



“ Etre jeune ” est-il dangereux pour la santé ?

Marc Lorient

► To cite this version:

Marc Lorient. “ Etre jeune ” est-il dangereux pour la santé ?. Vincenzo Cichelli Ce que nous savons des jeunes, PUF, pp.98-112, 2004. halshs-01238382

HAL Id: halshs-01238382

<https://shs.hal.science/halshs-01238382>

Submitted on 4 Dec 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.

« Etre jeune » est-il dangereux pour la santé ?

Marc Lorient

Tout champ institutionnel – que ce soit le système éducatif, le sport, la culture, l'insertion professionnelle, la police ou encore la santé publique –, contribue à construire, en fonction des préoccupations qui lui sont propres, la jeunesse comme une catégorie au contenu et aux contours spécifiques. Par le jeu de la demande sociale et du financement de la recherche, ces constructions sociales extérieures aux préoccupations de la sociologie produisent un effet réflexif sur la façon dont la sociologie de la jeunesse constitue son objet, élabore ses problématiques.

Or, si la question de la santé des jeunes a peu intéressé les sociologues de la santé ou de la jeunesse, cette situation contraste avec les préoccupations fortes exprimées sur ce thème par de nombreux psychologues ou médecins engagés dans des démarches de santé publique¹. Depuis les années 1990, la jeunesse semble en effet être devenue une cible majeure des politiques de santé publique. Pourtant, si l'on s'en tient à une approche restrictive de la santé, cette catégorie d'âge est celle qui présente les plus faibles taux de mortalité et de morbidité. En fait, c'est à travers une acception large de la santé, telle celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (« un état complet de bien-être physique, mental et social »), qu'est abordée cette question. Du coup, la jeunesse fait un peu figure d'exception : dans un système de santé très centré sur le curatif [Lorient, 2002], la question de la santé des jeunes apparaît essentiellement comme une affaire de prévention. C'est peut-être ce qui explique l'intérêt des promoteurs de cette démarche pour une catégorie chargée de représentations affectives et d'enjeux politiques et sociaux.

Cependant, le problème de la santé physique et mentale des jeunes ne constitue pas un enjeu dans le seul champ de la santé publique, mais concerne également les sciences sociales. Les objets d'étude « jeunesse » et « adolescence », en effet, ont d'abord été mis en forme par la psychologie et la médecine, avant d'être repris par la sociologie. Même si cette dernière s'est démarquée des approches biologisantes ou psychologisantes de la jeunesse, la représentation de cet âge de la vie comme période de fragilité et de vulnérabilité reste prégnante. C'est notamment à travers la notion d'adolescence que cette naturalisation exerce son attraction. Pour nombre de médecins, les frontières de la jeunesse seraient à rechercher avant tout dans le corporel : « *Le début de l'adolescence est aisé à fixer, dans la mesure où il trouve, avec les premières manifestations de la puberté, un ancrage dans le corps* » ; son terme correspondrait, quant à lui, à « *une insensible dissolution de la problématique adolescente tandis que s'affirme progressivement, à l'instar des traits physiques, traits de*

¹ A l'exception du Haut Comité pour la Santé Publique qui a plus insisté sur les inégalités sociales et géographiques que sur les différences entre classes d'âge.

caractère et assises affectives et professionnelles » [Jeammet, 1993]. Pour ces raisons, une analyse critique de la façon dont la médecine et la psychologie ont fait de la jeunesse une catégorie à risque sanitaire se révèle de la plus haute importance pour une étude sociologique des âges. Cette opération passe tout d'abord par une discussion des risques habituellement associés à cette période de la vie afin de montrer pourquoi les seules données épidémiologiques ne suffisent pas à expliquer l'intérêt de la santé publique pour cette catégorie.

La santé des jeunes : un aperçu épidémiologique

Il convient donc d'apporter quelques éléments quantitatifs sur la santé des jeunes, relativement aux autres catégories, d'âge afin de vérifier si le fait d'être jeune entraîne bien un risque plus élevé de connaître tel ou tel problème de santé. Or, la quasi-totalité des travaux sur la santé des jeunes ne citent que des données limitées à la seule catégorie d'âge définie comme la jeunesse ; ce qui contribue à une forme de myopie de l'analyse et accroît la probabilité d'interprétations erronées. D'autant plus que si de nombreux auteurs s'accordent pour reconnaître que la jeunesse est une catégorie complexe au carrefour du social, du biologique et du psychologique, la nécessité d'utiliser les données produites par les grands organismes de production statistique les conduit à réifier cette catégorie dans une tranche d'âge standard (généralement les 15-24 ans) ; ce qui peut conduire à amalgamer de façon abusive des expériences sociales très diverses. Sans faire une présentation exhaustive, il s'agit ici d'apporter quelques points de comparaison sur les problèmes les plus souvent associés à la question de la santé des jeunes.

