitude et l'importance des pairs

Plusieurs jeunes ont évoqué un rapport difficile à la solitude. Paul explique : « *ça dépend mais des fois c'est un peu la sédentarité. Des fois dans mon appart je suis seul. Surtout en ce moment, il n'y a plus beaucoup de monde sur Nancy. Le dernier [moment difficile]... Dans quelle situation j'étais. Je ne les note pas vraiment sur le coup. Le dernier c'était, ah oui, j'étais revenu une semaine, quand on avait pris contact pour rechercher des apparts et j'ai été tout seul, je n'avais plus de potes ici et des fois je sens que c'est la sédentarité* ». Dans son récit, la solitude est liée à la sédentarité. Ces discours reviennent chez plusieurs jeunes. Les pairs permettent de se sentir bien et tiennent de fait une place importante dans le quotidien et dans les priorités des personnes interrogées. Ils représentent *la* nouvelle instance de socialisation privilégiée apportant structure et validation aux jeunes (Roudet, 2009).

Il est intéressant de noter la difficulté qu'éprouvent les jeunes à être seul. La solitude entraîne facilement des « *pensées noires* » et des pratiques « *pour passer le temps* ». Sans intérêt majeur. Il s'avère que ce point est révélateur du manque de structuration des jeunes. Dans les entretiens, nous

avons abordé la question de la procrastination, qui est la tendance à remettre au lendemain ce qui peut être fait le jour même. Notre hypothèse était de faire le lien entre la motivation quotidienne pour faire les choses, le mal-être et l'estime/confiance en soi. Tous les jeunes considèrent qu'ils procrastinent, de manière plus ou moins importante et sur des choses plus ou moins sérieuses (des tâches ménagères en passant par les révisions d'examens aux rendez-vous chez le médecin). Nombres de jeunes pensent être fainéants et préfèrent faire d'autres choses (télévision, addiction à internet, sortir avec ses amis) plutôt que réaliser le programme de leur journée (nous verrons tout de même que ce n'est pas le cas pour les jeunes en CFA et en ML, construits davantage autour de l'éthique *travail*). Quand l'avenir est incertain, les jeunes connaissent des difficultés à organiser leur temps. Le fait de procrastiner entraîne ainsi des pratiques moins valorisantes pour les jeunes comme fumer des joints, traîner et se sentir seul, inutile et donc contribuent à diminuer l'estime de soi. Le problème semble être l'absence d'objectif de vie précis et la non-confiance en l'avenir. Rémi l'explique :

> « *Des questionnements sur ma vie actuelle, sur ce que j'envisage pour le futur. Des choses comme ça. Parce que je n'ai pas de réponses concrètes à me donner. Donc du coup voilà. Ce sont des buts. Clairement définis. Dans des états comme ça, t'es moins ouvert avec les gens. Je ne sais pas comment changer ça. Parce que voilà, une vie qui ne va pas, si on a l'idée de comment elle doit devenir, je ferai en sorte de le faire... C'est l'objectif qui manque. (…) Un cadre rigoureux pourrait m'aider mais il faut savoir pourquoi on le fait. Là, je suis incapable de le mettre en place ce cadre parce que je n'ai pas de raisons de le faire, de buts pour le faire*».

G.3. La place du travail

Il s'avère que la valeur travail tient une place importante dans le discours des jeunes. Tous pensent qu'un travail pourrait les aider à se sentir mieux voire bien. Le travail reste une source de reconnaissance et de validation de l'identité de l'individu. Ces discours sont plus accentués chez les jeunes en CFA ou en ML ayant déjà un rapport plus étroit avec le marché du travail que les jeunes à l'université par exemple. Ce sont les jeunes qui boivent, fument et procrastinent moins que les autres puisque même si leur but n'est pas atteint, reste qu'ils ont une idée plus précise de ce qu'ils attendent en termes de projet.

Nous pouvons dire ici que le travail reste une donnée importante dans le bien-être des jeunes. Ne pas en avoir, ou ne pas avoir de projet professionnel reste une source importante de mal-être et a un impact direct sur les modes de vie des populations étudiées.

CONCLUSION GENERALE

Ce travail a permis de dresser un état des lieux des pratiques des jeunes lorrains en ce qui concerne la santé et les logiques qui sous-tendent leurs agissements, grâce à la réalisation d'entretiens. L'intérêt de ce travail est de proposer une meilleure connaissance de la santé des jeunes afin d'orienter au mieux les futures actions à mener envers ces populations.

Globalement, les jeunes se sentent en bonne santé et anticipent assez peu les effets de certaines pratiques sur le long terme (consommation de cannabis, mauvaise nutrition, etc.), sans pour autant être ignorants du bien-fondé de certaines campagnes de prévention. Toutefois, ces dernières se doivent d'être adaptées aux spécificités des populations visées (âge, sexe, lieu de résidence, etc.) pour une meilleure réception.

Nous pouvons noter que tous les jeunes font état de moments de « déprime » qu'ils ont plus ou moins du mal à expliciter. Souvent ce qui est adapté pour y faire face concerne les pratiques. Par exemple, Paul ne supporte plus la solitude et pour y pallier, il va choisir la colocation l'an prochain. Rémi s'est construit une vie qu'il qualifie de saine, faisant du sport régulièrement et mangeant équilibré pour se distraire de son mal-être. Aujourd'hui le poids de ses malaises lui a fait consulter un psychologue. Ce sont deux exemples mais il serait question de réfléchir plus avant à l'accompagnement qui peut être proposé aux jeunes quand nous avons vu que les principales causes de ces moments de mal-être relèvent de l'isolement, des problèmes familiaux ou de l'absence de projection dans l'avenir.

Les problèmes que peuvent rencontrer les jeunes sur le plan moral et social sont difficilement appréhendables au vu du rapport que les jeunes entretiennent avec le corps médical, les problématiques qui sont les leurs en termes de quotidienneté et l'originalité de leurs parcours qui dénote de celui de leurs parents concernant la combinaison des étapes (vie professionnelle, départ du foyer parental, mariage) restant encore largement la norme vers quoi tendre alors que la structure même de la société a changé et ne se prête que peu à cet accès durable à la stabilité. Aujourd'hui, nous nous trouvons dans une société où l'individualisme est fort et a entrainé la réflexivité, l'autonomie et la centralité de faire des choix pour soi, en quête de son bonheur immédiat. Cela « correspond à la conquête de l'autonomie des individus, qui permet à chacun de se définir par ses choix, sa vision du monde, l'élaboration de ses règles de conduite, et pas seulement par sa place dans l'ordre des générations et des sexes. Elle suppose que l'individu se déprenne des assignations identitaires, de la filiation notamment, et élabore une gouvernance de soi » (Roudet, 2009). Cette nouvelle éthique de vie ne va pas sans une reconstruction constante de ses objectifs, une redéfinition permanente de son identité et de fait une fatigue de soi pouvant entraîner des moments de mal-être. De plus, la définition même du mode de vie des jeunes semble étroitement liée à la déconnexion des jeunes des structures sociales et institutions traditionnelles.

En outre, nous pouvons noter que peu de jeunes pensent adopter des comportements risqués pour leur santé. Dans la plupart des cas, et même s'ils ont conscience des méfaits du tabac par exemple, peu sont enclins à arrêter ces agissements. La déléguée de la LMDE rencontrée lors du travail d'enquête indique que si les jeunes étudiants prennent des risques autour de cette thématique, ils le font en toute connaissance de cause (risques mesurés). Nombres sont ceux qui fument, boivent régulièrement ou considèrent se nourrir mal. Alexandre explique la logique qui semble éclairer ces pratiques : « c'est se priver de ses envies ». Dans un moment de vie où l'expérimentation est de mise, où les jeunes se confrontent à la réalité sociale et professionnelle (ou son absence), le fait de ne pas se priver de ce qui est légitime dans le groupe dans lequel les jeunes évoluent semble important.

Ensuite, il est intéressant de voir les choix que les jeunes effectuent en matière de comportements à risques. Cela se traduit de la façon suivante : je fume donc je ne bois pas. De plus, le fait de ne pas palper les méfaits de certaines pratiques les rend invisibles pour la population interrogée. La non-immédiateté des effets de l'alcool, de la mauvaise nutrition ou de la nicotine engendre des pratiques d'instantanéité du profit : fumer une cigarette avec une bière dans l'instant, avec mes amis me fait plaisir, je le fais. En tout cas, il est pertinent de noter que peu de jeunes cumulent des pratiques dites à risques mais qu'un choix éclairé semble être effectué par ces derniers.

