



**HAL**  
open science

# L'ÉDUCATION A LA SANTÉ ET L'ÂGE DE TOUS LES POSSIBLES

Gérard-François Dumont

► **To cite this version:**

Gérard-François Dumont. L'ÉDUCATION A LA SANTÉ ET L'ÂGE DE TOUS LES POSSIBLES. Les acteurs de santé et les jeunes, un malentendu, EuroCos, Institut européen post-universitaire de formation des professions de santé, pp.87-107, 1999, 10.13140/2.1.2242.0809 . halshs-01114225

**HAL Id: halshs-01114225**

**<https://shs.hal.science/halshs-01114225>**

Submitted on 12 Feb 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## L'EDUCATION A LA SANTE ET L'AGE DE TOUS LES POSSIBLES

par le Recteur  
Gérard-François Dumont\*

Traiter de la question de la jeunesse rappelle inévitablement la formule d'Alfred Sauvy, *La montée des jeunes*, titre du livre qu'il publia en 1959, dans le contexte de la renaissance démographique de la France. Il voyait alors dans ce phénomène le véritable rebondissement d'un pays qui connaissait - enfin - une poussée de jeunes rameaux après un siècle et demi de vieillissement. Alfred Sauvy présagea ainsi mai 1968 dans les courbes démographiques: « Si, par contre, la France ne réussit pas à accueillir les jeunes, si ceux-ci trouvent les portes fermées, si les emplois sont rares, dans une économie improductive (...) Cette éventualité lamentable s'accompagnerait de troubles politiques; comprimés par la carapace malthusienne, les jeunes finiraient bien par la faire éclater »<sup>1</sup>.

Quelques années plus tard, ce même auteur, dans *La révolte des jeunes* <sup>2</sup> tire les enseignements de ces événements; en particulier il situe les responsabilités: « quels que soient les reproches que l'on puisse faire aux jeunes, quels que soient leurs simplismes et aussi leurs méfaits, toute la responsabilité incombe jusqu'ici aux générations qui les ont précédés et qui, non seulement se sont avérées incapables de maîtriser le cours de leur destin, mais ont commis la lourde faute de

---

\* Professeur à l'Université de Paris-Sorbonne, 191, rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Chapitre du livre *Les acteurs de santé et les jeunes, un malentendu*, Strasbourg, VII<sup>e</sup> journées EuroCos, Institut européen post-universitaire de formation des profession de santé, 1999, p. 87-107.

<sup>1</sup> Sauvy Alfred, *La Montée des Jeunes*, Calmann-Lévy, Paris, 1959, p. 115.

<sup>2</sup> Sauvy Alfred, *La Révolte des Jeunes*, Calmann-Lévy, Paris, 1970, p. 251

*prétendre assurer leur propre sécurité, en sacrifiant les jeunes sur tous les plans* ». Bien que les années 1990 se situent dans une réalité démographique pratiquement inversée, cette analyse incrimine tout autant qu'hier la génération des adultes.

L'extraordinaire clairvoyance d'Alfred Sauvy paraît tout particulièrement d'actualité en cette année 1998, celle du centenaire de la naissance du maître, qui a vu 400 000 lycéens manifester dans les rues de France. En effet, ces manifestations, dont il faut souligner les traits essentiels, s'opposent à celles de 1968 : d'une part, le mouvement lycéen est parti de villes de province et a beaucoup plus mobilisé de jeunes dans les villes moyennes ailleurs qu'en l'Ile-de-France. Alors que 1968 avait démarré comme un mouvement parisien, « branché », jacobin (la tête parisienne pensant pour le reste de la France), 1998 a été le mouvement girondin d'une France qui refuse les décisions venues d'en-haut vécues comme des diktats bureaucratiques. D'autre part, le mouvement lycéen de 1998 a choisi le réalisme et non l'utopie. Il ne s'agissait pas d'imaginer un monde mythique où « tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil », mais d'améliorer très concrètement les conditions de la vie quotidienne, de desserrer l'étau qui oriente trop souvent l'Education Nationale vers un système qui semble parfois se préoccuper plus de ses corporations que des finalités que la loi lui astreint.

La question de la santé de jeunes s'inscrit dans un contexte démographique nouveau, compte tenu de la place de la jeunesse et de l'adolescence dans la société d'aujourd'hui. Les comportements des jeunes en cette matière soulignent la nouvelle dimension démographique de l'adolescence et la nécessité de distinguer clairement les effets d'âge et les effets de génération, afin de

comprendre le contexte psycho-sociologique des actuelles générations adolescentes. Forts de la connaissance de leurs spécificités, il nous sera alors possible de nous interroger sur les conditions d'une meilleure éducation à la santé.

