

1989
ID
3
43 Bd du 11 Novembre 1918
69 100 VILLEURBANNE

Université Claude Bernard
Lyon 1
43 Bd du 11 Novembre 1918
69 100 VILLEURBANNE

ADOLESCENCE ET SANTE

Note de synthèse en vue du

**Diplôme d'études supérieures spécialisées
d'informatique documentaire**

présentée par
Marie-Claude BARROCHE

sous la direction de
Jean RIONDET

1989

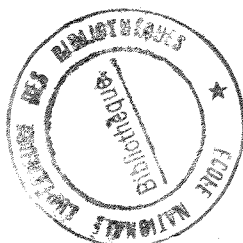
Année 1988-1989

ID
3

Ecole nationale supérieure
de bibliothécaires
17-21 Bd du 11 Novembre 1918
69 100 VILLEURBANNE

Université Claude Bernard
Lyon 1
43 Bd du 11 Novembre 1918
69 100 VILLEURBANNE

ADOLESCENCE ET SANTE



Note de synthèse en vue du

**Diplôme d'études supérieures spécialisées
d'informatique documentaire**

présentée par
Marie-Claude BARROCHE

sous la direction de
Jean RIONDET

Année 1988-1989

1989
ID
3

SOMMAIRE

Méthodologie de la recherche

| | |
|----------------------------------------|------|
| Objectifs | I |
| Contexte de la recherche documentaire | III |
| Délimitation du sujet | IV |
| Recherche bibliographique manuelle | VI |
| Recherche bibliographique informatisée | VIII |

Note de synthèse

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| I Les nouvelles réalités de l'adolescence | 1 |
| II Les adolescents ont-ils besoin que l'on s'occupe de leur santé? | 5 |
| III La santé vue par les adolescents | 12 |
| IV Monde scolaire et santé | 22 |
| V Entre le monde de l'école et celui du travail | 31 |
| VI Adolescents et structures de santé | 41 |
| Conclusion | 61 |

Annexes

| | |
|----------------------------------------|--|
| Questionnaire "Les Jeunes et la santé" | |
| Projet de charte "Jeunes et santé" | |

L'adolescence n'est plus seulement une période de transition et de crise, mais une série de plus en plus longue d'étapes évolutives spécifiques. Cette période, entre 10 et 25 ans, est désormais plus longue que l'enfance elle-même.

La population des 10-24 ans représente 30 % de la population mondiale.

En France, les jeunes de 15 à 24 ans sont 8,5 millions et représentent 15,8 % de la population.

Bien qu'elle ne constitue pas spécialement une population à risque, selon les critères habituels de morbidité et de mortalité, cette population, nouvellement apparue comme un centre d'intérêt, est devenu un sujet de préoccupation en santé publique.

Rarement "malades", les adolescents consultent peu et échappent d'une manière générale au système de soins.

On connaît mal la santé des adolescents.

Leurs problèmes de santé débordent largement le champ des sciences fondamentales et cliniques : ils sont d'ordre psychologiques, sociologiques, économiques, souvent liés à des troubles du comportement.

Un large consensus est apparu ces dernières années, parmi les chercheurs et les professionnels de santé : considérer isolément chaque problème de santé (drogue, alcool, tabac, suicide...), conduit à une impasse. La nécessité s'est fait jour d'une **approche globale**, partant des demandes exprimées par les adolescents eux-mêmes d'une part, et des besoins objectifs d'autre part.

Méthodologie de la recherche

Objectifs

Les objectifs de cette recherche ont été précisés dès la première entrevue avec notre directeur de mémoire, Monsieur Riondet, qui nous a fait part de la difficulté des chercheurs et de leurs partenaires à aborder cette population adolescente non à travers ses deviances - qui sont relativement bien connues - mais par une approche globale de ses besoins spécifiques. L'information sur les adolescents circule mal entre les acteurs de terrain, les professionnels de la santé, les responsables administratifs, les décideurs... La population adolescente est mal définie, mal maîtrisée, on ne sait où la toucher, ni comment l'aborder.

La confrontation des travaux et recherches en cours, rassemblés en une synthèse, va donc constituer un outil de réflexion qui devrait permettre d'élaborer des propositions précises d'action.

Plusieurs autres entrevues nous ont donné l'occasion, d'ajuster les orientations au fur et à mesure de l'avancement de la recherche documentaire et ont ainsi permis de déterminer un cadre de travail et des objectifs précis :

- explorer la **littérature** en vue d'extraire les travaux de recherche en santé publique dont l'étude porte sur un groupe de population appelé "adolescent" ou "jeune".

- inventorier les **enquêtes** et travaux susceptibles de fournir des indications sur la perception qu'ont les adolescents de leur santé et des besoins qu'ils expriment en matière de santé.

- dégager les grandes **orientations** indiquées par des organismes tels que l'OMS ou le Ministère de la santé et des Affaires sociales.

- exploiter les diverses sources de **données statistiques** - françaises et étrangères - concernant les adolescents, en les ordonnant selon les différents groupes-cibles.

- recenser les **structures spécifiques** mises en place pour répondre aux besoins de santé des adolescents et mettre en lumière les expériences novatrices réalisées sur le terrain (promotion de la santé, recherche-action...).

- repérer les lieux dans lesquels les adolescents peuvent avoir accès à l'**information** concernant la santé et identifier les organismes - tout particulièrement en Rhône-Alpes - qui "sécrètent" de l'information sur les adolescents et leur santé.

En résumé, il s'agit d'établir une synthèse des **besoins spécifiques** qui se dégagent de la pratique d'une médecine des adolescents et des tentatives de réponses apportées par les **structures** institutionnelles ou expérimentales.

Contexte de la recherche documentaire

L'énumération qui précède laisse d'ores et déjà entrevoir l'hétérogénéité des sources et l'éparpillement documentaire qui en résulte.

Les **travaux de recherche** en santé publique se trouvent répartis - à peu près à parts égales - entre les périodiques spécialisés en santé publique et en épidémiologie, et les revues de médecine générale. Or, on le sait, ces dernières échappent très largement aux grandes bases de données internationales qui sélectionnent les revues spécialisées, au détriment des publications destinées à l'information des médecins généralistes ou à l'enseignement post-universitaire. Quant aux revues médicales régionales, leur contenu est encore essentiellement exploité au travers de fichiers manuels.

Les **enquêtes** sur la perception de la santé par les adolescents eux-mêmes posent des problèmes bien particuliers : un certain nombre d'entre elles ont fait l'objet de travaux universitaires. Si les thèses sont actuellement recensées de manière exhaustive et relativement satisfaisante, il n'en va pas de même pour les mémoires qui ne sont que très exceptionnellement signalés dans les bases de données et ne sont repérables, dans de nombreux domaines, que grâce aux références d'articles ou de manière aléatoire.

Un certain nombre d'autres enquêtes, fort intéressantes et de large audience, ne sont malheureusement pas diffusées. Par exemple, une enquête a été réalisée récemment pour l'Observatoire de la santé chez les jeunes à l'initiative de la Croix-Rouge et de la Fondation Rhône-Poulenc Santé; nous n'avons pu nous la procurer qu'en nous adressant directement à ce dernier organisme. Une autre enquête, internationale et très originale, sur l'image du médecin chez les adolescents, a été élaborée par la firme bâloise Ciba-Geigy et diffusée exclusivement par ses soins.

Si les documents en provenance des grandes organisations nationales ou internationales (telles que l'OMS, ou l'INSERM) sont facilement accessibles, il n'en n'est pas de même pour les **rapports ministériels** qui font partie de ces publications semi-officielles, à diffusion restreinte.

Quant aux **données statistiques**, il faut distinguer celles qui proviennent d'organismes comme l'INSEE, l'INSERM ou la CEE, parfaitement accessibles, et celles qui proviennent d'études fragmentaires dont la forme et le contenu, selon les sources, posent des problèmes de cohérence.

En ce qui concerne les deux derniers objectifs, à savoir le recensement des **structures** spécifiques et celui des **lieux d'accès à l'information** pour les adolescents ou sur les adolescents, la démarche ne relève pas d'une collecte purement bibliographique : il s'agit de repérer tout un réseau d'organismes - et ils sont fort nombreux dans le domaine sanitaire et social! - et d'obtenir l'accès à leur " littérature grise ". Leur rapports et bilans d'activité, leurs enquêtes, leurs communications à des colloques se présentent la plupart du temps, sous forme de documents ronéotypés qui ne font pas l'objet de publications.

Cette quête d'informations s'est révélée très féconde et a apporté à la recherche documentaire sur fichier ou en ligne tout le côté humain de l'échange par la rencontre des lieux et des personnes-ressources.

Ces deux démarches conjointes se dynamisent l'une l'autre et permettent de mieux appréhender les dimensions d'une approche qui se veut précisément globale.

Délimitation du sujet

Traiter de l'adolescence, c'est bien évidemment se trouver confronté à une masse importante de travaux issus de multiples domaines d'étude au carrefour de nombreuses disciplines : la psychologie, la sociologie, la psychanalyse, la pédagogie, l'économie, la biologie, la psychiatrie...

En dehors des travaux de **santé publique**, nous nous sommes limité à quelques approches d'ordre psychologiques ou sociologiques, essentiellement dans le contexte d'expériences menées sur le terrain par des équipes multidisciplinaires.

Une autre limite importante a d'emblée été envisagée : celle de ne retenir que les études portant sur une **approche globale** de la santé des jeunes, en écartant systématiquement les travaux traitant des déviations ou des problèmes particuliers tels que toxicomanie, tabagisme, alcoolisme, grossesse de l'adolescente, suicide, délinquance, maladies sexuellement transmises, SIDA, etc...

Ces problèmes ont été beaucoup étudiés, médiatisés par des campagnes nationales de prévention et relayés par la presse à grande diffusion. Une approche globale rend mieux compte de la réalité de l'adolescent et permet d'entrevoir les problèmes spécifiques comme autant de facettes d'un même "mal-être" beaucoup plus diffus, et de comprendre les comportements "déviants" comme autant de modalités d'expression d'une même difficulté à vivre.

D'autre part, les problèmes de santé des adolescents ont ceci de particulier qu'ils mêlent très étroitement les plaintes somatiques aux difficultés d'origine psycho-sociale : santé physique et mentale sont indissociables et leur imbrication quasi constante.

Une autre délimitation au niveau de la **recherche bibliographique** a consisté à accorder la priorité aux travaux réalisés en France ou dans les pays limitrophes comme la Suisse ou la Belgique. La relation des expériences et le recensement des études françaises, souvent dispersées et méconnues, a constitué dès le départ une première nécessité. Parmi les travaux étrangers, les études canadiennes tiennent une large place, à côté de quelques publications anglo-saxonnes sélectionnées de manière très élective.

Cette synthèse ne vise pas l'exhaustivité, mais veut apporter, si ce n'est des éléments de réponse, tout au moins des pistes de réflexion à partir d'expériences proches ou transposables. Si les études retenues proviennent largement des pays d'une même aire linguistique francophone, c'est qu'elles traduisent des réalités subculturelles qui donnent aux comportements adolescents leur spécificité.

Ce travail a été élaboré en gardant constamment à l'esprit la demande formulée par l'organisme auquel elle est destinée, à savoir le Groupement scientifique santé (CNRS, Hospices Civils de Lyon, Université Lyon 1).

Au niveau de la recherche bibliographique, il faut rappeler qu'une part importante des publications recensées appartient à la **littérature grise** : c'est dire la place prise par la consultation d'organismes très éclatés, ayant chacun leurs ressources documentaires propres. Nombre de rapports, de communications à des journées d'étude ne sont accessibles qu'auprès des organismes qui les ont diligentés.

Recherche bibliographique manuelle

La première approche du sujet a consisté tout naturellement à consulter le fonds documentaire des **bibliothèques universitaires** de Lyon et de Nancy.

Parmi les quelques **monographies** consacrées à la médecine de l'adolescence, il faut citer en premier lieu l'ouvrage de référence sur le sujet : " Les Adolescents et leur santé" (1983) des professeurs O. Jeanneret, J.-P. Deschamps, M. Manciaux et E.A. Sand, spécialistes réputés de pédiatrie sociale et préventive. Leur ouvrage se situe dans une perspective épidémiologique et ouvre largement l'horizon sur les grands thèmes de recherche, en référence aux expériences menées respectivement en Suisse, en France et en Belgique. Il a constitué un point de départ pour notre travail et nous a conduit à **actualiser** la bibliographie sur le sujet, plutôt que de s'attarder sur un recensement rétrospectif et une étude historique déjà réalisés. Il valait mieux, en effet, chercher à rassembler les travaux récents, publiés au cours de ces dernières années.

Quelques autres ouvrages, de portée générale, comme "Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique" (1985) de J. Wilkins qui, à Montréal, se consacre depuis 1974 à soigner les adolescents et à promouvoir la recherche et l'enseignement, ou encore les travaux menés dans le cadre de l'INSERM ou du Centre international de l'enfance, ainsi que les rapports de l'OMS ont constitué une excellente introduction à la problématique de la santé des jeunes. Un éclairage original nous a été donné par le témoignage posthume de F. Dolto dans "La Cause des adolescents", témoignage ultime et passionné en faveur de ce qu'elle a appelé une "tâche sociale urgente".

A Lyon comme à Nancy, les B.U. de médecine dépouillent un certain nombre de **revues de médecine générale**.

A Lyon, ce sont 19 périodiques, régulièrement indexés en collaboration avec Besançon et Amiens ; à Nancy, ce sont également 19 périodiques (dont 9 se recoupent avec ceux de Lyon) qui sont intégralement indexés en coopération avec Strasbourg et Reims. L'intérêt de ces fichiers n'est plus à démontrer : ils sont alimentés au fur et à mesure de la parution des journaux, avec un délai moyen d'à peine 15 jours. On ne peut que regretter l'accès à ces fichiers limités à la consultation sur place, d'autant plus qu'ils sont parfaitement complémentaires de fichiers informatisés tel qu'INTERNATEL. La comparaison des résultats obtenus par recherche manuelle avec cette dernière banque de données destinée aux candidats à l'internat et à la formation post-universitaire est significative.

Sur 7000 références, 3 seulement ont été obtenues à partir des mots-clés ADOLESCEN* ou JEUNE*, alors qu'à Lyon comme à Nancy, les fichiers manuels signalent sous le terme "adolescent" plusieurs dizaines d'articles (une centaine à Nancy où ces fichiers existent depuis 1973 déjà).

Pour notre travail, la consultation de ces fichiers de dépouillement de périodiques nous a fourni, de manière rapide, efficace et économique, une vingtaine de références, toutes postérieures à l'ouvrage de Jeanneret et collaborateurs.

Plusieurs organismes lyonnais nous ont permis d'élargir la recherche documentaire :

- le **CRADESS** (Collège régional des associations départementales d'éducation sanitaire et sociale) qui dépouille et classe en dossiers documentaires thématiques une cinquantaine de périodiques d'informations médicales et un quotidien d'informations générales (Le Monde) en collaboration avec

- l'**ORS** (Observatoire régional de la santé) qui indexe, de son côté, une vingtaine de revues de santé publique, d'économie médicale et de statistiques. Ces deux organismes constituent un fond documentaire commun.

- La **Documentation centrale des Hospices civils de Lyon** nous a offert un large accès à ses collections (environ 150 périodiques) ainsi qu'à la base de données RESHUS dont elle est un partenaire.

- La **Bibliothèque de l'Ecole d'infirmières et assistants de service social**, rattachée à la Faculté de médecine, qui dépouille environ 60 revues dans le domaine sanitaire et social.

A Nancy, ce sont le **Centre de médecine préventive** et le **Laboratoire de santé publique** de la Faculté de médecine qui travaillent en très étroite collaboration et disposent d'une documentation importante dans le domaine de l'adolescence qui constitue précisément un de leurs axes de recherche.

Cette recherche a été complétée, pour les articles de périodiques, par la consultation de "**Points de repère**", l'index analytique d'articles de périodiques de langue française (Bibliothèque nationale du Québec) qui, pour les années 1984, 1985 et 1986 nous a donné une dizaine de références tout à fait pertinentes.

Les bibliographies spécialisées, l'Index Medicus, Excerpta Medica et le Bulletin signalétique du CNRS n'ont été consultés qu'en vue de préparer la recherche informatisée en ligne ou sur CD-ROM.

Recherche bibliographique informatisée

En 1982, Madame Szpakowska et son collègue Y. Henri-Rousseau également professeur à l'École de bibliothéconomie de l'Université de Montréal ont écrit en collaboration avec L.L. Lecompte, bibliothécaire au Centre d'information sur la santé de l'enfant de l'Hôpital Ste-Justine un article très critique intitulé " Moyens de repérage de l'information sur la condition juvénile" qui conclut à l'inadéquation du système d'analyse et de repérage de l'information dans ce domaine. Déplorant l'éparpillement de la littérature et la sectorisation de la recherche, les auteurs évoquent les imprécisions terminologiques et le flottement sémantique qui constituent autant d'obstacles sur la voie de l'organisation rationnelle de l'information. Ainsi, les groupes d'âge ne se superposent pas d'une base à l'autre. Pour Medline, l'adolescence s'étend de 13 à 18 ans, pour Francis de 16 à 19 ans; les grands services d'analyse documentaire ne prêtent attention ni à la littérature souterraine (rapports, cours, conférences, bulletins...) considérée pourtant comme un moyen important d'actualisation des connaissances, ni à la documentation marginale à laquelle les jeunes "s'abreuvent" quotidiennement. La part ridiculement faible des publications francophones dans les bases américaines est également relevée.

Malheureusement, ces critiques demeurent tout à fait valables aujourd'hui encore.

La consultation de **MEDLINE** sur CD-ROM (version Dialog), malgré un balayage très large et très fiable grâce au thesaurus MESH et à ses points d'accès regroupés sous ADOLESCENCE, ADOLESCENT BEHAVIOUR, ADOLESCENT HOSPITALIZED, ADOLESCENT MEDICINE et ADOLESCENT PSYCHOLOGY, ne nous a apporté que quelques références issues de la littérature francophone - qui ne représente que 4 % de l'ensemble des données - au milieu d'un nombre impressionnant de citations.

Espérant voir les publications francophones mieux représentées dans la base **PASCAL**, nous nous sommes heurté à un autre obstacle, celui d'une très grande dispersion des descripteurs.

Les groupes d'âge, représentés par les termes PREADOLESCENT (10-13 ANS), ADOLESCENT (14-19 ANS) et AGE 20-29 donnaient environ 20 000 références. Les descripteurs SANTE ou SOIN près de 30 000 citations. Le croisement des deux ensembles se réduisait à 500 références, diminuées de moitié par la procédure de pondération. La visualisation des premières notices nous a dissuadé de poursuivre : le tri consistant à supprimer

tous les articles abordant les problèmes de déviations ou de pathologies spécifiques aurait été fort long et très onéreux.

Partant des premières équations (groupes d'âges et santé), nous avons tenté une approche sur deux populations pour lesquelles la recherche manuelle avait été très lacunaire, à savoir la santé des jeunes travailleurs et celle des détenus. Deux références pour la première recherche et deux pour la seconde se sont avérées pertinentes. L'efficacité des grands balayages par troncatures interposées qui ont donné pour APPRENTI* ou TRAVAIL* des articles sur l'apprentissage de la lecture ou les travailleurs sociaux...nous ont laissé perplexes.

Quittant les bases multidisciplinaires - qui nous paraissaient pourtant convenir à l'esprit de notre recherche - nous nous sommes alors orientés vers des bases plus spécialisées.

En premier lieu **RESHUS** (Réseau documentaire en sciences humaines de la santé) qui constitue un sous-fichier de FRANCIS-5. Les 25 organismes français et belges qui participent au réseau - parmi lesquels les Hospices civils de Lyon - couvrent tout le domaine de l'économie médicale, de la santé publique, de la documentation sanitaire, sociale et administrative. Les documents recensés sont constitués de périodiques (82 %), de monographies (5 %), de travaux universitaires (11 %) et de rapports et congrès (4 %). Une douzaine de références ont été obtenues, couvrant la période 1978-1988, et répondant aux descripteurs ADOLESCENCE ou ADOLESCENT ou JEUNES ou JEUNESSE croisés avec SANTE PUBLIQUE ou SANTE COMMUNAUTAIRE ou SYSTEME DE SANTE. En revanche, aucune référence n'a été obtenue à partir des termes DETENTION et TRAVAILLEUR. On se heurte là, vraisemblablement, à la taille relativement modeste de la base.

Autre base française spécialisée en santé publique : **RAMIS**. Ce Réseau pour l'amélioration de l'information en santé publique est né en 1983 : la DBMIST, la MIST, la Direction Générale de la Santé figurent parmi ses membres fondateurs. Cet outil original, qui fonctionne en mode réparti, est destiné essentiellement à valoriser l'information régionale sur l'état de santé de la population et constitue un fichier des recherches, enquêtes et expériences en cours dans chacun des centres du réseau.

L'interrogation de RAMIS nous a fourni 21 références, toutes pertinentes, sur la tranche d'âge concernée; la plupart d'entre elles correspondent à des recherches non publiées, mais parfaitement accessibles auprès des organismes producteurs.

Pour interroger **BIRD**, nous nous sommes rendu directement au Centre international de l'enfance à Paris. Si l'intersection des ensembles "adolescent" et "santé" donnent 574 références, leur croisement avec "travail" ne donne plus que 19 références dont 3 seulement ont été retenues comme pertinentes. Sur la santé des jeunes détenus, 23 documents ont été référencés dont 3 seulement étaient appropriés.

Après une longue session d'interrogation en ligne, rendue complexe par le fait que BIRD 1 (actuellement sur G-CAM), n'a pas encore été transféré sur le serveur interne du CIE qui héberge depuis 1988 BIRD 2, nous allions quitter le Centre sans consulter les fichiers manuels. C'eût été fort dommage puisque nous avons eu la surprise d'y trouver 8 références pertinentes sur les thèmes précis de la santé des adolescents au travail ou en détention. Ces références, antérieures à 1981, n'ont pas été intégrées à BIRD 1.

En conclusion, on peut donc constater que dans le domaine de la santé publique, le recours aux grandes bases multidisciplinaires ne se justifie que si l'interrogation porte sur des pathologies bien définies, mais s'avère inapproprié lorsqu'il s'agit de recenser les recherches en cours d'équipes qui travaillent à la périphérie des grandes structures ou n'ont pas la chance de publier dans les revues sélectionnées par les grands organismes documentaires.

En revanche, le recours aux bases de données spécialisées, encore insuffisamment développées en France, s'avère tout à fait intéressant et complémentaire de la démarche qui consiste à accéder directement à des fonds documentaires ou bibliothèques spécialisées, l'accès direct au savoir des experts constituant une troisième approche qui garde toute son efficacité.

Les nouvelles réalités de l'adolescence : généralités et données épidémiologiques

Adolescents, risques et accidents / sous la dir. d'Anne Tursz. Colloque. Centre international de l'enfance. Paris, 7-9 /10/1985. 168 p.
Paris : C.I.E.; Doin, 1987

ATHEA N.

Propositions pour une politique de santé des adolescents.
Echanges-Santé, 1987, n° 47, 5-19

Besoins sanitaires des adolescents.
Genève : OMS, 1977
(Série de rapports techniques ; 609)

CHOQUET M., LEDOUX S., MARECHAL CL.

Adolescence : approche épidémiologique. (Dossier documentaire)
Paris, INSERM, 1988

CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H., THOMAS J.-P.

Le Jeune dans le monde d'aujourd'hui.
In : MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. Les Adolescents et les structures de soins... Dossier technique. 1988, 12-21

CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H.

La Santé des adolescents : approche longitudinale des consommations de drogues et des troubles somatiques et psychosomatiques. 327 adolescents suivis de 16 à 18 ans... 142 p.
Paris : INSERM ; Documentation française, 1988

Conceptions, mesures et actions en santé publique.
Approche par les populations : exemple des adolescents pp 137-214
Colloque INSERM, 1981, vol. 104
Paris : INSERM, 1981

DESCHAMPS J.-P.

Ces Jeunes sont sans soins... ou la "non santé" des adolescents et jeunes adultes en France.
Rev. Fr. Aff. Soc., 1987, 41, n° hors-série, 43-58

FRIEDMAN H.L.

La Santé des jeunes : aperçu général.
Rapp. Trim. Stat. San. Mond., 1985, 38, 256-66

JEANNERET O.

Problèmes spécifiques de santé chez les adolescents.

Communication à la journée d'étude du 7/10/1983 "La Santé des adolescents" /par le Club européen de la santé et le service éducation sanitaire de la Croix-Rouge de Belgique.

Arch. Belges Méd. Soc. Hyg., 1984, **42**, 545-73

JEANNERET O., SAND E.A., DESCHAMPS J.P., MANCIAUX M.

Les Adolescents et leur santé. 484 p.

Paris : Flammarion ; Montréal : Presses Univ. Montréal, 1983

Jeunes d'aujourd'hui : regards sur les 13-25 ans en France.

Paris, Documentation française, 1987

(Notes et études documentaires, n° 4843)

Les Jeunes de 15 à 24 ans / Gabriel Marc. 76 p.

Paris : INSEE, 1989

(Contours et caractères)

Les Jeunes et la santé : défi pour la société. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les jeunes et la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, 1984. 128 p.

Genève : OMS, 1986

(Série de rapports techniques ; 731)

Une Jeunesse saine, notre meilleur atout.

Santé Homme, 1985, juillet, 19-26

JUILLET P.

L'Apport des Centres militaires de sélection à une approche de la santé des jeunes Français.

Bull. Acad. Nat. Méd., 1984, **168**, 367-76

KAMINSKI M., BOUVIER-COLLE M.-H., BLOHDEL B.

Mortalité des jeunes dans les pays de la Communauté Européenne : de la naissance à 24 ans. 310 p.

Paris : Doin ; INSERM, 1986

(Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie)

MARC G.

Visite statistique guidée dans l'univers des 15-25 ans.

Rev. Fr. Aff. Soc., 1987, **41**, n° hors-série, 5-20

MICHAUD P.-A.

Une Approche transculturelle de la santé des adolescents : mythes et paradoxes.

Méd. Hyg., 1988, **44**, 1826-32

MICHAUD P.-A.

Quel avenir pour les adolescents? Quel avenir pour la médecine de l'adolescence?
Rev. Méd. Suisse Romande, 1983, 103, 423-25

MICHAUD P.-A.

La Santé des adolescents.
Conc. Méd., 1983, 105, suppl. n° 44, 1-32

PAXMAN J.M., ZUCKERMAN R.J.

Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents. 334 p.
Genève: OMS, 1989

La Santé des jeunes : document de base des discussions techniques de mai 1989. 61 p.
Genève: OMS, 1989

Santé et jeunesse au Canada.

Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1989

La Situation de la jeunesse dans les années 80 : perspectives et défis pour l'an 2000.
New-York, ONU, 1987

WILKINS J.

L'Impact socio-sanitaire des sous-cultures des adolescents : point de vue d'un clinicien.
Méd. Hyg., 1982, 40, 856-58

WILKINS J.

Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique. 414 p.
Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1985

" Des défis sans précédent attendent
les jeunes aujourd'hui "

H. Nakajima
directeur général de l'OMS

I Les nouvelles réalités de l'adolescence

Adolescence et jeunesse : définitions et limites d'âge

A travers l'analyse des travaux de recherche on perçoit les difficultés auxquelles se heurtent les auteurs lorsqu'ils veulent préciser les limites de l'adolescence et en définir les caractéristiques propres. Un consensus semble cependant s'établir autour d'une définition comme celle de W.A. Daniel¹ par exemple, qui décrit l'adolescence comme "une période de croissance et de modifications importantes de nature physique, cognitive et psycho-sociale. Elle débute approximativement à l'âge de 10 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. La fin de l'adolescence n'est pas clairement délimitée et varie en fonction des critères physiques, mentaux, affectifs, sociaux et culturels qui caractérisent l'adulte"

Si d'une manière générale on s'accorde à décrire l'adolescence comme la période durant laquelle l'individu n'est plus un enfant, mais pas encore un adulte (une sorte d'"être hybride" dira S. Tomkiewicz), les définitions de la durée de l'adolescence diffèrent selon que l'on utilise comme termes de référence des événements physiologiques ou psycho-sociaux. La fin de l'adolescence est actuellement de plus en plus considérée comme une problématique d'ordre social, liée à ce que O. Jeanneret a appelé "les asynchronies des entrées dans la vie adulte"

L'Organisation mondiale de la santé a défini l'adolescence comme se situant entre l'âge de 10 ans et l'âge de 19 ans et la jeunesse entre 15 ans et 24 ans. En réalité, de nombreuses études fusionnent les deux groupes d'âge en un groupe de 10 à 24 ans pour lequel on utilise indistinctement, dans la pratique, les termes "jeunesse" ou "adolescence". Les regroupements par tranches d'âge chronologiques sont commodes et même indispensables sur le plan statistique, permettant entre autres les comparaisons de données entre pays. Mais l'âge chronologique n'est de loin pas l'instrument de mesure optimal. Il existe en fait une grande diversité

¹In : NELSON W.E. : Textbook of pediatrics. 11 éd., Philadelphie, 1979, Saunders

qui fait de l'adolescence une période qui n'est plus seulement une transition, mais une **longue série d'étapes évolutives spécifiques**.

S'il est si difficile d'arriver à une dénomination et une délimitation chronologique satisfaisantes, c'est que le rôle et la place de l'adolescent dans la société ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies.

Profil démographique

La population jeune mondiale a augmenté constamment depuis 1950. De 1960 à 1980, les jeunes âgés de 15 à 24 ans ont augmenté de 66 %, alors que dans le même temps, la population totale n'augmentait que de 46 %. Ce taux d'accroissement annuel a varié considérablement : de 3,2 % au cours de la période 1955-60, il est passé progressivement à 2 % au début des années 80.

En 1987, le nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans était estimé à 940 millions dans le monde soit **18,8 %** de la population totale. Elle devrait atteindre 1 milliard 62 millions en l'an 2000. Globalement, on estime qu'environ 30 % de la population mondiale a actuellement entre 10 et 24 ans, ce qui représente plus de jeunes qu'il n'y en aura peut-être jamais.

Mais leur **répartition** n'est pas régulière ; quatre jeunes sur cinq vivent dans les pays en développement. L'Asie vient actuellement en tête avec plus de 60 % de population jeune, suivi de l'Afrique (11 %) dont le taux d'accroissement va demeurer très élevé dans les années qui viennent.

Avec respectivement 8 % et 5 % de la population jeune mondiale, l'Europe et l'Amérique du nord font figure de "vieux" continents.

En France, en mars 1986, on comptait 8,5 millions de jeunes de 16 à 25 ans, soit 15,8 % de la population générale.