Autrement dit, les jeunes semblent ne pas avoir envie de se priver. Par ailleurs, les différences de pratiques et de représentations qui sont apparues selon les âges et le sexe par exemple nous invitent à réfléchir à l'importance d'un discours qui soit spécifique selon les populations auxquelles on a à faire et les thèmes qui sont abordés (sexualité, alcool, cannabis, etc.). Les chiffres nous montrent également certaines évolutions concernant les jeunes filles qui imitent davantage les comportements dits masculins en termes de comportements à risques et qui mériteraient une attention particulière sur les questions de sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

Baudelot, Christian. *La jeunesse n'est plus ce qu'elle était : les difficultés d'une description*. In: Revue économique. Volume 39, n°1, 1988. pp. 189-224.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reco_0035-2764_1988_num_39_1_409055

Galland, Olivier. *Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations*. In: Revue française de sociologie. 2001, 42-4. pp. 611-640.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_4_5391

Charte d'engagement pour les jeunes en Bretagne, Rapport Conseil Régional 2011.

Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes, 8 avril 2003.

Darmon, Muriel. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, 349 pages.

Décrochage des jeunes et insertion professionnelle. Centre de ressources documentaires & Animation régionale des Missions Locales et PAIO – Carif-Oref des Pays de la Loire - novembre 2009.

Galland, Olivier. (1997), *Sociologie de la jeunesse*, Armand Colin, Paris, 247 pages.

Galland, Olivier. *Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations*. In: Revue française de sociologie. 2001, 42-4. pp. 611-640.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_4_5391

Khlat, Myriam et Danzon, Françoise — *Féminin santé*. In: Population, 54e année, n°3, 1999 pp. 581-583.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_1999_num_54_3_7028

Lejoyeux, Michel ? *Les secrets de nos comportements : le libre arbitre existe-t-il ?*, 2009

Les sorties sans qualification du système éducatif : quelles solutions pour les jeunes décrocheurs ? Commission "Education - Formation tout au long de la vie - Métiers de demain"
Session du 15 avril 2011

Les jeunes de 16 à 25 ans : un atout pour la Lorraine (tome 1 et 2), Conseil économique et social de Lorraine. 2007.

L'engagement des jeunes et les effets sur la santé : existe-t-il un rapport entre les deux ? Préparé par le Ramos, Elsa (2010), *Qu'entend-t-on par autonomie des jeunes*, 15 pages.
http://www.allier.fr/uploads/Document/fd/WEB_CHEMIN_3140_1261490167.pdf

Molénat Xavier, *L'anorexie, un fait social*, Sciences humaines, Février 2004

Roudet, Bernard. (2009), *Les jeunes en France*, PU Laval

Thévenot, Laurent. *Une jeunesse difficile*. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 26-27, mars-avril 1979. pp. 3-18.
doi : 10.3406/arss.1979.2627
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1979_num_26_1_2627

ANNEXE 1

Etat de santé

CONTEXTE NATIONAL

Pour la majorité des jeunes âgés de 15 à 24 ans, l'état de santé est particulièrement bon. Le taux de mortalité entre 2001 et 2009 est 18 fois plus faible que pour tous les âges confondus (49 pour 100 000 contre 861 pour 100 000). Or, à ces âges, les causes externes, principalement les suicides et les accidents de la circulation, sont responsables de près des deux tiers des décès. Si on exclut ces causes, les maladies entraînent une mortalité égale à 17 pour 100 000 entre 15 et 24 ans, soit 47 fois moins que dans l'ensemble de la population (798 pour 100 000).

La morbidité est également relativement faible entre 15 et 24 ans. Mesurée à partir des taux d'admission en ALD, elle est égale à 331 pour 100 000 en France en 2007 et 2009, soit 6 fois plus faible que pour tous les âges confondus (2 084 pour 100 000). Entre 15-24 ans et 55-59 ans (3 251 pour 100 000), les taux d'admissions en ALD sont multipliés par dix.

L'enquête Handicap santé de 2008 montre que les handicaps et les incapacités sont relativement rares avant 30 ans. En effet, 1,5% des Français âgés de 20 à 29 ans présentent des altérations de l'état fonctionnel motrices. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge. Elle est presque deux fois plus élevée entre 30 et 39 ans (2,6%), dix fois plus élevée entre 65 et 69 ans (15,1%) puis atteint 77,6% à partir de 95 ans.

Selon le préambule de la constitution de l'organisation mondiale de la santé, la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Il s'agit d'un état de complet bien-être physique, mental et social. L'échelle de santé de Duke permet de mesurer l'état de santé en prenant en compte cette définition à partir de 17 questions portant sur la santé perçue, physique ou mentale. En 2005, l'enquête nationale du Baromètre santé montre que la faible prévalence des pathologies chez les plus jeunes ne se traduit pas par une santé ressentie élevée. En effet, le score moyen de santé générale est égal à 70,0 entre 15 et 19 ans, 72,5 entre 20 et 24 ans et descend lentement après 34 ans jusqu'à 69,6 entre 65 et 75 ans. Le score de santé physique reste, toutefois favorable aux plus jeunes. Il est égal à 74,8 entre 15 et 19 ans et à 75,7 entre 20 et 24 ans alors qu'il n'atteint que 66,2 entre 65 et 75 ans. Par contre, le score de santé mentale est moins bon chez les plus jeunes (68,4 entre 15 et 19 ans et 72,9 entre 20 et 24 ans) que chez les sujets les plus âgés (77,4 entre 65 et 75 ans).

SITUATION EN LORRAINE

- *Le taux de mortalité entre 15 et 24 ans est égal à 50 pour 100 000 en Lorraine en 2001-2009*
- *Le taux de mortalité entre 15 et 24 ans plus élevée dans les deux départements les plus ruraux (Meuse et Vosges) que dans les deux départements les plus urbanisés (Moselle et Meurthe-et-Moselle)*
- *Les causes externes représentent près de six décès sur dix entre 15 et 24 ans*
- *Les taux de mortalité par accidents de transport sont deux fois plus élevés entre 15 et 24 ans que dans l'ensemble de la population tous âges confondus.*
- *Entre 15 et 24 ans, les tentatives de suicide aboutissent beaucoup moins fréquemment à un décès (1 sur 32) que pour tous les âges confondus (1 sur 9).*

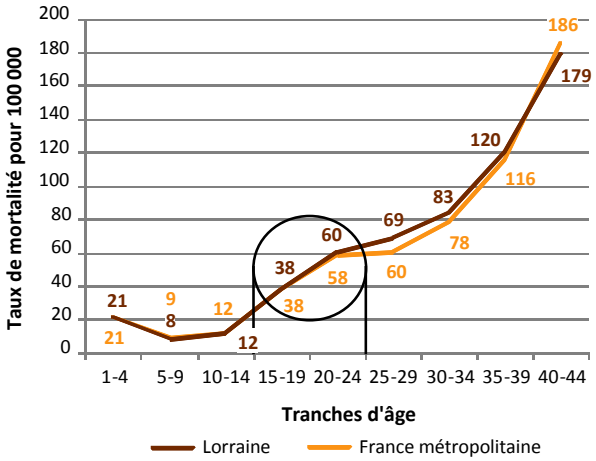
Taux comparatifs de mortalité (toutes causes) en Lorraine en 2001-2009 (pour 100 000 habitants)

	Tous âges	15-24 ans
Hommes	1 267	71
Femmes	740	29
Total	**954**	**50**

Source : Inserm (CépiDc

En 2001-2009, le taux comparatif de mortalité lorrain des 15-24 ans est égal à 50 pour 100 000 soit presque vingt fois moins que pour tous les âges confondus (954 pour 100 000). Il est 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (71 pour 100 000 contre 29 pour 100 000). La différence de mortalité entre les deux sexes est plus importante entre 15 et 24 ans que pour tous les âges confondus où le taux masculin est 1,7 fois plus élevé que le taux féminin (1 267 pour 100 000 contre 740 pour 100 000).

Taux de mortalité (toutes causes) par tranche d'âge en 2001-2009



Source : Inserm (CépiDc)

Entre 15 et 19 ans, le taux de mortalité lorrain est égal à 38 pour 100 000 en 2001-2009, soit plus du triple du taux de mortalité observé entre 10 et 14 ans (12 pour 100 000). Il augmente encore de 59% entre 15-19 ans et 20-24 ans pour atteindre 60 pour 100 000. Le taux de mortalité se stabilise ensuite entre 25 et 29 ans (69 pour 100 000) avant d'augmenter de plus en plus rapidement avec l'âge.

