

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste Comte - BP 47 - 92173 Vanves Cedex

Les Adolescents et leur Santé

Tome 1

Sous-direction de la Maternité, de l'Enfance
et des Actions spécifiques de Santé

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

1, Place Fontenoy - 75700 Paris

Extrait du catalogue :

- ◆ **LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS :**
Déficiences - Incapacités - Désavantages
Un manuel de classification des conséquences des maladies

OMS/INSERM

- ◆ **LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS :**
DU CONCEPT A L'APPLICATION
Actes du Colloque CTNERHI 28-29 novembre 1988
Institution Nationale des Invalides, PARIS

- ◆ **CONFLICTUALITES**
Annales Internationales de psychiatrie de l'adolescence
sous la direction de Alain BRACONNIER

- ◆ **ADOLESCENCE ET MALFORMATIONS UROGENITALES**
GRAVES : expérimentation simultanée de 6 grilles de dépendance

Mireille ESTRABAUD

- ◆ **L'ADOLESCENT ET SA MALADIE**
Etude psychopathologique de la maladie chronique à l'adolescence.

Linda SLAMA

Vient de paraître :

- ◆ **LES INDICATEURS D'INCAPACITE FONCTIONNELLE EN**
GERONTOLOGIE
Information, validation, utilisation

CTNERHI/INSERM

SOMMAIRE

- TOME I -

CHAPITRE I.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES ADOLESCENTS, LEURS PROBLEMES ET LEURS BESOINS DE SANTE.....

p. 11

. Enquête sur la santé et l'adaptation scolaire des pré-adolescents

F. FACY, A. PHILIPPE.....p. 13

Contrepoint : *Un Adolescent génial*, Arthur RIMBAUDp. 25

. L'adolescent de 5^e en 1986 dans le département d'Indre et Loire

C. BOURDERIOUX, J. TICHET, P. TRILHE, S. VOL.....p. 27

. Les adolescents et leur vécu scolaire au collège

A. DESCLAUX.....p. 65

Contrepoint : *Paroles d'une adolescente*, Anne FRANCKp. 73

. Enquête sur l'état de santé et les besoins de santé d'adolescents scolarisés dans des lycées d'enseignement professionnel du Val-de-Marne (Année 1984-1985)

M.-F. ERARD, N. TOBELEM.....p. 79

Contrepoint : *Mémoires d'une jeune fille rangée*, Simone de BEAUVOIR.....p. 93

. Les jeunes de 16 à 25 ans sans emploi : une photographie socio-sanitaire

D. ZMIROU, F. BALDUCCIp. 97

Contrepoint : *Souvenirs d'adolescent*, Eugène FROMENTINp. 118

. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin

M. CHOQUET, H. MENKE, S. LEDOUX.....p. 121

Bibliographie	p. 133
----------------------------	--------

Les dessins illustrant cette première partie sont de SAVINO, avec l'aimable autorisation de l'auteur (dessins originaux figurant dans l'ouvrage « *L'Epidémiologie sans peine* », GOLDBERG).

CHAPITRE II.

L'EDUCATION POUR LA SANTE A L'ADOLESCENCE	p. 141
--	--------

I – Réflexions générales :	p. 143
---	--------

. Sur le développement psychosexuel de l'adolescent

Ph. JEAMMET.....	p. 145
------------------	--------

Contrepoint : <i>La Puberté</i> , J.-J. ROUSSEAU	p. 159
--	--------

. Sur la prévention en matière d'usage de toxiques

J.-F. SOLAL	p. 161
-------------------	--------

II – Education sexuelle :	p. 167
--	--------

. Des adolescents dans un centre de planification et d'éducation familiale

M. DUPRE-LA-TOUR, P. INIZAN-PERDRIX.....	p. 169
--	--------

Contrepoint : <i>Un adolescents à la quête de l'amour</i>	p. 183
---	--------

. PRESPIIL : un programme d'information sur le préservatif et la pilule du lendemain destiné aux jeunes scolarisés

B. FOUGEYROLLAS, M. LALANDE.....	p. 187
----------------------------------	--------

Contrepoint : <i>A quoi rêvent les jeunes filles ?</i>	p. 195
--	--------

. Relais-info-sexualité dans l'académie de Lyon : informer les jeunes par les jeunes

C. MAILLY	p. 197
-----------------	--------

. Education à la vie auprès d'adolescents de Seine-Maritime

M. THOMAS	p. 201
-----------------	--------

. Actions d'éducation affective et sexuelle dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire R. GUTHERZ, M. GRILLERE-DESCOTES	p. 209
III – Usage de toxiques :	p. 217
. Approche épidémiologique de la consommation de drogues (licites ou illicites) parmi les jeunes en France : essai de synthèse M. CHOQUET, S. LEDOUX, H. MENKE	p. 219
. « Les lycéens de Meurthe-et-Moselle parlent » S. ALBISER, B. KIERZECK	p. 237
. Une action de prévention de la toxicomanie dans un collège de la banlieue d'Annecy C. GUIGNE, M. MARIOTTO	p. 249
. Prévention du tabagisme en milieu scolaire dans les Hauts-de-Seine D. DE GALLARD, D. HENRY	p. 259
. Etude sur le comportement des jeunes Lorrains vis-à-vis des boissons comportant ou non de l'alcool B. SENAULT	p. 267
. Réflexions sur la prévention de l'alcoolisme chez les jeunes à partir de l'observation de trois actions menées à Lorient H. BRUN	p. 271
. Les jeunes, acteurs de leur prévention : action de prévention liée aux phénomènes d'alcoolisation menée au lycée professionnel de Tinteniac (Ille-et-Vilaine) A. QUEMENEUR., F. GUIBOURGE	p. 283

IV – Pour une stratégie et des outils de communication adaptés :	p. 301
. Premier bilan d'une expérience menée auprès des jeunes des missions locales de Besançon et de Montbéliard	
F. BAUDIER, F. THIRIET, J.-P. FERRY, A. AUGÉ.....	p. 303
Contrepoint : <i>Les préceptes de Jean-Jacques ROUSSEAU</i>	p. 311
Bibliographie	p. 313

Les dessins de BELOM illustrant ce chapitre sont reproduits avec l'aimable autorisation de l'auteur (les dessins originaux de Belom figurent dans l'ouvrage : « *Promotion de la santé – méthodologie* », Atelier 6 – les outils de communication.

Ceux de DOMENECH sont empruntés à la brochure « *Loïc et Flora devant l'amour* », avec l'aimable autorisation de la Fédération nationale Couple et Famille.

- TOME II -

CHAPITRE III.

ACCES AUX SOINS	p. 317
I – Dans la ville :	p. 319
. Travail auprès des jeunes d'un centre de médecine préventive : Mais qu'est-ce qu'ils veulent ?	
N. BON, M. BON, Y. SPYCKERELLE, J.-P. DESCHAMPS.....	p. 321
. Une permanence d'accueil d'adolescents à Rouen : Accueil	
83	
Dr. AMAR, M.-F. CAUDRON, M.-C. GURWIC, Dr. MORIN, D. MOUCHEL, Ph. VOTARODO	p. 341
. Un centre public de soins pour adolescents : l'entre-temps à Savigny-sur-Orge	
P. HUERRE.....	p. 359
. Accueil des adolescents dans un centre de santé mentale	
A. BRACONNIER.....	p. 365

II – A l'école :	p. 369
. Accès aux soins infirmiers –M ^{me} LEGUEVELOU	p. 375
. Accès au service social –M ^{me} DEROOST.....	p. 383
. Les bilans de santé –M ^{me} SABLONNIERE.....	p. 387
. Education pour la santé –D. GODFROY	p. 391
III – En milieu institutionnel :	p. 397
. Besoins de santé des adolescents en milieu institutionnel	
B. ZEILLER	p. 399
IV – A l'hôpital :	p. 403
. Les adolescents, leurs besoins de santé à l'hôpital	
V. COURTECUISSÉ	p. 409
. Mise en place d'une structure hospitalière pour adoles- cents à Saint-Denis de la Réunion	
J.-C. COMBES.....	p. 423
. Réflexions sur dix années de fonctionnement d'une unité de soins pour adolescents au centre hospitalier général de Dunkerque	
G. BERGERON	p. 433
. Prise en charge des tentatives de suicide de l'adolescent dans un service de réanimation médicale	
J. KOPFERSCHMITT, J.-M. MANTZ, Ph. SAUDER, M.- O. THOMANN, J.-M. MACK, A. JAEGER	p. 441
. Une consultation de médecine pour jeunes adultes à la polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine	
V. HALLEY DES FONTAINES, J. SAUNIÈRE, J.-C. IMBERT	p. 449
Bibliographie	p. 459

PREFACE

Cet ouvrage rassemble les textes des communications présentées lors des journées nationales consacrées aux adolescents et à leur santé qui se sont tenues à Paris les 7, 8 et 9 avril 1987.

*
* *

Si depuis longtemps déjà des efforts nationaux importants ont été engagés pour améliorer la santé de l'enfant et lui assurer le meilleur développement possible, en revanche les tentatives pour appréhender et mieux connaître les problèmes et les besoins de santé des adolescents et des jeunes et les initiatives pour les prendre en compte sont relativement récentes.

De fait, on assiste depuis une vingtaine d'années à l'« émergence » de la population adolescente, et ce en raison de plusieurs facteurs : d'une part l'avancement de l'âge de la maturité physiologique et l'accès retardé à l'autonomie et au statut d'adulte par l'allongement de la scolarité et les difficultés d'insertion professionnelle et sociale ont contribué à une augmentation de la durée de l'adolescence ; d'autre part, en exprimant, de façon parfois impétueuse, leurs désirs et leurs refus, les jeunes ont manifesté une individualité qui, pour dérangeante qu'elle puisse être, ne peut pas ne pas être prise en considération par les autres membres du corps social ; enfin, l'enjeu économique que constituent les jeunes est loin d'être négligeable.

En dépit de la diversité de ceux qu'on qualifie d'adolescents, leur point commun est d'être à cette période de la vie où l'individu, qui n'est plus un enfant et pas encore un adulte, a à connaître des transformations physiques, psychologiques et sociales que leur importance

apparente à des mutations. A cette phase positive à bien des égards, mais sans nul doute difficile, douloureuse et à risques, correspondent des problèmes et des besoins de santé dont il importe de circonscrire la spécificité.

En organisant les premières journées nationales consacrées à la santé de l'adolescent, la Direction Générale de la Santé souhaitait permettre à ceux qui de par leur profession, leur lieu de travail ou leurs responsabilités s'emploient à mieux comprendre la problématique de santé de cette population pour agir plus efficacement, de faire connaître leurs travaux, leurs recherches et leurs expériences, de se rencontrer et d'échanger.

Il n'était bien entendu pas question en trois jours de passer en revue tous les aspects de la santé menacée auxquels les professionnels se trouvent confrontés concernant les adolescents ou toutes les situations dont l'adolescence accentue le caractère critique.

Le programme de ce colloque comportait trois parties dont schématiquement chacune a fourni la matière d'un chapitre :

1. Des données épidémiologiques sur les adolescents, leurs problèmes et leurs besoins de santé ;
2. L'éducation à la santé à l'adolescence ;
3. L'accès aux soins.

La Direction Générale de la Santé souhaite vivement, par une large diffusion de ces documents, contribuer au mouvement d'intérêt pour la santé des adolescents qui émerge ici et là, voire l'amplifier, enrichir la réflexion de tous et favoriser la formulation d'orientations et la mise en oeuvre d'expériences qui permettent de structurer une véritable politique de santé pour les adolescents.

*
* *

Dans le premier chapitre, sont présentées plusieurs enquêtes récentes menées auprès de groupes d'adolescents qui, par juxtaposition ou superposition, forment une ébauche de portrait sanitaire de la population adolescente française.

Dans le deuxième chapitre, est abordée la question de l'éducation pour la santé à travers deux thèmes : la sexualité et l'usage des toxiques.

Il pourrait certes être reproché aux organisateurs du colloque d'avoir retenu les thèmes les plus largement repris au risque de renouer avec des débats si souvent orchestrés par les médias. Force est de convenir que si sexualité et usage des toxiques sont souvent associés à adolescence avec l'incidence réductrice fâcheuse que l'on sait, ces deux aspects constituent des champs d'action privilégiés où peuvent être pointés les difficultés, les limites et les impératifs d'une éducation pour la santé à cet âge de la vie dans la mesure où l'un comme l'autre touchent à la spécificité de l'adolescence.

Il faut en effet resituer l'usage des toxiques dans une problématique plus large, celle des conduites d'essai qui bien souvent s'avèrent des conduites de risque et/ou à risque, celle aussi des difficultés d'être des adolescents dont l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie sont des symptômes au même titre que le comportement suicidaire.

Quant à la sexualité, elle est dans sa phase de mise en place et d'expérimentation, le propre de l'adolescent. Aussi se trouve-t-il logiquement cible prioritaire des démarches éducatives.

Dans ce domaine, l'éducation pour la santé s'est longtemps limitée à l'information et à la diffusion de connaissances sur la contraception. L'extension des M.S.T. et l'apparition du SIDA obligent à la repenser et surtout à rechercher une approche qui ne sépare pas les différents aspects de la sexualité humaine : description des organes génitaux et de la reproduction, contraception, prévention des pathologies transmises par voie sexuelle, enfin – ce qui est occulté – recherche du plaisir, désir d'accomplissement de soi et de rencontre de l'autre, épanouissement affectif et sexuel.

Dans l'un et l'autre de ces domaines – sexualité et usage des toxiques –, le message éducatif risque de n'être pas entendu ou mal entendu ou d'être rejeté s'il ne véhicule que dangers et mises en gardes en négligeant toute référence au plaisir et au désir.

Enfin, dans le troisième et dernier chapitre, est considéré cet aspect majeur d'une politique de santé des adolescents qu'est l'accès aux soins.

Les adolescents consultent peu. Il serait simpliste de s'arrêter à ce constat en lui assignant la valeur d'un indicateur de bonne santé.

D'une part, la dépendance de l'adolescent mineur par rapport à ses parents et aux détenteurs de l'autorité parentale pèse par principe sur son libre recours aux soins.

D'autre part, tant qu'il n'a pas acquis son autonomie économique, l'adolescent n'a pas de protection sociale propre.

Et, au-delà de ces limites à l'accessibilité aux soins, il importe de s'interroger sur l'adéquation de l'offre et de la demande. Il est parfois rapidement dit que les adolescents ne sont pas intéressés par leur santé : ne serait-ce pas plutôt qu'ils n'adhèrent pas à la conception que les adultes ont de la santé, qu'ils acceptent moins volontiers que leurs problèmes de santé ne soient pas appréhendés de façon globale ?

On trouvera ici la présentation de quelques expériences qui sont autant de tentatives pour répondre à la demande des adolescents dans le domaine de l'accès aux soins : unités d'hospitalisation, consultations spécifiques pour adolescents.

Rappelons que les analyses et la réflexion menées à ce sujet par la Direction Générale de la Santé et la Direction des Hôpitaux ont abouti à l'élaboration et à la diffusion, en mars 1988, d'une circulaire proposant des orientations en vue de l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Premier Chapitre

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES



ENQUETE
SUR LA SANTE ET L'ADAPTATION SCOLAIRE
DES PREADOLESCENTS

*F. FACY **, *A. PHILIPPE ***

Dans le cadre des travaux effectués par l'INSERM sur les déviances de l'enfant et de l'adolescent, une enquête est entreprise au niveau de la préadolescence, période charnière dans le développement et la maturation de l'individu. Compte tenu des résultats observés à partir d'études psycho-sociales faites auprès des enfants d'âge préscolaire mettant en évidence des facteurs pronostics de difficultés d'apprentissage de lecture et d'écriture¹⁻², d'enquêtes réalisées³⁻⁴ en milieu scolaire auprès des adolescents, mettant en relation comportement et environnement, des questions ont émergé concernant plus particulièrement la période entre enfance et adolescence : y a-t-il continuité des facteurs et des difficultés, ou bien des signes spécifiques à cet âge sont-ils prédominants ?

* Chargé de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) - Unité 302.

** Ingénieur d'études, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) - Unité 302.

1. CHOQUET M., FACY F. LAURENT F., DAVIDSON, « Les Enfants à risque en âge pré-scolaire. Mise en évidence par analyse typologique », *Archives françaises de pédiatrie*, 1982, 39, 185-192.
2. CHOQUET M., LEDOUX S., « La Valeur pronostique des indicateurs de risque précoces. Etude longitudinale des enfants à risque à 3 ans », *Archives françaises de pédiatrie*, 1985, 42, 541-546.
3. Davidson F., Choquet M., *Les Lycéens et les drogues licites et illicites*, INSERM, Paris, 1980, 90 p.
4. FACY F., CHOQUET M., RALAMBONDRAINY H., VERRON M., « L'Association alcool-drogue chez des jeunes scolarisés et des toxicomanes », *Psychol. Méd.*, 1986, 18 : 2, 255-259.

DEFINITION DE LA PREADOLESCENCE

En dehors de la stricte caractérisation de la tranche d'âge 11-13 ans par le remaniement physiologique concernant la grande majorité des sujets, deux dimensions sont prises en compte dans l'étude :

- la dimension psychologique ;
- la dimension sociale.

La préadolescence est une période marquée par de nombreux phénomènes psychologiques qui se situent à deux registres : intellectuel et affectif.

En ce qui concerne le registre intellectuel, c'est à la préadolescence que l'enfant atteint presque sa maturité intellectuelle ; il dispose de modèles idéo-verbaux qui vont permettre la véritable pensée abstraite. D'après Piaget, c'est l'âge où s'organisent les opérations logiques formelles ; les principes rationnels (causalité et contradiction), vont devenir les fonctions normatives de la connaissance.

A cette rationalisation de la vie psychique correspond à la fin de ce stade une plus large communication avec le milieu et cette ouverture va permettre la constitution d'un système de valeurs idéales et logiques.

La plupart des études montrent qu'à cette époque, la croissance et le développement sont influencés essentiellement par des facteurs de l'environnement.

Cette tranche d'âge correspond à ce que le grand public désigne comme l'âge ingrat. Ces jeunes ne bénéficient pas comme les « adolescents » ou les « enfants » d'une dénomination, et les sentiments de changements qu'ils peuvent éprouver ne sont pas étayés par une considération ou une reconnaissance sociale.

Presque partout, les enfants de 10 à 13 ans fréquentent encore l'école dans leur quasi-totalité. Le rôle de l'école est très important de par sa contribution au processus de socialisation et au développement intellectuel de l'enfant dans cette tranche d'âge en particulier.

METHODOLOGIE

Le support de l'étude est un enquête épidémiologique par questionnaires fermés proposés à un échantillon de sujets tirés au sort sur les listes des enfants nés en 72, 73 ou 74 et scolarisés en 85-86 sur la commune de la Courneuve. Le choix du lieu de recueil des données s'est fait en fonction des particularités des moyens mis en oeuvre pour favoriser l'adaptation au milieu scolaire et du désir d'évaluation de la situation d'une zone d'éducation prioritaire. Trois instruments de mesure sont construits :

1 – Une batterie de tests scolaires, couvrant trois champs : français, mathématiques et aptitudes, est proposée aux enfants en passation collective dans l'établissement scolaire. Un pré-test a permis d'établir le temps de passation et les consignes à donner. Une fiche de correction est établie permettant d'obtenir des scores aux différentes épreuves ; celles-ci reflètent un niveau moyen attendu par les enseignants concernés et n'ont rien à voir avec des tests de performances.

2 – Un questionnaire individuel, proposant aux enfants de livrer leurs impressions sur l'école, les camarades, le mode de vie et les relations familiales, les loisirs. La passation est collective, en même temps que le test scolaire.

3 – Un entretien médical est proposé à partir d'une grille mise au point par les épidémiologistes, couvrant l'ensemble des problèmes somatiques, psychosomatiques et relationnels les plus courants à cet âge.

L'entretien est réalisé individuellement, dans le cadre du cabinet du médecin scolaire, après obtention de l'autorisation des parents.

La passation des épreuves scolaires est effectuée le même jour dans les différents établissements, collèges, SES et écoles primaires, choisis de façon à respecter la proportion des élèves entre le primaire et le secondaire. Les entretiens médicaux sont répartis sur une période de deux mois.

Cette enquête épidémiologique a nécessité des autorisations officielles : ministère de l'Education nationale, inspection d'académie.

La garantie de l'anonymat des enfants est assurée par l'INSERM, qui protège ses fichiers informatisés.

Par ailleurs, des réunions d'information des différents partenaires : groupe départemental, ZEP, parents d'élèves, enseignants, enfants, DDASS ont été organisées pour solliciter l'adhésion à l'enquête des responsables de terrain.

Les refus de participation à l'enquête sont très variables suivant les écoles et ont paru extrêmement corrélés à la qualité de l'information faite par les directeurs d'école. Les caractéristiques de ces refus sont communes à des enquêtes de ce type : crainte de fichage, d'analyses biologiques...

L'échantillon disponible comprend 449 dossiers scolaires dont 373 dossiers complets avec le volant médical.

RESULTATS

La comparaison de l'échantillon avec la population de la commune montre une représentativité tout à fait acceptable, il existe toutefois une sur-représentation des étrangers, en raison des refus moins fréquents de leur part (tableau 1).

Tableau 1
Comparaison entre la population des 11-13 ans
habitant la Courneuve et les enfants de l'enquête (en %)

	Population 11-13 ans	Echantillon scolaire 11-13 ans
	N = 1 615	N = 433
Sexe :		
- garçons	49,8	52,6
- filles	50,2	47,4
Age :		
- 11 ans	32,2	29,4
- 12 ans	33,1	37,2
- 13 ans	34,7	33,4
Nationalité :		
- Français	75,8	65,9
- Etrangers	24,2	34,1

Au stade actuel du déroulement des analyses, il est possible d'apprécier les connaissances des enfants à travers les épreuves proposées et de tester la cohérence des différentes épreuves entre elles.

Les premières analyses portent sur les scores globaux obtenus aux épreuves de mathématiques, de français et d'aptitudes. Les scores maxima sont : 40, 35, 23.

- le score total maximum est de 98.

Le tableau 2 montre la progression des scores moyens suivant les niveaux scolaires. La graduation pédagogique est globalement retrouvée au niveau des connaissances, on note toutefois les moyennes indifférenciées entre les classes de 6^e et 5^e.

Tableau 2
Résultats aux tests par classe

	Français	Math	Aptitude	Test
CM 2 Passerelle (N = 76)	19,4 ..	19,7 ...	15,6 ...	54,7 ...
6 ^e (N = 157)	21,8	24,5	18,1	64,4
5 ^e (N = 136)	23,1 ...	23,9 ...	18,7 ...	65,7 ...
4 ^e (N = 34)	30,5	31,9	20,9	83,2
Ensemble (N = 433)	21,7	22,9	17,5	62,1

Les différences ne sont pas significatives entre 6^e et 5^e.
Elles sont significatives entre toutes les autres classes.

Le tableau 3 permet de retrouver les différences bien connues par sexe. Il est à remarquer que les performances des filles sont significativement meilleures mais la différence n'est pas très importante.

Tableau 3
Résultats au test selon le sexe

	Français	Math	Aptitude	Test
Filles	21,5	22,4	17,3	61,2
Garçons	.. 19,2	21,2	16,5	57,0

Le tableau 4 révèle des différences non significatives entre les scores moyens obtenus par âge ; la prise en compte d'une notion plus

nuancée d'âge relatif, à partir de l'âge normal pour une classe, et des années de retard, s'avère plus intéressante. On retrouve ainsi des résultats obtenus dans l'étude de Zazzo en 1982 sur des enfants âgés de 10 à 13 ans. Ceux qui ont un retard scolaire ne parviennent pas en moyenne à rattraper les scores de ceux qui sont à l'âge normal, et cette différence s'accroît encore, à partir de 2 ans et plus de retard.

Tableau 4
Résultats aux tests par âge

	Français	Math	Aptitude	Test
11 ans (N = 125)	21,8	22,5	16,6	61,0
12 ans (N = 156)	21,2	22,8	17,4	61,5
13 ans (N = 146)	22,4	23,4	18,3	64,1
Ensemble (N = 428)	21,7	22,9	17,5	62,1

Les différences par âge ne sont pas significatives en français et mathématiques.

A l'épreuve d'aptitude, la différence est significative entre 11 ans et 13 ans.

Les pourcentages des enfants en retard sont très élevés à la Courneuve : 40 % ont un an de retard, 18 % ont deux ans de retard, 6 % ont trois ans et plus de retard. Ces résultats de scores moyens diminuant avec les nombres d'années de retard sont retrouvés pour les trois classes les plus importantes de l'échantillon : CM 2, 6^e et 5^e (tableau 5).

Tableau 5
Résultats au test scolaire par classe
en fonction de « l'âge relatif »

	Français	Math	Aptitude	Test
CM 2 passerelle				
1 an retard	22,6	22,9	16,6	62,1
2 ans retard	17,6	16,7	14,1	48,4
6 ^e				
a l'âge	24,8	27,5	19,3	71,6
1 an retard	19,0	22,0	17,1	58,1
2 ans retard	20,6	23,4	18,1	62,1
5 ^e				
a l'âge	26,0	27,8	20,0	73,8
1 an retard	20,9	21,0	17,8	59,7

A classe égale, les résultats au test sont plus faibles chez les élèves qui sont en retard (différences significatives).

La grande majorité des élèves s'estiment « plutôt moyens » ou « plutôt mauvais ». Seul un sur trois se voit plutôt bon. Les pourcentages de réussite appréciée vont de 50 % en français à 62 % en mathématiques. Sciences, histoire et géographie atteignent 55 %.

L'intérêt est le plus faible pour le français (56 %) et atteint 68 % pour les mathématiques. La corrélation de la réussite vécue et des notes obtenues montre pour les meilleurs plutôt une tendance à s'estimer « moyens ».

La bonne entente avec tous les enseignants est affirmée par 50 % seulement des élèves. Les croisements entre auto-évaluation et scores aux épreuves scolaires montrent qu'il n'y a pas que des concordances : ainsi les bons élèves ne se voient pas forcément les

meilleurs. Ils ne sont pas non plus ceux qui s'entendent le mieux avec les enseignants (tableau 6).

Tableau 6
Résultats au test et entente avec les professeurs
(élèves des CES)

Entente avec les professeurs	Français	Math	Aptitude	Test
Tous (N = 123)	20,9	23,4	18,1	62,4
Quelques-uns (N = 117)	22,8	25,7	18,6	67,1

Le questionnaire médical permet, à travers les premières analyses, de retrouver les grandes problématiques de santé de cet âge.

Il faut préciser que dans les statistiques nationales, la tranche d'âge 10-15 a la mortalité la plus basse, avec les accidents comme première cause. Au niveau de la morbidité, qui est elle aussi une des plus faibles, comme à l'adolescence, les points les plus fréquents repérés dans l'enquête concernent les accidents (29 %), les affections des voies respiratoires (25 %), les problèmes liés à la puberté (retard, avance) (16 %), les troubles alimentaires (14 %) avec l'obésité notamment. Un bon nombre de problèmes de santé de cet âge sont d'ordre psychosomatique (sommeil, voies respiratoires,...) et il est intéressant de relier cet aspect avec les résultats scolaires. Il existe une corrélation importante entre le nombre de problèmes de santé et les scores obtenus, dans le sens décroissant, avec un palier très net à partir de dix problèmes.

Tableau 7**Nombre et intensité des symptômes psychosomatiques**

	Français	Math	Aptitude	Test
Moins de 10	20,8	22,7	17,2	60,6
Plus de 10	17,5	17,4	14,9	49,9

Parmi les symptômes significatifs se trouvent les troubles du sommeil (endormissement, cauchemar...), les affections des voies respiratoires, les migraines, les vomissements.

En dehors de la santé, le comportement des enfants est apprécié à travers un certain nombre d'indicateurs : nervosité, anxiété, colères manifestées à l'école en particulier. Alors que les signes ne sont pas rares chez les préadolescents, dont 45 % se révèlent anxieux à l'école par exemple, on ne trouve pas de corrélation globale entre le nombre de troubles du comportement et les scores aux épreuves scolaires. Il se révèle nécessaire de distinguer différents niveaux scolaires pour étudier des interdépendances plus fines entre comportement et réussite objective, ou bien y a-t-il à cet âge une telle diversité « naturelle » qu'aucune relation ne soit effective ?

CONCLUSION – DISCUSSION

Au stade actuel des analyses et de leurs interprétations, quelques points peuvent être discutés, par rapport aux outils d'appréciation mis en place, au déroulement de l'enquête, aux collaborations mises en oeuvre, aux prolongements envisagés.

1 – L’outil scolaire :

La passation collective des épreuves s’est révélée aisée, montrant une application des enfants, soutenue par la diversité des exercices proposés.

Les épreuves scolaires sont validées, à la fois à travers la différenciation des enfants et la cohérence importante des épreuves entre elles.

Le codage, guidé par les réponses, s’est révélé assez discriminant dans les résultats, et se trouve simple dans son utilisation.

2 – Le questionnaire individuel a suscité des réactions d’intérêt de la part des enfants. Mode d’interrogation exploratoire, impliquant directement le jeune, dans une série de questions fermées, il s’avère pertinent, notamment par le faible taux de non-réponses, en dehors de ceux qui n’ont pu l’achever pour des raisons de compréhension et de temps (les élèves de la SES par exemple).

Des points de recoupement avec le questionnaire médical ou avec d’autres études abordant des thèmes voisins ont permis de juger de la sincérité des jeunes interrogés, qui n’ont pas donné de réponse standard. Ainsi entre 11 et 13 ans, le jeune accepte de faire et de bien faire un portrait de lui-même, de son environnement, de son mode de vie.

3 – Les problèmes de santé, même s’ils sont minoritaires à la préadolescence par rapport à d’autres étapes du cycle de vie, sont présents et tellement spécifiques que les différentes structures accueillant ces jeunes ne peuvent pas les ignorer. Sans que l’on puisse parler de schéma causal : difficultés de santé et échec scolaire, les corrélations sont indubitables. Responsables de la santé et enseignants doivent collaborer aux différents stades de leurs actions de prévention et de prises en charge différenciées.

Une réflexion sur la pratique des bilans de santé pourrait être entamée, à partir de l’expérience faite de cette grille d’entretien,

amorçant un dialogue avec le jeune, suivant certains points, le corps, l'adaptation à l'environnement, l'information...

4 – L'enquête menée à la Courneuve en 85-86 s'inscrit dans une perspective de recherche-action. Un système interactif s'est établi entre l'équipe de chercheurs et les responsables du terrain, zone d'Education Prioritaire. Outre les soucis d'améliorer la connaissance des 11-13 ans, il reste à dégager des propositions d'action, tenant compte des particularités locales, des souhaits et des contraintes des partenaires concernés.

REMERCIEMENTS

- Aux enseignants qui ont participé à l'élaboration des épreuves scolaires.

- Aux directeurs d'école qui ont assuré la passation des épreuves et effectué les corrections.

- Aux médecins scolaires, les Docteurs Le Quellec et Rippol, qui ont assuré les entretiens individuels.

- Aux préadolescents, qui ont répondu avec intérêt et application aux questionnaires.

CONTREPOINT

UN ADOLESCENT GENIAL

Arthur RIMBAUD, Roman

I

On n'est pas sérieux, quand on a dix-sept ans.
— Un beau soir, foin des bocks et de la limonade,
Des cafés tapageurs aux lustres éclatants !
— On va sous les tilleuls verts de la promenade.

Les tilleuls sentent bon dans les bons soirs de juin !
L'air est parfois si doux, qu'on ferme la paupière ;
Le vent chargé de bruits — la ville n'est pas loin —
A des parfums de vigne et des parfums de bière...

II

— Voilà qu'on aperçoit un tout petit chiffon
D'azur sombre, encadré d'une petite branche,
Piqué d'une mauvaise étoile, qui se fond
Avec de doux frissons, petite et toute blanche...

Nuit de juin ! Dix-sept ans ! — On se laisse griser.
La sève est du champagne et vous monte à la tête...
On divague ; on se sent aux lèvres un baiser
Qui palpite là, comme une petite bête...

III

Le coeur fou robinsonne à travers les romans,
— Lorsque, dans la clarté d'un pâle réverbère,
Passe une demoiselle aux petits airs charmants,
Sous l'ombre du faux col effrayant de son père...

Et, comme elle vous trouve immensément naïf,
Tout en faisant trotter ses petites bottines,
Elle se tourne, alerte et d'un mouvement vif...
— Sur vos lèvres alors meurent les cavatines...

IV

Vous êtes amoureux. Loué jusqu'au mois d'août.
Vous êtes amoureux. — Vos sonnets La font rire.
Tous vos amis s'en vont, vous êtes mauvais goût.
— Puis l'adorée, un soir, a daigné vous écrire !

— Ce soir là..., — vous rentrez aux cafés éclatants,
Vous demandez des bocks ou de la limonade...
— On n'est pas sérieux, quand on a dix-sept ans
Et qu'on a des tilleuls verts sur la promenade.

23 septembre 70
(Rimbaud avait 16 ans)

**L'ADOLESCENT DE 5°
EN 1986
DANS LE DEPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE**

*C. BOURDERIOUX **, *J. TICHET ***,
*S. VOL ****, *P. TRILHE *****

(Le rapport de cette enquête n'est pas reproduit ici *in extenso* : quelques résultats seulement sont présentés ainsi que la méthodologie).

Conscients d'intervenir sur la même population dans un but commun de dépistage et de prévention, le Service de santé scolaire d'Indre-et-Loire et l'Institut régional pour la santé (IRSA) ont choisi d'associer leurs moyens sur le terrain, pour enrichir leur connaissance de la population, en créant un outil original de travail.

CHOIX DES ELEVES DE CINQUIEME

Nous avons choisi d'intervenir par classe et non par âge pour perturber le moins possible l'enseignement.

* Pédiatre, Institut régional pour la santé (IRSA), 45, rue de la Parmentière, 37521 La Riche.

** Médecin-directeur, Institut régional pour la santé (IRSA), 45, rue de la Parmentière, 37521 La Riche.

*** Epidémiologiste, Institut régional pour la santé (IRSA), 45, rue de la Parmentière, 37521 La Riche.

**** Médecin inspecteur de la santé, médecin de liaison de santé scolaire, Service de santé scolaire - 14, rue Etienne Pallu, 37000 Tours.

Bien que les textes pour la santé scolaire ne prévoient plus de visites médicales systématiques après le premier bilan, il nous a paru intéressant d'apprécier l'état de santé de **tous les élèves de cinquième** car :

- sur le **plan physiologique**, malgré les disparités liées à l'âge et à la différence de maturation individuelle, nous sommes en période de pleine poussée pubertaire avec les **risques de flambée pathologique** ;
- sur le **plan pédagogique** : c'est la **fin du cycle d'observation**, à l'issue duquel ils entreront dans le cycle d'orientation. Il est donc essentiel, pour aider les élèves dans leur choix, que des informations sur leurs possibilités physiques et leurs limites leur soient données au cours de cette période, avant leur orientation éventuelle vers l'**enseignement technique et professionnel**.

BUT DE L'ENQUETE

- Connaître l'état sanitaire de la population de 5^e des collèges et de sections d'enseignement spécialisé (S.E.S.).
- Rechercher chez ces adolescents les facteurs de morbidité pouvant :
 - . demander des **soins immédiats** ;
 - . nécessiter une **surveillance particulière** ;
 - . entraîner des **contre-indications** à certains métiers.
- Définir un groupe à risques nécessitant un suivi médical.

METHODOLOGIE

1 — Population étudiée

- Le département d'Indre-et-Loire comptait en 1985/1986 :
- 367 classes de collèges et 17 classes de 5^e de S.E.S. ;

- réparties en 328 classes dans l'enseignement public et 56 classes dans l'enseignement privé ;
- soit **une population de 9 623 enfants**.

Une population représentative des élèves de 5^e sur le secteur couvert (**le secteur de Loches étant exclu**, faute de médecin scolaire — voir la carte), a été obtenue par **un sondage au 1/6** réalisé sur les 321 classes de collèges et les 15 classes de S.E.S. participant à l'enquête.

Au total, **1 316 dossiers comprenant les examens clinique et paraclinique ont été étudiés** (39 dossiers incomplets ont été exclus), correspondant à **53 classes de collèges et 3 classes de S.E.S.**

2 — Contenu de l'enquête

* **L'auto-questionnaire enfant de la C.P.A.M.** Il comprend 126 questions portant sur :

- les antécédents familiaux et personnels de l'enfant ;
- ses conditions de vie et ses habitudes socio-éducatives ;
- son état de santé actuel.

* **Un examen para-clinique :**

- biométrique (poids, taille, tension artérielle) ;
- sensoriel (vision sur VISIOTEST, audition sur VIENNATONE) ;
- urinaire (sucres réducteurs, albumine, corps cétoniques, sang) ;
- biologique (sur TECHNICO) pour les ayants droit seulement, comprenant :
 - . numération et formule sanguine, numération plaquettaire
 - . vitesse de sédimentation
 - . glycémie
 - . gamma GT, transaminase (TGO)
 - . créatinine, acide urique
 - . cholestérol, triglycérides.

* **Un examen clinique standardisé.**

3 — Réalisation

* Motivation du personnel de santé scolaire

Elle a été étudiée au moyen d'une enquête en début d'année scolaire. Sur 36 personnes interrogées, 32 personnes ont été d'accord pour travailler par programme. Pour alléger le travail administratif de tous, cette enquête a remplacé l'enquête ministérielle de fin d'année.

* Formation du personnel

Elle a été assurée :

- par des **rencontres** entre le personnel para-médical de secteur du service de santé scolaire, les infirmières d'établissement, les infirmières des collèges privés et les infirmières de l'IRSA pour s'initier au **maniement des appareils** (tensiomètre électronique, visiotest, viennatone) et étudier les **modalités pratiques de leur collaboration sur le terrain** ;
- par une séance de formation du personnel de santé scolaire au **dépistage des troubles de la statique** par le Professeur Glorion.

* Elaboration de la fiche clinique

Elle a été préparée, au cours de cinq réunions, par :

- des médecins de la santé scolaire,
- le Docteur Bourderioux et Madame Vol, statisticienne, pour l'IRSA ;
- avec la participation du docteur Larcher de l'Observatoire régional de la santé du Centre et de Madame Delécrin, statisticienne de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales.

La fiche clinique a été testée, avant adoption définitive, sur les classes préprofessionnelles de niveau (CPPN), par chaque médecin scolaire, durant le mois de décembre 1985.

* Test préliminaire

L'enquête a été expérimentée sur quatre classes de CPPN, le temps administratif et paraclinique en décembre, le temps clinique dans la première semaine de janvier 1986.

4 — Diffusion des résultats

L'IRSA et le service de santé scolaire ont prévu de diffuser les résultats auprès de tous les participants de l'enquête.

Des financements complémentaires sont recherchés pour une diffusion plus large.

5 — Perspectives

Cette meilleure connaissance de la morbidité des élèves doit permettre de définir une politique de prévention s'ajustant aux besoins.

Symboles statistiques utilisés

- NS différence non significative
- * différence significative au seuil de 5 % ($p < 0,05$)
- ** différence significative au seuil de 1 % ($p < 0,01$)
- *** différence significative au seuil de 1 pour mille ($p < 0,001$).

QUELQUES RESULTATS

I — Présentation de la population

- Effectif

L'enquête a concerné 1 316 élèves répartis de la façon suivante :

662 garçons soit : 50,3 %

654 filles soit : 49,7 %

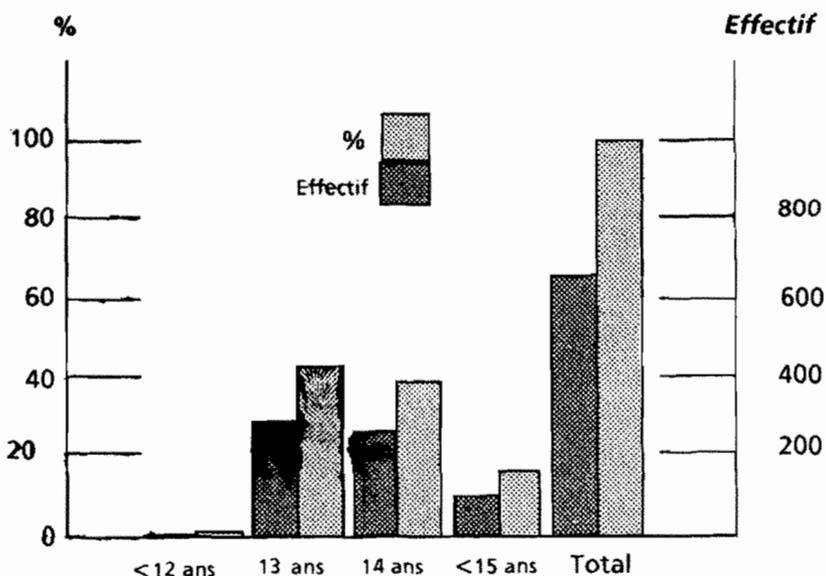
- L'âge moyen des élèves est de :

13,7 ans pour les garçons

13,6 ans pour les filles.

- La répartition des élèves de 5^e par classe d'âge et par sexe montre une certaine dispersion comme en témoigne l'histogramme suivant :

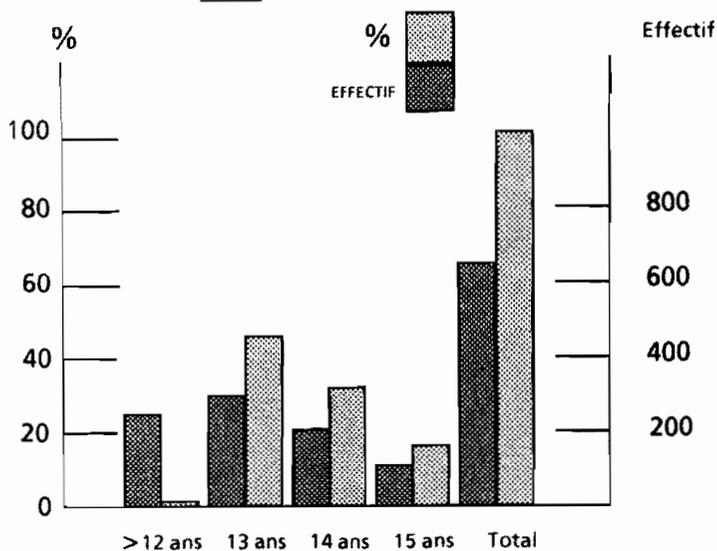
**Répartition de la population
par classe d'âge et par sexe**



Age	≤ 12 ans	13 ans	14 ans	≥ 15 ans	Total
Effectif	13	286	258	105	662
%	2	43,2	39	15,8	100

Garçons

FILLES



Age	≤ 12 ans	13 ans	14 ans	≥ 15 ans	Total
Effectif	26	303	213	112	654
%	4	46,3	32,6	17,1	100

Filles

II – Scolarité

- Examen (1 261 réponses, 4,2 % de non réponses)

	garçons	filles	total
Effectif	636	625	1 261

- Redoublements

	garçons	filles	total
redoublants	53,8 %	48,5 %	51,2 %
nombre de classes redoublées			
aucune classe	46,2 %	51,5 %	48,9 %
1 classe	39,3 %	32,8 %	36,1 %
2 classes	14,0 %	14,7 %	14,4 %
3 classes	0,5 %	1,0 %	0,7 %
fréquence des redoublements selon la classe			
GSM	0,5 %	0,8 %	0,6 %
CP	8,5 %	7,5 %	8,0 %
CE1	5,2 %	4,9 %	5,0 %
CE2	6,1 %	6,4 %	6,3 %
CM1	6,6 %	5,7 %	6,2 %
CM2	7,8 %	8,3 %	8,0 %
6 ^e	16,6 %	12,0 %	14,3 %
5 ^e	17,3 %	19,3 %	18,3 %

51,2 % des élèves de 5^e ont connu au moins un échec scolaire marqué par un redoublement, les filles un peu moins que les garçons.

Le taux de **redoublement** des classes de **collège** est presque **deux fois supérieur** à celui des classes de **primaire**.

III — Habitudes socio-éducatives de l'enfant

- Auto-questionnaire (taux moyen de non-réponses : 7,2 %)

1 — Durée de sommeil

inférieure à 8 h par nuit	4,3 %
de 8 h à 9 h	49,6 %
de 9 h à 10 h	42,3 %
supérieure à 10 h par nuit	3,8 %

Il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles.

2 — Télévision

chaque jour	57,7 %
mercredi et dimanche	15,1 %
de temps en temps	27,1 %
jamais	0,3 %

Il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles.

3 — Activité physique et sportive en dehors de l'école

	garçons	filles	total
chaque jour	5,1 %	3,1 %	4,1 %
une fois par semaine	53,2 % ***	38,6 %	45,9 %
de temps en temps	21,0 %	19,3 %	20,2 %
jamais	20,7 %	39,0 %	29,9 %

4 — Sport en compétition

oui	35,5 % ***	12,0 %	23,6 %
-----	------------	--------	--------



A peine la moitié des élèves de 5^e pratiquent régulièrement un sport en dehors de l'école. L'activité physique des filles est nettement moindre que celle des garçons ($p < 0,001$).

IV – Habitudes alimentaires

- Auto-questionnaire (taux moyen de non-réponses : 8 %)

1 – Prise d'un petit déjeuner

	garçons	filles	total
jamais	1,5 %	2,4 %	2,0 %
de temps en temps	5,8 %	14,1 %	10,0 %
tous les jours	92,7 % ***	83,6 %	88,0 %

2 – Composition du petit déjeuner

à la française	75,2 %	75,8 %	75,5 %
à l'anglaise	2,9 %	2,7 %	2,8 %
boisson lactée seulement	19,1 %	18,0 %	18,5 %
thé ou café seulement	2,9 %	3,5 %	3,2 %

3 – Prise journalière d'un laitage

oui	96,3 %
-----	--------

4 – Consommation de viande, de poisson ou d'oeuf

aux deux repas quotidiens	51,3 %
à un seul repas par jour	40,4 %
pas tous les jours	8,3 %
jamais	-

Le petit déjeuner est insuffisant :

- **en fréquence** (12 % des élèves ne prennent pas régulièrement de petit déjeuner). La prise du petit déjeuner est significativement moins fréquente chez les filles que chez les garçons ($p < 0,001$).
- **en composition** (simple boisson dans 21,7 % des cas).

3,7 % des élèves disent **ne pas prendre de laitage**. Qu'en est-il de leur **apport calcique** ?

8,3 % des élèves disent **ne pas avoir un apport quotidien en protéines animales**. Il est difficile de savoir s'il s'agit de carences liées à la pauvreté ou à des convictions particulières.

A l'inverse, il y a surconsommation possible avec **51,3 % de prise biquotidienne de protéines animales**. Ce chiffre est à rapprocher du taux de demi-pensionnaires (53,6 %). Il n'est pas exclu que les parents des demi-pensionnaires compensent le soir les carences supposées de l'alimentation du midi.

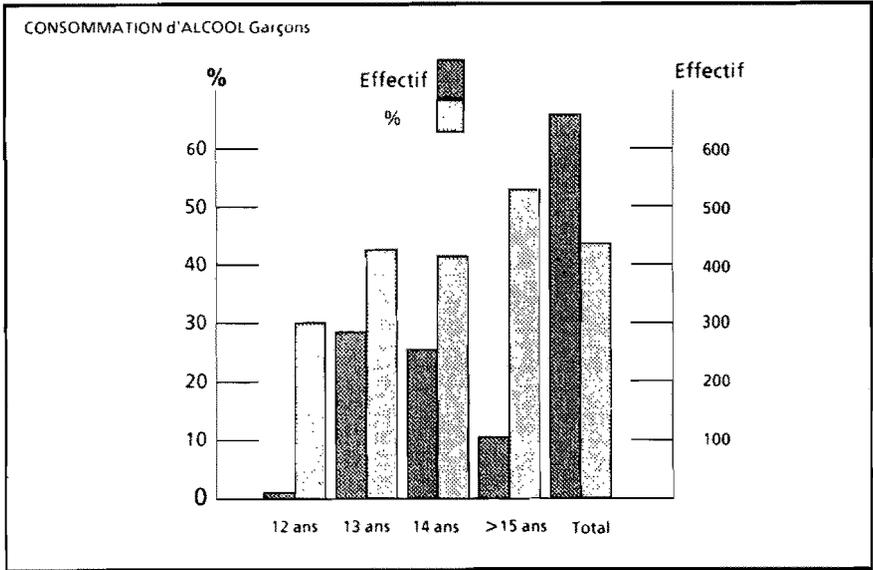
V — Attitudes face à l'alcool et au tabac

1 — Consommation d'alcool

- Examen

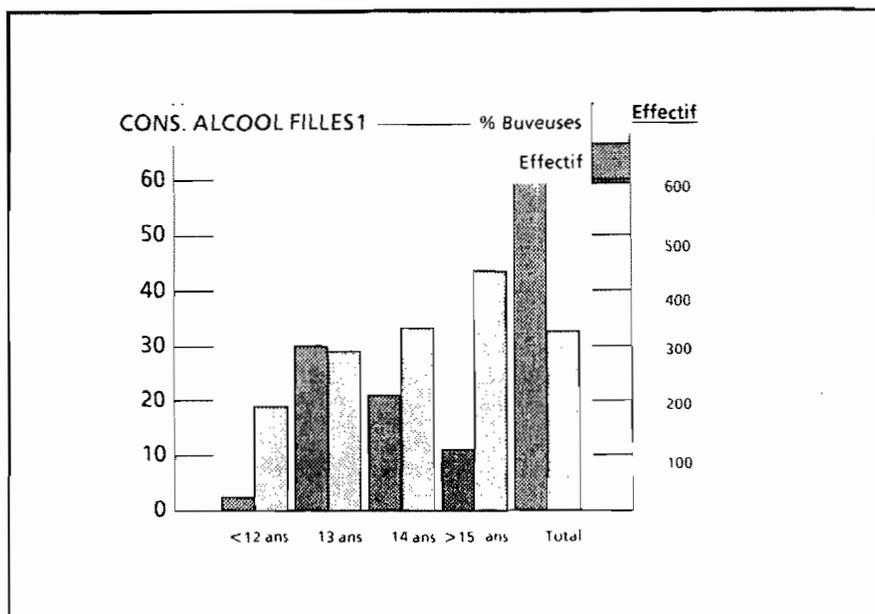
	garçons	filles	total
Effectif	660	654	1 314
Consommation d'alcool	43,6 % ***	32,6%	38,1 %
occasionnelle	42,4 %	32,3 %	37,4 %
quotidienne	1,2 %	0,3 %	0,7 %

Fréquence de la consommation d'alcool en fonction de l'âge et du sexe



Age	≤ 12 ans	13 ans	14 ans	≥ 15 ans	Total
Effectif	13	286	257	104	660
% de buveurs	30,8	42,7	41,6	52,9	43,6

Garçons



Age	≤ 12 ans	13 ans	14 ans	≥ 15 ans	Total
Effectif	26	303	213	112	654
% de buveuses	19,2	29,0	33,3	43,8	32,6

Filles

Globalement, la consommation d'alcool est significativement plus importante chez les garçons que chez les filles ($p < 0,001$).

Par contre, la comparaison par classe d'âge ne met en évidence une différence significative ($p < 0,001$) entre les garçons et les filles qu'à 13 ans, ce qui laisse penser que les garçons commencent à boire un an plus tôt.

- Auto-questionnaire (1 203 réponses, 8,6 % de non-réponses).