*De moins en moins de jeunes...*

Il suffit d'ouvrir régulièrement les périodiques de nos pays pour constater que le sujet de la santé des jeunes y est assez peu traité, même quant aux maladies sexuellement transmissibles. En revanche, les articles se multiplient sur la santé des adultes qui pourraient, dit-on, rester jeunes et plus encore sur celle des personnes âgées. Il y a là un effet direct des évolutions démographiques : d'une part, le nombre de personnes âgées s'accroît de façon importante, ce que j'appelle la « géricroissance »<sup>3</sup>. Cette augmentation a des raisons quantitatives et qualitatives. D'une part, en Europe, vont arriver à un âge élevé des générations plus nombreuses, nées à des périodes où la natalité était plus importante. Cette géricroissance quantitative augmentera au XXI<sup>ème</sup> siècle, après 2005, alors qu'arriveront à l'âge de 60 ans les personnes nées au lendemain de la seconde guerre mondiale. D'autre part, les progrès économiques, sociaux et sanitaires, augmentent sensiblement l'espérance de vie<sup>4</sup>, notamment aux âges élevés. La santé des personnes âgées concerne donc un nombre croissant d'individus.

---

<sup>3</sup> DUMONT Gérard-François, *Le Monde et les hommes*, Editions Litec, Paris, 1995.

<sup>4</sup> Par exemple pour l'Europe des quinze, l'espérance de vie à la naissance est passée de 70,5 ans en 1980 à 74,1 ans en 1997 pour le sexe masculin et de 77,1 à 80,5 pour le sexe féminin.

En revanche, la question de la santé des jeunes porte sur des générations moins nombreuses, sous les effets d'une faible fécondité et d'une faible natalité. Pour l'Europe des quinze, la proportion de la population de moins de 20 ans dans la population totale atteignait 32% entre 1965 et 1970. Cette proportion a décliné, franchissant à rebours le seuil des 30% au début des années 1980, puis celui des 25% au début des années 1990. Au premier janvier 1995, la proportion était de 23,9%. Ainsi, en un quart de siècle, la part des jeunes dans l'Europe des 15 est tombée de près d'un tiers à moins d'un quart.

Considérons maintenant la population dans ses deux déclinaisons démographiques, d'une part les 0-14 ans, d'autre part les 15-24 ans, sachant que l'âge au premier emploi ou au mariage n'a fait que reculer. La rapidité de l'évolution est assez spectaculaire puisque les générations jeunes (0-24 ans), qui représentaient près de 40% de la population totale en 1970, vont être numériquement inférieures à 30% en l'an 2000.

L'évolution de la population des 0-24 ans dans l'Europe des  
Quinze.

%	1960	1970	1980	1990	1995
0-14 ans	24,4	24,7	31,8	18,3	17,6
15-24 ans	14,6	14,8	15,8	15,2	13,5
0-24 ans	39,0	39,5	37,6	33,5	31,1
Population 0-24 ans (milliers)	122 782	134.290	129 559	121 852	115 556
Population totale (milliers)	314 826	339 974	354 571	363.738	371 563

Source : Eurostat. *Statistiques démographiques*.

Tous ces chiffres mettent en évidence une réalité : il y a de moins en moins de jeunes en Europe<sup>5</sup>. Cela est vrai en chiffres absolus - plus de 18 millions de jeunes en moins dans l'Europe des Quinze de 1970 à 1995 - comme en chiffres relatifs.

*...mais des adolescents de plus en plus jeunes*

Il convient de distinguer deux phases principales dans la jeunesse et, corollairement, dans la question de leur santé. Il y a celle où les jeunes ont assez peu de responsabilités sur leur propre santé, dans la période *ante-adolescente*; puis celle où l'exercice d'une certaine liberté individuelle donne une responsabilité plus grande; c'est l'adolescence. Or un phénomène majeur de la

---

<sup>5</sup> Sur l'analyse de ce phénomène européen, Cf. Dumont Gérard-François, *Le Festin de Kronos*, Fleurus-Essais, Paris 1991; trad. italienne: *Il festino di Crono*, Edizioni Ares, Milan, 1994; trad. espagnole: *El festin de Cronos*, Ediciones Rialp, Madrid, 1995; trad. slovaque: *Kronova Hostina*, Vydal Charis, Bratislava, 1995; trad. Allemande: *Europa stirbt vor sich hin...Wege aus der Krise*, MM Verlag, Aachen, 1997.

seconde moitié du vingtième siècle en Europe révèle l'augmentation paradoxale, dans un contexte de contraction arithmétique globale, du nombre des adolescents, du fait que cette période déborde par le haut et par le bas, ce qui allonge la durée des risques sanitaires plus particulièrement propres à cet âge.