Taux comparatifs de mortalité (toutes causes) en 2001-2009 (pour 100 000 habitants)

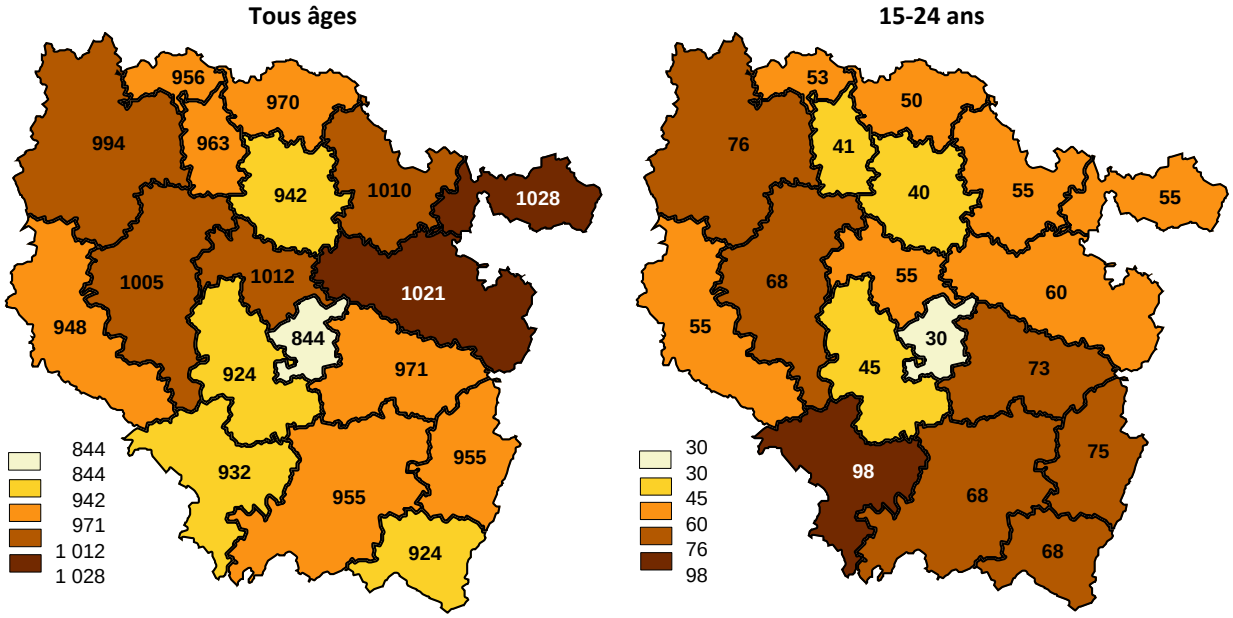
	Tous âges	15-24 ans
Meurthe-&-M.	917	40
Meuse	979	67
Moselle	982	48
Vosges	944	74
Lorraine	**954**	**50**
France	861	49

Source : Inserm (CépiDc)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux français (seuil de 95%)

Les taux surlignés en vert sont significativement supérieurs au taux français (seuil de 95%)

Taux comparatifs de mortalité (toutes causes) en 2001-2009 (pour 100 000 habitants)



Source : Inserm (CépiDc)

La répartition géographique de la mortalité n'est pas la même chez les 15-24 ans que pour l'ensemble de la population. Tous âges confondus, le taux comparatif de mortalité lorrain dépasse la moyenne nationale de 11%. Les taux les plus élevés de la région sont observés en Moselle (982 pour 100 000) et particulièrement dans l'ensemble des territoires du Saulnois et de Sarrebourg (1 021 pour 100 000) et dans le territoire de

Sarreguemines-Bitche-Sarralbe (1 028 pour 100 000).

Entre 15 et 24 ans, le taux de mortalité lorrain est équivalent à la moyenne nationale. Les taux les plus élevés de la région sont observés dans les départements les plus ruraux. En effet, ils atteignent 74 pour 100 000 dans les Vosges, soit 49% de plus que la moyenne nationale, et 67 pour 100 000 en Meuse, soit 37% de plus que la moyenne nationale. À l'échelon du territoire de santé et de proximité, on observe des taux de mortalité particulièrement élevé dans le Lunévillois (73 pour 100 000), en Déodatie (75 pour 100 000) et en Meuse du nord (76 pour 100 000) et surtout dans les Vosges de l'ouest (98 pour 100 000).

En revanche, dans les départements les plus urbanisés le taux de mortalité des 15-24 ans est plus faible. Il est équivalent à la moyenne française en Moselle (48 pour 100 000 contre 49 pour 100 000 au niveau national) et plus faible de 18% en Meurthe-et-Moselle (40 pour 100 000). Les taux sont particulièrement faibles dans les deux territoires de santé et de proximité les plus urbanisés de Metz (40 pour 100 000) et de Nancy (30 pour 100 000).

Nombres de décès annuels par cause entre 15 et 24 ans en Lorraine en 2001 et 2009

	Par tranche d'âge		Par sexe		Total	
	15-19 ans	20-24 ans	Hommes	Femmes		
Accidents de transport	22	31	40	13	53	*33%*
Suicides	8	15	19	5	24	*15%*
Autres causes externes	6	11	14	3	17	*11%*
Total causes externes	**37**	**57**	**73**	**21**	**94**	***59%***
Cancers	5	8	8	5	13	*8%*
Système nerveux	3	5	6	3	8	*5%*
Maladies cardiovasculaires	2	4	3	3	6	*4%*
Autres causes	15	24	27	12	39	*24%*
Total	**59**	**93**	**110**	**42**	**152**	***100%***

Source : Inserm (CépiDc)

Entre 2001 et 2009, on enregistrait 152 décès par an de jeunes de 15 à 24 ans en Lorraine, dont 59 de 15 à 19 ans et 93 de 20 à 24 ans. Les décès masculins sont 2,6 fois plus nombreux que les décès féminins (110 contre 42).

Près des deux tiers des décès ne sont pas liés à une maladie mais à une cause externe de décès (62%). Les accidents de transport représentent la principale cause (35%) devant les suicides (16%). Chez les hommes, la part des causes externes est plus élevée que chez les femmes (66% contre 51%). Cette différence est liée à une plus forte proportion chez les hommes des décès par accidents de transport (37% contre 31%) et des suicides (17% contre 12%).

On n'observe pas de différence significative dans la répartition des causes de décès entre les 15-19 ans et les 20-24 ans.

Taux comparatifs de mortalité par causes externes en Lorraine en 2001-2009

	Causes externes		Accidents de transport		Suicides	
	Tous âges	15-24 ans	Tous âges	15-24 ans	Tous âges	15-24 ans
Hommes	88	47	13	26	27	12
Femmes	44	14	5	9	8	3
Total	**64**	**31**	**9**	**18**	**17**	**8**

Source : Inserm (CépiDc)

Le taux de mortalité par accident de transport est deux fois plus élevé dans la population âgée de 15 à 24 ans (18 pour 100 000) que dans l'ensemble de la population (9 pour 100 000). Bien que les suicides représentent 16% des décès entre 15 et 24 ans contre 2% dans l'ensemble de la population, le taux de décès par suicide est deux fois plus faible chez les 15-24 ans (8 pour 100 000) que dans l'ensemble de la population (17 pour 100 000). Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, mais de façon moins prononcée que l'ensemble de la mortalité toutes causes confondues.

