



Mission d'Information sur
la P auvreté et l'Exclusion
S ociale en Ile-de-France

Les Rencontres - Etudes et Recherches

LES JEUNES ET LA SANTÉ

4 avril 2003

INTRODUCTION :

Que ce soit lors des entretiens préalables à la constitution de la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France (MIPES IDF) ou lors des différentes rencontres auxquelles son équipe a participé, la question des jeunes en difficulté s'est immédiatement révélée comme étant l'une des problématiques majeures à laquelle la MIPES IDF devait s'intéresser. Rapidement, plusieurs rencontres avec des acteurs et actrices de terrain ont été organisées. Cela a donné lieu, ces derniers mois, à différents projets. Le premier consiste en la réalisation d'une pré-enquête permettant d'appréhender les besoins de connaissances des acteurs et actrices concernant les jeunes en difficulté, leur parcours et leur rapport à la santé. Cette pré-enquête permettra de juger de la pertinence du projet d'enquête. Les résultats de celle-ci détermineront la réalisation ou non de l'enquête.

Le second s'est traduit par l'organisation, en partenariat avec l'Académie de Paris, le 17 janvier dernier, d'une rencontre « Ecole et exclusion sociale » qui réunissait des intervenants issus de l'école mais également d'autres structures comme une association caritative, des fédérations de parents d'élèves ou encore la Protection judiciaire de la jeunesse.

Cette nouvelle rencontre s'inscrit donc dans une réflexion globale de la MIPES sur les jeunes en difficulté et en particulier sur les problématiques de santé qui les touchent.

Au dernier recensement de 1999, les jeunes de 10 à 24 ans représentaient 19,5% de la population francilienne, soit 2 148 096 personnes. Aujourd'hui, un certain nombre d'indicateurs témoignent des problèmes de santé des jeunes et d'un accroissement important de leurs conduites à risque. Un premier rapport sur la santé des jeunes en France, réalisé par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), en 1996, apportait déjà un éclairage spécifique sur les problématiques liées à leur état de santé et aux comportements à risque, entraînant ou non un décès. La mortalité des 15-24 ans due aux accidents et aux suicides, en France, était deux fois supérieure à celle observée dans d'autres pays européens comme la Grande-Bretagne où 70% des décès masculins trouvaient leur origine dans des accidents et 15% dans des suicides.

En Ile-de-France, les accidents et les suicides représentent les deux causes de mortalité les plus importantes dans cette classe d'âge. De plus, des comparaisons réalisées avec la France métropolitaine montrent que les jeunes Franciliens ont des niveaux de souffrance psychique plus élevés. A ce titre, l'état de santé des jeunes de moins de 25 ans représente, aujourd'hui, l'une des principales préoccupations en matière de santé publique.

Cette rencontre a ainsi pour objectif de présenter des éléments quantitatifs et qualitatifs de connaissance sur l'état de santé des jeunes en Ile-de-France et de les mettre en perspective avec la pratique quotidienne d'acteurs et actrices de terrain.

PREMIERE PARTIE

Mesdames Isabelle GREMY, Médecin de santé publique à l'Observatoire Régional de Santé (ORS) et Marie CHOQUET, Chercheuse à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) présentent les principales données sur l'état de santé des jeunes franciliens et franciliennes et soulignent les problématiques actuelles.

Madame Isabelle GREMY, Médecin de santé publique à l'Observatoire Régional de Santé (ORS)

Se préoccuper de la santé des jeunes, c'est investir, sur le long terme sur la santé des adultes en réduisant les taux de mortalité et de morbidité concernant certaines pathologies.

Mme GREMY rappelle quelques données socio-démographiques et économiques.