Succède à l'enfance et précédant l'âge adulte, l'adolescence fut longtemps brève dans l'histoire de l'humanité, du fait notamment de rites de passage qui en accélèrent le rythme ou de conditions économiques qui nécessitaient un labeur juvénile. Même si le mot adolescent est ancien, l'émergence de générations adolescentes s'est accentuée récemment depuis les années 1960 avec certaines évolutions comportementales et la montée de référents culturels<sup>6</sup> propres à cet âge; le temps séparant la fin de l'enfance et l'âge adulte se dilate. Cette précocité se constate aisément dans la vie quotidienne: il est désormais - malheureusement - banal de voir des collégiennes allumer une cigarette dès la sortie de leur établissement scolaire, ou d'en rencontrer dans des bars; les violences scolaires sévissent particulièrement dans les collèges.

*Plus grande précocité des consommations à risques.*

Les problèmes de drogue ou de viol prennent place désormais autant dans les collèges que dans les lycées. Autrement dit, la séparation géographique entre ces types d'établissements se révèle illusoire. Pourtant la loi française les a clairement séparés, les collèges - sous la responsabilité matérielle des départements - correspondant à des espaces protégés pour des générations encore considérées plus proches de l'enfance et les lycées - sous la

---

<sup>6</sup> Ainsi, selon les périodes, on parle de « bof-génération », de génération du « moi-je », de « yuppies » (qui signifie en théorie *young urban professional*, c'est-à-dire littéralement: jeune citadin dingue du boulot), de « fun » génération, ou de génération techno...

responsabilité matérielle des régions- où l'adolescent devrait devenir adulte. De fait, les cités scolaires - réunissant à la fois un collège et un lycée - sont de moins en moins nombreuses - et ne subsistent généralement que là où des raisons historiques ou urbaines les justifient. Jamais les collégiens et les lycéens n'ont été autant séparés que dans la France de la fin du XX<sup>ème</sup> siècle et - c'est le paradoxe - jamais ils n'ont été aussi proches par le comportement du public qui les fréquentent. Prenons l'exemple de la drogue : selon une enquête datant du début des années 1990, l'invitation à consommer de la drogue avait touché 27% des lycéens, selon leur propre déclaration. Pour les collèges, 11% de collégiens reconnaissent avoir été sollicités. Selon une enquête française<sup>7</sup> publiée en 1997 portant sur les jeunes de 15 ans (donc des collégiens), plus d'un cinquième (21,6%) déclaraient qu'on leur avait proposé de la drogue, 9,3% déclaraient en avoir fumé et/ou inhalé une fois et 6,8% en avoir consommé plusieurs fois. Selon la dernière enquête publiée en novembre 1998, près de la moitié des 15-19 ans (48%) se sont vus proposer du cannabis, et 14% en ont consommé au moins dix fois. La consommation est liée au sexe (32% des garçons, 23% des filles), à la profession du chef de famille (plus la catégorie socioprofessionnelle est élevée, plus le pourcentage augmente) et au statut de la famille (la proportion des refus est de 47% chez les enfants vivant avec leurs parents de naissance, de 40% pour les jeunes issus de familles monoparentales et de 30% pour ceux issus de familles recomposées).

Si l'on considère désormais l'ensemble des consommations à risques parmi les jeunes de 15 ans, les résultats mettent en avant leur gravité.

---

<sup>7</sup> *Baromètre Santé des jeunes*, Editions CFES, Paris, 1997.