Taux comparatifs de mortalité par causes externes en 2001-2009

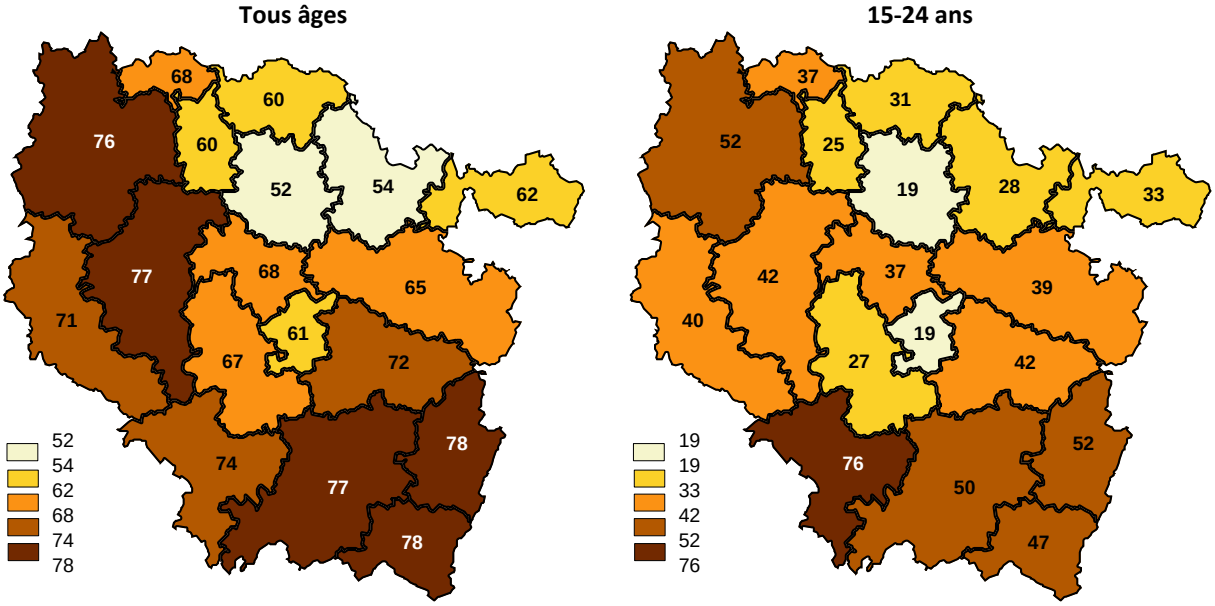
	Causes externes		Accid. de transp. terr.		Suicides	
	Tous âges	15-24 ans	Tous âges	15-24 ans	Tous âges	15-24 ans
Meurthe-&-M.	64	26	7	13	19	8
Meuse	75	46	12	28	23	14
Moselle	56	26	7	16	12	5
Vosges	77	53	13	31	23	15
Lorraine	**64**	**31**	**9**	**18**	**17**	**8**
France	63	32	9	18	17	7

Source : Inserm (CépiDc)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux français (seuil de 95%)

Les taux surlignés en vert sont significativement supérieurs au taux français (seuil de 95%)

Taux comparatifs de mortalité par causes externes en 2001-2009



Source : Inserm (CépiDc)

La répartition géographique de la mortalité entre 15 et 24 ans est très fortement influencée par la répartition géographique de la mortalité par cause externe, celle-ci représentant 62% de l'ensemble de la mortalité.

Parmi les 15-24 ans, la même répartition géographique des taux de mortalité par cause externe est presque la même que pour tous les âges confondus. Les taux Lorrains sont équivalents au taux français (31 pour 100 000 contre 32 pour 100 000) et on observe un taux deux fois plus élevés dans les Vosges (53 pour 100 000 chacun) qu'en Moselle et en Meurthe-et-Moselle (26 pour 100 000 chacun). Au niveau des territoires de santé et de proximité, le taux est quatre fois plus élevé dans les Vosges de l'ouest (76 pour 100 000) que dans les territoires de Metz et de Nancy (19 pour 100 000 chacun).

On observe également un écart important de mortalité entre les départements les plus ruraux et les départements les plus urbanisés en ce qui concerne les accidents de transport. Les taux les plus élevés observés dans les Vosges (31 pour 100 000) et en Meuse (28 pour 100 000) représentent près du double du taux mosellan (16 pour 100 000) et plus du double du taux meurthe-et-mosellan (13 pour 100 000). Le taux de moralité lorrain (18 pour 100 000) est équivalent au taux national.

Les écarts de mortalité sont encore plus importants en ce qui concerne les suicides. Le taux le plus élevé, observé dans les Vosges (15 pour 100 000) représente le double des taux régional (8 pour 100 000) et national (7 pour 100 000) et le triple du taux mosellan (5 pour 100 000).

Taux comparatifs de patients hospitalisés pour suicide en 2008-2010 et de mortalité par suicide en 2001-2009 en Lorraine

	Patients hospitalisés		Mortalité	
	Tous âges	15-24 ans	Tous âges	15-24 ans
Hommes	124	173	27	12
Femmes	192	345	8	3
Total	**158**	**257**	**17**	**8**

Source : ATIH (PMSI), Inserm (CépiDc)

La mesure de la mortalité par suicide ne permet pas de rendre compte du nombre de personnes ayant fait une tentative. On peut connaître une partie de ce nombre à partir des données hospitalières. Les tentatives de suicide n'entraînant pas d'hospitalisation restent inconnues des statistiques.

La population âgée de 15 à 24 ans est particulièrement concernée par les tentatives de suicides. Alors que les taux de mortalité par suicide sont deux fois plus faibles entre 15 et 24 ans que pour tous les âges confondus, les taux de patients hospitalisés sont 63% plus élevés chez les 15-24 ans que pour l'ensemble de la population (257 pour 100 000 contre 158 pour 100 000). Ainsi, chez les jeunes, les suicides aboutissent plus rarement à un décès que pour le reste de la population. Par conséquent, alors que le taux de patients hospitalisé est neuf fois plus élevé que le taux de mortalité dans la population générale, il est 32 fois plus élevé chez les 15-24 ans.

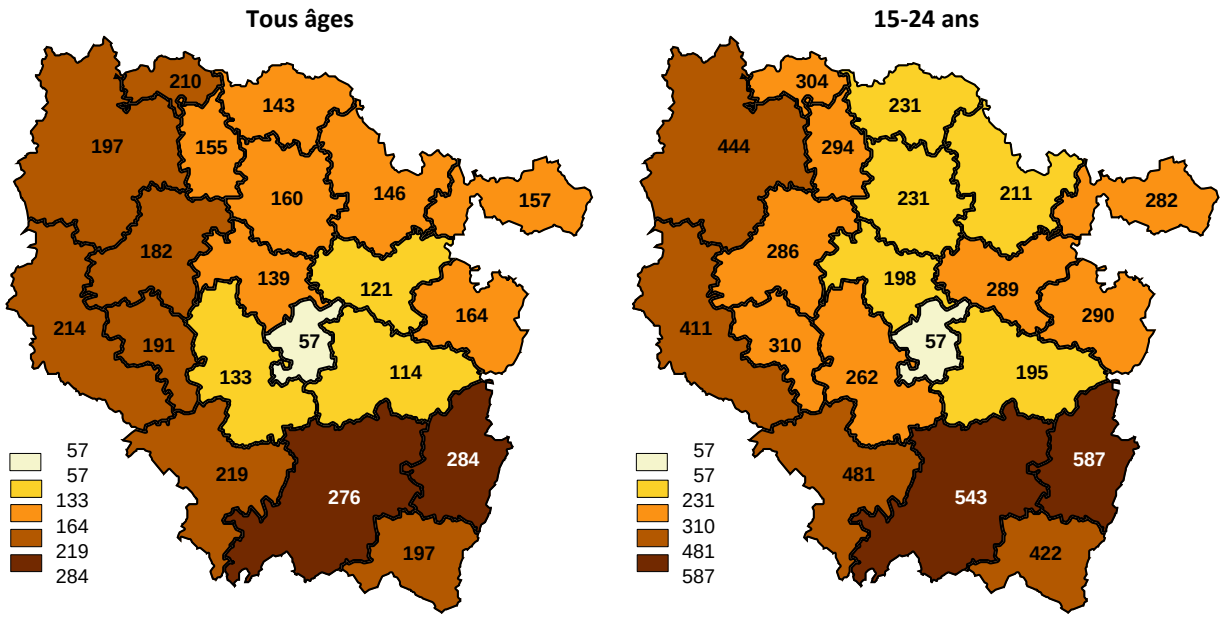
Le taux de mortalité masculin par suicide est trois fois plus élevé que le taux féminin pour tous les âges confondus. Entre 15 et 24 ans, il est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Par contre, les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide sont 55% plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Entre 15 et 24 ans, ces taux sont presque deux fois plus élevés chez les femmes (345 pour 100 000) que chez les hommes (173 pour 100 000). Ainsi, entre 15 et 24 ans en Lorraine, chez les hommes, le taux de patients hospitalisés pour suicide est 14 fois plus élevé que le taux de mortalité. Chez les femmes, le taux de patientes hospitalisées est environ 100 fois plus élevé que le taux de mortalité.