- Arrive-t-il à l'enfant de consommer de la bière, du cidre ou du vin ?

	garçons	filles	total
jamais	67,7 %	74,3 %	71,1 %
consommation	32,4 % *	25,7 %	28,9 %
exceptionnelle	28,9 %	23,1 %	25,9 %
une fois par semaine	2,6 %	2,1 %	2,3 %
presque chaque jour	0,7 %	0,2 %	0,4 %
à tous les repas	0,2 %	0,3 %	0,3 %

La comparaison entre les réponses à l'auto-questionnaire et les résultats de l'interrogatoire lors de l'examen montre une certaine discordance.

Il peut s'agir :

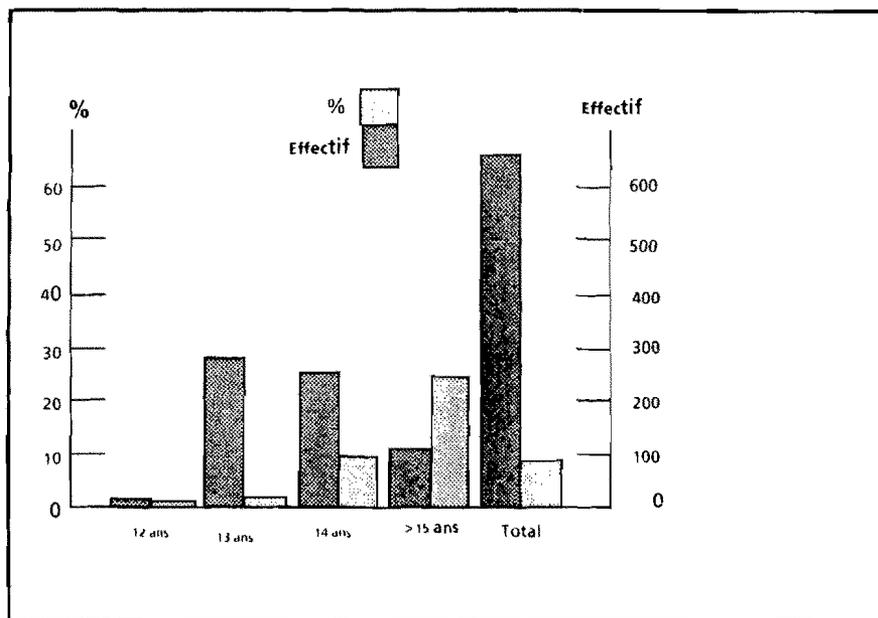
- soit d'une **méconnaissance par la famille** de la consommation d'alcool de leur enfant (29,9 % des parents disent que leur enfant absorbe de l'alcool alors que 38,1 % des élèves disent en prendre) ;
- soit d'une **occultation du problème** par les parents (8,6 % de non-réponses).

2 — Consommation de tabac

- Examen

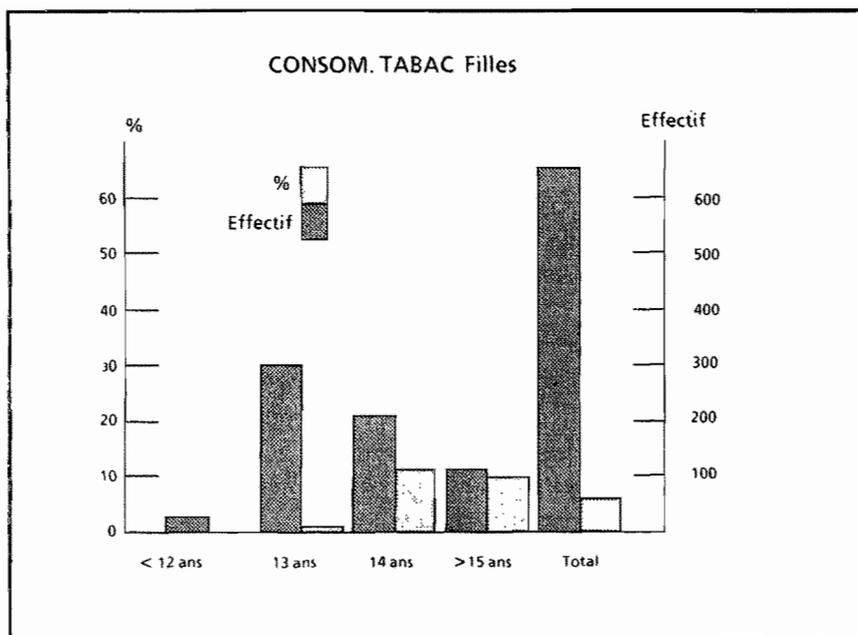
	garçons	filles	total
Effectif	661	654	1 315
Consommation de tabac	8,8 % NS	6,0 %	7,4 %
occasionnelle	5,9 %	4,1 %	5,0 %
quotidienne	2,9 %	1,8 %	2,4 %

Fréquence de la consommation de tabac en fonction de l'âge et du sexe



Age	≤ 12 ans	13 ans	14 ans	≥ 15 ans	Total
Effectif	13	286	257	105	661
% de fumeurs	-	2,8	9,3	24,8	8,8

Garçons



Age	≤ 12 ans	13 ans	14 ans	≥ 15 ans	Total
Effectif	26	303	213	112	654
% de fumeuses	-	1,3	11,3	9,8	6

Filles

L'usage du tabac n'est pas retrouvé chez ces élèves de 5^e à 12 ans.

Il apparaît dès 13 ans chez les garçons et chez les filles et **croît significativement avec l'âge.**

La consommation de tabac des garçons devient significativement plus importante que celle des filles à partir de 15 ans ($p < 0,01$).

- Auto-questionnaire (1 203 réponses, 8,6 % de non-réponses).

- **Arrive-t-il à l'enfant de fumer ?**

	garçons	filles	total
oui	4,1 %	3,3 %	3,7 %

Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est en moyenne de :

- 3 cigarettes par jour à 14 ans ;
- 5 cigarettes par jour à 15 ans.

Les filles qui fument à 15 ans fument davantage de cigarettes (6,8 cigarettes) que les garçons (4,2 cigarettes).

La comparaison entre les réponses à l'auto-questionnaire et les résultats de l'interrogatoire lors de l'examen montre une certaine discordance.

Il peut s'agir :

- soit d'une **méconnaissance par la famille** de la consommation de tabac de leur enfant (3,7 % des parents disent que leur enfant fume, alors que 7,4 % des élèves disent le faire) ;
- soit d'une **occultation du problème** par les parents (8,6 % de non-réponses).

VI — Etat pubertaire

- Examen

L'étude de **stades pubertaires** a été faite en utilisant l'échelle de Tanner.

	garçons	filles	total
Effectif	622	605	1 227
stade 1	7,6 %	1,7 %	4,7 %
stade 2	28,9 %	10,4 %	19,8 %
stade 3	28,1 %	13,9 %	21,1 %
stade 4	19,5 %	13,7 %	16,6 %
stade 5	15,9 %	60,3 %	37,8 %

La fréquence d'examens non faits est de 6,8 %, elle traduit la persistance du tabou concernant l'examen génital.

- **60,3 % des filles** sont au stade 5 contre seulement **15,9 % des garçons**.

- **La différence de stade pubertaire entre garçons et filles est significative au seuil de 1 % à 13 et 14 ans.**

Cet écart de maturation doit rester à l'esprit pour interpréter les **différences cliniques rencontrées entre les garçons et les filles tout au long de l'enquête.**

- Auto-questionnaire (616 réponses, 5,8 % de non-réponses)

- **Les filles sont déjà réglées dans 55,8 % des cas.**

- **L'âge moyen des premières règles est de 12,1 ans.**

règles régulières : 70,0 %

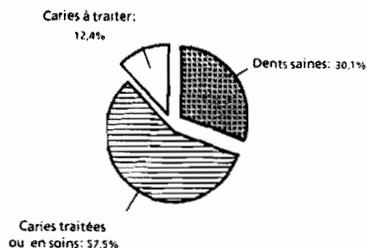
règles douloureuses : 36,1 %

VII — Etat dentaire

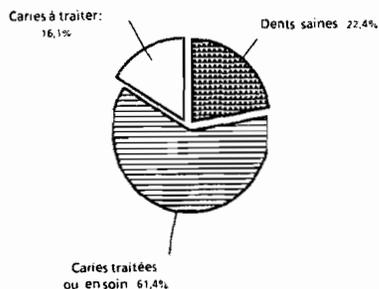
1 — Dentition

- Examen

	garçons	filles	total
Effectif	657	651	1 308
avec dents saines	30,1 %	22,4 %	26,3 %
avec dents cariées	69,8 % **	77,5 %	73,7 %
caries traitées ou en soins	57,5 %	61,4 %	59,5 %
caries à traiter	12,3 %	16,1 %	14,2 %



657 garçons



651 filles

Etat de la dentition

- Auto-questionnaire

- **Une ou plusieurs dents cariées** (1 196 réponses, 9,1 % de non-réponses)

oui 39,2 % 42,3 % 40,8 %

- **Brossage quotidien des dents** (1 214 réponses, 7,7 % de non-réponses)

oui 69,3 % *** 83,3 % 76,4 %

- **Prise de boissons sucrées** (1 219 réponses, 7,4 % de non-réponses)

exceptionnellement 68,2 % 69,6 % 68,9 %

presque tous les jours 20,2 % 21,8 % 21,0 %

plusieurs fois par jour 11,6 % 8,6 % 10,1 %

- **Prise excessive de sucreries** (1 213 réponses, 7,8 % de non-réponses)

oui 18,4 % *** 28,9 % 23,7 %

Presque la moitié des caries semblent ignorées.

Les filles ont significativement plus de caries que les garçons ($p < 0,01$) et consomment plus de sucreries ($p < 0,001$), bien qu'elles soient plus nombreuses que les garçons à se brosser les dents ($p < 0,001$).

2 — Articulé dentaire

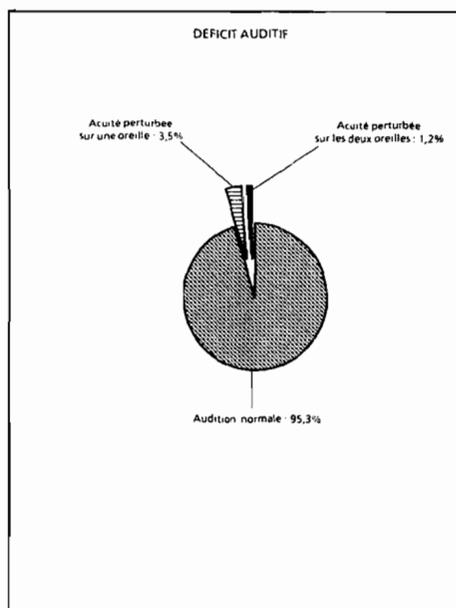
Trouble de l'articulé 24,2 %

VIII — Examens sensoriels

1 — Audition

- Examen (dépistage systématique par le VIENNATONE 1050)

	garçons	filles	total
Effectif	656	652	1 308
Audition normale	96,2 %	94,3 %	95,3 %
Troubles auditifs	3,8 % N.S.	5,7 %	4,7 %
déficit > 30 dB à 1 000 et 2 000 Hz ou > 40 dB à 4 000 et 6 000 Hz			
audition perturbée d'un côté	2,6 %	4,5 %	3,5 %
des deux côtés	1,2 %	1,2 %	1,2 %



Acuité auditive

Les 62 élèves ayant des troubles auditifs sont l'objet d'une enquête complémentaire.

- Auto-questionnaire (taux moyen de non-réponses : 8,3 %)

otites fréquentes	3,2 %	4,3 %	3,7 %
paracentèses	12,7 %	11,9 %	12,3 %
n'entend pas bien	9,1 % *	6,0 %	7,5 %

A l'examen, n'ont été retenus que les déficits importants pouvant interférer sur la scolarité. Les parents semblent surestimer les déficits mais sont conscients des troubles d'audition de leurs enfants.

2 — Vision

- Examen (dépistage systématique par le VISIOTEST d'ESSILOR)

	garçons	filles	total
Effectif	650	648	1 298

- Fréquence du port de lunettes

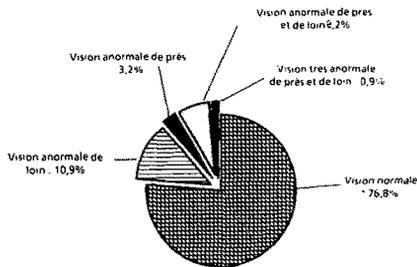
pas de lunettes (1)	84,2 % **	77,8 %	81,0 %
port de lunettes (2)	13,7 % **	19,1 %	16,4 %
lunettes oubliées (3)	2,2 % N.S.	3,1 %	2,6 %

19 % des élèves portent des lunettes. Les garçons sont moins fréquemment appareillés que les filles ($p < 0,01$).

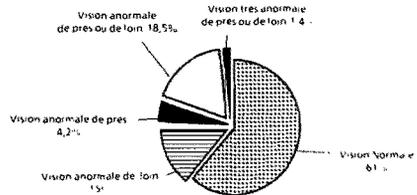
- Dépistage de troubles de l'acuité visuelle

Vision normale ($>$ ou = 10/12)	76,8 %	61,0 %	68,9 %
Vision anormale ($<$ 10/12)	23,2 % ***	39,0 %	31,1 %
de loin	10,9 %	15,0 %	12,9 %
de près	3,2 %	4,2 %	3,7 %
de près et de loin	8,2 %	18,5 %	13,3 %
très anormale ($<$ 3/12)	0,9 %	1,4 %	1,2 %

31,1 % des élèves présentent une acuité visuelle déficiente, non ou mal corrigée.



650 garçons



648 filles

Troubles de l'acuité visuelle

- Répartition des anomalies de l'acuité visuelle dépistée selon les groupes (1), (2), (3)

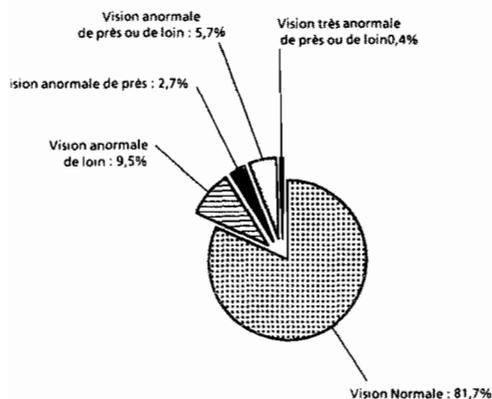
	garçons	filles	total
Effectif	650	648	1 298
pas de lunettes (1)	18,3 % ***	28,0 %	22,9 %
port de lunettes (2)	44,9 % ***	78,2 %	64,3 %
lunettes oubliées (3)	78,6 % N.S	75,0 %	76,5 %

22,9 % des élèves de 5^e ne portant pas de lunettes ont une acuité visuelle à corriger (soit 18,5 % de l'ensemble des élèves).

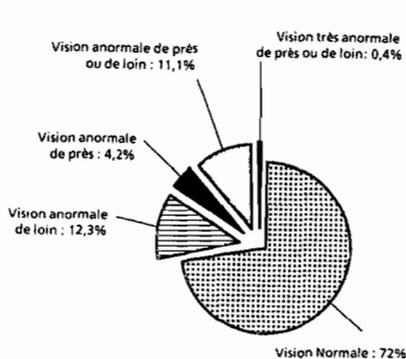
64,3 % des élèves de 5^e portant des lunettes ont, malgré leur correction, une acuité visuelle déficiente (soit 10,5 % de l'ensemble des élèves), qu'il s'agisse :

- de trouble aggravés,
- de troubles mal corrigés, ou
- de troubles incorrigibles.

Notons que 23,5 % des élèves ayant oublié leurs lunettes ont une vision normale.

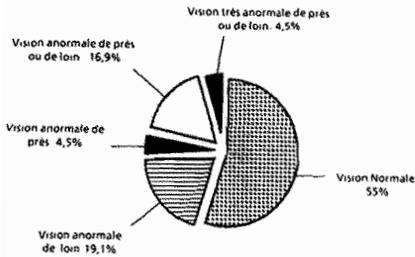


547 garçons

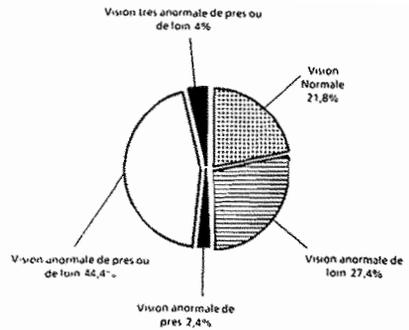


504 filles

Groupe 1 : enfants sans correction de la vue

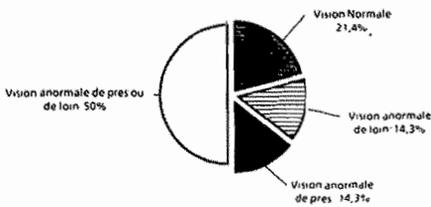


89 garçons

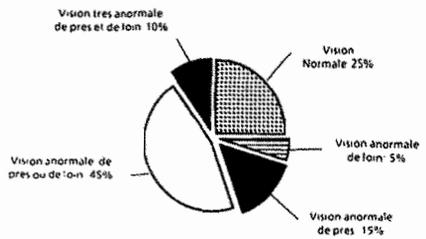


124 filles

Groupe 2 : enfants qui portaient des verres correcteurs le jour de l'examen



14 garçons



20 filles

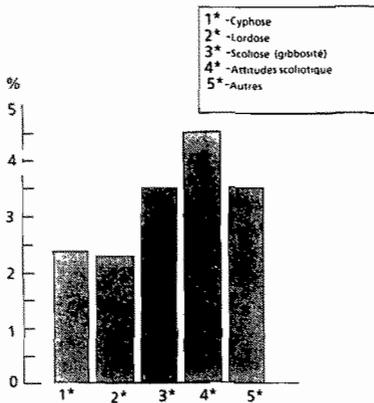
Groupe 3 : enfants qui portaient des verres correcteurs habituellement, mais pas le jour de l'examen

Troubles de l'acuité visuelle

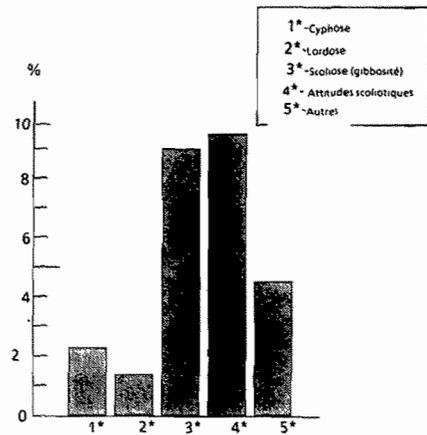
IX — Statique rachidienne

- Examen

	garçons	filles	total
Effectif	658	652	1 310
Statique normale	84,7 %	74,7 %	79,7 %
Statique anormale	15,3 % ***	25,3 %	20,3 %
cyphose	2,4 %	2,3 %	2,4 %
lordose	2,3 %	1,4 %	1,8 %
scoliose (gibbosité)	3,5 %	9,0 %	6,2 %
attitude scoliotique	4,5 %	9,5 %	7 %
autres (attitude cyphotique, lordotique...)	3,5 %	4,5 %	3,4 %
Lombalgies	6,5 %	12,6 %	9,5 %



658 garçons



652 filles

Statique rachidienne

Il y a significativement plus d'atteinte rachidienne chez les filles que chez les garçons ($p < 0,001$).

6,2 % des élèves de 5^e présentent une scoliose (82 cas).

4,4 % des élèves de 5^e ont fait l'objet d'un signalement à leur médecin de famille pour une prise en charge de leur scoliose (58 cas).

Moins d'un tiers des scolioses trouvées étaient suivies.

- Auto-questionnaire (1 192 réponses, 9,4 % de non-réponses)

- **L'enfant présente-t-il une déviation de la colonne vertébrale ?**

	garçons	filles	total
Oui	9,0 %	10,4 %	9,7 %

La pathologie rachidienne semble méconnue des familles dans plus de la moitié des cas.

X — Allergies

- Examen

	garçons	filles	total
Effectif	641	642	1 283
Terrain allergique	10,1 %	8,1 %	9,1 %
Mode d'expression			
asthme	3,9 % *	2,0 %	3,0 %
eczéma	1,9 %	1,9 %	1,9 %
autres	4,7 %	4,8 %	4,8 %

Détails des autres allergies trouvées à l'examen clinique

Symptomatologie : conjonctivite saisonnière, urticaire, dermite.

Etiologie :

- médicaments : pénicilline, totapen, aspirine, bactrim, TAO, mercurochrome ;
- bijoux fantaisie, argent, nickel, cosmétique, monture de lunettes ;
- piquûre d'insecte, plume, acariens, poils de chat ;
- poussières, avoine, orge, paille, plume, foin, pollen ;
- soleil.

- Auto-questionnaire (1 209 réponses, 8,1 % de non-réponses)

- **Votre enfant fait-il des crises d'asthme ?**

	garçons	filles	total
Oui	6,7 % *	3,9 %	5,3 %

Seuls les élèves présentant un asthme actuel et médicalement traité ont été pris en compte dans l'enquête, ce qui explique la différence constatée par rapport à l'auto-questionnaire.

La pathologie allergique est **plus fréquente qu'on ne le pensait** puisqu'elle atteint **9,1 %** de la population.

Un **suiti en est nécessaire** pour faire la part des troubles qui vont disparaître et celle des troubles qui vont persister et risquent d'avoir une influence sur la vie professionnelle.

XI – Rééducation et suivi psychologique

- Examen

	garçons	filles	total
Effectif	662	652	1 314
Troubles psychologiques	3,9 %	0,8 %	2,4 %
Mode de prise en charge :			
Rééducation orthophonique ou psychomotrice	2,7 % **	0,6 %	1,7 %
Suivi psychologique ou psychiatrique	1,4 % **	-	0,7 %
Aucune	0,3 %	0,2 %	0,2 %
(tics, bégaiement, troubles du comportement, fugues, énurésie...)			

- Auto-questionnaire (taux moyen de non-réponses : 7,7 %)

- Troubles de la parole			
Oui	9,6 % ***	3,1 %	6,3 %
Rééducation en cours	5,7 % ***	1,3 %	3,5 %
- Fugues répétées	1,2 % N.S	0,7 %	0,9 %
- Enurésie	5,0 % ***	1,3 %	3,1 %

Les familles sont conscientes des troubles de la parole de leur enfant mais ne les font rééduquer que dans un peu plus de la moitié des cas.

Les troubles de la parole et l'énurésie sont significativement plus fréquents chez les garçons ($p < 0,001$).

XII — Autres anomalies cliniques dépistées ou mal suivies

- Cryptorchidie actuelle : 0,8 % sur 622 garçons

- Autres anomalies

	garçons	filles	total
Effectif	661	654	1 315
Oui	7,7 %	8,3 %	8 %

Détail des autres anomalies signalées au médecin de famille :

- 36 troubles de l'appareil génital

Phimosi (8), varicocèles (5), adhérences (4), gynécomasties (4), troubles des règles (9), leucorrhées (5), hypertrophie mammaire.

- 32 atteintes cutanées

Acné (11), pityriasis (5), verrues (3), vergetures (2), gales (2), poux (2), dyshidrose plantaire, erythrasma, furonculose, impétigo, mycose, psoriasis, vitiligo.

- 27 troubles de l'appareil locomoteur

Inégalités des membres inférieurs (11), gonalgies (5), genu valgum (3), pieds creux (3), pieds plats (2), tendinites (2), myalgies.

- 6 troubles de l'appareil respiratoire

Bronchites (2), pharyngites (2), sinusite, otite.

- 3 troubles de l'appareil digestif

Gastrite, hernie inguinale droite, masse de la fosse iliaque droite.

- 4 troubles cardio-vasculaires et circulatoires

Souffle systolique (2), mauvaise circulation veineuse, acrocyanose.

- 4 troubles neurologiques et psychiatriques

Instabilité, tremblements, céphalée, dépression.

- 2 troubles ophtalmologiques

Blépharite, conjonctivite.

- 1 divers

Hypertrophie thyroïdienne.

XIII — Santé et enseignement professionnel

La classe de 5^e est le premier palier d'orientation. A l'issue de cette classe, certains élèves peuvent opter pour un enseignement technologique. Notre but est donc de les informer :

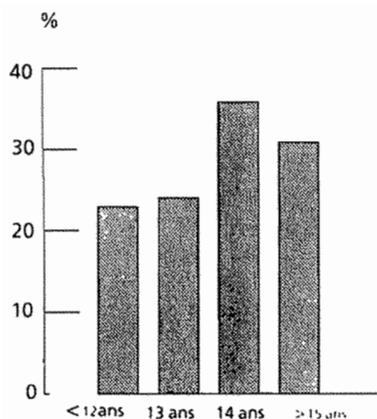
- sur d'éventuelles **incompatibilités** entre les particularités de leur état de santé et l'exercice de certains métiers ;
- sur les risques **d'aggravation** de leur état par l'environnement professionnel envisagé.

Cette information, portant sur les troubles chroniques, a un **intérêt immédiat** pour les élèves s'orientant vers un cycle professionnel dès l'année suivante, et son **utilité à long terme** pour tous les autres élèves dans leur choix professionnel à venir.

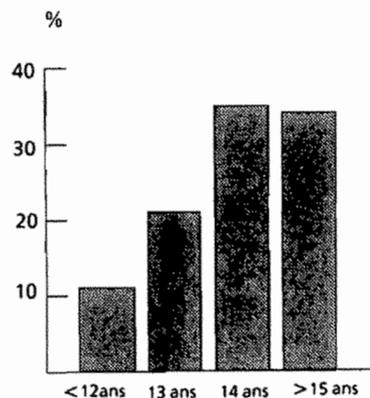
- Examen

	garçons	filles	total
Effectif	661	654	1 315
Incidence professionnelle possible	29,8 %	28,3 %	29 %

Se répartissant également selon le sexe, mais variant selon l'âge.



661 garçons



654 filles

Fréquence de la pathologie à incidence professionnelle selon l'âge et le sexe

- Pathologies à incidence professionnelle retenues lors de l'enquête

allergies	7,0 %
anomalies visuelles (dont 1 borgne, 1 cataracte, 1 amblyope)	6,7 %
troubles de la statique	5,2 %
anomalies auditives	3,0 %
dyschromatopsie (garçons)	3,1 %
retard staturo-pondéral	2,2 %
troubles neuro-psy	0,9 %
obésité	0,7 %

maigreur	0,4 %
autres causes	1,2 %
- cardiopathies, HTA, souffle cardiaque, trouble du rythme	
- malformation thoracique,	
- retards pubertaires,	
- chondrodystrophie,	
- vitiligo, peau sèche,	
- migraines, trouble de l'équilibre, instabilité et tremblement,	
- inégalités des membres inférieurs, genu-valgum, gonalgie,	
- raideur des doigts, amputation d'un doigt,	
- bec de lièvre.	

La fréquence des pathologies retenues est inférieure à la fréquence des pathologies trouvées à l'examen, car les médecins scolaires ont apprécié l'importance et la gravité des troubles avant de donner un avis d'orientation.

CONCLUSIONS

1 – Au terme de cette enquête, nous avons défini deux types de population :

- élèves nécessitant des soins immédiats ;
- élèves nécessitant un suivi particulier.

A - Fréquence et causes des soins immédiats

- vaccination à mettre en règle chez 48,8 % des enfants	
D.T.P.	13,9 %
B.C.G.	3,8 %
test tuberculinique	41,9 %
- troubles visuels à traiter	33,2 %
- caries à soigner	14,2 %

- scolioses à explorer	4,4 %
- déficits auditifs importants	4,7 %
- articulé dentaire à explorer	4,8 %
- pathologies cliniques dépistées	
cryptorchidie	0,8 % des garçons
autres anomalies	8,0 %
obésité	0,4 %
H.T.A.	0,8 %
troubles psychologiques	0,2 %
- pathologies biologiques dépistées	
hématurie	0,2 %
glycosurie	0,2 %
cholestérolémie	0,2 %
triglycémie	2,4 %
glycémie	0,3 %
G.G.T.	0,2 %
V.G.M.	1,7 %
éosinophilie	5,8 %

B - Fréquence et type de suivi particulier

- **Suivi infirmier annuel pour 45,7 %** de cette population en raison :
 - . des anomalies visuelles ;
 - . des déficits auditifs,
 - connus ou dépistés dont il faut vérifier la prise en charge et l'absence d'aggravation.
- **Suivi médical annuel pour 33,3 %** de cette population en raison :
 - . T.A. > 99^e centile ;
 - . corpulence > 99^e centile ;
 - . corpulence < 1^{er} centile ;
 - . allergie
 - . troubles psychologiques ;
 - . statique rachidienne anormale,
 - dont il faudra surveiller l'évolution et le retentissement.

- **Suivi médico-social pour 3,2 %** de cette population en raison d'une consommation quotidienne :
 - . d'alcool et/ou
 - . de tabacpour tenter d'en limiter par une information sur les risques et par une prise en compte des raisons sous-jacentes.

Au total, seulement 8,9 % des élèves de 5^e ne nécessitent ni soins ni surveillance particulière.

l'étude de la **répartition des élèves à risques** (élèves nécessitant un suivi médical et élèves nécessitant un suivi médico-social) :

- n'a **pas montré de différence significative** en fonction de l'âge, du sexe, de la nationalité de l'enfant, du régime d'assurance maladie, du volontariat ou non à l'examen biologique, de la profession des parents ;
- par contre, elle a mis en évidence des **majorations significatives** en fonction des éléments suivants :
 - . habitat hors de l'agglomération tourangelle ($p < 0,1$) ;
 - . enfant unique ($p < 0,001$).

2 - Perspectives

L'enquête a mis en évidence l'existence d'une **importante morbidité à cette période péri-pubertaire.**

La classe de 5^e semble bien adaptée pour appréhender les modifications de l'état de santé car elle se situe avant les décisions d'orientation qui peuvent être influencées par les résultats de cet examen.

a) Il serait donc souhaitable d'institutionnaliser un examen de santé en classe de 5^e

Le coût de sa mise en place, sur les bases de l'expérience réalisée, suppose :

- en personnel

1 médecin pour 2 000 examens de santé ;
1 infirmière pour 2 000 examens paracliniques.

- en matériel

1 Visiotest et 1 Viennatone par infirmière, dont le coût par examen, compte tenu de la durée de vie de ce matériel, est faible.

L'examen ne sera pleinement efficace que s'il est **complété par un suivi individuel et une exploitation collective des données** dans un but épidémiologique.

- Le suivi individuel pourrait être assuré par le personnel défini ci-dessus.

- L'exploitation collective (statistiques de santé publique) nécessiterait un recensement des moyens existant à l'échelon départemental et la mise en place d'un programme adapté en tenant compte des objectifs définis à l'échelon national et local.

b) Cette enquête a montré la nécessité :

- d'un **dépistage plus précoce** de certains troubles par un suivi infirmier régulier tout au long de la scolarité (au moins tous les deux ans) ;

- de développer des **liaisons étroites entre médecins scolaires et médecins de famille** pour une meilleure prise en charge des troubles constatés.

**Notre enquête fait la preuve qu'une collaboration fructueuse
entre deux structures de prévention,
Santé scolaire - Centre de médecine préventive, est possible.**

**Sa généralisation pourrait être envisagée dans le cadre d'un accord
de leurs autorités de tutelle.**

ONT PARTICIPE A L'ENQUETE :

Pour la santé scolaire

Coordination : Dr. P. Trilhe.

Médecins : M^{mcs} D. Andreu, C. Calvet, M. Damas, M.-C. Gabillaud,
A. Gras-Maillard, C. Lalot, A. Lavandier, B. Le Noach,
M. Paquet-Durand, M.-C. Texier.

Infirmières : M^{mcs} G. Blanchard, J. Durand, A. Guesdon, M. et
O. Helbert, A. Lagrange, L. Lorgeoux, C. Payot, O. Riffaud,
M.-C. Robineau, F. Télion, C. Ternand.

Secrétaires de secteurs : M^{mcs} J. Crosnier, C. Dattée, A. Dubois,
G. Dumas, J. Faure, A. Happe, M. Jaudon, N. Lejeau,
F. Malécot, D. Masset, C. Roulleau, M.-F. Supervil.

Secrétaire : M^{me} C. Caillault.

Pour P.I.R.S.A.

Médecin-Directeur : M. J. Tichet.

Coordination : Dr C. Bourderieux.

Planification des examens : M^{mcs} J. Ferroni et A. Gardette.

Infirmiers : M^{me} P. Judes, M. C. Goudot

laboratoire : MM. E. Caces et J. Luce.

Saisie : M^{me} M.-R. Roy et M. J.-M. Jacquelin.

Statistiques et épidémiologie : M^{mcs} A. Doctoriarena, N. Rufin, S. Vol.

Secrétariat : M^{me} G. Desneux.

LES ADOLESCENTS ET LEUR VECU SCOLAIRE AU COLLEGE

*Agnès DESCLAUX **

Les résultats présentés ici sont extraits d'une enquête faite en juin 1984 auprès de 5 200 élèves de troisième de collège dont l'objet était de faire le bilan de la manière dont les collégiens avaient vécu leur scolarité au collège et de ce que le collège leur avait apporté. L'enquête a été réalisée par questionnaires que les élèves ont remplis en classe et renvoyés directement au ministère de l'Education nationale après les avoir mis eux-mêmes sous enveloppes.

Cette enquête s'inscrit dans un dispositif plus large d'évaluation du fonctionnement du système éducatif, mis en place par le ministère¹ depuis 1980 dans les collèges. L'objet de ce dispositif est d'apprécier l'atteinte des objectifs de formation du collège en évaluant, discipline par discipline, les savoirs et savoir-faire des élèves au regard des objectifs d'enseignement définis dans les textes officiels et ce aux différents paliers de la scolarité :

- une première évaluation a été faite en septembre 1980 à l'entrée en sixième, en mathématiques et en français ;
- une deuxième prise d'information a été réalisée en juin 1982, à la fin du cycle d'observation, en mathématiques, français, anglais, allemand, sciences naturelles et sciences physiques ;

* Chargé d'études - Ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports - Direction de l'évaluation et de la prospective - Sous-direction de l'évaluation du système éducatif.
1. Evaluation réalisée par le Service de la prévision, des statistiques et de l'évaluation devenu, le 10 février 1987, Direction de l'évaluation et de la prospective.

- une troisième évaluation a été menée en juin 1984, à la fin du cycle d'orientation, dans les mêmes disciplines qu'à la fin du cycle d'observation, élargies à l'histoire-géographie.

Au niveau de la cinquième et de la troisième, l'évaluation des savoirs et savoir-faire disciplinaires a été complétée par une évaluation de la vie scolaire telle qu'elle est organisée et perçue par les principaux partenaires concernés, les élèves, leurs professeurs principaux et les chefs d'établissement.

Ce dispositif s'appuie sur un échantillon de 60 collèges représentatif au niveau national des 5 000 collèges de France métropolitaine, et à chaque niveau c'est l'ensemble des élèves de ce niveau et leurs professeurs qui ont été sollicités.

En vie scolaire, les élèves, les professeurs principaux et les chefs d'établissement ont été interrogés par l'intermédiaire de questionnaires ; ceux-ci ayant été conçus selon une même structure centrée sur la vie scolaire de l'élève, les questions portent sur les mêmes thèmes de façon à pouvoir mettre en regard les actions et les opinions évoquées par les adultes de la perception qu'en ont les élèves.

Les thèmes abordés concernent : l'intégration de l'élève au collège considéré comme une communauté de vie, l'intégration de l'élève au collège en tant que lieu de formation, de préparation de l'avenir, d'apprentissage de la vie collective, et d'ouverture au monde extérieur.

C'est donc le point de vue des élèves de troisième sur leur vie au collège qui est présenté ici.

Les élèves, qui sont-ils ?

- . 5 200 élèves de troisième, scolarisés dans 60 collèges (représentatifs des 5 000 collèges de France métropolitaine) ;
- . les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons ;
- . ils ont entre 14 et 17 ans, 8 % ont 17 ans, 34 % ont 16 ans, 58 % ont 14-15 ans.

Qu'est-ce qui ressort de l'enquête ?

Dans l'ensemble, les élèves de troisième ont une perception plutôt positive de leur scolarité au collège :

- Près des deux tiers se déclarent contents des années passées au collège et la majorité d'entre eux (80 %) en garde de bons souvenirs, principalement à cause des amis, des camarades mais aussi parce qu'ils ont pu y acquérir de nouvelles connaissances et pratiquer du sport.

- Quand il s'agit de dire ce qui leur a déplu, ce sont le manque de liberté, trop peu d'occasions de pratiquer des activités qui leur plaisent et dans une moindre mesure l'obligation d'y venir qui sont évoqués (et non pas la violence, ou peu d'intérêt pour ce qui est enseigné ou encore des difficultés éventuelles à organiser leur travail).

- Ils ont une représentation du collège assez traditionnelle mais positive : dans une épreuve d'association de mots dans laquelle on demandait aux élèves de choisir parmi une liste de mots ceux qu'ils associeraient le plus volontiers au mot « collège », ce sont les mots « professeur », « travailler », « apprendre », « écouter », « réfléchir », « copain, copine » qui sont le plus souvent associés au mot « collège ».

Des mots comme « obligation », « interdiction », « fatigue », « ennui » sont davantage associés au mot « collège » qu'ils ne le sont deux ans plus tôt à la fin de la cinquième, comme si, avec le temps, le poids de l'institution était ressenti plus durement par les adolescents.

- L'appréciation qu'ils portent sur la formation reçue ou sur l'apport du collège est dans l'ensemble largement positive. 8 % seulement déclarent que le collège ne leur a rien apporté de précis. Pour la grande majorité d'entre eux, ce qui est appris au collège servira plus tard, mais l'idée de préparation d'un métier n'est pas prioritaire à ce niveau. Le collège est perçu surtout comme une étape permettant d'acquérir un bagage qui sera la base d'une formation plus poussée.

Pour eux, l'apport du collège c'est l'acquisition de connaissances (70 %) et de méthodes (46 %), mais c'est aussi l'expérience de rela-

tions nouvelles, l'apprentissage de la vie en commun, l'apparition de la notion de responsabilité.

A travers les réponses des élèves, le collège apparaît à la fois comme un lieu de transmission du savoir et une étape importante dans la socialisation du jeune. Mais, et cela ressort de l'ensemble de l'enquête, si pour tout ce qui est pédagogique (transmission de connaissances), les jeunes adhèrent, intègrent bien les structures et les méthodes proposées par les adultes et l'institution, par contre l'aspect socialisation, dont le collège est le lieu, semble prendre des formes autonomes, les structures et les méthodes proposées par les adultes y tiennent moins de place que les relations spontanées établies entre les élèves.

LE COLLEGE COMME LIEU DE TRANSMISSION DES CONNAISSANCES

Les aspects relationnels

Les relations entre adultes et élèves au collège sont centrées essentiellement sur les aspects pédagogiques (les thèmes abordés entre eux concernent le travail scolaire et l'orientation).

Ce que les élèves attendent des adultes est marqué par leur perception du rôle des membres de l'équipe éducative. Les adultes ont un statut, les élèves leur demandent surtout de tenir le rôle qui lui est assigné, diriger pour le Principal, maintenir la discipline pour le conseiller d'éducation, enseigner pour le professeur.

Ils attendent du professeur « qu'il intéresse les élèves et leur donne le goût de l'étude », « qu'il sache se faire comprendre des élèves » mais aussi « qu'il comprenne les problèmes des élèves et les aide à les résoudre », « qu'il soit disponible et les écoute ».

Un tiers des élèves disent ne pas avoir eu l'occasion de parler avec les professeurs en dehors des heures de cours.

A la question, en cas de difficulté (si vous ne réussissez pas bien en général), parlez-vous de vous-même à votre professeur principal ? 57 % répondent rarement ou jamais, 5 % souvent.

On peut rapprocher cela du fait que la moitié d'entre eux déclarent avoir trouvé quelqu'un de disponible pour les écouter quand ils en avaient besoin, durant leur scolarité au collège.

A côté des attentes bien spécifiques attachées aux différents membres de l'équipe éducative, coexiste chez l'élève une image de l'adulte en général qui est d'abord :

- « quelqu'un qui aide en cas de difficulté » ;
 - « quelqu'un avec qui on peut discuter » ;
 - « quelqu'un à qui on doit le respect »,
- (et non pas un copain ou quelqu'un d'autoritaire et de répressif).

Cadre de vie

Les endroits qui semblent les plus sympathiques aux élèves sont le préau et la cour de récréation puis le gymnase ; la salle de cours, l'atelier ou les salles spécialisées n'ont pas du tout leur faveur.

Dans l'ensemble, ils estiment leur besoin satisfait en matière de locaux pour ce qui est de l'enseignement et du sport, mais beaucoup moins en ce qui concerne les activités de clubs, de rencontres, les loisirs et les jeux.

Les règles et les contraintes de la vie collective

Deux élèves sur trois considèrent qu'un règlement intérieur est nécessaire, mais un sur deux souhaite un règlement particulier pour les élèves de troisième, mettant l'accent sur plus de liberté dans l'organisation du temps, plus de responsabilités et de possibilités de participer à la vie du collège.

Le travail personnel

Trois élèves sur quatre pensent que la quantité de travail qui leur est demandé est mal répartie dans la semaine.

Ils travaillent en général à la maison et la moitié bénéficie d'une aide à la maison.

Les deux tiers parlent souvent chez eux de leur travail scolaire, les parents semblant contrôler plus les résultats que les processus de travail.

Un très grand nombre (70 %) souhaiterait que le collège organise une aide individualisée au travail.

La connaissance de soi

L'élève de troisième a l'impression de bien se connaître quant à son niveau scolaire, sa personnalité, mais il en est moins certain concernant ses possibilités intellectuelles, la notation traditionnelle le renseigne peu à cet égard. Dans l'ensemble, le collège ne paraît pas lui avoir apporté une aide importante dans cette connaissance de lui-même. Outre ses possibilités intellectuelles qu'il estime assez peu connues des adultes, il constate que ses possibilités physiques sont presque totalement ignorées.

Enfin, pour terminer cet examen des différentes facettes permettant d'éclairer le vécu des élèves par rapport aux aspects pédagogiques, l'adolescent de troisième fait une différence entre les matières scolaires qu'il préfère et celles qui lui seront les plus utiles pour son avenir.

Matières préférées : l'éducation physique, les langues vivantes, l'histoire et, en fin de liste, les activités artistiques, la technologie, la géographie, les langues anciennes.

Matières utiles : les maths, le français, les langues vivantes, les sciences physiques, et, en fin de liste, les activités artistiques, la technologie, les langues anciennes et l'éducation physique.

LE COLLEGE COMME LIEU DE VIE

A côté de l'enseignement proprement dit, il existe au collège différentes structures qui font partie de la vie de l'établissement, structures de participation dans lesquelles les élèves sont représentés (conseil d'établissement, conseil de classe), structures associatives (foyer socio-éducatif, club d'activité, association sportive).

Comment les adolescents se situent-ils par rapport à ces structures ?

- La grande majorité des adolescents de troisième connaissent l'existence du conseil d'établissement, mais un sur deux sait ce qui s'y fait.

- Le rôle de délégué d'élève au conseil de classe est vécu positivement par ceux qui ont pu l'exercer. Les points qu'ils abordent le plus fréquemment sont liés à l'emploi du temps ou à la charge de travail personnel. Mais un tiers d'entre eux considère être là pour écouter et non pour participer.

Par rapport aux structures associatives, il ressort de l'enquête que :

1) Les établissements, dans leur ensemble, offrent des structures estimées suffisantes à l'épanouissement de la socialisation et à l'éveil culturel de l'élève,

2) les jeunes connaissent l'existence de ces structures,

3) mais ils ne les utilisent pas.

- 76 % connaissent l'existence de clubs d'activité au sein du collège, 33 % seulement y participent. S'ils n'y participent pas, c'est parce que les activités proposées ne leur conviennent pas ou parce qu'ils préfèrent rencontrer ailleurs leurs camarades.

- 87 % connaissent l'existence de l'association sportive, 30 % y participent, les autres préférant pratiquer ailleurs les mêmes sports.

Il s'agit donc moins d'un manque de moyen que d'une distorsion entre l'existence et l'utilisation de structures de socialisation. C'est surtout la notion d'« ailleurs » qui vient expliquer pour les élèves la relative désaffection de ces structures.

Le collège semble jouer un rôle incitatif dans le domaine culturel. Les élèves qui s'intéressent à la lecture, au sport, aux activités manuelles, et ceux moins nombreux qui s'intéressent au théâtre, à la musique classique et à la peinture disent que c'est essentiellement le collège qui a contribué au développement de leur goût pour ces activités.

Le rôle des camarades est surtout significatif en ce qui concerne l'intérêt pour le cinéma, la musique et la danse moderne.

CONTREPOINT

PAROLES D'ADOLESCENTE

Journal de Anne FRANCK

Jeudi 29 octobre 1942¹

L'on me permet depuis peu de lire quelques livres de grandes personnes. Je me suis plongée dans *Eva's Jeugd* de Nico van Suchtelen. Je ne vois pas une si grande différence entre les livres pour jeunes filles et celui-ci. On y parle de femmes exigeant un tas d'argent pour vendre leur corps à des hommes inconnus dans des rues douteuses. J'en mourrais de honte. Puis j'ai lu qu'Eva était indisposée, comme ça ! Oh ! j'ai tellement envie de l'être, moi aussi, on doit se sentir très important.

Mercredi 5 janvier 1944

Cela va m'être difficile de te parler de la deuxième chose, car il s'agit de moi-même.

Hier, j'ai lu un article de la Doctoresse Sis Heyster, à propos de cette manie de rougir. Cet article semble s'adresser à moi seule. Bien que je ne rougisse pas si facilement, il me semble que les autres choses dont elle parle s'appliquent parfaitement à moi. Voici à peu près ce qu'elle écrit : une jeune fille pendant les années de puberté se replie sur elle-même et commence à réfléchir aux miracles qui se produisent dans son corps.

Moi aussi, j'ai cette sensation, c'est pourquoi, ces derniers temps, il me semble éprouver de la gêne devant Margot et mes parents. Par contre, quoique Margot soit plus timide que moi, elle ne montre pas la moindre trace de gêne.

Ce qui m'arrive me semble si merveilleux, non seulement les transformations visibles de mon corps, mais ce qui s'accomplit à l'intérieur. Quoique je ne parle jamais à personne de moi-même, ni de toutes ces choses, j'y pense et je les confie ici.

1. En 1942, Anne Franck avait treize ans.

Chaque fois que je suis indisposée — cela ne m'est arrivé que trois fois — j'ai la sensation de porter en moi un secret très tendre, en dépit de la douleur, de la lassitude et de la saleté ; c'est pourquoi, malgré les petits ennuis de ces quelques jours, je me réjouis en quelque sorte du moment où je vais sentir ce secret encore une fois.

Sis Heyster dit aussi dans son article que les jeunes filles de cet âge ne sont pas très sûres d'elles-mêmes ; mais elles se découvriront bientôt femmes, avec leurs idées, leurs pensées, et leurs habitudes personnelles. Quant à moi, me trouvant ici depuis environ ma treizième année, j'ai commencé à réfléchir sur moi-même, bien avant les autres jeunes filles, et je me suis rendu compte avant elles de « l'indépendance » individuelle. Le soir au lit, j'ai parfois un besoin inexplicable de toucher mes seins, sentant alors le calme des coups réguliers et sûrs de mon cœur.

Inconsciemment, j'ai eu des sensations semblables bien avant de venir ici, car je me rappelle, en passant la nuit chez une amie, avoir eu alors l'irrésistible besoin de l'embrasser, ce que j'ai fait d'ailleurs. Chaque fois que je vois l'image d'une femme nue, comme Vénus par exemple, je me mets en extase. Il m'est arrivé de trouver ça si merveilleusement beau qu'il me fallait retenir mes larmes.

Si seulement j'avais une amie !

A toi.

ANNE

Jeudi 6 janvier 1944

Chère Kitty,

Mon désir de parler enfin pour de vrai à quelqu'un est devenu tellement fort que l'idée m'est venue de choisir Peter comme victime.

Plus d'une fois, je suis entrée dans sa petite chambre. Je la trouve très sympathique, surtout à la lumière de la lampe électrique. Peter, si farouche soit-il, ne mettrait jamais à la porte quelqu'un qui vient le déranger, je ne suis donc jamais restée trop longtemps, craignant qu'il ne me trouve embêtante. Je cherchais un prétexte de m'attarder chez lui, comme par hasard, pour bavarder, et hier j'ai profité d'une belle occasion. Peter s'est pris d'une véritable passion pour les mots-croisés et il y passe tout son temps. Je me suis mise à l'aider et, bientôt, on se trouvait l'un en face de l'autre à sa petite table, lui sur la chaise, moi sur le divan.

C'était étrange. Je n'avais qu'à regarder ses yeux bleus-noirs et ce sourire mystérieux autour des lèvres... Cela me laissa toute rêveuse. J'ai pu lire sur son visage son embarras, son manque d'assurance et, en même temps, cette

ombre de certitude de se savoir homme. En voyant ses mouvements gauches, quelque chose s'attendrit en moi. Je n'ai pu m'empêcher de chercher ses yeux sombres, de croiser son regard encore et encore, en le suppliant de tout mon coeur : Oh ! ne veux-tu pas laisser ces inutiles bavardages, et me dire ce qui se passe en toi ?

Mais la soirée s'est écoulée sans rien de spécial, sauf que je lui ai parlé de cette manie de rougir, pas avec les mots que j'ai employés ici, évidemment, mais en lui disant qu'avec l'âge il prendrait vite de l'assurance.

Le soir, dans mon lit, cette situation me semblait fort peu réjouissante, et franchement repoussante l'idée d'implorer les faveurs de Peter. Que ne ferait-on pas pour satisfaire ses désirs ? La preuve — mon intention d'aller voir Peter plus souvent et de le faire parler.

Il ne faut surtout pas penser que je suis amoureuse de Peter, il n'en est pas question. Si les Van Daan avaient eu une fille au lieu d'un fils, j'aurais également essayé de rechercher son amitié.

Ce matin, en me réveillant à sept heures moins cinq environ, je savais tout de suite et sans hésitation ce que j'avais rêvé. J'étais assise sur une chaise, et en face de moi Peter... Wessel ; nous étions en train de feuilleter un livre, avec des illustrations de Mary Bos. Mon rêve fut si précis, que je me souviens encore partiellement des dessins. Mais le rêve n'est pas fini. Tout à coup le regard de Peter croisa le mien, et je plongeai longuement dans ses beaux yeux d'un brun de velours. Puis Peter dit très doucement : « Si j'avais su, il y a longtemps que je serais venu à toi ! » Brusquement, je me retournai, car je ne pouvais plus maîtriser mon trouble. Ensuite, j'ai senti une joue contre la mienne, une joue très douce, tellement fraîche et bienfaisante... c'était bon, tout était infiniment bon...

A cet instant, je me suis réveillée, sa joue était encore contre la mienne, et je sentais toujours ses yeux bruns regarder jusqu'au fond de mon coeur, si profondément qu'il pouvait y lire combien de l'avais aimé et combien je l'aime encore. Mes yeux se remplirent de larmes à l'idée de l'avoir de nouveau perdu, mais en même temps je me réjouis d'avoir la certitude que ce Peter-là est resté mon préféré et le sera toujours.