Selon l'enquête publiée en 1997, la consommation de tabac concerne environ un jeune sur cinq entre 11 et 15 ans. Elle commence plus tôt chez les garçons (à 11 ans, 6% de fumeurs contre 2% de fumeuses), mais, dès 13 ans, le pourcentage de filles et de garçons qui fument devient identique (respectivement 19,8% et 19,3%). Enfin, à quinze ans, les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons (14%). Globalement, les jeunes consomment en moyenne 3 cigarettes par semaine à 11 ans, 10 cigarettes par semaine à 13 ans et 27 cigarettes à 15 ans. La consommation moyenne hebdomadaire est identique entre garçons et filles de 11 ans. Cependant, dans les classes d'âge plus élevées, les garçons fument un peu plus que les filles (différence non significative). Comparé aux autres pays, le pourcentage de fumeurs français est parmi les dix plus importants dans les trois classes d'âge 11,13 et 15 ans.

Répartition de la consommation de drogue, tabac, et alcool  
 parmi les jeunes de 15 ans.

Ni drogue, ni tabac, ni alcool	49,9%
Tabac	13,9%
Alcool	11,1%
Tabac et alcool	9,1%
Drogue, tabac et alcool	7,1%
Drogue et tabac	5,3%
Drogue	2,4%
Drogue et alcool	1,2%

Source : CFES, 1997.

L'enquête publiée en novembre 1998 donne les résultats suivants: parmi les 12-19 ans, 28% des jeunes fument, pourcentage qui atteint 50% à l'âge de 19 ans. A 12-13 ans, moins de la moitié des parents (44%) interdisent à leurs enfants de fumer. L'interdiction est plus forte lorsque l'enfant vit avec ses deux parents, et l'on trouve plus de fumeurs dans les foyers monoparentaux et recomposés.

L'examen cinétique des différentes enquêtes met en évidence que, par rapport aux consommations à risques de plus en plus précoces, l'âge marquant la fin de l'enfance régresse.

*Des adolescents plus âgés*

A l'autre bout, l'entrée dans l'âge adulte est retardée du fait de certaines évolutions sociales et comportementales. De façon générale, il est clair que la technicité croissante des métiers impose des années de formation plus nombreuses et la prolongation de la scolarité obligatoire de 14 à 16 ans a d'ailleurs été considérée comme un progrès. En, fait, la scolarité va bien au-delà de 16 ans.

En France, la proportion de 15-19 ans en formation est passée de 52,4% en 1962 à 91,9% en 1993 pour le sexe féminin et de 46,4% à 87,4% pour le sexe masculin. Dans la tranche 20-24 ans, la progression est également très importante : 9,3% pour le sexe féminin en 1962, 39,6% en 1993; 8,1% pour le sexe masculin en 1962, 36,1% en 1993. On retrouve là un des paradoxes du système éducatif dont les effectifs restent importants, en raison de l'essor du taux de scolarité, alors que les générations sont moins nombreuses. Mais, en même temps, les variations spatiales d'effectifs sont considérables, rendant de plus en plus complexe les ajustements locaux dans une société où la mobilité des familles est importante.

Deuxième élément de l'allongement par le haut de l'adolescence, le fait de tarder à faire ses premières armes professionnelles. On pourrait expliquer cette attitude par le souci d'obtenir plus de qualification ou par les insuffisances du marché du travail. Ce ne sont pas les seules raisons. Certes, le taux de chômage des jeunes qualifiés est sans commune mesure avec celui des jeunes qui sortent du système scolaire sans bagage. Mais la peur de se confronter au marché du travail, souvent amplifiée par les adultes, conduit nombre de jeunes à prolonger leurs études. C'est ainsi que, sous la pression de certains enseignants, les I.U.T. réclament une troisième année de formation ou que les baccalauréats professionnels - dont l'intitulé caractérise bien leur objectif immédiat - postulent à des cursus ajoutés. Ce type de démarche signifie en réalité un certain refus de passer de l'adolescence à l'âge adulte; dans ce type de formation, toute prolongation d'études - sauf exception - n'a de sens que si elle se fait sous statut professionnel (en alternance ou par l'apprentissage). En outre, plus le jeune retarde sa première expérience professionnelle adulte, plus il aura psychologiquement

du mal à s'intégrer. C'est ainsi que l'on rencontre des collectionneurs de diplômes en grande difficulté, à un âge avancé.