En 2002, 12 millions de personnes habitaient en Ile-de-France (19% de la population française) dont 40% des ménages français. L'Ile-de-France représente ¼ du PIB français et le PIB par habitant y est le plus élevé d'Europe. En 2000, l'Ile-de-France a produit 28% de la richesse nationale et elle était le deuxième pôle d'implantation des 500 plus grandes entreprises du monde. Mais la région est aussi un territoire où d'importantes disparités socio-démographiques existent. 200 000 personnes perçoivent le RMI et 1 million de foyers sont à bas revenu. Pour exemple, dans le département de Seine-Saint-Denis, le revenu réel, entre 1984 et 1998, a baissé de 6 %.

La part des jeunes de 10-24 ans, dans la population de la grande couronne, s'est accrue. Entre 1975 et 1999, elle a augmenté de 41,7% en Seine-et-Marne et de 15,6% dans le Val d'Oise mais a fortement baissé à Paris, de 18%, dans le Val-de-Marne, de 18,9% et de 21,6% dans les Hauts-de-Seine (*Diaporama : « Augmentation de la part des 10-24 ans dans la population de la grande couronne »*).

I - LES LIENS ENTRE PRECARITE-PAUVRETE ET ETAT DE SANTE DES JEUNES

Comme on peut le voir sur les cartes « *Les communes franciliennes de plus de 5 000 habitants selon le degré de difficultés rencontrées par les habitants* » et « *Un exemple de disparité intra-communale* » (cf. diaporama joint), les disparités se déclinent aussi au niveau communal et infra-communal. Dans cette commune des Yvelines, on peut constater que certaines zones conjuguent importante proportion de jeunes et taux de chômage élevé.

On peut également constater l'inégalité de l'offre de soins de première ligne par rapport aux taux de morbidité. Beaucoup de jeunes sont ainsi en situation défavorable.

Ici, le lien entre précarité-pauvreté et taux de morbidité et de mortalité est clairement établi.

L'enquête de Nathalie Bajot sur l'accès à la contraception renvoie aux mêmes conclusions.

En matière de santé bucco-dentaire ou de taux d'obésité et de surpoids, les jeunes en difficulté sont là aussi plus touchés.

Et si la situation de l'Île-de-France est plutôt meilleure, que celle du reste de la France, le niveau infra-communal renvoie bien souvent à une réalité tout autre. C'est le cas, par exemple, de l'espérance de vie à la naissance où les chiffres sont supérieurs à la moyenne nationale mais ceux de certains quartiers sont inférieurs aux moyennes des départements mais aussi à celle du nationale.

En regardant plusieurs quartiers défavorisés, on remarque que le taux de réussite au baccalauréat est en dessous du niveau national. Et si le taux d'activité des jeunes de ces quartiers est plus important, il est à mettre en perspective avec le faible taux de scolarisation et des taux de chômage beaucoup plus importants que la moyenne, notamment concernant le chômage de longue durée des jeunes (*Diaporama : « L'activité professionnelle et le chômage »*).

Pour autant, bien que l'on remarque un accroissement de la précarité dans ces quartiers ? doublé d'une stigmatisation géographique importante, les taux de mortalité restent inférieurs à la moyenne nationale.

II - LA MORTALITE DES JEUNES FRANCILIENS ET FRANCILIENNES

Concernant les courbes de mortalité : l'Ile-de-France a une sur-mortalité périnatale (de 0 à 1 an) mais une sous-mortalité féminine jusqu'à 50 ans avec de nouveau une surmortalité par cancer du sein après 50 ans. Les hommes, quant à eux, sont toujours en sous-mortalité. La mortalité infantile, elle, est en constante baisse, dans tous les pays à économie de marché.

La mortalité des jeunes garçons franciliens de 10 à 14 ans est inférieure à la moyenne nationale. Elle augmente avec l'âge. Pour autant, elle est deux fois supérieure à celle des filles. Et bien que la mortalité des garçons ait diminué, cette baisse demeure moins importante que celles d'autres pays européens. Une des causes importantes de mortalité, chez les garçons, est les accidents de la circulation (*Diaporama : «La mortalité des jeunes en Ile-de-France » et « Les accidents de la circulation : première cause de décès chez les jeunes de 20 à 24 ans »*).