Selon les projections faites à l'INSEE¹ cette proportion ne serait plus en 2025 que de 13,3 % dans la meilleure hypothèse, de 10,4 % dans l'hypothèse la plus basse. On constate une inégalité de répartition entre les régions, les plus jeunes étant le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine et l'Alsace, les moins jeunes la Corse, la Provence, les Alpes-Côte d'Azur, l'Auvergne et l'Aquitaine.

¹MARC G. Visite statistique guidée dans l'univers des 15 -25 ans Rev. Fr. Aff. Soc. 1987

Tableau 32-1 : Répartition continentale des 15-24 ans de la population totale vers 1987

Source : Annuaire démographique de l'ONU.

| Continents | % du total | |
|------------------------------|------------|-------------------|
| | 15-24 ans | Population totale |
| Afrique | 11,9 | 12,0 |
| Asie | 61,3 | 58,4 |
| Amérique du Nord | 4,8 | 5,2 |
| Amérique du Centre et du Sud | 9,2 | 8,4 |
| Europe + URSS | 12,4 | 15,5 |
| Océanie | 0,4 | 0,5 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 |

Tableau 32-2 : Quelques pays où la part des 15-24 ans dans la population totale est faible

Source : Annuaire démographique de l'ONU.

| Moins de 15 % | 15 à 16 % | 16 à 17 % |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| République Centrafricaine | Benin | Burkina-Faso Ethiopie |
| Bulgarie Tchécoslovaquie Grèce Hongrie Malte Roumanie Suède | Danemark Finlande France Italie Luxembourg Norvège Pologne Suisse | Autriche Belgique RDA RFA Portugal Espagne Royaume-Uni Yougoslavie |
| Japon | Yemen du Nord Yemen du Sud | Israël Etats-Unis Argentine Uruguay |

Tableau 32-3 : Quelques pays où la part des 15-24 ans dans la population totale est forte

Source : Annuaire démographique de l'ONU.

| De 20 à 21 % | De 21 à 22 % | Plus de 22 % |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Tchad Afrique du Sud Tunisie | Rwanda | Burundi Cap Vert Maurice La Réunion |
| Birmanie Inde Philippines Turquie | Fidji Hong Kong Corée du Sud Singapour Sri Lanka | Bahrein Malaisie Thaïlande |
| Panama Chili Equateur Paraguay Venezuela | Brésil | Cuba Guadeloupe Martinique Trinidad Surinam |

Pourcentage des 15-24 ans dans la population de chaque région

| Régions | % des 15-24 ans (a) | % des 15-19 ans (b) | % des 20-24 ans (c) | Ecart c-b (d) |
|----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| Ile-de-France | 15,43 | 7,23 | 8,20 | + 0,97 |
| Champagne-Ardennes | 16,76 | 8,79 | 7,97 | - 0,88 |
| Picardie | 16,51 | 8,68 | 7,83 | - 0,85 |
| Haute-Normandie | 16,89 | 8,71 | 8,18 | - 0,53 |
| Centre | 15,25 | 8,04 | 7,21 | - 0,83 |
| Basse-Normandie | 16,56 | 8,60 | 7,96 | - 0,64 |
| Bourgogne | 15,13 | 7,97 | 7,16 | - 0,81 |
| Nord-Pas-de-Calais | 17,20 | 8,91 | 8,29 | - 0,62 |
| Lorraine | 17,45 | 8,93 | 8,52 | - 0,41 |
| Alsace | 17,18 | 8,45 | 8,73 | + 0,28 |
| Franche-Comté | 16,41 | 8,60 | 7,81 | - 0,79 |
| Pays-de-Loire | 16,38 | 8,61 | 7,77 | - 0,84 |
| Bretagne | 15,96 | 8,28 | 7,68 | - 0,60 |
| Poitou-Charentes | 15,53 | 8,25 | 7,28 | - 0,93 |
| Aquitaine | 14,95 | 7,65 | 7,30 | - 0,35 |
| Midi-Pyrénées | 15,19 | 7,62 | 7,57 | - 0,05 |
| Limousin | 13,77 | 6,83 | 6,94 | + 0,11 |
| Rhône-Alpes | 15,95 | 8,24 | 7,71 | - 0,53 |
| Auvergne | 14,93 | 7,58 | 7,35 | - 0,23 |
| Languedoc-Roussillon | 15,05 | 7,60 | 7,45 | - 0,15 |
| Provence-Alpes-Côte-d'Azur | 14,83 | 7,61 | 7,22 | - 0,39 |
| Corse | 13,86 | 7,38 | 6,48 | - 0,90 |
| France entière | 15,84 | 8,04 | 7,80 | - 0,24 |

Un environnement profondément transformé

A l'importance démographique de cette classe d'âge, s'ajoutent différents facteurs qui ont modifié le déroulement de l'adolescence.

Tout d'abord la **durée** de l'adolescence s'est considérablement allongée.

D'une part, l'âge moyen de la puberté diminue régulièrement. Au cours des 100 à 150 dernières années, la croissance et le développement physique se sont accélérés ; dans les années 1900 - 1970, l'avance de l'âge moyen de la puberté a été en Europe de 3-4 mois par décennie.

D'autre part, l'âge de la maturité sociale s'élève. Plus les sociétés deviennent complexes, plus l'entrée dans la vie adulte est tardive ; l'allongement progressif de la scolarité et des formations professionnelles, les difficultés d'insertion dans la vie active retardent l'acquisition d'une indépendance économique. En France par exemple, la fin de la scolarité obligatoire a été de 13 ans jusqu'en 1936, à 14 ans jusqu'à 1963, à 16 ans depuis. Les adolescents ont commencé à former un groupe nombreux avec ses modes et son style de vie original. Le recul de la nuptialité est important : elle a chuté de moitié entre 69 et 83. Parmi les 15-24 ans, 70 % vivent chez leurs parents. Un phénomène social d'une grande ampleur est né, dont l'analyse s'avère extrêmement complexe.

Toute une série de facteurs sociaux ont profondément influencé la manière dont vivent les adolescents.

La **crise économique** a engendré nombre de difficultés qui compliquent singulièrement le passage à l'âge adulte : les difficultés d'intégration et de participation sociale, les problèmes de logement, le chômage et le sous-emploi qui constituent les problèmes les plus graves auxquels sont confrontés les jeunes d'aujourd'hui ; l'urbanisation accélérée a accentué l'anonymat, la dislocation des familles, la délinquance...; l'immigration est à l'origine de discriminations raciales, de conflits culturels entre générations, de graves handicaps sociaux...

Le **contexte socio-familial** s'est aussi considérablement modifié : l'éclatement de la famille et ses nouveaux modes de vie ont entraîné une moindre disponibilité des parents et, en contre-partie, une influence plus grande des groupes d'amis.

C'est au sein des groupes de pairs que sont apparues les **sous-cultures** des adolescents qu'a particulièrement mis en évidence l'équipe du Professeur WILKINS de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal¹. L'impact socio-sanitaire de ces "contre-cultures" n'est pas négligeable, chacune développant une pathologie particulière.

C'est ainsi que dans le contexte des années 60 et début 70 certains mouvements "philosophiques" ont répandu l'usage de la **drogue**, créant avec l'évolution du marché des problèmes de polytoxicomanie, aggravés de phénomènes de violence et d'endettement liés à un usage régulier.

La précocité de l'**activité sexuelle** des adolescents a elle aussi entraîné de nouvelles pathologies : grossesses non désirées, avortements, maladies sexuellement transmises (en augmentation deux fois plus rapide chez l'adolescent que chez l'adulte), les dysfonctionnements sexuels, les effets secondaires d'une contraception précoce etc... Une partie des jeunes se trouve aujourd'hui confrontés au risque cumulé du SIDA et de la drogue.

La **violence sociale** omniprésente, la mode disco, le phénomène des "adolescents-nature" ...amènent eux aussi leur lot de pathologies : agressions sexuelles, manipulations diététiques, anorexie mentale, pathologie orthopédique des "joggers" etc...

L'importance démographique des adolescents et l'universalité de leurs cultures renforce l'impact économique de cette classe d'âge, cible d'un marketing et d'une publicité omniprésente que J. WILKINS n'hésite pas à qualifier d'" **agression économique**".

Si l'adolescence a toujours été une expérience difficile, une "zone de turbulence" liée à l'acquisition d'une maturité biologique et psychologique, les conditions sociales prévalentes aujourd'hui en font, comme le souligne un rapport de l'OMS, l'une des périodes les plus éprouvantes de la vie.

¹ WILKINS J. Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, 1985

" L'adolescence est l'âge le moins protégé
de la société moderne, elle-même morcelée
et éclatée, narcissique et adolescente "

M. BOUTONNAT

II Les adolescents ont-ils besoin que l'on s'occupe de leur santé ?

Différentes méthodes permettent d'apprécier l'état de santé d'une population. Les estimations faites jusque-là par les pouvoirs publics utilisent essentiellement des indicateurs de mortalité, de morbidité et de consommation médicale.

Ces indicateurs sont cependant insuffisants et même inappropriés pour donner une image satisfaisante de la santé réelle des adolescents. D'autres approches complémentaires doivent permettre de dégager des indicateurs de santé globale.

Mortalité

Comme dans la plupart des pays développés, le taux de mortalité dans le groupe d'âge 15-24 ans est relativement faible. En France, il est de 2% du total des décès.

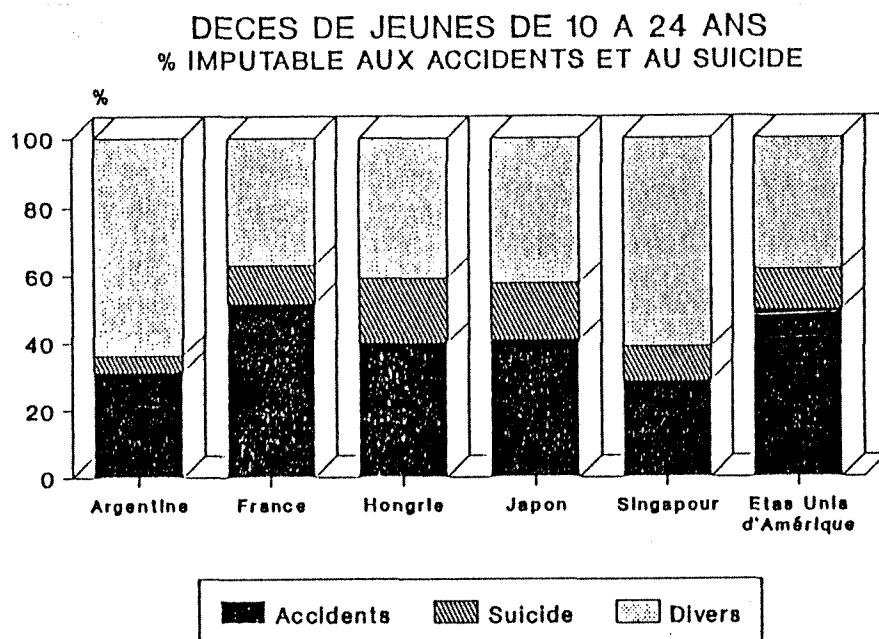
Pourtant, il y a lieu de s'inquiéter...

Dans un rapport publié le 21 octobre 88, le Haut Conseil de la population et de la famille lançait un cri d'alarme : 70 % des décès de jeunes de 15 à 24 ans sont des **morts violentes**. A elles seules, les victimes de la route ont augmenté de 45 % entre 1960 et 1985 (contre 38 % pour l'ensemble de la population), tandis que le nombre des suicides a triplé durant la même période : chaque année, en France, un millions de jeunes se donnent la mort, tandis que l'on dénombrait 45 000 tentatives (évaluations très aléatoires et peut-être sous-estimées, de l'INSERM) ce qui signifierait que 2 % des jeunes de 15 à 24 ans tenteraient chaque année de se donner la mort. Aux USA, le taux de suicides des enfants de 10 à 14 ans a doublé

entre 1980 et 1985. Chaque année, 3 600 jeunes sont fauchés sur les routes de France, sans compter les 31 800 qui sont grièvement blessés. A cette mortalité "évitabile" que constituent les accidents et les suicides, il faut encore ajouter les morts par homicide en nette recrudescence ces dernières années. Aux USA chaque jour 4 ou 5 jeunes de moins de 18 ans sont assassinés et 3 ou 4 sont arrêtés pour meurtres. Les adolescents risquent 2 fois plus que les adultes et 10 fois plus que les personnes âgées d'être les victimes de crimes. Le meurtre est même devenu aux Etats-Unis la première cause de mortalité des nourrissons.¹

Des comparaisons avec le début des années 50 font dire aux démographes que les résultats de tous les progrès accomplis par la médecine, l'hygiène et l'alimentation depuis la 2^e guerre mondiale ont été presque entièrement annulés par la seule augmentation des accidents de la route, qui représentent de loin la première cause de décès des 15-24 ans. **En France, la mortalité actuelle des adolescents est sensiblement identique à celle des années 50, alors qu'elle a décru dans tous les autres groupes d'âge.** Cette progression constante des taux de mortalité, beaucoup plus importante chez les garçons, est navrante, mais pas inéluctable. Des renversements de tendance sont observés dans d'autres pays.

Actuellement, **la France** détient un triste record : elle est le **pays de la CEE où la mortalité des adolescents et des jeunes est la plus élevée.**



Source: base de données de l'OMS
Vers 1987

¹Le Monde, 2 mars 89

Morbidité

Il existe peu d'études épidémiologiques concernant les données de la morbidité des adolescents. Ces données, difficiles à collecter, sont variables selon les classifications des maladies (il n'y a pas de nosographie uniforme et spécifique adaptée aux adolescents) et selon les structures de soins.

Concernant la **morbidité hospitalière**, une étude du Ministère de la Santé¹ donne les résultats mentionnés ci-dessous. Les accidents représentent le premier motif d'hospitalisation. L'appendicite et la grossesse ont une place importante.

En **pratique libérale**, la nature des pathologies observées est bien différente. A titre indicatif, arriveraient en tête la pathologie respiratoire, les affections dentaires, suivies des maladies infectieuses, et enfin des accidents dont le taux est beaucoup plus élevé chez les garçons (19 % chez les garçons, 7 % chez les filles). Les problèmes gynécologiques occupent une place très importante dans la pathologie féminine.

(Principaux motifs d'hospitalisation pour 100 malades.)

| | Sexe masculin | | Sexe féminin | |
|--------------------------------------------|---------------|-----------|--------------|-----------|
| | 10-14 ans | 15-24 ans | 10-14 ans | 15-24 ans |
| Maladies infectieuses | 2,8 | 1,8 | 3,1 | 1,3 |
| Tumeurs malignes | 2,1 | 1,3 | 2,2 | 1 |
| Problèmes mentaux | 1,3 | 3,4 | 1,1 | 4,1 |
| Maladies du système nerveux | 3,2 | 3,1 | 3,1 | 1,9 |
| Maladies des oreilles | 1,4 | 0,7 | 1,6 | 0,5 |
| Maladies de l'appareil respiratoire | 7 | 4,1 | 7,9 | 2,9 |
| Appendicites | 11,2 | 4,1 | 18,3 | 6,6 |
| Maladies de l'appareil génital | 5,5 | 3,5 | 2,8 | 6,6 |
| Complications accidents de grossesse | | | 0,7 | 28,5 |
| Maladies congénitales | 5,2 | 1,1 | 3 | 0,8 |
| Accidents | 36,1 | 51,6 | 25,8 | 21,3 |

Résultats de l'entretien médical âge moyen des sujets : 18 ans 2 mois

| Pathologie observée | % |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Maladies chroniques ou handicaps | 6 |
| Cardiopathies | 7 |
| Asthme | 5 |
| Troubles auditifs | 1 |
| Caries dentaires | Moyenne 4,2 dents par sujet F > G |
| Allergies | 14 |
| Troubles orthopédiques | 13 |
| Tension artérielle | 8 F > G |
| Troubles respiratoires | 10 |
| Maladies infectieuses durant l'année | 45 G > F |
| Problèmes de vision | 27 F < G |
| Céphalées | 45 F > G |
| Lombalgies dorsalgies | 36 F > G |
| Acné, mycoses, eczéma | 30 |
| Gastralgies | 22 F > G |
| Troubles du sommeil | 22 F > G |
| Malaises, évanouissements | 11 F > G |
| Tentative de suicide | 3 F > G |

Enquête 1983-1985 : Choquet, Ledoux, Menke. I.N.S.E.R.M. U 169.

¹ ATHEA N. Propositions pour une politique de santé ... Ech. Santé, 1987, n° 47

Une vue d'ensemble des pathologies observées chez les adolescents en médecine générale a été esquissée dans l'étude de P.A. MICHAUD² sous-titrée : Revue des besoins de santé des adolescents à l'intention des professionnels de santé. L'étude récente d'une équipe de chercheurs de l'INSERM³ portant sur l'examen médical d'une population d'adolescents tout-venant met en lumière des différences importantes entre **garçons et filles**, ces dernières étant plus vulnérables aux infections, aux maladies oculaires, aux problèmes de tension et aux problèmes dentaires, les garçons ayant en revanche davantage d'accidents.

Sur le plan psycho-somatique, là encore, les filles semblent plus touchées que les garçons. Les céphalées, les lombalgies, les gastralgies et les troubles du sommeil étant les plus fréquents.

Plusieurs remarques concernant ce type d'études doivent être faites.

Même lorsque les enquêtes épidémiologiques proviennent d'échantillons représentatifs de la population, leur intérêt pratique est souvent limité par le fait que les particularités des **groupes à risque élevé** apparaissent peu.

Les sources de données provenant des statistiques d'hospitalisation et de consultations ont l'inconvénient de ne traduire que la demande, souvent très discordante par rapport aux besoins réels.

Les divergences entre le besoin ressenti, le besoin exprimé et l'offre de soins sont tout à fait caractéristiques : alors que la prévalence de troubles fréquents comme les maux de tête, les crampes gastriques, les états dépressifs, l'acné, la fatigue (l'une des plaintes les plus fréquentes chez les adolescents), ...est bien connue des praticiens, leur prise en charge et donc les statistiques en font peu état. Si 60 % des adolescents présentent une acné, seuls 6 % d'entre eux consulteraient ...

Le recours aux soins est en effet minimal à cet âge de la vie.

Consommation médicale

Selon une estimation du CREDOC, entre 15 et 20 ans, la consommation médicale n'est que de 12 % de la consommation totale ; l'INSERM, quant à elle, évalue le recours au médecin à **2,5 consultations annuelles** chez les jeunes de 13 à 19 ans ; les actes concernés étant essentiellement du domaine de la prévention (vaccinations, certificats, contraception) .

La consommation pharmaceutique est elle aussi faible, caractérisée par une auto-médication plus importante que chez les adultes.

En moyenne, un jeune de 20 ans coûterait au système de protection sociale deux fois moins qu'un nourrisson et trois fois moins qu'une personne de 60 ans.

² MICHAUD P.A. Problèmes de santé d'ordre général, Conc. Méd. , 1983, suppl. au n° 44

³ CHOQUET M. et coll. In : Les Adolescents et les structures de santé. Min. Santé..., 1988

Les medecins auxquels s'adressent les adolescents sont essentiellement des medecins generalistes qui effectuent 70 % des actes, alors que les pediatres sont tres peu consultes (2 % des actes). Parmi les specialistes, les ophtalmologues occupent la 1^{ere} place avec 9 % des actes. Paradoxalement, les generalistes n'ont actuellement aucune formation en medecine de l'adolescence, alors que ce sont eux qui reçoivent la grande majorite des jeunes consultants.

Jean-Pierre DESCHAMPS

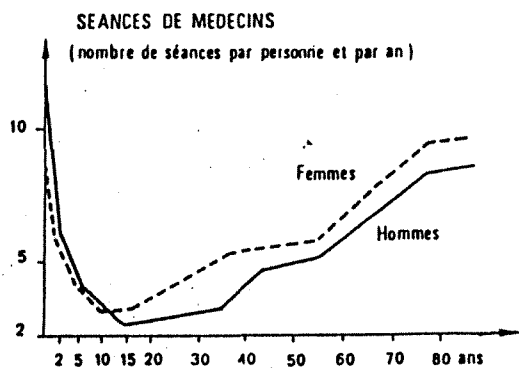


Figure 1

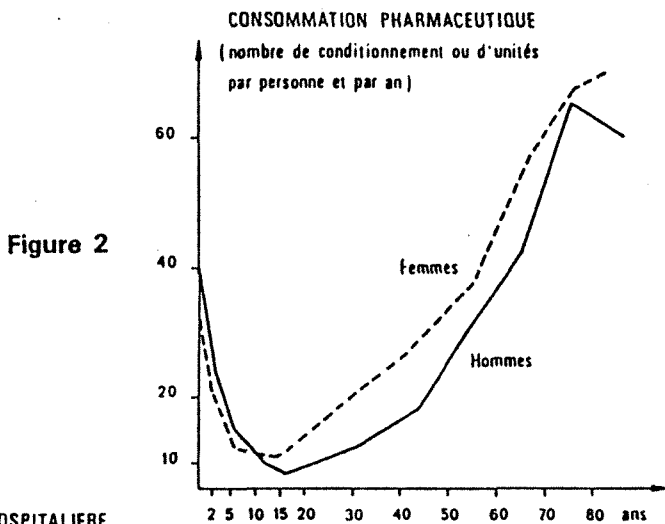


Figure 2

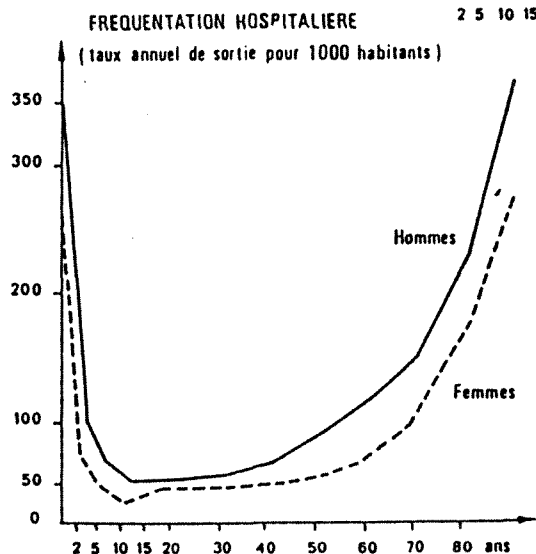


Figure 3

"La plupart des problèmes de santé que connaissent les jeunes sont le résultat d'une certaine façon de vivre dangereusement" H.L. FRIEDMAN

Approche comportementale

Tous les spécialistes s'accordent à dire que les comportements, et singulièrement les **conduites d'essai et de prise de risque**, jouent à l'adolescence un rôle majeur en tant que générateurs de pathologies immédiates (comme les accidents) ou de situation difficiles (comme les grossesses précoces).

Voyons ce qu'en disaient récemment les experts de l'OMS au cours des discussions techniques qui ont eu lieu à Genève en mai 89 :

L'un des éléments naturels du processus de croissance est un comportement d'ordre exploratoire et expérimental qui entraîne parfois des risques. C'est ainsi que nombre des problèmes de santé qui sont propres aux années d'adolescence et de jeunesse sont essentiellement d'origine comportementale ; il s'agit notamment de l'abus des drogues, des conséquences de certaines relations sexuelles et des accidents et traumatismes, y compris le comportement suicidaire. Il apparaît de plus en plus que les comportements "difficiles" se recoupent, s'agissant notamment de l'abus de l'alcool et des drogues, de la cigarette et de la précocité sexuelle. "

S'il est vrai que certains comportements s'apparentent à une sorte d'auto-destruction, il reste à ne pas négliger les conflits qui les sous-tendent et à agir suffisamment tôt comme l'explique le Dr Jeammet :

" Pris au début, un trouble du comportement est l'expression normale d'une difficulté liée à l'adolescence. Ce qui pose problème est l'enlisement du jeune dans son trouble, qui devient une véritable identité. L'adolescent devient un "anorexique", un "boulimique", un "incapable à l'école" ou un, "toxicomane", alors que, quelques mois auparavant, il s'agissait d'un jeune à l'avenir plein de promesses."

Il y a nécessité d'explorer ces conduites de risque comme l'ont fait récemment une équipe de l'INSERM¹ ou le Centre International de l'enfance à l'occasion d'un colloque². Garçons et filles n'ont d'ailleurs pas le même type de comportements : comportements à problèmes (usage excessif d'alcool, de tabac...) chez les garçons, troubles psycho-somatiques et de l'humeur chez les filles sont en fait l'expression d'un même malaise manifesté à travers des conduites "bruyantes", ou plutôt centrées sur le corps.

¹CHOQUET M. et coll. La Santé des adolescents : approche longitudinale...INSERM, 1988

²Adolescents, risques et accidents /Sous la dir. d'Anne TURSZ, CIE, 1987

Il y a également lieu de s'interroger, au sein d'équipes pluridisciplinaires, sur la notion même de risque, comme le fait le Pr BASQUIN " Le risque le plus important pour les adolescents , n'est-il pas ...d'être frustrés de risques acceptables ?"

Les problèmes de santé posés par les adolescents nécessitent une approche tout à fait nouvelle. La rigueur scientifique des sciences fondamentales ne suffit pas pour diminuer la mortalité et la morbidité. " Il est nécessaire d'accepter et de promouvoir des recherches cliniques, sociologiques et psychopathologiques même si elles relèvent d'une autre conceptualisation" fait remarquer le Dr TOMKIEWICZ qui se réjouit de voir les problèmes de santé publique des adolescents pris en compte par l'INSERM et ses équipes de chercheurs pluridisciplinaires.

La Santé vue par les adolescents

Adolescence : des mots pour la dire.

Prosane, 1987, n° 9, 15-18

Alerte à la santé des jeunes : sondage exclusif Phosphore / Le Point.

Phosphore, 1987, n° 80, 57-66

BON N., BON M., SPYCKERELLE Y., DESCHAMPS J.-P.

Les Adolescents et la santé : quelles demandes?

Communication à la Journée : "La Santé et l'insertion professionnelle des jeunes". Paris, 14/11/1986. . 5 p. dactylogr.

Vandœuvre, Centre de médecine préventive, 1987

BON N., BON M., FERRON C., SPYCKERELLE Y., DESCHAMPS J.-P.

Adolescents : des mots sur la santé

In : Les Représentations de la santé : bilan actuel... / D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGUEN R éd.

Colloque INSERM, vol. 178, pp 193-204

Paris, INSERM, 1989

CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H.

Evolution de la santé des adolescents.

Rev. Fr. Aff. Soc., 1987, 41, n° hors série, 21-41

DESCHAMPS J.-P.

Adolescents : quel monde demain?

Prosane, 1986, n° 7, 17-18

DESCHAMPS J.-P., VALANTIN G., DROSNE P., SENAULT R.

Ce que l'adolescent pense de sa santé. Communication à la CONFERENCE INTERNATIONALE D'EDUCATION POUR LA SANTE. 10. 1979. Londres, pp 50-65

L'Image du médecin vue par des adolescents.

Soma+Psyché, 34 p.

Bâle : Ciba, 1980

Les Jeunes et la santé : note de synthèse, tableaux / Observatoire de la santé chez les jeunes.

6+28 p.

Paris : Fondation Rhône-Poulenc Santé, Croix-Rouge française, 1987

LECLERCQ D., REGINSTER-HANEUSE G., MIERMANS M.C.

Représentations et conduites liées à la santé.

Communication à la journée d'étude du 7/10/1983 : " La Santé des adolescents" / par le Club européen de la santé et le service éducation sanitaire de la Croix-Rouge de Belgique.

Arch. Belges Méd. Soc. Hyg., 1984, **42**, 584-99

LESELBAUM L., CORIDIAN CH., DEFRANCE J.

Tabac, alcool, drogues ? Des lycéens parisiens répondent. 120 p.

Paris : Institut national de recherche pédagogique, 1985

MAC FARLANE A., McPHERSON A., McPHERSON K., AHMED L.

Teenagers and their health.

Arch. Dis. Child., 1987, **62**, 1125-29

MICHAUD P.-A.

La Demande de soins des adolescents et sa signification. Comment l'interpréter?

In : Journées parisiennes de pédiatrie 1985. pp. 311-313

Paris : Flammarion, 1985

MICHAUD P.-A., MARTIN J.

La Santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits.

Praxis, 1983, **72**, 1545-53

MOUCHTOURIS A.

Les Représentations de la santé chez les jeunes de 15-19 ans en Languedoc-Roussillon.

In : Les Représentations de la santé : bilan actuel ... / D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGUEN R. éd.

Colloque INSERM, vol. 178, pp 231-246

Paris : INSERM, 1989

MULLER R., BEROUD G.

La Santé _ pour les adolescents (auc)un problème? Une enquête de l'Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme sur la vie quotidienne et la santé des écoliers de 11 à 16 ans, réalisée sous l'égide de l'O.M.S.

Lausanne : ISPA-PRESS, 1987

NEMITZ I.

Adolescents et médicaments.

Méd. Hyg., 1985, **43**, 1546-50

ORSSAUD B.

La Demande de l'adolescent en santé scolaire

In : Journées parisiennes de pédiatrie 1985. pp 329-33

Paris : Flammarion, 1985

OURY M.

Les Adolescents et leur santé en 1988 : résultats d'une enquête réalisée auprès de 432 lycéens lyonnais âgés de 15 et 16 ans.

Th. : Méd. : Lyon 1 : 1988 ; 403

Les Représentations de la santé : bilan actuel, nouveaux développements = Health representations : states of the art, new developments / A. D'Houtaud, M. Field, R. Gueguen ed.

Colloque INSERM, 1988, vol. 178

Paris: INSERM, 1989

UMBRECHT G.

Besoins de santé des adolescents scolarisés et perspective pour l'action de santé : la santé au programme du BAC?

Rev. Pédiatr., 1988, 24, 89-95

WELCOMME G., WILLERYAL C.

Junior-scopie. Les 10-20 ans, qui sont-ils? Où vont-ils? 240 p.

Paris : Phosphore, Larrousse, 1986

" Historiquement, la mesure de l'état de santé s'est élargie du phénomène le plus solidement établi, la mort, pour inclure dans son champ les atteintes morbides les plus graves, puis les atteintes moins sévères et finalement la santé. La route ainsi parcourue est devenue progressivement plus difficile et incertaine"
M. TERRIS

III La santé vue par les adolescents

Même préoccupés par des problèmes de santé, les adolescents ne s'expriment pas spontanément sur ce sujet. En revanche, lorsque des professionnels de santé se trouvent en relation de confiance avec eux et leur proposent un questionnaire, par exemple, la plupart se plaisent à souligner l'accueil très favorable de la part des adolescents. Les diverses expériences qui ont été menées permettent non seulement de récuser l'idée que les adolescent n'ont " rien à dire " au sujet de la sante, mais attestent le plus souvent de la richesse du discours des jeunes interlocuteurs pour autant qu'on les mette à même d'exprimer leurs représentations de la santé à travers des formulations non conventionnelles.