L'indicateur le plus basique, mais aussi le moins discutable de l'état de santé d'une population, est sans conteste la mortalité. Le quotient de mortalité baisse de la naissance à dix ans, puis augmente tout au long de la vie, avec une certaine stabilisation entre 18 et 28 ans. Seuls les 1-14 ans ont donc un taux de mortalité inférieur aux 15-25 ans². Les accidents de la circulation représentent la première cause de mortalité parmi les jeunes (15 à 24 ans). Cette classe d'âge, qui regroupe 13 % de la population, est par ailleurs surreprésentée dans les accidents de la route : plus de la moitié des tués en cyclomoteur (51,5%) et pas loin du tiers des tués à moto (28,2%) ou en voiture (28,9%). Cette surreprésentation est encore plus forte si l'on se limite à ceux qui sont en âge de conduire. Les jeunes de 18 à 24 ans représentent près d'un quart des tués sur la route pour 9 % de la population³. Le suicide est la deuxième cause de mortalité pour les 15-24 ans. Mais cela ne veut pas dire que les jeunes se suicident plus que les autres. Bien au contraire ! Le taux de suicide augmente avec l'âge et reste fort chez les personnes âgées. « *L'augmentation du taux de*

² La situation démographique de la France en 1999, INSEE, Série « résultats Société », mars 2002.

³ Prévention routière, bilan 2000, Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière, La Documentation Française, mai 2001.

suicide avec l'âge est régulièrement constatée depuis les premières études de Durkheim », même si « *une augmentation des suicides semble être intervenue dans les générations d'après-guerre ; la hausse du taux de suicide a donc commencé à se manifester dans les années 60 chez les jeunes, puis dans les tranches d'âge ultérieures au fur à mesure de l'avancement en âge de ces générations* »⁴. Par ailleurs, les tentatives de suicide sont plus nombreuses parmi les 26-44 ans que parmi les 15-25 ans⁵.

La connaissance statistique de la morbidité est plus délicate que celle de la mortalité. En effet, seules sont connues les maladies déclarées et/ou diagnostiquées – à moins de réaliser un dépistage systématique, sur un échantillon représentatif, de tel ou tel problème. La variation, au cours du temps ou entre différentes catégories sociales, de la prévalence d'une maladie peut aussi bien refléter des différences de morbidité réelles qu'une plus ou moins grande propension à considérer la maladie comme devant être signalée. Cette difficulté est encore accrue dans le cas des troubles psychiques dans la mesure où il n'existe pas de marqueur physiologique capable de déterminer la présence de la maladie en dehors des déclarations directes ou indirectes – lorsque des tests de mesure sont mobilisés – des personnes concernées. Les résultats d'enquête risquent alors d'être fortement dépendants des représentations de la maladie mentale des personnes interrogées et des outils de mesure utilisés.

Dans les écrits sur le sujet, la jeunesse et l'adolescence sont souvent associées à la dépression, au mal être. Or, la relation entre l'âge et la fréquence des troubles dépressifs, au-delà des difficultés signalées dans le paragraphe précédant, ne confirme pas l'existence d'une surreprésentation des jeunes parmi les dépressifs. D'après l'enquête du CREDES [Le Pape et Lecomte, 1999] qui combine les dépressions déclarées à l'enquêteur et l'utilisation d'un test diagnostic, le taux de dépressifs chez les hommes augmente rapidement de 16 à 35 ans. Après cet âge, il continue de monter mais moins rapidement, jusqu'à 55 ans, puis baisse entre 55 et 65 ans, pour remonter assez rapidement ensuite. Pour les femmes, on constate la même augmentation de 16 à 35 ans, suivie d'une quasi-stagnation à un niveau élevé par la suite.