### *Des jeunes qui jouent les prolongations*

A ces deux phénomènes sociaux, l'allongement justifié de la formation et la peur - mauvaise conseillère - devant l'engagement professionnel, s'ajoutent des éléments de comportement. Ainsi les adolescents jouent les prolongations chez papa-maman et sursoient (qu'ils l'éluent ou l'écartent) à fonder un foyer; l'indépendance tant réclamée ne s'applique plus...au logement, et l'application de la consigne biblique « tu quitteras ton père et ta mère » est de plus en plus tardive. Dans la tranche d'âge 20-24 ans, une majorité vit chez ses parents et environ 20% dans la tranche 25-29 ans. Ces comportements se retrouvent dans la nuptialité. L'âge moyen au premier mariage du sexe féminin, de 1963 à 1979, était toujours resté en-dessous de 23 ans. Depuis les années 1980, il augmente allègrement, approchant les 27 ans. Comme l'indice synthétique de primo-nuptialité féminine est autour de 50<sup>8</sup>, plus des trois-quarts des jeunes filles peuvent fêter la Sainte-Catherine. Ce qui ne signifie pas l'absence de relations sexuelles, puisque dans le même temps, près de 40% des naissances surviennent hors mariage.

Ces données d'allongement de l'adolescence<sup>9</sup>, désignées parfois sous le terme de post-adolescence, conduisent à compenser la baisse des effectifs des générations. La tranche d'âge des adolescents qui pouvait, dans les années 1950, désigner les 15-19

---

<sup>8</sup> Ce qui signifie que, à des comportements pérennes, la moitié des générations féminines atteindront l'âge de 50 ans sans être passées devant M. le maire. Cf. Dumont Gérard-François, *Démographie*, Dunod, Paris, 1992.

<sup>9</sup> Avec des variantes selon les pays de l'Europe occidentale. Cf. Cavalli Alexandro, Galland Olivier *et alii*, *L'allongement de la jeunesse*, Actes Sud, Arles, 1993.

ans s'écarte beaucoup, et concerne aujourd'hui, selon les types de critères, les 13-22, voire les 12-24 ans.

Ainsi, alors que la jeunesse s'étiole, l'adolescence prospère.

#### *Le contexte psychosociologique*

Ces évolutions démographiques de la jeunesse mettent déjà en évidence de profonds changements qui s'entremêlent en outre avec des aspects psychosociologiques. A quelle jeunesse sont donc aujourd'hui confrontés les acteurs de santé? Il faut pour répondre à cette question avoir bien conscience des effets d'âge et des effets de génération.

Les effets d'âge sont les caractères propres à l'âge. La traversée de l'adolescence s'accompagne inévitablement de troubles dont l'intensité et la durée sont variables selon les individus : agressivité, repli sur soi, dénigrement des idéaux de l'enfance, difficulté à juger des limites, attitudes d'excès dans l'enthousiasme comme dans le découragement... Pour une faible minorité, ces désordres normaux peuvent devenir pathologiques: refus durable de communiquer, de parler, tendance chronique à l'isolement, effondrement rapide des résultats scolaires, angoisses fortes et fréquentes. Mais il importe de ne pas traduire des troubles normaux en troubles pathologiques, ce qui n'est pas toujours facile dans une société médiatique et spectaculaire, qui présente toujours les cas extrêmes, et « normalise » ainsi des épisodes pathologiques qui ne sont pourtant pas pour autant « normaux ».

Ces effets d'âge sont bien connus; il convient de les garder présents à l'esprit.

### *Effets de génération*

Aux effets d'âge s'ajoute les effets de génération qui ont des aspects ambivalents. La première difficulté des adolescents est que leur âge est idéalisé. Nous sommes dans une société « adolescentique » où trop d'adultes se rêvent toujours adolescents. Ainsi les enfants, en place d'avoir des adultes susceptibles de donner des repères, n'ont trop souvent en face d'eux que des personnes d'âge adulte se comportant comme de grands adolescents peu capables de les aider à se construire; la faible proportion d'interdiction de fumer le souligne. Le paroxysme de cette réalité a été atteint en octobre 1998. Les inquiétudes exprimées dans les manifestations de lycéens n'ont guère rencontré d'adultes responsables capables de leur dire ce qui est bien et ce qui est mal, capables par exemple de les encourager à ne pas retarder l'entrée dans la vie active et d'organiser en corollaire une véritable formation professionnelle continue, capables, autre exemple, de leur apprendre à faire des choix dans la répartition des moyens accordés à leur établissement scolaire. Déclarer qu'on va donner plus de moyens, même si cela est nécessaire ici ou là, c'est laisser accroire que le quantitatif résorbe toujours le qualitatif. Par leurs manifestations, les lycéens prouvaient qu'ils étaient prêts à être acteurs de la communauté éducative, et on leur a souvent répondu comme à de simples consommateurs du système scolaire. Or les établissements scolaires ne sont pas des hypermarchés, on doit y apprendre à maîtriser son devenir.