Vendredi 7 janvier 1944

En me regardant dans la glace, je me suis trouvée toute changée. Je vis mes yeux clairs et profonds, mes joues teintées de rose, ce qui ne m'est pas arrivé depuis des semaines et des semaines, ma bouche semble beaucoup plus douce. J'ai l'air d'être heureuse et, pourtant, ce je ne sais quoi de triste dans mon expression a subitement fait disparaître le sourire de mes lèvres. Je ne puis être heureuse, car je dois me dire que je suis loin des pensées de Peter

Wessel. Cependant, je vois toujours ses beaux yeux qui me fixent, et je sens encore sa joue fraîche contre la mienne.

O Peter, Peter ! comment me détacher de nouveau de ton image ? Qui-conque prenant ta place ne serait-il pas une futile contrefaçon ? Je t'aime. D'un amour incapable de grandir encore dans mon coeur. Il est si fort qu'il lui fallait éclore et se révéler à moi d'un seul coup, dans toute son ampleur.

Il y a une semaine, hier encore, si l'on m'avait demandé qui de mes amis serait pour moi le meilleur époux, j'aurais répondu : « Je ne sais pas », alors que maintenant je le crierais sur tous les toits : « Peter Wessel ! car je l'aime de tout mon coeur, de toute mon âme. Et je m'abandonne complètement à lui ! » Avec une seule réserve : qu'il ne touche que mon visage.

Une fois, parlant de la sexualité, Père me dit que je ne pouvais pas encore comprendre le désir, alors qu'il me semblait le comprendre depuis toujours. Eh bien, maintenant, je le comprends tout à fait. Rien ne me sera aussi cher que lui, mon Peter !

A toi.

ANNE

Lundi 24 janvier 1944

Chère Kitty

Il m'est arrivé (ce n'est pas le mot exact) quelque chose de très bizarre, à mon avis.

Autrefois, aussi bien chez nous qu'en classe, on parlait de sexe, soit avec mystère, soit avec honte. Les allusions à ce sujet, on ne les faisait qu'en chuchotant, et si vous vous montriez ignorant, on se moquait de vous. Je trouvais ça bête et je pensais : « Pourquoi parle-t-on de ces choses avec tant de mystère ? C'est assommant. » Mais, comme il n'y avait rien à faire, je tenais ma langue autant que possible, ou bien je cherchais à être éclairée par des amies.

Ayant été mise au courant de pas mal de choses, j'en ai aussi parlé avec mes parents. Mère me dit un jour : « Anne, je te donne un bon conseil, ne discute jamais ce sujet avec des garçons. Si ce sont eux qui commencent à t'en parler, tu n'as qu'à ne pas répondre. » Je me rappelle encore ma réponse : « Bien sûr que non, quelle idée ! »

Les choses en sont restées là.

Au début de notre séjour à l'Annexe, Père laissait échapper de temps en temps des détails que j'aurais préféré apprendre de Mère, et j'ai étendu ma connaissance grâce aux livres et aux conversations autour de moi. A ce sujet, à une exception près, Peter Van Daan n'a jamais été aussi embêtant que les copains de classe.

Sa mère nous a raconté une fois que ni elle ni son mari, pour autant qu'elle le sache, n'ont jamais parlé de ces choses-là devant Peter. Apparemment, elle ignorait à quel point son fils était renseigné.

Hier, tandis que Margot, Peter et moi étions en train de peler les pommes de terre, nous avons bavardé comme d'habitude et, en parlant de Boschi, j'ai demandé : « Nous ne savons toujours pas si Boschi est un chat ou une chatte, n'est-ce pas ? »

— Si, répondit-il, c'est un chat. » J'ai commencé à rire, lui disant : « Un beau chat qui attend des chatons ! » Peter et Margot se mirent à rire aussi, la méprise était trop drôle : Peter avait constaté il y a deux mois que Boschi aurait des petits avant longtemps — son ventre grossissait à vue d'oeil. La grossesse, cependant, provenait de beaucoup de petits larcins et les petits ne semblaient pas grandir, encore moins naître.

Peter tint à se défendre, et dit : « Mais non, tu peux venir te rendre compte toi-même, si tu veux ; en jouant avec lui l'autre jour, j'ai très bien vu que c'est un chat. »

Ma grande curiosité aidant, je l'ai accompagné au magasin, mais Boschi ne faisait pas réception et restait introuvable. Nous avons attendu un moment puis, ayant froid, nous sommes remontés. Plus tard dans l'après-midi, j'ai entendu Peter redescendre. Rassemblant tout mon courage, pour traverser seule la maison silencieuse, je suis arrivée au magasin. Sur la table d'emballage, Boschi jouait avec Peter qui venait de le poser sur la balance pour contrôler son poids.

« Hello ! tu veux le voir ? » N'y allant pas par quatre chemins, il mit l'animal sur le dos en le tenant adroitement entre les pattes, et la leçon commença. « Voici le sexe masculin, ça, c'est quelques poils, et ça c'est son derrière. » Le chat fit une culbute et se remit sur ses jolis chaussons blancs.

Si un autre garçon m'avait montré le « sexe masculin », je ne l'aurais plus regardé. Mais Peter continua sans arrière-pensée à parler avec le plus grand naturel de ce sujet pénible, et il finit par me mettre tout à fait à mon aise. Nous nous sommes amusés avec Boschi, on a bavardé ensemble, et nous sommes sortis en flânant de cet énorme local.

« Si je veux savoir quelque chose, je finis toujours par le trouver par hasard dans un livre, pas toi ? »

« Pourquoi ? Je le demande à mon père. Il en sait plus long que moi, et puis, il a de l'expérience. »

On était déjà arrivé au pied de l'escalier, et je n'avais plus rien dit.

Comme on change ! Je n'aurais jamais cru pouvoir en parler aussi naturellement, même avec une fille. Je suis sûre que Mère n'a jamais fait allusion à ça en m'avertissant contre le parler libre des garçons. Quoi qu'il en soit, je me sens différente des autres jours et, malgré moi, je pense à cette petite scène et

ça me semble assez bizarre. Mais, au moins, j'ai appris quelque chose : c'est que même avec des garçons on peut parler sans blaguer et sans fausse honte.

Peter parlerait-il de tout à ses parents, et serait-il vraiment tel qu'il s'est montré hier ?

Après tout, qu'est-ce que ça peut me faire !!!

A toi.

ANNE

Samedi 12 février 1944

Chère Kitty,

Le soleil brille, le ciel est d'un bleu intense, le vent est alléchant, et j'ai une envie folle — une envie folle — de tout... De bavardages, de liberté, d'amis, de solitude. J'ai une envie folle... de pleurer. Je sens que je voudrais éclater. Les larmes m'apaiseraient, je le sais, mais je suis incapable de pleurer. Je ne tiens pas en place, je vais d'une chambre à l'autre, m'arrête pour respirer à travers la fente d'une fenêtre fermée, et mon coeur bat comme s'il disait : « Mais enfin, satisfais donc mon désir... »

Je crois sentir en moi le printemps, le réveil du printemps ; je le sens dans mon corps et dans mon âme. J'ai un mal fou à me comporter comme d'habitude, j'ai la tête tout embrouillée, je ne sais que lire, qu'écrire, que faire. Langueur... Langueur... Comment te faire taire...

A toi.

ANNE

ENQUETE
REALISEE PAR DES MEDECINS
DU SERVICE DE SANTE SCOLAIRE
SUR L'ETAT DE SANTE ET LES BESOINS DE SANTE
D'ADOLESCENTS SCOLARISES
DANS DES LYCEES D'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL
DU VAL-DE-MARNE
- ANNEE 1984-1985 -

*M.-F. ERARD **, *N. TOBELEM **

MOTS-CLE

- . Santé scolaire
- . Enquête
- . Adolescents
- . Lycée d'enseignement professionnel
- . Etat de santé.

RESUME

Treize médecins de santé scolaire du Val-de-Marne ont mené une enquête auprès de 485 jeunes, scolarisés en première année de lycée d'enseignement professionnel (LEP) afin :

* Service de santé scolaire de la Côte-d'Or, 16-18, rue Nodot - BP 15.41 - 21035 Dijon Cedex.

- de mieux connaître leur état de santé et leurs besoins de santé ;
- d'adapter au mieux le travail des équipes médico-sociales scolaires en LEP ;
- d'informer les jeunes, les parents, les éducateurs, les responsables ;
- d'établir avec eux un programme d'actions à mener dans chaque établissement.

L'expérience des médecins de santé scolaire du Val-de-Marne leur laissait penser que les jeunes orientés en lycée d'enseignement professionnel (LEP) constituaient une population à risque car :

- . milieu socio-culturel défavorisé ;
- . absentéisme fréquent ;
- . matériel et sécurité en atelier souvent insuffisants ;
- . environnement scolaire défavorisé ;
- . formation professionnelle limitée ;
- . horaires hebdomadaires de cours lourds et trajets longs ;
- . violence et délinquance ;
- . accès limité aux loisirs, au sport ;
- . santé physique déficiente ;
- . utilisation précoce et élevée du tabac et de l'alcool ;
- . précocité des rapports sexuels.

C'est pourquoi treize médecins ont mené en 1984-1985 une enquête auprès des élèves scolarisés en première année dans ce type d'établissement. (Peu d'études existent concernant la santé globale de ces jeunes, les publications portant le plus souvent sur des aspects parcellaires de leur santé).

LA POPULATION SCOLAIRE

- . Parmi les 13 750 jeunes scolarisés dans les 34 LEP du Val-de-Marne :
- . 6 117 préparent un CAP (certificat d'aptitude professionnelle) en 3 ans ;
- . 7 055 un BEP (brevet d'enseignement professionnel) en 2 ans.

Ils sont accueillis dans des sections industrielles avec ateliers et machines (3 560 élèves dont 1 468 en première année) et dans les sections tertiaires (3 157 élèves dont 1 239 en première année).

En première année de CAP, les élèves sont âgés de 14 à 16 ans, en BEP de 15 à 17 ans. Ils sont externes.

L'enquête est descriptive, transversale, sans groupe témoin, exploratrice.

L'échantillon a été tiré au sort parmi les élèves de première année des LEP dans lesquels travaillent les médecins volontaires pour cette enquête : il comporte 485 élèves répartis proportionnellement à leur nombre dans les quatre catégories représentées (CAP industriels - CAP tertiaires - BEP industriels - BEP tertiaires).

La validité de l'échantillon a été vérifiée par comparaison avec des informations provenant de différentes sources de renseignements : rectorat, INSEE...

Chacun des treize médecins volontaires pour l'enquête a disposé de trois quarts d'heure par élève pour remplir un questionnaire préparé à cet effet et pour réaliser la visite médicale ; on essayait comme d'habitude de sensibiliser le jeune à la connaissance de son état de santé, d'établir un dialogue et de l'écouter s'exprimer.

Ce travail a été effectué sans budget particulier mais il a été considéré par le Service de santé scolaire comme tâche prioritaire. Il s'est déroulé sur le terrain au cours des quatre premiers mois de l'année scolaire 1984-1985.

Le questionnaire anonyme, d'une centaine de questions, portait sur :

- . le jeune et sa famille ;
- . le jeune et ses antécédents médicaux et familiaux ;
- . le jeune et sa santé ;
- . le jeune et son mode de vie et ses préoccupations ;
- . le jeune et sa vie scolaire.

RESULTATS

470 dossiers ont été exploités sur les 485 tirés au sort.

15 dossiers n'ont pas été traités.

6 par erreurs - 2 par refus - 7 par abandon ou absences des élèves.

Les 470 dossiers exploités se répartissent ainsi :

- en CAP : 89 (industriel) - 105 (tertiaire) ;

- en BEP : 90 (industriel) - 186 (tertiaire).

Les filles sont aussi nombreuses que les garçons, mais réparties différemment selon les sections :

- 82 % en CAP et 75 % en BEP tertiaires ;

- 25 % en CAP et 5 % en BEP industriels.

En ce qui concerne :

1 - Le Jeune et sa famille

- 25 % des lycéens de l'enquête vivent actuellement dans un foyer monoparental,

- et 4 % hors du foyer familial

- (8 % ont vécu une partie de leur enfance hors du foyer familial).

- 17 % des jeunes sont nés à l'étranger.

- 30 % ont des parents étrangers.

Catégorie socio-professionnelle des parents	CAP	BEP
2 - Patrons, industrie et commerce	2 %	11 %
3 - Professions libérales et cadres sup.	6 %	4 %
4 - Cadres moyens	8 %	22 %
5 - Employés	15 %	10 %
6 - Ouvriers	53 %	40 %
7 - Personnels de service	6 %	4 %
8 - Inactifs	8 %	9 %



2 - Le Jeune et ses antécédents médicaux

- . Prématurité, réanimation, hospitalisations néonatales (de plus de 15 jours) ;
- . Antécédents d'hospitalisation (hors appendicectomie et amygdalectomie) : 20 à 30 % (dont près de la moitié par accidents) ;
- . Antécédents médicaux divers : environ 15 % (on constate qu'il est plus difficile de retrouver les antécédents médicaux chez les élèves de CAP).

Nous avons relevé deux fois plus de consultations d'orthophonie et d'aides psychologiques parmi les élèves de CAP que chez ceux de BEP.

3 - Le Jeune et sa santé

- Vaccins :

- . 11 % des jeunes n'ont pas eu de contrôle de BCG depuis au moins 3 ans ;
- . 7 % ne sont pas à jour de leur vaccination DT Polio (les visites médicales d'orientation faites au collège en cinquième et en troisième permettent la mise à jour des vaccins pour de nombreux élèves).

- **Vision** : 9,5 % ont une vision d'un oeil inférieure à 7/10° (avec ou sans correction).

- **Audition** : 3 % ont un déficit auditif à 25 Db. confirmé par audiogramme.

Il est capital qu'un dépistage soit effectué pour tous les enfants avant orientation et pendant leur scolarité pour ceux qui travaillent en atelier et sont exposés au bruit.

- Développement staturo-pondéral (2 DS).

- . 6 % sont obèses ;
- . 2 % ont un retard de croissance, avec maigreur.

(10 % d'obésité en CAP tertiaire : sélection d'orientation ou choix de ces jeunes pour un travail plus sédentaire ?).

- Peau

- . 14 % ont des problèmes cutanés (mycoses, verrue, acné importante, eczéma).

- Appareil locomoteur

- . Cyphose ou scoliose de plus de 20 degrés : 5 % - chiffre qui nous semble élevé.

- Dents

- . Caries non traitées : 18 %

Ce pourcentage est de 35 % chez les élèves de CAP industriel, ce qui illustre la moindre prise en charge médicale dans ces sections.

- Pathologie générale

- . 7 % des élèves, en globalisant des pathologies diverses. Aucune hypertension artérielle dans notre échantillon.

- Troubles fonctionnels et symptômes divers

La durée de l'entretien et la visite médicale (45') a probablement facilité l'expression de ces plaintes :

- . 45 % des élèves se plaignent de douleurs, dysménorrhée comprise (1 fille sur 3 s'en plaint) ;
- . 19 % de céphalées ;

- . 15 % de douleurs de dos (d'où l'intérêt de l'information que nous pouvons apporter aux élèves pour la prévention de ces troubles) ;
- . 12 % de « malaises » ;
- . 27 % de fatigue, soit plus d'un élève sur quatre.

Parmi ces élèves fatigués, 60 % ont des troubles du sommeil. Par contre, la longueur du trajet n'intervient pas dans la notion de fatigue, contrairement à ce que nous avons pensé.

- . 24 % de troubles du sommeil ;
- . 10 % de troubles dépressifs.

- Traitements en cours, pendant l'enquête :

- . 10 % des élèves suivaient un traitement médical prescrit (le problème de l'automédication n'a malheureusement pas été abordé).

- Consultations médicales

Les résultats : 2,5 consultations par an sont proches de la moyenne de la population générale des adolescents ; les CAP industriels consultant beaucoup moins que les trois autres catégories d'élèves.

4 - Le Jeune, son mode de vie et ses préoccupations

- Alimentation

- . Petit déjeuner : 15 à 20 % des élèves n'en prennent pas.
- . Repas de midi : seulement 25 % des jeunes déjeunent chez eux. Les 75 % autres se répartissent ainsi :
 - . 60 % des élèves mangent à la cantine ;
 - . 12 % au café ;
 - . 3 % dans d'autres lieux.

- Toxiques

- . Tabac : près d'un tiers des élèves fume déjà de façon régulière (quantité non précisée).
- . Alcool : 13 % des élèves ont une consommation régulière (quotidienne ou hebdomadaire), 8 % ont été ivres au moins une fois dans l'année.

- Autres drogues

- . 5 à 8 % des jeunes ont dit avoir utilisé au moins une fois de la drogue. Rappelons que le questionnaire était rempli par le médecin, face au jeune, ce qui donne peut-être des chiffres inférieurs à la réalité.

- Sexualité

Ont eu des rapports sexuels :

- . 5 % en CAP tertiaire (beaucoup de filles, jeunes) ;
- . 30 % en CAP industriel (beaucoup de garçons) ;
- . 18 % en BEP tertiaires et industriels, filles et garçons confondus.

La première expérience est précoce en CAP industriel (11 à 14 ans), plus tardive (15-16 ans) en BEP.

Seul un élève sur quatre utilise un moyen contraceptif (en CAP), un sur deux en BEP.

Pendant le temps de notre enquête, il n'y a eu ni IVG, ni grossesse.

- Pratique du sport

- . 30 à 40 % des élèves ont dit être inscrits à l'association sportive de l'établissement ou dans un club. Ces chiffres semblent cependant bien supérieurs à la réalité.

- Argent

- . 25 % des élèves ont un travail occasionnel rémunéré. Les filles se plaignent davantage que les garçons de manquer d'argent de poche.

- Attitude face à la sécurité

- . 25 % des élèves refusent les mesures de sécurité (en atelier, en voiture, en mobylette).

- Attitude face aux autres

- . Parents, camarades, professeurs : peu de problèmes sont signalés. Néanmoins, les filles se plaignent davantage de leurs relations avec leurs parents (problème de sorties, de la « liberté »).

- Violence - racisme - inquiétude face à l'avenir

- . Les filles sont plus que les garçons sensibles à la violence (18,5 %), au racisme (13,5 %), à leur avenir professionnel (50 % - 25 % chez les garçons).

5 - Le Jeune et sa vie scolaire

- Orientation

- . 30 % des jeunes en BEP industriels, 20 % des autres n'ont pas choisi leur orientation.

- Trajet

- . Il est supérieur à 45 minutes pour 26,5 % des élèves (1 seul trajet).

- Les locaux scolaires

. Ils sont souvent vétustes. Les machines dans les ateliers sont peu récentes, pas toujours en bon état, parfois sans sécurité, le bruit est souvent un problème.

Il existe peu de salles de permanence, de foyers socio-éducatifs, de salles d'audio-visuel.

Les toilettes sont souvent en mauvais état, les gymnases sont inexistants ou éloignés du LEP.

Parfois, cependant, les structures existent, mais le lycéen de première année ne les connaît pas ou ne sait pas les utiliser.

Lorsqu'il y a une infirmière d'établissement, les informations circulent mieux ; il y a une permanence, un lieu repère.

DISCUSSION

LE QUESTIONNAIRE

Les 45 minutes consacrées au dialogue, au remplissage du questionnaire et à la visite médicale sont indispensables pour mettre le jeune en confiance et pour pouvoir aborder avec lui des sujets très personnels (tels que l'usage de toxiques, la mort...), mais le fait que ce soit le médecin qui note les réponses exprimées par les jeunes interrogés a pu modifier certaines réponses. Cependant, le questionnaire a été très bien accepté. Les élèves avaient la possibilité de refuser de répondre (l'anonymat leur était garanti).

LES RESULTATS

1 - Le Jeune et sa famille

L'enquête a confirmé que les élèves de LEP sont en majorité issus de milieux socio-professionnels défavorisés, en particulier dans les sections de CAP.

2 - Le Jeune, ses antécédents médicaux et sa santé actuelle

Les élèves des CAP industriels représentent une population qui paraît prioritaire pour une surveillance médicale régulière (antécédents d'hospitalisation fréquents, peu de suivi médical, peu de soins dentaires, peu de prise en charge des troubles auditifs et visuels dé-pistés). Quel travail d'éducation sanitaire est à mener ? Mais aussi, comment obtenir par exemple les soins dentaires sans amélioration de la prise en charge financière ?

L'importance des troubles fonctionnels exprimés doit inciter le médecin scolaire à encore mieux écouter l'adolescent, à essayer de comprendre son malaise et d'y apporter, si possible, une réponse.

3 - Le Jeune et sa vie

Beaucoup de jeunes de LEP (et les filles plus que les garçons) ignorent le petit déjeuner ; le repas de midi est pris sur le pouce ou incomplètement consommé, le besoin de liberté semble l'emporter sur l'équilibre alimentaire.

Il faudrait trouver un meilleur aménagement, non seulement des conditions de restauration, mais aussi des activités avant la reprise des cours.

Un tiers des élèves fume déjà dès le premier trimestre scolaire (et nous savons qu'il y aura augmentation de ce chiffre au long de l'année scolaire).

La consommation d'alcool semble plus élevée en LEP que dans une population globale d'adolescents (pour l'INRP : 9 % de consommation régulière d'alcool à 16 ans - pour nous : 13 %). Le comportement des jeunes des sections tertiaires remet en question l'image de l'alcoolisme lié à un type de catégorie sociale.

L'usage des autres toxiques est reconnu par 18 % dans l'enquête INRP, 6,5 % pour nous (rappelons que les réponses à notre questionnaire étaient notées par le médecin scolaire, le questionnaire INRP était rempli par les élèves).

La précocité des rapports sexuels dans certaines sections, la faible utilisation de contraception, devraient nous inciter à faire de l'information sexuelle dès la classe de cinquième (les jeunes de CAP quittent le collège en fin de cinquième et ne bénéficient donc pas de l'information généralement faite en troisième).

(Au moment de l'enquête 84-85, le SIDA ne faisait pas encore l'objet d'inquiétude en dehors des groupes dits à risque).

Les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à s'inquiéter de l'avenir. Pèsent sur elles deux handicaps : être fille, souvent étrangère, et être peu qualifiée.

4 - Le Jeune et sa vie scolaire

La longueur des trajets, qui est pour un élève sur quatre de 45 minutes, deux fois par jour, nous semblait être un facteur aggravant de leur fatigue. Cela n'est pas ressorti de l'enquête.

Les élèves s'expriment peu, spontanément, sur les qualités de leur établissement d'accueil (pas choisi une fois sur trois). Mais, interrogés, ils expriment leur désir de locaux plus accueillants (avec foyer socio-éducatif, gymnase, self-service) et de matériel industriel de qualité.

CONCLUSION

L'enquête menée par treize médecins de santé scolaire du Val-de-Marne auprès de 485 élèves de première année de lycée d'enseignement professionnel avait pour but de savoir si les actions menées par le Service répondent bien aux besoins de ceux qu'il a en charge.

Il fallait :

- valider ce qui était connu, par les expériences professionnelles individuelles, à savoir que les jeunes de LEP représentent une population à risques ;
- faire ressortir plus clairement leurs besoins, pour apprécier le travail des médecins du service de santé scolaire et faire d'éventuels réajustements en fonction des besoins recensés.

Ces besoins peuvent se répartir en besoins :

- d'accueil dans des établissements plus adaptés à la population actuelle ;
- d'écoute et de dialogue (pouvoir, à l'adolescence, parler avec un adulte en qui on a confiance, pouvoir être écouté) ;
- de réassurance, de revalorisation, physique et scolaire ;
- de surveillance médicale : comme adolescent et comme travailleur passant une partie de son temps scolaire à l'atelier, en veillant à ce que les mesures qui s'imposent au terme de la visite médicale ou des dépistages sensoriels soient effectivement suivies d'effet.
- d'information et d'éducation sanitaires.

Les besoins sont énormes car, si les jeunes sont facilement inquiets pour de petites choses, ils le sont peu de mener une vie peu adaptée à leur santé, domaine dans lequel ils sont d'une ignorance désarmante.

Les réponses à ces besoins sont, selon les cas, soit :

- du ressort de l'équipe médico-sociale scolaire ;
- de l'ensemble de la collectivité scolaire (adolescents et parents inclus) ;
- des « décideurs » (après consultation des intéressés - si possible) ;

Ces réponses ont à être déterminées établissement par établissement.

CONTREPOINT

MEMOIRES D'UNE JEUNE FILLE RANGEE

Simone De BEAUVOIR

L'année où nous nous installâmes rue de Rennes, mon sommeil se troubla. Avais-je mal digéré les révélations de Madeleine ? Seule une cloison séparait à présent mon lit de celui de mes parents et il m'arrivait d'entendre mon père ronfler : fus-je sensible à cette promiscuité ? J'eus des cauchemars. Un homme sautait sur mon lit, il enfonçait son genou dans mon estomac, j'étouffais ; je rêvais désespérément que je me réveillais et de nouveau le poids de mon agresseur m'écrasait. Vers la même époque, le lever devint un traumatisme si douloureux qu'en y pensant le soir, avant de m'endormir, ma gorge se serrait, mes mains devenaient moites. Quand j'entendais le matin la voix de ma mère, je souhaitais tomber malade tant j'avais horreur de m'arracher à l'engourdissement des ténèbres. Le jour, j'avais des vertiges ; je m'anémiais. Maman et le médecin disaient : « C'est la formation. » Je détestais ce mot, et le sourd travail qui se faisait dans mon corps. J'enviais aux « grandes jeunes filles » leur liberté ; mais je répugnais à l'idée de voir mon torse se ballonner ; j'avais entendu, autrefois, des femmes adultes uriner avec un bruit de cataracte ; en pensant aux outres gonflées d'eau qu'elles enfermaient dans leur ventre, je ressentais le même effroi que Gulliver le jour où de jeunes géantes lui découvrirent leurs seins.

Depuis que j'en avais éventé le mystère, les livres prohibés m'effrayaient moins qu'autrefois ; souvent je laissais traîner mon regard sur les morceaux de journaux suspendus dans les w.-c. C'est ainsi que je lus un fragment de roman-feuilleton où le héros posait sur les seins blancs de l'héroïne des lèvres ardentes. Ce baiser me brûla ; à la fois mâle, femelle et voyeur, je le donnais, le subissais et je m'en remplissais les yeux. Assurément, si j'en éprouvai un émoi si vif, c'est que déjà mon corps s'était éveillé ; mais ses rêveries cristallisèrent autour de cette image ; je ne sais combien de fois je l'évoquai avant de m'endormir. J'en inventai d'autres : je me demande d'où je les tirais. Le fait que les époux couchent, à peine vêtus, dans un même lit, n'avait pas suffi jusqu'ici à me suggérer l'étreinte ni la caresse : je suppose que je les créai à partir de mon besoin. Car je fus pendant quelque temps la proie de désirs torturants ; je me retournais dans mon lit, la gorge sèche, appelant un corps d'homme contre

mon corps, des mains d'homme sur ma peau. Je calculais avec désespoir : « On n'a pas le droit de se marier avant quinze ans ! » Encore était-ce un âge limite : il me faudrait attendre des années avant que mon supplice prît fin. Il commençait en douceur ; dans la tiédeur des draps et le fourmillement de mon sang, mes phantasmes me faisaient délicieusement battre le coeur ; je croyais presque qu'ils allaient se matérialiser ; mais non, ils s'évanouissaient ; nulle main, nulle bouche n'apaisait ma chair irritée ; ma chemise de madapolam devenait une tunique empoisonnée. Seul le sommeil me délivrait. Jamais je n'associai ces désordres à l'idée de péché : leur brutalité débordait ma complaisance et je me sentais plutôt victime que coupable. Je ne me demandai pas non plus si les autres petites filles connaissaient ce martyre. Je n'avais pas l'habitude de me comparer.

Nous séjournions chez des amis dans la moiteur étouffante de la mi-juillet quand je m'éveillai un matin, atterrée : ma chemise était souillée. Je la lavai ; je m'habillai : de nouveau mon linge se salit. J'avais oublié les imprécises prophéties de Madeleine et je me demandais de quelle ignominieuse maladie j'étais atteinte. Inquiète, me sentant vaguement fautive, je dus recourir à ma mère ; elle m'expliqua que j'étais devenue « une grande fille », et m'empaqueta de manière incommode. J'éprouvai un vif soulagement en apprenant que je n'étais coupable de rien ; et même, comme chaque fois qu'il m'arrivait quelque chose d'important, il me vint au coeur une espèce de fierté. Je supportai sans trop de gêne que ma mère chuchotât avec ses amies. En revanche, quand le soir nous eûmes retrouvé mon père rue de Rennes, il fit en plaisantant une allusion à mon état : je me consumai de honte. J'avais imaginé que la confrérie féminine dissimulait soigneusement aux hommes sa tare secrète. En face de mon père je me croyais un pur esprit : j'eus horreur qu'il me considérât soudain comme un organisme. Je me sentis à jamais déçue.

J'enlaidis, mon nez rougeoya ; il me poussa sur le visage et sur la nuque des boutons que je taquinais avec nervosité. Ma mère, excédée de travail, m'habillait avec négligence ; mes robes informes accentuaient ma gaucherie. Gênée par mon corps, je développai des phobies : je ne supportais pas, par exemple, de boire dans un verre où j'avais déjà bu. J'eus des tics : je n'arrêtais pas de hausser les épaules, de faire tourner mon nez. « Ne gratte pas tes boutons, ne tourne pas ton nez », me répétait mon père. Sans méchanceté, mais sans ménagement, il faisait sur mon teint, mon acné, ma balourdise, des remarques qui exaspéraient mon malaise et mes manies.

La monotonie de l'existence adulte m'avait toujours apitoyée ; quand je me rendis compte que, dans un bref délai, elle deviendrait mon lot, l'angoisse me prit. Un après-midi, j'aidais maman à faire la vaisselle ; elle lavait des assiettes, je les essayais ; par la fenêtre, je voyais le mur de la caserne de pompiers, et d'autres cuisines où des femmes frottaient des casseroles ou épluchaient des légumes. Chaque jour, le déjeuner, le dîner ; chaque jour la vais-

selle ; ces heures indéfiniment recommencées et qui ne mènent nulle part : vivrais-je ainsi ? Une image se forma dans ma tête, avec une netteté si désolante que je me la rappelle encore aujourd'hui : une rangée de carrés gris s'étendait jusqu'à l'horizon, diminués selon les lois de la perspective, mais tous identiques, et plats ; c'étaient les jours et les semaines, et les années. Moi, depuis ma naissance, je m'étais endormie chaque soir un peu plus riche que la veille ; je m'élevais de degré en degré ; mais si je ne trouvais là-haut qu'un morne plateau, sans aucun but vers lequel marcher, à quoi bon ?

Non, me dis-je, tout en rangeant dans le placard une pile d'assiettes ; ma vie à moi conduira quelque part. Heureusement, je n'étais pas vouée à un destin de ménagère. Mon père n'était pas féministe ; il admirait la sagesse des romans de Colette Yver où l'avocate, la doctoresse, finissent par sacrifier leur carrière à l'harmonie du foyer ; mais nécessité fait loi : « Vous, mes petites, vous ne vous mariez pas, répétait-il souvent. Vous n'avez pas de dot, il faudra travailler. » Je préférerais infiniment la perspective d'un métier à celle du mariage ; elle autorisait des espoirs. Il y avait eu des gens qui avaient fait des choses : j'en ferais. Je ne prévoyais pas bien lesquelles. L'astronomie, l'archéologie, la paléontologie tour à tour m'avaient réclamée et je continuais à caresser vaguement le dessein d'écrire. Mais ces projets manquaient de consistance, je n'y croyais pas assez pour envisager avec confiance l'avenir. D'avance, je portais le deuil de mon passé.

J'avais perdu la sécurité de l'enfance ; en échange, je n'avais rien gagné. L'autorité de mes parents n'avait pas fléchi et comme mon esprit critique s'éveillait, je la supportais de plus en plus impatiemment. Visites, déjeuners de famille, toutes ces corvées que mes parents tenaient pour obligatoires, je n'en voyais pas l'utilité. Les réponses : « Ça se doit. Ça ne se fait pas », ne me satisfaisaient plus du tout. La sollicitude de ma mère me pesait.

LES JEUNES DE 16 A 25 ANS SANS EMPLOI : UNE PHOTOGRAPHIE SOCIO-SANITAIRE

*D. ZMIROU *, F. BALDUCCI **

(Les éléments de cet article sont extraits du rapport de l'étude réalisée en 1986, dans la Drôme, par le CAREPS *, qui a été publié sous le titre : « les Jeunes de 16 à 25 ans sans emploi : description épidémiologique et propositions pour un suivi médico-social ».)

Le CAREPS s'est vu confier en 1985 par l'Observatoire de santé Rhône-Alpes et la ville de Valence, la réalisation d'une étude répondant à deux objectifs distincts :

- décrire l'état de santé et les besoins sanitaires des jeunes de 16 à 25 ans recherchant un emploi en vue d'éclairer les responsables locaux et les organismes d'action sanitaire et sociale sur l'aptitude du réseau socio-sanitaire actuel à répondre à ces besoins ;
- apprécier l'utilité de l'instauration ou du développement de visites médicales systématiques dans le cadre des démarches suivies par les jeunes en quête d'emploi, qui permettraient de réaliser des bilans de santé au bénéfice des jeunes connaissant souvent une interruption du suivi médico-social entre la scolarité et l'emploi, et d'apporter des conseils pour l'orientation professionnelle.

Sont présentés ici quelques résultats de cette étude qui a comporté deux enquêtes distinctes :

- une enquête sur la santé des jeunes à la recherche d'un emploi, réalisée par le biais de visites médicales proposées à tous les jeunes

* CAREPS (Centre alpin de recherche épidémiologique et de prévention sanitaire), Centre hospitalier de Grenoble, Pavillon D, 38700 La Tronche.

- de l'agglomération de Valence reçus par diverses structures d'accueil et de formation ;
- une enquête en médecine du travail auprès de jeunes salariés, dans les agglomérations de Valence et de Montélimar.

MATERIEL ET METHODES

1 — L'enquête au sein des structures d'accueil des jeunes à la recherche d'emploi

Le protocole de l'enquête a été élaboré au terme de nombreuses réunions de travail auxquelles ont participé les responsables des principales parties concernées par le sujet : ville de Valence, Bureau d'hygiène de Valence/Bourg-les-Valences, Mission locale pour l'emploi des jeunes de Valence et le CAREPS.

Cette enquête a ensuite associé, entre mars et août 1986, plusieurs structures administratives et d'accueil, ou de formation des jeunes de l'agglomération valentinoise : Mission locale pour l'emploi des jeunes, CIFOP (Centre interconsulaire de formation permanente), GRETAVAL (Groupement d'établissements de Valence), CIO (Centre d'information et d'orientation), BAS (Bureau d'aide sociale), FOL (Fédération des oeuvres laïques), IFRES (Institut de formation et de recherche économique et sociale), CSPP (Centre de soutien pédagogique personnalisé), AFPA (Association pour la formation professionnelle des adultes), TUC, Comité de probation, ASSEDIC, Agence Nationale pour l'emploi, direction départementale du Travail (qui a permis la convocation des jeunes TUC), ainsi que d'autres services¹.

Les jeunes accueillis par ces services se sont vus proposer de bénéficier d'une visite médicale gratuite, effectuée par un médecin du travail (Madame le Docteur G. Bohème) dans les locaux mis à la

1. Voir liste exhaustive dans « Résultats ».

disposition par le Service de la médecine du travail de la ville de Valence.

Les jeunes se rendaient volontairement à la visite ; aucune sanction n'était infligée en cas de refus. La procédure suivie sur place était la suivante :

a) L'autoquestionnaire

Chaque consultant était accueilli sur place par une jeune TUC (recrutée à cet effet) qui lui remettait un questionnaire anonyme et assurait le secrétariat de l'enquête.

Ce questionnaire comportait quatre parties :

- une partie socio-démographique visant à décrire la situation familiale, sociale, scolaire ou professionnelle du jeune ;
- une partie sanitaire et psychosociale visant à recueillir des informations sur la santé, les habitudes de vie et l'insertion sociale du jeune et permettant de guider la visite médicale ultérieure.

Ces deux premières parties du questionnaire étaient remplies par le jeune juste **avant** la visite médicale, l'animateur présent pouvant si besoin répondre aux éventuelles questions du jeune.

- La troisième partie était purement médicale et remplie par le médecin du travail au cours de la visite.
- La quatrième partie était complétée par le jeune **après** la consultation. Elle regroupait des questions très intimes pour lesquelles il convenait de respecter un anonymat strict, y compris vis-à-vis du médecin du travail.

Celui-ci pouvait, au cours de sa visite, expliquer de façon plus précise les objectifs de l'étude, et rassurer le jeune sur le caractère confidentiel des informations recueillies.

b) La visite médicale

Un médecin du travail a été recruté dans le cadre de cette enquête (durée 6 mois, mi-temps). La visite médicale avait un double objectif :

- Réaliser les bilans de santé des jeunes dont les résultats visaient à être exploités pour compléter la description de l'état sanitaire de cette population. En cas de problème de santé spécifique, les jeunes étaient orientés vers des soins appropriés à leur état. Les problèmes liés à la prise en charge des frais affèrent à ce suivi médical étaient étudiés cas par cas avec les jeunes, avec le recours éventuel du Bureau d'aide sociale de la ville. Une éducation sanitaire individuelle était prodiguée selon les besoins mis en évidence.

- Apporter à chaque jeune des conseils d'orientation professionnelle (recherche d'un emploi, choix d'une formation), prenant en compte son état de santé considéré globalement comme sa faculté d'adaptation au type d'emploi qu'il souhaitait choisir ou vers lequel il espérait s'orienter.

2 — Enquête auprès des jeunes salariés depuis moins de deux ans

La deuxième enquête a associé les services médicaux du travail de Valence et de Montélimar. Les investigations ont porté sur un échantillon de jeunes ayant, au moment de l'enquête, un emploi salarié depuis moins de deux ans (ou en apprentissage).

L'enquête auprès de ces jeunes salariés a porté sur deux aspects :

- leur état de santé et leurs besoins sanitaires ;
- leur poste de travail, en relation avec leur état sanitaire.

Cette double expertise visait à permettre d'appréhender un risque éventuel « immédiat » ou « futur » pour la santé, tel que jugé par le médecin du travail².

2. Estimation subjective par chaque médecin du travail, c'est-à-dire conformément à la pratique courante lors de laquelle le médecin doit évaluer l'aptitude du salarié à occuper son poste de

Grâce à cette seconde enquête, une mesure de l'importance de l'inadéquation entre le poste de travail et l'état de santé des jeunes travailleurs devait être projetée sur la population des jeunes chômeurs afin d'évaluer l'utilité des conseils d'orientation professionnelle. Pour cette projection, les deux échantillons devaient être artificiellement rendus comparables.

Les seize médecins du travail associés à cette étude étaient des médecins volontaires des services médicaux du travail (d'entreprise et interentreprises) de l'agglomération valentinoise (11 médecins) et de Montélimar (5 médecins).

Les investigations qu'ils réalisaient étaient proches de celles conduites dans le cadre de la première enquête :

- autoquestionnaire (3 parties) ;

- visite médicale,

auxquelles s'ajoutait une analyse du poste de travail au terme de laquelle était portée par le médecin du travail une appréciation sur l'adéquation entre l'état sanitaire du jeune et les contraintes du poste de travail.

Cette seconde enquête devait initialement porter au total sur un échantillon plus large que celui des jeunes chômeurs, de telle sorte qu'on puisse procéder dans un second temps à leur appariement sur la base de l'âge, du sexe, de la nationalité et de la qualification (mesurée par le dernier diplôme obtenu). Elle s'est prolongée d'avril à décembre 1986.

travail sans danger pour sa santé. Cette projection dans le futur était qualifiée comme suit : « (1) Excellente adaptation, promotion du jeune ; (2) Bonne adaptation ; (3) Inadéquation avec risque à long terme (5-10 ans) ; (4) Inadéquation avec risque à moyen terme (2-5 ans) ; (5) Inadéquation avec risque à court terme (inférieur ou égal à 1 an) ».

DES RESULTATS

A — LES JEUNES CHOMEURS : UNE PHOTOGRAPHIE SOCIO-SANITAIRE

1. Caractéristiques socio-démographiques

322 jeunes se sont rendus aux visites qui leur étaient proposées, parmi lesquels 147 hommes et 175 femmes (54,4 %).

Leur recrutement dans l'étude a été assez régulier, avec un pic en juillet, du fait notamment des jeunes informés par le biais des ASSEDIC. L'enquête s'est achevée début août 1986.

Evolution du recrutement par mois d'enquête (%)

mars	avril	mai	juin	juillet	août	Total
16,1	18,6	13,7	18,9	25,2	7,5	100

8 jeunes sur 10 sont de nationalité française ; le second plus gros contingent est constitué de jeunes maghrébins.

Français	Maghrébins	Turcs	Portugais	autre nation.	Total
79,2	11,8	2,5	2,2	4,3	100

Le moyen ou l'organisme par lequel ils ont été orientés vers la visite médicale est marqué par le poids de la Mission locale pour l'emploi, par le fichier des jeunes TUC de la direction du Travail et par le fichier des ASSEDIC.

Tableau I : Structure d'origine des jeunes chômeurs

	Effectifs	%
Mission locale	80	24,8
FOL	6	1,9
GRETAVAL	18	5,6
IFRES	17	5,3
CIFOP	15	4,7
Foyer de jeunes travailleurs	2	0,6
Foyer Providence	4	1,2
Lieu Ressource	2	0,6
TUC	103	32,0
Comité de probation	10	3,1
Lui-même	2	0,6
AFEC	5	1,6
AFPA	21	6,5
Sauvegarde de l'enfance	1	0,3
ASSEDIC	34	10,6
ANPE	2	0,6
Total	322	100,0

Le lieu de domicile varie sensiblement avec l'âge et le sexe, les sujets plus âgés vivant naturellement plus volontiers seuls ou en ménage, en particulier chez les filles.

Les femmes sont d'ailleurs globalement plus souvent mariées ou en ménage (15,5 % contre 4,8 % pour les hommes), et à tous les âges au-delà de 17 ans (tableau II).

**Tableau II : Proportion de jeunes mariés ou en ménage,
par âge et par sexe**

Sexe	16-17 ans	18-19	20-21	22-23	24 +	Effectifs
Masculin	3,0	-	4,9	13,6	6,3	7
Féminin	-	12,7	18,3	21,4	33,3	27

La taille moyenne de la fratrie est de 4,6. 40 % des jeunes appartiennent à une fratrie de 4 enfants et plus.

La famille semble en outre souvent perturbée. Si 65,7 % des jeunes ont leurs deux parents vivant ensemble, la proportion des parents séparés (18,4 %) ou d'un parent au moins décédé (12,5 %) est élevée ; le reste de l'échantillon est constitué de jeunes dont un parent est inconnu ou qui s'est remarié.

Ceux qui ont pu donner des renseignements sur la situation professionnelle de leurs parents montrent une origine sociale marquée par une mère sans profession et un père ouvrier, employé ou retraité (tableau III).

Tableau III : Catégorie socio-professionnelle des parents connus (%)

Père	Catégorie socio-professionnelle	Mère
32,7	Ouvrier(e)	5,0
20,7	Employé(e)	21,5
9,2	Technicien, cadre moyen	1,0
3,2	Cadre supérieur	-
2,4	Commerçant(e)	1,0
10,8	Artisan(e)	1,3
4,0	Agriculteur(rice)	2,2
16,2	Retraité	-
0,8	Autre cat. socio-professionnelle	-
-	Sans profession	68,0
251	Effectifs	303

La qualification des jeunes est appréciée par le dernier établissement fréquenté (tableau IV) et par le dernier diplôme obtenu.

Tableau IV : Dernier établissement fréquenté par âge et sexe (%)

	Garçons				Total
	16-17	18-19	20-21	22 +	
Pré-apprentis, prép. CAP/BEP ou études spécial.	72,7	73,5	75,0	63,2	71,0
Lycée	17,3	20,6	17,5	29,0	23,5
Supérieur	-	5,9	5,0	5,3	4,1
Autre	-	-	2,5	2,6	1,4

	Filles				Total
	16-17	18-19	20-21	22 +	
Pré-apprentis., prép. CAP/BEP ou études spécial.	63,6	69,1	58,3	62,2	63,2
Lycée	36,4	23,6	26,7	29,7	27,6
Supérieur	-	3,6	13,3	5,4	6,9
Autre	-	3,6	1,2	2,7	2,3

Les établissements fréquentés sont les mêmes dans les deux sexes. En revanche, les filles sont plus diplômées que les garçons et ce, aux différents âges. Ceci est renforcé par le fait que les filles sont plus nombreuses à poursuivre une formation complémentaire au moment de l'enquête, à tous les âges (tableau V).

Tableau V : Proportion de jeunes chômeurs poursuivant une formation, selon l'âge et le sexe

Sexe	16-17	18-19	20-21	22-23	24 +	Total
Masculin	84,8	47,1	51,2	27,3	31,3	52,1
Féminin	95,2	72,7	70,0	67,9	55,6	72,8

La durée de chômage est la même dans les deux sexes, et ce aux différents âges (tableau VI). Globalement, 37,9 % des jeunes qui disent rechercher du travail sont au chômage depuis au moins un an (dont 19,2 % depuis au moins deux ans !). On notera que 27,5 % des garçons et 20,5 % des filles déclarent ne pas être en train de chercher un emploi actuellement. Ceux-ci se recrutent essentiellement parmi ceux qui suivent une formation (plus de la moitié de ces derniers dans les deux sexes).

**Tableau VI : Ancienneté dans la recherche d'emploi,
selon l'âge et le sexe (%)**

Sexe	Age	- 6 mois	6-12	1-2 ans	2 ans +	Effectif
Masculin	- 20 ans	41,0	43,6	15,4	-	39
	20 * +	34,4	23,4	18,8	23,4	64
Féminin	- 20 ans	43,1	33,3	17,7	5,9	51
	20 * +	23,5	22,2	21,0	33,3	81

* Il semblerait que les filles de 20 ans et plus soient au chômage depuis plus longtemps que les garçons ; cependant, la différence n'est pas significative.

41,5 % de l'échantillon est constitué de jeunes n'ayant jamais travaillé. Ceux qui ont exercé un emploi ont trouvé des emplois précaires ; 42 % d'entre eux ont travaillé moins de 6 mois, 54 % ont occupé plusieurs emplois. La cause principale d'arrêt de travail est la fin de contrat (73 % des garçons et 70 % des filles).

L'inscription à l'ANPE est croissante avec l'âge, et égale dans les deux sexes (74 % au total, mais 33 % avant 18 ans).

Leur couverture sociale est largement influencée par la manière dont l'échantillon a été constitué. Par exemple, les jeunes en formation ou en TUC ont droit à la Sécurité sociale. Seuls 17 jeunes déclarent ne pas avoir de couverture sociale (2,3 %), mais 19 % (6,0 %) ne le savent pas. 65,7 % sont affiliés à la Sécurité sociale, et 26,0 % sont ayants droit d'assurés sociaux.

L'appartenance à une mutuelle est moins fréquente. En outre, nombreux sont les jeunes qui ne connaissent pas leur situation à cet égard, en particulier les garçons (22,1 % contre 12,1 %) ; les filles se déclarent plus souvent couvertes que les garçons (52,9 % contre 34,5 %).

2. Hygiène de vie et image de soi

a) Image de soi

De nombreuses questions portaient sur l'idée que les jeunes ont d'eux-mêmes ou sur leur moral.

Près de 40 % des jeunes des deux sexes se trouvent trop gros ; ce sont (bien sûr !) les filles qui se plaignent le plus de leur embonpoint (61,6 % contre 38,4 % sont insatisfaites). Un quart de l'échantillon des deux sexes se déclare en mauvaise santé, chiffre qu'on pourra rapprocher des 30 % des jeunes pour lesquels le médecin assurant la visite a prescrit une consultation chez un praticien, ces deux informations ayant été produites de manière indépendante.

Nombre de ces jeunes sont mal à l'aise : 19 % des filles et 10 % des garçons disent avoir souvent le « moral à zéro ». Les ruminations de suicide peuvent être appréciées par les proportions de ceux qui disent avoir eu des idées de suicide et de ceux qui rapportent qu'un(e) copain(ine) a fait une tentative de suicide (23 % des garçons et 34 % des filles).

Ces données doivent être considérées avec prudence, notamment la proportion de « passages à l'acte ». En premier lieu, les effectifs par âge et sexe sont faibles (il reste que, au total, 50 % des filles et 38 % des garçons ayant de telles ruminations ont fait une tentative de suicide !); en outre, la notion de « passage à l'acte » peut souvent plus représenter un appel au secours, un signe destiné à l'extérieur, qu'une véritable intention d'en finir. Ces résultats témoignent pourtant de manière dramatique du mal-être de nombreux adolescents confrontés au chômage.

De manière plus sereine, il a été demandé aux jeunes de dresser leur autoportrait en se situant par rapport à certains traits de caractères, dans une échelle qui marque leur adhésion à une certaine image (compagnie/solitude ; calme/nerveux ; sans complexe/timide ; serein/inquiet ; pacifique/agressif ; ne s'ennuie jamais/s'ennuie souvent ; pleine forme/souvent fatigué ; attend des autres/attend peu de autres ; bien dans sa peau/mal dans sa peau).

Les résultats montrent que les garçons ont systématiquement une image d'eux-mêmes plus proche du versant « positif » du caractère que de son versant « négatif » par rapport aux filles : « poudre aux yeux » ou plus grande sérénité ? Une analyse psycho-sociale plus fine peut seule répondre à cette question.

b) Hygiène de vie

Le recours aux soins a été apprécié par la fréquence des consultations chez un médecin ou un dentiste au cours de la dernière année. La proportion de jeunes n'ayant pas vu de médecin est, somme toute, assez faible, puisque c'est le cas de seulement 23 % des garçons et de 15 % des filles, tous âges confondus (tableau VII).

Tableau VII : Visites chez un médecin au cours de la dernière année, par âge et sexe (%)

Sexe	Nombre de visites	16-17	18-19	20-21	22-23	24 +	Total
M	aucune	12,5	20,6	29,3	18,2	43,8	23,4
	1-4	68,8	58,8	48,8	63,6	50,0	57,0
	5 +	18,8	20,6	22,0	18,2	6,3	18,6
	Effectif	32	34	41	22	16	145
F	aucune	13,6	18,5	16,9	7,1	0	14,5
	1-4	54,6	62,9	55,9	64,3	77,8	60,5
	5 +	31,8	18,5	27,1	28,6	22,2	25,0
	Effectif	22	54	59	28	9	172

Les filles sont donc plus médicalisées que les garçons et ce, surtout pour les plus âgées ; on peut vraisemblablement voir là la mani-

festation des consultations de gynécologie de d'orthogénie. Cette impression d'un moindre recours aux soins chez les garçons est renforcée par le fait que, chez ces derniers, la proportion de jeunes n'ayant pas consulté au cours de la dernière année est égale, qu'ils se déclarent en bonne santé ou en mauvaise santé (23 %) ; par contre, chez les filles, celles qui se disent en mauvaise santé ont été moins nombreuses à ne pas consulter (7 %) que celles qui se disent en bonne santé (17 %).

Ces jeunes ayant consulté sont des clients assez fidèles : les deux tiers des sujets des deux sexes ont vu un seul médecin.

La couverture mutualiste influence nettement le recours aux soins médicaux. Après ajustement sur l'âge et le sexe, les non-mutualistes sont deux fois plus nombreux à ne pas consulter un médecin que les mutualistes.