L'une des toutes premières tentatives qui aient été faites pour savoir comment les jeunes perçoivent leur santé a été réalisée à Harlem, en **1972¹**. Depuis, une bonne quinzaine d'enquêtes similaires ont été faites non seulement aux USA (PARCEL, 77 ; KLEIN-WALKER, 81) mais aussi au Canada (STERNLIEB, 72 ; SAUCIER, 79 ; Ministère de la santé 89), en Angleterre (MACFARLANE, 87), en Suisse (MICHAUD, 82 ; MULLER, 87), en Belgique (LECLERC, 81), en France enfin (DESCHAMPS, 78, 86 ; INSERM, 83-85 ; Rhône Poulenc-Santé 87) pour ne citer que les plus importantes.

Parmi les thèmes les plus fréquemment abordés dans ces enquêtes, on retiendra :

- l'opinion des adolescents sur leur propre sante
- l'idée qu'ils se font de la santé
- leurs attitudes face à la santé
- les problèmes spécifiques qu'ils évoquent et leurs inquiétudes
- les aides et les interlocuteurs souhaités
- l'image du médecin et la compliance médicamenteuse

Une typologie des attitudes sera enfin esquissée

¹BRUNSWICK A.F. et coll. Adolescent health in Harlem Am. J. Publ. Health, oct. 1972 (suppl.)

Perception de la santé

A la question : " Avez-vous l'impression d'être en bonne santé ?"

90 % des adolescents se considèrent comme bien portants.

Sur 5 études (représentant environ 3 000 adolescents, une seule obtient un taux un peu en dessous de 80 % (étude suisse de MICHAUD, 82).

Plusieurs auteurs font remarquer que les garçons se sentent en moyenne en meilleure santé que les filles. Selon l'étude de l'INSERM (CHOQUET, 83-85) les filles se perçoivent elles-mêmes comme plus fragiles : 19 % contre 6 % de garçons.

Contenu du concept de santé

Sur les différentes expressions qui correspondent le mieux à l'idée que les jeunes se font de la santé, la comparaison entre les enquêtes n'est pas facile, en raison de certains amalgames. Par exemple, dans l'enquête de MOUCHTOURIS, le terme d' "hygiène" a reçu une connotation élargie au sens de " bien-être", ce qui rejoint le sens de "être en forme"...

L'expression " **être en forme** " est très souvent au centre du discours des adolescents, et fait référence non seulement à la forme physique (nourriture équilibrée, bien dormir, faire du sport...), mais aussi à une sorte d'alliance harmonieuse du corps et de l'esprit (aimer la vie, être heureux de vivre, bien s'intégrer dans la société). La notion de " forme" fait probablement appel à celle de " structure" et serait à la base de la structuration de l'existence.

" **Etre bien dans sa peau** " a été considérée comme l'expression qui convient le mieux à l'idée de santé dans l'enquête réalisée par la Fondation Rhône Poulenc-Santé , qui a donné les résultats suivants :

| | |
|-------------------------------------------|------|
| - être bien dans sa peau / se sentir bien | 41 % |
| - être en bonne santé | 34 % |
| - être en forme | 25 % |

Cette expression semble impliquer une gestion harmonieuse de l'individu dans son environnement psychologique et social, au sein de relations conviviales et affectives.

La " **bonne santé** " réfère plutôt à l'univers médical. Comme la notion d'**hygiène**, elle appartient au langage des parents et des médecins.

Toutes ces expressions sont en tout état de cause des définitions **positives** de la santé, très proches de celle de l'OMS, et rejoignent celle du Centre de médecine préventive de Vandoeuvre-Nancy :

" La santé n'étant pas l'absence de maladie, mais la conquête persévérante et lucide d'un équilibre de l'homme avec ce qui l'entoure "

Il est intéressant de noter que cet ensemble de définitions positives n'est **pas influencé par le milieu socio-culturel**.

Attitudes face à la santé

L'une des attitudes les plus nettes est la conscience que la gestion d'une bonne santé dépend en partie du comportement personnel et non seulement de l'environnement...ou de la chance.

- | | |
|---------------------------------------------------|----------------------|
| - La bonne santé dépend de la manière dont on vit | 75 % (MICHAUD) |
| - La bonne santé dépend de moi (je peux agir) | 67 % (Rhône Poulenc) |
| - C'est quelque chose qu'on mérite | 69 % " |
| - C'est quelque chose dont il faut se préoccuper | 79 % " |

Dans l'enquête de J.-P. DESCHAMPS (1979), 82 % des garçons et 90 % des filles disaient se sentir **responsables** de leur santé.

La mauvaise santé et la maladie ne sont pas conçues dans leur rapport au vieillissement, mais comme des atteintes ponctuelles à l'intégrité physique

- soit du fait des comportements (usage de toxiques...)
- soit du fait d'agents non maîtrisables (le cancer...)

On peut remarquer aussi, que dans l'échelle des valeurs, la santé n'est pas forcément prioritaire pour les adolescents (les pourcentages sont très variables selon les études). Les études, le métier, les relations affectives sont en tout cas aussi importants.

Doléances et inquiétudes

L'importance des troubles **psycho-somatiques** dont se plaignent les adolescents n'a rien d'étonnant. Comme le disait Anna FREUD :

"Par définition, l'adolescence est l'interruption d'une croissance paisible, qui prend les apparences de toute une variété de troubles émotionnels et de bouleversements structurels"

Les tableaux qui suivent et qui présentent la synthèse de 8 études sont suffisamment éloquentes ! Mis à part quelques altérations somatiques : l'acné et les problèmes dentaires par exemple, les difficultés de santé les plus nombreuses sont de nature psycho-sociale.

L'étude suisse de MULLER (6 416 écoliers de 11 à 16 ans) souligne en outre le fait que l'état de santé est très étroitement corrélé avec les **performances scolaires**.

Toutes les études convergent en ce qui concerne les sujets de santé qui **préoccupent** le plus les adolescents : ce sont le SIDA, la drogue, le cancer, le tabac, l'alcool, la sexualité et la pollution. Comme on peut le constater une fois encore, il s'agit essentiellement d'atteintes à la santé résultant des comportements.

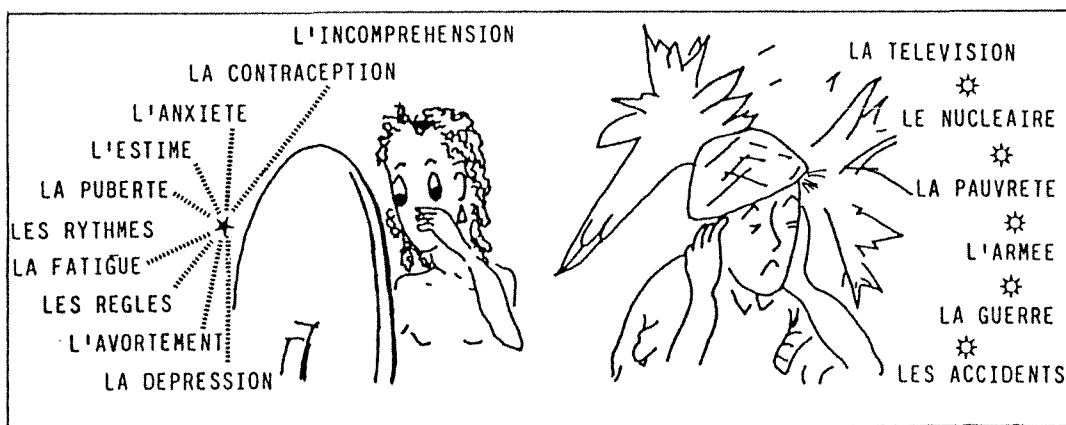
Non seulement les jeunes ont une conscience élevée de la nocivité des toxiques comme le tabac, l'alcool et la drogue, mais ils ont également le sentiment de leur responsabilité sociale : fumer ou boire peut être dangereux pour les autres.

Des études sur l'anxiété chez les adolescents entre 15 et 16 ans¹ montrent une fréquence élevée en ce qui concerne le chômage (54 %), la guerre nucléaire (37 %), les mariages malheureux (30 %) ... Sur 6 000 adolescents de 13 à 19 ans de 10 pays différents, plus du quart disent qu'ils se sentent seuls, sont souvent tristes et ont déjà pensé qu'ils aimeraient mieux être morts².

Dans une toute récente étude sur la santé des Canadiens (Ministère de la santé, 89); 43 % des jeunes disent avoir une vie très ou passablement stressante, 50 % des 15-24 ans ont des soucis financiers. Pour beaucoup d'adolescents, le manque de temps est un problème important.

★ **Mal dans leur peau**

Mal dans le monde ★



* Centre de médecine préventive

¹GILLIES P., Nottingham

²Le Monde de l'éducation, avril 89

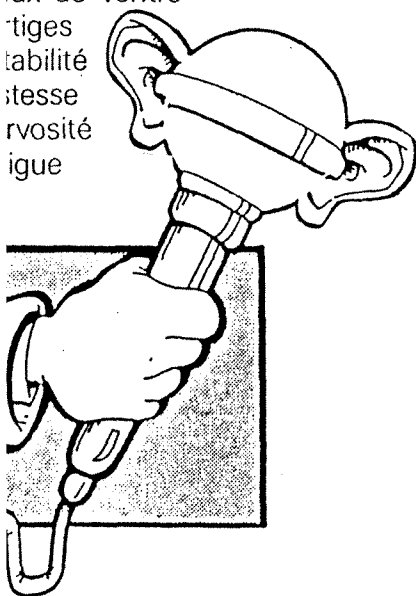
| | Michaud <i>et coll.</i> (1982) N = 930 % | Parcel <i>et coll.</i> (1977) N = 3255 % | Sternlieb <i>et coll.</i> (1972) N = 1408 % | Saucier <i>et coll.</i> (1979) N = 277 % | Walker <i>et coll.</i> (1981) N = 247 % | Wigg <i>et coll.</i> (1980) N = 1854 % |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <i>lèmes médicaux</i> | | | | | | |
| maladies | 24 | 30 | 18 | 18 | 32 | 36 |
| maladies gynécologiques (seulement pour les filles) | 12 | 13 | 9 | 7 | 12 | 18 |
| maladies (pour les filles) | 17 | 8 | 10 | 14 | 8 | 9 |
| consultation | 10 | 21 | 27 | 33 | 20 | 16 |
| <i>lèmes psycho-sociaux</i> | | | | | | |
| anxiété, nervosité | 40 | 20 | 30 | 20 | 21 | 23 |
| insatisfaction et poids | 22 | 23 | 6 | 8 | 18 | 23 |
| tristesse, dépression | 20 | 23 | - | - | 24 | 23 |
| troubles du sommeil | 15 | 16 | - | - | 23 | 24 |

La santé – pour les adolescents (auc)un problème?

Les troubles psychosomatiques chez les écoliers

Richard MÜLLER

| Symptôme | 11/12 ans | | 13/14 ans | | 15/16 ans | |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | Filles % | Garçons % | Filles % | Garçons % | Filles % | Garçons % |
| Maux de tête | 26,1 | 17,8 | 26,7 | 19,0 | 26,8 | 12,4 |
| Maux de dos | 13,9 | 9,5 | 18,0 | 16,1 | 19,7 | 13,4 |
| Maux de ventre | 24,3 | 15,7 | 22,5 | 13,7 | 16,1 | 6,2 |
| États d'alerte | 9,1 | 7,8 | 15,8 | 7,1 | 18,8 | 7,0 |
| Instabilité | 22,5 | 17,2 | 31,8 | 26,0 | 39,1 | 25,4 |
| Tristesse | 22,8 | 18,4 | 35,8 | 19,9 | 42,6 | 19,6 |
| Nervosité | 24,3 | 23,4 | 32,9 | 30,8 | 35,5 | 27,5 |
| Énergie | 48,4 | 51,9 | 54,5 | 53,8 | 65,2 | 54,8 |



Les troubles psychosomatiques par sexe et âge (%)

| Ont souvent, très souvent | Garçons | | | Filles | | |
|------------------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 16 ans | 17 ans | 18 ans | 16 ans | 17 ans | 18 ans |
| | % | % | % | % | % | % |
| Impression d'être fatigué.... | 20 | 17 | 22 | 46 | 49 | 47 |
| Se réveille la nuit..... | 11 | 5 | 9 | 14 | 18 | 26 |
| Cauchemars..... | 8 | 2 | 4 | 8 | 10 | 9 |
| Envie de vomir..... | 1 | 3 | 1 | 3 | 6 | 4 |
| Mange trop..... | 3 | 6 | 9 | 5 | 7 | 5 |
| N'a pas faim au moment des repas..... | 6 | 10 | 9 | 13 | 14 | 18 |
| Problèmes de peau..... | 10 | 11 | 13 | 22 | 17 | 15 |
| Crise d'asthme..... | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| Mal à la tête..... | 17 | 12 | 10 | 34 | 30 | 28 |
| Nervosité..... | 32 | 23 | 19 | 41 | 35 | 43 |

116 écolières et écoliers
de 330 classes
ont été consultés

Aide souhaitée et interlocuteurs privilégiés

Plusieurs spécialistes font remarquer que la proportion d'adolescents qui demandent une aide pour des problèmes de santé est probablement plus élevée que ne l'imaginent les professionnels de santé. Les domaines dans lesquels cette aide est sollicitée ne relèvent pas nécessairement de la pathologie courante, mais justement de ce qui est quelquefois banalisé : acné, céphalées, affects dépressifs etc...

Parmi les interlocuteurs **souhaités** par les adolescents pour parler de leurs problèmes de santé : médecins, parents ou copains..., il ressort des études faites jusqu'ici, que les parents occupent une place importante (tout spécialement la mère) et que c'est le médecin généraliste plutôt que le pédiatre qui est sollicité, à moins qu'on suggère un médecin "spécialisé" pour les adolescents, qui est alors largement plébiscité !

PROPORTION D'ADOLESCENTS DES DEUX SEXES QUI DEMANDENT UNE AIDE DANS DIFFÉRENTS DOMAINES

| Pourcentage d'adolescents demandant une aide dans différents domaines: | Parcel et coll. Texas (1977) N: 3255 | Sternlieb et coll. Sherbrooke (1972) N: 1408 | Saucier et coll. Montréal (1979) N: 277 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| - Acné | 30 | 18 | 8 - 23 |
| - Dépression - Tristesse | 22 | -- | ----- |
| - Anxiété | 20 | 30 | 13 - 28 |
| - Problèmes dentaires | 20 | 27 | 18 - 48 |
| - Inquiétudes sur sa santé | 22 | 10 | ----- |
| - Céphalées | 10 | 12 | 5 - 16 |
| - Maladies transmises sexuellement | 10 | 10 | 0 - 7 |
| - Problèmes liés au poids | 6 | 22 | ----- |
| - Problèmes gynécologiques | 8 | 22 | 11 - 13 |

In : WILKINS J.
Médecine de l'adolescence ...
Montréal, 1985

PRINCIPAUX TYPES D'INTERLOCUTEURS SOUHAITÉS POUR ABORDER LES PROBLÈMES RELATIFS À LA SANTÉ

| Pourcentage de sujets portant leur préférence sur: | Sternlieb et coll. Sherbrooke (1972) N: 1315 | Deschamps et coll. Nancy (1979) N: 405 | Saucier et coll. Montréal (1977) N: 277 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| - Parents | 35 | 27 | 27 - 54 |
| - Médecin omnipraticien | 48 | 8 | 31 - 55 |
| - Médecin "spécialisé en adolescence" | -- | 21 | ----- |
| - Amis du même âge | 39 | 13 | 2 - 7 |
| - Professeur | 8 | 3 | ----- |

Parler... mais à qui ?

Je pense que les besoins de santé d'un adolescent sont surtout d'ordre moral. En effet, lors de cette période entre l'enfance et l'adolescence, où tout se passe mal et où tout est confus c'est surtout dans la tête.

Savoir parler serait du bien. Mais à qui ? Là est la question.

Nous avons bien les parents mais souvent ils ne comprennent pas car ils ne voient pas la vie sous le même angle que nous.

Les amis ? Je ne crois pas. Pour certains problèmes oui, mais pas pour d'autres.

Il faudrait en effet une personne plus âgée à qui on pourrait parler et qui nous donnerait des conseils.

noignage recueilli par :
Leclercq-Bermont
noy : Mém. Santé publ. : 1984

Image du médecin et attitude vis-à-vis des médicaments

Une étude tout à fait originale sur l'image que les adolescents se font de leur médecin a été réalisée en 1979¹ auprès de jeunes lycéens âgés de 16 à 19 ans. Quatre cents textes provenant de 8 pays d'Europe ont été analysés.

On y trouve admirablement décrit le **malaise** éprouvé par beaucoup face à un "individu avec lequel n'existe pas la moindre relation", ce "prescripteur de médicaments à la va-vite"...

L'atmosphère "cérémonieuse" de la salle d'attente, ("antichambre de l'enfer"), impressionne. La "morosité des patients serrés les uns contre les autres", leur façon de "jauger le nouvel arrivant" plonge l'adolescent dans une tension psychique extrême. "Lorsqu'enfin notre tour arrive, nous avons la plupart du temps perdu tout le courage nécessaire pour exposer nos problèmes au médecin".

Beaucoup déplorent le **manque de temps** consacré à la consultation : "J'ai toujours l'impression qu'il se défait de moi au plus vite". Résigné, un adolescent reconnaît : "Le médecin ne peut distraire son temps pour le consacrer aux problèmes de ses patients s'ils sortent du domaine médical"

Et c'est bien là le problème, à savoir la nature des besoins psycho-sociaux des adolescents. "Ce qui me rend malade, on ne le verra ni dans le poumon, ni dans le sang. Le mal vient d'ailleurs. C'est de chaleur humaine, de calme et de compréhension dont le cœur aurait besoin pour parvenir à la racine du mal et pour guérir". Un autre dit encore : "Les conseils relatifs au tabac, à la drogue et à l'alcool se résument la plupart du temps à une défense. Le médecin ne cherche pas à savoir pourquoi l'on fume, l'on boit ou l'on se drogue"

Le **manque d'informations** données par le médecin est dénoncé sans concessions :

"La plupart du temps, les médecins jettent à la tête du patient un terme technique tiré du latin et l'affaire est close."

La **prescription médicamenteuse** est généralement mal tolérée par les jeunes qui en redoutent les "effets toxiques". L'un d'entre eux va même jusqu'à accuser : "Dans la société actuelle, la toxicomanie joue un rôle important. Je crois qu'il faut en chercher la raison principale dans la facilité avec laquelle les médecins prescrivent les médicaments."

En désaccord avec ces pratiques, certains reconnaissent ne prendre chez eux "que les médicaments qu'ils jugent nécessaires". Une lycéenne conclut : "Il n'est pas bon à mon avis de s'en remettre totalement au médecin lorsqu'on croit qu'il existe une autre façon de retrouver la forme."

¹L'image du médecin vue par les adolescents. Bâle, Ciba, 1980

Très peu d'études ont été consacrées à l'attitude des jeunes face aux médicaments. Deux publications suisses* tentent une approche comportementale de ces "**objecteurs thérapeutiques**" que sont beaucoup d'adolescents. Une enquête parmi une centaine d'adolescents de 15 ans confirme que 58 % acceptent difficilement la prise de médicaments qui "soulagent le mal, mais détruisent en même temps le corps". Très sensibilisés aux problèmes des effets secondaires, beaucoup préfèrent, dans un premier temps, l'abstention thérapeutique.

Mais là encore, l'attitude des adolescents est très ambivalente : un net décalage existe entre ce qu'ils disent des médicaments et ce qu'ils en font. Plusieurs études ont démontré par exemple que 10 à 40 % environ des jeunes Français consomment une ou plusieurs fois par semaine des produits psychotropes. Dans l'enquête de MICHAUD (1982), 55 % des filles et 30 % des garçons de 16 à 19 ans avaient pris un médicament non prescrit dans le mois précédant l'enquête...

Une typologie des attitudes vis-à-vis de la santé

Le Centre de Médecine préventive de Vandoeuvre-Nancy a mis au point, à partir d'une réflexion de groupe interdisciplinaire, un questionnaire tout à fait original, sous forme de bande dessinée, destiné à étudier la demande des adolescents en matière de santé.

Outre des questions ouvertes, ce questionnaire comporte une liste de 94 mots susceptibles d'être en rapport avec la santé. Une analyse des correspondances a permis d'explorer ces champs sémantiques et de dégager une **typologie des profils d'adolescents** d'après leur façon de considérer quatre grandes questions : le corps, la violence, le savoir et le rapport à l'autre.

991 jeunes de 12 à 18 ans ont rempli les "bulles" et ont coché les mots de cette B.D. particulière, au cours d'un examen de santé familial. Une partie des résultats figure ci-après.

C'est une autre approche de la santé qui déborde largement une conception étroitement médicale pour s'inscrire dans le cadre des grandes préoccupations des jeunes, au coeur des remaniements psychiques propres à l'adolescence.

Une transcription de ce questionnaire pour une application micro-informatique a également été réalisée à Nancy. Elle présente, entre autres,

* NEMITZ I. Adolescents et médicaments. Méd. Hyg., 1985

MICHAUD P.A. De Charybde en Scylla...ou : l'usage et la prescription de médicaments à l'adolescence. Rev. Méd. Suisse Romande, 1987, 107, 1051-55

l'avantage d'une interactivité en temps réel : selon la réponse de l'adolescent, des informations ou des messages d'éducation pour la santé lui sont renvoyés.

Cette nouvelle façon d'aborder la santé a rencontré beaucoup de succès auprès des jeunes, mais aussi auprès d'autres équipes spécialisées en France.

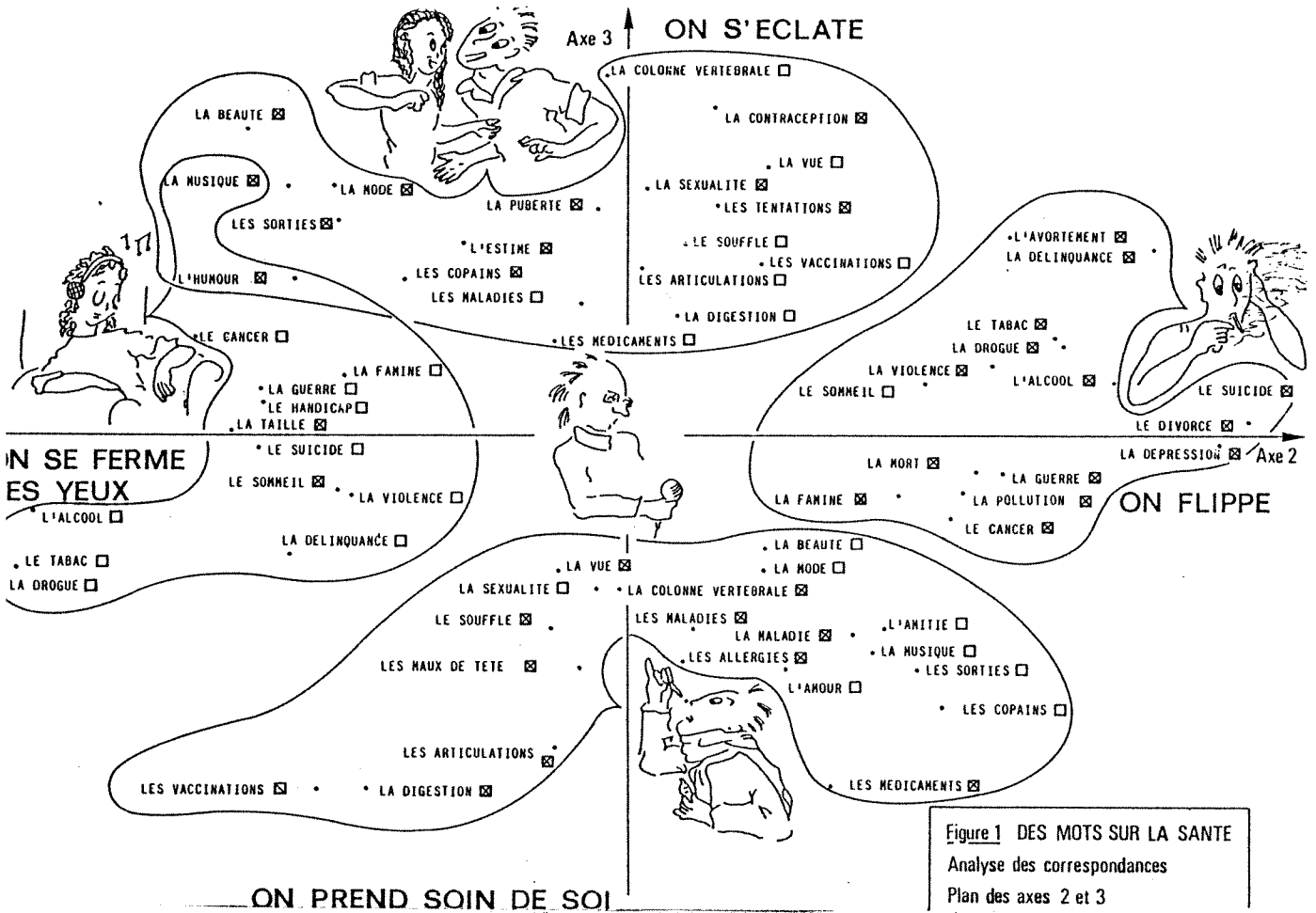


Figure 1 DES MOTS SUR LA SANTE
Analyse des correspondances
Plan des axes 2 et 3

- Les mots les plus cochés sont par ordre décroissant :
- 1 La colonne vertébrale (68,6 %)
 - 2 Le bonheur (68,3 %)
 - 3 La vue (66,2 %)
 - 4 L'avenir (64,7 %)
 - 5 Les copains (62,9 %)
 - 6 La liberté (62,7 %)
 - 7 Les handicaps (61,7 %)
 - 8 L'amitié (61,3 %)
 - 9 La drogue (58,5 %)
 - 10 Les malformations (57,1 %)
 - 11 Le tabac (56,8 %)
 - 12 Les parents (56,7 %)
 - 13 L'hygiène (56,1 %)
 - 14 Le cancer (55,2 %)
 - 15 La croissance (55,2 %)
 - 16 Le métier (55,1 %)
 - 17 L'alcool (54,0 %)
 - 18 L'amour (53,9 %)
 - 19 Le sport (53,4 %)
 - 20 L'éducation (52,4 %)
 - 21 Le souffle (51,6 %)
 - 22 La famille (51,3 %)
 - 23 L'alimentation (50,9 %)
 - 24 Le sommeil (50,5 %)
 - 25 Les sorties (50,4 %)

- Les mots les moins cochés sont par ordre croissant :
- 1 Les transports (8,9 %)
 - 2 La politique (10,2 %)
 - 3 L'art (10,4 %)
 - 4 Les pensées bizarres (12,3 %)
 - 5 Les palpitations (14,1 %)
 - 6 L'armée (15,1 %)
 - 7 La religion (15,8 %)
 - 8 L'anxiété (16,5 %)
 - 9 Changer de vie (16,5 %)
 - 10 L'estime (16,8 %)
 - 11 L'incompréhension (18,2 %)
 - 12 Les adultes (18,8 %)
 - 13 Les tentations (19,1 %)
 - 14 Les maux de tête (19,6 %)
 - 15 L'avortement (20,1 %)
 - 16 Le divorce (20,7 %)
 - 17 La timidité (21,3 %)
 - 18 La contraception (21,5 %)
 - 19 La prévention (21,7 %)
 - 20 La télévision (21,8 %)
 - 21 La grossesse (22,0 %)
 - 22 L'accouchement (22,5 %)
 - 23 Les médicaments (22,6 %)
 - 24 Les allergies (22,7 %)
 - 25 La taille (26,1 %)

Norbert BON ■
Monique BON ■
Yves SPYCKERELLE ■
Jean-Pierre DESCHAMPS ■
Centre de Médecine Préventive

"Enfin, chaque fois que l'on aborde le champ des besoins exprimés... et surtout quand il s'agit des besoins exprimés par les adolescents, on touche alors au champ du désir et à la complexité des rapports entre désirs et besoins"

V. COURTECUISSÉ

Intérêt des indicateurs subjectifs

Le récent Colloque de l'Inserm sur les représentations de la santé a montré tout l'intérêt de la santé "subjective".

" La connaissance des représentations permet de connaître cet ensemble complexe de pratiques et de croyances qui permettent à l'individu d'avoir une attitude et un comportement social" soulignait A. MOUCHTOURIS.

Non seulement l'étude des représentations est nécessaire pour la compréhension des conduites, mais l'hypothèse d'une interaction entre la santé et les représentations de la santé est probablement fondée.

En ce qui concerne les adolescents, ces études sur la perception de la santé ont le mérite d'avoir mis en lumière le **décalage** important entre la demande d'aide des adolescents et les réponses quelque peu stéréotypées du système de soins. Et aussi d'avoir mis le doigt sur la **sous-estimation** des besoins de santé des adolescents par les praticiens, mais il est vrai que les jeunes rechignent à consulter ou qu'ils ont de la peine à exprimer verbalement leur malaise. Pour un problème observé par un médecin, pris en charge et traité par lui, combien d'autres restent dans l'ombre ?

Il faut "forger des outils nouveaux, qui prennent en compte la dimension subjective de la santé et qui permette de recevoir la demande des jeunes, afin de mettre en place les conditions du dialogue et d'une relation de confiance entre les jeunes et les adultes soignants " disait le Pr DESCHAMPS lors du récent Colloque sur la santé des jeunes (Nancy, 1989).

" Nous sommes seulement en train de prendre conscience du **coût humain, social et économique de l'incapacité de reconnaître les besoins de santé** actuels et à long terme des jeunes " a-t-on constaté aux discussions techniques de l'OMS en mai dernier.

Les groupes-cibles ou les lieux de lisibilité des phénomènes

L'adolescence ne constitue pas un groupe homogène .

Elle existe dans un **contexte interactif**. La famille, le milieu scolaire ou professionnel, le groupe de pairs, le monde des loisirs sont autant de pôles relationnels qu'il faut prendre en compte pour comprendre les adolescents dans leur **diversité**. C'est ce que faisait remarquer M. CHOQUET¹ et qu'ont remarquablement mis en lumière des travaux comme ceux de la Documentation française² ou ceux de l'INSEE³.

Contrairement à l'idée reçue, l'image de la jeunesse ne se confond pas avec celle de l'étudiant... puisque seul 1 jeune sur 6 de la classe d'âge des 15 à 24 ans est inscrit à l'Université. Tandis que 1 sur 3 n'est ni scolarisé, ni titulaire d'un emploi stable et qu'1 sur 4 pointe au chômage.

Ce portrait d'une France jeune, "affectée par la précarité", dévoile une grande pluralité de cultures jeunes, une différenciation entre garçons et filles, entre français et immigrés...