Taux comparatifs de patients hospitalisés pour suicide en 2008-2010 et de mortalité par suicide en 2001-2009

	Patients hospitalisés		Mortalité	
	Tous âges	15-24 ans	Tous âges	15-24 ans
Meurthe-&-M.	110	146	19	8
Meuse	202	401	23	14
Moselle	152	236	12	5
Vosges	252	518	23	15
Lorraine	**158**	**257**	**17**	**8**

Source : ATIH (PMSI), Inserm (CépiDc)

Taux comparatifs de patients hospitalisés pour suicide en 2008-2010



Source : ATIH (PMSI)

Comme pour les taux de mortalité par suicide, les taux de patients hospitalisés sont beaucoup plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbanisées. Parmi les 15-24 ans, les taux de patients hospitalisés pour suicide les plus élevés sont observés en Meuse (401 pour 100 000) et dans les Vosges (518 pour 100 000) et particulièrement dans le territoire d'Épinal (543 pour 100 000) et en Déodatie (587 pour 100 000). Les taux les plus faibles sont observés en Moselle

(236 pour 100 000) et en Meurthe-et-Moselle (146 pour 100 000) et particulièrement dans le territoire de Nancy (57 pour 100 000).

Entre 15 et 24 ans, le taux de patients hospitalisés pour suicide est 47 fois plus élevé que le taux de mortalité en Moselle alors qu'il est seulement 18 fois plus élevé en Meurthe-et-Moselle. Cet écart peut être lié à une différence de prise en charge du suicide entre les deux départements ou à une moindre prise en compte du suicide dans les diagnostics associés dans les hôpitaux meurthe-et-mosellan.

SOURCES

Mortalité : Inserm (CépiDc)

Lorsqu'un décès se produit, le médecin qui constate le décès remplit un certificat de décès divisé en deux parties. La partie supérieure est destinée à l'état civil et envoyée à la mairie de la commune de décès. La partie inférieure a un but épidémiologique. Elle comporte des informations sur l'état civil de la personne, sur la cause initiale ayant conduit au décès et sur les causes associées. Elle est envoyée au service CépiDc de l'Inserm qui code les causes de décès selon la 10ème classification internationale des maladies (CIM 10).

Patients hospitalisés : ATIH (PMSI)

Il s'agit du nombre de patients hospitalisés dans les services de courte durée MCO (médecine chirurgie obstétrique) des établissements de santé publics et privés. Le dénombrement est effectué en fonction du lieu de domicile des patients et non pas en fonction de la localisation des établissements. Ainsi, les Lorrains hospitalisés dans une autre région sont pris en compte.

La base du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) établie par l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) est réalisée dans un objectif de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. A chaque séjour correspond un RSA (résume de sortie anonyme) contenant des informations sur le patient et son séjour.

Une partie des personnes hospitalisées en MCO ne sont pas prise en compte dans cette base :

- Les patients des unités de soins de courte durée MCO des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas des soins de courte durée MCO (hôpitaux psychiatriques, établissements de soins de suite et de réadaptation, …)

- Les patients des hôpitaux militaires.

- Les nouveaux nés restés auprès de leur mère n'ayant, de ce fait pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif.

D'autre part, un peu plus de 1% des hospitalisations n'ayant pas de code anonyme permettant de chainer le patient sont exclues.

DÉFINITIONS

Codes permettant d'identifier les causes de décès selon la CIM 10 :

C00-C97 : Tumeurs malignes

G00-G99 : Maladies du système nerveux

I00-I99 : Maladies de l'appareil circulatoire (maladies cardiovasculaires)

V00-Y99 : Causes externes de morbidité et de mortalité

V01-V99 : Accidents de transport

X60-X84 : Suicides

Les patients hospitalisés pour tentative de suicide :

La tentative de suicide ne figure pas en tant que diagnostique principal dans le PMSI. Un séjour est consécutif à une tentative de suicide lorsqu'un code CIM 10 correspondant à un suicide (X60 à X84) figure en tant que diagnostic associé.

ANNEXE 2

Facteurs de risques

CONTEXTE NATIONAL

Entre 15 et 24 ans, les principaux facteurs de risque sur la santé sont liés aux comportements. Il peut s'agir de risques entraînant des morts violentes (accidents de la circulation ou suicides), de risques liés aux comportements sexuels (prévention du VIH) et surtout de risques liés à la consommation de produits psychoactifs. D'autres facteurs de risques comme l'obésité, présents à ces âges, prédisposent l'individu à des problèmes de santé dans leur futur.

La consommation quotidienne de tabac entre 15 et 24 ans augmente avec l'âge. D'après l'enquête Baromètre santé, elle concerne 20,7% des filles et 26,5% des garçons entre 15 et 19 ans et atteint 39,0% des femmes et 42,8% des hommes entre 20 et 24 ans en France en 2010. Ces pratiques, qui n'ont pas de conséquences immédiates sur l'état de santé des jeunes, peuvent être à l'origine de cancers du poumon ou de bronchopneumopathies chroniques obstructives au bout de plusieurs dizaines d'années.

L'usage d'alcool est un facteur de risque plus difficile à appréhender. Les conséquences sur l'état de santé dépendent à la fois de la fréquence de la consommation et de son intensité. Alors que la plupart des jeunes âgés de 18 à 25 ans (92,9% en France d'après le Baromètre santé de 2010) ont déjà consommé une fois de l'alcool, seule une petite minorité (5% des hommes et presque 0% des femmes) en consomme quotidiennement. Dans cette tranche d'âge, les problèmes liés à l'usage d'alcool sont plutôt dus à des usages ponctuels excessifs. En 2011, l'enquête ESCAPAD montrait que 10,5% des Jeunes français âgés de 17 ans ont été ivres au moins dix fois au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est en hausse par rapport aux 8,6% relevés en 2008.

La consommation régulière de cannabis peut entraîner de multiples risques : difficultés de concentration ayant des impacts sur la scolarité ou le travail, isolement social, perte de motivation, apparition, révélation ou aggravation de troubles psychiques[1]. Celle-ci est en baisse chez les 18-25 ans, se chiffrant à 6,4% en 2010 contre 7,0% en 2005. À 17 ans, cette proportion passe de 10,8% en 2005 à 6,5% en 2011. Les jeunes sont d'ailleurs moins souvent en contact avec cette substance : en 2005, 49,4% des jeunes de 17 ans en avaient déjà pris contre 41,5% en 2011.

Les autres drogues sont moins fréquemment utilisées. Les effets liés à leur usage sont très divers et dépendent de la substance. Des risques cardiaques (cocaïne, amphétamines) ou respiratoires (héroïne) pouvant entraîner la mort, des délires, des troubles psychiatriques et de nombreuses conséquences sociales liées à la dépendance, existent. D'autre part, l'injection par voie intraveineuse peut favoriser la transmission d'hépatites C ou du VIH. En France, en 2010, les poppers représentent la substance qui a été le plus expérimentée (10,8% des 18-25 ans) devant la cocaïne (6,0%), les champignons hallucinogènes (4,9%) et l'ecstasy (4,2%) et loin devant l''héroïne (1,4%).

L'obésité est un important facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de diabète. En 2009, l'enquête Obépi montre que 37,9% des Français obèses (IMC >= 30) sont traités pour hypertension artérielle sévère contre 9,8% des personnes ne présentant pas de surpoids (IMC < 25). De plus, 14,5% des Français obèses sont traités pour diabète contre 2,2% des personnes sans surpoids. L'apparition de ces maladies se situe généralement bien après l'âge de 25 ans. Toutefois, les jeunes personnes obèses ont une grande probabilité de le rester après cet âge et ont un risque élevé de développer ces maladies à l'avenir. En 2009, l'obésité concerne 4% des 18-24 ans (2% en 1997).