L'évolution de la sociologie de la famille a augmenté le nombre d'adolescents vivant dans des foyers monoparentaux ou des familles recomposées. Ils apparaissent fragilisés si l'on en croit

le Baromètre santé-jeunes 1997-1998. Le quotidien *Le Monde*<sup>10</sup> évoque cette relation entre l'état de santé des générations adolescentes actuelles et leur situation familiale: « Les jeunes vivant avec leur père et mère de naissance ou d'adoption consomment moins de tabac, d'alcool et de cannabis et pensent moins souvent au suicide que ceux vivant dans un foyer monoparental ou recomposé ».

### *Maturité cognitive et immaturité pratique*

Les autres effets de générations constituent un immense paradoxe que je simplifierai ainsi : individuellement, lorsque le dialogue s'installe, l'adulte ne peut qu'être impressionné par la connaissance de la vie et la maturité conceptuelle du jeune. C'est que nous vivons dans une société d'information qui les conduit à connaître très jeunes beaucoup des « choses de la vie »: la croyance au Père Noël s'estompe de plus en plus tôt, celle en la naissance des enfants dans les choux a quasiment disparu,... d'autre part, la connaissance des difficultés des adultes - problèmes d'emploi, d'équilibre du couple, de divorces - est nettement plus précoce. Acquérant jeunes des connaissances que les générations antérieures découvraient plus tard, les jeunes sont individuellement beaucoup plus mûrs. Toujours lors des mouvements d'octobre 1998, beaucoup se sont étonnés des objectifs concrets des jeunes, de leur refus des utopies. La raison tient à cette maturité cognitive qui ne permet plus de croire aux lendemains qui chantent.

A cette maturité cognitive s'oppose une grande immaturité dans la *praxis*. Notre société maternelle trop la jeunesse, l'empêchant d'acquérir suffisamment de sens pratique. Les médias proposent

---

<sup>10</sup> 25 novembre 1998, p. 12.

des besoins - pulsion pour tel film, pour telle musique, pour telle parade - qui ne peuvent remplacer les rites de passage. Dans la vie quotidienne, les jeunes sont habitués à être servis : par exemple ils ne participent guère au nettoyage ou à l'équipement de leurs salles de classe, à l'organisation de leur lycée. Le mouvement lycéen a permis de relever des anecdotes cocasses, tels ces élèves qui manifestaient le matin, puis allaient mettre les pieds sous la table chez leurs parents - les cantines étant fermées - avant de repartir manifester. Ne pourrait-on, par exemple, expérimenter largement l'organisation un dispositif disciplinaire cogéré par les lycéens?

Les jeunes réclament davantage de conseillers d'orientation, mais ne savent pas que leur éducation à l'orientation dépend d'abord d'eux-mêmes, dans un monde où les métiers se sont considérablement diversifiés. Un sociologue rappelle que les adolescents ont « la volonté manifeste qu'on leur montre le chemin »<sup>11</sup>. Certes, cela est du rôle des adultes de les aider dans leurs démarches, mais c'est aux adolescents de choisir leur chemin. Cette immaturité dans l'action est créatrice d'angoisse, faute de compter des réalisations concrètes dont on peut être fier et qui lèvent les inhibitions lors de nouvelles étapes à franchir.

#### *Les impératifs de l'éducation à la santé*

L'explication de l'évolution démographique et psychosociologique des générations adolescentes peut se résumer rapidement ainsi dans ses principales tendances: soit on analyse les modifications du cycle de vie avec des outils démographiques, soit on trouve une explication dans la recherche d'un bonheur individuel qui se construirait par expérimentation et non par reproduction des comportements des générations antérieures, soit

---

<sup>11</sup> Fize Michel, *Enjeux*, février 1994, p. 74.

on insiste sur le changement considérable de la place de la femme avec la maîtrise de la fécondité et l'accent donné à sa vie professionnelle.