Les **étudiants, les apprentis, les jeunes sans emplois ...** ne sont pas égaux face à la santé

| Situations | 16-17 ans | | 18-21 ans | | 22-25 ans | |
|-------------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | Nombre (milliers) | % | Nombre (milliers) | % | Nombre (milliers) | % |
| Service National | 2 | 0,1 | 174 | 5,1 | 52 | 1,5 |
| Scolarisés (1) | 1 353 | 79,4 | 1 268 | 37,3 | 328 | 9,6 |
| Stagiaires (2) | 25 | 1,5 | 43 | 1,3 | 45 | 1,3 |
| Apprentis | 166 | 9,8 | 52 | 1,5 | - | - |
| Mesures spécifiques (3) | 48 | 2,8 | 320 | 9,4 | 217 | 6,3 |
| Actifs ayant un emploi | 16 | 0,9 | 740 | 21,8 | 1 986 | 58,0 |
| Chômeurs | 60 | 3,5 | 486 | 14,3 | 415 | 12,1 |
| Inactifs | 20 | 1,2 | 160 | 4,7 | 303 | 8,9 |
| Solde (4) | 13 | 0,8 | 157 | 4,6 | 79 | 2,3 |
| TOTAL | 1 703 | 100,0 | 3 400 | 100,0 | 3 425 | 100,0 |

**Situation
des jeunes
de 16 à
25 ans
en mars
1987**

1. Les étudiants qui travaillent en même temps qu'ils poursuivent des études sont inscrits ici.

2. Mesures spécifiques en faveur des jeunes, programmes par âge, AFPA, etc...

3. Contrats emploi-formation adaptation, TUC, formations en alternance.

4. Effectifs obtenus par différence entre la somme des effectifs classés dans les rubriques ci-dessus et les effectifs totaux résultant de l'évaluation de la population faite par l'INSEE.

Source : INSEE

¹ CHOQUET M. et coll. **In** : Les Adolescents et les structures de santé Min. Santé, 1988

² Jeunes d'aujourd'hui... Notes et études documentaires, 1987

³ Les Jeunes de 15 à 24 ans, "Contours et caractères", 1988

Monde scolaire et santé : de l'école à l'université

BAUDIER F., PHILIPPE I., PINOCHET C., BOURDERONT D., MAZELIN A.

Habitudes de vie et état de santé d'une population d'adolescentes de 16 à 18 ans fréquentant trois types d'établissements scolaires.

Rev. Pédiatr., 1988, **24**, 175-181

BETBEDER M.-C.

Santé : comment vont les lycéens?

Monde Educ., 1987, n° 141, 20-37

CANONNE F., PISSARRO B., TOMKIEWICZ S., DUCHE D. J.

La Médecine scolaire comme mode d'abord global de la personne de l'enfant et de l'adolescent de 11 à 16 ans.

Méd. Infant., 1974, **81**, 329-50

CHOMAT D., ZORMAN M.

Rapport d'étude sur les accidents d'atelier dans les lycées professionnels et techniques (Isère)

Echanges-santé, 1987, n° 47, 47-56

DELERY D.

Morbidité, consommation médicale, structures de santé en milieu étudiant : étude réalisée à partir de données Sécurité sociale en 1972. 92 p.

Th. : Méd. : Toulouse : 1976 ; 16

DESCHAMPS J.-P.

Les Années 80 : décennie de la santé scolaire ?

Arch. Fr. Pédiatr., 1979, **36**, 339-341

DESCHAMPS J.-P.

Oui, il faut sauver la santé scolaire.

Méd. Enfance, 1989, **9**, 179-82

Etude sur l'état de santé d'une population d'adolescents scolarisés dans les lycées d'enseignement professionnel du Val-de-Marne : enquête réalisée par 13 médecins du Service de santé scolaire du Val-de-Marne en 1984-1985

Rev. Pédiatr., 1987, **23**, 257-61

Un Exemple d'évaluation de l'état sanitaire de la population juvénile : les élèves de troisième des collèges du Loiret.

Conc. Méd., 1986, **108**, 1957

FISCHER-GAGNIEU A.

L'Equipe de médecine scolaire et l'adolescent : à propos d'une enquête menée auprès de 250 élèves d'un collège et d'un lycée de Fameck. 85 f.
Th. : Méd. : Nancy 1: 1981 ; 224

GISSELMANN A. , LENEUF-FERAL N. , GADREAU M. , DEBBAS N. , CAO THANH M.

Données médicales observées à l'occasion d'une consultation de médecine préventive dans une population d'étudiants de première année d'université.
Rev. Fr. Santé Publ. , 1988, n° 41, 19-23

GOURNAY M. , LOYAU G. , BARBIER-HINARD M. L.

Problèmes médicaux posés par le préapprentissage.
Arch. Mal. Prof., 1984, 45, 197-200

GUILBERT P.-M.

Problèmes d'aptitude médicale dans les lycées techniques : rôle du médecin du travail.
Nord, 1980, 8 mars, 203-205

LECLERCO-BERMONT A.

Essai d'évaluation des besoins de santé d'adolescents scolarisés. 46 p.
Mém. : Santé Publique : Nancy : 1984

Les Lycéens lillois soucieux de leur santé : une enquête de l'Institut Pasteur et de la Caisse d'Assurance-maladie de Lille.

Quot. Méd., 1988, n° 4155, 52

MEERSEMAN M.

Politique de santé scolaire et d'éducation à la santé dans les établissements scolaires.

In : La Santé des adolescents à l'école : Actes du cycle de perfectionnement en éducation pour la santé. Bruxelles, juin 1986. pp. 109-106

Bruxelles : Université libre de Bruxelles, 1986

MICHAUD P. A. , MARTIN J.

Un Projet de service de santé scolaire pour les adolescents de 16 à 19 ans.

Méd. Hyg., 1984, 42, 437-42

MICHAUD P. A.

La santé scolaire et les adolescents. Rapport d'une réunion du Club international de pédiatrie sociale.

Rev. Pédiatr., 1985, 21, 99-101

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

La Scolarisation des jeunes de 16 à 25 ans, apprentissage inclus. 1986-1987. 6 p.

Note d'information, mars 1988, NI/88-10

MONNIER J.

Une Tentative d'éducation pour la santé en milieu étudiant à Toulouse : bilan de 5 ans d'activités.

Sante Homme, 1975, n° 198, 40-42

PECRESSE J. F.

Faut-il sauver la médecine scolaire?

Quot. Méd., 1989, n° 4226, 3-7

PISSARRO B.

Pour un service de promotion de la santé des étudiants.

Rapport à Monsieur le Ministre de l'Education Nationale d'un groupe de travail auprès de la direction des Enseignements supérieurs.

Paris, 1982

VERMEIL G., GURAN PH., COURTECUISSSE V., ARTHUIS M.

La Santé de l'enfant en milieu scolaire.

Arch. Fr. Pédiatr., 1986, **43**, 347-51

"C'est le groupe le plus avancé en âge que l'on puisse étudier globalement en vue d'améliorer sa santé et de réduire les coûts des soins par la promotion et la prévention, étant donné qu'il s'agit du dernier stade de la vie où on appartient tous à une institution commune"

Ministère de la Santé du Canada

IV Monde scolaire et santé

En 1945, en Europe, 80 % des adolescents de 14 ans quittaient l'école. Aujourd'hui, dans la plupart des pays occidentaux, 80 à 90 % des adolescents de 14 à 17 ans font des études à plein temps.

En France, le taux de scolarisation des 16-25 ans ne cesse d'augmenter. Il était de 32,5 % en 82/83 ; il a atteint **38,9 % en 1987-88**, soit plus de 3 millions 324 000 apprentis, élèves et étudiants. Le taux de scolarisation des filles est supérieur à celui des garçons (40 % contre 37,9 %).

Le service de santé scolaire se porte mal

En 1972 déjà, le Dr VERMEIL avait mesuré l'ampleur des carences :

" L'école est devenue un des grands problèmes de santé publique de notre époque " écrivait-il.

En 1979, le Pr DESCHAMPS dénonçait dans les Archives françaises de pédiatrie "la misère persistante du Service de Santé scolaire, incertain dans ses objectifs, pauvre en moyens et sous-estimé dans le corps médical, le corps enseignant et le grand public."

De nombreuses études ont décrit l'origine et l'évolution de cette structure créée dans l'immédiat après-guerre. Voyons plutôt ce qu'il en est actuellement de ses objectifs, de ses moyens et de son impact social.

L'examen médical systématique, fait à la hâte, est depuis longtemps remis en cause, surtout au-delà de la dixième année car la probabilité de découverte d'une affection organique est alors pratiquement nulle. Les circulaires récentes fixent, de manière restrictive, la priorité absolue de la visite d'admission à l'école primaire. Ce devrait être en faveur d'objectifs plus **sélectifs** en direction du suivi des élèves en difficulté scolaire ou sociale, ou encore d'élèves handicapés. Ce devrait être aussi en faveur d'une prévention primaire plus efficace, capable d'agir à la fois sur l'environnement et sur les rythmes scolaires.

Mais avec quels moyens humains et matériels réaliser de tels programmes? Quand on sait que le recrutement est quasi-interrompu depuis 1983, que ce service d'Etat, partagé entre deux tutelles, ne fonctionne qu'avec des contractuels et des vacataires et que chaque médecin a en moyenne 10 000 élèves dans son secteur ! (le double d'il y a 20 ans) ?

Le témoignage de ce médecin lorrain, J. TORRENS, est éloquent :

" les médecins scolaires n'exercent ni à l'hôpital, ni dans le confort d'un cabinet. Ils courent de maternelles en LP, d'examens de tout petits en confiance d'adolescents... Ce service se réduit comme une peau de chagrin...c'est mission impossible !"

"Les seules forces qui maintiennent vivant ce service sont celles des médecins scolaires eux-mêmes, nullement aidés en cela de l'extérieur, ni par l'administration, ni par les organisations de parents d'élèves ou d'enseignants, ni par les responsables des forces politiques de la nation."

notaient en 1974 déjà les membres d'un groupe de recherche, auteurs d'une importante étude sur la "médecine scolaire comme mode d'abord global de la personne de l'enfant et de l'adolescent".¹

En 1985, le Club international de pédiatrie sociale constatait que la médecine scolaire, dans sa forme actuelle, ne répondait que "très partiellement" aux besoins identifiés. Parmi les besoins les plus importants, il relevait :

- les soins de santé généraux, suggérant que les services de santé scolaire pourraient offrir une alternative à un système de prestations ambulatoires que les adolescents utilisent peu ou dont ils se méfient
- la prévention des accidents (sait-on qu'entre 0 et 15 ans, 27 % des accidents se produisent à l'école même ?)
- la prévention des échecs et de l'inadaptation scolaires
- le suivi et la prise en charge des difficultés dépistées
- la collaboration entre médecins et enseignants dans les programmes d'éducation à la santé.

Le **fléchissement scolaire**, comme l'a fait remarquer le Dr VERMEIL, apparaît comme un symptôme très significatif : on le retrouve dans les 3/4 des observations précédant de 2 ou 3 mois une tentative de suicide chez l'adolescent. Le Pr COURTECUISSÉ qui dirige l'Unité de soins pour adolescents à Bicêtre, relevait, de son côté, que 25 % des jeunes vus en consultation ont des problèmes importants de scolarité.

¹CANONNE F. et coll. La Médecine scolaire comme mode d'abord global de la personne de l'enfant et de l'adolescent de 11 à 16 ans. Méd. Infant. 1974

Comment vont les lycéens ?

En préliminaire au dossier du Monde de l'éducation ¹ qui porte ce titre, une synthèse très ramassée :

"Ils vont plutôt bien. Mais de leur santé, les lycéens sont prodigues : ils dorment peu, mangent mal, ne font guère de sport et ils ont beaucoup d'accidents. A l'âge du lycée, le moral et le physique s'enlacent plus étroitement qu'à aucun autre moment de la vie"

Ce qui frappe les enquêteurs, c'est cette espèce de désinvolture face à la santé, "toujours plus ou moins joyeuse, pleine d'énergie vitale" que traduit cette réflexion d'un lycéen lillois : "Quand on dit qu'on ne se sent pas bien, c'est surtout moral. si c'est physique, on n'en parle pas. D'ailleurs, ça ne compte pas!"

Fatigue, maux de tête, crises de nerfs...disent pourtant quelque chose de la difficulté à vivre la réalité qui leur est imposée : surcharge scolaire, obligation de subir passivement un mode de vie et d'organisation dont ils ne sont pas les acteurs. La désinvolture peut céder la place à des formes plus ou moins nettes d'auto-destruction. "Ils se sabordent" regrette un professeur, attentive et désolée, devant quelques élèves qui fument et boivent de plus en plus, se couchent de plus en plus tard, se nourrissent de façon toujours plus anarchique...

" Ce ne serait qu'une petite minorité chez les lycéens, de l'ordre de **un sur dix**. Ceux-là sont véritablement en mauvaise santé. En danger. " conclut l'article.

Pour tenter de dégager un portrait des adolescents lycéens, l'**Institut national de recherche pédagogique** (INRP) a enquêté en 1984 auprès de 968 adolescents de 16 à 19 ans, appartenant pour les 2/3 au cycle long et pour 1/3 au cycle court.

L'image de soi est globalement positive. Pourtant, 49 % seulement s'acceptent tels qu'ils sont physiquement.

- 63 % se plaignent de fatigue occasionnelle
- 67 %, de nervosité
- 21 % ont eu quelque fois envie de mourir (4 % pour qui c'est un sentiment fréquent)

Par rapport aux enquêtes antérieures, on constate une évolution dans 3 domaines :

¹Santé : comment vont les lycéens ? Monde de l'éducation, septembre 1987

- les pratiques éducatives de leurs familles sont de plus en plus libres
- le sentiment d'inquiétude vis-à-vis de leur avenir professionnel et personnel s'accroît :

- 48,5 % se disent inquiets
- 26 % se disent confiants
- 18 % préfèrent ne pas y penser...

- enfin la précocité des relations sexuelles se confirme :
 - 15 % ont leurs premières relations avant 15 ans
 - 52 % entre 15 et 16 ans.

Parallèlement, cette étude a exploré le niveau de consommation régulière :

- de médicaments 7,1 %
- de drogues 10,5 %
- de tabac 20 %
- d'alcool 13 %

Une différenciation entre sexes rejoint les études de l'INSERM (CHOQUET M., 1983-85) : l'alcoolisation touche davantage les garçons, tandis que la prise de médicaments psychotropes est prédominante chez les filles.

Un sondage **Phosphore/le Point** réalisé en 1987 auprès de 755 lycéens des filières d'enseignement général et technique fait d'entrée de jeu un double constat :

" Oui, l'école vous fatigue et vous déprime.

Et pour vous aider, vous ne comptez pas sur la médecine scolaire"

L'importance du lien étroit entre vie au lycée et santé est ici encore observée. On a interrogé les 65 % de lycéens qui se disent touchés quelquefois (55 %) ou souvent (10 %) par la déprime pour savoir ce qui la motivait. Ce sont :

| | |
|------------------------------------|------|
| les mauvaises notes | 65 % |
| l'incertitude devant l'avenir | 44 % |
| les relations avec les professeurs | 38 % |

(3 réponses étaient possibles)

Quant au rôle que joue la médecine scolaire, 3 lycéens sur 4 partagent l'opinion selon laquelle "l'école ne s'occupe pas du tout ou pas assez de notre santé".

Le service de santé scolaire est assez mal perçu :

- 42 % seulement font confiance au médecin scolaire,
- 70 % environ n'iraient pas le consulter, s'ils avaient un problème de drogue ou une maladie sexuellement transmissible.

"C'est grave", constate un membre du Syndicat des médecins de la santé publique. Les causes sont certainement à trouver dans le "dépérissement tranquille" de la médecine scolaire, évoqué plus haut.

A Lyon, une thèse récente¹ donne les résultats d'une enquête auprès de 432 lycéens (appartenant à 4 collèges, 2 lycées polyvalents et 2 LEP), âgés de 15 et 16 ans.

Cette enquête, réalisée au moyen du questionnaire de Nancy, révèle en ce qui concerne le profil général des lycéens, que globalement la qualité des relations avec l'entourage demeure préservée, malgré des **situations de stress** d'ordre psycho-social relativement importantes :

- 23 % des lycéens vivent dans des foyers désunis
- 35 % appartiennent à deux cultures
- 50,4 % sont en difficulté scolaires
- 27 % expriment une insatisfaction scolaire.

L'absence de projection dans l'avenir est particulièrement frappante : les lycéens se situent dans l'"ici et maintenant"

Environ 1 jeune sur 10 se plaint de fatigue, d'insomnie, de douleurs fonctionnelles, de céphalées...

Là encore, est soulignée la forte **corrélation** entre le degré d'insatisfaction scolaire, les difficultés relationnelles avec les pairs...ou avec le père, et les problèmes de santé.

Quand, par exemple, l'insatisfaction scolaire prévaut, les difficultés mises en avant sont importantes :

| | |
|------------------|--------|
| - allergies | 28,6 % |
| - pathologie ORL | 23,8 % |

...

Parmi les préoccupations somatiques révélées par le test des 94 mots (voir en annexe le questionnaire de Nancy), l'accent est mis sur la colonne vertébrale et la vue. L'enquête de l'INSERM (CHOQUET M. 1983-85) auprès de 327 lycéens va dans le même sens : 36 % des lycéens examinés se plaignent de dorsalgies et de lombalgies.

Les comparaisons entre les élèves de l'**enseignement général** et ceux de l'**enseignement technique** ne semblent pas faciles. Les statistiques enregistrées par l'administration donne des renseignements d'ordre quantitatif (le nombre d'élèves "vus") mais pas en ce qui concerne la santé observée et les pathologies différentielles.

Une étude alsacienne² semble démontrer que les élèves de l'enseignement général sont tout à la fois les moins suivis en santé scolaire et également ceux qui expriment le moins de demandes de santé. Ce sont ceux dont la réussite scolaire est au premier plan : "Passe ton bac d'abord !".

¹OURY M. Les Adolescents et leur santé en 1988. Th. : Méd.: Lyon, 1988

²UMBRECHT G. Besoins de santé des adolescents scolarisés...Rev. Pédiatr., 1988

Une étude comparative faite à Besançon¹ entre 3 types d'établissements scolaires relève des habitudes de vie assez homogènes quelle que soit la filière suivie, et identifie un groupe transversal à **haut risque** réparti équitablement entre les 3 types d'établissements et qui représente **21,3 %** des adolescents.

Les lycées professionnels et techniques

Un rapport a été remis récemment au premier Ministre² sur " La vie des lycéens dans les établissements techniques et professionnels". Il devait proposer des mesures pour remédier au mal de vivre des élèves qui est aussi souvent celui de leurs professeurs.

Ce rapport s'organise autour d'un constat : près de 60 % des lycéens de ces établissements évoquent " la tristesse, la vétusté, l'exiguïté " des locaux. Les problèmes de chauffage et d'hygiène sont également soulignés.

Déjà les médecins scolaires de Tours avaient alerté l'opinion publique³ sur l'environnement pénible et l'**intensité sonore** difficile à supporter. Poussière, chaleur, odeurs, fumée, éclairage défectueux, vibrations...ne sont en effet pas les seules nuisances. Sur 43 ateliers visités, 23 ont un niveau sonore moyen compris entre 70 et 90 décibels ; 15 dépassent les 90 décibels : des conditions légalement inadmissibles dans le milieu industriel !

Avant même leur entrée dans le monde du travail, certains apprentis présentent une surdité professionnelle débutante, faute d'une surveillance médicale et d'une prévention technique adaptées.

Un rapport d'étude récent⁴ sur les **accidents d'ateliers** est lui aussi accablant pour l'Education Nationale : l'accident semble être vécu dans ces lycées comme une fatalité (c'est le métier qui rentre !). L'enquête s'est déroulée en 1984/85 dans 19 établissements d'enseignement technique et a concerné 6 102 élèves. Elle révèle qu'un élève sur deux a été victime d'un accident au cours de l'année scolaire (3 397 accidents) présentant ainsi un taux de fréquence moyen à l'Education Nationale supérieur à celui des entreprises industrielles. Ce taux, à titre d'exemple est de 136 dans les lycées professionnels contre 76 dans l'industrie.

¹BAUDIER F. et coll. Habitudes de vie et état de santé d'une population d'adolescents de 16 à 18 ans fréquentant 3 types d'établissements scolaires. Rev. Pédiatr., 1988

²Le Monde, 28 avril 1989

³Le Monde de l'éducation, janvier 88

⁴CHOMAT D. et coll. Rapport d'étude sur les accidents d'atelier dans les lycées professionnels et techniques. Ech. Santé, 1987

Les accidents aux mains (75,5 %) et aux yeux (13,4 %) représentent 89 % des accidents. L'étude suggère des analyses et des propositions d'action qui privilégient une approche comportementale des prises de risques et des refus de mesures de sécurité généralement observés.

Plusieurs études soulignent qu'à l'inverse des salariés d'entreprises, ces jeunes ne bénéficient pas, lors de leur entrée en apprentissage, d'une visite médicale d'embauche centrée sur les exigences du poste de travail.

Deux études relatives à l'état de santé des adolescents scolarisés dans les LEP¹ parviennent aux mêmes conclusions : les élèves des LEP constituent une **population à risque** (milieu socio-culturel défavorisé, environnement scolaire défavorable, charge de travail importante, violence et délinquance...). Si ces élèves font état de moins de troubles fonctionnels que leurs camarades du cycle long, ils ont en revanche davantage de maladies infectieuses, de problèmes de vue, de problèmes dentaires...

L'étude du Val-de-Marne constate :

- déficiences auditives 3 % (à 25 Db)
- déficiences visuelles 9,5 % (vision d'1 oeil < 7/10 e)
- cyphoses 5 %
- caries non traitées 18 % (35 % chez les élèves de CAP)
- douleurs, dysménorrhées 45 %
- douleurs de dos 15 %
- fatigue 27 %
- consommation régulière d'alcool 13 %
- consommation régulière de tabac 1/3 des élèves

Mais les élèves des LEP consultent moins souvent, et s'estiment en aussi bonne santé que les autres, selon l'enquête de l'INSERM.



¹Etude sur l'état de santé d'une population d'adolescents scolarisés dans les LEP du Val-de-Marne... Rev. Pédiatr. 1987 et CHOQUET M. La santé des adolescents. INSERM, 1988

A l'université

En ce qui concerne les étudiants, nous ne disposons que de données fragmentaires. La pathologie courante observée¹ semble se rapprocher de celle rencontrée dans la même tranche d'âge de la population générale (20-29 ans) :

- prédominance des infections rhino-pharyngées ou pulmonaires
- forte demande de soins dans le domaine gynécologique
- nombreux traitements instaurés pour les troubles psychasthéniques
- importance des soins bucco-dentaires.

L'une des caractéristiques est probablement la fréquence des affections mentales qui constitueraient actuellement un des premiers facteurs de morbidité étudiante.

Sur l'ensemble des Centres de médecine préventive universitaires, le nombre des cas dépistés s'inscrirait autour de 1 % depuis 1968/69.

La traumatologie représenterait, comme pour l'ensemble de la classe d'âge 20-29 ans, 66 % de la mortalité.

Une thèse plus récente² a enquêté auprès des étudiants fréquentant le Centre de santé des étudiants de Lyon, créé en 1962 et géré par la MNEF.

Sur un échantillon de 300 étudiants, **20 %** ne se considèrent pas en bonne santé. Parmi eux, on observe une proportion plus élevée d'étudiants étrangers.

Les troubles fonctionnels fréquents - surtout chez les étrangers - paraissent traduire, sur le plan somatique, les difficultés liées au mode de vie, à l'intégration sociale et à l'avenir incertain de cette population.

L'analyse des motifs de consultations donne les pourcentages suivants :

- 23,39 % demandes de certificat
- 20 % problèmes gynécologiques (contraception)
- 15,3 % pathologie psycho-somatique (états anxio-dépressifs ou de somatisation intercurrente. Les hommes sont plus touchés.
- 11,92 % problèmes dermato-allergologiques
- 8,71 % problèmes ORL
- 7,79 % problèmes digestifs
- 6,88 % problèmes pneumologiques
- 5,5 % problèmes rhumatologiques

¹DERY D. Morbidité, consommation médicale, structures de santé en milieu étudiant
Th. Méd. Toulouse 1976

²DESSUS M., LEDUC P. Enquête sur la santé des étudiants... Th. Méd. Lyon 1980

A la question portant sur l'avenir, **60,81 %** manifestent de l'inquiétude.

Les auteurs de la thèse apportent ce commentaire :

" Par leurs réponses, les étudiants manifestent qu'ils ne sont plus une catégorie privilégiée et protégée de la population et qu'ils ressentent, comme l'ensemble des jeunes de leur âge, l'inquiétude face à la crise de l'emploi et à la crise économique et sociale."

Une étude faite à l'Université de Bourgogne¹ sur des données recueillies durant l'année universitaire 84/85 auprès de 3171 étudiants donne les résultats suivants

- déficience visuelle 6,32 % (vue anormale non corrigée)

- déficience auditive 3,38 % (ouïe anormale non corrigée)

Sur 888 affections découvertes ou observées, viennent en tête :

- la pathologie ostéo-articulaire (174 cas dont 137 courbures anormales de la colonne vertébrale)
- la pathologie visuelle (133 cas)
- la pathologie auditive (73 cas)
- la pathologie mentale (68 cas)

L'article conclut que les comportements à risque (30,19 % des étudiants sont tabagiques) qui ont été observés constituent peut-être la partie immergée de l'iceberg...

Un quart des étudiants, selon une enquête de l'Université de Besançon² prennent des stimulants ou des sédatifs -ou encore un cocktail savamment dosé d'excitants et de tranquillisants- avant les examens. Les étudiants en médecine (42 %) et en pharmacie (48 %) sont plus nombreux à se "doper" que leurs camarades de droit (22 %) ou de sciences (9 %). En outre, 85 % d'entre eux se déclarent satisfaits de l'efficacité de ces médicaments, en dépit des effets secondaires ressentis. Cette banalisation de la consommation médicamenteuse est jugée inquiétante.

¹GISSELMANN A. et coll. Données médicales observées à l'occasion d'une consultation de médecine préventive dans une population de 1^{ère} année...Rev. Fr. Santé Publ. 1988

²Le Monde, 6 juillet 1989

Entre le monde de l'école et celui du travail : jeunes sans emploi, en difficulté, en détention

BIALGUES N.

Ce qu'ils pensent de leur santé.

Inf. Soc., 1986, n° 8, 115-16

BOULLIER D.

L'Adolescence obligatoire.

Futuribles, 1984, n° 74, 3-13

CHOQUET M., MANFREDI R., FREARD F.

La Santé des jeunes en stage d'insertion ou de qualification. 25 p.

Paris : INSERM, 1989

FARROW J.

Medical responsibility to incarcerated children.

Clin. Pediatr., 1984, **23**, 699-700

Jeunes : carrefour santé : actes du colloque national organisé par la Mission locale d'Avignon.

Avignon, 6-7 décembre 1988. 100 p.

Avignon, CRAM, CPAM, 1989

Les Jeunes s'inquiètent peu de leur santé : une étude du service de santé scolaire
d'Indre-et-Loire.

Quot. Méd., 1988, n° 4131, 9

LE VIGOUROUX A., MOLLAT F. BERNOT DE LA HOUSSAYE B. MIMIAGUE F.

Action-santé : étude épidémiologique des jeunes relevant du dispositif d'insertion sociale et
professionnelle 16-25 ans (Mission de la Rochelle)

Rev. Fr. Santé Publ., 1988, n° 41, 12-18

LITT I. F., COHEN M. I.

Prisons, adolescents and the right to quality medical care. The time is now.

Am. J. Publ. Health, 1974, 64, 894-97

LOCUTY J., CHATOUREL N.

La Santé des adolescents en stage de formation professionnelle. 5 p. dactylogr.

Vandoeuvre, Centre de médecine préventive, 1986

LOCUTY J., FERRON C., SPYCKERELLE Y., BON N., FOURNIER B., BRIANCON S., DESCHAMPS J.-P.

La Santé des adolescents de 16-18 ans : inégalité des chances et des risques.

Rev. Pédiatr., 1988, **24**, 433-44

MCLEAN E.K.

Prison and humanity.

Lancet, 1975, **1**, 507-11

MARTEL F., SOULAGNET-BASCOU M.-CL.

Rencontre avec l'exclusion.

Rech. Soins Infirmiers, 1988, n° 13, 4-7

MEREL M., LOCUTY J.

Missions locales, mission santé.

Prosane, 1986, n° 7, 15-16

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, SANTE

Circulaire DGS/1062/2C du 8 août 1985 relative aux problèmes de santé des jeunes en

difficulté, notamment ceux accueillis dans les Missions locales (non parue au Journal officiel)

Bulletin officiel, fasc. n° 85/41 du 31/10/85, p. 115

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, SANTE

Circulaire DGS/735/2B du 10/10/86 sur les visites médicales des jeunes 16-18 ans et

assimilés admis dans les stages de préparation à l'emploi

In : Echanges santé, 1987, n° 47, p. 23-24

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE DES JEUNES

EN DIFFICULTE. Jeunes : la santé en action. 18 p.

Paris, 1987

OWENS J.W.

Incarcerated youths : urgent needs.

Pediatrics, 1985, **75**, 539-40

PICHOT F., FRAPPIER J.-Y., SAINT-ARNAUD C., FRANCOEUR M., LAPORTE I.

Besoins de santé et soins de santé des adolescents au service de probation du C.S.S.M.M.

Union Méd. Canada, 1981, **110**, 559-64

Prisoners health (editorial)

Br. Med. J., 1975, **1**, 232-33

ROBINSON D.

Prisoners as patients.

N. Engl. J. Med., 1972, **287**, 101-2

Santé des jeunes et insertion professionnelle.

Echanges-Santé, 1987, n° 47

La Santé et les jeunes. Doc. dactylogr.

Nancy : Mission locale de la ville de Nancy, 1986

WALLACE J.A.

A Convict may lose his freedom but he still has his rights.

Can. Med. Assoc. J., 1974, **110**, 327.

WOOLF A., FUNK S.G.

Epidemiology of trauma in a population of incarcerated youth.

Pediatrics, 1985, **75**, 463-68

YANNI-PLANTEVIN E.

Vénissieux : la crise modifie les conduites adolescentes.

Rev. Fr. Aff. Soc., 1987, **41**, n° hors-série, 101-12

YOUNG T.K.H., CARR P.

Utilization of physician services in a prison population.

Can. J. Publ. Health, 1976, **67**, 295-99

ZMIROU D.

Projet JADES : Jeunes actions Drôme emploi santé : les besoins sanitaires des jeunes à la recherche d'un emploi.

Centre Alpin de recherche épidémiologique et de prévention sanitaire, Drôme, 1986

(Contrat d'étude OSRA n° 40/85)

ZMIROU D., BOHEME G. BALDUCCI F., VEYRE C., CHARREL M.