Par ailleurs, les jeunes se sentent plutôt en bonne santé. L'indicateur de santé perçue du CREDES diminue régulièrement avec l'âge⁶. De même, le « score de santé générale » du « Baromètre santé » (établi à partir de 17 questions sur le bien être physique et mental) est à son maximum, pour les hommes, parmi les 15-25 ans. Pour les femmes, la classe d'âge 12-14 ans présente le meilleur score, puis les 15-19 ans ont un score moyen, le deuxième meilleur score étant observé parmi les 20-25 ans⁷.

⁴ « Suicides et tentatives de suicides en France », *Etudes et résultats*, DREES, n° 109, avril 2002, p. 3.

⁵ *Baromètre santé 2000*, Volume 2 (Résultats), Comité français d'éducation pour la santé (CFES), 2002.

⁶ « Santé, soins et protection sociale en 2000 », série « *Résultats* », CREDES, 2001.

⁷ *Baromètre santé 2000*, *opus cité*.

En ce qui concerne les comportements à risque, la situation est également complexe. En effet, les 15-24 ans déclarent beaucoup plus souvent que toutes les autres catégories d'âge « *avoir fait quelque chose de dangereux ou risqué pour le plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours* »⁸. Pourtant, on est loin de l'image d'une jeunesse totalement insouciant, sacrifiant systématiquement sa santé future à la jouissance immédiate, du moins si on la compare aux autres âges. Ainsi, le pourcentage de personnes ayant utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel est beaucoup plus fort chez les jeunes (89,8% chez les 15-19 ans et 75,6% pour les 20-25 ans), alors qu'il est très faible dans les âges plus élevés (respectivement 32,2% et 12,5% pour les 26-34 ans et les 35-44 ans). Il faut y voir, bien évidemment, un effet de génération qui différencie ceux qui ont commencé leur sexualité avant et après la diffusion des connaissances sur le Sida. Mais cela montre aussi qu'on ne peut pas particulièrement taxer les jeunes d'imprudence en ce domaine. De même, les 15-25 ans sont un peu plus nombreux que les 26-44 ans à estimer que le tabac est dangereux pour la santé⁹. En fait, les jeunes générations, semblent plus sensibilisées aux risques sanitaires que leurs aînées. Il s'agit probablement d'un effet des politiques d'éducation à la santé, particulièrement active depuis l'épidémie de Sida, notamment à destination des jeunes. Cela se répercute-t-il sur les comportements ? D'après le « Baromètre santé » 2000, « *36,7 % des jeunes de 12 à 25 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Ce pourcentage est significativement supérieur à celui des 26-75 ans (32,2 %). La prévalence tabagique passe de 8,5 % pour les 12-14 ans à 40,9 % pour les 15-19 ans et atteint un maximum de 47,6 % chez les 20-25 ans. Il est également plus fréquent qu'un individu déclare fumer régulièrement, c'est-à-dire au moins une cigarette par jour, parmi les 12-25 ans (29,9 %) que chez les 26-75 ans (27,7 %)* ».

Si la consommation occasionnelle d'alcool est la plus forte parmi les 18-25 ans, la consommation hebdomadaire augmente avec l'âge jusqu'à 45 ans pour décroître ensuite, tandis que la consommation quotidienne augmente régulièrement avec l'âge. Les ivresses sont ainsi plus fréquentes chez les jeunes, mais la proportion de personnes présentant une dépendance alcoolique augmente régulièrement jusqu'à 55 ans, pour baisser ensuite¹⁰.

La consommation régulière de drogues est globalement plus forte parmi les 18-25 ans que parmi les autres catégories d'âge. C'est très nettement le cas pour le cannabis et l'ecstasy. Par contre, pour la cocaïne, le crack et l'héroïne, les produits les plus dangereux, les plus gros consommateurs se trouvent dans la catégorie des 35-44 ans¹¹.

Finalement, en dehors des accidents de la route et de la consommation de drogues « douces », les jeunes n'apparaissent pas

⁸ *Idem.*

⁹ *Idem.*

¹⁰ « Drogues et dépendances », *Indicateurs et tendances*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2002.