Quelles que soient ces analyses, il faut bien constater que le passage d'une société à mariage universel et à implication professionnelle précoce - celle des années 1950 - à une société individualiste et à entrée plus tardive dans le monde du travail ne s'est pas fait sans changement dans l'état sanitaire de la jeunesse. Prenons l'exemple des suicides<sup>12</sup>. Pour les 15-24 ans de sexe masculin, le taux de mortalité par suicide est de 6,5 pour 100.000 personnes en 1950-51. Depuis les années 1980, il a toujours été supérieur à 14,5 pour 100.000. Pour le sexe féminin, le taux est passé de 2,7 en 1950-51 à plus de 4,3 depuis les années 70. Ces augmentations se constatent en dépit d'une efficacité croissante du traitement des tentatives de suicide (Samu, soins d'urgence, proximité des soins du fait de l'urbanisme).

Le rejet de soi - le suicide -<sup>13</sup> s'inscrit donc dans une évolution globale des générations jeunes, qui ont des comportements plus mortifères que les précédentes. Nous l'avons mesuré ci-dessus en donnant des chiffres sur le tabac ou la drogue. De la même façon, d'autres maux, comme la dépressivité, ou une alimentation mal équilibrée, mettent en évidence un certain divorce entre les jeunes et les différents acteurs de la santé publique. Prenons un autre exemple : quel acteur de santé responsable accepte d'élever au rang de héros un garçon séropositif qui n'utilise aucune protection sexuelle? Or toute une partie des jeunes, appuyés par les médias, a fait de l'auteur des *Nuits fauves* une sorte de héros post-moderne.

---

<sup>12</sup> Cf. *Populations et sociétés*, n°334, avril 1998.

<sup>13</sup> Pommerean Xavier, *L'adolescent suicidaire*, Dunod, Paris, 1996.

### *Intégrer la notion de santé durable*

Là se trouve le décalage fondamental entre les jeunes générations du temps présent et les acteurs de santé : ceux-ci, par définition, intègrent un concept de santé durable et considèrent que les attitudes, les comportements - à commencer par le brossage quotidien des dents - s'inscrivent dans la volonté de durée. Les choix sanitaires à faire aujourd'hui - le combat contre le tabagisme, la mise à l'écart des drogues, le refus de l'excès des « médicaments »- ne peuvent se comprendre que dans la perspective d'un « retour sur investissement ». Or ils ne distribuent guère de dividendes dans le court terme : des maladies chroniques des bronches, le cancer du poumon, l'affaiblissement des capacités neuronales,... ne se mesureront qu'à terme, à un moment où le processus sera si avancé que le retour à la situation antérieure se révélera très difficile. Ainsi découvre-t-on le problème majeur de l'éducation à la santé qui impose de prendre conscience du temps, de savoir mesurer le temps. Parallèlement, les statistiques livrent de vraies moyennes qui n'ont pas pour effet de rendre la prévention de la santé contraignante : elles proclament en effet que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, ce qui est exact mais masque la réalité profonde que toute société peut connaître une régression sanitaire. Prenons deux exemples : l'augmentation - heureuse - de l'espérance de vie conduit souvent à omettre de citer l'important écart d'espérance entre le sexe féminin et le sexe masculin. Même si cet écart relève de plusieurs explications, il est certain que l'espérance de vie du sexe masculin pourrait augmenter de façon encore plus significative s'il n'avait pas une propension plus forte à des consommations ou à des comportements à risques. La prévention de la santé chez les hommes laisse entrevoir une marge significative d'allongement de la vie humaine. Ainsi les progrès de l'espérance de vie à la

naissance (un trimestre par an) masquent un déficit d'espérance de vie créé par l'abus d'alcool, de tabac, ou des comportements mortifères. L'augmentation de l'espérance de vie est donc un solde entre les progrès de la médecine et de la société, qui font plus que compenser des reculs qu'ils ne faut pas passer sous silence (augmentation des suicides, abus de drogue, de tabac, manque de précautions dans les relations sexuelles,...).

*Un solde positif mais toujours fragile*

Se rendre compte que l'augmentation de l'espérance de vie n'est qu'un solde est fondamental pour la suite : en effet si ce solde est positif, il peut aussi devenir négatif si l'efficience de la médecine est contrecarrée par les effets secondaires de nourritures inadaptées, par un moindre respect des règles d'hygiène, l'abus des psychotropes ou l'accentuation de consommations à risques. La durée de l'espérance de vie n'est pas un acquis définitif, mais peut être remise en cause en permanence et à chaque génération. Ainsi les années 1980 ont enregistré des baisses de l'espérance de vie en U.R.S.S. ou en Roumanie, pays qui connaissaient alors une régression sanitaire. L'espérance de vie n'a donc rien d'une certitude, et il faut informer les jeunes qu'elle dépend aussi, et pour une part importante, de leur comportement face à la santé et de leur comportement face à leur équilibre psychique. Ainsi tout jeune se trouve confronté, à tel ou tel âge, à des questions existentielles, mais cette confrontation est peut-être plus rude dans une société où moins d'enfants bénéficient d'un cadre familial et social susceptible de leur fournir des structures psychiques aidant à réagir au stress de l'existence. Il en résulte que trop de jeunes, face à cette difficulté naturelle, cherchent à ne plus avoir à penser, d'où l'essor des sectes, ou la demande de substances pharmaceutiques qui évitent de se confronter à la réalité. Ces deux