Une Approche des besoins de santé des jeunes chômeurs.

Rev. Fr. Santé Publ., 1988, n° 41, 5-11

"Un nombre important de jeunes suivent un parcours complexe, et connaissent une multitude de situations plus ou moins bien définies, aux frontières de la formation et de l'activité, de l'emploi et du chômage"

M. FERRANDON

V Entre le monde de l'école et celui du travail

Alors qu'autrefois l'embauche succédait naturellement à la sortie de l'école, l'insertion professionnelle s'analyse désormais comme un processus long et complexe.

" L'état ne peut se désintéresser de cette population qui ne relève plus du milieu scolaire et pas encore du milieu du travail. La santé est en effet un élément du processus d'insertion sociale et professionnelle des jeunes...

L'importance numérique des effectifs qui ne trouvent plus leur place dans le monde scolaire et pas encore dans le monde du travail a transformé des préoccupations qui pouvaient autrefois rester marginales en préoccupations majeures vis-à-vis des grands équilibres de la santé publique". Ainsi s'exprime le secrétaire d'Etat chargé de la santé dans une circulaire du 8 août 1985, relative aux problèmes de santé des jeunes en difficulté.

"Le vrai risque, pour les jeunes, n'est pas d'être sans emploi rémunéré, mais de se sentir marginalisé par une sélection sociale sur laquelle ils n'ont aucune prise"

G. FRAGNIERE

Le chômage ...

Le pourcentage de chômeurs jeunes dans le monde se situe aux environs de 40 %. Dans son étude sur la situation de la jeunesse dans les années 80¹ l'ONU commente ainsi ces chiffres : " Dans les sociétés modernes, l'acquisition d'un emploi stable comporte un caractère quasiment rituel : c'est ainsi que la société permet le passage au statut d'adulte. Le refus de l'accorder à un nombre toujours croissant de jeunes est de mauvais augure pour l'avenir. Le tableau devient encore plus sombre quand on examine les coûts sociaux de ce phénomène".

Sur les quelque 13 millions de chômeurs que compte la CEE, 5 millions ont moins de 25 ans (37,5 % de l'ensemble des chômeurs).

En France, la proportion de chômeurs parmi les 16-24 ans se situe aux alentours de **10-11 %**, malgré une légère régression (9,8 % entre janvier 87 et janvier 88) due au plan d'urgence décidé par le gouvernement au printemps 86. A la fin du mois de janvier 88, le Ministère des Affaires sociales et de l'emploi dénombrait 780 600 jeunes demandeurs d'emploi (342 400 garçons et 438 200 filles), sans compter le nombre encore

¹Nations Unies, New-York, 1987

supérieur de ceux qui bénéficient de l'étonnante palette de formules destinées à faciliter leur insertion dans le monde du travail : TUC, SIVP, stages de préparation à l'emploi, contrats de qualifications, contrats d'adaptation etc...

Il n'est pas besoin d'insister sur les conséquences du non-emploi chez les jeunes :

sentiment d'inutilité et angoisse de rejet

temps déstructuré par la disparition d'horaires imposés

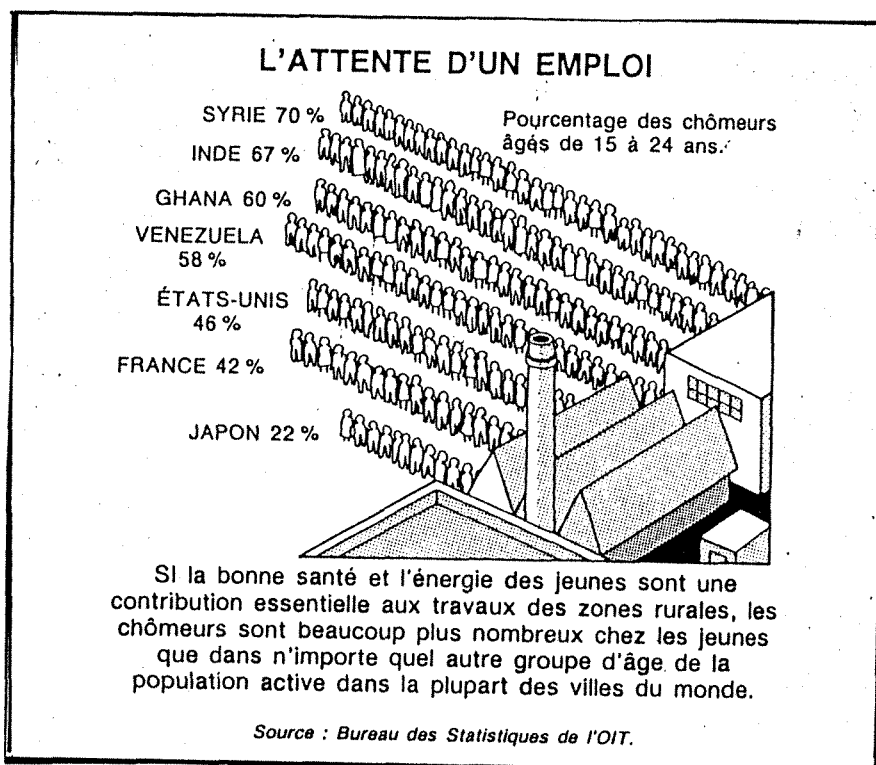
perte du lieu de son action

perte progressive de l'estime de soi.

On peut simplement souligner le fait que les jeunes ressentent plus fortement encore que l'adulte, la frustration de ne pouvoir exercer leurs connaissances et leur savoir faire et acquérir ainsi la confiance dans leurs propres compétences.

"Le chômage ajoute l'échec social au système d'échec scolaire, dont ils ont été souvent la victime, mais dont ils ressentent doublement la triste réalité quand ils ont espéré pouvoir y échapper" souligne G. FRAGNIERE¹.

Face au "noyau dur" des jeunes chômeurs, on peut se demander, comme le fait P. SAUVAGE dans un ouvrage récent,² si le traitement social du chômage ne conforte pas, paradoxalement, l'exclusion de ces jeunes du système de production. La rigidité du cloisonnement entre l'économique et le social est néfaste. A condition de renoncer au seul traitement "social" du chômage, des solutions se font jour pour que les jeunes les moins qualifiés puissent intervenir dans l'entreprise en devenant acteurs de leur formation mais aussi "acteurs économiques".



¹FRAGNIERE G. In : Adolescents, risques et accidents, CIE, 1987

²SAUVAGE P. Insertion des jeunes et modernisation , Paris, CPE Economica, 1989

.. et la santé

Dans un tel contexte de précarité, l'absence de projet pèse lourd sur la santé des adolescents. "Quand les jeunes n'ont aucun avenir devant eux, ils n'ont pas du tout le souci de se préserver, de s'occuper de leur santé " témoignait récemment une militante d'ATD-Quart monde.

Dès leur création en mars 1982 (à la suite du rapport de Bertrand SCHWARTZ) les **Missions locales** et leurs Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) se sont trouvées confrontées au problème de la santé des jeunes dans leur pratique quotidienne de l'insertion sociale et professionnelle des 16-25 ans. Ces organismes ont été parmi les premiers à mettre en évidence la nécessité d'une approche globale des problèmes des jeunes. La santé y est apparue à la fois comme un révélateur et une conséquence des difficultés d'insertion. L'état de santé d'un nombre important de ces jeunes était préoccupant et leur indifférence à ces problèmes quasi générale.

C'est ainsi que dès 1984 la Mission locale de Nancy prenait contact avec le Centre de médecine préventive. Un bilan de santé était mis en place à l'intention des jeunes en stage d'insertion. Quelques mois plus tard, une évaluation des résultats n'a pu que confirmer la grande vulnérabilité de cette population jeune. Le tableau comparé des résultats obtenus chez 306 adolescents stagiaires et une population témoin de 2348 adolescents fait ressortir que ce sont les facteurs de risque qui nécessitent la surveillance la plus précoce, la **rééducation la plus longue** ou les **soins les plus coûteux** qui différencient le plus fortement les deux populations :

- les soins bucco-dentaires et d'orthodontie
- les problèmes d'audition et d'orthophonie
- les problèmes de vision et d'orthoptie
- la sphère dermatologique

On remarquera également que ces pathologies touchent essentiellement les organes destinés à communiquer avec l'environnement (yeux, oreilles, bouche, peau...).

De son côté, l'INSERM¹ menait parallèlement une étude auprès de 263 stagiaires des Yvelines qui rejoignait les conclusions de l'étude de Nancy (voir tableau ci-après).

Ces jeunes ne naissent pas en plus mauvaise santé que ceux de la population générale, mais les pathologies à composantes psycho-sociales sont plus importantes dès l'enfance (accidents, hospitalisations, troubles de la statique, obésité...). La fréquence des pathologies qui résultent du manque de prise en charge bien antérieure, comme les troubles auditifs ou les caries dentaires, y est particulièrement soulignée.

¹CHOQUET M. et coll. La Santé des jeunes en stage d'insertion ou de qualification, 1988

Le tabagisme est très important (66 % chez les garçons, 61 % chez les filles) et le climat d'agressivité et de violence familiale a été mis en évidence (25 % avouent être battus par leur père, 14 % par leur mère)

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET CONSULTATION

| | STAGIAIRES | | ÉLÈVES | |
|------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Garçons (N = 143) % | Filles (N = 114) % | Garçons (N = 173) % | Filles (N = 154) % |
| S'estiment | | | | |
| ● pas bien portants | 10 | 20 | 4 | 10 |
| ● de santé fragile | 16 | 25 | 6 | 20 |
| Consultent | | | | |
| ● jamais | 26 | 17 | 17 | 11 |
| ● rarement | 32 | 30 | 29 | 23 |
| ● 1 à 3 fois par an | 34 | 30 | 43 | 47 |
| ● plus souvent | 8 | 23 | 9 | 18 |
| Ont pris durant l'année des médicaments | | | | |
| ● contre la fatigue | 11 | 18 | 12 | 30 |
| ● contre l'insomnie | 7 | 19 | 3 | 8 |
| ● contre la nervosité | 12 | 22 | 7 | 15 |

Source : INSERM. Choquet, Freard (1985). Les jeunes stagiaires s'estiment en moins bonne santé que les élèves. Néanmoins, près d'un sur cinq ne consulte jamais le médecin... Quant à la consommation de médicaments, celle des souffrants est à noter.

LEURS TROUBLES FONCTIONNELS

| | STAGIAIRES | | ÉLÈVES | |
|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Garçons (N = 143) % | Filles (N = 114) % | Garçons (N = 173) % | Filles (N = 154) % |
| Souvent, très souvent | | | | |
| ● fatigué | 22 | 44 | 17 | 49 |
| ● nerveux | 35 | 47 | 23 | 35 |
| ● déprimé | 12 | 20 | 5 | 26 |
| ● mal à la tête | 20 | 43 | 12 | 30 |
| ● cauchemars | 9 | 23 | 2 | 10 |
| ● dort mal la nuit | 18 | 29 | 11 | 14 |
| ● se lève fatigué | 38 | 39 | 27 | 40 |
| ● mange des sucreries | 49 | 60 | 36 | 44 |
| ● mange en dehors des repas | 60 | 53 | 56 | 56 |
| ● pas faim au moment des repas | 27 | 34 | 10 | 14 |
| ● mange trop jusqu'à en être malade | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ● envie de vomir | 4 | 8 | 3 | 6 |

Source : INSERM - Choquet, Freard (1985). Les jeunes stagiaires ont plus souvent des troubles du sommeil, des céphalées, se disent plus nerveux et ont davantage de troubles au niveau du régime alimentaire (ils mangent souvent des sucreries ou n'ont pas faim au moment des repas).

LEUR CONSOMMATION DE DROGUES LICITES OU ILLICITES

| | STAGIAIRES | | ÉLÈVES | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Garçons (N = 143) % | Filles (N = 114) % | Garçons (N = 173) % | Filles (N = 154) % |
| TABAC | | | | |
| ● fument régulièrement | 49 | 44 | 36 | 37 |
| ● fument plus de 10 cigarettes par jour | 34 | 27 | 13 | 9 |
| ALCOOL | | | | |
| ● consomment du vin tous les jours | 8 | 1 | 12 | 3 |
| de la bière tous les jours | 24 | 3 | 25 | 3 |
| des alcools forts plusieurs fois par semaine | 17 | 14 | 20 | 8 |
| ● ont été ivres au moins 3 fois au moins 10 fois | 30 | 16 | 29 | 16 |
| | 10 | 3 | 8 | 5 |
| DROGUE ILLICITE | | | | |
| ● ont eu l'occasion de prendre une drogue | 38 | 28 | 16 | 20 |
| ● en ont pris | 33 | 21 | 13 | 13 |
| ● ont pris au moins une drogue (licite ou illicite) | 69 | 61 | 59 | 45 |
| Deux et plus | 43 | 33 | 35 | 21 |

Source : INSERM. Choquet, Freard (1985). Les jeunes stagiaires, garçons comme filles, consomment plus de tabac et de drogue illicite. Les différences entre les groupes sont importantes.

Par la circulaire du 17/12/88, le Ministère a mis en oeuvre un dispositif destiné à mieux prendre en charge la santé des jeunes en stage d'insertion, par le biais d'un bilan de santé et d'actions de sensibilisation et d'information. Cette **visite médicale** proposée à tous les jeunes inscrits en stage, va désormais constituer une importante source d'information sur l'état sanitaire des jeunes.

C'est ainsi que dès 1986 la Direction générale de la santé dispose de 9 000 dossiers provenant de l'ensemble des départements français. Avec la collaboration de l'INSERM, elle va analyser ces fiches d'observations et les comparer à une population de référence dont la taille ne sera pas aussi importante !

On observe, par rapport à l'ensemble de la population générale du même groupe d'âge :

- une taille inférieure de 5 cm
- une obésité importante, surtout chez les filles : (5,6 % contre 2 %)
- des troubles d'audition (7,9 % contre 2,6 %)
- des troubles de la statique (31 % contre 15 %)
- des affections ORL récidivantes (8,6 %)
- un état dentaire préoccupant : nombre de dents absentes, en moyenne 0,9.

Ce qui frappe surtout les chercheurs c'est l'absence de **prise en charge** de ces troubles : pour les problèmes graves ou douloureux (affections aiguës, infections ORL...) elle ne dépasse pas 70 % ; la plupart des autres problèmes de santé ne sont pris en charge que par **un jeune sur deux**.

Ce constat a également été fait en Indre-et-Loire¹ où, sur 440 signalements, seules 106 réponses ont été obtenues.

Une étude², faite à Nancy au Centre de médecine préventive en 1986/87 (sur un échantillon plus important qu'en 85) auprès de 584 jeunes en stage de formation professionnelle comparés à 3 183 jeunes venus passer l'examen de santé avec leur famille, durant la même période, donne des résultats très comparables :

- taille moyenne inférieure de 3 cm
- surcharge pondérale des filles (21,9 % contre 13,9 % de la population générale)
- hypoacousie de 40 décibels ou plus (8,4 %)
- acuité visuelle déficiente
- mauvais état dentaire...

Ces jeunes ont moins d'activité physique, participent deux fois moins que leurs camarades aux mouvements de jeunes, en revanche ils fréquentent davantage les MJC.

¹Les jeunes s'inquiètent peu de leur santé, le Quotidien du médecin 31 août 88

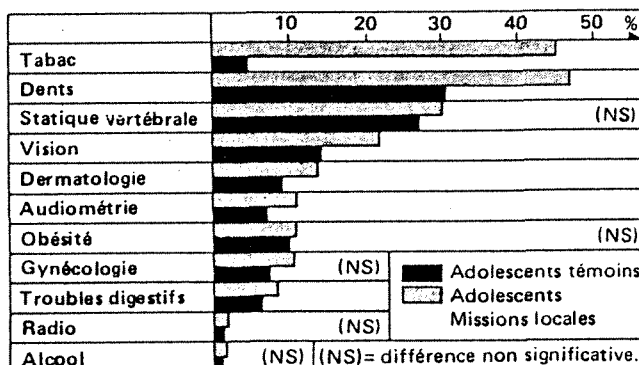
²LOCUTY J. et coll. La Santé des adolescents de 16 à 18 ans : inégalité des chances. Rev. Pédiatr., 1988

77 % des garçons et 79 % des filles seulement s'estiment en bonne santé (contre respectivement 91 % et 88 % des jeunes de la population générale). Ces chiffres suffisent à confirmer l'extraordinaire évidence de l'inégalité de l'état de santé d'origine sociale dans une tranche d'âge homogène.

Source : DGS - NSERM (1987). Plus que la fréquence des pathologies, c'est la négligence face aux problèmes de santé qui mérite l'attention. En effet, pour près d'un jeune sur deux, les pathologies présentes ne sont pas prises en charge, d'où un risque accru de chronisation ou de détérioration de l'état de santé de ces futurs adultes.

LES JEUNES EN STAGE D'INSERTION OU DE QUALIFICATION, PATHOLOGIES EXISTANTES ET PRISE EN CHARGE

| | Présence de la pathologie % | Prise en charge | |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------|
| | | effectuée % | négligée % |
| Problèmes visuels | 19,6 | 50,2 | 49,8 |
| Problèmes auditifs | 8,6 | 42,2 | 57,8 |
| Pathologie cardiaque | 3,2 | 58,3 | 41,7 |
| Pathologie digestive | 2,4 | 53,6 | 46,4 |
| Pathologie ostéo-articulaire | 2,2 | 46,9 | 53,1 |
| Pathologie endocrinienne | | | |
| Diabète | 0,6 | 56,3 | 43,7 |
| Autre | 0,8 | | |
| Acné | 17,5 | 41,5 | 58,5 |
| Pathologie ORL récidivante | 9,0 | 60,4 | 39,6 |



Tabac : plus de 10 cigarettes par jour.
Dents : polycaries, édentation, problème d'hygiène ou de gencive.
Statique vertébrale : Troubles de la statique ou de croissance.
Vision : acuité visuelle (< 7/10) insuffisante non corrigée ou strabisme.
Dermatologie : surtout acné surinfecté.
Audiométrie : hypoacousie d'au moins 30 décibels.
Obésité : > 20 % de surcharge pondérale.
Gynécologie : problèmes gynécologiques ou de contraception.
Troubles digestifs : épigastalgies - colopathies fonctionnelles.
Radio : radiographie thoracique anormale.
Alcool : consommation d'alcool régulière.

Risques signalés par les médecins (Pourcentage de jeunes présentant ce risque).

Source : J. Locuty, Centre de médecine préventive de Vandœuvre-lès-Nancy.

La Mission locale d'Avignon qui organisait en décembre dernier le Colloque national "Jeunes : carrefour santé" a recensé globalement 45 % des examens subis par les jeunes qu'ils accueillent comme satisfaisants, 55 % d'entre eux présentant des troubles divers.

"Tous ces problèmes de santé sont accentués par un **désinvestissement** total de la prise en compte de leur santé par les jeunes eux-mêmes. Elle ne constitue pas pour eux une priorité, les démarches pour l'accès aux soins sont difficiles et les découragent, les soins eux-mêmes coûtent cher" faisaient remarquer les responsables de la Mission locale de Nancy¹.

Comme l'a montré une étude réalisée en 1986 dans la Drôme², le recours aux soins est nettement influencé par le **mode de couverture sociale**. Les non mutualistes sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin que ceux qui disposent d'une couverture mutuelle complémentaire.

Il faut savoir aussi que le manque d'information est important dans ce domaine : sur 8 à 10 % ces jeunes n'ont pas effectivement de couverture sociale, mais 30 à 35 % ne savent pas qu'ils sont couverts...

Une autre donnée intéressante de cette étude vient confirmer l'intérêt des mesures qui ont permis de mettre en place la visite médicale des jeunes en stage d'insertion à savoir qu'environ **15 %** des jeunes chômeurs examinés présentent un risque sanitaire constituant une **inaptitude** à l'exercice de certains métiers.

Ce qui ressort également de cette étude est la fréquence des idées de suicide (14 % chez les garçons, 27 % chez les filles), la pauvreté de leurs relations sociales et le nombre élevé d'IVG (10 % de l'ensemble des jeunes filles, et 50 % de la tranche d'âge 24-25 ans).

"L'image du corps et de la santé n'est pas pour eux -qui piétinent à la porte du monde du travail- une image valorisée, puisqu'ils ne peuvent même pas vendre leur force pour travailler" conclut l'auteur de l'article.

Marginalité

Parmi les jeunes reçus dans les Missions locales (350 000 jeunes y ont été accueillis entre 1982 et 1988) on peut dire que la majorité d'entre eux répondent à la notion de **jeunes en difficulté**.

Ce sont des jeunes en rupture
non encore intégrés

- avec la famille
- avec l'école
- dans le monde du travail
- dans les structures sociales

¹La Santé et les jeunes. Mission locale, Nancy, 1986

²ZMIROU D. et coll. Une Approche des besoins de santé des jeunes chômeurs. Rev. Fr. Santé Publ., 1988

dont les caractéristiques essentielles sont la démobilité et le sentiment d'échec.

Une analyse de l'évolution du public accueilli dans les Missions locales (une centaine auxquelles vont s'ajouter une cinquantaine de nouvelles implantations, réalisant ainsi un véritable maillage du territoire) permet de constater la part de plus en plus importante des **18-25 ans**, les 16-18 ans représentant moins de 30 % alors qu'ils formaient 50-60 % du public au début du dispositif.

Un **noyau dur** de jeunes marginaux se forme et demeure. "Malgré une multitude d'efforts et d'initiatives, leur marginalisation se poursuit inexorablement" constate l'ONU. En France, quelques équipes de chercheurs s'intéressent à ces groupes, condamnés à une "adolescence obligatoire"¹ et interminable avec le "report indéfini de l'accès à une charge sociale, alors que leur éducation, comme leurs espoirs, s'appuyaient sur un projet d'insertion précoce."

L'observation de populations comme celle des Minguettes : 20 000 adolescents (56 % de la population, 35 ethnies) à travers ceux qui fréquentent la Mission locale de Vénissieux (environ 2 000) a mis en évidence une modification des conduites déviantes². Face aux échecs répétés d'insertion, le jeune abandonne partiellement ou totalement l'idée d'une reconnaissance par l'intégration professionnelle, il s'enferme dans une espèce de "non-choix", cherchant refuge auprès des groupes de pairs structurés autour de réseaux d'échanges (troc, recels, trafics etc...). Si l'on peut constater une baisse sensible de la délinquance, on observe parallèlement une augmentation de conduites suicidaires (tentatives de suicides, accidents, toxicomanie) et d'actes de délinquance suicidaire : la violence sociale partiellement inhibée prend aujourd'hui la forme d'une **auto-destruction** lente ou expéditive.

L'étendue des besoins de santé au sein de ces groupes marginaux a été particulièrement mis en évidence dans des études canadiennes ou américaines.

Une étude réalisée en 1980 à Montréal auprès de 86 adolescents délinquants³ révèle que 75 % des adolescents ont au moins un problème de santé, à l'exclusion des problèmes dentaires. Un peu plus de 50 % des problèmes repérés nécessitent l'intervention de spécialistes ; 52 % nécessitent des "soins primaires". Les problèmes visuels se retrouvent en grand nombre.

¹BOULLIER D. L'Adolescence obligatoire , Futuribles, février 1984

²YANNI-PLANTEVIN E. Vénissieux : la crise modifie les conduites adolescentes . Rev. Fr. Aff. Soc., 1987

³PICHOT F. et coll. Besoins de santé et soins de santé des adolescents au service de probation du CSSMM . Union Méd. Can. 1981

Les caractéristiques de ces adolescents et les besoins de santé observés ainsi que leur prise en charge figurent dans les tableaux ci-dessous. Les résultats sont comparables à d'autres études, notamment celle des docteurs LITT et COHEN qui ont étudié les besoins de santé de milliers d'adolescents admis en centre de détention à New-York.

Pichot, F., Frappier

Caractéristiques des adolescents au service de probation.
Nombre : 86

| Caractéristique | Total |
|-----------------------|-------|
| Vols | 81% |
| Mille | |
| Mono-parentale | 63% |
| ole | |
| Ne vont pas à l'école | 63% |
| Usage de drogue | |
| Consommateurs | |
| ans les derniers mois | 79% |
| tivités sexuelles | 67% |
| meurs | 75% |
| cidents | 57% |
| érations | 58% |
| Simple amygdalectomie | 29% |
| ntatives de suicide | 2.3% |

Problèmes importants et leur prise en charge chez les adolescents au service de probation.

Nombre : 86

| | Anciens cas | | Nouveaux inscrits | |
|-------------------------|-------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| | Taux global | Taux pris en charge | Taux global | Taux pris en charge |
| Ophthalmologie | 38% | 12% | 25% | 4.5% |
| Dermatologie | 6.8% | 0% | 25% | 2.2% |
| -- acné sévère ou autre | | | | |
| O.R.L. | 9.5% | 2.3% | 18.2% | 2.2% |
| Endocrinologie | 4.7% | 4.7% | — | — |
| Urologie | 4.7% | 2.3% | 9% | 4.5% |
| Orthopédie/Chirurgicaux | 6.8% | 2.3% | 4.7% | 0% |
| Pulmonaire | — | — | 2.2% | 0% |
| Neurologie | — | — | 2.2% | 0% |

Diagnostic Categories of Health Problems Identified in 2,304 Teenagers Either Admitted to the Prison Infirmary or Referred to the In-Patient Adolescent Unit during a 60-Month Period

| Category | No. |
|-----------------------------|------|
| 1. Infections | |
| Respiratory | 294 |
| Cardiovascular | 27 |
| Dermatological | 121 |
| Central nervous system | 7 |
| Venereal | 229 |
| Gastrointestinal | 90 |
| Hepatic | 249 |
| Genitourinary | 32 |
| Dental | 12 |
| Other | 46 |
| 2. Metabolic problems | |
| Diabetes | 40 |
| Hematuria | 28 |
| Proteinuria | 23 |
| Hypertension | 9 |
| Other | 34 |
| 3. Trauma | |
| Skull | 61 |
| Extremities | 93 |
| Other | 39 |
| 4. Neoplasms | |
| Malignant | 5 |
| Nonmalignant | 30 |
| 5. Toxic reactions | |
| Overdose syndromes | 61 |
| Abstinence syndromes | 282* |
| 6. Congenital malformations | |
| Genitourinary | 89 |
| Cardiac | 9 |
| Other | 23 |
| 7. Allergic problems | |
| Asthma | 30 |
| 8. Psychiatric disorders | 61 |
| 9. Miscellaneous problems | 280 |

* An additional 944 patients were detoxified on an ambulatory basis. Litt, I., Cohen, M.

Dans l'analyse que fait le Dr FRAPPIER¹ des réponses apportées à ces problèmes, notamment leur faible prise en charge, il évoque :

- la prééminence fréquente des problèmes sociaux sur les problèmes de santé: ces adolescents qui ont été négligés sont négligés
 - l'absence d'accompagnement des parents
 - les réticences des structures de santé : les médecins sont peu enclins à voir ces adolescents difficiles
 - les déficiences de prise en charge par les centres d'accueil : la santé apparaît souvent comme hors du champ d'activité des travailleurs sociaux.
- Il conclut en suggérant une prise en compte de ces problèmes dans un esprit d'ouverture et de concertation des intervenants : il faut "socialiser l'intervention médicale" et "médicaliser l'intervention sociale".

Ces constats sont tout à fait transposables dans le domaine de la **médecine pénitentiaire** en France.

Il existe une surdélinquance juvénile importante puisque l'INSEE fait état de 40,8 % de jeunes de 16 à 24 ans parmi les détenus.

La morbidité observée, selon N. ATHEA², concerne des problèmes multiples:

- problèmes dentaires "catastrophiques" (3 000 à 4 000 détenus à Fresne souffrent de caries jamais traitées auparavant)
- troubles de la vue fréquents (souvent connus mais négligés)
- pathologie ORL (avec troubles de l'audition)
- toxicomanie importante etc...

Enfin la pathologie psycho-sociale occupe ici une place de tout premier ordre : accidents, atteintes à l'intégrité physique, suicides, dépression...)

"Il importe, conclut N. ATHEA que le lourd passé de carences médicales de ces adolescents, carence qui s'ajoute à toutes celles qu'ils ont vécu, ne se perpétue pas"

Hélas! l'organisation du système de soins dans les prisons est actuellement tellement défailante "que certaines prisons françaises, comme le soulignait récemment le rapport du Pr Cl. GOT sur le SIDA³, ne sont pas plus capables de prendre en charge les toxicomanes séropositifs (évalués à 6 % de la population carcérale) que de soigner les dents des prisonniers..."

" Il ne s'agit pas du but utopique d'un monde libéré de la maladie, ce qu'on souhaite, c'est une société marquée par moins d'inégalités dans les soins de santé et où la promotion de la santé et du bien être sera assurée par la coopération active de tous les secteurs de la société" disait l'un des responsables de l'OMS devant les experts internationaux du groupe d'étude sur les jeunes et la santé pour tous d'ici l'an 2 000, réunis à Genève en juin 1984.

¹In : WILKINS J. *Médecine de l'adolescent*, Montréal, 1985

²ATHEA N. *Propositions pour une politique de la santé des adolescents*. Ech. Santé, 1987

³Le Monde, 24 mai 1989

Adolescents et structures de santé

ALDAO A., BECKER D., COURTECUISSÉ Y.

Consultation de médecine pour adolescents.

In : Journées parisiennes de pédiatrie 1987, pp 117-21

ALVIN P.

La Consultation de l'adolescent.

Gaz. Méd., 1988, **95**, 31-37

ALVIN P.

L'Examen de l'adolescent.

Conc. Méd., 1986, **108**, 1977-81 ; 2150-53

AUDET N.

Médecine des jeunes, une expérience en région éloignée.

Méd. Québec, 1985, **20**, 39-42

BENNETT D.

La Réponse aux besoins de santé des adolescents : tendances et perspectives.

Méd. Hyg., 1986, **44**, 1865-70

BERG K.

La Santé des adolescents suédois en 1985.

Méd. Hyg., 1986, **44**, 1833-37

BLANCKAERT D.

Bilan de deux ans d'activité d'une unité de soins pour adolescents.

Méd. Infant., 1981, **88**, 139-49

BLANCKAERT D., LOURDEL H., DRAPIER B., BERGERON G. et al...

Reflexions sur sept années de fonctionnement d'une unité de soins pour adolescents.

Lille Méd., 1987, **27**, 15-20

BURRUS O.

Une Consultation ... pas comme les autres.

Rev. Infirm., 1986, n° 2, 33-36

CLAQUIN -MIQUEL A.-M.

Etudes des besoins spécifiques des adolescents hospitalisés en pédiatrie : enquête réalisée auprès de 128 adolescents hospitalisés en pédiatrie et auprès des soignants du service. - 202-xxv f.
Th. : Méd. : Paris Nord - Bobigny : 1987 ; 33

COHEN-SOLAL J.