¹¹ *Idem.*

particulièrement exposés du point de vue de la santé. La mortalité, la morbidité et les comportements nocifs semblent en fait plus déterminés par l'origine sociale que par l'âge. D'ailleurs, certaines circonstances et indicateurs sanitaires, outre le faible nombre de cancers et surtout de maladies cardiovasculaires, sont, au contraire, largement favorables aux jeunes. Ainsi, du fait du report de l'entrée dans la vie active, ils subissent une moindre exposition aux risques du travail. De surcroît, les accidents du travail sont plus nombreux et surtout beaucoup plus graves chez les salariés de plus de 40 ans que parmi les jeunes salariés¹². De même, leur pratique sportive est en moyenne plus importante que celle de leurs aînés. La pratique du sport décroît en effet fortement avec l'âge entre 12 et 75 ans¹³. Pour cette raison, mais aussi du fait d'une physiologie favorable et, surtout pour les filles, d'un souci de l'esthétique, les problèmes de poids sont plus rares : seulement 4% des 18-24 ans présentent un surpoids (classement de l'OMS de la masse corporelle) contre 18% de l'ensemble des adultes¹⁴.

La santé des jeunes comme objet de préoccupation

Les raisons pour lesquelles la jeunesse est considérée par de nombreux médecins et psychologues comme une catégorie à risque ne peuvent ainsi être imputées aux seuls indicateurs sanitaires qui viennent d'être rapidement présentés. Il faut donc tenir compte, dans l'analyse, des représentations sociales que développent ces professionnels à propos de cette classe d'âge et de la place qui est faite à la jeunesse dans notre société. Pourquoi médecins et psychologues s'intéressent-ils tant à la santé des jeunes ? Le premier argument, le plus souvent avancé, concerne les conséquences sur le reste de la vie des comportements malsains précoces. Comme l'écrit Jean-Pierre Deschamps [Deschamps, 1997], médecin de santé publique et spécialiste de la santé des jeunes, « *à l'adolescence, tout acte de santé est préventif* ».

Le deuxième type d'arguments concerne la fragilité (réelle ou supposée) des jeunes. Celle-ci se manifesterait en premier lieu par une plus forte sensibilité aux influences de l'environnement social : la prédisposition postulée à se laisser entraîner par la publicité [Got, 1992] ou par les groupes de pairs (bandes, camarades de classe) expliquerait la faiblesse du libre-arbitre, des capacités de jugement autonome ; ce qui pourrait justifier, en retour, une politique d'éducation et de prévention plus active que pour les adultes. Pour beaucoup d'auteurs, la bande aurait tendance à aligner les comportements de chacun de ses membres sur ceux du plus malade d'entre eux, du fait des mécanismes de loyauté interne [Marcelli et Braconnier, 1999]. De plus, les défis que

¹² « Données sur la situation sanitaire et sociale de la France en 1999 », Ministère de la santé, DREES, 2000.

¹³ Baromètre santé 2000, opus cité.

¹⁴ « Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1999 », Ministère de la santé, DREES 2002.

se lanceraient les jeunes et la crainte de passer pour un « dégonflé » seraient responsables d'une prise de risque excessive, avec la perspective d'être abandonné par le groupe pour ceux qui en sortiraient handicapés [Esterle-Hedibel, 2002].

Ensuite, l'adolescence et dans une moindre mesure la jeunesse sont souvent définies comme des catégories potentiellement pathologiques du fait des transformations biologiques et psychologiques, de l'ouverture à la sexualité. La position difficile de la jeunesse serait également une conséquence de la double contrainte liée au devoir d'autonomie dans un contexte de prolongation de la jeunesse et donc de la dépendance¹⁵.

Enfin, l'inquiétude exprimée à propos des jeunes tient aussi à la crainte d'une prise de distance par rapport au médecin, dont la fréquentation était pour une part liée à la famille. L'institution médicale serait ressentie par les jeunes comme trop paternaliste et moralisatrice, ce qui pourrait les conduire à s'en détourner. Ainsi, un certain nombre de jeunes adultes ont pris l'habitude de fréquenter les services d'urgence des hôpitaux simplement parce qu'ils apprécient le fonctionnement impersonnel et anonyme de ces établissements [Peneff, 2000]. En outre, pour les jeunes sans emploi, l'absence de protection sociale maladie, notamment complémentaire, peut aussi être un obstacle à l'accès aux soins. Les jeunes déscolarisés et en situation précaire semblent les moins sensibles aux actions de prévention et utilisent peu les dispositifs de protection sociale qui leur sont destinés. *« Si la couverture maladie universelle (CMU) permet aux jeunes majeurs de moins de 25 ans et aux 16-18 ans en rupture familiale de bénéficier d'un droit propre, nombreux sont ceux qui négligent de le faire valoir, soit parce qu'ils l'ignorent, soit parce qu'ils reculent devant les démarches »* [Pommereau, 2002,].