Il est toutefois important de noter qu'aujourd'hui, les carences d'enregistrement des causes de décès par l'Institut de Médico-légal rendent les données peu fiables et sous-évaluées.

Les taux de mortalité des 20-24 ans : Il existe une surmortalité en Seine-et-Marne essentiellement liée au taux de mortalité par accidents de circulation qui est supérieur à la moyenne française et francilienne.

La mortalité par suicide : le taux de suicide en Ile-de-France est inférieur à la moyenne nationale, stable depuis 10 ans. Néanmoins, si la moyenne nationale est inférieure à celle de la Finlande ou de l'Autriche, elle reste supérieure à celles de tous les autres pays européens, qui est en deçà de 5/100 000 (*Diaporama : «Mortalité par suicide en Europe », « Mortalité par suicide des 15-24 ans » et « Mortalité par suicide chez les 25-29 ans »*).

Mais si le taux de suicide semble moins important, sous réserve de la remarque sur l'enregistrement des causes de décès par l'IML, le taux de souffrance psychique (tentatives de suicide et pensées suicidaires) est plus important en Ile-de-France qu'en France et aussi plus important chez les filles, 17,7%, que chez les garçons, 10,5%, (*Diaporama : « Souffrance psychique des jeunes »*). Le taux de suicide a augmenté entre 1993 et 1999. En Ile-de-France, il était de 7,6% en 1993 et de 9,8% en 1999, contre respectivement de 6,9% et 9,1% sur la France entière (*Diaporama : « Evolution des tentatives de suicides »*).

Les autres aspects de la mortalité :

On constate un relâchement des comportements de prévention en matière de VIH/sida ce qui a engendré une reprise de certaines maladies sexuellement transmissibles, en plus du sida, comme la syphilis. Les nouveaux cas de contamination par le VIH concernent souvent des personnes n'ayant pas eu accès à l'information, aux actions de prévention et de dépistage (*Diaporama : « Risque de reprise épidémique du VIH »*).

Le nombre de cas entre 15-24 ans a beaucoup baissé en 1995, année d'apparition des nouveaux traitements et de fin de la grande vague de décès liée à la contamination des hémophiles. Pour autant, si cette baisse se poursuit, aujourd'hui, elle se stabilise et la proportion de cas de contamination par voie hétérosexuelle, issus de l'immigration, a beaucoup augmenté (*Diaporama : « Le sida chez les jeunes franciliens »*).

La tuberculose concerne 6 000 cas en France dont la moitié sont en Ile-de-France et ¼ à Paris. Un grand nombre de cas est également localisé en Seine-Saint-Denis. Il s'agit, pour la plupart, de personnes en grande précarité, vivant dans des logements insalubres avec une primo-infection à l'intérieur du logement (*Diaporama : La tuberculose chez les jeunes franciliens »*).

Les données sur l'obésité et le surpoids en Ile-de-France suscitent aujourd'hui l'inquiétude, d'autant qu'on sait qu'obésité et surpoids sont facteurs de risque de diabète, de maladies cardio-vasculaires et de cancers. On constate une augmentation du diabète type II chez les jeunes qui, normalement, survient après 40 ans. Si plusieurs enquêtes donnent des éléments contradictoires, il n'en reste pas moins que l'évolution de l'obésité et du surpoids est défavorable (*Diaporama : « Obésité et surpoids chez les jeunes »*).

Pour conclure, Mme GREMY rappelle que les disparités géographiques sont importantes, à l'intérieur de l'Ile-de-France en matière de santé, et qu'elles renvoient, notamment à la territorialisation des situations de précarité et de pauvreté, où taux de chômage, logement insalubre et carence en offre de soins s'articulent avec des indicateurs de santé dégradés.