L'Adolescent dans la pratique du pédiatre.
Arch. Fr. Pédiatr., 1980, **37**, suppl. 1, 35-38

COURTECUISSÉ V.

La Médecine des adolescents en pratique hospitalière.
Méd. Hyg., 1986, **44**, 1841-46

COURTECUISSÉ V., LEVY-LEBLOND E., DOMMERGUES J.-P.

Expérience de trois années orientées vers l'hospitalisation de l'adolescent en service de pédiatrie.
Arch. Fr. Pédiatr., 1980, **37**, suppl.1, 39-42

DESCHAMPS J.-P., MERCKX V., SENAULT R.

Services de santé et détermination des besoins de santé.
Rev. Prat., 1982, **32**, 2245-50

DESCHAMPS J.-P., STUREL-LARTIGUE A., DUCAS J., DEIFTS C. et al.

La Médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville.
Arch. Fr. Pédiatr., 1982, **39**, 399-403

HERVE C., GAILLARD M., VIALARD M., COURTECUISSÉ V.

L'Hospitalisation des adolescents dans le département du Val-de-Marne : contribution pour des structures adaptées.
Ann. pédiatr., 1988, **35**, 171-178

JEANNERET O.

La triade "besoins, demandes, services" : un outil méthodologique pour l'action préventive.
Cah. Méd.-Soc., 1980, **24**, 119-37

Les Jeunes consultent à la Policlinique de Saint-Antoine.

Médicographie, 1987, n° 99, 34-36

MARQUIS F., DESCHAMPS J. P.

L'Adolescent à l'hôpital.
Rev. Pédiatr., 1981, **17**, 423-8

MARQUIS F., DESCHAMPS J.P., LEGRAS B., SENAULT R.

L'Hospitalisation des adolescents dans un centre hospitalier régional.

Arch. Fr. Pédiatr., 1985, **42**, 459-464

MARTIN J.

Le Concept de soins de santé primaire dans le contexte européen. Une réflexion suisse.

Méd. Hyg., 1981, **39**, 1694-701

MICHAUD P.-A., HAZEGHI P.

Répondre aux besoins de santé des apprentis et gymnasiens : efforts actuels de deux cantons suisses.

Méd. Soc. Prév., 1985, **30**, 144-47

MICHAUD P.-A., HOFSTETTER J.R., GOTTARDI J.

La Consultation pour les jeunes de la policlinique médicale universitaire : bilan après une année de fonctionnement.

Rev. Méd. Suisse Romande, 1984, **104**, 991-95

MICHAUD P.-A., MARTIN J.

La Consultation de l'adolescent dans la pratique des médecins : une étude de soins ambulatoires dans deux cantons suisses.

Méd. Soc. Prév., 1982, **27**, 304-309

MICHAUD P.-A., WILKINS J.

L'Adolescent hospitalisé.

Méd. Hyg., 1982, **40**, 865-72

MICHAUD P.A., WILKINS J.

Le Praticien face aux besoins de santé des adolescents.

Méd. Hyg., 1982, **40**, 850-55

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. MINISTERE CHARGE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.

Les Adolescents et les structures de soins. Leurs besoins, leur accueil et leur prise en charge: dossier technique

Paris: Direction générale de la santé. Direction des hôpitaux, 1988., 89p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. MINISTERE CHARGE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.

CIRCULAIRE D.G.S./D.H. n° 132 du 16 mars 1988. L'Adolescent et l'hôpital : amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Bulletin officiel, n° 88-15bis

MOLTER M.

"The Door" : un centre alternatif.

Méd. Hyg., 1986, **44**, 1854-57

SILBERT T. J., ROSENTHAL J.L.

Usefulness of a review of systems questionnaire in the assessment of the hospitalized adolescent.

J. Adolesc. Health Care, 1986, **7**, 449-52

TOUPIN J., COUPAL M., TILQUIN CH.

Une Evaluation de besoins pour définir un programme jeunesse dans un CLSC : l'expérience du CLSC Rosemont.

Adm. Hosp. Soc., 1986, **32**, 15-18

WILKINS J.

Médecine de l'adolescence: une réalité. L'expérience québécoise.

Arch. Fr. Pédiatr., 1980, **37**, Suppl. 1:43-6

WILKINS J.

Les Soins de santé aux adolescents : un modèle clinique.

Union Méd. Can., 1977, **109**, 1242-45

"Les adolescents ont besoin d'information, d'éducation et de conseils, aussi bien que de services de soins médico-sanitaires qui soient non seulement disponibles, mais aussi accessibles et acceptables pour eux."

H. L. FRIEDMAN

VI Adolescents et structures de soins

Qu'attendent les adolescents des structures de soins ?

Pour satisfaire les besoins de santé des adolescents, on peut envisager, selon les recommandations de l'OMS, de

- cerner l'ampleur de leurs besoins
- identifier, décrire et évaluer les services existants
- modifier les structures existantes ou en introduire de nouvelles pour répondre aux besoins non encore satisfaits et en évaluer l'efficacité

Les **problèmes de santé majeurs des adolescents** peuvent être synthétisés en 3 grandes catégories :

- problèmes de **santé somatique** (liés au développement et à la croissance, santé dentaire, problèmes dermatologiques...)
- problèmes de **santé psycho-sociale**
 - * conduites alimentaires particulières
 - * difficultés scolaires
 - * problèmes liés à la sexualité et à la fécondité
 - * tabac, alcool et drogue
 - * accidents et comportements téméraires
 - * problèmes affectifs et suicide
 - * chômage et sous-emploi...
- **situations particulières**
 - * adolescents jeunes parents
 - * adolescents handicapés
 - * adolescents immigrés

Comme on le voit, il ne s'agit pas seulement d'**atteintes** à la santé, mais également de **comportements** et des **répercussions** de ces comportements.

Lorsque les jeunes identifient leurs propres problèmes de santé, ils évoquent, comme on l'a déjà vu, une grande diversité de problèmes médicaux, mais surtout, ils mettent invariablement l'accent sur leurs composantes psycho-sociales et comportementales : le stress par exemple, l'acné, l'obésité ou encore les relations avec les parents et les amis sont considérés comme importants pour beaucoup d'entre eux.

Cette conceptualisation de leurs difficultés et de leurs interrogations est bien différente de celle des planificateurs ou des professionnels de santé.

Comme la mortalité et les types classiques de morbidité sont relativement faibles chez les jeunes, les soins de santé qui sont destinés à ce groupe d'âge sont loin de recevoir un rang de priorité suffisant.

Cette tendance est encore aggravée par la tendance des jeunes à **sous-utiliser les services de santé classiques.**

L'OMS, dans l'un de ses rapports¹ a tenté d'en analyser les raisons :

- malaise des jeunes dans des structures conçues soit pour des enfants, soit pour des adultes
- difficulté des jeunes appartenant aux groupes socialement défavorisés à demander de l'aide (alors que ce sont eux qui en auraient le plus besoin)
- inadaptation des services classiques aux modes de vie des adolescents (localisation géographique, heures d'ouverture, modalités d'accueil...)
- attitude des professionnels de santé (manque d'aptitude, de formation, de respect de la confidentialité, fragmentation des interventions thérapeutiques ou préventives)
- coût des prestations
- absence de participation des jeunes dans l'organisation des services
- absence d'évaluation

Il faut y ajouter le manque de données épidémiologiques sur les besoins spécifiques de ce groupe d'âge, le manque de ressources en institutions et en personnel motivé, et enfin l'absence de "statut légal" de l'adolescent au sein des services de santé (l'accès aux soins sans l'accord des parents est encore vivement controversé !)

Tous ces obstacles découragent l'accès spontané des jeunes aux services existants : le défi est donc de créer des services qui soient à la fois efficaces et acceptables pour eux.

Les caractéristiques psychologiques des adolescents et leur mode de vie font que ceux-ci ont des **exigences particulières** d'une part en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des soins et d'autre part en ce qui concerne la relation soignant-soigné.

¹Les Jeunes et la santé : défi pour la société. OMS, 1986

Les observations de praticiens connaissant bien les problèmes des adolescents¹ auxquels font écho les rapports des médecins chargés de ces questions au Ministère de la santé² ont bien mis en évidence les **principes** auxquels doivent répondre les structures de soins : la moindre des choses est que les jeunes connaissent ces structures, puissent y avoir recours facilement et rapidement (lorsque un adolescent se décide à consulter, il fait preuve souvent d'impatience s'il ne peut être reçu rapidement).

Ces structures ont intérêt à être attractives par l'environnement, et surtout par la qualité de l'accueil et la compétence du personnel ; elles doivent faire preuve de disponibilité pour accueillir les adolescents arrivés en retard ou en dehors des heures prévues...

La méconnaissance des jeunes par rapport aux services de santé a été évaluée récemment au Canada : une forte proportion d'entre eux ont avoué ne pas connaître les services offerts, et presque autant ont déclaré ne pas avoir suffisamment d'informations à leur sujet. Qu'en est-il en France ?

Quant à la relation entre le soignant et l'adolescent, les praticiens les plus avertis font part du décalage important entre **l'indifférence apparente de l'adolescent et sa forte demande informulée**. " Les pédiatres ne sont pas préparés, armés, pour sentir la demande qui n'est pas explicite et y répondre, plaide F. DOLTO. Les jeunes sont demandeurs mais ne le manifestent pas. Le contact ne s'établit pas ". On verra plus loin que les motifs de consultation sont de nature essentiellement psycho-sociale (30-50 % des motifs de consultation).

Encore faut-il pouvoir décoder la demande !

" L'adolescent consulte parfois pour un problème mineur qui ne nécessite pas de soins médicaux en soi : ils viennent tester et s'ils reçoivent les indices de confiance qu'ils recherchent, s'ils se débarrassent de l'anxiété normale que tout examen ou évaluation suscite chez eux, ils reviennent avec leurs problèmes importants..." remarque M. BARKER³.

Il faut donc rassurer l'adolescent sur la normalité de son évolution morphologique, même en l'absence de demande.

La nécessité d'une relation en tête-à-tête, d'un dialogue avec un interlocuteur adulte qui sache écouter, s'avère d'autant plus importante que l'adolescent éprouve le besoin de prendre une certaine distance vis-à-vis des parents. Beaucoup d'adolescents se sentent réellement seuls et doivent pouvoir trouver auprès de leur médecin cette écoute dont ils ont besoin.

"La demande du dialogue avec l'adulte est massive ; elle n'est pas satisfaite actuellement. Sans doute n'est-ce pas avant tout affaire de structure. Et pourtant il manque des espaces de parole et d'écoute" reconnaît le Pr J.P. DESCHAMPS. Le respect de l'intimité et de la "confidentialité" constitue naturellement une condition essentielle au dialogue.

¹MICHAUD P.A. Distribution des soins de santé aux adolescents. *Conc. Méd.*, 1983, n° 44

²ATHEA N. Propositions pour une politique de santé des adolescents. *Ech. Santé*, 1987

³BARKER M. L'Adolescent normal... *Union Méd. Can.*, 1977, 109, 1237-42

"Malades à soigner, mais plus souvent encore adolescents à réconcilier avec leur famille, l'école, la société et, surtout avec eux-même;
c'est par une prise en charge pluridisciplinaire que les adolescents trouveront une issue à leur achopement, éviteront un passage à la chronicité et un autosabotage de leurs possibilités"

A. JONARD

L'adolescent en consultation

Généraliste ou pédiatre ?

Les adolescents consultent moins en médecine de ville que le reste de la population.

Une étude menée à Nancy¹ en 1980 sur 13 455 consultations et visites à domicile effectuées en 6 mois par 3 pédiatres de ville et 2 généralistes a établi que 4,2 % des consultations concernaient des adolescents de 10 à 19 ans, alors que ceux-ci représentent 16 % de la population de la région.

Les médecins **généralistes** reçoivent près de **3 fois plus d'adolescents** que les pédiatres (respectivement 7,2 % et 2,6 %), les pédiatres voyant essentiellement les jeunes adolescents de 10 à 14 ans, tandis que les généralistes reçoivent des adolescents de tous les âges entre 10 et 19 ans.

L'origine socio-économique des adolescents qui consultent ne reflète pas, dans l'ensemble des consultations, la stratification sociale de la population générale : la **sous-représentation des adolescents d'origine ouvrière** pose tout le problème de l'accès aux soins d'une partie de la population adolescente.

La plupart des jeunes consultent accompagnés de leurs parents. Pourtant chez le généraliste, 35 % viennent consulter **seuls**. Ils sont seulement 1 % chez le pédiatre dont la clientèle est constituée avant tout de "grands enfants" de milieu plutôt aisés, suivis depuis l'enfance.

Quant aux motifs de consultation et à leur répartition entre généralistes et pédiatres (synthétisés dans le tableau ci-après) on peut constater la place prépondérante occupée par la pathologie infectieuse touchant essentiellement la sphère ORL et l'appareil respiratoire, et l'importance de la pathologie **gynécologique** qui constituent une part importante de l'activité des généralistes auprès des adolescents (1 motif de consultation sur 5). Cette part croissante de la gynécologie, également constatée outre-Atlantique, atteste du fait que les omnipraticiens sont bien "**les seuls médecins voyant la gamme complète des problèmes des adolescents**"

¹ DESCHAMPS J.P. et coll. La Médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville. Arch. Fr. Pédiatr. 1982

2 généralistes + 3 pédiatres
N = 567 adolescents (10-19 ans)
4,2% de la clientèle

*Répartition par âge
des adolescents ayant fréquenté
les généralistes et les pédiatres*

| Age (ans) | Généralistes | | Pédiatres | |
|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | Nbre | % | Nbre | % |
| 10 - 11 | 52 | 15,2 | 115 | 51,1 |
| 12 - 13 | 58 | 17,0 | 74 | 32,9 |
| 14 - 15 | 69 | 20,2 | 30 | 13,3 |
| 16 - 17 | 85 | 24,8 | 5 | 2,2 |
| 18 - 19 | 78 | 22,8 | 1 | 0,5 |
| Total | 342 | 100,0 | 225 | 100,0 |

| Motifs | Généralistes Pédiatres | |
|---------------------------|------------------------|-----|
| | % | % |
| Infections | 39 | 31 |
| Certificats | | |
| Vaccinations | 9 | 17 |
| Gynéco | 21 | 1 |
| Asthénie | | |
| Insomnies | 3 | 3 |
| Céphalées | | |
| Psycho | 2 | 6 |
| Drogues | 0,3 | 0,4 |
| Autres | 26 | 41 |
| Autres questions/conseils | 22 | 2 |
| Adolescent venu seul | 35 | 1 |

Lorsqu'on compare les motifs de consultation en pratique ambulatoire comme l'a fait P.A. MICHAUD¹ à partir d'études suisse, française et américaine, on ne peut manquer d'être frappés par la prépondérance des pathologies somatiques (affections respiratoires et gynécologiques en particulier) ou des contrôles de bonne santé, alors que la pathologie psycho-sociale ou psycho-somatique n'est que peu représentée. Cette situation est très paradoxale quand on sait combien les besoins exprimés par les jeunes dans le champ psycho-social sont importants.

Le **hiatus entre les besoins et les demandes** se manifeste donc à la fois sur le plan quantitatif (nombre de consultations) et qualitatif (types de problèmes recensés).

Il est bien connu que le motif déclaré de la consultation n'est pas toujours le motif réel. D'autre part, le faible nombre d'adolescents qui posent des questions ou demandent des conseils (22 % chez le généraliste, 2 % chez le pédiatre) est en flagrante contradiction avec les résultats de nombreuses études qui indiquent que l'adolescent attend du médecin la possibilité d'un dialogue, d'une écoute pas nécessairement centrée sur la maladie.

Ce contraste entre les attitudes exprimés ailleurs et les comportements observés ici fait envisager aux auteurs de l'enquête de Nancy trois hypothèses : " Ou bien les adolescents concernés par ces questions ne viennent pas, ou bien ils viennent sans pouvoir exprimer leur demande, ou sans que celle-ci soit perçue."

Cette situation tient à des facteurs multiples. Il est vraisemblable, comme le fait remarquer P.A. MICHAUD, qu'un certain nombre de praticiens passent à côté des difficultés psycho-sociales rencontrées par les adolescents en se centrant trop exclusivement sur la **plainte apparente** ou le **motif déclaré** de la consultation. A l'appui de cette thèse, plusieurs études sont mentionnées, notamment celle réalisée en Suisse, dans le cadre du Programme national de recherche n° 8.²

¹MICHAUD P.A. Une Approche transculturelle de la santé des adolescents : mythes et paradoxes. Méd. Hyg., 1986

²MICHAUD P.A., MARTIN J. La Consultation de l'adolescent dans la pratique des médecins...Méd. Soc. Prév., 1982

La pratique ambulatoire : mode, motifs et conduites de la consultation.

En 1981, durant 2 semaines consécutives, 205 médecins de 2 cantons suisses (Vaud et Fribourg) ont établi toutes les 7 consultations un relevé détaillé portant sur 4 tranches d'âge dont celle des adolescents (10 à 19 ans) et des jeunes adultes (20 à 24 ans). L'analyse des 6 156 fiches a donné des résultats édifiants sur le mode, les motifs et la conduite des consultations.

Le faible taux de consultation des adolescents, leur part respective dans l'activité des pédiatres, généralistes et internistes rejoignent les résultats observés dans d'autres études, notamment celle de Nancy. Ce qui ressort en revanche de cette intéressante enquête, c'est la **difficulté** que semble éprouver les adolescents **quant au choix du médecin** : dans un quart environ des consultations, le médecin signale que le patient ne lui était pas connu auparavant (ce taux est à peu près le double de celui des autres tranches d'âge). Ce fait peut s'expliquer par le non respect des contrôles proposés ultérieurement, le changement fréquent de médecin ou encore le besoin de distance par rapport au médecin de famille ou au pédiatre ressentis comme le "médecin des parents".

L'absence de relation suivie est également soulignée dans la fréquence des consultations à domicile (14 % des consultations, taux largement supérieur à celui des adultes qui se situe entre 4 et 5 %) ; ce taux traduit le fait que l'adolescent consulte relativement plus souvent que l'adulte pour des **problèmes aigus** ou en **période de crise**. 20 % consultent en urgence, 13 % étant considérées ultérieurement comme des urgences "vraies".

Les motifs de consultations n'apportent pas d'éléments nouveaux (forte prévalence de la sphère ORL et respiratoire) mais la comparaison avec les autres tranches d'âge (reproduite dans le tableau ci-dessous) met en évidence la surreprésentation des affections dermatologiques et celle qui touchent le squelette (traumatismes et accidents).

Dans la conduite de la consultation, une donnée originale est à souligner : les adolescents représentent la tranche d'âge pour laquelle on enregistre le plus fort pourcentage de **consultations brèves** - moins de 5 minutes - et le taux le plus bas de consultations comprenant un **entretien**. Ce résultat est tout à fait surprenant, mais corrobore parfaitement l'étude de Nancy. La relative méconnaissance des problèmes psychologiques que recouvrent bien des plaintes somatiques et le malaise des praticiens qui hésitent à rechercher systématiquement les difficultés de nature psycho-sociales rarement présentées spontanément en sont sans doute la cause.

Les auteurs de cette étude suisse remettent en cause l'assertion selon laquelle les adolescents représentent un groupe d'âge considéré habituellement comme en bonne santé.

La réalité est beaucoup plus complexe et masque le fait que les jeunes évoluent dans un "no man's land" des services de santé :

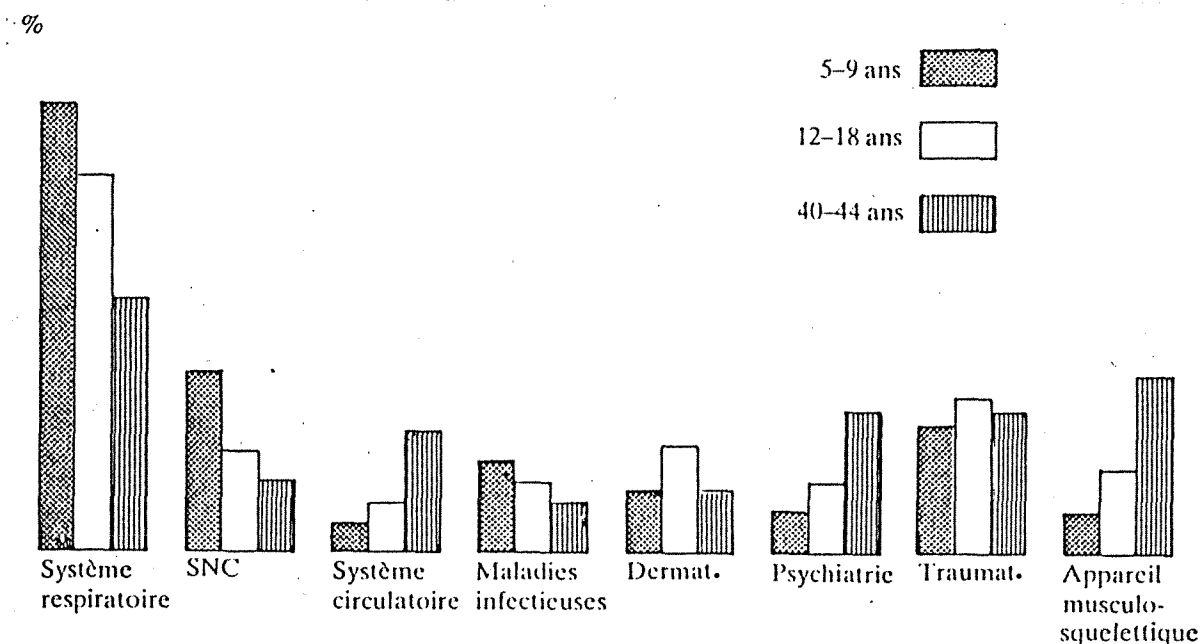
- les pédiatres étant mal préparés à affronter ces nourrissons ou enfants qui ont grandi
- les internistes peu familiarisés avec les processus de croissance
- les médecins de famille parfois rejetés par l'adolescent qui veut prendre ses distances

La conclusion de ce travail porte sur l'information et la formation nécessaire des praticiens en médecine de l'adolescence et une meilleure information des jeunes eux-mêmes "sur la manière d'utiliser de façon optimale le médecin qu'ils consultent !"

La consultation de l'adolescent dans la pratique des médecins: une étude de soins ambulatoires dans deux cantons suisses



A. Michaud, J. Martin'



Proportion du nombre total de consultations attribuables à différentes classes diagnostiques, par tranches d'âge séparées (les catégories diagnostiques ont été établies à partir du diagnostic principal)

" L'Hôpital est aux yeux du jeune un lieu clos, non adapté."

J. LOCUTY, colloque d'Avignon

L'adolescent et l'hôpital

On a pu dire que, d'une certaine manière, l'institution hospitalière ignore l'adolescence puisque, dès l'âge de 15 ans, c'est dans les services d'adultes que sont admis les adolescents. Ce **vide institutionnel** entre la fin de l'âge pédiatrique et l'entrée dans l'âge adulte est tout à fait remarquable dans le système hospitalier français. "Les adolescents hospitalisés se trouvent donc accueillis dans des conditions qui répondent plus au type de fonctionnement de la structure hospitalière qu'à une adéquation de cette structure aux besoins réels de ces adolescents" fait remarquer le Pr V. COURTECUISSÉ. "Ces pratiques procèdent d'une méconnaissance de ces besoins et contribuent d'ailleurs à l'aggraver" ajoute-t-il.

L'hospitalisation : études épidémiologiques

Les statistiques hospitalières ne permettent pas de mesurer la part que représentent les adolescents dans la population accueillie dans le système hospitalier.

Quelques études ponctuelles¹ donnent simplement un ordre de grandeur : à Bicêtre, les hospitalisations d'adolescents représentent 14 % de l'ensemble des hospitalisations ; dans un CHR de province (Thionville), elles ont été évaluées à 6,2 %

Dans l'étude de Thionville

- plus de 50 % des adolescents sont accueillis en chirurgie (alors que ces services ne reçoivent que 20 % de l'ensemble des hospitalisés)
- 1/3 sont accueillis dans les services de médecine (55 % du total des hospitalisés)
- 1/7 sont accueillis en service d'obstétrique

Les besoins chirurgicaux des adolescents sont donc importants.

Dans une étude récente sur l'hospitalisation des adolescents du Val-de-Marne², les 416 adolescents hospitalisés dans 88 services se répartissent pour moitié dans les services de chirurgie et gynéco-obstétrique (les

¹MARQUIS F. et coll. L'Hospitalisation des adolescents dans un CHR. Arch. Fr. Pédiatr., 1985

Statistiques de l'hôpital de Bicêtre, 1984

²HERVE C. et coll. L'Hospitalisation des adolescents dans le département du Val-de-Marne. Ann. Pédiatr., 1988

accidents représentent 40 %) et pour moitié en service de médecine (les troubles psychologiques, psychiatriques et déviations représentant 33 %).

En ce qui concerne la morbidité hospitalière, la comparaison des études effectuées en France -bien qu'hétérogènes quant aux tranches d'âge et aux classifications de nature étiologique ou topographique- permettent de considérer que les 2/3 des hospitalisations d'adolescents sont dues à 5 types d'affection qui sont, par ordre de fréquence décroissante :

- les accidents
- les troubles mentaux
- les maladies de l'appareil digestif
- les maladies de l'appareil respiratoire
- les problèmes gynécologiques et obstétricaux

C. HERVÉ¹, M. GAILLARD¹,
M. VIALARD², V. COURTECUISE²

F. Marquis *et al.*

Arch Fr Pediatr 1985; 42: 459-64

Les hospitalisations chirurgicales des adolescents en fonction de l'étiologie.

| | Garçons | Filles | Total | Transfert |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Chirurgie post-traumatologique (y compris neurochirurgie et réanimation chirurgicale) | 47 | 24 | 71 | 9 |
| Chirurgie viscérale | 23 | 13 | 36 | 2 |
| Chirurgie orthopédique et reconstructive | 14 | 12 | 26 | 4 |
| Chirurgie vasculaire | 1 | 0 | 1 | — |
| ORL | 4 | 2 | 6 | — |
| Stomatologie | 2 | 5 | 7 | — |
| Urologie (appareil urinaire) | 1 | 4 | 5 | — |
| Urologie (app. génital mâle) | 6 | — | 6 | — |
| Unité gynéco-obstétricale | — | 19 | 19 | — |
| TOTAUX | 98 | 79 | 177 | 15 |

TABLEAU III. — Dix principales causes d'hospitalisations (diagnostic principal et ensemble des diagnostics).

| | Diagnostic principal (n = 1614) (%) | Ensemble des diagnostics (n = 2014) (%) |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| Traumatologie | 26,6 | 27,6 |
| Troubles mentaux | 11,8 | 12,3 |
| Maladies appareil digestif | 10,8 | 10,0 |
| Stomatologie | 6,7 | 5,5 |
| Gynéco-obstétrique | 6,5 * | 6,4 |
| Maladies de peau | 5,8 | 5,3 |
| Otorhinolaryngologie | 5,5 | 6,4 |
| Maladies endocriniennes et métaboliques | 3,5 | 3,5 |
| Tumeurs malignes | 3,3 | 2,6 |
| Maladies infectieuses | 3,2 | 3,3 |
| Total | 83,7 | 82,9 |

* Sexe féminin : gynécologie 3,1 % } 14,8 %
obstétrique 10,7 % }

Les hospitalisations médicales des adolescents en dehors de la pathologie carcinologique.

| | Garçons | Filles | Total | Transfert |
|----------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------|
| Tentatives d'autolyse médicamenteuse | 4 | 29 | 33 | — |
| Troubles psychiatriques y compris anorexie mentale | 10 | 17 | 27 | — |
| Toxicomanie ou pharmacodépendance | 4 | 2 | 6 | 3 |
| Pathologie endocrinienne | 4 | 12 | 16 | — |
| Pathologie infectieuse | 10 | 6 | 16 | — |
| Pathologie neurologique | 8 | 9 | 17 | 1 |
| Gastro-entéro-hépatologie | 10 | 3 | 13 | 1 |
| Cardiologie | 5 | 5 | 10 | 1 |
| Dermatologie | 4 | 3 | 7 | 1 |
| Intoxications accidentelles | 4 | 4 | 8 | — |
| Néphrologie | 3 | 1 | 4 | — |
| Hématologie | 3 | — | 3 | — |
| Divers | 8 | 10 | 18 | — |
| TOTAUX | 77 | 101 | 178 | 7 |

TABLEAU IV. — Dix principales causes d'hospitalisation (classification étiologique), ensemble des diagnostics.

| | Diagnostic principal (n = 1614) (%) |
|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Accidents | 26,6 |
| 2. Maladies infectieuses | 24,6 |
| 3. Processus héréditaire ou congénital | 12,5 |
| 4. Processus allergique ou toxique | 6,9 |
| 5. Processus tumoral | 5,1 |
| 6. Processus psychosomatique | 4,3 |
| 7. Processus dégénératif | 3,5 |
| 8. Suicide | 3,3 |
| 9. Grossesse | 3,2 |
| 10. Problèmes obstétricaux | 1,1 |
| Total | 91,1 |

Une récente étude sur les adolescents accueillis aux **urgences** dans les hôpitaux de l'A.P. à Paris¹ montre que leur nombre est en augmentation depuis quelques années (14 % actuellement de la population totale des urgences). La pathologie accidentelle (sur la voie publique, accidents de sport, accidents du travail) constitue la principale cause. A côté des pathologies médico-chirurgicales classiques, on constate toute une pathologie induite par le contexte psycho-social, tels que les troubles du comportement, troubles liés à la sexualité, à la délinquance.

La prise en charge psycho-relationnelle n'est pas toujours adéquate par manque de temps, d'habitude et de moyens...

A ces études épidémiologiques, doivent s'ajouter des données d'ordre qualitatif, comme le vécu de l'hospitalisation, si l'on veut tenter une approche globale des besoins de santé des adolescents.

Vécu de l'hospitalisation

L'hospitalisation et la maladie sont pour l'adolescent une source de **stress** considérable : isolé de ses amis et de sa famille, restreint physiquement par le manque d'espace, en rupture avec son programme scolaire ou sa formation professionnelle, l'adolescent hospitalisé éprouve un sentiment de solitude doublé d'une anxiété qu'il ne peut libérer ni dans le travail, ni dans ses loisirs habituels...

Les quelques enquêtes françaises réalisées auprès d'adolescents hospitalisés² montrent à l'évidence que pour beaucoup d'entre eux, l'hospitalisation est marquée par **l'ennui et l'ignorance**.

35 sur 61 déclarent s'ennuyer, dans l'étude de F. MARQUIS ; pour 10 d'entre eux, l'ennui constitue un problème majeur.

A Beaumont-sur-Oise, ce sont 21 % des adolescents qui considèrent l'hospitalisation comme une expérience négative, tandis que 40 % s'estiment insuffisamment informés sur le diagnostic et le traitement qu'ils reçoivent, 61 % sur le fonctionnement du service.