La sur-valorisation des difficultés de santé des jeunes est également liée à la dimension symbolique de la question. Les problèmes de santé des jeunes sont peu nombreux, mais plutôt spectaculaires et de nature à susciter l'émotion, voire la compassion (mort violente, drogue, alcoolisme, MST, dépression). Cet aspect spectaculaire et préoccupant est renforcé par la façon dont est perçu cet âge de la vie. La jeunesse est vue, en effet, comme l'avenir de la société, le groupe porteur des valeurs de demain dans un monde en nécessaire mutation, mais aussi comme un groupe à socialiser, donc à encadrer, voire à surveiller. À chaque génération, les jeunes doivent intérioriser le niveau de civilisation, d'autocontrôle, auquel est parvenue leur société. D'où les tentatives de normalisation à travers la médicalisation. Michel Foucault illustre ce phénomène par les discours médicaux sur les dangers de la masturbation aux XVIII^e et XIX^e siècles. Présenter les jeunes bourgeois comme des malades potentiels, car dominés par des pulsions pathologiques, est un moyen d'en faire un âge à surveiller. Le risque de dispersion de l'héritage, génétique et matériel, est alors contrôlé, tandis que la dilapidation

¹⁵ Toutefois, cette situation n'est pas forcément vécue dans la souffrance, cf. Cicchelli, [2001].

devient l'objet d'une condamnation scientifique [Foucault, 1976] relayant le discours moral.

Le discours sur la santé peut être ainsi une réponse au problème de la volonté de normaliser sans autoritarisme, au nom du bien des jeunes eux-même ; à condition d'éviter les excès trop facilement critiquables. *« Cibler exclusivement sur les adolescents les actions de santé serait à la fois maladroit techniquement, et donc peu efficace, et discutable éthiquement – car à vouloir modifier les comportements des adolescents, c'est parfois inconsciemment l'adolescence elle-même qu'on veut changer. On dit volontiers actuellement que l'alimentation des restaurants rapides, tellement appréciés par les jeunes, est nocive en raison de ses conséquences nutritionnelles. On dit que l'usage du baladeur pour écouter de la musique à pleine puissance est dangereux pour l'oreille interne et peut entraîner des troubles de l'audition. [...] Mais il semble ne pas exister, à ce jour, d'études scientifiques convaincantes, encore moins de consensus, sur la réalité de ces risques. [...] Honnêtement, demander aux jeunes de ne pas fréquenter les restaurants rapides et de ne pas utiliser les baladeurs, n'est-ce pas leur demander de ne pas être jeunes ? »* [Deschamps, 1997].

L'image d'une jeunesse à la santé dégradée trouve également sa source dans la mise en évidence – à travers l'accueil organisé dans le cadre des dispositifs d'aides aux jeunes en difficulté – des problèmes sanitaires bien réels des populations juvéniles défavorisées [Nirina Richard, 1997 ; Freire, 1997]. Les premières études menées sur le sujet l'ont souvent été à l'initiative de médecins, de travailleurs sociaux ou de psychologues travaillant au sein de missions locales pour l'insertion des jeunes. L'objectif initial de ces structures était de réaliser une approche globale des difficultés d'insertion prenant en compte deux dimensions complémentaires : une action individualisée auprès de jeunes venus en consultation (aide personnalisée, suivi et orientation, etc.) d'une part, et une mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux concernés par l'emploi et l'insertion professionnelle des jeunes (responsables ANPE, chefs d'entreprise, associations, etc.) d'autre part. Mais ces structures ont surtout été pensées comme des lieux d'accueil pour un public en difficulté et les prescripteurs d'emploi que sont les chefs d'entreprise se sont peu investis. L'action individuelle a été privilégiée par rapport à une action sur la structure d'offre d'emploi locale et le travail des missions se résume surtout en une tentative pour adapter les jeunes consultants aux normes du marché du travail. Pour cela, la médecine et surtout la psychologie clinique sont de plus en plus mises à contribution. La santé des jeunes, l'accès aux soins et la « souffrance psychologique » font l'objet de débats, de travaux, et d'expériences de plus en plus nombreux. *« Selon la délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, plus de la moitié des missions locales mènent aujourd'hui des actions très variées autour du « mal-être » des jeunes : activités sportives, ateliers de relaxation ou de travail autour de l'image de soi, groupes de paroles, aides, jusqu'à la tenue de consultations médicales »*¹⁶. Certaines missions locales ont

¹⁶ *Le Monde* du 22/02/1997.

ainsi ouvert des « espaces-santé » donnant la possibilité aux jeunes de consulter, de leur propre initiative ou sur la proposition du travailleur social, un médecin généraliste ou un psychologue. La présence de ce dernier type de professionnel permet d'élargir la gamme des interventions thérapeutiques par rapport à un recours aux structures psychiatriques réservées à des cas plus lourds.