Le recours au dentiste est moins fréquent que le recours au médecin. De la même façon dans les deux sexes, et pour les différents âges, 36,3 % des jeunes n'ont pas consulté au cours de l'année écoulée. Comme pour le médecin, le fait d'avoir une couverture mutualiste facilite le recours aux soins dentaires. Les non-mutualistes sont plus nombreux à ne pas avoir vu de dentiste au cours de l'année écoulée, après ajustement sur l'âge et le sexe.

La consommation de médicaments confirme l'inégal recours aux soins médicaux par sexe. Les filles sont plus fortes consommatrices que les garçons, y compris en enlevant de l'échantillon celles qui ne prennent que la pilule : 70,9 % des garçons contre 50,4 % des filles déclarent ne pas prendre de médicaments ; 11,3 % contre 20,2 % en consomment actuellement de manière régulière. Le fait d'avoir une couverture mutuelle n'influence guère cette consommation : les non-consommateurs sont aussi nombreux dans les sujets couverts ou non couverts, tandis que les consommateurs réguliers sont légèrement plus nombreux (mais non significativement) chez les mutualistes que chez les non-mutualistes, après ajustement sur l'âge et le sexe, et une fois éliminées les seules consommatrices de la pilule. Un cinquième des jeunes consommant actuellement des médicaments le font sans

ordonnance médicale ; on ne peut savoir s'il s'agit d'une automédication ou d'un partage d'ordonnance.

L'hygiène de vie a été appréciée aussi au travers des pratiques alimentaires. Les jeunes étaient interrogés sur la prise de repas de la journée. Selon une pratique bien française, le petit déjeuner est souvent réduit à peu de choses, lorsqu'il n'est pas complètement sauté (21 % des filles et 15 % des garçons sautent au moins quatre petits déjeuners par semaine). Les déjeuners et dîners sont mieux respectés, mais un jeune sur cinq a sauté au moins un de ces repas au cours de la semaine précédant l'enquête. Le phénomène est plus marqué chez les filles, notamment pour le dîner. Les raisons invoquées sont : le manque d'appétit et le manque de temps (respectivement 6 fois sur 10 et 1 fois sur 4 pour le petit déjeuner), beaucoup plus que la volonté de maigrir ou le manque d'argent.

Les boissons alcoolisées ne sont pas consommées de manière importante aux dires des jeunes remplissant leur questionnaire anonyme : seulement 6 garçons et 1 fille avouent en boire tous les jours. 1 garçon sur 4 et 1 fille sur 14 en consomment au moins une fois par semaine. Chez les garçons, cette pratique devient plus fréquente avec l'âge (37 % à partir de 24 ans).

Le tabagisme est fréquent, ce qui n'est évidemment pas le propre des jeunes sans emploi. Globalement, 38 % des garçons et 47 % des filles sont non-fumeurs (différence significative), mais alors que l'intoxication tabagique est stable avec l'âge chez les garçons, elle est sensiblement plus élevée chez les jeunes filles et décroît avec l'âge (32 % de non-fumeuses à 16-18 ans, 67 % à 24 ans). En outre, 5 % des fumeurs et fumeuses jeunes (de moins de 20 ans) fument depuis au moins 6 ans. Quant aux quantités fumées, on assiste à une croissance de la proportion de gros fumeurs masculins avec l'âge, mais pas chez les filles (tableau VIII).

Tableau VIII : Consommation de tabac par sexe et âge (%)

Sexe	nb paquets/j	16-17	18-19	20-21	22-23	24 +	Total
M	non-fumeurs	30,3	41,2	41,5	47,6	33,3	38,9
	< 1/2	45,5	11,8	12,2	19,0	0	19,5
	≥ 1	6,1	8,8	17,1	19,0	33,3	14,6
	Effectif	33	34	41	21	15	144
F	non-fumeuses	31,8	49,1	43,3	57,1	66,7	47,1
	< 1/2	22,4	33,9	41,0	10,7	25,0	18,4
	≥ 1	13,6	9,1	6,7	7,1	22,2	9,2
	Effectif	22	55	60	28	9	174

La durée habituelle de sommeil ne diffère pas selon le sexe et l'âge : 6 % des garçons et 5 % des filles dorment moins de 7 heures par nuit. Les dormeurs « moyens » (7-8 heures) sont respectivement 33 % et 29 %. L'heure du coucher manifeste, dans une certaine mesure, une hygiène de vie et conditionne aussi l'aptitude à être sur pied le matin, par exemple pour chercher du travail : 33,8 % de l'échantillon total se couche après 23 heures, dont 10,2 % après minuit.

La prise de somnifères au moment de l'enquête est rare (3 % dans les deux sexes), mais 22 % des jeunes en ont déjà pris, proportion stable avec l'âge. Inversement, la consommation de café est importante et semblable dans les deux sexes : 28,5 % des jeunes ne prennent pas de café, mais 19,8 % en prennent au moins quatre tasses par jour.

Près d'un garçon sur deux et près de deux filles sur trois ne pratiquent aucune activité sportive, même occasionnelle. Les sportifs réguliers représentent 38 % des garçons et 25 % des filles, ceux-ci pratiquant aussi volontiers des sports individuels que collectifs, alors que les filles sont plus tournées vers les sports individuels.

Les vacances prises hors de la maison au cours de la dernière année se retrouvent avec une égale fréquence dans les deux sexes et sont peu influencées par l'âge ; il reste 37 % des garçons et 34 % des filles à ne pas avoir pris de vacances hors de chez eux depuis un an, 41 % étant partis plusieurs fois au cours de cette même période. Ces vacances se déroulent le plus souvent en famille (1 fois sur 5) ou avec des amis (23 % des garçons et 15 % des filles), plus rarement en couple, et alors, il s'agit presque toujours de filles (9 %).

Plus de quatre jeunes sur dix n'avaient pas de relations sexuelles à l'époque de l'enquête, dans les deux sexes. Ce résultat est plus sensible à l'âge chez les garçons que chez les filles (tableau IX). Les filles sont par ailleurs plus « fidèles » que les garçons (un partenaire unique dans 90 % des cas contre 2 fois sur 3, différence significative).

Tableau IX : Activité sexuelle par âge et sexe (%)

Sexe	Activité	16-17	18-21	22 +	Total
Masculin	Régulière	33,3	43,7	59,5	46,1
	Occasionnelle	15,2	12,6	8,1	12,1
	Aucune	51,5	43,7	32,4	41,8
	Effectif	33	71	37	141
Féminin	Régulière	40,9	50,0	45,7	47,4
	Occasionnelle	4,6	7,0	11,4	7,6
	Aucune	54,5	43,0	42,9	45,0
	Effectif	33	71	37	141

L'usage reconnu de la drogue est également fréquent dans les deux sexes, 16 % des jeunes avouant avoir déjà consommé des drogues ; chez les garçons, cette proportion croît avec l'âge pour atteindre 26 % à 22 ans et plus (17 % chez les filles). Cependant, rares

sont ceux qui reconnaissent avoir touché à des drogues dures (1 cas). Il est bien entendu conseillé de lire ces données avec une certaine prudence ; malgré le caractère anonyme des autoquestionnaires, il est possible que certains jeunes aient eu quelque réticence à reconnaître cette pratique.

B — TRAVAILLEURS ET CHOMEURS : RESSEMBLANCES ET DIFFERENCES

Disposant d'une population de jeunes chômeurs d'une part et d'une population de jeunes travailleurs d'autre part, il est intéressant de comparer ces deux groupes en ce qui concerne un certain nombre de caractères liés à l'état de santé ou à l'hygiène de vie. Pour ce faire, il faudrait, conformément à l'idée initiale du protocole d'enquête, que les deux populations soient rigoureusement comparables en ce qui concerne les principaux caractères socio-démographiques susceptibles d'influencer ces paramètres. Il n'en est rien, mais une solution a été trouvée par la « correction » de l'échantillon des jeunes travailleurs.

En vue de l'étude comparative des données sanitaires, une deuxième technique d'analyse a été utilisée. Il s'agit d'une analyse multivariée la **régression logistique**, qui revient à réaliser un ajustement par stratification sur toutes les variables dont on souhaite contrôler l'effet, c'est-à-dire pour lesquelles on veut que les deux échantillons soient semblables. L'intérêt de cette approche est de permettre une comparaison fine à partir d'échantillons dont la taille modeste n'autoriserait pas l'emploi de la technique de stratification. Le résultat de cette analyse est le calcul du risque relatif (ODDS RATIO) correspondant à la variable sanitaire étudiée, entre le groupe chômeurs et le groupe jeunes travailleurs. L'intervalle de confiance de ce risque relatif, et le degré de signification d'un test comparant la valeur des risques relatifs à 1 (valeur « nulle ») sont également disponibles.

Les variables d'ajustement sont l'âge (16-17 ans, 18-19 ans, 20-21 ans, 22-23 ans, 24 ans et plus), le sexe, la nationalité (français-étran-

gers) et le niveau de qualification (aucun diplôme, CAP/CEP/BEPC, Bac et plus). Les résultats d'une série de régressions logistiques sont présentés au tableau X pour les variables suivantes : proportion de jeunes ne s'étant pas rendus au cours de l'année précédente chez un médecin, même proportion pour les visites chez le dentiste, proportion de jeunes sautant habituellement au moins quatre petits déjeuners par semaine, proportion de jeunes sautant habituellement au moins un déjeuner par semaine, même proportion pour les repas du soir, proportion de jeunes ne pratiquant aucune activité sportive, proportion de fumeurs, proportion de gros fumeurs (au moins un paquet par jour), proportion de jeunes ayant consommé ou consommant de la drogue, proportion de jeunes déclarant avoir souvent le « moral à zéro », proportion de jeunes ayant fait une tentative de suicide, proportion de jeunes dormant moins de 7 heures par nuit, proportion de jeunes dont la vaccination Diphtérie/Tétanos/Polio doit être faite ou remise à jour, proportion de jeunes pour lesquels la visite médicale a été sanctionnée par la réalisation d'examen complémentaires ou l'orientation vers une consultation médicale de soins ou au cours de laquelle ont été relevés des antécédents médicaux personnels.

Ces résultats sont contrastés. Le recours aux soins médicaux est paradoxalement plus fréquent chez les jeunes chômeurs que chez les jeunes travailleurs. On peut s'interroger sur cette différence dans la mesure où, on l'a vu, les jeunes travailleurs sont plus souvent couverts par une mutuelle complémentaire que les jeunes chômeurs ; ou, le fait d'être mutualiste s'accompagne, chez les jeunes chômeurs, d'un meilleur recours aux soins médicaux.

Faut-il y voir le résultat d'une morbidité plus élevée tel que le montrerait la fréquence plus de deux fois plus importante des antécédents médicaux ? Les soins dentaires sont également fréquents dans les deux groupes. Quatre variables rendant compte d'une certaine hygiène de vie (les repas sautés, pratique sportive) montrent une différence significative, au détriment des jeunes chômeurs. Ces résultats tracent les pistes pour l'information sanitaire de cette population. Les jeunes chômeurs, en revanche, dorment en moyenne

Tableau X : Risque relatif (intervalle de confiance à 95 % et degré de signification) de certaines variables sanitaires entre le groupe des chômeurs et des travailleurs (après ajustement sur l'âge, le sexe, la nationalité et le dernier diplôme obtenu)

Variable sanitaire	Risque relatif (OR)	IC-95 %	P	Conclusions (« les JC * sont... »)
Aucune visite chez le médecin année précédente	0,6	0,4-0,9	0,02	... moins nombreux à ne pas s'être rendu chez un médecin
Aucune visite chez le dentiste année précédente	0,8	0,6-1,2	0,32	... pas de différence
Petits déjeuners sautés	1,4	1,0-2,2	0,06	... plus nombreux à sauter fréquemment le petit-déjeuner
Déjeuner sauté	2,0	1,3-3,2	0,003	... plus nombreux à sauter parfois le déjeuner
Dîner sauté	1,7	1,2-2,6	0,01	... plus nombreux à sauter parfois le dîner
Pratique activité physique et sportive	0,7	0,5-0,9	0,02	... moins nombreux à faire une activité physique
Sommeil inférieur à 7 heures par nuit	0,5	0,3-1,0	0,04	... moins nombreux à dormir peu
Tabagisme :				
- oui/non	1,4	0,9-1,9	0,08	... pas de différence (à 8 %)
- gros fumeurs/petits	1,3	0,8-1,8	0,20	... pas de différence
« Moral à zéro »	2,0	1,2-3,3	0,01	... plus nombreux à avoir souvent le moral à zéro
Tentative de suicide	3,3	1,5-7,0	0,002	... plus nombreux à avoir fait une TS
Drogue	1,0	0,7-1,6	0,91	... pas de différence
Vaccination DTP	3,9	1,5-10,3	0,007	... plus nombreux à être vaccinés
Pas d'examens complémentaires	402	121-1 332		... moins nombreux à bénéficier d'examens complémentaires
Pas d'orientation médicale	256	90-729		... moins nombreux à être orientés vers une consultation médicale
Antécédents médicaux	2,3	1,6-3,4		... plus nombreux à présenter des antécédents médicaux

* JC : Jeunes chômeurs.

plus longtemps que les jeunes travailleurs, vraisemblablement en raison des contraintes liées aux horaires de travail chez ces derniers. Cependant, les jeunes chômeurs sont significativement plus nombreux à se coucher tard (33,8 % contre 15,0 % après 23 heures). Le tabagisme sévit également dans les deux groupes ainsi que l'usage de drogues.

Deux variables signant l'état psychique de la population montrent une différence significative marquée et allant dans le même sens : deux fois plus de jeunes chômeurs disent avoir souvent le « moral à zéro » et plus de trois fois plus ont fait une tentative de suicide.

Les résultats des visites médicales réalisées dans les deux contextes par les médecins du travail sont d'interprétation délicate. De manière étonnante, les jeunes chômeurs sont mieux couverts sur le plan vaccinal que les jeunes travailleurs... Par contre, on obtient des risques relatifs considérables en ce qui concerne la prescription d'examen complémentaires et de consultations médicales. On doit probablement plus interpréter ceci comme le résultat des pratiques professionnelles des médecins du travail s'occupant des salariés de Valence et Montélimar que de la réalité de l'état sanitaire des jeunes, la prescription d'examen et de visites complémentaires ayant été limitée au strict nécessaire par le médecin assurant les visites au bénéfice des jeunes chômeurs en raison des contraintes financières que ces prescriptions entraînaient. Cette interprétation semble confortée par le fait que les antécédents médicaux soient, au contraire, plus fréquents chez les jeunes chômeurs.

CONTREPOINT

SOUVENIRS D'ADOLESCENT

Eugène FROMEMTIN

« Dominique », Chapitre V

Cette crise arriva vers le printemps, au moment où je venais d'atteindre mes dix-sept ans.

Un jour, c'était vers la fin d'avril, et ce devait être un jeudi, jour de sortie, je quittai la ville de bonne heure et m'en allai seul, au hasard, me promener sur les grandes routes. Les ormeaux n'avaient point encore de feuilles, mais ils se couvraient de bourgeons ; les prairies ne formaient qu'un vaste jardin fleuri de marguerites ; les haies d'épines étaient en fleur ; le soleil, vif et chaud, faisait chanter les alouettes et semblait les attirer plus près du ciel, tant elles pointaient en ligne droite et volaient haut. Il y avait partout des insectes nouveaux-nés que le vent balançait comme des atomes de lumière à la pointe des grandes herbes, et des oiseaux qui, deux à deux, passaient à tire-d'aile et se dirigeaient soit dans les foins, soit dans les blés, soit dans les buissons, vers des nids qu'on ne voyait pas. De loin en loin se promenaient des malades ou des vieillards que le printemps rajeunissait ou rendait à la vie ; et dans les endroits plus ouverts au vent, des troupes d'enfants lançaient des cerfs-volants à longues banderoles frissonnantes, et les regardaient à perte de vue, fixés dans le clair azur comme des écussons blancs, ponctués de couleurs vives.

Je marchais rapidement, pénétré et comme stimulé par ce bain de lumière, par ces odeurs de végétations naissantes, par ce vif courant de puberté printanière dont l'atmosphère était imprégnée. Ce que j'éprouvais était à la fois très doux et très ardent. Je me sentais ému jusqu'aux larmes, mais sans langueur ni fade attendrissement. J'étais poursuivi par un besoin de marcher, d'aller loin, de me briser par la fatigue, qui ne me permettait pas de prendre une minute de repos. Partout où j'apercevais quelqu'un qui pût me reconnaître, je tournais court, prenais un biais, et je m'enfonçais à perte d'haleine dans les sentiers étroits coupant les blés verts, là où je ne voyais plus personne. Je ne sais quel sentiment sauvage, plus fort que jamais, m'invitait à me perdre au sein même de cette grande campagne en pleine explosion de sève. Je me souviens que d'un peu loin j'aperçus les jeunes gens du séminaire défilant deux à deux le long des haies fleuries, conduits par de vieux prêtres qui,

tout en marchant, lisaient leur bréviaire. Il y avait de longs adolescents rendus bizarres et comme amaigris davantage par l'étroite robe noire qui leur collait au corps, et qui en passant arrachaient des fleurs d'épines et s'en allaient avec ces fleurs brisées dans la main. Ce ne sont point des contrastes que j'imagine, et je me rappelle la sensation que fit naître en moi en pareille circonstance, à pareille heure, en pareil lieu, la vue de ces tristes jeunes gens, vêtus de deuil et déjà tout semblables à des veufs. De temps en temps je me retournais du côté de la ville ; on ne voyait plus à la limite lointaine des prairies que la ligne un peu sombre de ses boulevards et l'extrémité de ses clochers d'église. Alors je me demandais comment j'avais fait pour y demeurer si longtemps, et comment il m'avait été possible de m'y consumer sans y mourir ; puis j'entendis sonner les vêpres, et ce bruit de cloches, accompagné de mille souvenirs, m'attrista, comme un rappel à des contraintes sévères. Je pensais qu'il faudrait revenir, rentrer avant la nuit, m'enfermer de nouveau, et je repris avec plus d'empressement ma course du côté de la rivière.

Je revins, non pas épuisé, mais plus excité au contraire par ce vagabondage de plusieurs heures au grand air, dans la tiédeur des routes, sous l'âpre et mordant soleil d'avril. J'étais dans une sorte d'ivresse, rempli d'émotions extraordinaires, qui sans contredit se manifestaient sur mon visage, dans mon air, dans toute ma personne.

« Qu'avez-vous, mon cher enfant ? me dit M^{me} Ceyszac en m'apercevant.

— J'ai marché très vite », lui dis-je avec égarement.

Elle m'examina de nouveau, et, par un geste de mère inquiète, elle m'attira sous le feu de ses yeux clairs et profonds. J'en fus horriblement troublé ; je ne pus supporter ni la douceur de leur examen, ni la pénétration de leur tendresse ; je ne sais quelle confusion me saisit tout à coup, qui me rendit la vague interrogation de ce regard insupportable.

« Laissez-moi, je vous prie, ma chère tante », lui dis-je.

Et je montai précipitamment à ma chambre.

Je la trouvai tout illuminée par les rayons obliques du soleil couchant, et je fus comme ébloui par le rayonnement de cette lumière chaude et vermeille qui l'envahissait comme un flot de vie. Pourtant je me sentis plus calme en m'y voyant seul, et me mis à la fenêtre, attendant l'heure salutaire où ce torrent de clarté allait s'éteindre. Peu à peu la face des hauts clochers rougit, les bruits devinrent plus distincts dans l'air un peu humide, des barres de feu se formèrent au couchant, du côté où s'élevaient, au-dessus des toitures, des mâts des navires amarrés dans la rivière. Je restai là jusqu'à la nuit, me demandant ce que j'éprouvais, ne sachant que répondre, écoutant, voyant, sentant, étouffé par des pulsations d'une vie extraordinaire, plus émue, plus forte, plus active, moins compressible que jamais. J'aurais souhaité que quelqu'un fût là ; mais pourquoi ? Je n'aurais pu le dire. Et qui ? Je le savais encore moins. S'il

m'avait fallu choisir à l'heure même un confident parmi les êtres qui m'étaient alors le plus chers, il m'eût été impossible de nommer personne.

J'étais si parfaitement candide et ignorant que le premier éveil qui m'ait surpris au milieu de mes ingénuités me vint ainsi d'un regard inquiet de ma tante, d'un sourire équivoque et curieux d'Olivier. Ce fut l'idée qu'on me surveillait qui me donna le désir d'en chercher la cause, et ce fut un faux soupçon qui pour la première fois de ma vie me fit rougir. Je ne sais quel indéfinissable instinct me gonfla le coeur d'une émotion tout à fait nouvelle. Une lueur bizarre éclaira tout à coup ce verbe enfantin, le premier que nous avons tous conjugué soit en français, soit en latin, dans les grammaires. Deux jours après ce vague avertissement donné par une mère prudente et par un camarade émancipé, je n'étais pas loin d'admettre, tant mon cerveau roulait de scrupules, de curiosités et d'inquiétudes, que ma tante et Olivier avaient raison en me supposant amoureux, mais de qui ?

**APPROCHE DIFFERENTIELLE
DE LA SANTE DES ADOLESCENTS :
LE VECU DU JEUNE ET LA PERCEPTION DU MEDECIN**

*M. CHOQUET * , S. LEDOUX * , H. MENKE **

L'état de santé de l'adolescent est encore peu connu. Population à faible taux de mortalité (Kaminski, Bouvier-Colle, Blondel)¹ et de morbidité déclarée (Hatton, Garros, Tired)¹, à faible taux de consommation médicale et de dépenses médicales (Credoc, Deschamps, Michaud, Martin, Jeanneret)¹, elle fait peu fréquemment l'objet d'enquêtes systématiques dans la population. Néanmoins, plusieurs enquêtes récentes, dont les principales sont relatées dans ce fascicule, ont porté en France sur des populations partielles, permettant de mieux connaître par exemple la santé des élèves de LEP (Erard), des jeunes chômeurs (Zmirou et Balducci), des jeunes d'une tranche d'âge (Bourderieux, Trilhe). Par ailleurs, d'autres études françaises ont porté sur des pathologies spécifiques et fréquentes à l'adolescence comme par exemple les accidents (Tursz, Manciaux, Kaminski)¹, le suicide ou la tentative de suicide (Davidson, Philippe, Choquet, Courtecuisse)¹, la consommation de drogues licites ou illicites (voir chapitre sur ce sujet), la maternité précoce (Deschamps, Geadah)¹, la santé dentaire (Beau, Pemm)¹, l'anorexie mentale et l'obésité (Jeammet, Kestemberg, Brusset)¹, la psychopathologie (Lebovici, Jeammet, Braconnier, Marcelli)¹...

* Institut national de la santé et de la recherche médicale - Unité 169 - 16, avenue Paul-Vaillant Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

1. Les références de ces études figurent dans la bibliographie.

Si dans plusieurs enquêtes les perceptions des adolescents et de leur santé sont abordées (Deschamps, Michaud, d'Houtaud), on a trouvé peu d'études qui mettent en évidence les concordances (ou les discordances) entre les perceptions du sujet et celles du médecin d'un même objet : la santé de l'adolescent, les problèmes de santé et la prise en charge. L'enquête longitudinale, effectuée par l'INSERM (Choquet, Ledoux, Menke) entre 1983 et 1985 permet d'aborder ce sujet.

On se propose en particulier d'approfondir :

1) le comportement différentiel par sexe face à la consultation médicale ;

2) l'état de santé des adolescents, tel qu'il est perçu par le médecin. Une attention particulière sera portée aux différences entre les sexes et à la prise en charge de ces problèmes de santé des adolescents ;

3) les concordances entre la perception du médecin des troubles psychosomatiques de l'adolescent et celle de l'adolescent lui-même.

METHODOLOGIE

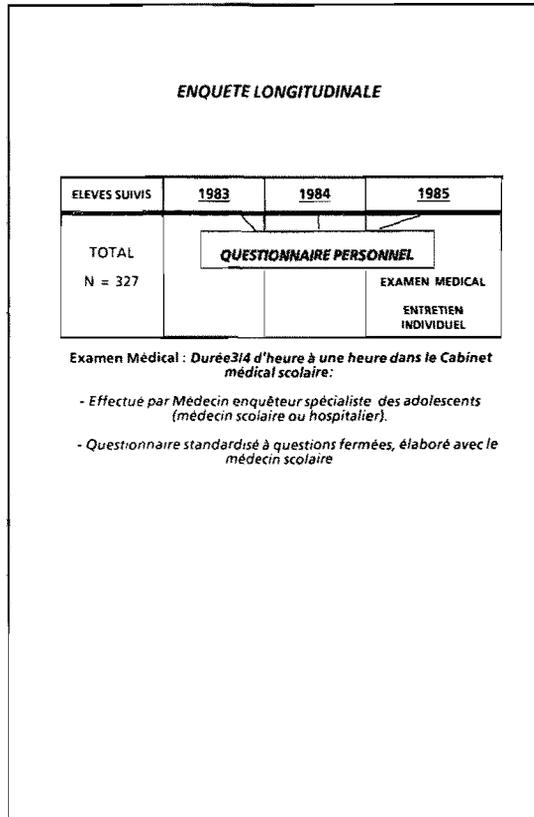
Un échantillon représentatif d'élèves de première année de CAP et seconde indifférenciée a été constitué dans deux zones déterminées. Deux villes de taille moyenne ayant les caractéristiques suivantes, ont été choisies : ne pas constituer des zones à problèmes (toxicomanie, alcoolisme, délinquance) ; s'opposer du point de vue sociodémographique (une zone industrielle, une zone tertiaire) ; avoir une infrastructure scolaire suffisante (lycées classiques, modernes, techniques, lycées professionnels ; enseignement public et privé) ; être en dehors d'une zone d'attraction importante (par exemple près d'une grande ville qui absorberait une quantité importante d'élèves, ce qui expliquerait la fuite de certains) ; avoir une adhésion totale des chefs d'établissements, du personnel administratif,

médical et paramédical (ceci afin de favoriser les prises en charge d'une enquête aussi lourde et répétée)².

Au total, 327 élèves ont été suivis de 16 à 18 ans.

Le plan de l'enquête est le suivant :

ENQUETE LONGITUDINALE



2. On tient à remercier très vivement les chefs d'établissements, le personnel administratif, le personnel médical et paramédical des établissements publics et privés de Fontenay-le-Comte (Vendée) et Saint-Dizier. On tient à remercier plus particulièrement le Dr. Tessier, médecin scolaire à Fontenay-le-Comte, qui a établi le questionnaire médical.

RESULTATS

1 — Le comportement différentiel par sexe face à la consultation médicale (Tableau I)

Les filles consultent, en moyenne, plus que les garçons. Déjà à 16 ans, cette différence est significative (65 % des filles contre 51 % des garçons ont consulté au moins une fois le médecin durant l'année ; 13 % des filles contre 7 % l'ophtalmologiste ; 7 % contre 3 % le dermatologue ; 57 % contre 41 % le dentiste).

Entre 16 et 18 ans, l'écart entre les sexes a tendance à augmenter. Ainsi à 18 ans, 84 % des filles (contre 52 % des garçons) ont consulté le médecin généraliste au moins une fois dans l'année ; 29 % des filles (contre 3 %) l'ont consulté au moins quatre fois.

Au total, 83 % des garçons et 89 % des filles ont vu un médecin au moins une fois durant l'adolescence. Mais 17 % des garçons et 11 % des filles ne l'ont pas consulté durant ces trois ans.

On note la fréquentation importante du dentiste puisque environ un garçon sur deux et deux filles sur trois y vont au moins une fois par an ; 14 % des garçons et 23 % des filles le consultent au moins quatre fois dans l'année.

La consultation du gynécologue augmente sensiblement entre 16 et 18 ans. A 18 ans, une fille sur quatre le consulte au moins une fois dans l'année.

**Tableau I : La consultation médicale
et son évolution durant l'adolescence**

	Garçons (%)			Filles (%)		
	16 ans	17 ans	18 ans	16 ans	17 ans	18 ans
Consultation						
Généraliste						
1/an et +	51	55	52	65	73	84
4/an et +	9	5	3	18	17	29
Ophthalmologiste						
1/an et +	7	14	16	13	26	22
4/an et +	-	-	-	1	0,6	-
Dermatologue						
1/an et +	3	8	6	7	12	14
4/an et +	0,6	0,6	0,6	1,9	1,2	1,9
Dentiste						
1/an et +	41	47	51	57	57	64
4/an et +	13	14	14	29	23	23
Gynécologue						
1/an et +				7	15	23
4/an et +				1	2	3

2 — L'état de santé des adolescents (Tableaux II, III, IV)

La majorité des jeunes s'estiment en bonne santé (96 % des garçons et 90 % des filles), mais la **pathologie** observée par le médecin n'est pas négligeable.

En effet (voir tableaux II, III, IV), on note que, selon le médecin, 6 % ont une maladie chronique ou un handicap, 7 % une cardiopathie, 5 % de l'asthme, 1 % des troubles auditifs, 27 % des problèmes de vision, 13 % des troubles orthopédiques, 8 % une hyper- ou une hypotension artérielle, 3 % ont fait une tentative de suicide. Par ailleurs, 30 % ont de l'acné, 14 % des problèmes d'allergie, 45 % des céphalées, 36 % des lombalgies ou dorsalgies, 22 % des troubles du sommeil.

Selon les types de troubles pris en considération, les différences par sexe sont plus ou moins importantes. Ainsi, il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles pour les maladies graves (maladies chroniques, cardiopathies, asthme, troubles auditifs, troubles orthopédiques), mais une différence très nette pour les troubles fonctionnels (les filles ont plus souvent des céphalées, lombalgies, gastralgies, troubles du sommeil, malaises ou évanouissements), ainsi que pour les caries dentaires, les problèmes de vision (les filles en ont plus) et les maladies infectieuses (les garçons en ont plus souvent).

Au total, les filles semblent donc en moins bonne santé que les garçons et se perçoivent elles-mêmes comme plus fragiles. En effet, 19 % des filles contre 6 % des garçons estiment avoir une santé fragile.

Quant à la **prise en charge des problèmes** de santé, elle diffère selon le type de pathologie observée.

- Pour les maladies aiguës, chroniques ou graves, la prise en charge est élevée (tableau II). Plus de 80 % d'adolescents consultent en cas de maladies infectieuses, de problèmes de vision, de maladies chroniques ou handicaps, de cardiopathies, d'asthme, de troubles auditifs ou de caries dentaires.

- Pour les maladies ou troubles plus diffus ou à intensité plus variable (tableau III), la prise en charge est plus faible : un sur deux environ consulte pour des allergies, des acnés, des mycoses, des troubles orthopédiques ou respiratoires, de la tension artérielle).

- Pour les troubles fonctionnels, la prise en charge est faible. En effet, les céphalées, les lombalgies, les gastralgies, les troubles du sommeil, les malaises ou évanouissements, donnent rarement lieu à une consultation médicale (dans un cas sur sept). A trouble égal, les garçons consultent encore moins que les filles.

Tableau II : Résultats de l'entretien médical
Age moyen des sujets : 18 ans, 2 mois

		Prise en charge médicale		
Pathologie				
Maladies infectieuses durant l'année	45 %	G > F		
Problèmes de vision	27 %	F < G		
Maladies chroniques ou handicaps	6 %			
Cardiopathies	7 %		82 %	(77 % G**
Asthme	5 %			86 % F)
Troubles auditifs	1 %			
Caries dentaires	Moyenne 4,2 dents par sujet	F > G	88 %	(90 % G 86 % F)

** P < 0,01.

Tableau III : Résultats de l'entretien médical
Age moyen des sujets : 18 ans, 2 mois

				Prise en charge médicale	
Pathologie					
Acné, mycoses, eczéma	30 %				
Allergies	14 %				
Troubles orthopédiques	13 %		45 %	(44 % G 45 % F)	
Tension artérielle	8 %	F > G			
Troubles respiratoires	10 %				

Tableau IV : Résultats de l'entretien médical
Age moyen des sujets : 18 ans, 2 mois

				Prise en charge médicale	
Pathologie					
Céphalées	45 %	F > G			
Lombalgies dorsalgies	36 %	F > G	14 %	(9 % G** 18 % F)	
Gastralgies	22 %	F > G			
Troubles du sommeil	22 %	F > G			
Malaises, évanouissements	11 %	F > G			
Tentative de suicide	3 %	F > G			suivi médical ou psychologique pour 1 sur 5

** P < 0,01.

3 — Les concordances entre la perception du médecin et celle de l'adolescent à propos des troubles fonctionnels (Tableau V)

A l'âge de 18 ans, l'autoquestionnaire et le questionnaire médical comportaient tous les deux des questions sur la fréquence des troubles fonctionnels, tels que les céphalées, les lombalgies ou dorsalgies, les troubles du sommeil, les malaises et évanouissements. On note dans l'ensemble une sous-estimation des troubles par le médecin. Ainsi, parmi les jeunes qui évoquent, dans leur autoquestionnaire, des maux de tête, un sur deux seulement est identifié par le médecin comme ayant des céphalées. Il en est de même pour les malaises, les lombalgies ou dorsalgies, les troubles du sommeil. Pour la plupart des troubles, la sous-estimation est plus importante pour les garçons que pour les filles : ainsi, quand ils déclarent dans le questionnaire individuel souffrir de lombalgies ou dorsalgies, seulement 38 % sont identifiés par le médecin comme ayant ces troubles (contre 60 % parmi les filles). Une exception pourtant : les troubles du sommeil. Pour ces derniers, la sous-estimation existe dans la même proportion pour les garçons que pour les filles.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer ces discordances. Le sujet peut, dans une situation de face-à-face médicale, moins verbaliser, les troubles qui n'ont pas de réalité objective à ce moment et qui expriment un malaise général sont parfois difficiles à admettre face à un professionnel. Le médecin peut aussi avoir des difficultés à aborder ces troubles et à les considérer comme tels.

Il serait intéressant d'approfondir les raisons de cet état de fait. Une enquête, projetée en collaboration avec une équipe de cliniciens³ permettra de comparer les perceptions réciproques du médecin et du jeune quant à la consultation médicale.

3. Enquête INSERM (Choquet, Ledoux, Menke) - Université de Lille (Parquet, Bailly, Meurisse).

**Tableau V : Concordance entre le questionnaire médical
et le questionnaire personnel**

Identification du trouble par le médecin			
Parmi les jeunes qui évoquent dans le questionnaire personnel			
	Garçons		Filles
Céphalées	45 %	**	64 %
Lombalgies, dorsalgies	38 %	**	60 %
Troubles du sommeil	29 %	NS	31 %
Malaises, évanouissements	50 %	·	68 %

CONCLUSION

1. Les filles ont en moyenne plus de troubles que les garçons, surtout :

- problèmes de vision ;
- problèmes dentaires ;
- hypotension ;
- troubles fonctionnels ;
- TS.

Mais les garçons ont plus de :

- maladies infectieuses ;
- accidents.

2. La consultation est plus élevée parmi les filles que parmi les garçons.

A trouble égal, les garçons consultent en moyenne moins que les filles.

3. Environ un jeune sur cinq n'est pas pris en charge pour les pathologies graves ou les maladies aiguës.

La majorité des jeunes ne sont pas pris en charge pour les troubles fonctionnels, pourtant la pathologie la plus fréquente durant l'adolescence.

4. Les malaises que les jeunes évoquent dans leurs autoquestionnaires (et surtout les troubles du sommeil) ne sont identifiés par le médecin que dans un cas sur deux environ.

Difficulté du jeune à parler ???

Malaise du médecin à aborder le sujet ???

5. Les garçons parlent moins volontiers de leurs troubles fonctionnels que les filles.

Difficulté du garçon à parler de ses problèmes personnels ???

Des troubles jugés comme typiquement féminins ???

BIBLIOGRAPHIE

METHODOLOGIE EPIDEMIOLOGIQUE, STATISTIQUES

- *Méthodes en épidémiologie*, par C. RUMEAU-ROUQUETTE, G. BREART et R. PADIEU, Flammarion Médecine Sciences, Paris.
- *Epidémiologie : principes, techniques, applications*, par M. JENICEK et R. CLEROUX, Edisem, St. Hyacinthe, Québec (Canada) et Maloine, Paris.
- *Foundations of Epidemiology*, par A.M. et D.E. LILIENFELD, Oxford University Press, New-York, Oxford.
- *L'Epidémiologie sans peine*, par M. GOLDBERG, collection Prescrire, Diffusion Maloine.
- *Planification et Organisation des enquêtes sur la santé.*
- *Comment former des échantillons d'individus, de ménages, de zones, pour l'étude des problèmes de santé de la collectivité ?.*
- *Trouver et utiliser l'information disponible.*
Trois guides pour les personnels de santé préparés par W. LUTZ, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé. Texte original (anglais) publié par l'Association internationale d'épidémiologie. Traduction française publiée par l'Ecole nationale de la santé publique (Rennes, France).
- *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*, par D. SCHWARTZ, Flammarion Médecine Sciences, Paris.
- « Statistique médicale à l'usage du praticien », *Revue du praticien*, Tome 1 : 1983, 33, 935-1010 ; Tome 2 : 1983, 33, 1035-1118.

LES ADOLESCENTS ET LEUR SANTE : OUVRAGES D'ENSEMBLE

- « Les Problèmes de santé des adolescents », rapport d'un comité d'experts OMS, *OMS Sér. Rapp. Techn.*, 1965, n° 308.
- « Besoins sanitaires des adolescents », *OMS Sér. Rapp. Techn.*, 1977, n° 609.
- « L'Adolescent aujourd'hui, aspects démographiques et médicaux », par F. HATTON, B. GARROS et L. TIRET, *Arch. Franc. Pédiat.*, 1980, 37, suppl. 1.
- *Les Adolescents et leur santé*, par O. JEANNERET, E.A. SAND, J.P. DESCHAMPS, M. MANCIAUX, 1983, Flammarion Médecine Sciences.
- *British pediatric association report of the working party on the needs and rare of adolescents : contribution to international youth year*, july 1985.
- *La Santé des adolescents*, par M. CHOQUET, S. LEDOUX, H. MENKE, Editions INSERM / La Documentation française, Paris, 1988.
- *Adolescence : approche épidémiologique*, Dossier documentaire, par M. CHOQUET, S. LEDOUX et C. MARECHAL, 1988, INSERM.
- *La Cause des adolescents*, par F. DOLTO, Ed. Robert Laffont, Paris, 1988.
- *Interminables adolescences*, Tony ANATRELLA, Ed. Cerfcujas, Coll. Ethique et société.
- « Les Jeunes et la santé — Actions jeunesse », *Direction régionale de la Jeunesse et des sports d'Ile-de-France*, n° 2, 1988.
- *Jeunes et Santé : paradoxes, convergences, perspectives*, Colloque de Nancy, 1, 2 et 3 février 1989 (actes à paraître).
- « Les Jeunes et leur santé : comprendre, agir », *les Cahiers de la prévention*, n° 2, CDES du Doubs, 17 avenue Villarceau, 25000 Besançon.

POPULATIONS ADOLESCENTES SPECIFIQUES

Elèves de Lycées d'enseignement professionnel (LEP)

- *L'Etat actuel de la surveillance médicale des élèves dans les LEP*, par C. BEAUNET, A. CORNET et M. PHILBERT, Société de médecine et d'hygiène du travail, janvier 1981.
- *Les Accidents dans les LEP*, par Dr AULLEN, Thèse de médecine, Seine-Saint-Denis, 1982.
- *Enquête sur les accidents du travail en LEP. Propositions de prévention*, par Ch. BARBIER, Colloque des médecins de santé scolaire, octobre 1983.

Jeunes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle

- *L'Insertion professionnelle et sociale des jeunes*, rapport au Premier ministre de B. SCHWARTZ, Paris, 1981, Documentation française.
- « Santé des jeunes et insertion professionnelle », dossier publié dans *Echange santé*, revue trimestrielle du ministère des Affaires sociales, 1987, n° 47.
- « Les 15/25 ans, différences », numéro hors-série de la *Revue française des affaires sociales*, décembre 1987.
- *La Santé de 9 000 jeunes en stage d'insertion ou de qualification*, par M. CHOQUET et R. MANFREDI, INSERM, 1988.
- *Jeunes : la santé en actions*, Ministère des Affaires sociales et de l'emploi / Direction générale de la santé et Délégation interministérielle de l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en difficulté, Paris, 1987.
- « Attitudes et comportements de jeunes en stage d'insertion devant l'alcool et autres drogues », par M. CHOQUET et F. FREARD, *Bulletin du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme* (HCEIA), 4, 1985.

- « Environnement, personnalité et consommation de drogues parmi les jeunes en désinsertion scolaire », par M. CHOQUET et F. FREARD, *Bulletin du HCEIA*, 1, 1986.

Jeunes de l'éducation surveillée

- *La Santé des jeunes*. Journées d'études sur la santé des mineurs, Vaucresson, 14-15-16 octobre 1987, A.E.R.E.S., 54 rue de Garches, 92420 Vaucresson.

QUESTIONS DE SANTE SPECIFIQUES DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Accidents

- « Les Accidents chez l'enfant et l'adolescent », par M. MANCIAUX, in : *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, M. Soulé, Paris, éd. PUF.
- *Adolescents, risques et accidents*, par A. TURSZ, Paris, 1987, Centre international de l'enfance, Doin diff.

Alimentaire (troubles du comportement)

- *L'Assiette et le Miroir : l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, par B. BRUSSET, Toulouse, 1977, Privat édit.
- *La Faim et le Corps*, par E. KESTEMBERG, J. KESTEMBERG et S. DECOBERY, Paris, 1972, PUF édit.
- *Les Indomptables Figures de l'anorexie*, par G. RAIMBAULT et C. ELIATCHEFF, Editions Odile Jacob.

- *L'Alimentation des adolescents*, Colloque international, Département Santé du CIDIL (Centre interprofessionnel de documentation et d'information laitière).

Consommation médicale

- *Micro-économie de la consommation médicale*, par A. MIZRAHI, CREDOC, juillet 1978 (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie).

Santé dentaire

- « La Mutuelle nationale des étudiants de France et l'hygiène bucco-dentaire », par P. BEAU, in : *La Santé des étudiants : bilan, perspectives*, Actes du colloque de la MNEF, 16-17 décembre 1980, Gentilly, 1981, MNEF édit.
- « Les Soins dentaires en milieu étudiant », par G. PENNE, mêmes références que le précédent.

Drogues

- *Les Lycéens et les drogues licites et illicites*, par F. DAVIDSON et M. CHOQUET, Paris, 1980, INSERM.
- *Tabac, alcool, drogues ? Des lycéens parisiens répondent*, par N. LESELBAUM, C. CORIDIAN et J. DEFANCE, Paris, 1985 — INRP/HCEIA.
- Les Lycéens de Meurthe-et-Moselle parlent de leur vie, de leur environnement, de l'alcool, du tabac, de la drogue, des médicaments, Rapport d'enquête réalisée en 1984, S. ALBISER, A. D'HOUTAUD, B. KIERZEK et M. REDON, éd. 1986.

Maternité

- *Grossesse et Maternité chez l'adolescente*, par J.-P. DESCHAMPS, Paris, 1976, Le Centurion édit.
- *Les Mères célibataires démunies*, par R. GEADAH, Paris, 1981, ESF.

Mortalité

- *Mortalité des jeunes dans la CEE de la naissance à 24 ans*, par M. KAMINSKI, M.-H. BOUVIER-COLLE et B. BLONDEL, 1986, Paris INSERM/DOIN.
- *Mortalité violente chez les jeunes de 13 à 24 ans*, J.R. CARRE et E. ZUCKER, Rapport du Haut Conseil de la population et de la famille, octobre 1988.

Psychopathologie

- *Psychopathologie de l'adolescent*, par D. MARCELLI et A. BRACONNIER, Paris, 1983, Masson.
- *La Dépression de l'adolescent*, H. CHABROL, « Que sais-je ? », PUF.

Les services de santé (les adolescents et)

- « La Consultation de l'adolescent dans la pratique des médecins : une étude de soins ambulatoires dans deux cantons suisses », par P.A. MICHAUD et J. MARTIN, *Soz. Praeventivmed.*, 1982, 27.
- *La Santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits*, par P.A. MICHAUD et J. MARTIN, Lausanne, 1983, Praxis, 49.

Sommeil

- « Les Adolescents et leur sommeil : approche épidémiologique », par M. CHOQUET, F. TESSON, A. STEVENOT, E. PREVOST et M. ANTHEAUME, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1988, 36 (10).

Suicide

- *Le Suicide de l'adolescent*, par F. DAVIDSON et M. CHOQUET, Paris, 1978, ESF éd.
- *Les Tentatives de suicide chez l'adolescent*, par F. LADAME, Paris, 1981, Masson.
- *Suicide et Tentatives de suicide aujourd'hui*, par F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, INSERM (grandes enquêtes), 1985.
- *Adolescence et Suicide*, sous la direction de Huguette CAGLAR, avec F. LADAME, G. RAIMBAULT, H. SAMY, Paris, 1989, ESF.
- *Accueil et prise en charge à l'hôpital des adolescents suicidants*, Dossier élaboré à partir d'une opération pilote de formation des personnels hospitaliers, Direction générale de la santé.

Chapitre II

L'EDUCATION POUR LA SANTE A L'ADOLESCENCE

L'éducation pour la santé à l'adolescence

I - REFLEXIONS GENERALES

REFLEXIONS SUR LE DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL DE L'ADOLESCENT

*Professeur Ph. JEAMMET **

Parler du développement psychosexuel de l'adolescent en vingt minutes est tout de même un vaste programme, mais je vais essayer de dire en tant que psychiatre, c'est-à-dire m'occupant plus de la psychopathologie, comment je vois les enjeux de ce développement psychosexuel de l'adolescence.

Ce qui me frappe concernant les adolescents, c'est que d'une part — mais c'est une opinion personnelle — ces adolescents n'ont jamais eu autant de chances probablement qu'en France en 1986, car jamais ils n'ont eu autant de possibilités d'ouverture et de se concevoir différents de leurs parents dans l'histoire ; d'autre part, on est frappé en même temps de voir qu'on est confronté à une augmentation des troubles du comportement de l'adolescent : tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, toxicomanie, mais aussi psychopathie, attitudes de retrait et d'enfermement à domicile, alors qu'on n'a pas le sentiment d'une augmentation de fréquence de la symptomatologie psychiatrique classique et notamment des psychoses.

Nous avons donc d'un côté des possibilités d'ouverture tout à fait nouvelles, avec un allongement du temps de l'adolescence du fait de la précocité de plus en plus grande de la puberté et de l'accession plutôt plus tardive des adolescents à la vie adulte, c'est-à-dire à une vie professionnelle et à une vie affective stable, et de l'autre un ac-

* Chef de service de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. Hôpital international de l'université de Paris - 42, boulevard Jourdan, F - 75014 Paris.

croissement de cette pathologie des troubles du comportement. Dans le même temps, on a le sentiment que l'adolescent a du mal à savoir qui il est et à trouver ses limites, de même que nous avons du mal à saisir ce qui pourrait bien marquer dans notre société la fin de l'adolescence et que la société elle-même a beaucoup de mal à poser un certain nombre de limites.

On assiste ainsi à d'importants bouleversements quant aux fonctionnements social et familial. Tous les courants qui s'occupent de ces problèmes, qu'ils soient psychanalytiques, systémiques ou autres, ont décrit ce processus d'affaiblissement des barrières entre les sexes, mais aussi entre les générations qui probablement ne facilite pas le repérage pour l'adolescent, mais qui en même temps aussi lui donne encore une fois des possibilités d'ouverture tout à fait nouvelles et grandes. Il est probable que dans ce domaine de l'éducation tout progrès ou toute ouverture a sa rançon et qu'il n'y a pas de solution parfaite. Il est possible que les troubles du comportement soient l'expression d'un certain nombre de conséquences de ces changements et de ce manque de repères. C'est ainsi que les familles sont aujourd'hui conduites à essayer de trouver, chacune pour leur compte, des règles de fonctionnement avec leurs adolescents et qu'elles ne peuvent plus guère s'appuyer sur un certain consensus social quant aux règles d'éducation, consensus qui, quand il existait, pouvait représenter une forme d'appui et de limites et auquel les parents pouvaient faire référence sans que leurs désirs personnels soient mis en cause. Ainsi, on se comportait avec ses adolescents comme ses parents s'étaient comportés ou comme le voisin se comportait et les règles et les limites se trouvaient ainsi dissociées des désirs propres de chacun. Elles étaient appliquées automatiquement avec, bien sûr, les inconvénients que cela comportait, mais elles n'avaient pas à être réinventées personnellement. Actuellement, on a plutôt le sentiment qu'il faudrait renégocier dans chaque famille et pour chaque adolescent les règles et les limites.

Cela a pour conséquences, d'une part de demander à chaque parent un effort personnel et tout un travail intérieur pour préciser ces limites, d'autre part de contribuer à faire perdre à ces limites une partie de leur valeur médiatrice, porteuse d'une loi sociale qui joue le

rôle d'un tiers entre l'adolescent et ses parents et au contraire à personnaliser ces règles avec par là même un risque d'entraîner un renforcement de la complicité entre parents et adolescents.

Or, nous allons voir combien à cet âge il est fondamental de renforcer les limites, les médiations entre l'adolescent et sa famille pour des raisons qui sont liées aux exigences mêmes du processus de l'adolescence. L'adolescent va être en effet confronté à une double exigence, celle d'assumer un corps sexué devenu adulte et celle d'affirmer progressivement son autonomie par rapport à ses parents. Cette nécessité d'assumer une identité sexuée déterminée a pour effet de devoir assurer la prévalence d'un sexe masculin ou féminin, au détriment de l'autre. Or, chacun a des composantes bisexuées, ne serait-ce que parce qu'il a un parent homme et un parent femme et donc des modèles d'identifications qui appartiennent aux deux sexes, et d'autre part, sur un plan biologique, il y a également des hormones appartenant aux deux sexes dans chaque individu. A l'adolescence, en principe, il va falloir affirmer son identité sexuelle et sa pratique qui vont être ou non en conformité avec la réalité anatomique et le vécu psychique.

Ce problème du choix du sexe est tout de suite associé au sentiment de manque, de déperdition, de perte des aspects appartenant à l'autre sexe. Ces problèmes de sexualité se doublent de problèmes posés par la nécessité de s'autonomiser par rapport à la famille et aux parents. Il y a ainsi conjonction, et cette situation est propre à l'adolescence, de la sexualité qui certes existe depuis l'enfance, mais qui, au moment de l'adolescence, peut s'agir au niveau physique, et c'est cela le fait nouveau, et d'une exigence nouvelle d'autonomisation. La puberté apporte à l'adolescence un corps apte à réaliser ses pulsions sexuelles, mais aussi agressives, et à mettre en pratique ce qui dans l'enfance restait de l'ordre de la rêverie et du faire semblant. Il va s'ensuivre la nécessité absolue de renégocier l'espace familial et de reprendre les distances du fait que cette sexualisation du corps provoque une sexualisation de l'ensemble des relations familiales avec un vécu incestueux qui va obliger l'adolescent à entreprendre une mise à distance nouvelle des parents. C'est ce que l'on rencontre à l'état normal quand nos adolescents cessent pratique-

ment du jour au lendemain de se câliner avec leurs parents ou d'aller faire la « grasse matinée » avec eux et qu'ils ne peuvent plus tolérer une proximité physique ressentie très vite comme excessive avec leurs parents. Cela va souvent se traduire par leur intolérance au physique des parents, à leur poids, à leur odeur, à leur façon de manger, toutes choses qui contribuent à alourdir le climat familial et à créer une gêne quasi-physique dans les relations avec les parents. Tout ceci sera bien sûr plus ou moins durable et important, mais affecte tout adolescent et prendra chez ceux qui ont le plus de difficultés à assurer leur autonomie, du fait en particulier de la permanence d'une dépendance excessive à l'égard des parents, une acuité toute particulière.