attitudes sont néfastes tant pour la santé mentale que pour la santé physique durable.

*Le pouvoir de dire non*

Avoir pris connaissance des caractéristiques de la jeunesse d'aujourd'hui est essentiel pour l'aider à se construire. L'éducation à la santé, qui s'inscrit dans cette logique, est en fait très ancienne. Songeons au Serment d'Hippocrate, au poème de 362 vers de l'école de Salence: « Laver souvent les mains est une pureté qui contribue à la santé ».

Le bien-être n'est donné automatiquement ni à l'adulte, ni au jeune. C'est une conquête de chacun, de tous les jours, qui a notamment pour objet de contribuer à l'épanouissement, à la réussite, et à l'insertion dans la société.

La jeunesse est le temps pendant lequel l'être humain doit acquérir son autonomie, dont le corollaire est sa responsabilité. Pour cela, il convient d'abord de se connaître soi-même dans son essence et dans sa différence. Chaque jeune doit prendre conscience qu'il a un capital santé qui s'entretient au quotidien et qui suppose de choisir ses loisirs, sa culture, ses sports en conséquence. Un bon moyen de comprendre les caractéristiques de son capital santé est de considérer celui des autres et notamment ceux qui souffrent des différences : handicap, jeunes atteints de maladies graves. Savoir les respecter, les aider dans leur difficulté, c'est apprendre à se connaître soi-même.

Dans le même temps, cette prise de conscience est rendue complexe puisque le corps grandit, se transforme, se sexualise, toutes évolutions qui amènent inquiétude, satisfaction ou mécontentement, car les rythmes et les périodes d'évolution corporelle ne sont pas les mêmes selon les enfants. L'un va grandir « prématurément » et sera handicapé par sa taille. L'autre se

sentira marginalisé car il reste « petit » : sa période de croissance est programmée plus tardivement (mais il ne le sait pas et personne ne peut le lui garantir).

Dans cet entre-deux âges fragile, une autre méthode presque toujours utilisée chez les jeunes consiste à rechercher ses limites. Jusqu'où puis-je refuser le respect à mes parents? Jusqu'où m'affirmer en me disant toujours contre? Ne suis-je pas si puissant que les consommations à risque sont sans effet sur moi?

Il s'agit en fait de montrer que le véritable MOI de l'adolescent n'est pas celui qui commet les mêmes abus que les autres pour être accepté au sein d'une "bande", n'est pas celui qui va au-delà de ses limites pour être « intéressant », mais celui qui connaît le pouvoir de dire non, c'est-à-dire qui acquiert la volonté d'exprimer sa propre personnalité. Une telle attitude est sans doute particulièrement difficile dans un environnement médiatique qui donne souvent l'impression que « tout est possible ». Apprendre aux jeunes le pouvoir de dire non est pourtant l'une des missions essentielles auxquelles ne peuvent manquer les différents acteurs de la santé, à l'instar des autres adultes qui entourent l'adolescence.

G.-F.D.

Dumont, Gérard-François, « L'éducation à la santé à l'âge de tous les possibles »,

dans :

*Les acteurs de santé et les jeunes, un malentendu*

Strasbourg, VII<sup>e</sup> journées EuroCos,

Institut européen post-universitaire de formation des professions de santé, 1999.

## Sommaire

De moins en moins de jeunes.....	89
...mais des adolescents de plus en plus jeunes.....	91
Plus grande précocité des consommations à risques.....	92
Des adolescents plus âgés.....	95
Des jeunes qui jouent les prolongations .....	97
Le contexte psychosociologique .....	98
Effets de génération .....	99
Maturité cognitive et immaturité pratique .....	100
Les impératifs de l'éducation à la santé.....	101
Intégrer la notion de santé durable.....	103
Un solde positif mais toujours fragile.....	104
Le pouvoir de dire non.....	105