D'une part, la précarité économique et sociale qui frappe particulièrement ces jeunes est à l'origine de difficultés sanitaires multiples et d'une prise en charge plus difficile ; d'autre part, les exigences accrues du marché du travail font que les problèmes médicaux ou psychologiques personnels deviennent de plus en plus des causes d'exclusion durable. Du coup, les travailleurs sociaux sont incités à analyser les difficultés d'insertion comme des problèmes psychologiques et/ou médicaux, devant être traités comme tels [Loriol, 1999].

La pathologisation de l'adolescence : du mal-être aux conduites à risques

Le sens commun, mais aussi la médecine et la psychanalyse, appréhendent l'adolescence comme une période de fragilité, de plus grande difficulté identitaire. Le psychologue américain Graham Stanley Hall, en 1904, et son collègue français Pierre Mendousse, entre 1909 et 1928, ont posé les bases d'une psychologie de l'adolescence. Celle-ci serait marquée par la nécessité d'une nouvelle naissance et l'explosion des désirs sexuels. Le jeune doit donc être accompagné par une éducation incitative, car il serait vain, voire dangereux de vouloir contrer de façon autoritaire ces tendances, certes nocives pour la santé, mais issues d'un processus finalement naturel de construction personnelle [Galland, 2001].

Pour la psychanalyse, l'adolescence – à la suite des transformations physiologiques provoquées par la puberté – correspond au moment de la réalisation possible des désirs sexuels liés au complexe œdipien et au passage de l'investissement fantasmatique dans l'objet parental à l'identification apaisée au parent de même sexe. De ce fait, « *le processus de l'adolescence génère nécessairement – fut-ce a minima – ce qu'on a appelé la crise d'adolescence* » [Delaroche, 2000, p. 48]. Le deuil lié à la perte du confort rassurant de l'enfance, l'angoisse provoquée par la nécessité d'assumer de nouveaux rôles ou encore le besoin de se construire dans la confrontation expliqueraient le mal-être et les tendances dépressives de cet âge. Ces difficultés liées à l'adolescence seraient exacerbées, depuis une trentaine d'années, par un contexte social de plus en plus permissif, marqué par le manque de repères et de grandes croyances collectives. Contraints de se construire dans une société proposant de moins en moins d'inscriptions et de cadres sociaux stables, les jeunes seraient d'autant plus touchés par cette « *fatigue d'être soi* » évoquée par Alain Ehrenberg [1998].

Une des formes les plus souvent citées de cette désinstitutionnalisation serait la disparition des rites de passage que proposaient les sociétés traditionnelles et qui avaient pour fonction de faciliter, par une reconnaissance collective forte, les transformations identitaires liées au passage de l'enfance à la jeunesse. Les conduites à risques, notamment les prises de drogue ou d'alcool, pourraient alors agir comme des substituts dénaturés de ces anciens rites de passage, auxquels manqueraient toutefois un mythe unificateur, une organisation collective et la légitimité de la tradition [Gendreau, 1998]. « *L'envie de prendre des risques est particulièrement active à l'adolescence, en regard d'au moins trois besoins qui se déclinent au sens propre et au figuré : se distinguer des adultes ; se mettre à l'épreuve et faire corps avec le groupe des pairs* » [Pommereau, 2002].