Conjointement à cette sexualisation du corps de l'adolescent, mais aussi comme on vient de le voir, de l'ensemble de ses relations et tout particulièrement de ses relations familiales, l'adolescent va devoir affirmer une progressive autonomisation rendue entre autre nécessaire par cette sexualisation même. Or, les bases de l'autonomie et de l'indépendance sont posées dès la première enfance. La qualité de l'autonomie de l'enfant va étroitement dépendre de la qualité de l'intériorisation de ses premières relations avec les personnes de son entourage et particulièrement avec sa mère. C'est dans la mesure où l'enfant peut intérioriser une relation de sécurité avec ces personnages qu'il assure son indépendance. Dans le cas contraire, l'enfant reste tributaire de la présence physique réelle des personnes de son entourage. Une illustration simple en est donnée par ce qui se passe, par exemple, au moment de l'entrée à la maternelle. On sait bien qu'un enfant qui a des difficultés particulières pour se séparer de sa mère n'est pas nécessairement celui qui aime le plus sa mère ni qu'il est plus attaché à sa mère que celui qui peut se montrer d'emblée ou très rapidement adapté à cette situation nouvelle, mais c'est un enfant qui est en état d'insécurité intérieure quand il n'a pas la présence physique de la mère. On voit bien que ce qui lui manque alors, c'est l'intériorisation de cette relation de sécurité. C'est là un des rôles importants de l'appareil psychique que de prendre le relais de nos parents.

L'enfant qui n'a pu réussir ces intériorisations va donc rester tributaire d'une réalité externe et de présence de personnages d'une façon qui va le rendre dépendant de ces personnages. On sait également que plus il y aura eu d'occasions de séparation ou de traumatisme dans leur enfance, plus ces enfants resteront accrochés à une réalité externe dont va dépendre leur sentiment de sécurité.

On va voir ressurgir à l'adolescence tous les problèmes de dépendance de la première enfance plus ou moins colmatés pendant la phase de latence et qui vont être réactivés par l'obligation pour l'adolescent de se rendre indépendant et par les conflits nés de la sexualisation des relations. Toutes les études épidémiologiques, notamment les troubles du comportement de l'adolescent, montrent ces liens entre la première enfance et les difficultés ultérieures. L'adolescence va donc jouer comme un révélateur de ce qui demeure de dépendance non résolue depuis l'enfance. Cette dépendance, au lieu de se jouer comme dans l'enfance relativement calmement, va alors être très conflictualisée par les exigences propres à l'adolescence et liées au fait que l'adolescent va se trouver à la fois devoir faire ses preuves comme être autonome et en même temps s'assumer sur le plan sexuel.

Ces deux exigences, propres à l'adolescence, autonomisation et assumption d'un corps adulte sexué, font sentir leurs effets communs au niveau d'un processus essentiel à la formation de la personnalité : l'identification, qui, commencée dès la naissance, trouve avec l'adolescence, sinon son achèvement total, du moins son point de stabilisation. Avec l'adolescence, il faut désormais que l'on sache qui on est : un garçon ou une fille ? Et cette nécessité d'affirmation de l'identité va se retrouver à tous les niveaux : à qui ressemble-t-on physiquement mais aussi moralement ? Quel métier va-t-on faire ? Un métier qui rapproche de son père ou de sa mère ? De quoi est-on fait ? Qu'est-ce qu'on a dans le ventre, dans la tête, quelle est notre valeur ? Et tout ce processus de comparaison dont a besoin l'adolescent pour pouvoir se situer. Les échéances sociales vont être l'occasion de choix déterminants pour l'avenir qui tous engagent l'image que l'adolescent se fait de lui-même et mettent en cause ses choix identificatoires. Il en est ainsi tout particulièrement des orientations

scolaire et professionnelle. Ainsi, à chaque fois que l'on oriente un adolescents, on l'oblige en même temps, qu'il le veuille ou non, à se poser la question « à qui je ressemble ? Vers quel côté je vais ? Est-ce que je vais rentrer dans un processus qui me rapproche de mon père, de ma mère ou de toute autre personne significative ? » La société impose là des échéances qui peuvent précipiter des crises identificatoires qui jusqu'alors étaient latentes et qui, à la suite d'un examen ou à l'occasion d'une épreuve, d'une orientation, vont tout d'un coup cristalliser des choix et des conflits qui avaient pu passer inaperçus jusqu'alors.

L'adolescence se présente ainsi comme une contrainte à l'achèvement des processus d'identification contribuant à leur conflictualisation. Conflictualité qui peut naître de ce qui peut apparaître comme une contradiction entre les désirs d'identification à la mère d'un côté et au père de l'autre, redoublant les conflits liés à la bisexualité envisagée précédemment et qui seront d'autant plus difficiles à résoudre que les parents seront eux-mêmes en conflit entre eux, déchirant l'adolescent dans des choix qui, on le voit, ne portent pas seulement sur les personnes et sur leurs liens avec ces personnes, mais aussi qui se retrouvent à l'intérieur même de lui et qui retentissent sur son image de lui-même et sur sa sexualité. Mais conflictualité liée également au fait que, pour s'identifier, il faut se rapprocher de quelqu'un au point de prendre en soi les qualités de ce quelqu'un. C'est-à-dire qu'il faut accepter d'être dépendant. Il n'y a pas d'identification qui ne nécessite une certaine dépendance, c'est-à-dire une acceptation d'une réceptivité. Or, vous voyez tout de suite, je schématise, mais je crois que c'est tout de même le mouvement de fond, que les adolescents qui vont avoir le plus de problèmes de dépendance vont ressentir les nécessités identificatoires propres à l'adolescence comme une contrainte à la dépendance et vont alors être tentés de les refuser. Un des moyens de refuser cette dépendance c'est d'adopter des conduites d'opposition qui réalisent une sorte de compromis, car quand on s'oppose à quelqu'un, on se sent différent de lui, on peut nier son influence et le besoin de recevoir quelque chose de cette personne, ainsi que l'attente qu'on a à son égard, tout en satisfaisant en fait une dépendance puisque en s'opposant, on continue à garder un lien et à s'appuyer sur cette personne.

Malheureusement, ce processus, s'il assure un certain équilibre, ne permet pas l'acceptation des mouvements d'intériorisation qui seuls permettraient l'achèvement des identifications et l'acquisition d'une véritable autonomie. En fait, plus on s'oppose, moins on peut s'identifier, plus on reste dépendant de ce support extérieur et moins on va pouvoir tolérer cette proximité dont on a trop besoin, d'où un processus d'auto-renforcement de la dépendance qui est caractéristique des conduites d'opposition de l'adolescence.

Mais il nous faut revenir au corps, lieu d'expression par excellence de la sexualité dans la mesure où le corps peut être considéré, du fait des changements pubertaires, comme le moteur de la puberté et que c'est à son niveau que vont se jouer une grande part des conflits de dépendance de l'adolescent. En effet, du fait même des changements propres à la puberté, l'adolescent peut avoir le sentiment que son corps le trahit. On ne choisit pas la date et la forme des transformations de la puberté, elles s'imposent à l'adolescent comme quelque chose venu de l'extérieur et peuvent à la limite lui donner un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de ce corps nouveau avec lequel il va falloir qu'il apprenne à se familiariser. Ce d'autant plus que le corps, c'est ce qui est donné au sujet, ce qui lui vient de ses parents, sans qu'il ait pu avoir le moindre choix à ce sujet. De plus, le corps est le lieu d'expression des ressemblances avec les parents et donc implicitement des identifications et le signe de sa dépendance à leur égard. On peut en retrouver l'expression dans la critique si habituelle des adolescents à l'égard de leur corps dans leur volonté de le changer et dans la fréquence de ce que l'on appelle les dysmorphophobies : refus du nez, de la poitrine, de telle ou telle partie du corps que l'adolescent va s'ingénier à essayer de faire transformer y compris par la chirurgie.

Ce corps qui, pendant l'enfance, lui assurait protection et limite, le trahit au moment de l'adolescence dans la mesure où il est le lieu par excellence de révélations de ses émois comme en témoigne le rougissement, si caractéristique de cet âge. Là où l'adolescent peut cacher ses pensées et ses désirs, les émotions exprimées par le corps viennent les révéler au grand jour. A l'opposé, l'adolescent peut avoir le sentiment que ses pensées lui appartiennent, qu'il peut les choisir

et il ne se fait pas faute de le faire en choisissant ses idéologies à l'opposé de celles de ses parents. On peut également comprendre que les adolescents aient besoin de recourir à des modes et à des formes de marquage de leur corps, au niveau de l'habillement, de la chevelure, des tatouages pour affirmer une identité naissante et se différencier de parents auxquels les lient leurs besoins de dépendance et leur nostalgie de l'enfance. Le corps est également la représentation vivante de l'union des parents dont il est le fruit et il prend ainsi, au moment de sa resexualisation lors de la puberté, une dimension quasiment incestueuse. C'est ce que nous disent les adolescents quand ils affirment qu'ils n'ont pas demandé à naître, montrant ainsi le caractère insupportable du désir des parents sur lequel ils sont sans prise. Mais s'ils n'ont pas demandé à naître, ils peuvent par contre décider de mourir et on voit tout de suite combien l'attaque contre soi et contre son corps, contre ce qu'il représente, représente un moyen de maîtrise et de pouvoir considérable par rapport à tous ces changements imposés à l'adolescent et vis-à-vis desquels il se sent passif.

On conçoit ainsi que ce corps, représentant d'une sexualité et de transformations physiques que l'adolescent n'a pas choisies, et représentant de son lien de dépendance avec les parents, puisse faire l'objet d'attaques de la part de l'adolescent et que ces attaques puissent constituer le seul moyen que l'adolescent trouve à sa disposition pour se réapproprier un corps et un pouvoir qu'il a le sentiment d'avoir perdus avec l'adolescence. Mais si le corps a un rôle exemplaire, il n'est pas le seul à pouvoir être l'objet des attaques des adolescents. Tout ce qui est investi, et souvent particulièrement investi par l'enfant et le pré-adolescent, et tout ce qui, au travers de cet investissement, le relie de façon privilégiée à ses parents, par exemple en étant l'occasion de fierté de l'un ou des deux parents, peut faire l'objet d'un mouvement de renversement au moment de l'adolescence et d'une attaque. C'est là, à mon avis, un des enjeux essentiels de cet âge, le risque de voir les potentialités les plus grandes, les investissements les plus importants de l'adolescent se négativer en une conduite d'auto-sabotage qui devient pour celui-ci le seul moyen de se réapproprier un pouvoir et de fuir une dépendance qu'il ne peut contrô-

ler par d'autres moyens, notamment psychiques, à l'égard de son entourage.

Il y a là le risque du développement d'une véritable stratégie du négatif et d'une fascination par ce négatif. Il faut bien voir, en effet, que tout ce qui est de l'ordre du succès nous confronte inévitablement à la séparation et aux pouvoirs des autres. En effet, un succès ne nous garantit jamais l'assurance d'un prochain succès, il nous fait sentir le poids du jugement des autres. De même, tout plaisir a une fin et le moment de la fin nous confronte inévitablement à des angoisses de séparation, à une certaine tristesse qui peut être très difficile à tolérer pour les sujets les plus vulnérables. C'est pour fuir ce risque de dépendance à l'égard d'autrui, de confrontation à une fin qu'ils ne peuvent contrôler que bien des adolescents peuvent préférer s'imposer à eux-mêmes un refus de tout ce qui est positif, refus qu'ils peuvent ainsi avoir le sentiment de maîtriser et de contrôler. De même, par le refus et les conduites d'auto-sabotage de ses potentialités, l'adolescent affirme d'une façon indubitable sa différence et partant son autonomie à l'égard de ceux qui l'entourent, et plus particulièrement de ses parents. En effet, si le succès et le plaisir partagés peuvent faire douter l'adolescent de savoir si ce plaisir et ce succès appartiennent plus à sa famille qu'à lui, il est sûr dans le refus et l'échec que ceux-ci lui appartiennent. La tentation est alors grande, pour les adolescents restés les plus dépendants d'un personnage parental, souvent la mère, de trouver dans ces conduites négatives un moyen d'instituer une différence, une limite, une médiation avec ce personnage.

Le défaut de limites et l'absence de bonne différenciation entre l'adolescent et son entourage font en effet non seulement peser une menace sur son autonomie et sa capacité à désirer pour lui-même, mais aussi peuvent lui faire craindre que ce désir ne soit dangereux pour les autres et que ne se produise une sorte de phénomène de vase communicant où plus lui s'épanouirait, plus les autres s'affaibliraient. L'adolescence représente en effet un formidable appel à l'appétit, appétit de vivre, appétit de conquérir, mais appétit de tuer aussi. Adolescence vient d'*adolescere*, c'est-à-dire croître, et au moment où l'adolescent achève sa croissance et entre dans le monde

adulte, il peut avoir le sentiment de pousser ceux qui l'ont précédé, ses parents, de l'autre côté de la barrière, c'est-à-dire vers la mort. Il faut dire que ce sentiment est souvent partagé par les parents qui sont eux en train de vivre, ce qu'on a pu appeler la crise du milieu de la vie, âge auquel on opère souvent des réajustements importants quant à nos ambitions, nos idéaux, la nature de nos relations et qui sont souvent l'occasion de vécus dépressifs, plus ou moins importants qui ont pour effet de conforter l'adolescent dans le sentiment de sa dangerosité. Plus les parents peuvent offrir des barrières et des limites suffisamment solides, et accepter une conflictualité avec l'adolescent, plus celui-ci peut les attaquer sans trop d'inquiétude. Par contre, si les parents s'offrent comme des victimes ou évitent tout affrontement, l'adolescent peut avoir le sentiment que son agressivité et disons son appétit de vivre sont ressentis comme une menace par l'entourage et il peut être tenté, pour protéger celui-ci, de retourner contre lui cet appétit même et développer ainsi cette stratégie du négatif et de l'auto-sabotage. Celle-ci devient donc le moyen à la fois de retourner une agressivité dangereuse contre soi-même et en même temps d'affirmer une différence et une autonomie vis-à-vis de la famille, ainsi qu'une identité, mais une identité purement négative.

On assiste ainsi souvent, dès le début de la puberté, à une série de renversements des investissements et des intérêts qui doivent être considérés comme des signes d'une vulnérabilité de ces adolescents à l'égard des changements de la puberté. Changements qu'ils ne peuvent arriver à métaboliser sur un plan purement psychique et qu'ils ne peuvent contrôler que par des agirs, des comportements qui témoignent de cette vulnérabilité et qui ont en eux-mêmes un effet pathogène, bien qu'elle ne soit pas nécessairement pathologique. Effet pathogène parce que tous ces comportements négatifs ont pour conséquence de négativer davantage l'image que l'adolescent a de lui-même, de ne pas la valoriser et de le rendre en fin de compte encore plus tributaire de cet entourage, ce qui rend de plus en plus difficile toute acceptation d'une réceptivité à ce que pourrait lui apporter l'entourage et le piège ainsi dans un comportement négatif qui a pour caractéristique d'avoir une forte tendance à s'auto-renforcer, à se fermer sur lui-même, conférant ainsi à l'adolescent une identité négative, dont il aura de plus en plus de mal à sortir et qui peut

aboutir cette fois à de véritables situations pathologiques. On a donc ainsi des conflits normaux de l'adolescent qui, chez des adolescents vulnérables, peuvent conduire à des réponses qui ont des effets pathogènes et les amener à entrer dans une véritable pathologie. C'est souvent ce que l'on retrouve dans les antécédents de tous ces troubles du comportement que j'évoquais précédemment : troubles du comportement alimentaire, tentatives de suicide, toxicomanie, échecs scolaires, etc.

Plus un adolescent est vulnérable aux problèmes de dépendance, plus il risquera d'opérer ce type de renversement en son contraire et de passer ainsi d'une attente avide et souvent idéalisée à l'égard des adultes à une rancune tenace. Pour comprendre le sens des attitudes de ces adolescents, il faut souvent inverser l'apparence de leurs conduites ou de leurs propos. C'est ainsi qu'on peut considérer très souvent qu'un adolescent qui dit : « je ne m'intéresse à rien » est en fait dans une situation où il se dit à lui-même « je ne suis pas sûr d'être intéressant pour quelqu'un ». Et qu'en fait de s'intéresser à rien, c'est bien au contraire qu'il a un intérêt tellement massif et peu différencié qu'il ne supporte pas la moindre frustration et la moindre désillusion et qu'il préfère ne rien désirer que se confronter à une déception à laquelle il ne peut faire face. Par la maîtrise qu'elle lui confère, par le sentiment de pouvoir qu'elle lui donne, par l'identité qu'elle lui crée, la conduite négative d'auto-sabotage risque d'exercer une véritable fascination sur l'adolescent qui le délivre, dans l'immédiat du moins, des affres concernant les risques de déception par rapport à ses attentes, les risques d'échecs et ceux liés à une séparation qu'il serait obligé de subir de la part des autres et qu'ils ne pourrait contrôler. On comprend ainsi que ce type de conduites puisse véritablement jouer le rôle d'un anxiolytique et d'un antidépresseur. Cependant, le danger majeur de ce type de conduites c'est que l'adolescent ne se rend pas compte du piège qu'il se tend ainsi à lui-même. Il devient en effet prisonnier de cette conduite négative et on retrouve là, à mon avis, une des grandes caractéristiques de ces troubles du comportement à l'adolescence, c'est-à-dire leur propension à s'auto-entretenir et même à s'auto-renforcer dans une fuite en avant qui donne une caractéristique d'ordre véritablement toxicomaniaque à tous ces comportements. Plus l'adolescent s'adonne à un

comportement négatif d'auto-sabotage, plus il négative l'image de lui-même et se dévalorise en profondeur, moins il reçoit des apports revalorisants venant des autres et plus en fait il se sent dépendant, et donc plus il est obligé de lutter contre cette dépendance par un renforcement de ce comportement négatif. C'est ainsi que progressivement, l'adolescent non seulement s'enfonce dans ses comportements, mais évite par leur intermédiaire de plus en plus de se confronter au risque d'un investissement relationnel. Il fuit ainsi toutes les sources d'émotions, mais comme on ne peut pas vivre sans apports et sans échanges, il a une tendance à remplacer les émotions, c'est-à-dire les liens affectifs qui nous relient aux personnes, que ce soit dans notre tête par le fantasme ou dans la réalité des échanges avec ces personnes, par des comportements, par un recours à des sensations de plus en plus violentes, de plus en plus mécaniques et perdant toute dimension relationnelle pour devenir une pure source de stimulation qui est à la fois nécessaire pour se sentir vivre, mais qui porte en elle un pouvoir mortifère et destructeur. Ce mouvement de déshumanisation et de mécanicisation des sources de stimulation de l'adolescent, exemplaire au niveau de la drogue, mais qu'on retrouve également de façon très remarquable dans les troubles des conduites alimentaires, n'est pas sans rappeler le comportement du petit enfant abandonné qui substitue à des relations inexistantes des comportements de balancements, notamment pour s'endormir, auxquels peut faire suite, si la carence relationnelle s'accroît, ce besoin de se heurter de plus en plus violemment contre une paroi résistante, voire un comportement auto-mutilateur.

Cet attrait des adolescents les plus vulnérables, les plus dépendants, pour un comportement d'auto-sabotage, voire auto-mutilateur, n'est pas sans poser beaucoup de questions sur la façon dont on cherche à prévenir les conduites à risque des adolescents concernant notamment le suicide, la drogue ou le sida. Il faut en effet prendre garde que plus on dresse un tableau effrayant et dangereux, plus on risque d'attirer un certain nombre d'adolescents vulnérables que la perspective du danger fascine comme le papillon peut l'être par la lumière. Ceux à qui l'exposé de ces dangers fait peur sont ceux déjà capables d'exercer une protection à l'égard d'eux-mêmes et d'avoir une attitude bienveillante pour eux. Ce comportement n'est pas sans

évoquer ce que l'on a pu décrire de la dimension ordalique des conduites à risque à l'adolescence, c'est-à-dire qui sont non pas tant l'expression d'une volonté de mourir que l'appel à la chance et en fin de compte à une puissance protectrice qui, en protégeant l'adolescent s'il échappe au danger, lui garantirait ainsi une puissance et une invulnérabilité qui sont à l'opposé de ce qu'il se sent être au plus profond de lui-même.

Si l'on adhère à cette conception des troubles du comportement de l'adolescence, on conçoit le risque qu'il y a à laisser un adolescent adopter un tel comportement par l'effet d'entraînement qu'il risque de créer. Il me semble qu'une action préventive est possible et qu'elle réside dans le repérage le plus précoce possible, en particulier dès les premiers signes de la puberté, de l'adoption par l'adolescent de ces comportements d'auto-sabotage. A cette époque, un tel comportement est souvent mineur, mais il doit frapper par le renversement d'attitude qu'il représente par rapport à l'investissement positif antérieur. C'est ce renversement qui devait attirer l'attention et apparaître comme un signe de vulnérabilité qui nécessite que l'on aide cet adolescent à gérer ses conflits, en eux-mêmes normaux, par d'autres moyens qu'un comportement qui va progressivement négativer son image de lui et le rendre de plus en plus dépendant entravant les relations d'appui qu'il pouvait avoir avec son entourage. Mais à ce niveau, on se heurte souvent à ce qui m'apparaît être surtout un faux débat, à savoir le dilemme dans lequel on se trouve pris : banaliser ces troubles en disant qu'ils appartiennent à la crise normale de l'adolescence ou risquer de l'autre côté de les psychiatriser et peut-être les aggraver. Je crois que c'est, en effet, un faux problème car ce n'est pas dans ces termes que le débat doit se poser. La plupart de ces troubles du comportement, même s'ils peuvent être les prémices d'un trouble psychiatrique grave ultérieur, sont dans la majorité des cas des réponses à des conflits normaux de l'adolescence, mais comme je l'ai déjà dit, des réponses pathogènes par les effets que je viens de dénoncer et qui peuvent conduire à une pathologisation réelle d'un adolescent qui, au départ, n'était que vulnérable et aurait pu utiliser cette vulnérabilité comme un aiguillon pour créer et pour développer ses potentialités et non pas comme un facteur de risques. Il faut donc arriver à comprendre que la consultation d'un spécialiste

de la communication, comme doivent être les psy, ne signifie en rien qu'un tel comportement traduit un trouble mental quelconque. Il faut plutôt le voir, encore une fois, comme l'expression d'une richesse potentielle que l'adolescent n'arrive pas à gérer à son bénéfice et le consultant est là pour faire une évaluation et aider l'adolescent et sa famille à éviter ce piège que représente ce comportement d'auto-sabotage. Dans cette perspective, le repérage d'une difficulté, au moment de la puberté, pourrait être alors considéré comme une chance qui peut permettre de trouver le plus rapidement possible une qualité d'échange qui ait pour finalité de ne pas empêcher que l'adolescent ne reçoive les apports valorisants dont il a besoin pour renforcer sa confiance en lui ; d'autoriser une expression des conflits normaux de cet âge, qui soit moins chargée de risque, c'est-à-dire essentiellement une expression qui puisse passer par la parole, et qui sans éviter l'agressivité en dédramatise les effets en montrant combien, à cet âge, violence et agressivité ne sont souvent que l'envers d'un attachement peut-être excessif, qui fait en tout cas peser une menace sur l'autonomie et l'identité de l'adolescent, mais qui est aussi porteur d'une richesse potentielle.

CONTREPOINT

LA PUBERTE

Jean-Jacques ROUSSEAU

« *Emile ou de l'éducation* », Livre 4, LV

Mais l'homme, en général, n'est pas fait pour rester toujours dans l'enfance. Il en sort au temps prescrit par la nature ; et ce moment de crise, bien qu'assez court, a de longues influences.

Comme le mugissement de la mer précède de loin la tempête, cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes ; une fermentation sourde avertit de l'approche du danger. Un changement dans l'humeur, des emportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit, rendent l'enfant presque indisciplinable. Il devient sourd à la voix qui le rendait docile ; c'est un lion dans sa fièvre ; il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné.

Aux signes moraux d'une humeur qui s'altère se joignent des changements sensibles dans la figure. Sa physionomie se développe et s'empreint d'un caractère ; le coton rare et doux qui croît au bas de ses joues brunit et prend de la consistance. Sa voix mue, ou plutôt il la perd : il n'est ni enfant ni homme et ne peut prendre le ton d'aucun des deux. Ses yeux, ces organes de l'âme, qui n'ont rien dit jusqu'ici, trouvent un langage et de l'expression ; un feu naissant les anime, leurs regards plus vifs ont encore une sainte innocence, mais ils n'ont plus leur première imbécillité : il sent déjà qu'ils peuvent trop dire ; il commence à savoir les baisser et rougir ; il devient sensible avant de savoir ce qu'il sent ; il est inquiet sans raison de l'être. Tout cela peut venir lentement et vous laisser du temps encore ; mais si sa vivacité se rend trop impatiente, si son emportement se change en fureur, s'il s'irrite et s'attendrit d'un instant à l'autre, s'il verse des pleurs sans sujet, si, près des objets qui commencent à devenir dangereux pour lui, son pouls s'élève et son oeil s'enflamme, si la main d'une femme se posant sur la sienne le fait frissonner, s'il se trouble ou s'intimide auprès d'elle, Ulysse, ô sage Ulysse, prends garde à toi ; les outres que tu fermais avec tant de soin sont ouvertes ; les vents sont déjà déchaînés ; ne quitte plus un moment le gouvernail, ou tout est perdu.

C'est ici la seconde naissance dont j'ai parlé ; c'est ici que l'homme naît véritablement à la vie, et que rien d'humain n'est étranger à lui. Jusqu'ici nos

soins n'ont été que des jeux d'enfants ; ils ne prennent qu'à présent une véritable importance.

Nous naissons, pour ainsi dire, en deux fois : l'une pour exister, et l'autre pour vivre ; l'une pour l'espèce, et l'autre pour le sexe.

**REFLEXIONS GENERALE SUR LA PREVENTION
EN MATIERE D'USAGE DE TOXIQUES
UNE QUESTION ETHIQUE**

*J.-F. SOLAL **

PREVENIR est un terme ambigu qui mérite un effort de définition.

C'est d'abord au XVI^e siècle « aller au devant pour hâter l'accomplissement » (prévenir les désirs) et au début du XVII^e siècle « aller au devant pour faire obstacle » (Petit Robert).

Favoriser ou empêcher une action, peu importe, on trouve au centre de la définition une action tierce destinée à modifier le cours habituel ou normal d'un processus.

Qui intervient ? Pourquoi ? Que l'on prévienne l'action de la nature (épidémie, catastrophe naturelle) ou une action humaine (guerre, actes antisociaux), l'intentionnalité de l'autre est bien là : prévenir est bien une action guidée par la morale.

D'après le Petit Robert, le mot prévention apparaît lui aussi au XVII^e siècle. La définition renforce et avalise l'argument moral : « Opinion irraisonnée d'attirance ou de répulsion antérieure à tout examen » (voir parti pris, préjugé).

Cette définition ne contredit qu'en apparence la présence centrale de la morale, ou mieux de sa science, l'éthique, dans la prévention.

* Psychiatre des hôpitaux - Services médico-psychologiques gérés par le centre hospitalier de Corbeille-Essonnes : 20, allée des frères Voisin, 91270 Vigneux et 10, rue des joncs, Appt. 615, Prairie de l'Oly, 91230 Montgeron.

Le préjugé n'en est pas moins un jugement qui s'impose, les opinions raisonnées sont tout au plus des rationalisations secondaires.

La force des mots « attirance ou répulsion », mots de la passion, confirment encore la place centrale de la prévention dans l'action humaine organisée.

Quant à la définition moderne qui nous occupe aujourd'hui, elle n'apparaît qu'au milieu du XX^e siècle : « Ensemble de mesures préventives contre certains risques ».

Le seul ouvrage d'éthique que Freud ait commis en 1929, un an avant le premier succès électoral des Nazis au Reichstag, s'appelle « Malaise dans la civilisation ».

L'ensemble de l'ouvrage est consacré à la prévention, car pour Freud, l'action de l'homme ne concourt qu'à une chose, prévenir, empêcher la souffrance.

« Ne nous étonnons pas si l'homme s'applique à réduire ses prétentions au bonheur et s'il s'estime heureux déjà d'avoir échappé au malheur et surmonté la souffrance. »

« Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons nous passer de sédatifs. Cela ne va pas sans échafaudages de secours. »

« Ils sont peut-être de trois espèces : d'abord de fortes diversions qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose, puis des satisfactions substitutives qui l'amoindrissent, enfin des stupéfiants qui nous y rendent insensibles.

« L'un ou l'autre de ces moyens nous est indispensable. »

DIVERSION : Freud donne l'exemple de l'activité philosophique ou scientifique.

SATISFACTIONS substitutives : l'art, mais nous dit-il plus loin, « la légère narcose où l'art nous plonge est fugitive, simple retraite devant les dures nécessités de la vie, elle n'est point assez profonde pour nous faire oublier notre misère réelle. »

Ils resterait au sujet de voir « dans la réalité son ennemie unique », de « s'aviser de transformer le monde ». C'est la voie du délire paranoïaque.

Quant à la toxicomanie, troisième échafaudage de secours :

« L'action des stupéfiants est à ce point appréciée et reconnue comme un tel bienfait dans la lutte pour assurer le bonheur ou éloigner la misère, que des individus et même des peuples entiers leur ont réservé une place permanente dans l'économie de leur libido. On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaitée à l'égard du monde extérieur. On sait bien qu'à l'aide du "briseur de soucis" l'on peut à chaque instant se soustraire du fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité ».

Voilà l'apologie du moraliste Freud qui met en bonne place la toxicomanie comme prévention majeure du premier ennemi de l'homme : la souffrance.

C'est à ce noeud que nous sommes conduits :

- La prévention des toxicomanies consiste en un paradoxe : empêcher une certaine prévention de la souffrance.

On ne peut traiter ce sujet si on oublie que la toxicomanie est d'abord une automédication curative et préventive. Donc, que l'action de prévention des toxicomanies entre en concurrence avec l'action préventive de la toxicomanie elle-même.

Nous ne serons pas étonnés alors qu'elle soit difficile à élaborer et que son impact soit difficile à évaluer auprès de la population ciblée.

Il n'empêche que l'anesthésie offerte par les toxiques est de courte durée, que ses effets sont illusoire. Le sujet est vite renvoyé à une souffrance plus intolérable que celle qui a justifié sa prise de toxique.

Dans le cas des toxicomanies, une fois encore la prévention comme préjugé est fondée sur l'éthique. Même si nous ne sommes pas au bout de nos peines pour la promouvoir.

Une fois admis : 1. le caractère moral de toute prévention ; 2. l'ambiguïté morale de la prévention des toxicomanies, une troisième difficulté se présente à nous.

La prévention des toxicomanies doit-elle être qualitative ou quantitative ? En d'autres termes, doit-on dissuader l'usage ou l'abus ?

La réponse avisée par l'expérience nous incline à répondre : l'abus. On sait les effets pervers de la prohibition que sont l'incitation et le trafic. On sait aussi définir la toxicomanie comme pharmacodépendance et non usage sporadique.

Mais le corps social nous renvoie à ses contradictions : certaines drogues sont licites, jouissent d'une publicité.

- La classe des psychotropes est en développement constant, son usage aussi. Pas de mois sans qu'un nouvel anxiolytique, un nouvel hypnotique n'apparaisse assorti d'une fiche étude de marketing. D'après l'étude de M^{me} Choquet et Ledoux (INSERM, 1985), une jeune fille de 16 à 18 ans sur cinq en consomme régulièrement. Usage ? Abus ?

- L'alcool et sa publicité, son usage subissent les fluctuations du corps social, divers dans ses intérêts.

Récemment, d'importantes sommes ont été versées à des organisations gouvernementales de prévention de l'alcoolisme aux fins de publier d'intéressants supports ; en échange on a autorisé sans trop de remous la publicité de la bière sur la cinquième chaîne de télévision.

D'autres drogues par contre sont illicites : leur usage, même occasionnel, sans pharmacodépendance, est puni par la loi. La prohibition s'impose donc comme une réalité dont doit tenir compte le promoteur de toute prévention.

Prévention quantitative dans un cas, qualitative dans l'autre ? Quel espoir avons-nous d'être crus par des adolescents a priori sensibles aux mensonges ou à la duplicité ?

Drogues licites, drogues illicites : les différences s'effacent devant l'usage. La même enquête épidémiologique de l'INSERM révèle une corrélation significative chez ces mêmes jeunes entre l'usage abusif de tabac (plus de 10 cigarettes par jour), l'usage toxicomane de l'alcool (plus de 3 à 10 « cuites » par an) et l'usage de drogues illicites.

Nous voyons donc qu'il est difficile de cerner l'objet de la dissuasion.

Une quatrième difficulté nous attend : à qui doit s'adresser la prévention : aux jeunes eux-mêmes ou à ceux qui sont en contact avec eux ?

Les trois précédents écueils ont conduit les spécialistes à privilégier l'information et la prévention auprès des adultes n'ayant vocation éducative. L'expérience québécoise a été reprise : il s'agit de former des « adultes-relais », des « personnes ressources ».

Ces initiatives développées notamment par l'Education nationale devraient permettre la réponse ou l'accompagnement spécifique d'un adulte à un adolescent en difficulté, notamment, mais pas exclusivement, usager de toxiques : l'action auprès de ces adultes consiste à réduire l'éclat fascinant du produit pour être réceptif à une demande. Les écueils précités seront évités par une relation directe entre un adulte averti et l'adolescent qui l'aurait choisi.

La confidentialité qui préside à ces relations est pour le jeune un gage de confiance. L'adulte prend le relais d'un groupe familial ou social défaillant, et permet, le plus souvent à peu de frais, le passage d'un moment difficile.

Mais l'institutionnalisation de ce plan de prévention porte sa limite : l'adolescent choisit l'adulte et référent par affinité et non parce qu'il aurait été formé à l'écoute.

Toutefois, ce travail de prévention, travail de fourmi, paraît aujourd'hui le plus efficace, même et surtout parce qu'il n'est pas spectaculaire.

Pourtant les professionnels sont invités par le corps social à des actions de prévention de masse directement auprès des jeunes.

Les écueils ne peuvent là être évités. On risque de n'intéresser que les plus avertis, de provoquer l'indifférence des ignorants, voire de les inciter.

Il n'y a dans ces actions de grande envergure médiatique que peu de possibilités d'évaluer notre action.

Le plus grand des paradoxes est que ces actions élaborées par des adultes pour des adolescents sont en fait appréciées par les adultes eux-mêmes comme si les messages avaient un pouvoir d'exorcisme.

L'heure est pourtant à cette prévention primaire. Il faut essayer d'en limiter les effets pervers.

1. Tout document destiné aux jeunes doit faire l'objet d'un débat avec l'adulte qui le présente.

2. Tout document doit être informatif.

L'information ne souffre pas la censure. Elle doit être complète : on ne peut parler de la souffrance de la dépendance si on ne parle pas de la jouissance, au risque sinon d'être tenus par notre public pour des menteurs. Les jeunes intéressés par un usage de produits ont déjà reçu une information incitatrice de certains de leurs pairs.

3. Le support du document doit être culturellement reconnu par les jeunes, sinon son contenu sera immédiatement dévalué.

4. Au mieux, il faudrait à l'avenir associer les jeunes à l'élaboration de leur propre matériel de prévention destiné à leurs pairs en difficulté.

Le matériel de prévention deviendrait alors un média entre l'adulte promoteur et le jeune bénéficiaire. L'élaboration de ce matériel serait en elle-même prévention.

L'entreprise d'appropriation par les adolescents eux-mêmes de leur santé devrait aujourd'hui être la tâche prioritaire de toute action de prévention.

L'éducation pour la santé à l'adolescence

II - EDUCATION SEXUELLE

DES ADOLESCENTS DANS UN CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

I — CONTRACEPTION ET SEXUALITE DES ADOLESCENTS

*M. DUPRE-LA-TOUR **

Tel est le thème d'une recherche entreprise par le centre de planification et d'éducation familiale de Saint-Priest (Rhône), centre géré par l'Association vie et famille.

Il s'agissait d'acquérir une meilleure connaissance de l'adolescent en matière de sexualité et de contraception, afin de percevoir les besoins en information de l'adolescent et de mieux adapter les réponses des adultes à cette demande.

L'idée de cette recherche est sous-tendue par tout un questionnaire du personnel du centre de planification et d'éducation familiale.

Ouvert depuis mars 1977, ce centre a vu arriver par vagues des adolescents-adolescentes, avec un point culminant en 1983 et une stabilisation depuis.

Le personnel se trouvait confronté :

- d'une part au désir de faire un travail efficace avec eux ;
- d'autre part à la nécessité de faire face à un sentiment d'envahissement et de perte d'identité.

Pour fonctionner convenablement avec ces éléments, il a fallu travailler régulièrement sur ce qui se passait avec les adolescents : comprendre où était interrogée l'équipe, faire la part du réel et de

* Psychologue, conseillère conjugale au Centre de planification et d'éducation familiale de Saint-Priest (Rhône).

l'imaginaire, c'est-à-dire revenir souvent aux statistiques, comprendre le fonctionnement des adolescents face à une consultation médicale.

L'idée de recueillir ces différentes données se fit jour et prit la forme d'un dossier médical spécial pour les mineur(e) s. Ce dossier, après avoir été le support de nos réflexions, servit de base au questionnaire de cette recherche.

Avant de présenter l'enquête, voici quelques réflexions sur le contenu des dossiers médicaux des mineur(e) s.

1) — La clientèle adolescente prend **beaucoup de temps** : le nombre de rendez-vous médicaux effectif par mineur(e) est plus important que pour le reste de la clientèle ; aux consultations de réassurance s'ajoutent de nombreux coups de téléphone.

2) — Le nombre de **rendez-vous décommandés** la veille ou quelques heures avant la consultation est important.

3) — Il y a de nombreux rendez-vous que nous avons appelés **P.V.P.P.**, c'est-à-dire « pas venu pas prévenu ». Nous avons pris l'habitude de les inscrire sur le dossier.

Cela pose l'interrogation de l'organisation d'une consultation pour adolescents du point de vue pratique et économique. Le centre, voulant rester fidèle à son choix d'une consultation sur rendez-vous, dut faire un effort éducatif auprès des mineur(e)s pour ne jamais passer sous silence ces rendez-vous manqués, le faire sans les culpabiliser, en les responsabilisant.

Le nombre de ces rendez-vous P.V.P.P. va en diminuant. Il est à noter qu'ils sont de deux sortes :

- soit ils marquent la fin d'un suivi dans le centre ;
- soit — et c'est le cas le plus fréquent — ils interviennent au cours d'un suivi de contraception difficile, exigeant de nombreuses consultations, ainsi que des visites impromptues et des coups de téléphone, ou des dépannages.

4) — **Les dépannages** : nombreuses sont les adolescentes qui s'aperçoivent en fin de plaquette qu'elles n'ont pas pris de rendez-vous pour obtenir le renouvellement de la prescription.

La gestion d'une consultation sur rendez-vous implique la possibilité de leur proposer une plaquette ou quelques pilules en attendant la possibilité d'un rendez-vous sans urgence. 20 % des consultantes mineures ayant ouvert un dossier en 1983 ont demandé un dépannage entre 1983 et 1985.

- 1/3 de ces dépannages sont demandés après une première visite. La plupart inaugure un suivi de contraception sans difficultés, quelques cas, rares, sont suivis d'un rendez-vous P.V.P.P. et nous n'avons pas revu la mineure. Il est intéressant de noter que les dépannages permettent de rencontrer les adultes, de nouer avec eux une relation de confiance et, par suite, de pouvoir continuer de venir.
- 1/3 interviennent dans un suivi de contraception ;
- 1/3 correspondent à des suivis de contraception difficiles avec dépannages multiples et rendez-vous P.V.P.P. nombreux.

5) — **Le sentiment d'invasion** par les adolescents est dû à leurs venues à 4 ou 5 pour une seule consultation médicale, les accompagnateurs restant en salle d'attente ou suivant celui (celle) qui a pris rendez-vous chez le médecin ou la sage-femme. C'est bien la circulation de tous ces adolescents dans le centre qui nous a fait nous poser la question de leur prise en compte.

6) — **La grossesse** : dans une étude faite sur les dossiers ouverts en 1983, elle apparaît dans 17 % des cas, ou du moins elle est évoquée comme réalité ou comme risque :

- pour 1/4 dans un suivi de contraception ;
- pour 3/4 lors d'une première visite. Dans 50 % des cas, c'est une peur de la grossesse qui motive la démarche contraceptive.

Pour les grossesses survenant dans un suivi de contraception, elles sont à relier à un moment conflictuel de la vie de l'adolescente : changement de copain, mais surtout difficultés avec les parents : disputes, non acceptation du copain par les parents, découverte de la contraception par la mère...

C'est à partir de ces réflexions qu'un questionnaire d'enquête a été élaboré par le personnel du centre de planification et d'éducation familiale.

Les interviews ont été menées par certains professionnels du centre : assistante sociale, sage-femme, secrétaire, conseillère, psychologue, ainsi que de nombreux stagiaires.

La rigueur des réponses en est peut-être un peu compromise, mais pour ces professionnels ou futurs professionnels, il fut intéressant de faire ce travail pour intégrer les demandes des jeunes.

Ce travail avait donc une double finalité :

- un recueil de données ;
- une formation pour ceux qui sont en contact avec des adolescents dans les centres de planification.

Il a un autre intérêt : le plaisir exprimé par nombre d'adolescents disant que, pour une fois, on ne parlait pas d'eux mais qu'on leur demandait de parler d'eux-mêmes.

Le contenu de l'enquête porte sur cinq chapitres :

- les images que les adolescents ont des centres de planification et d'éducation familiale et les moyens par lesquels ils en ont connaissance ;
- la vie sexuelle et la contraception des adolescents ;
- l'information sexuelle ;
- les rapports de l'adolescent avec sa famille — question sous-tendant les problèmes de gratuité et de secret ;
- des questions sur le tabac, la cigarette, comprise par certains jeunes comme des questions sur leur rapport au plaisir, leur accès au plaisir. Nous cherchions s'il y avait corrélation entre relations sexuelles précoces et tabagisme, mais rien n'a été probant sur cette question.

Ce que nous avons recueilli, nous le savions déjà, ou du moins nous en avons des intuitions ; cependant des points forts se dégagent, pistes nouvelles de réflexion et de travail.

Ce sont ces points forts que nous allons décrire.

I — On peut conclure à partir des renseignements donnés par les interviewés sur leur degré de scolarisation et sur la nationalité originelle de leurs parents, que l'accès aux centres de planification est

possible pour l'ensemble de la population du point de vue des origines culturelles, mais que la population qui les fréquente est plus scolarisée que la population globale.

Un effort d'information doit donc être fait vers les jeunes en difficulté scolaire.

II — La transmission de l'information sur les centres de planification se fait surtout entre jeunes, même si l'école, les travailleurs sociaux et la famille sont parties prenantes de cette information.

Les centres de planification sont pour les adolescents des « lieux d'accueil pour les jeunes », qu'ils viennent ou non pour une contraception.

Ceux qui ne viennent pas pour une contraception, les accompagnateurs, utilisent la demande du copain, de la copine, pour chercher une écoute autour des problèmes de la sexualité.

III — 71 % des jeunes viennent la première fois au centre à l'insu des parents. A propos de sexualité, ils ne peuvent ou ne veulent rien dire en famille. 55 % de ceux-ci auraient aimé pouvoir en parler avec leurs parents, mais ils attendent que ceux-ci en prennent l'initiative.

Les centres de planification sont des relais, ouvrant, par la rencontre avec des adultes sur ce thème, la possibilité de parole en famille. Ainsi, 44 % des parents qui, au moment de l'interview, sont au courant de la visite de leurs enfants au centre, ne l'étaient pas lors de la première visite, et dans la plupart des cas, ce sont leurs enfants qui ont pris l'initiative de les informer.

IV — L'adolescent vit à la fois une relation idéalisée avec son partenaire (« on se dit tout, on s'entend bien ») et a une **méconnaissance** des réactions de l'autre sexe tant au niveau physiologique que psychologique.

Les relations sexuelles sont commencées par certain(e)s sans désir, pour faire comme les autres, se sentir grands.

Ils formulent une demande à l'adulte pour se comprendre et comprendre l'autre.

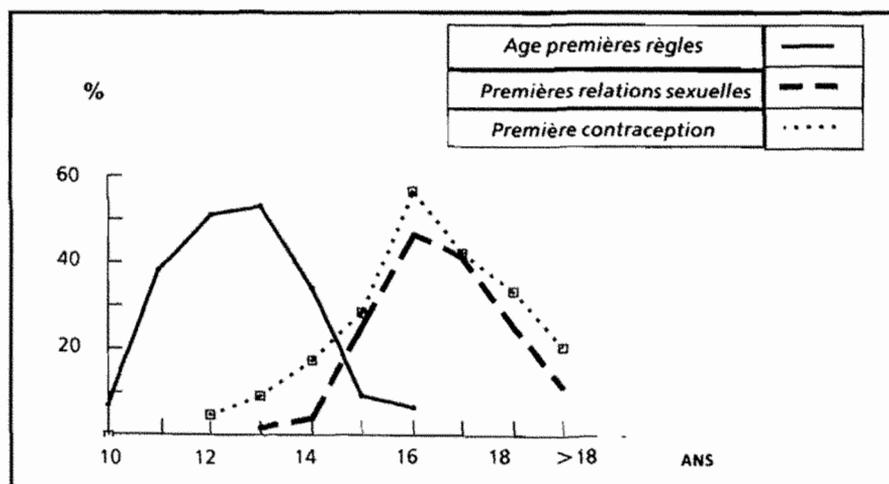
V — Le temps moyen entre les premières règles et les premières relations sexuelles est de 3 ans et demi.

VI — Les adolescentes qui prennent une contraception avant les premières relations sexuelles représentent 30 % de notre échantillon, parmi celles-ci aucune n'a moins de 15 ans.

Pour 33 %, la démarche contraceptive se fait juste après les premières relations, elles sont plus jeunes que les précédentes.

30 % n'ont pas de contraception ou ont utilisé une contraception dans un décalage moyen de 3 ans après les premières relations. Ce groupe comprend celles qui ont eu le plus jeune, des relations sexuelles.

Le graphique ci-dessous montre ces différents éléments :



Avant 15/16 ans, les jeunes qui ont des relations sexuelles sont donc une population à risque de grossesse. Cependant, aucune question n'ayant été posée sur la fréquence des relations sexuelles, nous ne pouvons évaluer ce risque.

70 % des jeunes qui ont des relations avant de prendre une contraception utilisent des précautions : le retrait en premier, puis les préservatifs, Ogino, crème, gelée, tampons spermicides. Toutes ces solutions ne demandent pas la participation d'un adulte.

Il semble donc important d'insister sur ces méthodes dans les informations transmises aux jeunes pour qu'ils puissent les utiliser au mieux dans ces temps d'attente, certainement importants pour eux.

VII — Les adolescentes parlent de deux désirs d'enfant : un premier par où passent toutes les filles, disent-elles, qui ne tient compte ni de l'enfant, ni du partenaire — désir dont elles ont à se défendre pour devenir raisonnables et accéder à un autre désir d'enfant tenant compte de la réalité. Durant cette période, si elles ont des relations sexuelles, la contraception leur semble impossible.

VIII — L'information contraceptive est suffisante pour les jeunes qui débutent les relations sexuelles vers 15-16 ans. C'est ce qu'ils disent de l'information sur la reproduction et la contraception faite par les enseignants.

IX — Pour les adolescents qui débutent plus tôt les relations sexuelles, ce n'est pas d'information contraceptive dont ils ont besoin, mais d'un **travail de mise en mots** de ce qu'ils vivent dans leur corps et leur psychisme. Ces jeunes sont souvent en échec scolaire et un mode d'approche particulier est à élaborer pour eux.

X — Tous les adolescents réclament « autre chose », même quand ils estiment l'information suffisante.

Ils désirent qu'on leur parle du plaisir, de la relation sexuelle, de l'autre sexe... Ils attendent une éducation non au sens de « transmission de valeurs », mais au niveau de la maîtrise de la pulsion, de l'apprentissage à attendre, de l'élaboration d'une pensée dans ce temps d'attente.

XI — C'est pourquoi ils réclament que les adultes aillent vers eux, c'est-à-dire les aident, non en leur dictant ce qu'il faut faire, mais comme moi-auxiliaire, soutien à leur pensée, mise en mots de ce qu'ils vivent.

De l'avis des adolescents, cette fonction ne peut être assurée par les enseignants, du moins pas par un enseignant dans son statut d'enseignant (à part les enseignants en Economie sociale et familiale), mais par un intervenant extérieur, qui les écoute et qui les aide à s'exprimer.

Il semble toutefois dommage que ce travail soit fait sans l'enseignant, ou du moins sans sa collaboration perçue par les jeunes, car il représente le garant du cadre et du contexte social.

XII — Les images parentales véhiculées par les adolescents sont celles d'une mère, la plupart du temps tolérante, permissive, à qui l'on pourrait parler, même si on ne le fait pas, et celles d'un père absent, borné ou représentant, dans le silence, les valeurs à respecter, même si on les transgresse.

Nous avons déjà vu qu'un certain nombre de jeunes informent leurs parents rapidement de leur venue au centre.

Cependant, pour ceux qui viennent à l'insu des parents, la moitié d'entre eux ont envie de garder le secret : pour 30 %, c'est important de faire cette démarche en dehors des parents, les autres n'ont envie de garder le secret que parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement.

Il est intéressant de noter que pour 14 % de ces jeunes, les parents parlent de sexualité avec leurs enfants alors que ceux-ci continuent de venir à leur insu : garder le secret est important.

XIII — L'examen gynécologique est une des peurs de l'adolescente devant consulter ; cela retarde la venue de certaines.

La préparation des filles à celui-ci pourrait être faite en milieu scolaire, c'est un besoin de santé physiologique et psychique.

A ce propos, le travail des infirmières scolaires est évoqué par les jeunes.

Les filles qui en ont peur au point de différer longtemps une consultation sont celles qui ont des difficultés avec leur corps, à se le représenter, ou qui craignent l'effraction... Elles se trouvent aussi les plus sujettes à être « forcées par un garçon ».

II — PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS DANS UN CENTRE DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE

*P. INIZAN-PERDRIX **

LOI N° 67-1176 DU 28 DECEMBRE 1967, relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique (*Journal officiel du 29 décembre 1967*)

Article 4.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément, par le ministre des affaires sociales, des centres de planification ou d'éducation familiale. Ces établissements et ces centres, publics ou privés, ne devront poursuivre aucun but lucratif.

(Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974, art. 2)

Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. Un décret précisera les modalités d'application de la présente disposition.

Les pouvoirs publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés

* Sage-femme, conseillère conjugale, sexologue au Centre de planification et d'éducation familiale de Saint-Priest (Rhône).

pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pour l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes.

DECRET N° 72-318 DU 24 AVRIL 1972, portant application de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique (Journal officiel du 26 avril 1972)

Titre II.

Des centres de planification ou d'éducation familiale

Article 4.

Est subordonnée à un agrément administratif préalable l'ouverture des centres qui, sous quelque dénomination que ce soit, exercent au profit de leurs adhérents ou du public les activités suivantes :

- a) Education familiale (problèmes des rapports conjugaux, stérilité involontaire, maternité, accouchement, etc.).
- b) Information sur les méthodes de régulation des naissances.
- c) Consultations et interventions en vue de faciliter ou de régulariser les naissances.