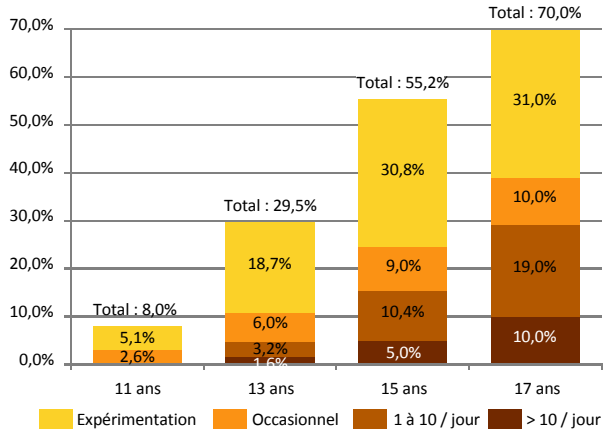
SITUATION EN LORRAINE

- *Près du tiers des jeunes âgés de 17 ans consomment quotidiennement du tabac en 2011 (29%).Ce pourcentage est stable (29% en 2008 et en 2011 contre 40% en 2002-2003).*
- *Les filles consomment autant de tabac que les garçons.*

[1] Source : Drogues et dépendances - le livre d'information, Saint-Denis, MILDT/INPES, 2006, 182 p.

- *La consommation régulière d'alcool (au moins 10 fois par mois) concerne 11% des jeunes âgés de 17 ans et est presque exclusivement destinée à l'ivresse. Elle augmente entre 2008 et 2011. Quant à la consommation quotidienne d'alcool, elle est très marginale à 17 ans (1% des jeunes).*
- *Les garçons consomment plus d'alcool, de cannabis et d'autres produits stupéfiants que les filles*
- *Environ un jeune âgé de 17 ans sur six (17%) consomme du cannabis au moins une fois par mois. Cette proportion est en forte diminution depuis 2002-2003.*
- *Après le cannabis, les poppers représentent le principal produit stupéfiant expérimenté à 17 ans (7%)*
- *L'obésité concerne 3% des jeunes âgés de 15 ans.*

Consommation de tabac chez les adolescents en Lorraine en 2007-2008



Sources : 11 ans, 13 ans, 15 ans : HBSC 2007

17 ans : OFDT (ESCAPAD) 2008

Expérimentation : Au moins une fois au cours de la vie et moins d'une fois par mois

Occasionnel : Au moins une fois par mois et moins d'une fois par jour

La fréquence de la consommation de tabac, au moins une fois au cours de la vie augmente rapidement avec l'âge. À 11 ans, 8,0% des jeunes lorrains ont déjà fumé au moins une fois. Cette proportion passe à 29,5% à 13 ans, 55,2% à 15 ans puis 70,0% à 17 ans.

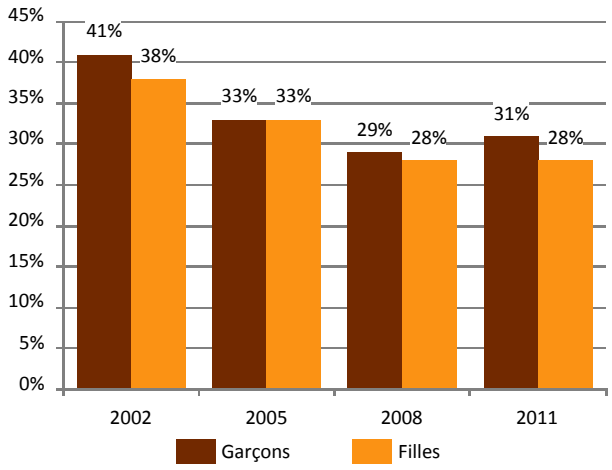
Une grande partie des jeunes ne dépasse pas le stade de l'expérimentation. En effet, 63,8% des enfants âgés de 11 ans ayant déjà consommé du tabac (5,1% / 8,0%) n'ont pas dépassé ce stade. Les expérimentateurs restent majoritaires à 13 ans (63,4% : 18,7% / 29,5%) et à 15 ans (55,8% : 30,8% / 55,2%) et ils deviennent minoritaire à 17 ans (44,3% : 31,0% / 70,0%).

L'usage quotidien de tabac est exceptionnel à l'âge de 11 ans (0,3%). Il concerne 4,8% des jeunes à l'âge de 13 ans, 15,4% à l'âge de 15 ans et près du tiers des jeunes âgés de 17 ans (29,0%).

Quel que soit l'âge, la consommation de tabac est aussi fréquente chez les filles que chez les garçons. On note, toutefois, que l'usage intensif (≥ 10 cigarettes par jour) est plus fréquent chez les garçons à 17 ans (12%) que chez les filles du même âge (8%).

La consommation de tabac chez les adolescents en Lorraine est équivalente à la moyenne nationale. A l'âge de 17 ans, on observe, toutefois un usage intensif plus fréquent en Lorraine (10%) qu'en France métropolitaine (7,7%).

Évolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans en Lorraine de 2002-2003 à 2011

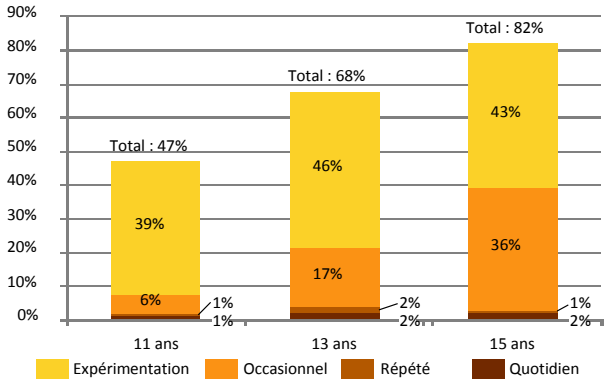


Sources : OFDT (ESCAPAD)

En France métropolitaine, la fréquence de la consommation quotidienne de tabac à 17 ans, qui avait diminué entre 2002-2003 (39,0% pour les deux sexes) et 2008 (28,9%), a augmenté entre 2008 et 2011 (31,5%). Les jeunes Lorrains ont suivi la même évolution avec une fréquence de la consommation quotidienne qui est passée de 40% en 2002-2003 à 29% en 2008. Par contre, les effectifs enquêtés dans la région sont trop faibles pour observer une augmentation significative entre 2008 et 2011, année pour laquelle la consommation quotidienne concerne 29% des jeunes de 17 ans.

La fréquence de l'usage intensif de tabac a connu une évolution similaire à l'évolution de la fréquence du tabagisme quotidien en France. Elle est passée de 10,1% en 2005 à 7,7% en 2008 puis s'est stabilisé à cette valeur en 2011. En Lorraine, on n'a pas observé d'évolution significative au cours de ces six années (9% en 2011 contre 10% en 2008 et 2005).

Consommation d'alcool entre 11 et 15 ans en Lorraine en 2007



Source : HBSC

Expérimentation : Une seule fois dans la vie

Occasionnel : Plus d'une fois dans la vie mais moins d'une fois par semaine

Répété : Au moins une fois par semaine mais moins d'une fois par jour

En 2007, près de la moitié des lorrains âgés de 11 ans ont déjà bu une boisson alcoolisée (7%). Cette proportion atteint 68% à 13 ans, 82% à 15 ans et 92% à 17 ans en 2008. Pour les plus jeunes, cette consommation est généralement exceptionnelle. En effet, 84% des enfants ayant déjà bu de l'alcool à 11 ans (39% / 47%) n'en on bu qu'une seule fois. Cette proportion diminue ensuite avec l'âge (68% à 13 ans : 46%/68% puis 52% à 15 ans : 43%/82%). L'usage d'alcool devient de plus en plus occasionnel en vieillissant. En effet, cet usage passe de 6% des enfants de 11 ans à 36% des enfants de 15 ans.

L'usage répété et l'usage quotidien d'alcool sont très rares tout au long de l'adolescence et on n'observe pas d'augmentation de ces types d'usage avec l'âge entre 11 et 15 ans.

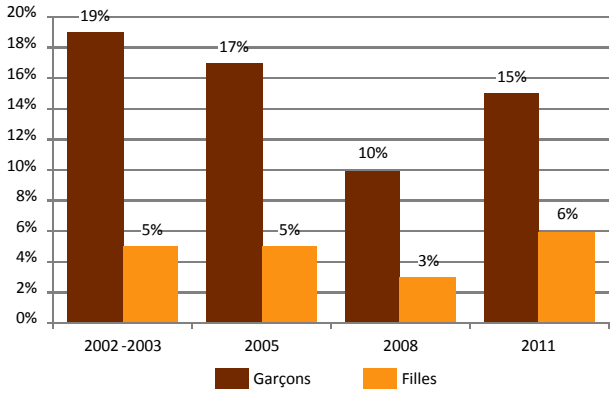
Les données issues de l'enquête Escapad de 2008 montrent que l'usage quotidien d'alcool reste marginal à 17 ans (1%). Cette enquête ne permet pas de mesurer l'usage occasionnel ou répété selon les critères utilisés par l'enquête HBSC. Elle indique, toutefois, que 7% des Lorrains de 17 ans consomment de l'alcool lors de 10 occasions ou plus au cours du mois.