Cette fonction initiatique du risque a également été développée par David Le Breton qui constate, à l'instar d'autres observateurs, que les conduites à risque se multiplient dans la jeunesse contemporaine, empruntent des formes variées et relèvent soit de l'intention, soit de motivations inconscientes. « *En contrebande, en s'affrontant physiquement au monde, en jouant réellement (drogue, suicide, vitesse, etc.) ou métaphoriquement (délinquance, fugue, etc.) avec sa vie, on force une réponse à la question de savoir si l'existence vaut ou pas d'être vécue. [...] Le jeune découvre un sens et une valeur à son existence à travers la résolution d'une crise personnelle, non plus en se reconnaissant d'emblée dans le système de sens de sa société, mais en sollicitant la mort, au risque inconscient et symbolique de sa vie. Quand les autres modes de symbolisation ont échoué, échapper à la mort, réussir l'épreuve, administrent la preuve ultime qu'une garantie règne sur son existence* » [Le Breton, 1996]. Lors des étapes marquantes du cycle de vie, les changements identitaires qui en découlent induiraient chez certains une relation ambiguë à la mort, moyen de redonner un sens à la vie, de savoir si l'on compte aux yeux des autres. Or, en l'absence d'une part de structures sociales et culturelles qui fassent sens et qui se présentent comme fiables et légitimes, d'autre part d'interlocuteurs et de proches permettant à l'adolescent de se construire de façon durable, le cheminement vers l'âge adulte devient alors « *sinueux, difficile, et impose parfois le détour du jeu symbolique avec la mort pour chercher à se situer, à prendre ses marques* » [idem].

À l'encontre de ces discours alarmistes, il est toutefois possible de remarquer que les craintes exprimées à propos de la jeunesse n'ont rien de nouveau. Elles existent depuis fort longtemps aussi bien dans le débat social que dans les travaux scientifiques [Cicchelli et Merico, 2001]. Le discours contemporain sur la jeunesse affirme que celle-ci est en souffrance : les adolescents n'ont plus de sens moral, s'abandonnent à des conduites « *destructrices et autodestructrices* » et cumulent des conduites à risque comme la consommation de drogues licites ou illicites, ou se protègent peu lors de leurs rapports sexuels. Or, si un tel diagnostic se fonde, en partie, sur des éléments certains, « *il traduit aussi les fantasmes récurrents d'une société adulte qui s'inquiète pour son avenir et tente de raffermir son contrôle sur une jeunesse toujours*

supposée en perdition. Aujourd'hui population à risque, les jeunes constituaient déjà dans la France d'après-guerre un problème social, voire une classe dangereuse » [Peretti-Wattel, 2002].

Présenter les problèmes sanitaires des jeunes comme la conséquence des particularités physiologiques et psychologiques naturelles reviendrait à occulter le poids des évolutions économiques et sociales – comme la répartition inégale du chômage entre les différentes générations – dans les difficultés présentées par certains jeunes. La jeunesse en elle-même n'est pas le véritable problème ; celui-ci résiderait plutôt dans la difficulté accrue, pour les jeunes issus des milieux les plus modestes de trouver un emploi, et donc fonder une famille et trouver une place stable – toujours désirée – dans notre société. Ainsi, *« ce n'est pas l'adolescence ou la jeunesse en elle-même, c'est-à-dire un âge de la vie lié à une évolution individuelle, qui semble le facteur primordial de la prise de risque. Le recours aux pratiques dangereuses, que ce soit sur l'axe économique – pratiques délictueuses –, sur l'axe symbolique – lutte contre l'ennui et les angoisses – est plus lié aux conditions sociales dans lesquelles vivent les jeunes des cités de banlieues » [Aquatias, 2001].* La précarité, l'absence de perspectives professionnelles, le manque de moyens financiers, et la difficulté à se valoriser par des voies plus légitimes expliquent des pratiques que les jeunes eux-mêmes perçoivent négativement : risque de marginalisation, faible efficacité comme mode d'intégration du groupe de pairs, escalades dangereuses, etc. Il ne peut donc s'agir de rites de passage collectifs, mais plutôt de conduites individuelles et désordonnées.

Conclusion

Dans la mesure où la sociologie reprend partiellement – pour les préciser ou s'en démarquer –, les analyses et les problématiques issues des travaux sur la santé des jeunes, il était nécessaire d'en présenter les enjeux et la dynamique. Faire une sociologie de la jeunesse, c'est d'abord faire une analyse des différentes logiques qui participent à la construction sociale de cette catégorie et les études sur la santé des jeunes contribuent à orienter la façon dont cet âge est perçu. Sans revenir sur tout ce qui a déjà été écrit dans cet article, il est possible de théoriser la façon dont la jeunesse a été définie comme groupe à risque à partir du modèle proposé par Raymond Boudon [Boudon, 1986] à propos des effets cognitifs liés à la situation. Il faut tout d'abord évoquer un « *effet de position* » selon lequel la position que l'on occupe conditionne une certaine perception – nécessairement partielle – de la réalité sociale. Beaucoup d'auteurs spécialisés sur les problèmes de santé des jeunes sont des praticiens (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) amenés à rencontrer régulièrement des jeunes cumulant les difficultés. Ils voient d'autant moins les jeunes sans problèmes particuliers qu'à cet âge la bonne santé est fréquente et les consultations auprès de professionnels restent plutôt rares. À cela