Cette enquête a eu l'originalité de s'adresser également au personnel soignant. Or ce dernier a manifesté peu d'intérêt si l'on en juge d'après la faible participation à l'enquête (22 % de réponses contre 42 % chez les jeunes), ce qui fait dire à son auteur que le vécu de l'hospitalisation par des adolescents est aussi et peut-être surtout un problème d'adultes...

Le bien-fondé d'un **auto-questionnaire** pour l'évaluation de l'adolescent hospitalisé a été justifié, notamment par T.J. SILBER qui a démontré que par ce moyen, des informations inédites ont été recueillies chez 82 % des jeunes patients, chaque questionnaire ayant fait l'objet d'une comparaison avec les données du dossier et de l'histoire clinique de l'adolescent.

¹CORRON J., CAZEJUST D. Les Adolescents accueillis aux urgences In : Dossier technique, Ministère de la Santé, 1988

²MARQUIS F., DESCHAMPS J. P. L'Adolescent à l'hôpital. Rev. Pédiatr. 1981

CLAQUIN A.M. Etude des besoins spécifiques des adolescents hospitalisés. Th. Méd. Paris 1987

Perspectives...

L'observation des adolescents dans la pratique ambulatoire ou à l'hôpital montre à l'évidence que ces derniers s'accommodent peu de l'acte médical traditionnel...

Le constat d'une demande particulièrement exigeante à l'égard des services de santé et d'une attitude critique à l'égard de l'hôpital amène chercheurs et praticiens à formuler quelques perspectives d'avenir.

En filigrane, c'est le problème des **consultations et des unités d'hospitalisations pour adolescents** qui se trouve posé et l'alternative "des adolescents dans les services ou des services pour les adolescents?"

Plusieurs solutions peuvent être envisagées et mises en oeuvre simultanément.

A ce stade de la réflexion et tout particulièrement en ce qui concerne les nouvelles formes d'hospitalisation, le développement de consultations spécialisées et de structures extra-hospitalières, une pièce capitale est à mettre à ce dossier : **la circulaire du 16 mars 1988** sur l'Amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Au Ministère de la santé, une volonté politique se dessine avec la création récente (1986) d'un bureau de santé de l'adolescent, le dispositif de santé en direction des jeunes en insertion professionnelle et cette circulaire issue de deux années de réflexion et assortie d'un important dossier technique.

Les objectifs sont clairement définis : "Eviter que l'hospitalisation n'ait un impact négatif et faire en sorte qu'elle se transforme dans la mesure du possible en **expérience positive**"

Les obstacles les plus importants sont identifiés : dispersion des adolescents dans les services, sectorisation de l'hôpital en services spécialisés, système institutionnel non préparé à accueillir les adolescents.

Le constat établi qu'"en France les unités d'hospitalisations spécifiques pour adolescents sont exceptionnelles, alors que ces structures sont développées dans les pays anglo-saxons", la circulaire fixe les objectifs suivants :

- * **évaluer** les conditions d'accueil et de séjours , définir les besoins qualitatifs et quantitatifs au sein de groupes de travail
- * **améliorer** - la formation initiale et continue des personnels
 - l'accueil aux urgences
 - les conditions de séjour et de soins par la mise en place de consultations externes pour adolescents et une nouvelle organisation du séjour à l'hôpital
- * **participer** à la mise en place de structures de santé extra-hospitalières pour les adolescents

Les responsables de la Direction générale de la santé au terme de la circulaire concluent sans équivoque :

" Jusqu'à présent, peu d'initiatives ont été prises pour répondre aux besoins de santé de la population adolescente dans notre pays. L'inadaptation des structures aux besoins se traduit par un recours aux soins particulièrement réduit pendant l'adolescence, alors que cette population a des besoins spécifiques qui ne sont pas couverts. Il importe qu'une telle situation évolue, prioritairement au sein de l'hôpital, mais aussi hors de l'hôpital."

"Il existe un droit qui est celui d'être adolescent. Notre rôle comme professionnel de la santé est de promouvoir ce droit, de travailler à mieux connaître cette réalité de l'adolescence et de veiller à ce que des structures adéquates leur soient offertes pour le traitement de leurs problèmes."

J. WILKINS

Expériences et structures novatrices

C'est en Amérique du Nord, aux alentours des années 50, qu'est né un mouvement nouveau en faveur de la médecine de l'adolescence.

GALLAGHER en fut à l'origine en innovant à Boston, en 1951, une clinique pour adolescents.

En 1977, il y avait déjà 27 Centres hospitaliers universitaires qui proposaient une formation post-doctorale axée sur la médecine de l'adolescence.

Depuis, un peu partout dans le monde, des expériences ont été réalisées et ont montré leur efficacité.

A l'étranger

Parmi les réalisations étrangères, quatre d'entre elles ont été retenues, qui ont pour cadre : un département hospitalier, une policlinique universitaire, un cabinet de médecin de famille et un centre privé d'accueil et de soins. Ces expériences relativement bien connues ou remarquables peuvent sans doute constituer des modèles transposables dans le contexte français.

L'Hôpital Sainte Justine à Montréal

C'est au sein du département de pédiatrie d'un Centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal, qu'a été créé, dans les années 1974, une Unité de soins pour adolescents.

Cette structure dispose de 26 lits et accueille les adolescents de 12 à 20 ans dont les motifs d'hospitalisation sont uniquement "médicaux".

A partir des besoins de santé identifiés et classés en 5 grands types de problèmes : sexualité, perturbations socio-familiales, maladies chroniques, pathologie usuelle, usage abusif de drogues, une équipe multidisciplinaire travaille à une approche globale de l'adolescent hospitalisé en observant les principes généraux suivants :

- adaptation de l'**environnement** clinique
- **qualité des soins**
- respect de l'**intimité**, du **secret** et des **droits légaux** de l'adolescent
- **allègement des structures**

15 consultations externes par semaines ont été mises sur pied. Leur diversité et la composition de l'équipe soignante sont indiquées dans les tableaux ci-après.

Une impressionnante assiduité aux rendez-vous a été observée. Trois ans après sa création, le service recevait déjà entre 30 et 60 appels téléphoniques quotidiens sur une ligne directe.

Ce centre est devenu un centre d'excellence, où sont allés se former de nombreux spécialistes européens. La contribution scientifique de cette équipe québécoise dirigée par le Pr J. WILKINS, à la promotion d'une médecine de l'adolescence est tout à fait remarquable. Elle a été concrétisée par de nombreuses publications scientifiques dont l'ouvrage paru en 85 "Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique"

Consultation pour les jeunes de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne.

Conçue dans la même perspective de répondre aux besoins de santé des adolescents d'une manière globale et pluridisciplinaire, cette consultation s'est ouverte en 1983 et accueille les jeunes âgés de 16 à 20 ans environ.

Elle peut :

- fournir un conseil à un confrère
- effectuer un bilan chez un adolescent
- le prendre en charge pour une durée variable

et constitue ainsi un **lieu de référence**, de formation et de recherche.

Un bilan dressé après 1 an de fonctionnement des consultations (150 consultations, à raison de 2 demi-journées par semaine) souligne :

- la souplesse d'une telle structure qui fait largement appel aux consultants de la Policlinique et du CHU
- la grande variété des problèmes rencontrés grâce à une approche non sectorisée des problèmes médicaux et psycho-sociaux
- l'importance des jeunes consultants présentant une pathologie relativement lourde
- la collaboration intéressante entre la consultation et diverses institutions médico-pédagogiques, d'orientation professionnelle etc...

L'expérience d'un médecin de famille

Il s'agit d'une expérience très modeste menée par un médecin de famille québécois¹ qui a décidé d'ouvrir son cabinet un soir par semaine aux jeunes de 14 à 25 ans. Ceux-ci peuvent se présenter sans rendez-vous. La publicité a surtout été assurée par les jeunes eux-mêmes. En 9 mois, 189 jeunes ont demandé 323 consultations, soit en moyenne 8,8 par soir (les filles consultant 2,5 fois plus que les garçons).

Cette contribution à la santé communautaire a été très appréciée : son succès a été facilité par la bonne collaboration des divers intervenants auprès des jeunes.

The Door

L'approche novatrice de ce Centre privé qualifié de "révolutionnaire" lors de sa création en 1972 semble à la hauteur d'un succès dont il ne démerite pas.

Situé au rez-de-chaussée d'un ancien grand magasin (6 000 m²) au cœur de Manhattan, il a été créé par un groupe de volontaires pour répondre aux besoins mal compris des adolescents urbains, provenant des milieux défavorisés de la région new-yorkaise.

La réussite de ce programme modèle tient, selon ses promoteurs, à plusieurs facteurs :

- sa politique d'**accessibilité** (soins gratuits, accord parental non nécessaire, horaires larges)
- ses modalités de traitement et d'encadrement **flexibles et individualisés**
- sa **polyvalence** et la diversité de ses services
- l'idéalisme de ses créateurs et le **travail d'équipe**

400 jeunes de 12 à 19 ans y sont accueillis quotidiennement. Chaque nouvel arrivant s'engage par une sorte de "contrat d'honneur" qui lui permet de devenir membre de la communauté. La liste des services offerts s'allonge chaque année : consultations médicales et gynécologiques, planning familial, services de santé mentale, centre nutritionnel, services sociaux et juridiques, services éducatifs, ateliers créatifs etc...

Sur 150 000 visites annuelles, la **moitié des demandes** sont de nature **médicale**.

La singularité de ce centre thérapeutique a acquis une grande notoriété. Plusieurs grandes villes dans le monde ont créé des programmes similaires (Mexico, Regina...).

¹AUDET N. Médecine des jeunes. une expérience en région éloignée. Méd. Québec.1985

La particularité de ces centres communautaires multiservices dont plusieurs ont été évoqués dans un rapport de l'OMS¹ tient à la **participation des jeunes eux-mêmes** et à leur attitude positive et active.

En France

Dès 1954, un professeur de pédiatrie de Lille, Louis CHRISTIAENS, écrivait : "Il faudrait former des spécialistes de l'adolescence. Ce serait des pédiatres, ayant des notions de médecine du travail et de médecine sociale. Ils auraient la charge des adolescents, non pas jusqu'à un âge arbitrairement arrêté, mais jusqu'au moment où ils auraient acquis la certitude qu'ils sont des adultes dont l'émancipation dans le monde des travailleurs a toute chance d'être aussi heureuse pour le sujet que pour la société." Son ouvrage "Médecine des adolescents : leur mise au travail" a été longtemps en France le seul livre traitant des problèmes de santé des jeunes. La documentation est aujourd'hui fort abondante et les expériences novatrices ont une dizaine d'années.

L'Unité de soins pour adolescents de Dunkerque

5 chambres individuelles du service des "grands enfants" ont été dès 1978 réservées aux adolescents de 13 à 18 ans. La croissance des effectifs a été régulière, passant de 68 adolescents la première année à 302 en 1984. Le bilan de cette expérience, régulièrement évaluée, repose sur l'observation de 1261 adolescents hospitalisés. Les motifs d'hospitalisation se répartissent de la manière suivante :

- affections aiguës 38,3 %
- pathologie chronique 30 %
- tentatives de suicide 30 %

L'avantage d'un regroupement des adolescents permet d'étudier l'adolescence d'une manière globale sur le plan biologique, affectif et social. Les actions de prévention, "corollaire implicite des soins", favorise une meilleure prise en charge de l'adolescent par lui-même. L'accueil très favorable de cette expérience, aussi bien de la part des adolescents que des médecins de ville, ainsi que la motivation du personnel confortent les responsables dans la poursuite de leur tâche.

Le Service pour adolescents de l'Hôpital de Bicêtre

C'est en 1982 que le Pr V. COURTECUISSÉ a ouvert à l'hôpital de Bicêtre un service réservé aux 13-19 ans, après une première expérience tentée quelques années plus tôt à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart. Un certain nombre d'observations et de réflexions ont guidé cette expérience dès l'origine.

¹Les Jeunes et la santé : défi pour la société . OMS, 1986

L'observation d'adolescents en désarroi dans les services hospitaliers met en évidence le problème des difficultés de leur prise en charge : 70 % des membres de l'équipe soignante perçoivent l'adolescent comme un malade plus difficile que les autres.

La conviction est apparue, progressivement, que **le groupe a une valeur thérapeutique incontestable**. Confrontés à d'autres jeunes dans la même situation, un adolescent qui refuse sa maladie se sent plus soutenu : " Si quelqu'un est triste, s'il pleure, on ne le laisse jamais seul" disent les adolescents du service. "L'essentiel, c'est la façon dont ils s'accueillent et s'entraident" ajoute le Pr. V. COURTECUISSÉ.

Dans ce service, qui comprend 10 chambres à 2 lits, on constate que **40 %** des adolescents hospitalisés le sont pour une cause qui n'a rien de physique.

- la pathologie chronique représente 33 %
- la pathologie aiguë 20 %
- les tentatives de suicide 25 % des hospitalisations.

La plus grande fréquence d'hospitalisation des **filles** (68 % contre 32 % de garçons) et **l'intrication des pathologies** sont très nettes à cet âge-là : pour 75 % des consultants, les diagnostics sont multiples, en moyenne 3,4 diagnostics par adolescent.

L'hospitalisation et la consultation spécialisée qui est rattachée au service (250 -300 consultations par mois) mettent en lumière la grande **diversité** des pathologies observées. Cette réalité impose un mode de fonctionnement authentiquement pluridisciplinaire et la collaboration étroite entre somaticiens, travailleurs sociaux, psychothérapeutes, éducateurs...

La très grosse **charge de travail** est également soulignée : il y a le temps d'une consultation avec l'adolescent (une première consultation dure facilement 3/4 d'heures à 1 heure 1/2) auquel s'ajoute celui consacré aux parents qui peuvent, dans certains cas, bénéficier d'un soutien psychothérapeutique.

"L'adolescent a droit à une médecine lente et à des explications. Et a un accueil permanent : à tout moment, il peut joindre par téléphone les infirmières pour demander un conseil ou un rendez-vous. Bref, il trouvera là un traitement que tous les adultes aimeraient rencontrer pour eux-mêmes dans les hôpitaux. Mais sans lequel les jeunes, eux, ne reviendraient pas." constate une journaliste.¹

"La confrontation quotidienne aux adolescents souffrants représente, à coup sûr, le meilleur plaidoyer pour la création de structures de soins conçues pour répondre à leurs besoins" conclut le Pr. COURTECUISSÉ qui ajoute "Ces structures reposent sur quelques arrangements simples au niveau des locaux, et sur une équipe multidisciplinaire motivée". Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble du sujet souffrant et des problèmes repérés. Il regroupe de nombreux intervenants : somaticiens, travailleurs sociaux, psychologues et responsables de santé scolaire.

¹ADLER M.J. Le Matin, 5.04.84

De cette collaboration naît une pratique qui donne le sentiment de respecter l'adolescent en tant que personne et permettra, avec le temps, de mieux connaître les problématiques auxquelles ce travail quotidien les confronte.

Aujourd'hui déjà, ce service spécialisé apporte une contribution intéressante à la recherche et à l'enseignement de cette médecine spécifique qu'est la médecine des adolescents.

La Consultation de l' Hôpital Saint-Antoine

Une consultation de **médecine générale** s'adressant aux jeunes de 15 à 25 ans est ouverte à la policlinique de l'hôpital de Saint-Antoine depuis le mois de janvier 1985. Elle a été mise en place grâce à la collaboration de deux services : celui de médecine interne et celui de médecine préventive et sociale.

Le service des urgences- voie d'accès à l'hôpital la plus fréquentée- a servi en partie de révélateur : l'hôpital n'est pas le cadre idéal pour recevoir un jeune; et puis on s'est aperçu que bien souvent la demande de soins était complexe, différente du motif évoqué, du symptôme présente. En dehors des urgences, les jeunes n'ont que peu de raisons d'entrer en contact avec les services de santé.

"Le plus souvent les jeunes consultent le premier médecin venu, qu'il s'agisse du service-porte d'un hôpital, du médecin d'un ami ou encore de la première plaque rencontrée dans la rue. La même itinérance se retrouve à propos de l'observance de la prescription : on suivra ou ne suivra pas le traitement, on prendra le même traitement que le voisin, on diminuera ou on augmentera la dose, on oubliera de continuer la thérapie prescrite."

L'objectif de cette structure, motivée par la volonté d'**améliorer le contact entre l'hôpital et les jeunes**, est de favoriser l'insertion en milieu adulte. Son projet est également d'intégrer une action de prévention à une demande de soins en vue de **modifier les comportements et modes de vie** qui présentent un risque pour la santé des jeunes.

Cette consultation n'est pas une consultation spécialisée, c'est plutôt une **consultation d'orientation** : le travail se fait en relation avec les autres spécialistes de l'hôpital et avec les ressources sociales du secteur géographique. Tout un réseau de complémentarités est ainsi animé au sein de la communauté urbaine, en s'appuyant sur les différentes structures spécifiques existantes. Le jeune consultant -qui n'est pas vu plus de 4 ou 5 fois- est orienté vers d'autres services et toujours accompagné dans sa démarche.

L'originalité de cette consultation a pu être résumée en une phrase : "soigner avec d'autres, de plusieurs façons, en plusieurs lieux"

Les modalités de fonctionnement qui ont été choisies s'appuient sur

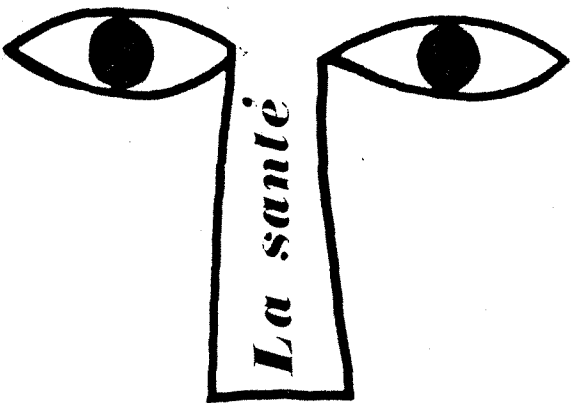
- la qualité et le temps consacré à l'**accueil**
- la volonté de disponibilité et d'**écoute**
- le travail "hors les murs" en étroite **collaboration avec l'extérieur.**

Les principaux thèmes abordés au cours des consultations ont été synthétisés dans le tableau ci-dessous. L'équipe soignante composée de professionnels du secteur sanitaire et social travaille en liaison avec les instances qui, la plupart du temps, leur adressent les jeunes : réseaux médicaux, organismes spécialisés, services divers (ANPE, mairies, armée, associations...).

La "carte d'identité" de cette consultation, c'est une affiche qui évoque en elle-même tout un programme :

" Les jeunes et leur santé dans la ville".

LES JEUNES (15/25 ans)
et leur santé, dans la ville

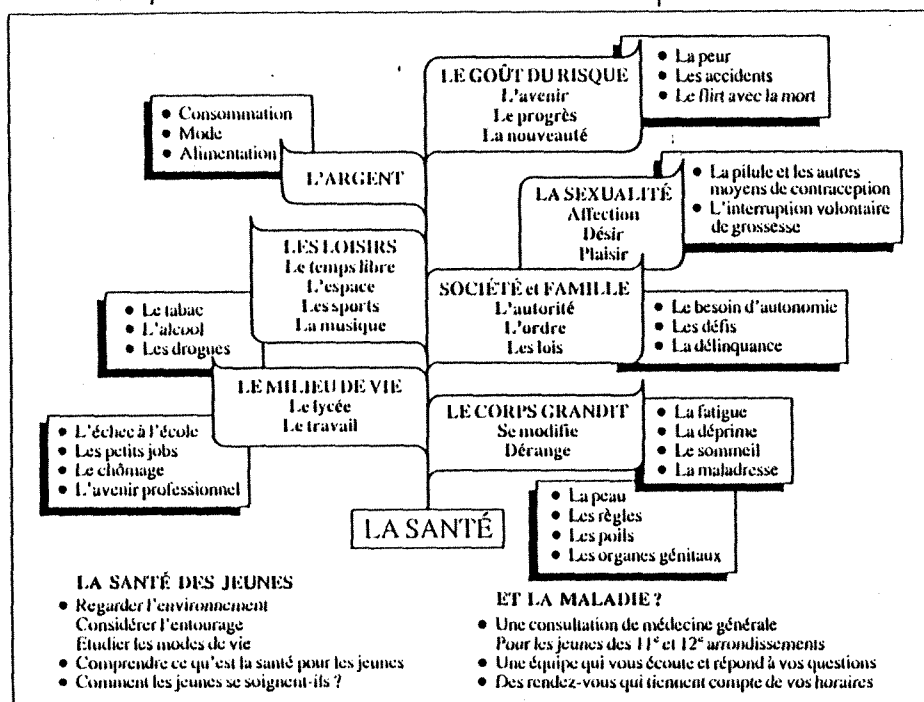


et la maladie ?

UNE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE
POUR LES JEUNES DE TOUTE LA RÉGION PARISIENNE
UNE ÉQUIPE QUI VOUS ÉCOUTE ET RÉPOND À VOS QUESTIONS
DES RENDEZ-VOUS QUI TIENNENT COMPTE DE VOS HORAIRES

où ?
POLYCLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT ANTOINE
184 FG. SAINT ANTOINE PARIS 12 TÉL. 344.33.33 POSTES : 2128-2129
MÉDECINE PRÉVENTIVE ET SOCIALE 27 RUE DE CHALIGNY PARIS 12
TÉL. 344.33.33 POSTE 2697

Principaux thèmes abordés au cours de la consultation.



Ce tour d'horizon de quelques structures spécialement destinées aux adolescents laisse entrevoir, à travers leur diversité et leur richesse, les **avantages** qu'elles peuvent offrir dans le domaine des soins, de la prévention et de la promotion de la santé auprès des jeunes.

On peut brièvement les résumer :

- l'approche **multidisciplinaire** de ces structures permet de répondre de façon globale à des problèmes de santé à la fois médicaux et psychologiques
- elles permettent de fournir des soins **de qualité** qui prennent en compte la spécificité des besoins de cette tranche d'âge
- elles constituent des lieux de **référence**, de sensibilisation et de formation des personnels sanitaires et sociaux ; elles favorisent la recherche clinique et pluridisciplinaire
- elles contribuent à une meilleure adaptation des adolescents souffrants, grâce à la **valeur thérapeutique du groupe**
- la souplesse de leur mode de fonctionnement et leur ouverture sur l'extérieur tendent à "**décloisonner**" l'hôpital et à l'ouvrir davantage à la communauté

De telles structures impliquent, de par la nature des pathologies souvent intriquées et complexes qu'elles ont à prendre en compte, un investissement en ressources humaines et en temps : les moyens d'action les plus efficaces et les moins coûteux sont à rechercher.

Si l'on veut réellement que les conditions d'accueil et de séjour à l'hôpital soient **positives** pour les jeunes, il y a une sorte de "mode d'emploi" à respecter et sur lequel un consensus semble se faire jour en France.

P.E. ALVIN l'a résumé ainsi :

- regrouper les adolescents entre eux et leur donner un **espace**
- élargir au maximum leur **accès au monde extérieur**
- élaborer un règlement interne **spécifique**
- accueillir chaque adolescent de manière **personnelle**
- **associer** l'adolescent aux décisions le concernant
- respecter son droit à la **confidentialité**

Grâce à la cohésion d'une équipe multidisciplinaire et à une volonté d'ouverture sur le monde extérieur, des soins compétents et une prise en charge de qualité leur seront ainsi accordés.

¹ALVIN P.E. L'Hospitalisation de l'adolescent. Service du Pr COURTECUISSÉ, Bicêtre

Parmi les structures citées plus haut, certaines, comme "The Door", réalisent une sorte de modèle **intégré** de prise en charge, combinant les services de santé avec les autres services destinés aux adolescents.

Ce type d'organisation, très séduisant, semble convenir à un grand nombre de jeunes. A une enquête réalisée en 1988 par la Mission locale de la Rochelle¹ 105 sur 167 jeunes interrogés disaient souhaiter des **lieux d'écoute et d'information**. La aussi, une grande variété de services sont susceptibles de répondre aux besoins. Un groupe d'experts de l'OMS a tenté en 1976 déjà, après avoir visité les services de 11 pays européens, d'en établir une **typologie**.

Ces services ont en commun

- une grande souplesse de fonctionnement, modelé sur la demande des visiteurs

- la gratuité des prestations

- la garantie de l'anonymat et de la confidentialité

Ce sont des services qui se modifient, se développent ou s'atrophient avec une rapidité qui atteste à la fois de leur souplesse et de l'évolutivité des besoins.

ESSAI DE TYPOLOGIE DES SERVICES D'ACCUEIL ET DE CONSEIL
POUR LES ADOLESCENTS (ROBERT ET SHORE).

| <i>Fonction</i> | <i>Prestations</i> | <i>Personnel</i> | <i>Exemples</i> |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Information, documentation exclusivement. | Capitalisation de renseignements utiles aux jeunes sur : scolarité, études, OP, travail, loisirs, vacances, hébergement, manifestations culturelles, etc. | Variable. | Centre d'information et de documentation pour la jeunesse (Paris). Jugendkiosk (Francfort). |
| Information en principe, plus conseil en fait. | La fonction d'information : — évite l'étiquetage du « client »; — est conçue comme un préalable du conseil; — permet au jeune de tester l'accueil et le collaborateur. | Personnel qualifié. | Info-Center (Vienne). |
| Conseil. | Action en situation de crise; puis orientation, éventuellement prise en charge à court terme sous forme variée (aide et conseil de caractère plutôt socio-éducatif). | Personnel qualifié (souvent travailleurs sociaux ayant quitté les services officiels). | Youth Advisory Center (Amsterdam). |
| Education de rue. | « Dispatching » sur le terrain. | Educateurs spécialisés, plus autres « professionnels ». | Cordée du Bel-Air (Paris). |
| Accueil et hébergement. | Refuges temporaires (sleep-in). Postes de travail rémunéré permettant une certaine prise en charge individuelle. | Personnel qualifié : travailleurs sociaux. | Notschlafstelle (Bâle). Atelier des équipes d'amitié (Paris). |
| Conseils psychosociaux. | Consultations ouvertes d'aide psychologique et sociale « en amont » des services de santé mentale proprement dits. Thérapies brèves. | Personnel hautement qualifié. | Psycho-jeunes Belliard (Bruxelles). |
| Consultations de médecine générale. | Prestations médicales qualifiées avec accès facilité, sans formalités administratives : priorité à la relation médecin-malade. Dispensation gratuite de médicaments. | Personnel médical et paramédical. | Free Clinic (Heidelberg). |
| Centres de traitement. | Institution médicale généralement spécialisée dans la prise en charge mixte (hospitalière et ambulatoire) des toxicomanes. | Personnel médical et paramédical (avec exception). | Marmottan (Paris). Drop-in (Lausanne). |

¹LE VIGOUROUX A. Action-santé : étude épidémiologique des jeunes relevant du dispositif d'insertion sociale et professionnelle 16-25 ans. Rev. Fr. Aff. Soc., 1988, n° 41

"Encourager le monde à voir ses jeunes
comme une ressource plutôt que comme un
problème est l'un des grands objectifs de
l'Année internationale de la jeunesse"
OMS

En guise de conclusion...

L'approche fragmentaire qui a été faite jusque-là des besoins de santé des adolescents a montré son inefficacité. Elle nuit à la compréhension des difficultés éprouvées par les jeunes et à l'efficacité de bien des interventions. Une conception cloisonnée des domaines comme ceux de la santé, de l'éducation et du travail, offrant chacun de leur côté toute une série de prestations, ont détourné les adolescents de beaucoup des services offerts.

La coordination, pourtant indispensable, entre le monde de l'éducation et celui de la santé, dans le champ scolaire et universitaire, a beaucoup de mal à devenir réalité. C'est un exemple. Quant aux jeunes récemment entrés dans le monde du travail, personne ne semble s'en préoccuper : les données épidémiologiques sur ce vaste domaine des jeunes travailleurs manquent presque totalement.

Les liens entre les politiques de la jeunesse et leur planification se caractérisent par une **dispersion** et une fragmentation importante. Ces politiques sociales n'occupent d'ailleurs, le plus souvent, qu'une place périphérique au sein des structures politiques et administratives.

C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles les actions pour la santé sont si difficiles à appréhender : de remarquables réalisations ponctuelles, des campagnes nationales bien orchestrées, ont vu le jour ces dernières années. Les approches thématiques ne sont sans doute pas les bonnes. Les tentatives multiples, isolées, sans suivi ni évaluation, laissent perplexe... Il manque souvent la compétence et le recul nécessaires : l'éducation pour la santé est à repenser. La masse de littérature à propos de ces actions pour la santé contraste avec le peu d'expériences ayant un véritable impact en amont, c'est-à-dire, sur les modes de vie et les comportements.

Dans cette synthèse, nous nous sommes efforcé de mettre en regard les nouvelles réalités de l'adolescence, dans leurs composantes démographique, sociale et économique, avec les indicateurs classiques de santé caractérisés par la forte mortalité accidentelle et une morbidité largement générée par les comportements à risque. Nous les avons corrélés avec les indicateurs de santé perçue qui ont fait la preuve de leur validité comme type d'approche. L'intrication des facteurs psycho-sociaux et somatiques est particulièrement caractéristique de l'adolescent. On peut retenir la forte attente des jeunes à l'égard des personnels de santé.

Le besoin de dialogue, d'écoute et de communication est sensible chez tous les adolescents.

Dans le **monde scolaire et universitaire**, nous avons pu constater d'énormes carences au niveau de la présence des équipes de santé, atrophiées et impuissantes à répondre aux besoins. Alors que ce sont dans ces lieux-mêmes que l'on trouve le plus grand nombre de jeunes réceptifs à une éducation à la santé.

La situation de **précarité** dans laquelle vivent un grand nombre de jeunes sortis du système scolaire et pas encore entrés dans le monde du travail est d'autant plus préoccupante qu'elle est aggravée par un problème d'accès aux soins (liés à toutes sortes d'obstacles) qui témoigne d'une grande **inégalité** des chances et des risques dans le domaine de la santé.

Enfin, l'observation des **structures de santé** classiques ou novatrices, laisse entrevoir la diversité des réponses possibles aux besoins spécifiques des jeunes.

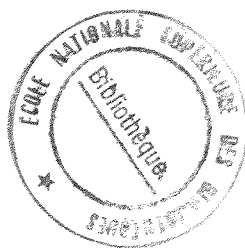
Les études épidémiologiques sur l'hospitalisation des adolescents mettent en lumière les besoins chirurgicaux et obstétricaux particulièrement élevés à cet âge. Les tentatives de structures spécialisées (unités de soins ou consultations spécialisées) ont toutes montré la nécessité d'une grande **polyvalence** et d'une large ouverture sur les organismes extérieurs.