Quel que soit l'âge, l'usage d'alcool est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. En effet, 9% des garçons de 11 ans consomment occasionnellement de l'alcool contre 3% des filles du même âge. Ces proportions sont égales à 40% chez les garçons et 32% chez les filles à 15 ans. A 17 ans, 10% des garçons consomment de l'alcool à au moins 10 occasions par mois contre 3% des filles.

On observe également un usage quotidien d'alcool plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Ce type d'usage étant très rare, les effectifs enquêtés sont trop faibles pour être comparés au niveau régional. Seules les comparaisons au niveau national montrent une consommation significativement plus élevée chez les garçons de 17 ans (1,3%) que chez les filles du même âge (0,2%).

Les Lorrains de 17 ans ne se distinguent pas des jeunes français du même âge sur le plan de la consommation d'alcool. On observe, toutefois une consommation régulière moins fréquente en Lorraine (7%) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (9%).

Consommation régulière[1] d'alcool à 17 ans en Lorraine de 2002-2003 à 2011



Sources : OFDT (ESCAPAD)

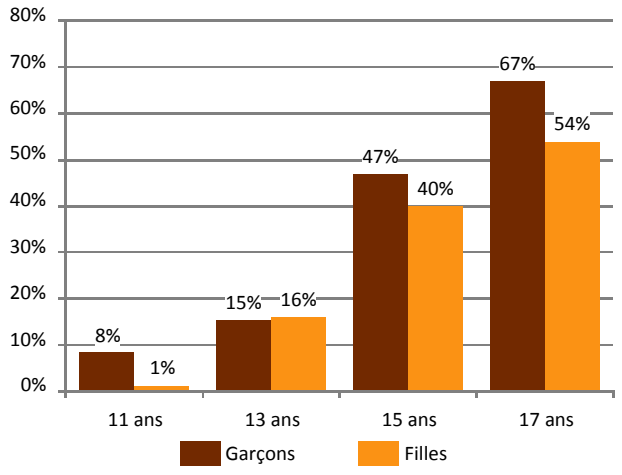
1 : Consommation régulière : Au moins 10 fois par mois

En 2011, 11% des Lorrains âgés de 17 ans consomment au moins 10 fois de l'alcool par mois. Cette proportion est en hausse par rapport à 2008 (7%) alors qu'elle était en diminution avant cette date (12% en 2002-2003).

La fréquence de la consommation régulière d'alcool est 2,5 fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles (15% contre 6% en 2011). L'écart entre les deux sexes semble avoir diminué dans la région mais les chiffres nationaux, qui s'appuient sur un échantillon plus important ne montrent pas de rapprochement significatif entre les taux des deux sexes.

L'expérimentation (15% des jeunes de 17 ans), la consommation moins de 10 fois par mois (67%) et la consommation quotidienne (1%), en revanche, n'ont pas évolué entre 2002-2003 et 2011.

Part des adolescents ayant eu au moins une ivresse au cours de leur vie en Lorraine en 2007-2008



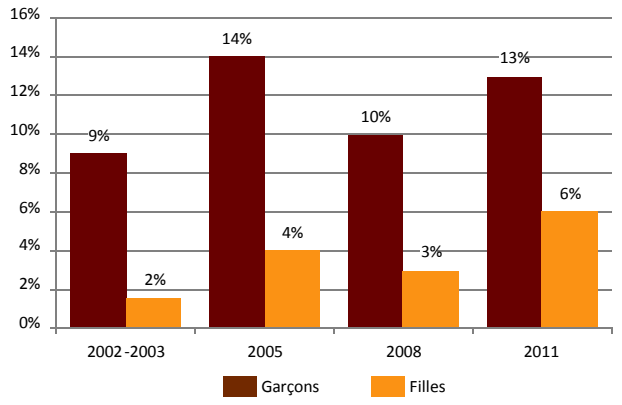
Sources : 11 ans, 13 ans, 15 ans : HBSC 2007

17 ans : OFDT (ESCAPAD) 2008

Avant 15 ans, seule une minorité d'adolescents ont déjà connu une ivresse (5% à 11 ans et 16% à 13 ans). A 15 ans, plus de quatre jeunes sur dix (43%) ont déjà été ivre et cette proportion atteint 61% à 17 ans.

L'expérimentation de l'ivresse est un peu plus fréquente chez les garçons que chez les filles à tous les âges, sauf à 13 ans où les deux sexes ont des taux similaires.

Évolution de la part des jeunes de 17 ans ayant connu au moins 10 ivresses au cours des 12 derniers mois en Lorraine entre 2002-2003 et 2011



Sources : OFDT (ESCAPAD)

En 2011, 13% des garçons et 6% des filles de 17 ans en Lorraine déclaraient une ivresse régulière (au moins 10 fois dans l'année). Ces taux sont équivalents à ce qui avait été observé en 2005 (14% chez les garçons et 4% chez les filles). Sur l'ensemble de la période d'observation, les taux ont beaucoup fluctués avec une augmentation entre 2002-2003 et 2005 et entre 2008 et 2011 ainsi qu'une baisse entre 2005 et 2008. Cette évolution s'est confirmée au niveau national où un plus grand nombre de personnes ont répondu à l'enquête.

Entre 2002-2003 et 2011, on a observé une évolution dans le rapport que les jeunes âgés de 17 ans avaient avec l'alcool. En 2002-2003, moins de la moitié des consommateurs réguliers âgés de 17 ans déclaraient une ivresse régulière (42% : 5%/12%). En 2011, l'ivresse régulière concernait 82% des consommateurs réguliers (9%/11%).

A 17 ans, l'ivresse régulière concerne 21% des garçons et 12% des filles ayant déjà été ivres au moins une fois au cours de leur vie.

Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours en Lorraine en 2007-2008

	Garçons	Filles	Total
15 ans	12%	7%	10%
17 ans	22%	15%	18%

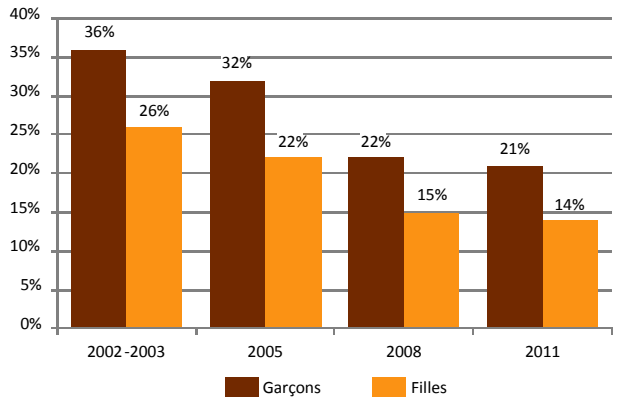
Sources : 15 ans : HBSC 2007

17 ans : OFDT (ESCAPAD) 2008

Près du quart des jeunes âgés de 15 ans ont déjà consommé du cannabis (24%) et un sur dix en a consommé au cours des trente derniers jours (10%). Cet usage récent concerne presque deux fois plus les garçons que les filles dans ce cas (12% contre 5%).

Entre 15 ans et 17 ans, l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours est presque multiplié par deux (18% contre 10%). Cette augmentation de l'usage avec l'âge concerne aussi bien les garçons (22% contre 12%) que les filles (15% contre 7%).

Évolution de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours à l'âge de 17 ans en Lorraine entre 2002-2003 et 2011



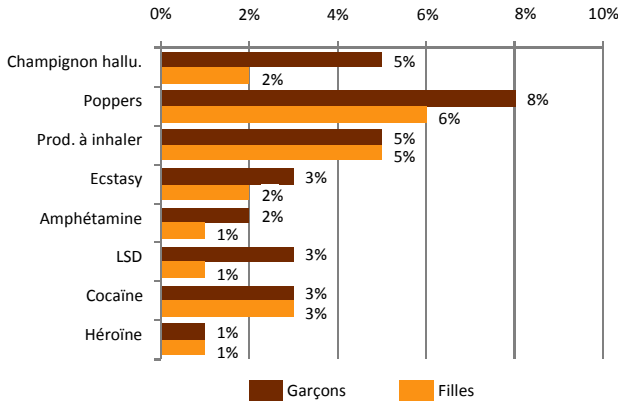
Sources : OFDT (ESCAPAD)

L'usage répété de cannabis (au moins 10 fois par an) à l'âge de 16-17 ans avait beaucoup augmenté en France au cours des années 1990, passant de 7% des garçons en 1993 à 21% en 2003 et de 4% des filles en 1993 à 11% en 2003[2]. Depuis cette date, les données issues de l'enquête Escapad, montrent une forte diminution de l'usage de cannabis à 17 ans en France métropolitaine. En effet, alors que 40% des garçons et 27% des filles déclaraient en avoir consommé au cours des 30 derniers jours en 2003, ils n'étaient plus que 26% des garçons et 19% des filles à le déclarer en 2011.