s'ajoute un « *effet de disposition* » qui évoque le poids des grilles d'analyses *a priori* mises en œuvre par les acteurs pour appréhender le monde social. Le savoir psychologique et psychanalytique, en mettant l'accent sur les difficultés de l'adolescence, favorise l'établissement d'un lien évident et peu questionné entre l'âge et les problèmes observés. Enfin, la représentation de la jeunesse comme catégorie à risques est amplifiée par des « *effets de communication* » : sur un domaine complexe, il est normal de s'en remettre au jugement de ceux qui apparaissent comme les experts du domaine. Or les spécialistes de la santé des jeunes partagent, pour la plupart, cette vision alarmiste du problème en posant dans un même mouvement la définition de leur objet et leur conclusion (les conduites à risques des jeunes). En ne présentant jamais de données qui permettraient de comparer la situation des jeunes avec celle d'autres catégories d'âge et en allant dans le sens des représentations communes de la jeunesse comme période à problèmes, ils contribuent au renforcement des convictions des praticiens, souvent confrontés à des situations très dégradées de certains jeunes.

Bibliographie

Aquatias S., « Sociologie des conduites à risques juvéniles en banlieue parisienne », dans *Précarisation, risque et santé*, Joubert M. (éd), INSERM, 2001, pp. 293-306.

Boudon R., *L'Idéologie, ou l'origine des idées reçues*, Fayard, Paris, 1986.

Cicchelli V., V. *La construction de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études*, Paris, PUF, 2001.

Cicchelli V. et Merico M., « Adolescence et jeunesse au XX^e siècle. Une esquisse de comparaison entre la tradition sociologique et sa réception en Europe », in *Les jeunes de 1950 à 2000. Un bilan des évolutions*, Paris, INJEP, 2001, pp. 207-230.

Delaroche P., *L'adolescence. Enjeux cliniques et thérapeutiques*, Nathan, col. « 128 », Paris, 2000.

Deschamps J.-P., « Prendre soin des adolescents », dans *La santé des adolescents*, Payot/Doin, Lausanne, 1997, pp. 94-99.

Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, Paris, 1998.

Esterle-Hedibel M., « La bande, le risque et l'accident », dans *L'adolescence à risque*, Autrement, n° 211, janvier 2002, pp. 139-147.

Foucault, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.

Freire M.-C., « L'accompagnement des jeunes en souffrance d'insertion : action santé en Missions locales », *Prévenir*, n°2, 1997, pp. 53-58.

Galland O., *Sociologie de la jeunesse*, Armand Colin, Paris, 2001.

Gendreau J., *L'adolescence et ses rites de passage*, Desclée de Brouwer, Paris, 1998.

Got C., *La santé*, Flammarion, Paris, 1992.

Jeammet P., « L'adolescence est-elle un risque ? », dans *Adolescence et risque*, Turz A., Souteyrand Y. et Salmi R. (éds), Syros, 1993, pp. 39-51.

Le Pape A. et Lecomte T., « Prévalence et prise en charge de la dépression en 1996-1997 », *Questions d'économie de la santé*, septembre 1999, n° 21, pp. 1-6.

Le Breton D., « Conduites à risque des jeunes générations », *Vie Sociale et Traitements*, n°49/50, 1996.

Loriol M., *Qu'est-ce que l'insertion ?*, L'Harmattan, Paris, 1999.

Loriol M., *L'impossible politique de santé publique en France*, Erès, Toulouse, 2002.

Marcelli D. et Braconnier A., *Adolescence et psychopathologie (5^e édition)*, Masson, Paris, 1999.

Nirina Richard B., *Santé, jeunesse et société*, L'Harmattan, Paris, 1997

Peneff J., *Les malades des urgences*, Métailié, Paris, 2000.

Perretti-Watel P., « Peur, danger, menace... Le poids des représentations », *Sciences Humaines*, n° 124, février 2002, pp. 34-39.

Pommereau X., « Santé des jeunes : Orientations et actions à promouvoir en 2002 », Ministère de la santé, Avril 2002.