Madame Marie CHOQUET, Chercheuse à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

Si la puberté est plus facile à situer, entre 10 et 14 ans, le période de l'adolescence, elle, a eu tendance à s'accroître et à voir ses frontières se brouiller au fil des ans. Selon qu'on se réfère à des critères somatiques (dont la puberté), psychologiques (dont l'autonomie vis-à-vis des parents) ou sociaux, (selon le mode de vie adolescent, dont le langage, l'habillement ou les choix culturels), l'âge du début de l'adolescent peut être différent. Il en est de même de la fin de l'adolescence.

Ainsi, il est très difficile de donner des seuils précis du début et de la fin de l'adolescence. A cela s'ajoute une grande variabilité individuelle. Au regard du système scolaire, cette diversité est la plus visible dans les classes de 3^{ième} et, 4^{ème}, car elles sont composées d'adolescents d'âges et de maturation individuelle très différents.

Aujourd'hui, 95% des adolescents vivent avec l'un ou les deux parents, 80% sont encore scolarisés à l'âge de 18 ans et la majorité a, au moins, une activité extra-scolaire. On constate que les jeunes ont un mode de vie « adolescent » (choix musicaux, look, utilisation du verlan, désir de manifester son désaccord avec les adultes dans la famille et dans l'école) de plus en plus précoce Cette « précocité » ne concerne pas seulement les loisirs ou le look, mais l'ensemble des expressions des adolescents (consommation de substances, absentéisme scolaire, etc...).

Plusieurs études ont été réalisées sur la santé somatique (dont l'obésité et les maladies chroniques) psychosociale (dont les comportements scolaires, les troubles des conduites alimentaires, les plaintes somatiques, la dépressivité) et sur les conduites à risque (dont la consommation de substances psychoactives, les conduites violentes, la tentative de suicide). Parmi ces enquêtes, citons plus particulièrement l'enquête nationale auprès de 12 000 adolescents 11-19 ans (1993), l'enquête Espad (1999) auprès de 14 000 sujets de 14 à 19 ans. Si les facteurs sociaux sont associés statistiquement aux troubles somatiques (ce qui ne signifie pas que tous ceux qui ont un trouble somatique sont socialement défavorisés !), il n'en est pas de même pour la plupart des conduites à risque, plus associés aux facteurs relationnels qu'aux facteurs sociaux.

I - LES GRANDES TENDANCES AUTOUR DE LA CONSOMMATION DE PRODUITS ET DU SUICIDE

➤ La consommation d'alcool, de tabac et de cannabis parmi les 14-19 ans

La comparaison avec les pays de l'Union européenne ne porte que sur les jeunes âgés de 16 ans, car l'enquête ESPAD porte dans la majorité des pays que sur les élèves de 16 ans. En France on a comparé les 14-19 ans de l'enquête ESPAD 1999 (n=11331) aux scolaires 14-19 ans de l'enquête nationale 1993 (n=8435).

Cette enquête confirme que la proportion de jeunes consommateurs réguliers d'aujourd'hui augmente au même titre que la consommation occasionnelle. On n'est donc pas seulement face à l'augmentation de l'expérimentation, mais aussi face à l'augmentation de la consommation régulière ; ce qui fait redouter une consommation au delà de l'âge de l'adolescence.

Concernant la consommation occasionnelle, c'est-à-dire une fois au cours des douze derniers mois :

On observe que la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis a augmenté entre 1993 et 1999. La polyconsommation s'est accrue dans le même temps.

La consommation d'alcool des jeunes français est inférieure à celle des autres pays européens, contrairement à la consommation de tabac et de cannabis. Les jeunes français de 16 ans sont les premiers consommateurs de cannabis en Europe.

Concernant la consommation régulière :

1/3 des jeunes fument quotidiennement. La polyconsommation s'est accentuée. Cela s'explique notamment par l'effet « entraînant » de l'augmentation de consommation régulière de cannabis dont la consommation nécessite également celle du tabac.