Dans notre pratique en centre de planification et d'éducation familiale, nous nous attachons énormément à la notion d'**accueil** et, dans la perspective de l'**accompagnement** d'adolescents, il nous paraît intéressant de souligner la collaboration médecin-sage-femme.

La spécificité de cette consultation est la double prise en charge sur le plan médical et psychologique, s'inscrivant dans un projet plus vaste : celui de la **protection de la santé**, dans le sens où la personne est entendue, le désir respecté, le corps pris en charge et touché.

C'est une gynécologie psycho-somatique adaptée à l'adolescence, envisagée également dans une visée sexologique.

Peut-être devons-nous préciser la tâche spécifique d'un centre de planification et d'éducation familiale en 1987 où l'information contraceptive peut paraître désuète, mais s'avère — ô combien ! — utile pour des adolescentes encore trop souvent enceintes. Les jeunes nous disent que le centre est avant tout un lieu d'AIDE. Aide pour la contraception et la sexualité. Nous y répondons par notre travail d'équipe pluridisciplinaire, qui permet une approche multifocale de la personne, afin d'éviter que le corps fasse l'objet d'une approche mécaniste rigide ou soit uniquement pris comme objet de discours.

Il s'agit de faciliter la première démarche vers le centre, car il n'est pas facile de franchir notre porte.

Nombre d'adolescentes nous disent : « je suis venue X fois, et je suis repartie ». Cela représente véritablement un **travail d'accompagnement**, sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Savoir que l'on retrouvera le visage de l'adulte qui était venu au C.E.S., en 5^e, 4^e, 3^e, leur permet de vaincre leur peur et d'arriver jusqu'à nous.

La rencontre avec la sage-femme en dehors du centre sert de transition, de relais avant la consultation avec le médecin. Temps nécessaire pour leur apprendre à connaître leur corps, pour parler du corps et de son « ressenti », parler de l'hymen, du « comment mettre un tampon hygiénique », de choses intimes dont il est gênant de parler avec ses parents. Parler avec eux de leur fonctionnement physiologique, des somatisations et manifestations d'angoisse (mal au ventre, mal au cœur, tachycardie, crise de tétanie, troubles du sommeil, cauchemars...) et de leurs façons d'y répondre par une étonnante consommation médicamenteuse, par la cigarette, par la drogue... ; parler avec eux de la manière de gérer leur tension par un comportement de violence ou d'inhibition. Leur expliquer leur comportement qui les surprend et les effraie : successions de phases d'excitation et de dépression, de ricanements et de larmes, manque de confiance en soi... Leur expliquer leurs sensations, leurs rapports à leur corps et aux autres...

S'il est habituel de souligner toute l'importance d'un premier rapport sexuel, il nous semble important de dire ou de redire toute la difficulté d'un premier examen gynécologique, examen terrorisant, car vécu comme effraction du corps.

La consultation commence par un entretien avec la sage-femme (nous nous nommons toujours en donnant notre fonction) — entretien de mise en confiance, conversation à partir de questions relatives aux pathologies ou aux antécédents familiaux, à la qualité de l'état général, au sommeil, à l'âge des premières règles, aux relations avec les parents, avec les copains et surtout pour les plus jeunes, explication de ce qui va leur être fait et à quoi ça sert.

La consultation peut être un véritable carrefour où les enjeux se mélangent, où les problèmes familiaux, sentimentaux, physiques, sexuels se cristallisent de façon plus ou moins évidente, suivant qu'on les laisse s'exprimer ou non.

La salle d'attente est également un lieu de rencontre où l'on peut provoquer des confrontations, des informations, entendre de la musique, où l'angoisse pré-consultation médicale peut être exprimée.

L'examen gynécologique se fait à deux, le gynécologue et la sage-femme, déterminant ainsi une interaction triangulaire, médecin-patient, particulièrement intéressante pour des adolescents dans la mesure où le couple parental est représenté.

La neutralité du gynécologue est maintenue du fait de la présence de la sage-femme, présence d'écoute à partir des symptômes motivant la consultation — symptômes qui sont pour la plupart des cas de contraception ou de vaginites, mais où se mélange la participation psycho-somatique des difficultés sexuelles ou une ambivalence du désir d'enfant qui est toujours là en filigrane.

Il se produit un décodage psychologique précieux pour le médecin dans la prise en charge corporelle de la patiente, dans la reconnaissance de son désir.

Ce type de prise en charge nous permet souvent un travail de suivi entre deux consultations (tous les trois mois pour les plus jeunes) : réassurances téléphoniques, ou multiples passages au

centre, pour erreurs de prises de pilule, pour dépannages ou pour discuter.

Quand l'adolescente s'est sentie bien accueillie, c'est le bouche à oreille qui fonctionne : un tel amène sa copine, ou l'accompagne et il existe une solidarité entre les anciennes et les nouvelles consultantes. Certains garçons (peu encore) contribuent avec leur moto à amener telle copine ou copain.

En conclusion : si l'on peut parler de l'efficacité théorique des moyens contraceptifs, l'on pourrait également envisager l'efficacité des centres de planification et d'éducation familiale.

Efficacité quantitative, c'est-à-dire en nombre de personnes fréquentant le centre.

Efficacité qualitative, c'est-à-dire en appréciant le degré d'acceptabilité psychologique de la contraception sur le plan individuel, et ce qui nous semble hautement indispensable, de la structure spécifique que sont les centres de planification et d'éducation familiale, lieu d'écoute à partir d'une demande de consultation médicale où l'on peut aider à mettre en mots et donner un sens à ce que vivent ces jeunes en début de vie sexuelle.

Programme ambitieux réclamant disponibilité et compétence des adultes professionnels.

Programme s'inscrivant dans le cadre d'une prévention de la santé (notamment par rapport aux M.S.T.), et dans la reconnaissance par les pouvoirs publics d'une politique globale d'éducation familiale.

CONTREPOINT

UN ADOLESCENT A LA QUETE DE L'AMOUR...

« Je m'étais persuadé qu'il avait dû rencontrer une jeune fille. Elle était sans doute infiniment plus belle que toutes celles du pays... C'est à une jeune fille certainement qu'il pensait la nuit comme un héros de roman. »

ALAIN-FOURNIER

« Le Grand Meaulnes », I, 7

Il entra dans une pièce silencieuse qui était une salle à manger éclairée par une lampe à suspension. Là aussi c'était fête, mais fête pour les petits enfants.

Les uns, assis sur des poufs, feuilletaient des albums ouverts sur leurs genoux ; d'autres étaient accroupis par terre devant une chaise et, gravement, ils faisaient sur le siège un étalage d'images ; d'autres, auprès du feu, ne disaient rien, ne faisaient rien, mais ils écoutaient au loin, dans l'immense demeure, la rumeur de la fête.

Une porte de cette salle à manger était grande ouverte. On entendait dans la pièce attenante jouer du piano. Meaulnes avança curieusement la tête. C'était une sorte de petit salon-parloir ; une femme ou une jeune fille, un grand manteau marron jeté sur ses épaules, tournait le dos, jouant très doucement des airs de rondes ou de chansonnettes. Sur le divan, tout à côté, six ou sept petits garçons et petites filles rangés comme sur une image, sages comme le sont les enfants lorsqu'il se fait tard, écoutaient. De temps en temps seulement, l'un deux, arc-bouté sur les poignets, se soulevait, glissait à terre et passait dans la salle à manger : un de ceux qui avaient fini de regarder les images venait prendre sa place...

Après cette fête où tout était charmant, mais fiévreux et fou, où lui-même avait si follement poursuivi le grand pierrot, Meaulnes se trouvait là plongé dans le bonheur le plus calme du monde.

Sans bruit, tandis que la jeune fille continuait à jouer, il retourna s'asseoir dans la salle à manger, et, ouvrant un des gros livres rouges épars sur la table, il commença distraitement à lire.

Presque aussitôt un des petits qui étaient par terre s'approcha, se pendit à son bras et grimpa sur son genou pour regarder en même temps que lui ; un autre en fit autant de l'autre côté. Alors ce fut un rêve comme son rêve de jadis. Il put imaginer longuement qu'il était dans sa propre maison, marié, un beau soir, et que cet être charmant et inconnu qui jouait du piano, près de lui, c'était sa femme.

« Le Grand Meaulnes », La fête étrange, I, 14

PRESERVATIFS : L'AMOUR SÛR, SANS RESERVE

Sûr, vous devrez le mettre quand vous serez à tout autre chose !

Sûr, vous sentirez moins alors que vous voudriez tout sentir !

Sûr, c'est bizarre d'utiliser un objet quand on est en plein rêve !

Sûr, on ne cherche pas la prudence quand on s'abandonne...

OUI, MAIS VOILA,

chaque méthode de contraception a des inconvénients... et des avantages :

Le préservatif est une solution simple et très efficace, surtout quand « elle » n'a rien prévu, ou pas encore... C'est plus rassurant pour elle que de faire l'amour sans contraception : votre précaution fait sa contraception, c'est sûr !

Le préservatif peut être une liberté supplémentaire pour vous par rapport au retrait (coït interrompu).

Il a aussi l'avantage de vous protéger, l'un comme l'autre, contre toutes les maladies sexuellement transmissibles : votre précaution fait sa tranquillité, sans réserve !

Pour les acheter en pharmacie, c'est pas toujours évident, mais au moins, il ne faut pas d'ordonnance. On peut en acheter dans les grandes surfaces.

LATEX INFO :

même très minces (ils ont de 5 à 7 microns d'épaisseur pour la plupart), les préservatifs sont solides.

Par exemple, il faut les gonfler avec 15 litres d'air pour qu'ils éclatent ! Un label N.F. (Norme Française) défini en 1985, mais non obligatoire, garantit ces contrôles.

Il existe de plus en plus de choix : préservatifs en latex (caoutchouc naturel vulcanisé) avec ou sans réservoir ; de différentes couleurs ; à surface lisse ou texturée ; avec ou sans forme fantaisie.

MODE D'EMPLOI :

Déroulez sur le pénis en érection, c'est plus facile.

Il vaut mieux le tenir quand on se retire, et, le faire avant que le pénis ne diminue trop en volume.

C'EST LA PREMIERE FOIS ?

Essayez-en sur vous au moins une fois, avant.

Parlez-en ensemble.

Centre de Contraception et d'IVG
HOPITAL LOUIS-MOURIER
COLOMBES
178, rue des Renouillers
Tél. : 47.80.72.32.

Programme A.R.E.I.R.H. (Association pour la Recherche,
l'Etude et l'Information sur la Reproduction Humaine)

Réalisation  J B C C - Impression  INTERFACIS 03 97 14 90

PILULE DU LENDEMAIN: JE CRAQUE, DEMAIN J'ASSURE

Vous n'aviez rien prévu...
Vous n'arrêtez pas de reporter votre rendez-vous pour prendre la pilule... Vous avez oublié de prendre votre pilule.

Vous n'aviez pas envie « pour une fois » d'utiliser les crèmes spermicides.

Il a oublié de se retirer...

Il n'est pas allé acheter de préservatifs (vous non plus).

Dans l'un ou l'autre de ces cas, la pilule du lendemain vous permet « d'assurer », après !

CETTE PILULE DU LENDEMAIN, QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une pilule comme les autres qui ne se prend pas comme les autres.

Vous vous la procurez sur ordonnance. C'est un moyen de dépannage, d'urgence.

Pour que ce soit efficace, il ne faut l'utiliser qu'une seule fois par mois (cycle).

COMMENT LA PRENDRE ?

Le plus tôt possible après la relation sexuelle :

vous avez un délai de 48 heures (2 jours) pour la prendre ; d'abord 2 comprimés ensemble, puis 2 autres, 12 heures après les premiers.

Vous pouvez à la limite y avoir recours dans un délai de 72 heures, mais en sachant que son efficacité est diminuée.

OU LA TROUVER ?

Il vous faut une ordonnance.

Vous pouvez venir la chercher dans un Centre de Planification ou chez un médecin.

EST-CE QUE C'EST AU POINT ?

La pilule du lendemain offre une très bonne efficacité pour peu d'inconvénients : dans un petit nombre de cas, elle occasionne nausées et tensions des seins.

Cette pilule du lendemain a un dosage beaucoup moins fort que celle d'il y a quelques années.

QUE FAIRE ENSUITE ?

En attendant vos règles, utilisez autre chose : préservatifs, crèmes spermicides.

Reprenez contact avec le médecin pour envisager une contraception durable.

Centre de Contraception et d'IVG
HOPITAL LOUIS-MOURIER
COLOMBES
178, rue des Renouillers
Tél. : 47.80.72.32.

Programme A.R.E.I.R.H. (Association pour la Recherche,
l'Etude et l'Information sur la Reproduction Humaine)

Réalisation J.B.C.C. - Impression INTERFACIS 48 07 1978

PRESPIL
UN PROGRAMME D'INFORMATION
SUR LE PRESERVATIF ET LA PILULE DU LENDEMAIN
DESTINE AUX JEUNES SCOLARISES

*B. FOUGEYROLLAS * , M. LALANDE **

Nous présentons aujourd'hui la réalisation d'un programme d'information concernant le préservatif et la pilule du lendemain destiné aux jeunes scolarisés. La diffusion vient de débiter et sera suivie d'une évaluation.

Nous remercions la DGS qui a permis la réalisation de cette action pilote.

PRESERVATIF : PROPHYLAXIE/CONTRACEPTION

Notre intervention dans le cadre de la lutte contre les MST s'explique par notre participation à la promotion des préservatifs. L'intérêt des préservatifs n'est pas ici à démontrer. La diffusion de son usage pose en France beaucoup de problèmes. Un gros effort est fait actuellement pour promouvoir l'utilisation des préservatifs dans un but prophylactique. Nous avons choisi d'apporter notre contribution en développant l'usage contraceptif du préservatif. Deux arguments fondent notre action :

* Médecins - Centre de contraception et d'IVG, hôpital Louis Mourier, Colombes.

- d'une part, la diffusion de l'usage des préservatifs sera favorisée par la reconnaissance de ses deux qualités : prophylactique et contraceptive ;
- d'autre part, l'usage prophylactique renvoie nécessairement à une vision négative de la sexualité, celle des MST.

Par contre, l'effet contraceptif permet une valorisation du préservatif. L'utilisation du préservatif comme prophylaxie des MST est généralement vécue comme une manifestation de méfiance des hommes vis-à-vis de leurs partenaires. L'effet contraceptif permet aux hommes de faire valoir leur responsabilisation face aux risques de grossesse indésirée.

PRESPIL/LES BESOINS DE CONTRACEPTION CHEZ LES JEUNES

Notre programme d'information, intitulé PRESPIL, s'appuie sur notre expérience de plusieurs années auprès des jeunes des établissements scolaires proches du Centre de contraception et d'IVG de l'hôpital de Colombes. L'activité d'information des jeunes suit une stratégie à plusieurs volets :

- en premier lieu, un accueil spécifique des jeunes au Centre de contraception ;
- en deuxième lieu, la réalisation d'un réseau de « relais » concernant les infirmières scolaires, les assistantes sociales et les enseignants préoccupés par le problème de l'éducation sexuelle ;
- enfin, une réponse aux besoins spécifiques de contraception des jeunes par le programme d'information actuel.

Notre expérience sur le terrain montre que les jeunes filles en demande de contraception se tournent préférentiellement vers l'usage de la pilule. Cela implique une démarche médicalisée. On le sait, la nécessité de se rendre à une consultation médicale représente une difficulté non négligeable pour les jeunes filles. En conséquence, un certain temps s'écoule entre les premières relations sexuelles et la

prise de la pilule. Par ailleurs, les méthodes locales plus accessibles sont rejetées du fait des manipulations qu'elles imposent. Ces manipulations — mise en place du préservatif ou des crèmes spermicides — mettent à mal la pudeur et le romantisme des jeunes au moment délicat des premières relations sexuelles. Cela peut difficilement être contourné mais le manque important d'information sur ces méthodes ne fait qu'aggraver ces difficultés.

L'enquête sur les besoins contraceptifs des jeunes met aussi en évidence une lacune de taille concernant les méthodes post-coïtales.

Le temps de latence entre les premières relations sexuelles et l'usage d'une contraception durable est facteur de grossesses indésirées. La pilule du lendemain est le seul recours dans ces circonstances.

La pilule du lendemain dont la prescription est maintenant parfaitement établie, qui présente une efficacité remarquable, très peu d'effets indésirables et qui peut éviter l'IVG, reste très mal connue.

Grâce à notre travail d'information, chaque année, un certain nombre de jeunes filles nous demande une prescription de pilule du lendemain dans les délais nécessaires ; elles en font un usage simple, efficace et sans négligence.

La réticence du corps médical face à la contraception post-coïtale est difficilement compréhensible. Elle semble relever d'un problème éthique. La contraception est globalement acceptée comme un acte de responsabilité. La demande de contraception post-coïtale, elle, signe la prépondérance du désir sexuel.

Ces éléments succincts sur l'évaluation des besoins contraceptifs des jeunes nous ont conduits à cibler l'information sur deux méthodes : le préservatif et la pilule du lendemain. En ce qui concerne le préservatif, nous avons approfondi l'enquête par une série d'interviews de garçons en groupe.

BESOINS D'INFORMATION SPECIFIQUES DES GARÇONS — « Réalité et mythe du préservatif dans la conscience des garçons »

Les jeunes hommes sont moins sollicités que les filles par l'information en matière de sexualité. A cela un faisceau de raisons peut être invoqué. De plus, il nous a semblé que la mixité des jeunes qui est un réel progrès de ces dernières décennies, présente par ailleurs certains inconvénients. Nous avons remarqués la difficulté que vivent les garçons à s'exprimer pleinement dans des groupes mixtes. En présence de femmes, une partie de leurs questions est informulable. Nous avons été amenés progressivement à proposer, en plus des rencontres mixtes, des groupes non mixtes.

Ce type d'enquête nous a permis de dégager quelques enseignements importants :

1° — Il existe un manque ou une faiblesse de l'éducation sexuelle transmise par les hommes (de père en fils, par exemple). En revanche, par exemple, toute jeune fille peut situer le moment et la personne qui lui a parlé des règles pour la première fois.

2° — Le poids de l'interdit sur la sexualité et à ce titre sur le préservatif reste d'actualité. C'est le thème central des discussions avec les garçons en groupe quand on parle du préservatif : la honte qu'ils éprouvent rend pratiquement impossible l'achat des préservatifs. Ils projettent l'interdit qu'ils supportent sur le pharmacien qui, dans leurs phantasmes, va leur demander leurs papiers, s'ils sont majeurs et pour qui ils achètent des préservatifs ; un garçon a imaginé que le pharmacien allait lui dire : « Toi, tu viens pour le plaisir, tu peux attendre. Il y a quelqu'un qui est malade, il faut que je le serve avant ».

Nous avons cherché avec eux les moyens de rendre le préservatif plus accessible. En premier lieu, le prix leur semble prohibitif (90 F les 25). Les lieux de vente pourraient être diversifiés. Outre les grandes surfaces, ils pensent au bureau de tabac, à l'épicerie et surtout à l'infirmerie du lycée. La pharmacie n'est pas considérée comme un lieu de vente satisfaisant. Un jeune homme s'identifiera au pharmacien, il dit : « c'est comme acheter un livre porno chez le libraire. Je ne trouve pas que ce soit l'endroit pour vendre ça ». Nous retombons alors dans le thème de la honte.

Cette enquête, très rapidement exposée ici, nous permet de tirer deux grands enseignements :

1° — Le discours moralisateur dans l'information semble inopérant, voire dangereux, car il renforce les obstacles préexistants à l'utilisation du préservatif. Les méthodes d'information basées sur des arguments dramatisants ou menaçants se sont révélées sans succès dans les campagnes de prévention (par exemple les campagnes sur les dangers du tabac) et cela tout particulièrement chez les jeunes pour qui la notion de risque a souvent une valeur positive.

2° — Nous retiendrons aussi un aspect d'application concrète : les informations sur le préservatif auprès des jeunes doivent comprendre une manipulation du préservatif. Il faut le sortir de son emballage, le dérouler, l'étirer pour montrer sa résistance, le faire toucher pour faire reconnaître sa finesse. Cette manipulation provoque l'hilarité générale. Mais, cette réaction cache la gêne qu'occasionne la vue du préservatif qui, inmanquablement, suggère son contenu : le sexe de l'homme. Cette manipulation semble du plus grand intérêt car ainsi, le préservatif devient un objet réel et non fantasmatique. Il devient accessible.

PRESPIL/DESCRIPTION DU DOCUMENT D'INFORMATION

Il existe de nombreux documents d'information sur la contraception. Ils passent en revue l'ensemble des méthodes. A partir de notre enquête sur les besoins de contraception chez les jeunes, nous avons décidé de produire un document ciblé sur les méthodes les moins bien connues et les plus utiles dans la période précédant le choix d'une contraception durable. Par ailleurs, nous avons choisi une stratégie d'information s'adressant aux deux sexes à part égale : le préservatif pour les garçons et la pilule du lendemain pour les filles.

1° — Mise en place sur le terrain

La diffusion de ce document s'appuie sur un réseau de « relais » dans les établissements scolaires sollicitant notre intervention depuis plusieurs années. Il s'agissait par là de rompre avec les informations parachutées et sans suivi. Nous apportons notre collaboration aux infirmières scolaires, aux assistantes sociales et enseignants qui prennent en charge l'éducation sexuelle dans leurs établissements. Ces « relais » devraient permettre une diffusion plus adaptée du document en fonction des caractéristiques propres à chaque établissement. De plus, l'évaluation de l'action s'appuiera sur une enquête auprès de ces professionnels.

Le document est disponible dans les lieux tels que l'infirmerie ou les endroits de réunions ou de rencontres des élèves.

2° — La forme

Il s'agit d'un présentoir contenant deux types de fiches. La première concernant le préservatif et la seconde concernant la pilule du lendemain.

Le graphisme a été conçu à partir d'un concours proposé aux élèves en cours de B.T.S. Les slogans d'accroche ont été testés auprès des jeunes de L.E.P.

3° — Le contenu

Le texte concernant le **préservatif** présente en premier lieu les reproches qui lui sont généralement faits. Il s'agit d'un parti-pris issu de l'expérience de la promotion du préservatif auprès des jeunes : prendre en considération les contraintes imposées pour pouvoir faire entendre son intérêt.

Le préservatif n'est pas présenté comme la contraception miracle et unique mais comme très utile dans les circonstances de la sexualité débutante : « le préservatif est une solution simple et très efficace, surtout quand "elle" n'a rien prévu, ou pas encore... ».

Une phrase indique clairement son intérêt prophylactique vis-à-vis des MST.

L'intérêt de l'absence de médicalisation de cette contraception est mis en valeur : « pour l'acheter en pharmacie, ce n'est pas évident, mais au moins, il ne faut pas d'ordonnance ».

Un paragraphe concernant les normes techniques fait valoir l'information aux consommateurs.

Enfin, le mode d'emploi est simple et cite avec précision les règles essentielles de bonne utilisation. De plus, il est conseillé de l'essayer une fois en dehors de son utilisation dans la relation sexuelle.

Globalement le texte fait délibérément référence plus au plaisir qu'au risque.

Ce choix a été maintenu dans le texte sur la **pilule du lendemain**.

En effet, le texte débute par les circonstances d'utilisation : quand le plaisir ou la négligence l'ont emporté sur le danger.

« Vous n'avez rien prévu...

« Vous n'arrêtez pas de reporter votre rendez-vous pour prendre la pilule...

« Vous n'aviez pas envie "pour une fois" d'utiliser les crèmes spermicides...

« Il a oublié de se retirer...

« Il n'est pas allé acheter des préservatifs (vous non plus)... »

Il ne s'agit en aucune façon d'un discours incitatif à la négligence mais d'une prise en compte de la réalité, il ne sert à rien de se voiler la face. Il faut agir et il est encore temps.

Par la suite, sont indiqués avec précision le cadre de l'utilisation de la pilule du lendemain : c'est un moyen de dépannage d'urgence.

Enfin, les conseils sont proposés pour utiliser une méthode durable par la suite.

Notre conclusion sera un retour à la promotion du préservatif chez les jeunes.

Sur le terrain, nous constatons les difficultés importantes qu'il faudra dépasser pour rendre réel l'usage des préservatifs. Il serait illusoire de croire que les jeunes vont dès demain et massivement utiliser des préservatifs et cela quelles que soient l'intensité et la qualité des campagnes d'information. Nous pensons qu'il faut compter aussi sur l'extension de l'utilisation des préservatifs par les hommes adultes avant que les jeunes y viennent naturellement.

Les jeunes hommes adhèrent globalement aux stéréotypes dominants sur les rôles sexués. C'est-à-dire qu'en tant qu'hommes, ils doivent savoir. Or, au moment des premières relations sexuelles, ils ne savent justement pas grand chose. L'utilisation du préservatif vient encore compliquer la situation. Ils craignent leur maladresse et projettent l'usage du préservatif comme imposant une série de gestes qui les ridiculiseront définitivement.

Nous retiendrons donc de notre expérience une implication concrète : le préservatif est pour les jeunes un objet inconnu. On en parle, certes, et beaucoup, mais la plupart n'en ont jamais utilisé voire jamais vu. Avant de pouvoir acheter des préservatifs qui de plus sont très coûteux, relativement à leur budget, il semble très utile qu'ils puissent disposer gratuitement d'une ou de quelques unités. Cela est d'autant plus utile que, comme nous le conseillons, le préservatif devrait être essayé au moins une fois en dehors des relations sexuelles.

CONTREPOINT

A QUOI REVENT LES JEUNES FILLES ?

Alfred DE MUSSET

« A quoi rêvent les jeunes filles ? »

(Laërte, père de Niron et de Ninette, explique à Silvio qu'il accepterait volontiers pour gendre, comment se faire aimer...)

LAERTE

Ecoutez donc alors ce qu'il vous faudra faire.
Recevoir un mari de la main de son père,
Pour une jeune fille est un pauvre régal.
C'est un serpent doré qu'un anneau conjugal.
C'est dans les nuits d'été, sur une mince échelle,
Une épée à la main, un manteau sur les yeux,
Qu'une enfant de quinze ans rêve ses amoureux.
Avant de se montrer, il faut leur apparaître.
Le père ouvre la porte au matériel époux,
Mais toujours l'idéal entre par la fenêtre.
Voilà, mon cher Silvio, ce que j'attends de vous,
Connaissez-vous l'escrime ?

SILVIO

Oui, je tire l'épée.

LAERTE

Et pour le pistolet, vous tuez la poupée,
N'est-ce pas ? C'est très bien ; vous tuerez mes valets.
Mes filles tout à l'heure ont reçu deux billets ;
Ne cherchez pas, c'est moi qui les ai fait remettre.
Ah ! si vous compreniez ce que c'est qu'une lettre !

Une lettre d'amour lorsque l'on a quinze ans !
Quelle charmante place elle occupe longtemps !
D'abord auprès du coeur, ensuite à la ceinture.
La poche vient après, le tiroir vient enfin.
Mais comme on la promène, en traîneaux, en voiture !
Comme on la mène au bal ! que de fois en chemin,
Dans le fond de la poche on la presse, on la serre !
Et comme on rit tout bas du bonhomme de père
Qui ne voit jamais rien, de temps immémorial !
Quel travail il se fait dans ces petites têtes !
Voulez-vous, mon ami, savoir ce que vous êtes,
Vous, à l'heure qu'il est ? — Vous êtes l'idéal,
Le prince Galaor "le berger d'Arcadie ;
Vous êtes un Lara" ; — j'ai signé votre nom.
Le vieux duc vous prenait pour son gendre, — mais non,
Non ! Vous tombez du ciel comme une tragédie ;
Vous rossez mes valets ; vous forcez mes verrous ;
Vous caressez le chien ; vous séduisez la fille ;
Vous faites le malheur de toute la famille.
Voilà ce que l'on veut trouver dans un époux.

RELAIS INFO SEXUALITE INFORMER LES JEUNES PAR LES JEUNES

C. MAILLY *

Dans l'académie de Lyon, a été menée, à partir de mars 1985, une expérience pilote de diffusion de l'information sur la régulation des naissances auprès des jeunes par les jeunes.

Cette expérience, intitulée « Relais-information-sexualité » — R.I.S. — a pu être réalisée, dans le cadre d'une convention, grâce au soutien du Comité national pour la régulation des naissances (C.N.R.N.) et à la participation financière de la D.R.A.S.S., par le biais du fonds de prévention.

Cette action découle d'un constat fait auprès des jeunes pour qui les questions liées à la sexualité restent encore taboues.

Leurs principales sources d'information sont les lectures, les médias et les camarades ; enseignants et parents occupant le dernier rang dans les différentes enquêtes menées.

D'où l'idée d'informer les jeunes par les jeunes, d'où les

RELAIS-INFO-SEXUALITE

Trois établissements scolaires ont été retenus :

- un lycée classique de Lyon ;
- un lycée technique de Lyon ;
- un lycée polyvalent de la banlieue lyonnaise.

* Médecin, conseiller technique auprès du recteur de l'Académie de Lyon, vice-présidente du Comité national pour la régulation des naissances.

Les élèves, garçons et filles de classes de seconde ou de C.A.P., B.E.P., participant à l'expérience, ont été choisis par les chefs d'établissement pour leur ouverture d'esprit et leurs qualités relationnelles. Leurs parents ont été, bien entendu, informés du projet.

Leur formation a été assurée par deux conseillers conjugaux et familiaux du C.I.F. de Lyon. A ce programme, ont été associés un médecin de santé scolaire, un professeur d'économie familiale et sociale, un conseiller principal d'éducation et une infirmière.

La formation visait plusieurs objectifs :

- **relationnel** par une sensibilisation à l'écoute et par la découverte des mécanismes de la communication ;
- **pédagogique** par la mise à jour des connaissances.

Différentes techniques ont permis ces approches : photolangage, psychodrame pour l'expression orale, l'écoute... planche d'anatomie, matériel contraceptif, diaporama « S'aimer » du C.N.R.N. pour la pédagogie.

Les thèmes abordés ont recouvert :

- des notions précises sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de l'homme et de la femme ;
- des explications détaillées des différentes méthodes contraceptives, tant chez la femme que chez l'homme, matériel contraceptif à l'appui ;
- des informations sur les M.S.T. et leurs conséquences ;
- une réflexion personnelle sur l'I.V.G. avec connaissance de la loi, des démarches à effectuer ;
- des notions sur la grossesse, la vie foetale, l'accouchement et en toile de fond, la relation affective de deux êtres, indispensable à l'harmonie du couple.

Cette formation s'est déroulée, de mars à juin 1985, en trois séquences espacées d'un mois environ. Les élèves de niveau socio-culturel différent, grâce aux méthodes actives, ont vite formé un groupe homogène. Un dossier documentaire leur a été remis, comportant entre autres, des plaquettes du C.N.R.N., les adresses de différents centres de planification...

La première étape — la formation — n'a pas posé de problème. Certaines séances de formation ont eu lieu le soir, après les heures de cours. Une collation froide était servie et l'ambiance très animée. En revanche, la deuxième étape — le fonctionnement des R.I.S. dans leur établissement respectif — a été plus laborieuse.

Tout d'abord, quelques pertes dans les rangs des R.I.S. à la rentrée 1985-1986 par le biais de l'entrée dans la vie active de certains élèves de L.E.P. ou de la surcharge de travail d'élèves entrés en 1^{re}.

Sur treize élèves formés, seuls neuf d'entre eux ont pu être opérationnels.

En septembre 1985, les responsables et les formateurs de l'opération R.I.S. ont regroupé les élèves pour une réflexion sur leur futur mode de fonctionnement. Après plusieurs propositions faites par eux, a été retenue l'idée d'une information au niveau de leurs camarades les plus proches (une information systématique ayant paru plus difficile et sans grand écho, par pudeur sans doute).

Les chefs d'établissement ont été à nouveau sensibilisés et ont mis à la disposition des élèves une petite salle de permanence.

La première difficulté rencontrée a été le choix de l'heure de ces permanences : entre midi et quatorze heures, après le cours ?

Le deuxième écueil fut « comment se faire connaître en tant que R.I.S. ? »

La collaboration de l'infirmière et de certains enseignants a été nécessaire et précieuse en facilitant le passage de l'information (élaboration d'une affiche, annonces des permanences pendant un cours d'E.P.S.).

Quand furent franchis ces écueils, les jeunes R.I.S. ont enfin joué leur rôle.

Ils ont assuré leurs permanences avec persévérance et ont eu à affronter le vide ou des groupes de camarades, venus avec l'arrière pensée d'un boycottage. Sans se démonter, ils ont livré leur message :
- contraception = problème de couple ;

- nécessité d'un dialogue avec les parents (qui devront réaliser un véritable travail de deuil face à la sexualité de leurs enfants).

Après ces premières séances, un peu houleuses, ils ont eu la surprise de voir revenir seuls, des garçons ou des filles, parfois en couple. Dans chaque cas, ces adolescents n'avaient jamais osé aborder le problème avec leurs parents.

Durant l'année, les jeunes R.I.S. ont bénéficié du soutien de leurs formateurs, chaque fois qu'ils en ont eu besoin.

Avant la fin de l'année scolaire, une évaluation a été réalisée lors d'une réunion de regroupement entre responsables, formateurs et jeunes.

Elle a révélé tout l'intérêt que les jeunes ont porté à cette action, leur mobilisation, leur enthousiasme et leur désir de poursuivre. Ils ont noté une évolution dans les contacts avec leurs camarades, qui ont su apprécier leur disponibilité, leur écoute et leur compétence.

L'expérience de Lyon n'est pas isolée. A Besançon a été réalisée la même expérience auprès d'élèves internes d'un lycée agricole ; à Nemours, l'action s'est développée dans le cadre de clubs extérieurs à l'établissement.

En septembre 1986, tous les R.I.S. ont été regroupés par le C.N.R.N. à Paris, afin de confronter leurs différentes expériences.

Cet échange a permis de noter l'enthousiasme des jeunes, leur faculté à se responsabiliser face à leurs camarades et leur efficacité dans la diffusion de l'information.

Je suis persuadée que la confiance qui est faite à ces jeunes en les responsabilisant face à leurs camarades aura une répercussion heureuse sur l'évolution de leur maturité.

EDUCATION A LA VIE AUPRES D'ADOLESCENTS DE SEINE-MARITIME

*M. THOMAS **

Une part importante des activités de l'Association couple et famille de Seine-Maritime consiste en interventions auprès des adolescents, soit en groupe, dans le cadre des établissements scolaires, premier et second cycles, soit individuellement au cours d'entretiens dans les permanences organisées par les établissements ou à notre propre permanence.

Au cours de l'année 1986, nous avons rencontré :

- 229 élèves du premier cycle ;
- 171 élèves du second cycle ;
- 104 élèves de LEP ;
- permanence en second cycle.

Dans les entretiens, tous les sujets sont abordés : difficultés relationnelles, chômage, sexualité, drogue...

Le sujet qui motive nos interventions dans les établissements scolaires est principalement « Adolescents et Sexualité ». La demande de la direction ou des enseignants est toujours la contraception, l'I.V.G., la grossesse, les M.S.T. Nous essayons d'obtenir deux rencontres d'une heure et demie chacune avec des groupes d'une douzaine de jeunes, et notre effort vise à adapter le contenu de nos rencontres avec l'âge des jeunes et à inclure l'information sur la sexualité dans un contexte plus large d'éducation à la vie, ce qui va dans le sens des recommandations du Conseil supérieur de l'infor-

* Association couple et famille de Seine-Maritime - 18, rue Beffroy, Rouen.

LOÏC ET FLOA

devant l'amour



Fédération
Nationale
COUPLE ET FAMILLE



mation sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (C.S.I.S.).

Dans ce but, nous avons réalisé un matériel que nous réactualisons souvent.

Avec des élèves de 6^e, l'expérience nous a appris que les problèmes qui les intéressent le plus sont liés à leur propre origine. Aussi, projetons-nous des diapositives sur l'évolution de la grossesse et la naissance. Mais cet âge est aussi celui de la plus brutale découverte d'un vocabulaire ou de provocations sexuelles et nous réservons toujours un temps assez long à l'expression commune de tout ce qui peut leur poser problème, posant pour principe que tout peut être dit.

Par exemple, un temps peut être donné à la mise en commun des « gros mots » — on est étonné de la richesse de ce qui circule dès la 6^e en ce domaine.

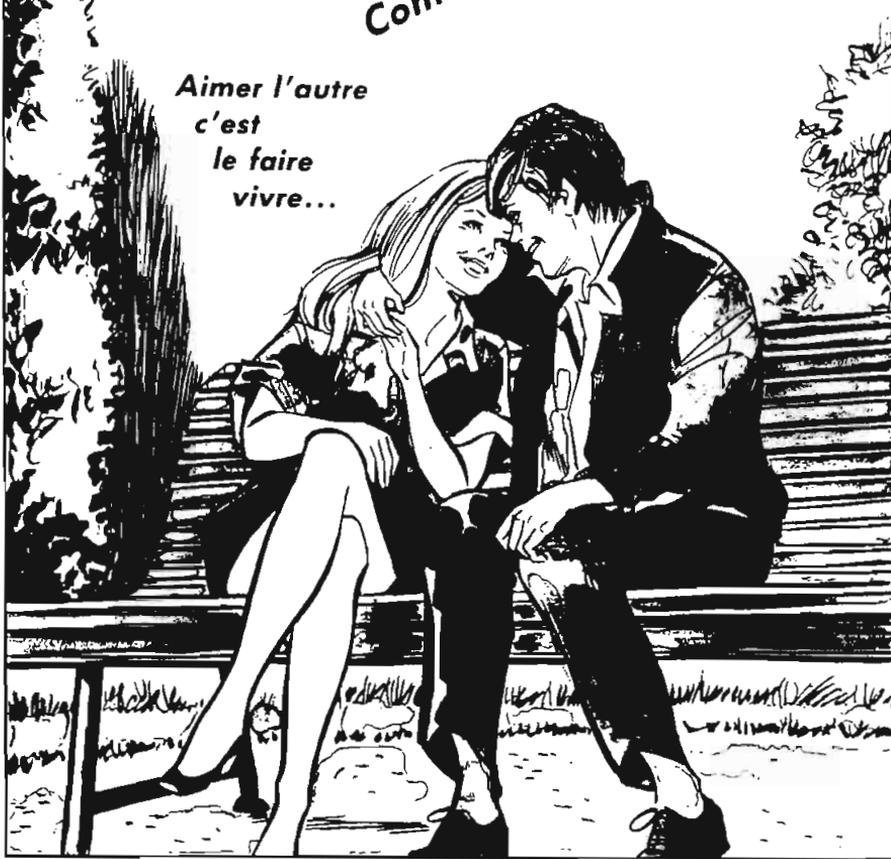
En 5^e et en 4^e, c'est la puberté qui tracasse les jeunes, avec une inégalité très grande dans la maturité physiologique : ainsi, sur douze filles de 11 à 13 ans, cinq ne sont pas encore réglées et sept ignorent à quoi correspondent les règles. Ce qui ne les empêche pas de poser des questions sur les préservatifs utilisés contre le SIDA.

Pour les 3^e, nous utilisons d'abord des séquences de films choisies parce qu'elles abordent les relations entre filles et garçons. Nous les adaptions en fonction du milieu socio-culturel de l'ensemble (*La Boum 2, Et la tendresse, bordel, A nous les petites anglaises*, etc.). Puis nous étudions en seconde séance la brochure « Eric et Léna », éditée par Couple et Famille, dont ils reçoivent un exemplaire, utilisant des planches anatomiques pour des explications scientifiques éventuelles. Dans ces classes, éclate la différence de maturité affective entre filles et garçons.

Avec les jeunes de LEP ou de Stage d'insertion, le problème est assez différent, car beaucoup vivent déjà des expériences de vie de couple. On peut aborder tous les problèmes liés à la contraception ou à l'I.V.G. Selon les groupes et les animatrices, on choisit de partir d'une séquence de film, par exemple, *la Dentellière*, ou de commen-

Curiosité
Différence
Attraction
Désir
Tendresse
Hésitations
Respect
Conflits
Responsabilité
Projet
Confiance

*Aimer l'autre
c'est
le faire
vivre...*



cer par une discussion à bâton rompu sur les problèmes qu'ils rencontrent dans leur famille, leurs désirs d'avenir, etc.

Quel que soit l'âge, on utilise fréquemment un *brain-storming* qui se révèle très riche : ainsi, dans une classe de 3^e, à partir du mot « amour », on obtient : sentiment, homosexualité, couple, érotisme, pornographie, prostitution, partouze. J'ai respecté l'ordre dans lequel sont venus ces mots et c'est la première chose qui a été observée : pourquoi cet ordre ? Quel mot n'a pas été prononcé ? Ils répondent avec ensemble : plaisir.

Tous nos animateurs sont des conseillers familiaux et conjugaux (400 H.) agréés par la DDASS. Nous regrettons que les hommes de notre association soient moins disponibles que les femmes, car il serait bien préférable de faire ces animations en couple.

L'établissement qui nous appelle met à notre disposition une salle que nous souhaitons le moins scolaire possible et les jeunes rencontrés savent qu'ils ne connaissent pas les intervenants et ne les reverront pas (sauf demande d'entretien).

Si nous avons un message à transmettre, c'est peut-être une prise de conscience de la responsabilité qu'entraîne la vie sexuelle : respect de l'autre, responsabilité du choix d'une contraception... C'est particulièrement net avec les garçons de 16 ans ou plus. Par ignorance ou confiance, ils sont convaincus d'être maîtres de la situation, même si, pour une bonne part, ils affirment pour commencer que la contraception est l'affaire des filles. Un échange assez vif a souvent lieu alors entre filles et garçons du même groupe.

Nos interventions donnent lieu à des réunions de supervision et d'évaluation.

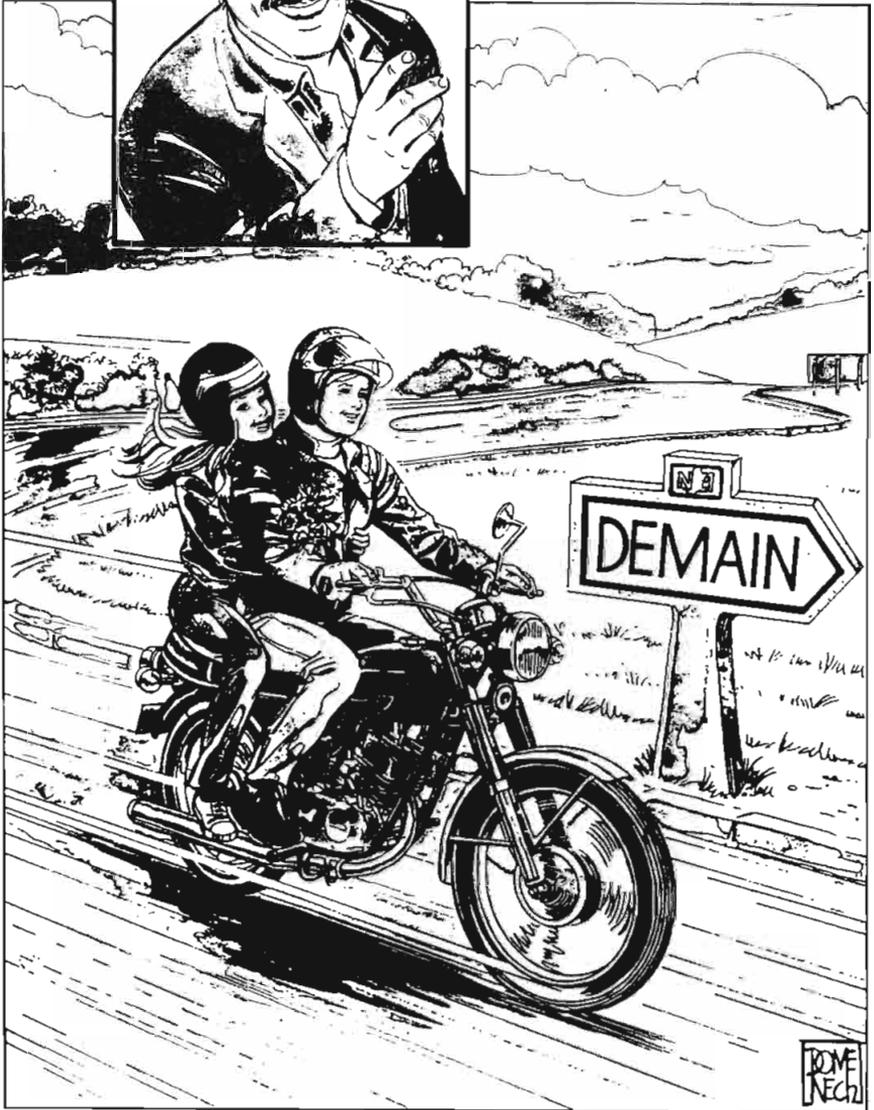
Les difficultés rencontrées sont de deux ordres :

1°) Au même niveau scolaire, la maturité des jeunes peut être très diverse. Par exemple, dans une classe de 3^e, il peut y avoir une fille enceinte, une autre déjà sous pilule, d'autres ayant des relations sexuelles très occasionnelles et d'autres, surtout des garçons, seront encore peu concernés par ces problèmes (ou disent n'être pas



A VOUS
DE JOUER
MAINTENANT...

ET L'ENJEU,
C'EST VOTRE
VIE...



concernés). Nous préférons la mixité des groupes, mais il arrive que des filles ne puissent s'exprimer, à cause de l'agressivité des garçons.

2°) Certains établissements provoquent ces réunions pour des élèves volontaires. On a alors des rencontres agréables, intéressantes..., mais avec des jeunes qui peut-être n'en avaient pas vraiment besoin. Si les rencontres sont obligatoires, certains participants sont violemment opposants et cela rend parfois le premier contact difficile, mais c'est là qu'on a des échanges utiles.

Pourtant, et le psychiatre superviseur du groupe le pense aussi, il peut se trouver un jeune dans l'impossibilité psychologique momentanée d'entendre parler de ces problèmes sans traumatisme. Pour parer à ce risque, nous offrons maintenant à ceux qui le désirent, la possibilité de travailler en dehors du groupe. Il est cependant difficile pour ce jeune de se signaler aux autres.

Est-il possible de collaborer avec d'autres dans ce domaine ? Il nous est arrivé d'animer des réunions avec des personnes de la Croix rouge ou du Planning familial, sans que cela pose d'autres problèmes que celui des personnes. En revanche, nous avons fait des essais de réunions avec les professeurs de la classe, acceptés par les élèves. Apparemment, cela se passe bien. Mais quand on évalue le travail, on s'aperçoit que les jeunes ont été moins libres de poser leurs questions en présence de leur professeur.

Les animateurs de stage d'insertion préfèrent ne pas être présents lors de nos interventions, mais nous avons des contacts avant et après les réunions, tout en préservant l'anonymat.

A l'époque où les murs sont recouverts de publicités pour des échanges dits amoureux, et parfois le plus crûment, alors que l'information sur le SIDA tente de faire passer la prévention, et que l'on sait tout sur les techniques artificielles de procréation, on constate, chez les adolescents, une désinformation très grande sur leur propre corps, leur sexualité, leur psychologie...

ACTION D'EDUCATION AFFECTIVE ET SEXUELLE DANS LES MAISONS D'ENFANTS A CARACTERE SOCIAL

R. GUTHERZ - M. GRILLERE-DESCOTES *

Depuis une quinzaine d'années, des médecins, des conseillères conjugales, des animatrices du Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard, ou d'autres personnes, étaient sollicités pour apporter une information sexuelle dans divers établissements scolaires.

Ces interventions ponctuelles étaient rarement précédées d'une préparation collective et de l'étude du suivi. C'est pourquoi, lorsque grâce à l'installation du Comité consultatif régional de promotion de la santé du Languedoc-Roussillon, une action collective s'adressant à une population particulièrement exposée, fut rendue possible, le Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard a décidé de structurer une action d'éducation affective et sexuelle.

La population des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement et vivant dans les « Maisons d'enfants à caractère social » nous a paru prioritaire. En effet, ces enfants ont été perturbés par des problèmes et des vécus familiaux et socio-économiques difficiles. Très souvent, l'aperçu de la sexualité vécue par les parents est à l'origine de leurs troubles et leur a donné une image de la vie sexuelle et familiale déformée.

Ces adolescents sont, de ce fait, accablés très souvent par un sentiment de non-valeur : ils tiennent sur eux un discours dépréciatif. Ils connaissent des difficultés à investir narcissiquement leur per-

* Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard - 21, rue des jardins, 30000 Nîmes.

sonne, leur corps. Ils ont souvent des difficultés intellectuelles dues à des blocages affectifs plus qu'à une débilité.

Notre objectif, en nous adressant à cette population, était double :

- par l'information et la réflexion en commun entre les équipes d'intervenants, les enfants et les éducateurs, réaliser **une prévention** des troubles ultérieurs dans la vie affective et sexuelle de cette population de jeunes. Il semble en effet peser sur ces enfants un engrenage qui les force presque à reproduire l'image parentale ;
- permettre, par notre apport dans ces domaines, une communication plus facile et l'établissement d'une **relation de confiance** entre éducateurs et jeunes, qui se poursuivra bien au-delà de notre passage.

La réalisation pratique de cette action auprès des jeunes a consisté en trois ou quatre rencontres d'une durée de deux heures chaque petit groupe de jeunes, tels qu'ils fonctionnent dans l'établissement, et deux intervenants, ceci en présence de leur éducateur.

ORGANISATION D'UN PROGRAMME D'EDUCATION AFFECTIVE ET SEXUELLE

- Définition des objectifs :
- . Choix de la population visée ;
- . Choix des thèmes abordés ;
- . Discussion avec la D.D.A.S.S., des conseillères conjugales, des médecins, des éducateurs..., pour bien cerner la demande des établissements et des jeunes et les possibilités d'intervention.
- Etude des modalités d'intervention et préparation du projet à soumettre à l'organisme payeur (Comité consultatif régional de promotion de la santé).
- Elaboration du questionnaire mesurant le niveau d'information sexuelle des jeunes avant et après la campagne.

- Entretien avec l'informaticien pour l'exploitation par ordinateur de ce questionnaire.

- Présentation du projet au Comité régional d'éducation pour la santé et au Comité consultatif régional de promotion de la santé.

- Accord de ces comités à la réalisation de ce projet.

- Réunion avec les chefs d'établissements ou les éducateurs chefs pour leur exposer notre projet et en discuter.

- Recherche et contact avec les futurs intervenants (conseillères conjugales, médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières...).

- Rendez-vous entre le Comité départemental d'éducation pour la santé et les équipes éducatives des établissements qui souhaitent participer à cette action.

- Mise au clair des objectifs et des modalités d'action, des rapports entre intervenants et éducateurs.

- Préparation de la formation des intervenants.

- Réalisation des deux demi-journées de formation pour les intervenants.

Y assistent les intervenants et un éducateur par établissement.

- Distribution et récupération des questionnaires mesurant le niveau d'information sexuelle auprès des jeunes.

- Elaboration d'une fiche technique servant de compte rendu pour les intervenants après chaque intervention.

- Formation des équipes d'intervenants et répartition de ces équipes par établissement à la fin de la deuxième journée de formation.

- Traitement par ordinateur des réponses aux questionnaires. Réponses classées par âge, par sexe et par établissement.