En Lorraine, la consommation de cannabis au cours des trente derniers jours est moins fréquente qu'en France métropolitaine. Elle concerne 21% des garçons et 14% des filles en 2011. Dans la région, la consommation de cannabis a également diminué fortement depuis 2002-2003, lorsque 36% des garçons et 26% des filles déclaraient avoir consommé du cannabis au cours des trente derniers jours. Depuis 2008, on observe un fort ralentissement de cette diminution.

[2] Inserm 1993, ESPAD 2003, (Tendances n°35, mars 2004, OFDT)

Part des jeunes âgés de 17 ans ayant déjà consommé un produit stupéfiant (hors cannabis) au cours de leur vie en Lorraine par sexe en 2011



Sources : OFDT (ESCAPAD)

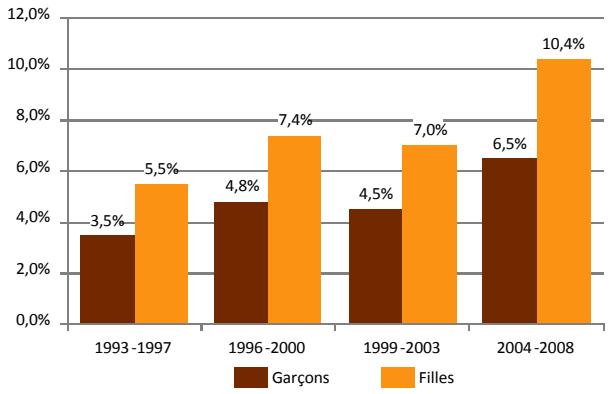
En 2011, les poppers représentent le produit stupéfiant le plus consommé par les jeunes âgés de 17 ans en Lorraine (7% en ont consommé au moins une fois) après le cannabis et devant les produits à inhaler (5%), les champignons hallucinogènes (3%) et la cocaïne (3%). L'expérimentation de l'ecstasy, des amphétamines ou du LSD sont plus rares (2% chacun) et l'héroïne a encore moins étéeessayée (1% en ont déjà consommé).

La plupart des drogues sont autant consommées par les Lorrains que par les autres Français. On observe, toutefois, une moindre fréquence de l'expérimentation de poppers (7% en Lorraine contre 9% en France métropolitaine).

Le LSD est le seul produit stupéfiant dont l'expérimentation à 17 ans à significativement augmenté entre 2008 et 2011 (de 1% à 2%). Par contre, on observe une forte diminution de l'expérimentation des poppers (de 10% à 7%).

En France, la plupart des produits stupéfiants sont plus consommés par les garçons que par les filles. Les différences sont plus difficiles à observer en Lorraine du fait des faibles effectifs enquêtés ayant déjà consommé un de ces produits.

Évolution de la fréquence de l'obésité parmi les consultants des centres d'examens de santé âgés de 20 à 24 ans en Lorraine



Source : Tableau de bord de la santé en Lorraine (UC-CMP Vandoeuvre-lès-Nancy)

En 2012, l'enquête Obépi montre qu'avec 17,0% des adultes obèses, la Lorraine se place en 7ème position des régions françaises derrière le Limousin, l'Alsace, la Haute-Normandie, la Picardie et surtout la Champagne-Ardenne (20,9%) et le Nord – Pas-de-Calais (21,3%) et largement au dessus de la moyenne nationale (15,0%).

Chez les adultes, la prévalence de l'obésité a augmenté de 62% (soit 6,5 points) depuis 1997 (10,5%). On observe également une forte augmentation de la prévalence de l'obésité en Lorraine chez les consultants des centres d'examens de santé âgés de 20 à 24 ans. Entre les périodes 1993-1997 et 2004-2008, l'obésité a pratiquement doublé chez les hommes (3,5% à 6,5%) et chez les femmes (5,5% à 10,4%).

Les résultats de la dernière enquête Obépi ont montré un fort ralentissement de la prévalence de l'obésité en France (15,0% en 2012 contre 14,5% en 2009 et 13,1% en 2006) et une légère diminution en Lorraine (17,0% en 2012 contre 17,5% en 2009). Cette évolution récente, qui parait encourageante, à priori, risque de ne pas se prolonger. En effet, la prévalence de l'obésité a diminué uniquement chez les personnes âgées de 55 ans ou plus. Elle est restée stable entre 45 et 54 ans et a légèrement augmenté entre 25 et 44 ans. En revanche, elle a beaucoup augmenté entre 18 et 24 ans (5,4% en 2012 contre 4,0% en 2009).

Entre 20 et 24 ans, la prévalence de l'obésité chez les femmes ayant consulté un centre d'examen de santé en Lorraine entre 2004 et 2008 est nettement plus élevée (10,4%) que chez les hommes (6,5%). L'enquête effectuée auprès des étudiants de première année de l'enseignement supérieur en Lorraine en 2005 montre des écarts moins importants entre les deux sexes de cette tranche d'âge (4,9% des hommes sont obèses contre 5,8% des femmes). L'enquête Obépi, enfin confirme, au niveau national que la prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (6% en 2012) que chez les hommes de la même tranche d'âge (5%). Les données des consultants des centres d'examens de santé et l'enquête Obépi montrent que la prévalence de l'obésité augmente après 25 ans et que les écarts entre les deux sexes diminuent jusqu'à 45-50 ans environ lorsque les prévalences sont équivalentes pour les deux sexes.

Fréquence du surpoids et de l'obésité à 15 ans en Lorraine en 2007

	Surpoids	Obésité	Total
Garçons	11,6%	2,7%	14,3%
Filles	5,0%	3,1%	8,1%
Total	**8,3%**	**2,9%**	**11,2%**

Source : HBSC

Moins d'un adolescent âgé de 15 ans sur 30 en Lorraine (2,9%) est obèse et 8,3% sont en surpoids. On n'observe pas de différence de prévalence significative de l'obésité entre les deux sexes alors que le surpoids est deux fois plus fréquent chez les garçons (11,6%) que chez les filles (5,0%).

SOURCES

Enquête HBSC (Health Behaviour School Children)

Cette enquête est effectuée dans plusieurs pays d'Europe auprès des collégiens âgés de 11 à 15 ans.

Enquête Escapad

Cette enquête est effectuée auprès de jeunes de 17 ans lors de leur journée d'appel à la préparation à la défense (JAPD).

Tableau de bord de la santé (UC-CMP Vandœuvre-lès-Nancy)

Ces tableaux de bords regroupent les informations recueillies auprès des consultants des centres d'examens de santé de Vandœuvre-lès-Nancy, de Longwy, de Verdun et de Metz.

Cette population n'est pas représentative de la population générale, d'une part pour des raisons de droits à l'examen de santé limités aux assurés et ayants droits du régime général, d'autre part en raison du caractère non obligatoire de cet examen.

DÉFINITIONS

Indice de masse corporel (IMC)

L'indice de masse corporel correspond au rapport entre le poids en kilogrammes et le carré de la taille en mètres.

Ainsi, pour une personne mesurant 1,75 m et pesant 75 kilogrammes, l'IMC est égale à $75 / (1,75)^2 = 24,5$

Obésité

Chez les adultes, l'obésité correspond à une IMC supérieure ou égale à 30.

Chez les enfants, le seuil d'obésité est déterminé à partir des courbes d'IMC par âge établies par IOTF (International Obesity Task Force) de telle sorte qu'elles atteignent une IMC égale à 30 à l'âge de 18 ans.

Surpoids

Chez les adultes, le surpoids correspond à une IMC comprise entre 25 et 30.

Chez les enfants, le surpoids est déterminé à partir des courbes d'IMC par âge établies par IOTF (International Obesity Task Force) de telle sorte qu'elles atteignent une IMC comprise entre 25 et 30 à l'âge de 18 ans.