NB : Les données sur la consommation des sédatifs, au niveau européen, confirment, là aussi, que les jeunes français sont déjà des consommateurs importants, et que leur consommation tend à rejoindre celui de la consommation des adultes.

Comparaison Ile-de-France et hors Ile-de-France :

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont plus consommés hors Ile-de-France qu'en Ile-de-France, notamment dans les milieux ruraux. La même tendance se retrouve concernant la polyconsommation.

II - IDEES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE ET CONDUITES VIOLENTES

La comparaison des enquêtes 1993 et 1999 indique que les taux de tentative de suicide ont augmenté de 20% chez les garçons et de 40% chez les filles.

Ces écarts peuvent s'expliquer par des comportements sexués dans l'expression de la souffrance psychique. Elle se manifestera plus souvent, chez les filles, par des plaintes somatiques, des dépressions, des tentatives de suicide, des troubles alimentaires. Chez les garçons, elle se traduira par des actes de violences agies et de l'absentéisme. Cet absentéisme est plus prégnant en Ile-de-France qu'ailleurs. Reste la fréquence des violences subies, les violences physiques subies étant plus fréquentes chez les garçons que chez les filles, les violences sexuelles plus chez les filles que chez les garçons.

Depuis cinq ans, on remarque que les troubles dits féminins ont peu augmenté chez les garçons, alors qu'elles ont augmenté sensiblement chez les filles (par exemple, la dépressivité et les TS). Par contre, les troubles dits masculins ont augmenté de manière plus importante chez les filles que chez les garçons (il en est ainsi de la consommation d'alcool et surtout de celle du cannabis), ce qui a comme conséquence la dégradation plus importante de l'état de santé des filles.

Ce constat est particulièrement inquiétant si l'on considère que ce n'est pas tant les idées suicidaires qui ont augmenté mais bien les tentatives de suicide. Cela signifie une plus grande facilité dans le passage à l'acte. La perception du possible est devenue plus forte. Ce phénomène pose également la question de la banalisation du suicide dans notre société.

Les conduites délictueuses et les vols sont plus fréquents en Ile-de-France que sur le reste du territoire sauf en ce qui concerne les « bagarres ».

L'ensemble de ces comportements renvoie au « triptyque » de la violence dans lequel interagissent violences subies, violences agies et violences sur soi.

DEUXIEME PARTIE

D'autres intervenant-es nous parlent de leurs expériences, des réflexions qu'ils ont pu en tirer et des implications au niveau de leurs pratiques. Monsieur Jean-Yves FATRAS, Médecin, Chargé de mission à la Direction Régionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Midi-Pyrénées a eu un empêchement. Il ne pourra être parmi nous.

Madame Marie-Rose MORO, Professeure, Chef de service à l'Hôpital d'Avicenne :

Mme MORO fait part de son sentiment, à la suite du cadrage général qui a été fait par Mmes GREMY et CHOQUET. Si cette présentation confirme la complexité des problématiques et des données en jeux, elle révèle aussi les tendances lourdes de santé et renvoie également aux difficultés de mettre en place des réponses appropriées.

Elle présente le dispositif de consultation transculturelle qu'elle a mis en place dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital d'Avicenne, à Bobigny, dans la banlieue nord de Paris. Sa démarche s'inscrit dans ce que l'on appelle la psychiatrie transculturelle ou ethnopsychiatrie. Ces consultations sont assurées par une équipe de co-thérapeutes (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.), d'origines culturelles et linguistiques différentes. Pour autant, Mme MORO précise que pour faire de l'éthnopsychiatrie, être migrant n'est en aucun cas une condition nécessaire ou suffisante.

Un enfant ou adolescent exprime sa souffrance par son corps, par des traductions somatiques, par des comportements d'exclusion à l'école (absentéisme, violences, etc...). L'intrication est quotidienne entre violence subie, violence agie et violence retournée contre soi et ses proches. Quelle que soit l'entrée, il faut pouvoir canaliser cette violence.