- Démarrage de l'action à proprement parler avec une rencontre dans chaque établissement de l'équipe éducative de l'établissement et de l'équipe d'intervenants pour étudier dans le détail les spécifici-

tés de l'établissement, des différents groupes de jeunes, les résultats du questionnaire, et mettre en place les premières interventions.

RESULTATS DE L'ACTION

- Quelques chiffres tout d'abord.

Dans le cadre de cette action d'information et d'éducation affective et sexuelle dans les maisons, au cours des années 82 et 83, environ 500 jeunes ont été touchés (350 garçons et 150 filles) et ceci à raison de 6 heures par groupe de jeunes.

Dans 14 établissements gardois donc, ont eu lieu 140 interventions, auprès de jeunes de 12 à 19 ans.

- **Tous les thèmes** prévus ont été abordés et bien d'autres, allant de la connaissance de son corps d'adolescent et de celui de l'autre sexe, le développement affectif et physiologique, les relations garçons-filles, homme-femme, le plaisir, le respect de chacun dans l'amour, la contraception et l'avortement, la grossesse, la naissance, la parenté, la famille, le nouveau-né, l'enfant, les malformations aussi du fœtus, les déviances (homosexualité, prostitution...), à leurs problèmes plus larges, de cultures différentes, d'avenir, de travail ou de chômage...

Nous avons mis à disposition des intervenants du **matériel pédagogique** (6 films, des diapositives, des planches anatomiques, du matériel contraceptif, des brochures).

Tous ces outils ont été fort appréciés des jeunes et des intervenants et un soutien intéressant à l'information.

- **Accueil favorable**

Les intervenants sont largement accueillis. Beaucoup ont été invités à partager un repas le soir avant une intervention.

Certains étaient attendus en ces termes : « Voici les dames de l'amour ou les dames de la sexualité ».

Toute cette ouverture, cet environnement à notre action prouvent l'importance, l'intérêt qu'ont porté les jeunes, les éducateurs et les intervenants à cette action et l'impact qu'elle peut avoir.

Si l'on veut parler de **résultats à proprement parler**, il me semble qu'il faut se placer à trois niveaux :

- . celui des jeunes ;
- . celui des éducateurs ;
- . celui des intervenants.

Au niveau des jeunes

Le but essentiel de ce projet était une **modification de la connaissance et du comportement des jeunes** face à leur sexualité et à la sexualité en général.

Bien que nous n'ayons pas toutes les réactions des éducateurs à la suite de cette action et que celles des jeunes nous restent en grande partie inconnues, il apparaît que :

- du point de vue de l'information, même si tous les termes techniques n'ont pas été retenus, une meilleure connaissance de leur corps, du corps de l'autre, de la sexualité, de la grossesse, de l'accouchement est « passée » ;
- les relations entre jeunes ont changé, il y a moins de grossièreté dans l'abord de la sexualité et moins d'agressivité aussi ;
- ces sujets abordés en groupe avec des personnes extérieures sont entrés un peu plus dans la vie normale, ont perdu une part de leur caractère « tabou ». On peut donc en parler plus franchement ;
- les relations entre éducateurs et jeunes ont souvent évolué aussi vers une meilleure relation de confiance : certains jeunes parlent de sexualité, de leur sexualité, d'une éventuelle contraception..., avec leurs éducateurs, ce qui ne se faisait pas forcément avant.

D'autres changements de comportement ne sont pas forcément mesurables.

Cette information évitera-t-elle des avortements ? Permettra-t-elle à certains de vivre une sexualité plus saine ?

Dans un groupe, un jeune a déjà dit qu'ils a essayé de demander à une fille si elle prenait la pilule, chose qui lui paraissait impensable avant. Un autre a reconnu : « La femme, je ne pensais pas qu'elle se disait des choses ».

Au niveau des éducateurs

Les éducateurs ont eu un rôle important tant dans la présentation du projet et sa mise en place que dans le suivi des interventions.

Si les éducateurs attendaient beaucoup de ces animations dans le sens d'une ouverture vers un meilleur dialogue sur des sujets encore tabous, leurs réactions sont encourageantes.

Partout, les éducateurs sont satisfaits du passage et du travail des intervenants dans l'établissement :

« Ces rencontres sont vues comme des points de départ, ou des points de repère pour les discussions à venir. »

« Votre passage a permis d'engager un dialogue sur un sujet souvent difficile à aborder. Les éducateurs ont maintenant pris le relais. »

« Cela a été un moyen de démarrer une discussion sur la sexualité, de faire un travail éducatif ; je l'ai plus vu comme une formation. »

A travers les questions posées aux intervenants par les jeunes, leurs comportements, les éducateurs ont pu avoir une vision différente de l'adolescent, cette expérience a pu faire bouger certaines images que l'éducateur avait des jeunes dont il s'occupe.

Au niveau des intervenants

Les intervenants ont trouvé un grand intérêt dans cette action, même si cela n'a pas toujours été très facile.

Les interventions, essentiellement dans l'abord des jeunes, dans le contenu de leurs demandes, de leurs affirmations ou de leurs attitudes, n'ont certes pas laissé les intervenants toujours à l'aise.

Tout ce que cela pouvait soulever en eux de questions ou d'inquiétudes a pu, à leur demande, être mis à jour au cours de deux séances de régulation animées par une remarquable pédo-psychiatre. Le fonctionnement du groupe d'intervenants a ainsi pu être plus positif.

La réalisation de cette action a particulièrement apporté aux intervenants dans trois domaines :

- une meilleure connaissance des jeunes ;
- une remise en question personnelle ;
- un travail en équipe.

L'éducation pour la santé à l'adolescence



III - USAGE DE TOXIQUES

**APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE
DE LA CONSOMMATION DE DROGUES
(LICITES OU ILLICITES)
PARMI LES JEUNES EN FRANCE :
ESSAI DE SYNTHESE**

*M. CHOQUET * , S. LEDOUX * , H. MENKE **

Depuis 1971, et surtout depuis 1984, plusieurs études ont porté en France sur la consommation de drogues licites (tabac, alcool, médicaments psychotropes) ou illicites.

Ces recherches ont, pour la plupart, étudié simultanément la situation socio-démographique du sujet, son mode de vie sociale et relationnelle, sa perception de son environnement et de soi-même. On se propose de synthétiser un certain nombre des résultats de ces études afin de conclure :

- 1) sur la fréquence des consommations de ces drogues et son évolution ;
- 2) sur la signification de cette consommation par l'étude du contexte social, familial et personnel ;
- 3) sur la place de cette consommation par rapport à l'ensemble des expressions de malaise à l'âge de l'adolescence.

* Institut national de la santé et de la recherche médicale - Unité 169 - 16, avenue Paul-Vaillant Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

LES ETUDES DE REFERENCE (Tableau 1)

Ce travail de synthèse prend en considération les études épidémiologiques faites auprès des populations « tout venant » (scolaires ou non scolaires) ayant utilisé comme outil le questionnaire individuel rempli en auto-passation et ayant approché l'ensemble des drogues (alcool, tabac, médicaments contre la nervosité ou l'insomnie, drogue illicite) dans le protocole de recherche. Les études de référence sont répertoriées dans le tableau 1. La méthodologie de chaque enquête est expliquée plus précisément dans les publications correspondantes.

Les « critères d'inclusion » pris en considération sont les suivants :

- pour le **tabac** : fumer plus de dix cigarettes par jour ;
- pour la consommation régulière d'**alcool** : boire tous les jours du vin ou de la bière ou boire plusieurs fois par semaine des alcools forts ;
- pour la recherche d'**ivresse réitérée** : avoir connu au moins trois ivresses dans l'année ;
- pour les **médicaments psychotropes** : avoir pris, durant l'année, des médicaments contre la nervosité ou l'insomnie ;
- pour la **drogue illicite** : avoir fait l'essai d'une drogue illicite.

Tableau 1 : Enquêtes réalisées auprès d'adolescents 15-19 ans depuis 1971 sur la consommation de drogues licites et illicites

(1) DAVIDSON, CHOQUET, DEPAGNE	1971	Paris et région parisienne Bretagne, Bouches-du-Rhône	Lycéens cycle long
(2) DAVIDSON, CHOQUET, FACY	1978	Mêmes régions 1971	Lycéens cycle long Lycéens cycle court
(3) LESELBAUM, CORIDIAN, DEFRANCE	1983- 1984	Paris	Lycéens cycle long Lycéens cycle court
(4) CHOQUET, LEDOUX, MENKE	1983- 1985	Haute-Marne, Vendée	étude longitudinale suivie de lycéens, cycles long et court
(5) ALBISER, D'HOUTAUD, KIERZECK, REDON	1984	Meurthe-et-Moselle	Lycéens cycle long Lycéens cycle court
(6) CHOQUET, FREARD,	1984	Yvelines	Jeunes en stage d'insertion

Tableau 2 : Usage de drogues (licites et illicites) parmi les adolescents. Par sexe et région. En %

	1971		1978		1984	
	Garçons %	Filles %	Garçons %	Filles %	Garçons %	Filles %
Paris et région parisienne	(1).	(1).	(2).	(2).	(3).	(3).
- tabac > 10 cigarettes par jour	14.	7.	14.	13.	18.	21.
- alcool vin quotidien	12.	5.	8.	3.	3.	
. bière quotidienne	12.	5.	12.	2.	3.	
. alcool fort bi-hebdo	10.	8.	6.	4.	10.	
. ivresses 3 et plus	n.d.	n.d.	11.	4.	11*	5*
- médicaments psychotropes (nervosité-insomnie)	17.	26.	9.	24.	5.	9.
- drogue illicite						
. occasion de prendre	n.d.	n.d.	48.	45.	n.d.	n.d.
. a essayé	n.d.	n.d.	14.	10.	28.	22.
Province	(1).	(1).	(2).	(2).	(4)(5).	(4)(5)
- tabac > 10 cigarettes par jour	14.	7.	10.	6.	13-15	9-11
- alcool vin quotidien	12.	4.	11.	2.	12-n.d.	3-n.d.
. bière quotidienne	12.	4.	15.	2.	25-n.d.	3-n.d.
. alcool fort bi-hebdo	14.	2.	5.	2.	20-n.d.	8-n.d.
. ivresses 3 et plus	n.d.	n.d.	10.	5.	29-29	16-14
- médicaments psychotropes (nervosité-insomnie)	11.	23.	9.	16.	10-10	23-25
- drogue illicite						
. occasion de prendre			20.	22.	16-40	20-41
. a essayé	n.d.	n.d.	4.	4.	13-17	13-11

* Ivresses dans les 6 derniers mois.

n.d. : Chiffres non disponibles.

() Les n° entre parenthèses renvoient aux enquêtes dont sont extraits les pourcentages (voir tableau 1)

LES RESULTATS

1) La fréquence de la consommation de drogues et son évolution (Tableau 2)

Plusieurs points importants méritent d'être notés :

a) L'étude des diverses périodes montre :

1. Une relative stabilité de la consommation excessive de tabac parmi les garçons, mais une augmentation de cette consommation parmi les filles.

2. Une diminution de la consommation journalière de vin (sensible à Paris) et une augmentation de la consommation régulière de bière et d'alcools forts (surtout sensible en province et parmi les garçons). La recherche réitérée d'ivresse (seuil trois ivresses et plus dans l'année) est aussi en progression.

3. Une relative stabilité de la consommation de médicaments contre la nervosité et l'insomnie selon les études de l'INSERM (1) (2) (4) et Nancy (5). Une discordance existe néanmoins avec les résultats de Leseibaum et al. (3).

4. Une augmentation de la consommation de la drogue illicite, plus importante en province qu'à Paris, une homogénéisation semble néanmoins s'opérer depuis six ans...

b) On constate une attitude différentielle des sexes face aux produits : ainsi, les garçons sont plus volontiers consommateurs d'alcool, les filles de médicaments psychotropes. On constate par contre peu de différence quant à la consommation de tabac et de drogue illicite.

c) Si on considère l'opposition entre Paris et province, on note :
- une plus grande consommation de tabac et de drogue illicite à Paris (cette différence est surtout sensible pour les filles) ;

- une consommation plus importante d'alcool en province, surtout récemment.

d) On peut conclure qu'actuellement :

- environ 1 jeune sur 7 fume **plus de 10 cigarettes par jour** ;
- environ 1 garçon sur 5 et 1 fille sur 10 **a connu au moins trois ivresses durant l'année** ;
- environ 1 garçon sur 10 et 1 fille sur 5 **a pris un médicament contre la nervosité ou l'insomnie** ;
- environ 1 jeune sur 6 **a essayé une drogue illicite**.

2) Le contexte socio-démographique du sujet

En dehors des différences par sexe, notées plus haut, il y a des différences :

- **Par âge** : dans la plupart des études, on note une augmentation de la consommation de drogue entre 15 et 20 ans. Seule la prise de médicaments psychotropes échappe à cette règle. En effet, cet usage évolue peu durant l'adolescence. Leselbaum (1984) note que la consommation importante de tabac (plus de dix) passe entre 15 et 20 ans de 8 % à 24 %, celle d'alcool de 4 % à 17 %, les ivresses multiples (trois et plus) augmentent de 1 % à 8 %, l'expérimentation de drogues illicites de 3 % à 35 %. Choquet et coll. (1985) notent une attitude différentielle des sexes. Alors que l'augmentation est nette pour les garçons (tabac plus de dix) : de 4 % à 20 %, alcool régulier : de 6 % à 42 %, ivresses répétées : de 22 % à 46 %, l'expérimentation de la drogue illicite : de 3 % à 23 %), elle ne l'est pas toujours pour les filles (tabac important : de 6 % à 12 %, alcool régulier : de 5 % à 6 %, ivresses multiples : de 12 % à 13 %, expérience de la drogue illicite : de 5 % à 8 %).

- **Par cycle d'étude** : une différence entre les cycles courts (CAP, BEP) et les cycles longs (classiques, modernes et techniques) est notée par plusieurs auteurs et semble plus sensible en province qu'à Paris. On observe une consommation d'alcool et de tabac plus importante dans les cycles courts, une consommation de médicaments psy-

chotropes plus élevée parmi les élèves du cycle long. En ce qui concerne les drogues illicites, alors que l'écart entre les cycles était sensible en 1978, il ne semble plus exister en 1984. Ces écarts entre les cycles d'études ne sont néanmoins pas aussi importants que ceux observés entre les sexes et les groupes d'âge.

- **Par statut professionnel** : Le statut professionnel semble un facteur discriminant : les jeunes en stage d'insertion consomment plus volontiers une drogue illicite (33 % en consomment au moins une, 6 % plusieurs), fument plus (36 % des garçons et 27 % des filles fument plus de dix cigarettes par jour), s'enivrent plus (30 % des garçons et 16 % des filles ont été ivres trois fois et plus) et prennent plus volontiers des médicaments contre la nervosité (12 % des garçons, 22 % des filles) ou l'insomnie (7 % des garçons, 19 % des filles).

Les garçons jeunes travailleurs sont plus volontiers des consommateurs journaliers d'alcool (35 % boivent du vin tous les jours, 31 % de la bière) et les jeunes filles au travail plus volontiers consommatrices de médicaments pour dormir ou contre la nervosité (30 % en prennent). Notons que l'écart entre les sexes est plus grand parmi les non-scolaires que parmi les scolaires.

- **Par région** : les différences régionales ne semblent pas négligeables en matière d'alcool (surtout le choix de la boisson diffère d'une région à l'autre) et de drogue illicite. Mais ces différences semblent s'estomper avec le temps et on assiste à une homogénéisation entre les régions. Actuellement, une opposition zone rurale-zone urbaine semble s'opérer.

3) Le contexte démographique et social de la famille

On ne peut conclure à une relation importante et nette en fonction de l'origine sociale. Il apparaît cependant que les enfants d'agriculteurs sont les moins nombreux à prendre des produits psychotropes. Les enfants de cadres sont les plus nombreux à avoir essayé une drogue illicite (2).

La situation matrimoniale joue un rôle, surtout en matière d'expérimentation de la drogue illicite (3), celle-ci étant deux fois plus nombreuse parmi les familles dissociées. Le travail des femmes influe peu (2). Les lycéens qui ont dans leur famille proche (père, mère, frère ou soeur) une pathologie tel que l'alcoolisme, le suicide ou la maladie mentale, sont plus fréquemment que les autres consommateurs de drogues, en particulier de médicaments psychotropes et de drogue illicite (2).

4) Le contexte psychosocial et familial des sujets (Tableau 3)

Les corrélations entre l'usage de drogues (licites ou illicites) et le vécu personnel et familial des jeunes sont multiples et complexes. En effet, les jeunes consommateurs de produits licites dans leur ensemble se distinguent par leurs difficultés personnelles et familiales et leur manque d'investissement. Le tableau 3 l'illustre bien. Les usagers se disent plus volontiers moroses, non conformistes, incompris par leurs parents et insatisfaits des relations familiales. Par contre, ils se perçoivent comme aussi sociables et à l'aise que les autres. Les consommateurs de drogue illicite se situent près des consommateurs de drogues licites. Leselbaum (3) note une corrélation avec le contrôle familial : les jeunes usagers disent que leurs parents exercent peu de contrôle sur leurs sorties et leur travail scolaire. Il est nécessaire de préciser que toutes ces corrélations observées entre l'autoportrait, la qualité des relations intrafamiliales et l'usage de drogues ne signifient pas une relation étiologique entre ces facteurs ! En effet, la covariance ne désigne jamais une relation causale, plus difficile à cerner et à mettre en évidence, surtout pour des phénomènes aussi complexes que l'usage de drogues ! Par ailleurs, l'interprétation de l'autoportrait nécessite une grande prudence.

Les résultats de l'enquête longitudinale (4) montrent que la consommation précoce (avant 16 ans) va plus souvent de paire avec des difficultés personnelles (essentiellement la dépressivité) et des problèmes de santé (accident, troubles de sommeil, fatigue) que la consommation plus tardive (entre 16 et 18 ans).

Tableau 3 : Comparaison entre les lycéens qui ne consomment ni tabac, ni alcool, ni médicaments psychotropes (A) et lycéens qui consomment une drogue licite en quantité importante (B)

I - AUTO PORTRAIT

	Groupe A		Groupe B
Se considère comme :			
1. Pessimiste	21 %	***	33 %
2. Triste	7 %	***	17 %
3. Inquiet	46 %	***	61 %
4. Mal dans sa peau	16 %	***	31 %
5. Négligent	29 %	***	41 %
6. Dépensier	40 %	***	66 %
7. Fantaisiste	30 %	***	56 %
8. Paresseux	18 %	***	30 %
9. Sans organisation	19 %	***	32 %
10. Peu sociable	15 %	ns	16 %
11. Mal à l'aise avec les autres	20 %	ns	21 %
12. Isolé des autres	11 %	ns	13 %
13. S'ennuie souvent	16 %	***	31 %
14. A souvent le cafard	21 %	***	55 %
15. A eu souvent des idées de suicide	3 %	***	13 %

II - LES RELATIONS FAMILIALES

	Groupe A		Groupe B
Père :			
- S'intéresse trop à ce que fait le lycéen	5 %	***	9 %
- Ne manifeste que peu d'intérêt	10 %	***	21 %
- Vit dans son monde d'adulte et ne le comprend pas	17 %	***	31 %
- Est indifférent à son égard	7 %	***	18 %
Mère :			
- S'intéresse trop à ce que fait le lycéen	7 %	***	15 %
- Ne manifeste que peu d'intérêt	4 %	***	8 %
- Vit dans son monde d'adulte et ne le comprend pas	14 %	***	21 %
- Est indifférent à son égard	2 %	**	5 %
La vie de famille est :			
- Plutôt tendue	18 %	***	35 %
- Plutôt à fuir	8 %	***	25 %

** Différence significative à 1 %

*** Différence significative à 1 %

ns différence non significative

Extrait : *Les Lycéens et les drogues licites et illicites*, DAVIDSON, CHOQUET, 1980.

**Tableau 4 : Relation entre la consommation
de diverses drogues (licites ou illicites).
Ensemble des deux sexes**

Tabac 10 et plus par jour	x 7 alcool régulier x 6 drogue illicite
Alcool régulier *	x 5 tabac 10 et plus x 5 drogue illicite
Ivresses répétées	x 10 tabac et plus x 18 drogue illicite
Expérimentation de drogue illicite	x 5 tabac 10 et plus x 4 alcool régulier
Médicaments psychotropes	x 2 tabac 10 et plus x 2 alcool régulier x 3 drogue illicite

* Consommation journalière de vin ou bière ou consommation bihebdomadaire d'alcools forts.
Extrait de : *Les Lycéens et les drogues licites et illicites*, DAVIDSON, CHOQUET, 1980.

5) La relation entre l'usage de drogues licites ou illicites (Tableau 4)

Il existe une corrélation entre l'usage des différents psychotropes. La corrélation est particulièrement forte entre le tabac, l'alcool et la drogue illicite. C'est ainsi que, parmi les fumeurs, on retrouve proportionnellement 7 fois plus de consommateurs de boissons alcoolisées et 6 fois plus d'expérimentateurs de drogue illicite. Parmi les consommateurs réguliers de boissons alcoolisées, on retrouve 5 fois plus de fumeurs et de jeunes qui ont essayé la drogue illicite. Parmi ceux qui ont connu plusieurs ivresses (au moins 3) ces rapports sont nettement plus élevés et respectivement de 10 et 18. Par ailleurs, 83 % des expérimentateurs de drogue illicite consomment au moins du tabac et de l'alcool alors que seulement 30 % des non-expérimentateurs sont dans ce cas.

La consommation de médicaments est dans son ensemble moins fortement liée à l'usage de tabac, d'alcool ou de drogues illicites ; mais la consommation sans prescription l'est plus que celle avec prescription. Ainsi, parmi ceux qui prennent des psychotropes sans ordonnance, 14 % fument en quantité importante (contre 10 % parmi ceux qui consomment des médicaments sur ordonnance), 19 % ont essayé la drogue illicite (contre 9 %).

6) Les facteurs prédictifs de l'usage de drogues illicites (Tableau 5)

Les études longitudinales étrangères montrent que l'usage précoce d'un produit licite (tabac ou alcool) est excellent indicateur (Kandel, 1978 ; Jessor et Jessor, 1977). Kandel a proposé une « chronologie » entre la consommation des produits licites et l'usage régulier de drogues dites « dures ».

Les dernières analyses de l'étude longitudinale (Choquet et coll., 1983-1985) montrent qu'en France, l'alcoolisation toxicomaniaque précoce plus que la consommation régulière d'alcool a une valeur prédictive : ainsi (tableau 5), 53 % de ceux qui s'enivrent régulièrement avant l'âge de 16 ans essaient la drogue illicite entre 16 et 18

ans, alors que seulement 13 % de ceux qui n'ont pas connu d'ivresses précoces sont dans ce cas.

**Tableau 5 : Valeur prédictive de l'usage précoce d'alcool
Etude longitudinale 1983-1985**

Consommation d'alcool à 16 ans	Expérimentation de la drogue illicite entre 16 et 18 ans	
	1 fois	plusieurs fois
. Ivresses multiples (3 et plus) 100 %	53 %	28 %
. Consommation régulière ou irrégulière sans ivresse répétée 100 %	16 %	6 %
. Consommation nulle 100 %	13 %	4 %

7) Place des consommations de drogues (licites ou illicites) parmi d'autres expressions de malaise à l'adolescence (graphique 1 et 2)

L'étude des consommations de drogues licites ou illicites montre combien elles peuvent exprimer un état de malaise.

L'approche simultanée de l'usage de drogues (tabac, alcool, drogue illicite) et troubles fonctionnels (troubles du sommeil, céphalées, troubles digestifs, troubles de l'humeur) montre combien ces deux types de troubles sont liés et combien ces deux comportements peuvent être l'expression différentielle d'un même malaise. En effet, les deux types de troubles sont liées au même facteur personnel, c'est-à-dire l'intolérance à la frustration (4). Mais, selon le sexe, une prédominance différentielle de ces troubles existe : ainsi, les garçons s'expriment plus volontiers par la consommation de tabac, alcool,

drogue illicite, les filles par des problèmes de sommeil, des cauchemars, des maux de tête, des envies de vomir, des sentiments de déprime et des idées suicidaires. Cette différenciation sexuelle s'opère entre 16 et 18 ans (voir graphiques) : par rapport aux consommations, la différence entre garçons et filles s'installe ; par rapport aux troubles fonctionnels, la différence s'accroît. L'expression différentielle des sexes est ainsi clairement établie à 18 ans.

CONCLUSIONS

1) On assiste, depuis quinze ans, à :

- une augmentation de la consommation de tabac chez les filles ;
- une augmentation de l'usage toxicomaniaque de l'alcool ;
- une augmentation de l'expérimentation de la drogue illicite.

2) Age, sexe, cycles d'études et région sont des facteurs liés à la consommation de drogue (licite ou illicite).

3) L'alcoolisation doit être étudiée sous son double aspect :

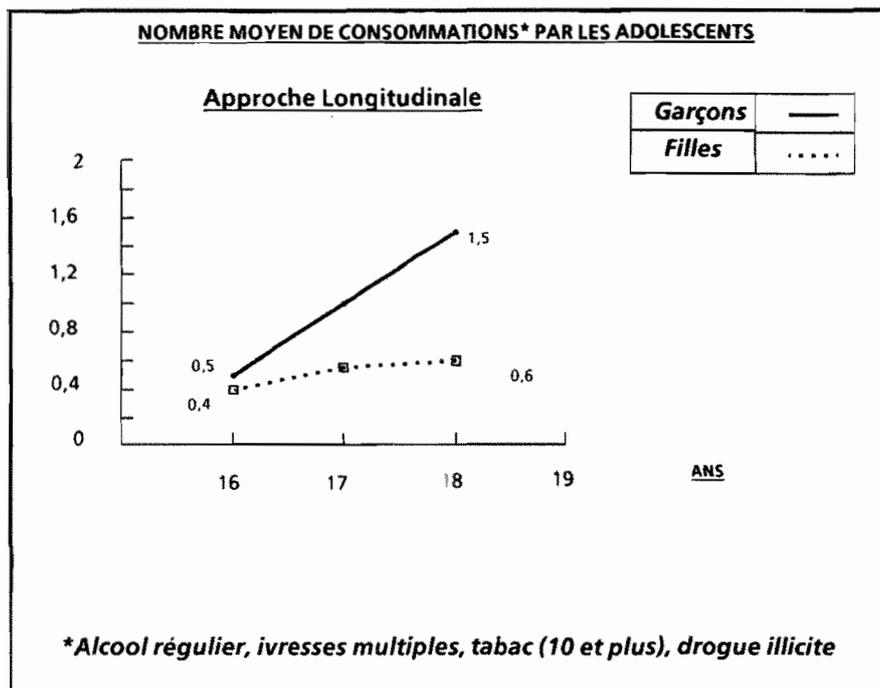
- consommation régulière ;
- consommation avec recherche d'ivresse.

Ce second mode de consommation est particulièrement corrélé à l'expérimentation de la drogue illicite.

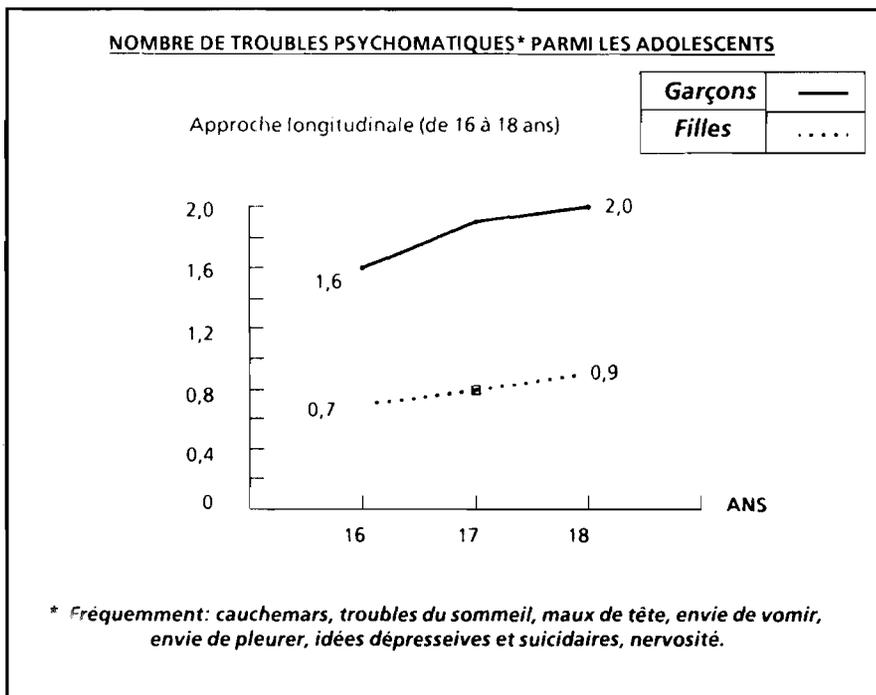
4) La consommation de drogue illicite va de pair dans la plupart des cas avec une consommation d'une drogue licite, essentiellement alcool et tabac.

5) L'usage de produits n'est qu'une expression de malaise parmi d'autres. Ainsi, les garçons s'expriment plus volontiers à travers des consommations de drogues. Les filles s'expriment de façon préférentielle à travers les troubles fonctionnels et de l'humeur.

Nombre moyen de consommations * par les adolescents



Nombre de troubles psychosomatiques * parmi les adolescents



BIBLIOGRAPHIE (se référant à l'enquête)

- (1) DAVIDSON F., CHOQUET M., DEPAGNE M., (1974). *Les Lycéens devant la drogue et les autres produits psychotropes*. Paris, INSERM 203 p.
FREJAVILLE J.-P., DAVIDSON F., CHOQUET M., (1977). *Les Jeunes et la drogue*, PUF, Paris, 1977.
- (2) DAVIDSON F., CHOQUET M., (1980). *Les Lycéens et les drogues licites et illicites*, INSERM, Paris.
DAVIDSON F., FACY F., CHOQUET M., RALAMBONDRAINY H., (1984). « Contribution à l'étude des processus d'alcoolisation chez les jeunes par une analyse typologique », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 32, 301-314.
FACY F., CHOQUET M., (1986). « L'Adolescent tel qu'il se perçoit, tel qu'il se vit », *Psychiatrie de l'enfant*, XXIX 2, 533-557.
- (3) LESELBAUM H., CORIDIAN I, DE-FRANCE J., (1984). *Tabac, alcool, drogues, médicaments. Des lycéens parisiens répondent*, INRP-ICEIA, Paris.
- (4) CHOQUET M., LEDOUX S., (1985). « Self-reported alcohol consumption among high school students in France. Epidemiological approach of the alcoholisation process and its evolution. Drug and alcohol dependence », 16. 133-143.
CHOQUET M., MENKE H., (1987). « Development of self perceived risk behaviour and psychosomatic symptoms in adolescents : a longitudinal approach. », *Journal of Adolescents*, (sous presse).
CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H., THOMAS J.-P., (1986). *L'Adolescent dans le monde d'aujourd'hui*. Rapport dactylographié INSERM.
- (5) ALBISER S., D'HOUTAUD A., KIERZECK B., REDON M., (1987). *Les Lycéens de Meurthe-et-Moselle parlent*. Rapport dactylographié, 354 p.
- (6) CHOQUET M., FREARD F., (1985). « Jeunes en stage d'insertion. I. Attitudes et comportements face à l'alcool et autres drogues », *Bulletin du HCELA*, 4, 465-482.

CHOQUET M., FREARD F., (1986). « Jeunes en stage d'insertion. II. Environnement, personnalité et consommation de drogue parmi les jeunes en désinsertion scolaire », *Bulletin du HCEIA*, 5-20.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- CHOQUET M., LEDOUX S., MARECHAL C., (1986). « L'Alcool et les jeunes en France », *Bulletin du HCEIA*, 4, 101-134.
- JESSOR R., JESSOR S.L., (1977). *Problem behaviour and psychosocial development : a longitudinal study of youth*. New York, Academic Press.
- KANDEL B., (1978). *Longitudinal. Research on drug use* New York. John Wiley et Sons.

LES LYCEENS DE MEURTHE-ET-MOSELLE PARLENT

*S. ALBISER **, *B. KIERZECK ***

UNE RECHERCHE-ACTION : HISTORIQUE ET OBJECTIFS

Cette recherche-action en milieu scolaire dans le département de Meurthe-et-Moselle est le fruit d'une réflexion menée conjointement par le service de santé scolaire et l'association Odysée (Centre lorrain pour toxicomanes). Interpellées chacune différemment par l'extension du phénomène de la toxicomanie, ces institutions décident en 1982 de mettre en commun leurs expériences et leurs réflexions au cours de réunions de concertation. Le but poursuivi par tous doit être la définition et la mise en oeuvre d'une politique de prévention en milieu scolaire, respectant les spécificités locales et surtout évitant le plus possible l'intervention directe des structures spécialisées.

Oui, mais quelle prévention ? et pour quels jeunes ?

Ces questions amènent chaque partenaire à prendre conscience du caractère partiel de la connaissance issue du terrain pour au moins deux raisons :

- d'une part, l'intervenant en toxicomanie reconnaît qu'en extrapolant à partir des antécédents et du vécu des toxicomanes, il donne peut-être une déformation tendancieuse à sa vision de l'adolescence : c'est le manque de recul ;

* Médecin inspecteur de la santé à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Meurthe-et-Moselle - 4, rue Bénit, 54035 Nancy Cedex.

** Médecin - Association Odysée - 22 bis, rue de Malzeville, 54000 Nancy.

- d'autre part, le médecin scolaire, s'il perçoit bien les difficultés et les interrogations des adolescents, de par sa pratique quotidienne, n'en est pas moins démuné quant aux réponses à proposer.

A quelle proposition l'adolescent est-il prêt à participer ? Comment concilier secret professionnel et action au sein de l'établissement ?

A cela s'ajoute le peu de temps pouvant être consacré à l'écoute des adolescents, d'où la difficulté encore plus grande à établir la communication : c'est le manque à savoir.

Comment, dès lors, retrouver cette parole absente de ces adolescents afin qu'ils puissent guider notre réflexion et modifier, le cas échéant, nos objectifs ?

Pour sortir de cette impasse, il est proposé de reprendre l'enquête sur « l'usage des drogues licites et illicites chez les lycéens », réalisée sous la direction de F. Davidson et M. Choquet de l'INSERM. Une double démarche s'élabore alors progressivement :

- d'une part, réaliser une enquête qui,
- d'autre part, servira de support à la mise en place d'une action de prévention adaptée localement, ces deux aspects s'interpénétrant dans le temps et l'action.

A ce stade de la réflexion, il semble intéressant de s'assurer la participation d'un troisième partenaire, sociologue chercheur à l'INSERM, ayant travaillé sur les problèmes d'alcoologie et de tabagisme chez les jeunes.

Afin de ne pas répéter *stricto sensu* le travail de l'INSERM, ce qui aurait été d'un intérêt limité, les acteurs médico-sociaux impliqués souhaitent que leurs remarques nées du terrain apparaissent dans le questionnaire. Pour ce faire, des items sont ajoutés, d'autres modifiés, voire supprimés.

Si par ce souci de personnalisation, le travail peut perdre en rigueur méthodologique, il y gagne en revanche en potentialité concrète d'utilisation par la réduction de l'écart entre l'objet abstrait de l'étude et l'objet réel concerné. Cela explique qu'il ne s'agit point d'une répétition simple du travail de F. Davidson et M. Choquet,

mais bien d'une recherche dirigée vers l'action qui reste l'objectif premier.

Nous rejoignons là le deuxième aspect de notre dossier, aspect prévention, qui propose à court terme, une sensibilisation puis une formation du personnel médico-scolaire qui est en première ligne face à ce problème de dépendance.

A moyen terme, ces actions doivent contribuer à la création, avec l'aide des structures spécialisées, de groupes de réflexion dans chaque établissement scolaire qui réuniront l'ensemble des adultes concernés par les problèmes de l'adolescence. Ces groupes auront pour objectif de réfléchir, à travers l'expérience de chacun, à la lumière des résultats de l'enquête, sur les problèmes de drogue et plus généralement sur l'adolescence et ses difficultés.

A long terme, il est raisonnable d'espérer que ces adultes relais pourront répondre efficacement à toute demande, voire prévenir, sans faire nécessairement appel aux institutions spécialisées extérieures, qui pourraient enfermer l'adolescent dans un statut et des circuits pour toxicomanes.

Le questionnaire vise donc à appréhender les différences entre les réponses des jeunes du département qui, par sa configuration géographique, présente deux zones bien distinctes :

- un Nord, industriel et minier, à forte population immigrée de pays slaves et latins, souffrant actuellement d'une très forte récession économique ;
- un Sud, à vocation agricole et très traditionaliste.

METHODOLOGIE

Pour résoudre le problème de l'échantillonnage, nous avons recueilli la liste de l'ensemble des classes de première et terminale des lycées classiques et techniques et de l'ensemble des classes d'examen de CAP et de BEP. Dans un second temps, nous avons procédé à un tirage au sort de classes, tel qu'il permette de ne pas trop s'éloigner

de la répartition entre élèves de LEP (49,1 %) et de LCT (50,9 %) observée dans le département de Meurthe-et-Moselle.

Sur 1 500 questionnaires rendus et exploités, seuls 1 394 ont pu être utilisés pour l'étude des variations selon le sexe, l'âge, le type d'établissement scolaire, soit 697 élèves de LCT et 697 de LEP.

Si l'on applique la distinction entre Nord et Sud du département, notre échantillon ne s'éloigne que peu de la répartition constatée.

Avant d'analyser plus précisément les caractéristiques de cet échantillon représentatif, il convient de préciser les modalités de réalisation de cette enquête.

Ainsi qu'il a déjà été dit, ce travail a été précédé d'une **formation des médecins scolaires**, afin qu'ils puissent participer à son élaboration et à sa réalisation.

Dans un second temps, un questionnaire a été mis au point et testé auprès de deux classes de terminale d'un lycée classique de la banlieue de Nancy et ce, grâce à l'obligeance du chef d'établissement et d'un professeur. L'analyse des premiers résultats par l'ensemble des participants (médecins scolaires et enquêteurs) a permis de revoir la formulation de certaines questions, d'en supprimer ou d'en ajouter d'autres.

Quelques mois plus tard, le nouveau questionnaire ainsi réalisé a été proposé aux élèves des classes tirées au sort.

Pour ce faire, et pour garantir l'**anonymat**, chaque lycéen a introduit son questionnaire rempli dans une enveloppe fermée par lui et remis au médecin scolaire, seul adulte à être présent dans la classe. Très peu d'élèves ont refusé de participer à cette enquête, alors que la possibilité leur en était offerte¹.

Un premier travail a permis un regroupement des questions en onze chapitres différents :

1. L'environnement familial des lycéens ;

1. En fait :

- un seul s'est abstenu de répondre à la 2^e partie du questionnaire consacrée aux produits ;
- trois ont refusé de répondre à l'ensemble du questionnaire ;
- cinq ont manifesté leur réprobation par des réponses incohérentes.

2. L'environnement scolaire des lycéens ;
3. Les lycéens face à eux-mêmes ;
4. Les activités culturelles des lycéens ;
5. Les échanges sociaux des lycéens ;
6. La santé des lycéens ;
7. Les lycéens et l'alimentation ;
8. Les lycéens et les boissons ;
9. Les lycéens et le tabac ;
10. Les lycéens et les médicaments ;
11. Les lycéens et la drogue.

Dans un second temps, l'ensemble du groupe a procédé à une lecture critique des textes écrits, chacun apportant, selon sa spécialité, un regard et un commentaire différents.

A ce stade de l'exposé, il convient de rappeler que certains d'entre nous n'avaient qu'une faible expérience de ce type d'analyse d'enquête. C'est là qu'intervient le chercheur qui, par sa connaissance de la méthodologie, permet à ces « néophytes » d'accéder à l'interprétation sans pour autant négliger le savoir issu du terrain.

A cette première difficulté s'en est ajoutée rapidement une seconde. Il fallait ne pas perdre de vue l'objectif initial, c'est-à-dire réaliser une recherche-action permettant de fournir aux intervenants de terrain un instrument utilisable pour leur action. Dès lors, nous dûmes « traduire » le langage spécifique du chercheur en un commentaire devant dépasser l'aridité des résultats bruts. Pour cela, il fallait qu'apparaissent clairement les chiffres significatifs, qu'ils se détachent de la multitude des informations fournies, sans pour autant perdre de leur crédibilité scientifique. A la fin de chaque chapitre, une courte conclusion rappelle les pourcentages retenus pour chaque question assortis d'un bref commentaire. Celui-là se veut le moins affirmatif possible car, à ce stade de l'analyse de l'enquête, nous n'avons pas encore eu recours aux croisements de questions permettant de vérifier nos hypothèses nées de l'interprétation des chiffres. Cette autre phase de l'analyse fera l'objet d'un second tome

dont la parution dépendra de notre disponibilité, puisqu'il s'agit d'un travail supplémentaire accompli bénévolement².

Ainsi, durant la deuxième semaine du mois de mai 1984, 1 500 élèves ont été interrogés sur 100 questions correspondant à 266 réponses possibles.

Trois critères d'analyse ont été retenus :

- le sexe ;
- l'âge ;
- le type d'établissement scolaire.

DU QUESTIONNAIRE AU RAPPORT DE RECHERCHE

L'enquête ainsi proposée aux lycéens et lycéennes des établissements scolaires de cycle long (classiques, techniques) et de cycle court (CAP, BEP) de Meurthe-et-Moselle procède d'une démarche transversale. Elle explore l'environnement familial et social de ces jeunes et leurs attitudes face aux divers produits licites et illicites. Les items proposés ont été regroupés en plusieurs chapitres :

- l'environnement familial et scolaire des répondants (13 questions) ;
- leur portrait (41 questions) ;
- l'alimentation (3 questions) ;
- les boissons (10 questions) ;
- le tabac (6 questions) ;
- les médicaments (10 questions) ;
- les drogues (15 questions).

A la fin du questionnaire, sur une page laissée blanche, les élèves pouvaient, s'ils le désiraient, exprimer leurs remarques, leurs commentaires, leurs critiques et leurs suggestions. L'analyse de son contenu a fait l'objet, dans le rapport, d'un chapitre spécial, que nous avons souhaité particulièrement détaillé.

2. Seule l'exploitation informatique a fait l'objet d'un financement sur les crédits régionalisés de promotion de la santé.

Une fois la totalité des tirages **informatiques** obtenus, un an après la réalisation effective de cette enquête, les quatre personnes constituant le groupe multidisciplinaire à l'origine de ce travail se sont réunies pour se concerter à raison d'une fois par semaine. Ainsi ont-elles rapidement décidé de se répartir l'analyse des résultats en fonction de leur compétence.

PRESENTATION SUCCINCTE DES RESULTATS

Il est impossible, dans le temps qui nous est imparti, de présenter d'une manière complète et détaillée cette étude, qui sert maintenant de base de travail à tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent en Meurthe-et-Moselle aux problèmes des adolescents. Tout au plus, pouvons-nous proposer une synthèse brute des résultats qui nous paraissent significatifs d'une situation particulière d'un département frontalier, où se pose la question, comme peut-être partout ailleurs, d'une prévention adaptée à la réalité vécue des adolescents.

Ces jeunes sont 80 % à vivre en Meurthe-et-Moselle, au domicile des parents. Si les relations familiales sont jugées bonnes par la plupart des garçons et des filles, ces dernières sont cependant 17 % en LCT et 23 % en LEP à ressentir un intérêt de leur père vis-à-vis d'elles. On peut se demander si ces données sont le reflet de la réalité ou l'expression d'un manque. Les adolescents de LEP apparaissent certainement comme les plus défavorisés ou les plus en souffrance.

Quatre garçons sur dix et cinq filles sur dix attachent de l'importance au jugement que l'autre porte sur leur physique, les élèves de LCT étant plus sensibles à ce jugement que ceux de LEP.

Quant il s'agit de se reconnaître des qualités ou des défauts, en majorité les lycéens ont une image positive d'eux-mêmes, puisque huit sur dix d'entre eux choisissent la gaieté ou le sens de la responsabilité pour se caractériser. Cependant, 14 % des garçons et 18 %

des filles se disent « mal dans leur peau », et 6 à 7 % se sentent rejetés, isolés.

L'étude de l'environnement scolaire fournit un certain nombre d'indications précieuses. Ainsi, seul un lycéen sur deux se dit décidé quant à son avenir professionnel, et 15 % des élèves des LEP se disent sans projet, alors qu'ils sont déjà orientés. Bien entendu, nombreux sont ceux qui s'inquiètent du chômage : 60 % des garçons et 80 % des filles et, parmi eux, ce sont le plus souvent les élèves des LEP, ainsi amenés à valoriser peut-être davantage le travail scolaire.

En dehors de l'école, les activités sportives restent prédominantes pour quasiment tous les adolescents. La culture occupe peu, et est plus le fait des garçons. Ainsi que nous le savons déjà, l'intérêt pour la politique est le fait d'une minorité, quels que soient les lieux géographiques considérés dans le département, et dont certains, pourtant, sont connus pour leur militantisme.

Cet abandon des « valeurs culturelles » se fait au profit de la télévision, qu'ils est plus facile d'allumer que d'éteindre.

La santé préoccupe 9 % des garçons et 16 % des filles, qui ne s'estiment pas bien portantes. La fatigue est le symptôme physique le plus fréquemment exprimé, en particulier par les adolescentes (deux fois plus nombreuses que les garçons : 24 % contre 11 %).

Par ailleurs, si un lycéen sur trois souffre du cafard, les réponses à ce malaise qu'ils évoquent sont en premier lieu les médicaments (13 % des garçons, 16 % des filles), loin devant la fugue et le suicide.

Aussi, peut-on comprendre le rapport apparaissant dans cette enquête sur les lycéens en Meurthe-et-Moselle, et qui pourrait se résumer par cette formule un peu abrupte : « la drogue est un médicament, le médicament est une drogue ».

Certes, l'analyse des croisements n'est pas entièrement terminée, mais cela correspond assez bien à la réalité vécue par les intervenants en toxicomanie. La drogue apparaît de moins en moins être le fait d'une transgression que d'une régression.

Pour la majorité des lycéens, la dangerosité de la drogue est égale à celle des médicaments. Ceux qui la prennent le font d'abord

pour oublier le monde quotidien, et calmer leur angoisse. Si 19 % des garçons et 9 % des filles jugent que l'on peut prendre sans danger régulièrement des produits illicites, ils sont 40 % et 36 % à porter une appréciation identique sur une utilisation occasionnelle.

La présence de la drogue est réelle dans l'environnement des adolescents de Meurthe-et-Moselle, puisque aussi bien ils sont un sur deux à avoir eu déjà l'occasion d'en prendre. Si la totalité des garçons à avoir déjà eu envie « souvent » ou « rarement », passe à l'acte, et presque exclusivement eux, seules les filles ayant répondu « souvent » le font.

Par ailleurs, un adolescent sur trois se déclare être de ceux qui veulent « tout, tout de suite ». Doit-on voir là une relation avec la consommation non seulement de drogue, mais également de médicaments ?

Aussi, l'importance de la consommation d'antalgiques, quel que soit l'âge, de l'ordre de 60 % des élèves, doit-elle nous interroger sur le sens de cette prise, c'est-à-dire la tolérance des adolescents à la douleur.

CONCLUSION

Bien que non-professionnels dans le champ de la recherche épidémiologique, nous avons néanmoins le sentiment d'apporter par cette enquête une contribution dans la compréhension des phénomènes de la dépendance aux produits toxiques et, plus généralement, dans la compréhension de l'adolescence. Tout au long de ces trois années de labeur, l'interrogation de Claude Olievenstein est restée notre guide : « Pourquoi tant de jeunes ici et maintenant ? »

PERSPECTIVES

. Ce travail a été présenté aux adultes relais des établissements scolaires dont il pouvait enrichir la réflexion.

. Nous espérons pouvoir utiliser cette enquête avec les lycéens eux-mêmes, afin qu'une exposition puisse être réalisée par les lycéens, pour les lycéens.

. Les trois clubs de prévention en toxicomanie existant dans le département étudient les données de cet ouvrage afin de faire des propositions concrètes de travail en direction des plus jeunes.

. En même temps, ils travaillent à la préparation d'une brochure d'information destinée au grand public.

. Enfin, l'équipe espère pouvoir poursuivre son travail par une deuxième enquête de type longitudinal, ce qui permettrait à la fois de mesurer l'évolution des mentalités et pratiques, ainsi que donner quelques indications prédictives pour les années à venir.

Que dire alors de la consommation d'inducteurs du sommeil (5 % des garçons, 9 % des filles), ou plus encore des tranquillisants (12 % et 10 %, avec des maximums à 30 % pour les filles de LEP) ?

Si le médecin reste le grand prescripteur reconnu (seul 15 % des adolescents ne l'ont pas consulté en un an), on constate que cette utilisation médicamenteuse suit très exactement celle faite par les mères des adolescents. Quant au tabac, globalement, la consommation quotidienne qui était encore faible chez les mères des élèves (14 %) a triplé dans la génération actuelle des lycéennes (43 %), où elle dépasse nettement celle de leurs camarades garçons (39 %), laquelle a pratiquement rejoint déjà celle des pères.

La consommation quotidienne d'alcool, et plus particulièrement de bière, concerne un garçon sur dix, et une fille sur cinquante. Quant à l'ivresse, elle n'a pas été expérimentée par une lycéenne sur deux et un lycéen sur trois.

Nous terminerons ce trop concis exposé par le premier produit auquel l'homme a à faire : l'alimentation. Deux formes de transgression du rituel du repas étaient proposées :

- d'une part, l'irrégularité ;
- d'autre part, se relever la nuit pour manger.

Dans le premier cas, 21 % des filles le font régulièrement ou fréquemment, contre 14 % pour les garçons. A l'inverse, ces derniers sont 41 % à se relever la nuit, dont 9 % régulièrement, contre 27 % et 6 % des adolescentes.

Loin d'être une finalité, ce travail est avant tout pour nous, acteurs de terrain, un moyen pour développer une prévention qui passe par une interrogation des adultes. Ces adolescents l'ont très bien compris : les commentaires écrits recueillis à la fin du questionnaire ont été très nombreux et discrets. Nous leur avons consacré un chapitre spécial, puisque ces résultats leur appartiennent, et sont une invite à l'adresse des parents que nous sommes.

UNE ACTION DE PREVENTION DE LA TOXICOMANIE DANS UN COLLEGE DE LA BANLIEUE D'ANNECY

*C. GUIGNE **, *M. MARIOTTO ***

En 1984, se constitue à Annecy, au sein de la mission locale chargée de l'insertion des jeunes, un groupe composé d'éducateurs d'associations de prévention, de représentants d'une association d'accueil de toxicomanes, de travailleurs sociaux et d'institutionnels qui se donnent pour objectifs de mener une action de prévention de la toxicomanie.

Ce groupe, baptisé collectif toxicomanie, veut privilégier une action en milieu scolaire où les jeunes passent une grande partie de leur temps. Mais, partageant l'idée qu'une information plaquée est plus néfaste qu'utile, il décide de s'orienter vers une action en direction des adultes, personnels des établissements scolaires et parents.

Le souhait est de donner une information claire et précise (sur les produits, la répression, etc.), d'entendre la question obligatoire « Pourquoi se drogue-t-il ? », et d'amener par la réponse à une dramatisation et à une réflexion sur l'ensemble des difficultés des adolescents.