Il existe de multiples solutions aux besoins des adolescents. Leur liberté de choix doit pouvoir s'exercer.

Favoriser la création de structures spécialisées ayant un rôle pilote dans la formation et la recherche, améliorer les conditions d'accueil et de séjour des jeunes dans l'ensemble des services hospitaliers français, former le personnel soignant, les omnipraticiens et les intervenants du secteur socio-éducatif à la problématique de la santé des adolescents sont des solutions complémentaires et qui ont toute chance de réussir en s'harmonisant.

Si la réflexion sur les besoins et les demandes des adolescents en matière de santé ont particulièrement mis le doigt sur les dysfonctionnements des structures de soins, si dans le souci de mieux adapter l'offre à la demande, les institutions se remettent en cause et les services hospitaliers "s'humanisent", alors les jeunes auront apporté leur contribution au mieux-être de l'ensemble de la communauté des malades et des soignants.

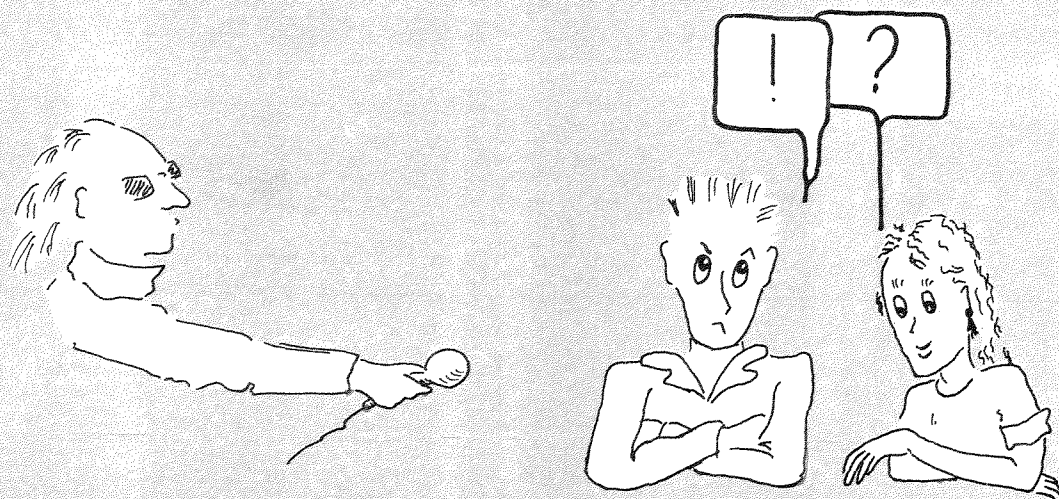
Dans une telle politique, les systèmes de soins ont leur rôle à jouer et les adolescents leur place à prendre.



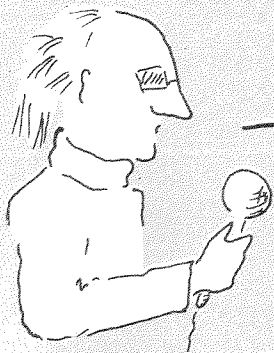
Annexes

LES JEUNES ...

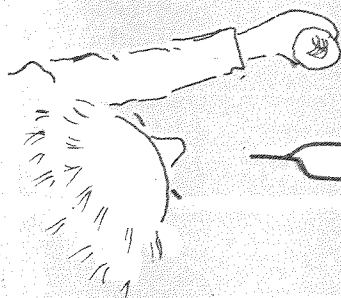
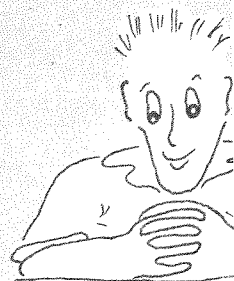
ET LA SANTE .



POUR
REPONDRE ...



Quelles sont, à votre avis,
les questions de santé qui
concernent le plus les
jeunes, les ados ... ?



Pour vous, ...
que serait un état de santé
"idéal" ... ?

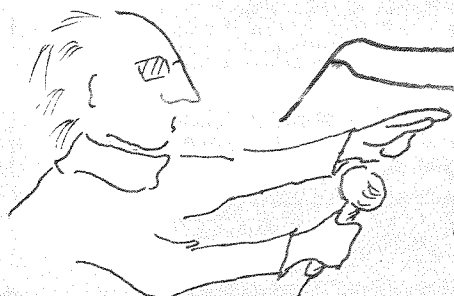
un quoi ?



Personnellement, êtes vous préoccupé
actuellement par des problèmes de
santé ... Si Oui, lesquels ?

maintenant .

Et plus jeune, avez vous eu
des problèmes de santé ... ?
Lesquels ...

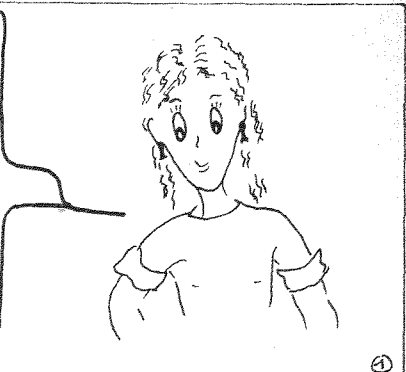
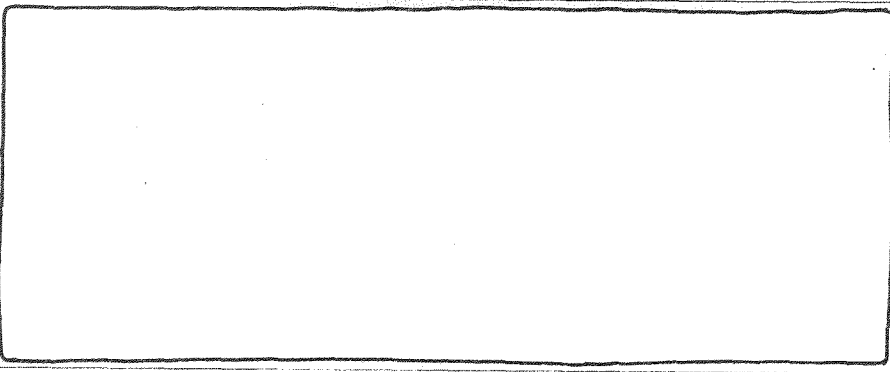


Et pour plus tard, avez-vous
des inquiétudes au sujet de
votre SANTÉ ... ?
... et lesquelles ... ?

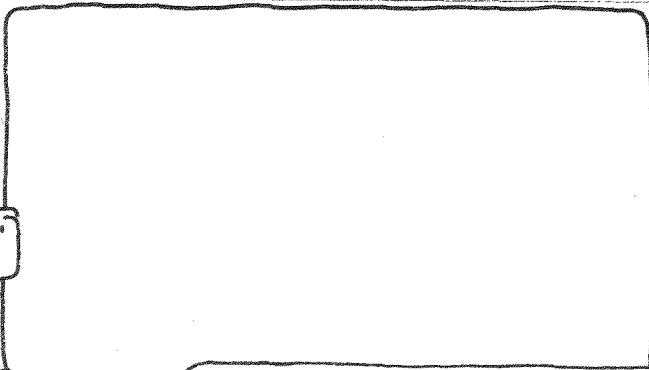
plus tard ...

UTILISER LES BULLES

000

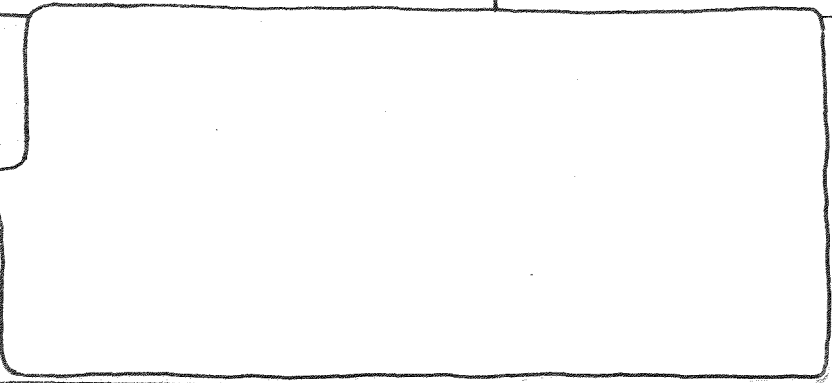
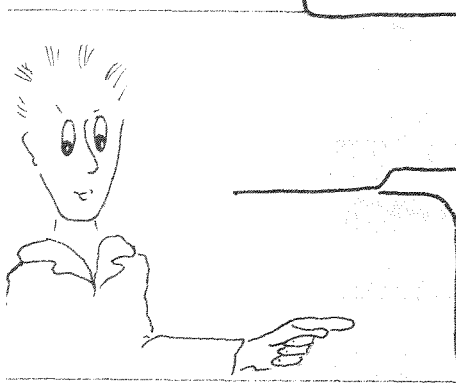


1

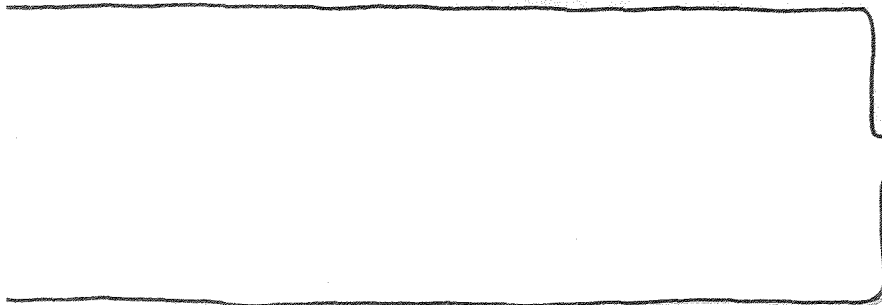


2

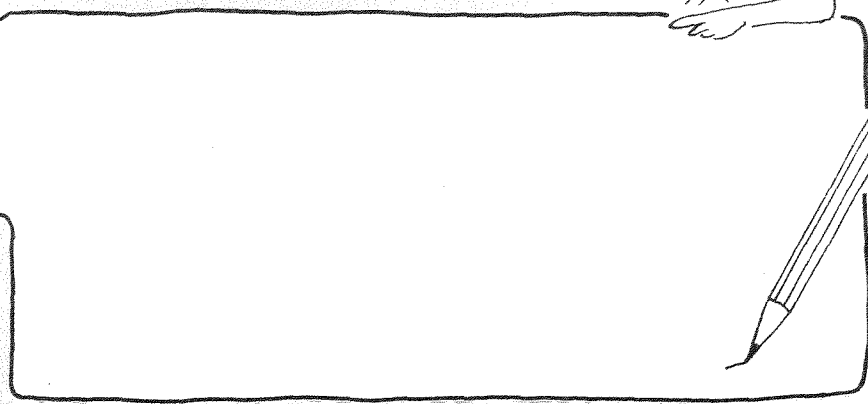
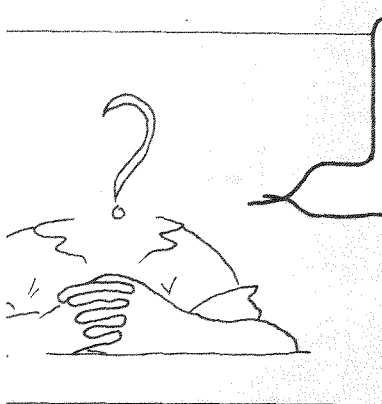
r de santé "idéal"



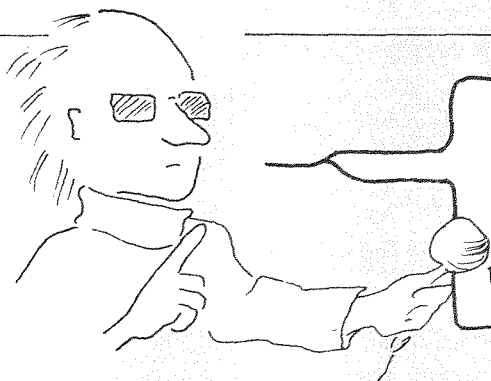
3



4



5



A VOTRE AVIS , PARMIS LES MOTS SUIVANTS
COCHÉZ CEUX QUI SONT IMPORTANTS OU
PREOCCUPANTS POUR LA SANTE DES ADOLESCENTS

L'APPETIT L'ALIMENTATION LA DIGESTION LE SOUFFLE
L'HYGIENE LA PUBERTE LES TRANSFORMATIONS DU CORPS
LES REGLES LA SEXUALITE LA CONTRACEPTION LA GROSSESSE

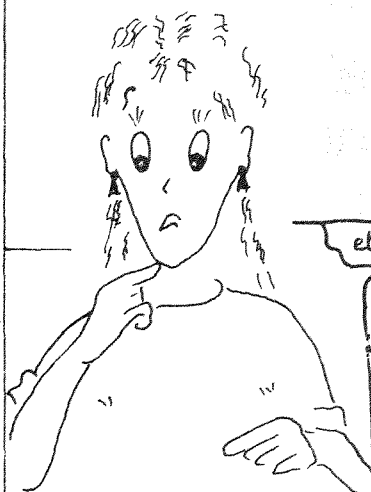
LE BONHEUR LA BEAUTE L'ESTIME L'AMOUR L'AMITIÉ
L'HUMOUR L'INTELLIGENCE COMPRENDRE SAVOIR
DECOUVRIR LA TIMIDITE L'INCOMPREHENSION L'ANXIETE
PENSEES BIZARRES LES TENTATIONS CHANGER LA VIE LA DEPRESSION

et encore

L'ARGENT LE CHOMAGE
LES RESPONSABILITES LE
DIVORCE LA DELINQUANCE
LE SUICIDE LE METIER

LE CANCER LE SIDA LA
MALADIE LES ACCIDENTS
LA MORT LA VIOLENCE LE
RACISME LA GUERRE LE
NUCLEAIRE LA POLLUTION
LA FAMINE LA PAUVRETE

PARMI LES MOTS COCHES , QUELS SONT LES 3 MOTS
AUXQUELS VOUS DONNEZ LE PLUS D'IMPORTANCE



LA CROISSANCE □ LA TAILLE □ . . . LA VUE □ L'AUDITION □
LA PEAU □ LES DENTS □ LA COLONNE VERTEBRALE □
LES ARTICULATIONS □ LES PALPITATIONS □ LES MAUX DE TÊTE □
LA FATIGUE □ LES MALADIES □ LES ALLERGIES □ . . . LES
MALFORMATIONS □ LES HANDICAPS □



①

SOMMEIL □ L'ALCOOL □ LE TABAC □ . . .
DROGUE □ LES MEDICAMENTS □ LES VACCINATIONS □
ACCOUCHEMENT □ L'AVORTEMENT □ LA NAISSANCE □

②

LES SORTIES □ LA MUSIQUE □ LA TELEVISION □ . . .
L'ART □ LA MODE □ LES COPAINS □ LE SPORT □ L'ÉCOLE □
LES TRANSPORTS □ . . . LES RYTHMES DE VIE □ LA FAMILLE □
LES PARENTS □ LES ADULTES □ LE COUPLE □

③

L'ÉDUCATION □ L'INFORMATION □ LA RELIGION □ LA POLITIQUE □
L'ARMÉE □ LE PROGRES □ LA MÉDECINE □ LA PRÉVENTION □
. . . LA LIBERTÉ □ L'AVENIR □

c'est tout

④

LES 3 MOTS LES PLUS IMPORTANTS :

1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - -

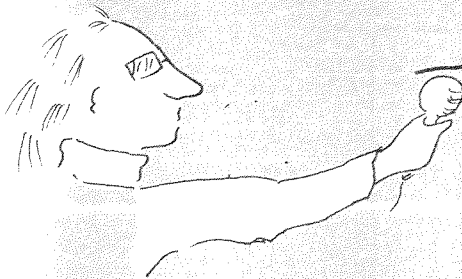


⑤

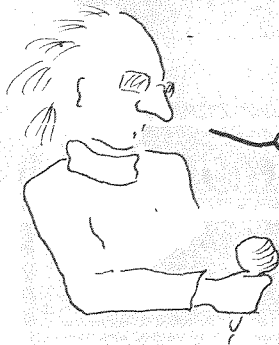
ENCORE QUELQUES QUESTIONS



QUE POURRAIT-ON FAIRE POUR REpondRE AUX
SOUHAITS ET AUX PREOCCUPATIONS DES JEUNES
SUR LE PLAN DE LA SANTE ... ?



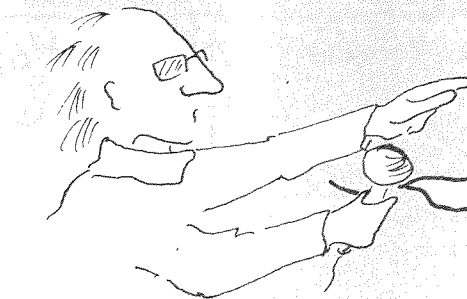
... ET QUELS EXAMENS , MEDICAUX EN
PARTICULIER , POURRAIT-ON VOUS
PROPOSER ... ?



QUELLES PERSONNES , PENSEZ-VOUS
QU'UN JEUNE DEVRAIT POUVOIR
RENCONTRER POUR PARLER DE
SA SANTE ... ?



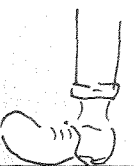
COCHER DANS
LA LISTE ...
VOTRE REPONSE



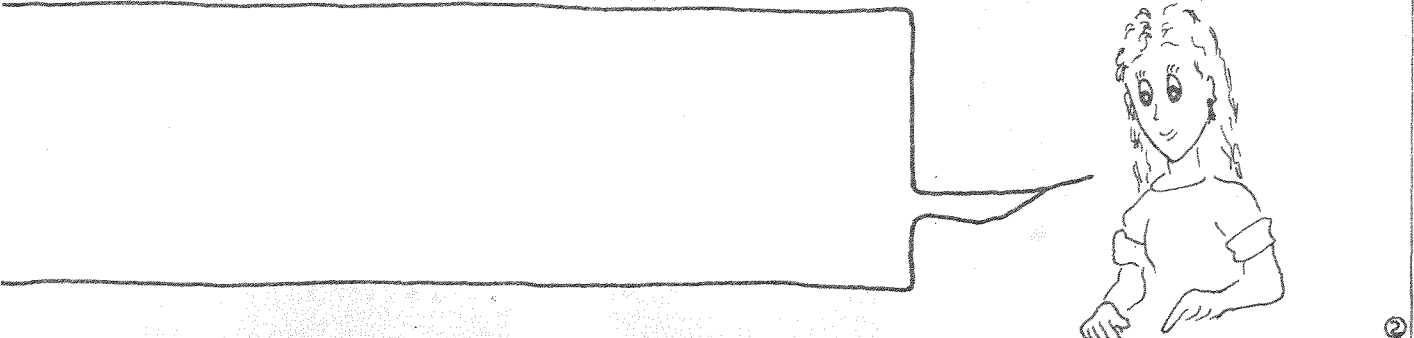
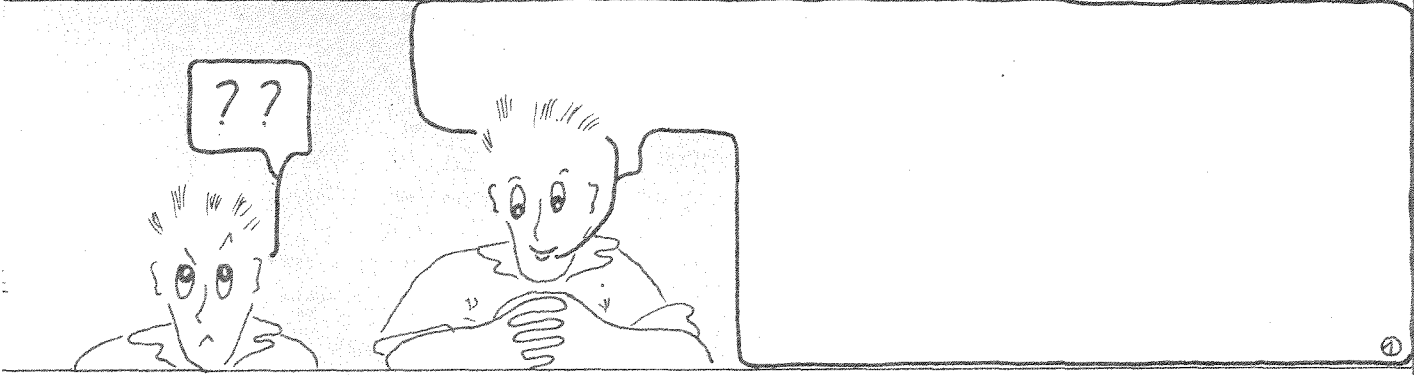
ET , DE QUOI PENSEZ VOUS QU'UN JEUNE
AIMERAIT PARLER A CETTE OCCASION ... ?



AVEZ VOUS DES REMARQUES OU DES PROPOSITIONS
A FAIRE SUR CE QUESTIONNAIRE ... ?



IL FAUT , TOUJOURS , UTILISER
- LES BULLES POUR REpondre



INFIRMIERE □ UN
ECIN □ UN DERMATO-
E □ UNE GYNECOLOGUE □
SAGE-FEMME □ UNE
PUERICULTRICE □

UNE DIETETICIENNE □
UN PHARMACIEN □
UN BIOLOGISTE □

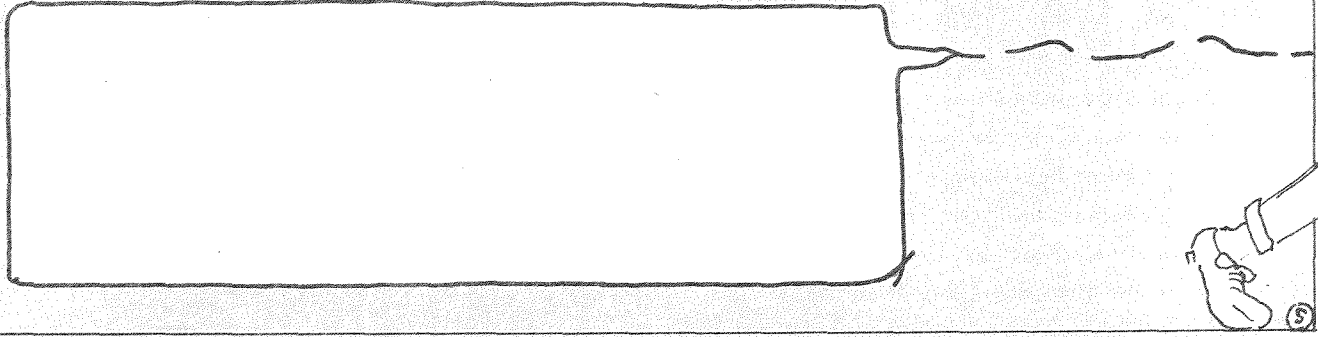
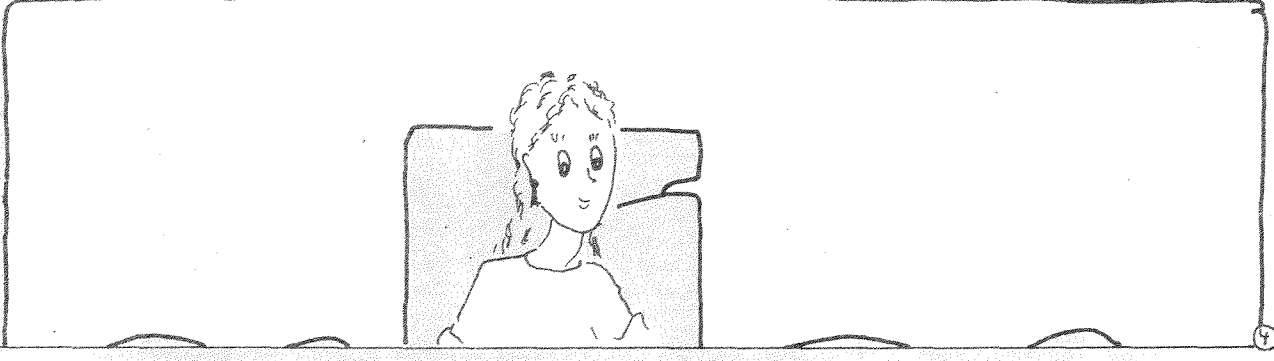
UN PSYCHOLOGUE □ UN DENTISTE □
UNE ASSISTANTE SOCIALE □ UN CONSEILLER
EN ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE □

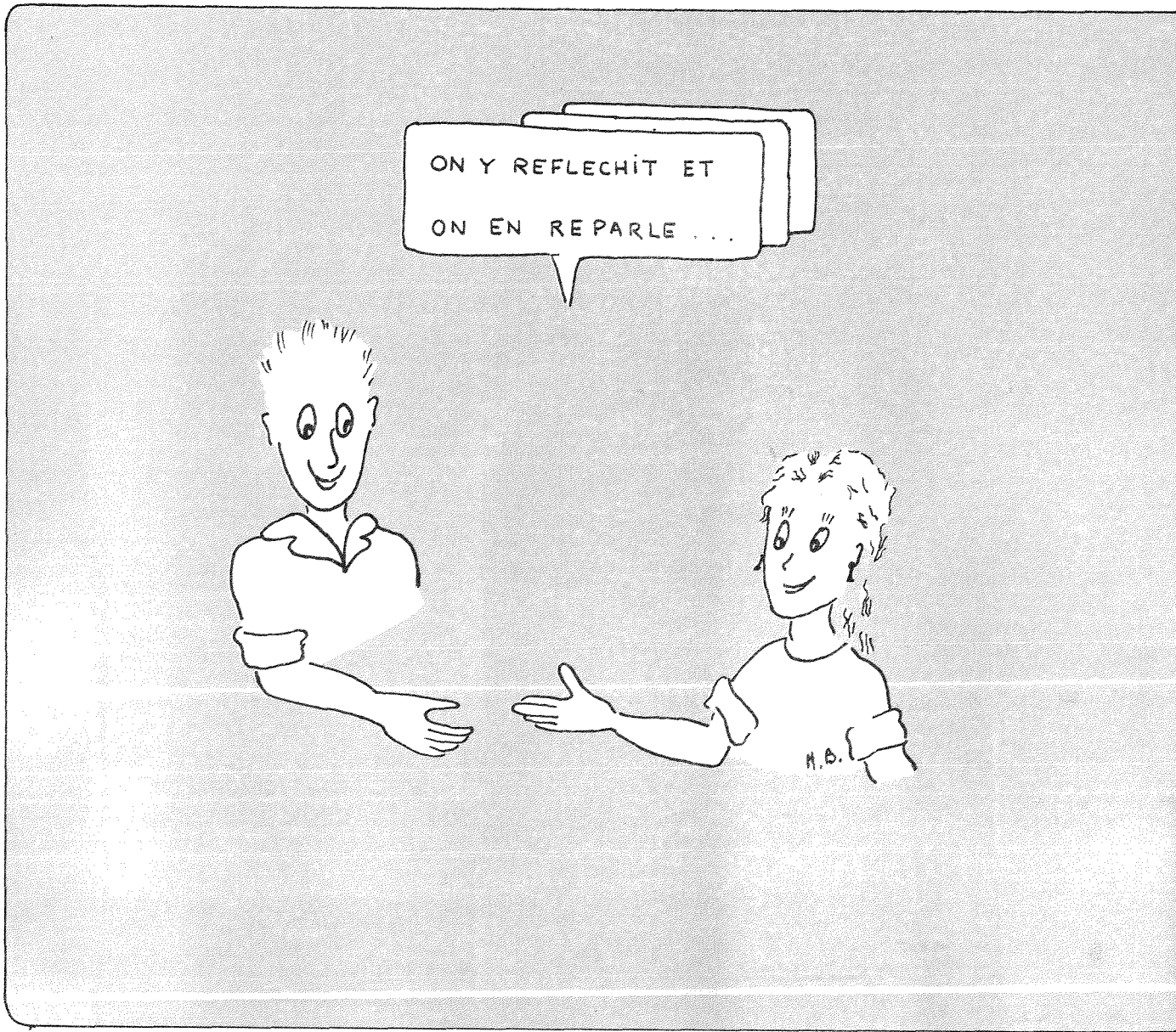
UN CONSEILLER EN EDUCATION FAMILIALE ET SOCIALE □

PERSONNE □

UN ANIMATEUR □ UN EDUCATEUR □

QUELQU'UN D'AUTRE □





Le questionnaire que vous venez de remplir est une coproduction du Centre de Médecine Préventive et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, sous la direction technique de Jean Pierre Deschamps.

Les dessins sont de Monique Bon, la mise en scène et les dialogues de Monique Bon, Norbert Bon, Michel Guillemot et Yves Spycquerelle, avec la collaboration de Lucette Didelot et Jacqueline Milonet. La réalisation technique de Jean Dehlinger.

PROJET DE CHARTE

Préambule

Réunis pour réfléchir ensemble à la santé, des jeunes 16-25 ans et des professionnels (professionnels de santé, enseignants, travailleurs sociaux...) en référence à la Charte d'OTTAWA sur la promotion de la santé affirment le droit des jeunes à la santé et déterminent les obligations qui en découlent pour chacun d'eux. Pour servir de base à l'élaboration de politiques et de programmes en faveur de la santé des jeunes, ils formulent les propositions suivantes :

Article 1 : Jeunes et professionnels doivent d'abord se respecter mutuellement et reconnaître leurs valeurs propres, leurs différences et le caractère unique de chaque personne.

Article 2 : Jeunes et professionnels déterminés à engager et poursuivre le dialogue s'efforceront à une écoute mutuelle et à l'utilisation d'un langage compréhensible par l'interlocuteur.

Article 3 : Il est nécessaire que les professionnels s'efforcent de comprendre et d'accepter certains comportements ou expressions des jeunes en tant que moyen d'affirmation sans les étiqueter comme déviance et pathologie.

Article 4 : Il est nécessaire que jeunes et professionnels s'associent pour définir les problèmes de santé des jeunes et s'attachent à rechercher et mettre en oeuvre des solutions.

Article 5 : Les solutions proposées pour améliorer leur santé devront être adaptées aux jeunes dans leur diversité et aux pratiques des professionnels dans le respect de leurs exigences techniques et morales.

Article 6 : Il importe de donner aux jeunes la possibilité de s'adresser à la personne de leur choix et de donner aux professionnels l'information et la formation nécessaires à l'accueil et à l'orientation des jeunes.

Article 7 : Il est nécessaire de reconnaître à la famille un rôle privilégié en matière de promotion de la santé en organisant des actions d'information et de sensibilisation communes aux jeunes et à leurs parents (ou éducateurs) afin qu'ils puissent réfléchir et agir ensemble.

Article 8 : Il est urgent que les décideurs et les professionnels fournissent aux jeunes les moyens d'améliorer leur santé en luttant contre les obstacles financiers, culturels et relationnels qui limitent l'accès aux soins et à la santé.



* 9 5 7 9 9 4 A *