La création de ces consultations est venue du constat que l'accès aux soins psychiatriques était relativement compliqué pour une partie de la population. Trop souvent, on demande aux familles de s'ajuster au thérapeute sans que l'inverse soit vrai. Cela pose alors la question de l'appropriation du diagnostic par le patient et sa famille et celle de la réussite de la psychothérapie.

L'un des objectifs consiste donc à créer une alliance thérapeutique entre le patient, sa famille et le thérapeute avec un ajustement mutuel au monde de l'autre. Et cet ajustement peut se traduire, selon la culture et les valeurs de l'enfant ou de l'adolescent, par la nécessité d'associer, dans la thérapie, le groupe familial. Dans plusieurs sociétés, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance. Et le groupe occupe alors une place importante dans les situations de soins. La maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade, mais aussi la famille et le groupe. Cela implique que la personne soit soignée sur un mode groupal. Cette démarche peut aller à l'encontre de la « culture psy » dont la méthodologie renvoie plus à la confession et à l'intimité.

La réception des adolescents et enfants s'effectue avec les parents, les frères, les sœurs et le professionnel qui a adressé l'enfant au service. La langue est un élément essentiel du soin. Mais moins de 10% des enfants de la deuxième génération sont bilingues. Le fait d'offrir aux parents de parler leur langue d'origine met en confiance, évite les contresens, et offre une reconnaissance implicite de la culture dans laquelle a évolué l'enfant. La pratique de la langue d'origine offre de meilleures conditions pour que la parole et la subjectivité se déploient.

La langue et les consultations en présence des parents permettent à chacun, patient et famille, de se percevoir dans les propos de l'autre. On est en situation exhibitionniste. La parole est ici une modalité de guérison.

Mme MORO évoque l'importance de la notion de présentation. Son contenu varie d'une culture à l'autre, aussi, ce qui pourrait être jugé comme ne devant pas faire partie d'un entretien thérapeutique, peut, une fois exprimé, engendrer une « facilitation » de la parole.

Mme MORO évoque l'exemple d'une jeune fille qu'elle appellera Doua. Cette jeune fille de quatorze ans a parfois de brusques accès de violence à l'école, envers les élèves et le personnel éducatif, mais aussi en famille. Elle a également de nombreuses relations sexuelles, souvent violentes et à la limite du viol, et parfois non protégées. Elle éprouve également d'importantes difficultés scolaires.

Ses parents ne parlent pas le français. Ils semblent déstabilisés, ne sachant plus quoi faire et sont finalement en colère contre leur fille car ils considèrent qu'elle a la chance d'avoir des conditions de vie et de scolarisation qu'eux n'avaient pas. Après plusieurs entretiens familiaux dans la langue d'origine des parents, l'un des thérapeutes valorise la parole de la mère de Doua et en tient compte dans son analyse. Doua semble éprouver des difficultés à concilier les deux mondes dans lesquels elle vit de manière successive. Le fait de valoriser la parole de sa mère paraît revêtir pour elle une importance particulière, comme une reconnaissance de sa culture d'origine. C'est l'un des éléments qui permettra à Doua de progresser.

Les adolescents portent souvent les souffrances psychopathologiques des parents. Il faut donc séparer les souffrances des parents et restituer à chacun ses souffrances. Il est important d'arriver à structurer le passage entre le monde culturel de ses parents et celui dans lequel l'adolescent vit. La double appartenance peut générer une forte vulnérabilité.

La présence du traducteur, du coup, interroge aussi le patient sur sa capacité à passer d'un monde à l'autre à travers la langue. La question de la sexualité renvoie également à cette difficulté de passage. La sexualité est empreinte de représentations, d'identifications, d'attentes souvent contradictoires lorsqu'une personne doit évoluer dans deux mondes aux représentations sexuées différentes.

Face aux questions des participant-es sur la rareté de ce type de structures et sa difficulté d'accès, Mme MORO souligne le décalage qu'il peut y avoir entre le discours politique et les moyens mis en œuvre. Cela nécessite quoi qu'il en soit, la mise en place de partenariat et l'élaboration de réseaux.

Elle évoque la création d'une future Maison des adolescents à Avicenne et l'organisation d'un réseau avec, entre autres, la PMI, la justice, l'ASE, les missions locales, la PJJ, etc...

Une participante soulève la question de l'accompagnement de la parole par les non-professionnels médicaux et des difficultés de transmissions des témoignages qui sont faits aux accueillants.

Mesdames Nathalie VICTOR, Médecin, et Nicole ZATORSCHI, Infirmière scolaire de l'Académie de Créteil rendent compte d'une enquête présentant les situations rencontrées dans un établissement scolaire de l'Académie de Créteil (cf. documents joints).

Elles évoquent, en premier lieu, le nombre de passages à l'infirmerie sur les quatre dernières années scolaires. Les chiffres sont parlants : pour l'année 1998-1999, 2 685 passages ; en 1999-2000, 3 145 passages ; 2000-2001, 4 092 passages et 2001-2002, 4 500 passages.

La majorité de ces passages sont des plaintes somatiques. Elles constatent également une augmentation significative des auto-mutilations. En effet, les jeunes éprouvent une telle souffrance, qu'ils s'auto-mutilent pour pouvoir éviter d'aller en cours.

Les visites à l'infirmerie le lundi matin, entre 40 et 50 personnes, sont dues à des bosses, hématomes, plaies qui n'ont pas été soignées par les parents, ce qui pousse à penser que l'infirmerie est considérée, par les parents et les élèves, comme un dispensaire. Mais l'infirmerie est aussi un lieu où les élèves assez violents et souvent agités viennent se ressourcer. Les bagarres, au sein de l'établissement, sont de plus en plus violentes et poussent parfois à appeler le Samu.

Elles soulignent que les rapports entre filles et garçons sont très sexistes et parfois violents.

Elles ont constaté une augmentation des conduites à risque dont le tabagisme représente une part importante. La consommation de cannabis existe mais sert aussi à tester la réaction des adultes face à l'acte de consommation.

Il a peu de cas de grossesses connues. Sur l'établissement, seules deux jeunes filles de 15 ans étaient enceintes.

Concernant les tentatives de suicide, aucune n'a été recensée.

Des examens peuvent être réalisés sur la demande des parents, des enfants, du personnel éducatifs (CPE, directeur, enseignant, etc...). Ceux-ci ont beaucoup augmenté.

En 1999-2000, 36 examens ont été effectués, en 2000-2001, 38, en 2001-2002, 107 et au 31 mars de l'année 2003, déjà 101 examens pratiqués.

Sur les 101 examens : 19 ont eu lieu pour causes médicales variées, 12 pour maltraitance intra-familiale, 10 pour troubles du comportement, 5 pour absentéisme, 6 pour violences graves (atteintes corporelles), 2 pour comportements agressifs envers les filles, etc...

Il arrive que l'équipe médicale scolaire permette d'inscrire l'enfant dans une histoire médicale parce que l'élève a déjà reçu des soins en primaire ou en maternelle.

La démarche est toujours de travailler avec les parents pour orienter les enfants vers le soin.

La question de la prévention en primaire et en maternelle est primordiale. La carence d'actions de prévention fait arriver à l'infirmerie des cas de plus en plus graves qui auraient du nécessiter une prise en charge à un autre niveau de soin. Cela transforme les visites médicales de suivi du personnel médical scolaire en visites de soins avec suivi médical et social.

Un participant rappelle qu'il est fondamental de ne pas isoler l'enfant de son milieu familial.

Mme CHOQUET conclut en rappelant que la déscolarisation va jouer lorsqu'il y a concordance entre difficultés sociales et comportementales. Il est donc nécessaire d'intervenir avant la déscolarisation et, le plus tôt possible, en primaire et dans les maternelles avec des programmes de prévention santé.