Une soirée de sensibilisation (spectacle-débat) est proposée dans dix établissements secondaires, préparée par une petite équipe qui comporte, outre l'équipe médico-sociale scolaire, enseignants, conseillers d'éducation et membres d'associations déjà cités, avec l'espoir de déboucher sur une action à long terme, définie par chaque

* Médecin de santé scolaire, C.E.S. Jacques Prévert de Meythet.

** Assistante sociale scolaire, BP 1001, 74017 Annecy Cedex.

équipe, s'appuyant, si cela est nécessaire aux yeux de l'administration, sur les circulaires de 1983 sur les adultes-relais.

En tant qu'assistante sociale scolaire et médecin de santé scolaire, nous avons participé au Collectif toxicomanie dès 1984. Aussi quand les chefs des établissements dont nous avons la charge ont répondu par l'affirmative à la proposition d'action de prévention que nous leur faisons, nous avons commencé à en préparer l'organisation.

Nous avons choisi de décrire ici le déroulement de l'action dans un C.E.S. de la banlieue d'Annecy, bien qu'elle se soit soldée par un échec, pour montrer quels facteurs avaient été négligés et comment les échecs peuvent avoir un aspect positif pour l'ensemble des équipes travaillant dans d'autres établissements, grâce à une analyse collective des causes d'insuccès.

L'ACTION SUR LE C.E.S.

Novembre-décembre 84 : Préparation de la réunion de sensibilisation des parents.

Janvier 85 : La soirée-débat est organisée sur le schéma suivant : présentation de la soirée et des buts poursuivis, spectacle théâtral comprenant deux brèves pièces (« Rondo autour d'un pantin drogué », « Drogue à la première personne » — Compagnie du Trèfle), tables rondes d'une quinzaine de participants avec un ou deux rapporteurs, co-animées par des membres d'une association d'accueil de toxicomanes, des éducateurs de quartier, la brigade des stupéfiants, des enseignants et l'équipe de santé scolaire ; enfin, compte rendu de chaque table ronde en assemblée plénière et débat, avec « recrutement » de participants à la mise en oeuvre de l'action de prévention sur l'établissement.

Février 85 : Suite à la soirée-débat, un petit « groupe-relais » se constitue, relais entre les jeunes et les adultes et également relais entre l'établissement et le collectif toxicomanie.

Les participants sont des professeurs, l'assistante sociale scolaire, le médecin scolaire et l'infirmière d'établissement, des parents d'élèves, des éducateurs de prévention et des infirmiers du centre d'accueil pour toxicomanes.

Quelques membres de l'administration défilent aux réunions et se cantonnent à un rôle d'observation.

Par contre, aucune entrave n'est faite aux souhaits d'intervention dans l'établissement.

But défini par le groupe :

Etablir une relation avec les jeunes en difficulté, et tous ceux qui poursuivent cette même recherche.

Ces réunions sont mensuelles, on y développe en plusieurs étapes une réflexion sur l'adolescent qui se drogue, puis rapidement, sur toutes les déviations de l'adolescent.

On procède d'abord à une recherche d'informations, surtout à la demande des parents :

- à quoi reconnaît-on les toxicomanes ?
- qu'est-ce qu'une drogue dure, une drogue douce ?
- qu'est-ce que la dépendance ?
- quelle est l'importance locale du phénomène ?

L'infirmier du centre d'accueil pour toxicomanes apporte des renseignements précis et techniques à toutes ces interrogations.

Une fois l'aspect information dépassé, l'aspect réflexion se développe. De longues heures sont passées à tenter de comprendre les raisons qui amènent un adolescent à se droguer, et plus largement les motifs qui entraînent les conduites de déviance chez certains adolescents.

Un essai de réponse est apporté : un jeune qui « dévie » est un jeune qui ne peut pas, ou mal communiquer ses angoisses, tensions et problèmes personnels aux autres, il cherche donc une fausse résolution de ceux-là dans la prise de toxiques par exemple.

Schématiquement, le jeune qui se drogue est un jeune qui a du mal à communiquer.

La suite de la réflexion découle tout naturellement : « Comment améliorer la communication avec les adolescents en général, et ceux du collège en particulier ? »

Chacun fait part de ses difficultés dans son abord de l'adolescent et l'on découvre mieux le rôle et les limites des autres intervenants adultes. La communication s'améliore au moins entre les adultes présents.

Malheureusement, il y a toujours très peu d'enseignants (un seul reste) et pas d'administratifs, donc seulement deux adultes du groupe restent à demeure dans le C.E.S. (un professeur et l'infirmière d'établissement).

Les différents stades de cette réflexion amènent les participants à se réunir pendant toute l'année scolaire 84/85, puis le premier trimestre 85/86. L'idée initiale de trouver dans l'établissement quelques « adultes relais » en liaison avec le groupe, vers lesquels les jeunes qui le désireraient pourraient se tourner en raison de leurs qualités relationnelles, de leur ouverture d'esprit et de leur intérêt manifeste pour les problèmes de l'adolescence, achoppe sérieusement sur le manque de « candidatures » !

On opte donc pour la création d'un « club-discussion » très informel, sans inscription préalable, où les élèves pourraient aller quand ils le voudraient et rencontrer les adultes du groupe.

Pour sensibiliser les jeunes, un questionnaire est adressé à tous les élèves sur leurs centres d'intérêt. On propose après réflexion une rubrique libre et plusieurs items (vie au collège, loisirs, sexualité, T.V., argent).

L'enquête est dépouillée informatiquement dans la semaine :

- 92 % des 1 050 élèves du C.E.S. ont été interrogés.
- 54,25 % des élèves se déclarent intéressés par le club.
- Les loisirs viennent en tête des centres d'intérêt, avec 62 % de « beaucoup » (surtout en 4^e).

Pour les autres centres d'intérêt, on note des divergences significatives entre les classes :

- 4^e et 3^e sont beaucoup plus intéressés par la sexualité que les « petites classes », celles-ci en revanche sont significativement plus intéressées par la vie au collège.
- la T.V. et l'argent font à peu près le même score pour chaque classe.

Les thèmes libres les plus demandés sont : le sport, l'informatique, la musique, le cinéma et les relations avec les parents (la toxicomanie n'apparaît pratiquement pas).

Suite au dépouillement, le groupe invite les élèves à une réunion d'information de midi à deux, plage horaire qui convient le mieux aux élèves (disent-ils), mais qui élimine de l'action les parents du groupe-relais. On restitue aux jeunes présents (50 seulement) l'image de leurs souhait et le mode de fonctionnement du club leur est présenté.

Un débat s'ouvre et d'emblée deux groupes se forment, l'un qui spontanément désire aborder « le problème de la drogue » alors que celui-ci apparaissait à peine dans les questionnaires ; l'autre groupe plus disparate (âges et classes) qui s'intéresse à la vie au collège, veut faire un journal...

Chaque groupe va se réunir chaque semaine avec l'assistante sociale scolaire, un professeur, deux éducateurs, l'infirmier de centre d'accueil de toxicomanes et le médecin scolaire.

Rapidement, le groupe le plus hétéroclite va voir son effectif diminuer. Le « groupe-drogue », plus homogène, essentiellement composé de C.P.P.N., émet le souhait de tourner un film racontant « l'histoire d'un jeune qui se drogue », pour le projeter aux autres élèves du C.E.S.

L'infirmier du centre d'accueil de toxicomanes apporte des témoignages vivants, donne des explications, a un rôle de conseiller technique, le médecin scolaire joue le rôle d'animateur et canalise les débats, parfois très animés. L'éducatrice et le professeur ont plus de mal à se situer dans le groupe et interviennent peu.

Les élèves vont écrire leur scénario pendant tout le premier trimestre, ce qui est assez étonnant pour des élèves réputés peu littéraires et peu scolaires. Ils jouent chaque scène, tandis que les adultes prennent des notes, puis entre deux séances, retranscrivent plus clairement, avec leur professeur de français, les scènes ainsi nées.

Nous obtenons du Centre d'action culturelle l'accord pour une première formation en deux demi-journées aux techniques vidéo.

Les élèves restant de l'autre groupe se joignent au groupe « toxicomane », quelques nouvelles têtes apparaissent, quelques anciennes disparaissent, environ 8 élèves sont toujours présents.

Juste avant Pâques, le scénario est terminé. Lors d'une réunion de synthèse avec les adultes du groupe, nous apprenons par les éducateurs que certains leaders parmi les élèves commencent à traîner les pieds, « qu'ils n'osent pas dire qu'ils en ont marre ». Les vacances de Pâques serviront de catalyseur à cette lassitude ; quand nous retrouvons le groupe en avril, tous les « anciens » sont partis et nous sommes en face d'une douzaine d'élèves qui ont pris le relais.

Le stage de formation au tournage en vidéo a lieu au C.A.C., mais les élèves présents sont totalement passifs, le scénario réalisé n'est pas le leur, leur motivation nous échappe, et notre lassitude est grande ; un incident technique rendant inutilisable le magnétoscope nous permettra de nous retirer avec un alibi, en renvoyant *sine die* la prochaine rencontre.

BILAN

. Force est de constater que la volonté du corps enseignant et du personnel du C.E.S. à participer à cette action n'a pas été grande : peut-être nous y sommes-nous mal pris ? On a vu par exemple que le professeur de français des C.P.P.N. a apporté son concours à la rédaction du scénario, sur la demande des élèves, nous aurions peut-être dû exploiter davantage cette piste.

. Le nombre des élèves concernés a été d'environ une cinquantaine (sur 1 050), mais ce qui est le plus intéressant, c'est que ce sont les classes les moins « nobles » du système scolaire qui ont fourni le plus fort contingent d'intéressés.

. A l'analyse, il semble que les adultes du groupe-relais aient voulu passer à l'action à tout prix, alors que le contexte local était médiocre.

L'action n'a pas réussi à le modifier ; nous nous sommes épuisés pour n'avoir pas su trouver dans l'établissement les forces humaines nécessaires.

Les points positifs sont :

- une meilleure intégration du personnel de santé scolaire dans l'établissement, auprès des enseignants, de l'administration et des élèves ;
- certains élèves sont venus parler de leurs problèmes personnels avec l'assistante sociale scolaire, alors qu'ils ne l'avaient pas fait auparavant ;
- une ouverture s'est faite pour l'équipe de santé scolaire vers la vie extérieure à l'établissement, surtout grâce aux éducateurs ;
- le profil des élèves hors C.E.S. commence à mieux se dessiner ; des actions hors C.E.S. pourront être engagées dans l'avenir (on pense à une information sur la sexualité et la contraception) ;
- dernier point positif, de nouveaux établissements ont manifesté le désir de s'intégrer au processus entrepris en entendant parler des actions en cours.

L'action des groupes-relais qui ont pu se constituer et durer est révélatrice du besoin d'amélioration de la communication et de la nécessité de cohérence entre adultes dans les établissements scolaires.

Elle aboutit à une équipe mieux armée, plus soudée, évoluant au gré des besoins qui se font jour, au fur et à mesure que l'information passe mieux, au fur et à mesure que cette équipe peut se poser en référence.

Le collectif toxicomanie a poursuivi son rôle de soutien, d'échange et a permis la reconnaissance officielle des actions menées.

Il a su tirer les leçons des deux années de fonctionnement et c'est pourquoi il s'est scindé en deux :

- une branche de prévention de la toxicomanie sur quartiers qui reste collectif toxicomanie ;
- un groupe-ressources de prévention scolaire, dénomination qui montre qu'il se veut attaché à l'école, une aide pour l'école, mais qu'il peut se passer de l'étiquette toxicomanie et de ses effets pervers d'attraction ou de répulsion.

Une équipe de médiateurs départementaux auprès de l'inspection académique s'est constituée. Une note de service a officialisé auprès de tous les établissements scolaires leur existence ainsi que celle du groupe-ressources.

Le travail des médiateurs a été particulièrement fructueux avec la mise en place d'une formation d'adultes-relais, modeste du fait des moyens dont nous disposons, mais qui sera inscrite l'année prochaine au programme académique de formation. Ce stage a recueilli 150 candidatures pour 50 places. Ce succès confirme l'adéquation de notre démarche avec les besoins des enseignants.

Convaincu par l'action déjà entreprise, le groupe ressources a pour objectif actuel d'arriver à évaluer les conditions favorables et les obstacles à la création de groupe d'adultes-relais et à proposer ainsi un support et un soutien pour ces nouveaux candidats sans toutefois figer un processus qui ne peut être que « personnalisé » suivant les acteurs, le contexte local, car il est important de conserver tout le côté humain et non formel de notre entreprise.

Une récente matinée de travail a apporté pour conclusions temporaires que le succès d'un groupe-relais est lié à différents paramètres :

- une réalité locale et des appuis à l'intérieur de l'établissement qui se sont révélés souvent être l'équipe médico-sociale, mais cela peut et doit évoluer ;
- un temps d'observation nécessaire, de reconnaissance mutuelle ;

- ne pas démarrer tout de suite des actions concrètes : se donner le temps de la cohésion, attendre l'expression des besoins des élèves, des adultes...

Le groupe-ressources devra à l'avenir maintenir son rôle d'échanges d'informations, de publicité envers les institutions et les autres départements, mais aussi favoriser l'analyse et l'approfondissement de ce qui a été réalisé et soutenir les groupes qui s'essouffent en se déplaçant sur le terrain et en participant à l'effort de formation.

En conclusion, il nous semble important de souligner l'aspect duel de la dynamique créée sur le département qui repose sur :

- un groupe-ressources, structure départementale d'échange, de référence, de réflexion et de formation comprenant des représentants des groupes-relais, des associations départementales et des institutions scolaires et des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales ;
- des groupes-relais dans les établissements scolaires, regroupant le potentiel humain disponible, créant un climat particulier de confiance et de travail d'équipe où les besoins peuvent émerger et être entendus.

Ce dispositif nous semble porteur de richesse, d'évolution et d'optimisme dans le portrait désenchanté de l'institution scolaire que l'on est parfois obligé de dresser.



PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE DANS LES HAUTS-DE-SEINE

*D. DE GALARD **, *D. HENRY ***

LE PROBLEME DU TABAGISME A L'ECOLE

La nécessité d'un programme de **prévention du tabagisme en milieu scolaire** s'est imposée aux responsables du service de santé scolaire des Hauts-de-Seine, en 1982, à la suite des résultats de plusieurs enquêtes auprès d'élèves de collèges qui faisaient ressortir l'ampleur du problème.

Un programme financé sur les crédits de prévention de la DRASS Ile-de-France a été mis sur pied en 1982.

L'**objectif prioritaire** était d'obtenir, à la suite d'actions d'éducation sanitaire, **une baisse « significative »** du taux d'élèves fumeurs des classes de 3^e des collèges.

Ce programme a débuté en 1982-1983 dans 19 collèges du département des Hauts-de-Seine par une enquête épidémiologique par **questionnaire anonyme** effectuée auprès des élèves de 3^e des collèges concernés.

Les données ainsi recueillies devaient servir de base de comparaison pour l'évaluation finale.

Les 2 042 questionnaires exploités ont permis d'établir :
- 33 % de fumeurs, dont 28,9 % de garçons et 37,4 % de filles ;

* Médecin inspecteur de la santé, Centre administratif départemental - 167, avenue Joliot-Curie, 92000 Nanterre.

** Infirmière de santé scolaire, Service de santé scolaire des Hauts-de-Seine.

- l'âge moyen de la première cigarette : 12 ans (avec 10 % qui commençaient à fumer à 10 ans) ;
 - 83 % avaient commencé dans un groupe de même classe d'âge ;
 - 68,7 % de faibles consommateurs (moins de 5 par jour) ;
 - 31,3 % plus de cinq cigarettes par jour.
- Dans ce groupe, en général, les élèves ne pratiquaient pas de sport, avaient au moins un proche parent fumeur, avaient l'autorisation parentale de fumer ;
- 53,9 % mentionnaient le plaisir procuré par le tabac comme motivation ;
 - 37,9 % parlaient de problème de nervosité ;
 - la troisième motivation citée pour 30,5 % c'était l'ennui.

Il nous est apparu comme important le fait que deux élèves sur cinq méconnaissaient le rôle favorisant du tabac dans les maladies cardio-vasculaires et dans l'installation des bronchites chroniques.

Parallèlement à cette enquête, il a été décidé de mener une action d'éducation pour la santé dans les classes de CM2 dont les élèves devaient en principe rejoindre les 19 collèges concernés initialement.

Nous allons vous relater quelques expériences concrètes.

PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME - CLASSES DE CM2

Le programme a commencé avec neuf classes de CM2 réparties dans quatre écoles.

Les moyens utilisés ont été très différents selon que l'instituteur acceptait ou non de participer à l'action.

Au plus simple ; j'ai dû me contenter d'une projection du diaporama « Tentations et Châtiments », suivie d'une discussion avec les élèves pour reprendre chaque point important et répondre à leurs questions.

Au mieux : les enfants, sensibilisés par une première intervention avec projection du diaporama, ont continué le travail par petits groupes :

- les uns sont allés dans la rue, à la sortie d'un LEP voisin, interviewer les adultes et les adolescents, en leur posant des questions du type :

. Pour quoi fumez-vous ?

. Connaissez-vous les dangers du tabac ?

. Avez-vous déjà entendu parler des goudrons, de la nicotine ?

Les enfants ont généralement été bien reçus et, des réponses, se dégageait un appel : surtout ne tombez pas dans le piège !

- une autre équipe a été chargée de concevoir des contre-publicités ;

- le tout a été complété en classe par un travail de géographie : implantation des régions de culture du tabac ; de mathématiques : problèmes à partir du prix du tabac ; de sciences : expérience avec le fumeur mécanique réduit à la bouteille et la tétine (expérience que beaucoup d'enfant se sont empressés de reproduire chez eux)

L'ensemble de ce travail s'est terminé par une exposition commentée par les enfants lors d'une journée portes ouvertes dans les écoles.

PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME - CLASSES DE 6^e

En 83-84, l'action s'est déroulée dans les classes de 6^e.

Deux réunions ont regroupé médecins et infirmières scolaires à la DASS, pour organiser ce travail. Il a alors été décidé d'organiser des tables rondes par demi-classes, de préférence en collaboration avec les professeurs de biologie ou sciences physiques.

1) Pour les 9 classes de 6^e, nous avons reçu les élèves par demi-groupe durant une heure sur les thèmes suivants :

- Rappel sur la physiologie de la respiration à l'aide d'un choix de diapositives extraites de « notre corps, cette merveilleuse machine » ;
- Rappel du mode d'action du tabac sur l'organisme ;
- Une présentation de la législation protégeant les non-fumeurs (Loi Veil).

Les parents avaient été au préalable informés de notre action par une lettre individuelle rédigée par le Service de santé scolaire.

2) Dans d'autres établissements, à partir de la même trame, des réalisations différentes ont vu le jour.

Un exemple : après la projection de diapositives à la classe entière, les élèves sont divisés en deux groupes pour réfléchir sur les motivations du fumeur et du non-fumeur.

Les choix sont écrits au tableau sur deux colonnes. Ensuite, chaque groupe prend un rôle : soit des fumeurs, soit des non-fumeurs et il s'ensuit un débat animé par le « maître de jeu » entre les deux groupes.

Au bout de dix minutes, les rôles sont inversés. Ainsi, chaque élève est obligé de prendre à son compte les arguments énoncés dans la recherche des motivations du fumeur et du non-fumeur.

PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME - CLASSES DE 5^e

L'année 1984-1985 fut celle des 5^e.

Il a été décidé de faire une exposition adaptée à l'âge des élèves (12-13 ans). Nous avons nous-mêmes réalisé des panneaux avec les différents documents produits par les associations luttant contre le tabagisme.

Le déroulement sur le terrain a été le suivant.

Cette année-là, tout ne fut pas rose ! Et pourtant tout avait été organisé lors d'une réunion regroupant :

- la direction du collège ;
- le médecin de l'établissement ;
- le médecin du programme ;
- l'infirmière.

La poursuite de notre action avait été mentionnée lors d'un conseil d'établissement et lors de chaque conseil de classe de 5^e du premier trimestre, afin que les délégués des parents informent l'ensemble des parents de nos intentions.

Au programme, nous avons eu pour chaque classe :

- une projection de film vidéo « Mystère en fumée » ;
- et une exposition de douze panneaux que les élèves devaient observer avec attention afin de pouvoir répondre à un petit questionnaire du style jeu de piste.

Hélas ! l'action s'est déroulée dans les pires conditions possibles, car la vie du collège fut complètement bouleversée pendant deux mois par le gel (tous les radiateurs d'un bâtiment sur deux étaient hors d'usage et les cours ne pouvaient pas avoir lieu normalement).

L'action s'est déroulée dans la salle du foyer où nous cohabitons avec une ou deux classes en permanence. Je vous laisse imaginer les difficultés que nous avons eu pour travailler.

Il n'était pas possible de changer les dates puisque le médecin chargé de l'exposition, de son transport, de son montage et des commentaires, avait des impératifs chaque jour pendant les trois mois durant lesquels l'action s'est déroulée.

PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME - CLASSES DE 4^e

En 85-86, nous nous essouffions et il a été difficile de nous convaincre de continuer.

Il avait été décidé de travailler avec les professeurs d'éducation physique sur la **respiration** et son évolution au cours de l'**effort**.

Concrètement, nous avons respecté les activités prévues par le professeur concerné le jour de notre intervention.

Dix élèves volontaires par classe

- prenaient leur pouls au repos ;
- faisaient prendre leur T.A. ;
- mesuraient leur débit respiratoire à l'aide des *Vitalograph*.

C'est ainsi que nous avons participé à un match de volley, un match de foot et des courses d'endurance.

Après l'effort, les mêmes constantes étaient mesurées, ainsi qu'après récupération.

Si le tabac ne semblait pas très présent dans cette partie de l'action, les élèves n'en furent pas moins intéressés. La découverte du mécanisme de leurs fonctions vitales, surtout l'augmentation de la T.A. immédiatement après l'effort, les a fortement impressionnés.

Il nous était alors presque trop facile d'introduire le tabac et la gêne qu'il provoque chez le sportif en montrant des courbes comparatives entre adolescent et vieux bronchopathe fumeur.

EVALUATION DU PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME - CLASSES DE 3^e

Le questionnaire final a été présenté dans chaque classe de 3^e et rempli dans le plus complet anonymat.

Ce questionnaire était le même que celui proposé en 1983 et comportait en outre des rubriques qui devaient nous permettre de repérer, par le cursus scolaire de l'élève, s'il avait reçu ou non une éducation sanitaire sur le sujet.

Les résultats de cette enquête sont en cours d'exploitation, mais voici les données qui nous semblent intéressantes comparées aux résultats de 1983.

2 008 réponses :

- 25,3 % de fumeurs : 19,8 % de garçons et 30,5 % de filles.

Il semble que l'action ait eu plus d'impact sur les garçons que sur les filles.

- âge moyen de la première cigarette : pas de changement sensible.

Enfin, il ressort d'ores et déjà que **70 %** des élèves **connaissent** maintenant le rôle favorisant du tabac dans les maladies cardio-vasculaires **contre 40 % en 1983**.

**ETUDE SUR LE COMPORTEMENT
DES JEUNES LORRAINS VIS-A-VIS DES BOISSONS
COMPORTANT OU NON DE L'ALCOOL**

*B. SENAULT **

Lorsque la D.G.S. nous a invités à ces journées nationales consacrées à la santé des adolescents et proposé d'intervenir sur le thème de l'alcoolisme chez les jeunes, notre première réaction fut de répondre que nous ne pourrions pas disposer de l'intégralité des résultats définitifs d'une étude en cours. Toutefois, à la réflexion, il nous a semblé peut-être intéressant de présenter à grands traits l'étude qui se mène sur ce sujet en Lorraine.

Mon exposé ne comportera donc que peu de données chiffrées : la masse d'informations est telle qu'elle m'aurait amené soit à schématiser, ce qui est toujours regrettable, soit à réclamer plus de temps pour la présenter, ce qui semble difficile, soit à dépasser le temps de parole qui m'est imparti, ce qui aurait été inconvenant envers Monsieur le Président et les autres orateurs.

Je limiterai donc mon intervention à trois points : les deux premiers concernant la méthode, le dernier traitera plus des objectifs.

Les relations qu'entretiennent les adolescents avec l'alcool sont au centre des préoccupations de tout dispositif préventif et de lutte contre l'alcoolisme. Dans notre région, les professionnels de santé et le corps enseignant notent de manière empirique une augmentation de l'alcoolisme, sans toutefois pouvoir l'évaluer avec précision, ni dé-

* ORSAS (Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine) - Centre culturel des prémontrés, 54700 Pont-à-Mousson.

terminer finement ce qui influence cette tendance. Devant cette préoccupation des gens de terrain, un groupe de travail s'est constitué au sein de l'Observatoire régional de la santé de Lorraine afin de procéder à un examen plus systématique du phénomène ; d'ébaucher une typologie des comportements des jeunes consommateurs dans une optique finalisée, c'est-à-dire afin de proposer aux différents intervenants possibles des éléments de réflexion pour une stratégie préventive et un message éducationnel plus pertinent.

En premier lieu, je voudrais souligner que ce travail est issu de la rencontre de partenaires divers préoccupés à un titre ou à un autre par le phénomène de l'alcoolisme. Evoquons tout d'abord les universitaires experts en alcoologie. Je citerai le Professeur Baruccand (Faculté de médecine), l'INSERM — l'Unité U 115 et notamment les travaux consacrés à la santé des adolescents par M. D'Houtaud. En second lieu, il faut mentionner la présence d'organismes de lutte contre l'alcoolisme ; les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, la Délégation régionale du C.N.D.C.A.¹ ; les services de santé scolaire chargés de promouvoir la santé des jeunes scolarisés et les services médicaux de l'académie de Nancy-Metz. L'articulation avec les professionnels de santé hospitaliers et libéraux est assurée en la personne du Président régional des associations de formation médicale continue de Lorraine.

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie descriptive menée en milieu scolaire, visant à analyser la consommation déclarée et le comportement des jeunes vis-à-vis des boissons comportant ou non de l'alcool. L'échantillon est confectionné par un tirage au sort à deux degrés : le premier degré est constitué du répertoire de l'ensemble des établissements scolaires de l'enseignement public, le second degré est composé des classes concernées au sein de ces établissements.

La population retenue est formée des élèves des classes de première (cycle long), de cinquième, d'années d'examen du Certificat d'aptitude professionnel et du Brevet d'enseignement professionnel. Une extension de l'étude dans les lycées agricoles, selon une procédure très similaire, a pu être menée auprès d'élèves préparant le

1. Comité national de lutte contre l'alcoolisme.

Brevet d'enseignement professionnel agricole et le Certificat d'aptitude professionnel agricole.

Le recueil des données nécessaires s'effectue grâce à un questionnaire testé préalablement. Signalons que les établissements ayant été visités pour le test sont exclus par construction du tirage au sort. Le questionnaire a été testé sur plus de 500 élèves de tout niveau.

Le questionnaire prend en compte les éléments d'identification des établissements et des classes, les variables socio-démographiques des élèves en privilégiant celles qui ressortent des travaux consacrés à l'alcoolisation des jeunes et en particulier la dimension familiale et le milieu social.

Les questions concernant la consommation de boissons se présentent sous la forme de tableaux : 18 produits comportant ou non de l'alcool sont répertoriés en lignes. Les colonnes sont réservées à la quantité, à la fréquence de la consommation et aux circonstances de cette dernière. Des choix multiples de réponses sont possibles, toutefois, il a été demandé aux élèves de relever à part la réponse la plus habituelle.

Donc, chaque médecin de santé scolaire se voit attribuer quatre classes de son secteur médical, classes dans lesquelles il recueille l'information, selon une procédure standardisée mise en point lors d'une journée de formation un mois avant le début de l'intervention dans les établissements. Cette journée a rassemblé l'ensemble des médecins de santé scolaire des quatre départements lorrains, soit au total 57. Son objectif était de sensibiliser les médecins à la collecte par des exposés de données épidémiologiques, en insistant sur ce qui fait la spécificité de l'alcoolisme chez l'adolescent, et par l'évocation des structures thérapeutiques et préventives existantes. L'après-midi a été réservé à l'exposé de la méthode d'enquête et des difficultés qu'elle soulève.

Afin d'éviter les biais possibles liés à des périodes d'observation différentes, l'étude s'est déroulée sur une semaine ; du 17 au 23 mars 1986. 295 classes ont été visitées, représentant un effectif de 6 771 élèves. Le cycle long (1^o) représente 1 588 élèves, soit 23,4 % au total. Le cycle court à visée professionnelle, 1 776 élèves, soit 29,3 %

dont 3,9 % en lycées agricoles. Enfin, les élèves de cinquième forment le plus gros contingent avec 3 200 élèves, soit 47,3 %. Le doublement des effectifs de cette classe est délibérément retenu afin de disposer pour les analyses ultérieures d'un effectif de sujets suffisants. Le pourcentage des absents est modeste puisqu'il représente 6,2 % de l'ensemble.

La saisie informatique et l'exploitation statistique ont permis de vérifier en premier lieu la cohérence interne des réponses. Les fluctuations dans les réponses sont d'ampleur limitée.

Le dernier point sur lequel je voudrais insister est que l'ensemble de la démarche découle d'une hypothèse de travail opérationnelle posée a priori. En effet, notre propos n'est pas d'analyser le processus d'alcoolisation des jeunes ni les facteurs de risques qui s'y rattachent, mais plutôt de partir de l'hypothèse selon laquelle il existe des différences de comportement vis-à-vis des boissons alcoolisées ou non qui peuvent être rattachées à des variables identifiables par les intervenants de terrain et ceci à partir de structures existantes.

L'ambition de cette étude est de déterminer, par l'analyse descriptive, des « biotypes » éventuels de jeunes consommateurs et de procéder soit sur un ensemble cohérent soit sur des sous-groupes à un rapprochement de variables d'identification qui peuvent être le niveau scolaire, le type de filière de formation et/ou le type d'établissement.

Ce rapprochement est un préalable à l'élaboration d'une stratégie préventive. Il s'agit, en partant de l'observation, de délimiter des objectifs préventifs discriminatifs et finalisés. Dans certains cas, il peut s'agir d'éviter une consommation excessive d'alcool chez certains jeunes, dans d'autres cas, de retarder l'âge moyen d'un comportement d'acquisition des jeunes, voire pour certains de dégager un message éducationnel positif en faisant la promotion des boissons non alcoolisées. Le message ne doit pas uniquement se concentrer sur les élèves mais peut toucher un autre public (les enseignants par exemple).

La segmentation sociale des filières d'enseignement autorise à penser que l'intervention à venir ne se limite pas exclusivement aux

seuls services de santé scolaire. En effet, les sous-populations sont suffisamment homogènes du point de vue de la répartition par sexe, âge, milieu social et zone d'attraction des établissements. On peut donc espérer se servir des observations menées au niveau scolaire pour identifier spatialement des pôles d'alcoolisation : la consommation des élèves étant un révélateur indirect de la consommation générale, notamment du milieu familial. Cela suppose le relais d'autres acteurs de terrain pour compléter la démarche, ce qui devrait se faire avec d'autant plus de facilité qu'ils sont déjà en partie intégrés dans ce travail.

**REFLEXIONS SUR LA PREVENTION DE L'ALCOOLISME
CHEZ LES JEUNES
A PARTIR DE L'OBSERVATION
DE TROIS ACTIONS MENEES A LORIENT**

*H. BRUN **

L'alcoolisme dans la ville de Lorient est un problème de santé publique. C'est pourquoi nos actions de soins de santé primaire prennent toujours ce facteur en compte.

Outre les statistiques qui placent notre ville en bonne position de mortalité par alcoolisme, on remarque quelques éléments tels qu'une tolérance de l'ensemble de la communauté face à l'alcoolisation excessive, une alcoolisation des jeunes plus précoce de deux ans par rapport à la moyenne nationale, l'importance de phénomènes culturels propres à la région, le fatalisme de certains acteurs de prévention.

**POURQUOI TENTER DE PREVENIR L'ALCOOLISATION
EXCESSIVE A L'ADOLESCENCE ?**

Depuis quelques années, l'accent est mis sur les effets pervers de telles actions, et le risque auprès de certains adolescents qui « se vivent négativement » vient de nous être rappelé par le Professeur Jeammet.

* Médecin - Centre médico-scolaire - Rue Bourke, 56100 Lorient.

Cependant, la morbidité, la mortalité, la délinquance et ses épi-phénomènes aggravés par l'alcool, sont suffisamment importants pour nous imposer d'agir. Par ailleurs, il n'est pas non plus exclu qu'une prévention efficace à l'adolescence puisse éliminer l'alcoo-lisme de l'adulte.

Les actions que nous allons citer ne le sont que pour aider à la réflexion, et ne sont absolument pas représentatives de tout ce qui se fait en la matière. De plus, vous le verrez, elles ne portent pas toutes sur l'alcool.

Ces actions se situent dans un contexte, avec un programme de prévention à l'école élémentaire en cours de réalisation et d'évalua-tion (non dépourvu de risques également), des actions en entreprises auprès des adultes, les campagnes nationales et régionales du CFES (sensées nous servir de support ?).

Action I — dans un lycée

Quelques jeunes filles, en classe de 1^{re} (certaines en sont à leur deuxième redoublement) se posent la question suivante : « pourquoi notre groupe de copains se saoule-t-il tous les week-ends ? Pourquoi, malgré notre désir d'arrêter cette conduite, recommence-t-on toujours ? ».

C'est la question posée au médecin scolaire au mois de no-vembre. Il est décidé de travailler ensemble.

Objectifs (du médecin) :

- aider ces jeunes filles dans leur réflexion ;
- susciter le débat dans leur bande de copains ;
- changer le comportement de la bande.

Moyens :

- Le petit groupe (4 à 6 adolescentes) se réunit, sous l'impulsion et la stimulation du médecin : 6 réunions avec le médecin, environ trois fois plus de réunions des jeunes seules — de novembre à mai ;
- Mai :
 - . présentation de ces réflexions aux professionnels de santé et sociaux scolaires de Bretagne, au cours d'une semaine d'information sur l'alcoolisme ;
 - . découverte d'une autre manière de boire (dégustations...) ;
 - . « aide » à la scolarité pour une des jeunes filles : le médecin scolaire donne aux enseignants une autre vision de l'élève à travers ce travail.

Bilan :

- L'année scolaire suivante devient plus « sobre » pour ces jeunes filles qui se détachent de leur bande ; certains individus de celle-ci ont été brièvement interpellés par leur réflexion, sans plus ;

- elles obtiennent leur baccalauréat (alors que pour certaines leur scolarité paraissait compromise en 1^{re}). Cette réflexion les ont aidées à mûrir.

Action II — dans un quartier

Contexte :

Une réflexion sur la santé est engagée depuis plusieurs mois dans la ville. Des films et débats sur l'alcool ont eu lieu dans les quartiers et des écoles, touchant plus de 600 adolescents, ainsi qu'une enquête touchant 10 000 jeunes.

1) **Des adultes** ayant des responsabilités auprès de structures touchant les jeunes (maisons de quartiers, écoles, clubs sportifs, police...) se réunissent pour mettre en commun leurs efforts pour combattre l'alcoolisme des jeunes.

2) **Des jeunes du quartier** où a lieu la réunion arrivent dans le but de perturber son déroulement. Une discussion, ébauche de dialogue, se déroule pendant plus de deux heures entre les adultes et ces jeunes (buveurs excessifs pour la plupart). Ils s'affrontent sur l'alcool, le pourquoi, les responsabilités de chacun devant ce problème...

Pour approfondir, il est proposé à ces jeunes de se retrouver plus tard pour travailler avec d'autres jeunes, avec pour support un sociodrame qui sera filmé.

3) Huit jours plus tard, une bonne partie de la « bande » est présente, ainsi que d'autres jeunes amenés par l'animateur. Ces jeunes, entre autre, s'occupent du matériel vidéo.

Le sociodrame a lieu. Beaucoup d'agressivité, voire de violences.

Le film échoue (raisons matérielles).

Bilan :

Aux rendez-vous suivants, les jeunes de la « bande » ne sont plus présents. Ils n'ont pas modifié leurs habitudes

Action III — le même quartier, la même bande de jeunes, plus tard...

Cette action ne concerne pas l'alcool. La bande s'est modifiée ; certains (environ 60) utilisent, en plus de la bière, des solvants. Les « âmes charitables » s'en inquiètent (collège, médecin scolaire, travailleurs sociaux, généraliste, habitants du quartier...) ainsi que les autres jeunes de la bande. La municipalité sort un arrêté interdisant la vente de colle à rustines aux mineurs ; elle déclare avoir fermé les caves où les jeunes s'adonnent à ces néfastes activités... Cela a duré plus de 6 mois.

- **En septembre** : un jeune « sous colle » se tue à cyclomoteur.

- **En octobre** : des jeunes sniffent dans les sapins en face de la Maison de quartier et interpellent les animateurs.

« Sous colle », des jeunes saccagent la Maison de quartier.

Le directeur porte plainte.

- **En novembre** : une lettre est envoyée à chaque jeune de la bande et une autre à leurs parents. Il s'agit d'une invitation à se réunir pour résoudre le problème des solvants.

- **Mi-décembre** : une réunion « adultes », une réunion « jeunes » posent le problème de la toxicité des solvants. L'ensemble tombe d'accord pour tenter de résoudre le problème par les activités évoquées ci-après.

Plusieurs rencontres ont lieu, adultes, jeunes, professionnels sanitaires et sociaux, municipalité... Simultanément, la police commence son enquête.

- **Janvier à mai** : un stage de trois jours sur « sport et violence » animé par des spécialistes.

Les rencontres se poursuivent.

Réalisation d'un film par des gens du quartier, avec le soutien de professionnels : sur la réputation du quartier, la prise de solvants.

- **Mai** : débat public dans le quartier autour du film (120 personnes présentes un jour de coupe de football retransmise à la télé).

- **Mai-juin** : quatre cassettes du film dupliquées, passent de famille en famille sur les magnétoscopes.

Bilan en septembre :

1 - Au début, on estime à 40-50 le nombre de jeunes qui se « colent » journallement ;

- après la première réunion, on estime à 25 le nombre de consommateurs journaliers ;

- fin mai : 5 consommateurs réguliers (dont trois venus d'une autre partie du quartier).

2 - Des rapports nouveaux ont été créés entre certains jeunes et adultes, dans des familles, entre certaines familles.

3 - L'année suivante, l'animateur, moteur de l'action, n'est plus là ; le médecin scolaire est moins présent. On parle à nouveau de prise de solvants...

Remarque : Dans cette action ont participé :

- les habitants du quartier ;
- le collège ;
- les animateurs du quartier ;
- l'assistante sociale du quartier ;
- la justice ;
- la police ;
- la santé scolaire ;
- la municipalité...

L'OBSERVATION DE CES TROIS DEMARCHES MET EN EVIDENCE QUELQUES POINTS IMPORTANTS

Tout d'abord, dans les deux actions « **efficaces** », on note :

1 — Une motivation forte : la demande est venue des jeunes eux-mêmes, soit de manière explicite (action I), soit de manière détournée (là où certains ont vu une provocation, les animateurs ont décelé un appel désespéré).

2 — La reconnaissance par le monde adulte de leur existence propre. Ils sont écoutés et entendus, et sont des partenaires à part entière et indispensables de l'action :

Action I : au cours de leur participation à un débat de professionnels sur l'alcoolisation des jeunes ;

Action III : dès le début, avant même l'envoi de lettres individuelles, les jeunes étaient partenaires de l'action. La personnalisation de la convocation a confirmé leur responsabilité, ainsi que la première réunion officielle où le choix de travailler ensemble, le choix d'un calendrier, le choix des outils ont été discutés.

3 — Une réévaluation de l'estime de soi

Action I : au cours du débat de professionnels, c'est la présentation des jeunes qui a suscité le plus d'intérêt (deux heures de discus-

sion entre 4 jeunes et 80 adultes) ; le passage en terminale « aidé » pour l'une d'entre elles a été très efficace de ce point de vue.

Action III : la rumeur, voire la mémoire collective tend à dévaloriser ce quartier qui se découvre sous un jour beaucoup plus beau, grâce au film. L'image du quartier et de ses habitants est alors modifiée, autant auprès d'eux-mêmes qu'auprès d'autres communautés de la ville.

4 — Une action éducative positive

Action I : l'alcool est toujours banni dans nos actions. Ici, les jeunes filles l'ont découvert sous un jour nouveau grâce aux dégustations.

Action III : le stage « sport-violence » a mis en relief les comportements positifs des jeunes, ainsi qu'une autre utilisation de leur agressivité. Si l'on savait qu'il s'agissait de supprimer la prise de solvants, il n'en a été question que très peu souvent dans le déroulement du travail, et uniquement comme le symptôme de quelque chose de plus profond.

5 — Des outils adaptés au groupe

Action I : il s'agissait d'une démarche très intellectuelle et d'un débat qui allaient très bien à des jeunes filles en section littéraire. La dégustation de vin correspond aussi à leur milieu social.

Action III : - le stage « sport-violence » avait deux objectifs : l'étude de l'agressivité dans le groupe, et amener ces jeunes à une pratique sportive (ils n'utilisent pas les possibilités existantes) ;

- le film leur permettait une réalisation de qualité, alors qu'ils ont la réputation de n'être bons à rien ;

- étant donné l'importance de ces deux activités, il a été fait appel à des professionnels.

En comparaison, on peut noter dans l'action n° II :

1 — une motivation artificielle, car venant surtout des professionnels de l'éducation ;

2 — une discussion et non un dialogue avec les adultes. Les jeunes ne vont pas au bout de leur pensée (« ... on ne va pas le dire à ces gens-là ! »). Ils ne sont pas partenaires, mais cibles.

3 — l'apparition d'autres jeunes « clean », amenés par l'animateur, utilisant l'appareil vidéo, les a encore dévalorisés ;

4 — l'excès d'alcool à combattre était la seule préoccupation. Même si l'outil fait appel à la participation des jeunes, il entre là dans le cadre d'une « approche traditionnelle de l'éducation pour la santé » (selon la classification de F. Baudier).

5 — le choix de l'outil (socio-drame filmé) est fait par l'animateur, en fonction de ses compétences propres et du sujet alcool. Les difficultés techniques mettent en évidence un côté « amateur » de l'éducation pour la santé.

L'efficacité des actions est donc directement liée à la participation réelle des adolescents, dès le début du processus, et à la reconnaissance de leurs idées, sentiments et besoins. C'est pourquoi le travail accompli n'est pas focalisé sur l'alcool ou la drogue, mais apporte des solutions au niveau individuel, du cadre de vie, de la vie de groupe et engendre des interventions auprès d'institutions, de commerçants, etc. Dans ce cadre, les professionnels ont agi en tant que partenaires, et non pas de façon autoritaire.

Pour l'action III, l'ensemble du tissu social a participé à l'action, du voisin de palier jusqu'à la police et la justice qui ont accepté de mener leur enquête et d'adapter leurs décisions en fonction des dates et objectifs de l'action... Cela a-t-il eu une influence sur l'alcoolisation des jeunes ? Probablement un peu, étant donné le changement de comportement de certains. Mais pas autant que sur la prise de solvants, qui était notre objectif. Si ce dernier avait été la diminution de

prise d'alcool, l'action n'aurait pu à ce moment-là être communautaire, car il n'y avait pas de demande, ni de consensus sur le sujet.

Pourtant, des actions communautaires sont possibles (il en existe...) à propos d'alcoolisme. Mais pour cela, l'alcool ne doit pas être rejeté, mais montré sous son angle positif ; c'est possible, à partir de son rôle dans la société (sacralisation au niveau religieux, fonctions sociales, culturelles... de l'alcool). Par ailleurs, il faut être à l'écoute de la population, et être disponible pour pouvoir discerner les demandes et y répondre. Ces demandes existent, comme dans notre exemple sur les solvants. Mais nos structures sanitaires sont mal adaptées, ou mal préparées, pour pouvoir y répondre.

En outre, ces trois observations permettent d'entrevoir quelques principes qui devraient gouverner des actions de prévention primaire, visant un public plus large, de type informatif, que ce soit au niveau national, régional, ou local.

Globaliser la santé, et non focaliser sur l'alcoolisme, valoriser les images positives de l'alcool, respecter les individus alcooliques. Sinon, on peut s'attendre à des effets pervers au niveau des adolescents, des enfants et de leurs familles alcooliques. Une campagne tous azimuts, même si elle ne vise pas une population déjà atteinte, doit tenir compte de cela (que penser de l'impact que la campagne « Un verre ça va... », destinée à un public potentiellement à risque et non alcoolique, a pu avoir chez les enfants de familles alcooliques ?).

C'est à partir de ces réalités que l'on peut espérer que ces campagnes auront un véritable effet de sensibilisation, pour aider les actions communautaires. Car seules celles-ci permettent un travail en profondeur, étant donnée la diversité des groupes sociaux représentés sous le vocable « adolescents ».

LES JEUNES, ACTEURS DE LEUR PREVENTION

**Action de prévention liée aux phénomènes d'alcoolisation
menée au lycée professionnel de Tinténiac (Ille-et-Vilaine)
au cours des années scolaires 1984/1985 et 1985/1986
par l'équipe-relais du lycée et par Alcool-Info de Rennes**

*A. QUEMENEUR *, F. GUIBOURGE ***

HISTORIQUE ET DEROULEMENT DE L'ACTION

Les premiers contacts avec le lycée professionnel de Tinténiac remontent à 1982.

A cette époque, l'assistante sociale s'était mise en relation avec nous, car le problème d'alcoolisation des jeunes y était important. Le constat en avait été établi à la suite d'un travail mené dans le cadre de la zone d'éducation prioritaire. Elle désirait nous rencontrer pour réfléchir sur le type d'action de prévention qui pourrait être envisagé. Une réunion fut organisée avec le conseiller d'éducation et deux infirmières pour analyser la situation. Le lycée professionnel reçoit 400 élèves dont près de 300 internes. Le lycée est situé à 35 kilomètres de Rennes, à l'écart du bourg. Le recrutement des élèves se fait sur toute la Bretagne. Ils viennent y préparer des C.A.P. et B.E.P. liés à l'industrie automobile. Il y a une grande majorité de garçons, peu de filles.

Nous pensions qu'il était important d'impliquer les adultes en tant qu'éducateurs responsables et les jeunes dans une action de pré-

* Conseiller d'éducation.

** Animatrice de l'association Alcool-info - 26 bis, quai Duguay-Trouin, 35000 Rennes.

vention. Avant de fixer une deuxième réunion de travail, l'idée devait être proposée pour avis au chef d'établissement. La situation est restée bloquée pendant deux ans.

En 1984, une nouvelle demande nous était adressée par la même équipe. Le proviseur qui venait d'être nommé avait donné son accord à condition d'être tenu au courant du déroulement de ce qui aurait été entrepris.

Il a été décidé de construire un vidéogramme avec un petit groupe d'élèves dans le but de le retransmettre aux autres élèves et aux adultes de l'établissement.

ANNEE SCOLAIRE 1984/1985

I — Le projet

*** Objectifs poursuivis**

. Arriver à ce que les adultes, à tous les niveaux de responsabilités, puissent réfléchir à la signification de cette alcoolisation collective :

- par rapport au fonctionnement de l'établissement ;
- pour chaque jeune dans sa trajectoire personnelle.

. Permettre aux jeunes de se questionner par rapport à leur propre alcoolisation.

*** Méthodologie**

. **Première phase** : Travailler avec un petit groupe d'élèves servant de moteur à l'action. Nous avons donc choisi la réalisation d'un vidéogramme.

. **Deuxième phase** : Retransmission, par les jeunes eux-mêmes, de leur réalisation aux autres élèves de l'établissement.

. **Troisième phase** : Retransmission aux adultes du lycée professionnel afin de permettre le questionnement des adultes, dans le cadre d'une journée de réflexion.

II — Réalisation

*** Construction du vidéogramme**

Constitution du groupe : Le conseiller d'éducation a formé un groupe de quinze jeunes intéressés par la vidéo dont une partie participait à un club de rencontres dans le lycée. La composition du groupe fut la suivante : 8 filles et 7 garçons (4 en sellerie, 2 en peinture, 4 routiers, 2 vendeurs magasiniers, 3 en tapisserie).

Nous avons fixé ensemble un rythme de rencontres : tous les mercredis de novembre à fin avril de 19 heures à 21 h 30.

*** Objectifs**

Nous nous étions fixés quatre objectifs dans cette phase de réalisation :

- favoriser une meilleure communication entre jeunes et adultes ;
- mener un projet jusqu'au bout avec ces jeunes ;
- valoriser des adolescents dits difficiles et instables ;
- rendre les jeunes acteurs de leur prévention. Le vidéogramme est leur réalisation.

Nous avons enregistré au magnétophone les deux débats, point de départ et d'appui de ce travail.

Travail avec le groupe :

Nous sommes partis d'un questionnaire regroupant une quarantaine de questions autour des thèmes : alcool, sexualité, avenir.

Les deux séances suivantes ont été consacrées à la construction d'un scénario et à l'utilisation du matériel vidéo. Le scénario s'est articulé autour de trois sujets : parents — école — évasion.

Nous avons utilisé ensuite plusieurs méthodes pour imaginer ces différents thèmes.

Nous nous sommes servis des techniques du théâtre de l'Opprimé (Auguste Boal) pour leur permettre d'exprimer leurs idées d'une façon concrète. Une partie d'entre eux, après une mise en route par quelques jeux, a interprété différentes scènes sur la communication adultes/jeunes pendant que d'autres filmaient.

Sur le thème de l'évasion, nous sommes allés à Saint-Malo toute une journée, avec l'accord du chef d'établissement et des familles. Ils ont filmé tout ce qui concernait la bande. L'un d'entre eux avait très précisément préparé image par image ce qu'ils voulaient montrer.

L'étape suivante a été le tournage des scènes au lycée : ateliers, internat, réfectoire, cour.

Nous sommes rentrés alors dans une phase difficile, la préparation du montage. Il fallait visionner toutes les bandes et sélectionner les images en fonction du scénario, mais d'une façon très précise.

La dernière phase de la construction : le montage, a été réalisée à Vannes. Trois jeunes du groupe, choisis par l'ensemble, ont participé au montage du son et de l'image, avec l'autorisation des parents.

Fin avril, le film « Fausse identité », réalisé par quinze jeunes d'un lycée professionnel breton, était achevé.

III — Evaluation

*** Au niveau des jeunes**

Cette expérience leur a permis, en toute liberté, d'exprimer leurs difficultés et leurs aspirations. Ils souhaitent essentiellement qu'un dialogue véritable s'instaure entre eux et les adultes, aussi bien dans le milieu familial que scolaire.

Les résultats scolaires, les loisirs, les sorties avec les copains, parfois alcoolisées, le samedi et le dimanche, en fournissent souvent l'occasion qui n'est que trop rarement saisie.

Dans le cadre que nous avons mis en place avec eux, ils se sont sentis pris au sérieux, entendus et reconnus, précisément par des

adultes. Ils en ont retiré une valorisation certaine qui s'ajoute à la satisfaction d'avoir mené jusqu'à son terme leur projet.

La majorité d'entre eux a pris des responsabilités l'année suivante dans la vie de l'établissement.

*** Au niveau des adultes**

Une équipe-relais s'est constituée officiellement. En travaillant régulièrement avec elle, nous avons pu établir un échange sur un certain nombre de points : la conception de la prévention — l'éducation — les rôles des uns et des autres. Ceci a instauré une relation de confiance de part et d'autre, facilitant le travail avec les adolescents.

IV — Perspectives

En septembre, nous avons organisé une réunion d'information pour tout le personnel. Douze personnes sont venues : professeurs d'atelier, de gymnastique, documentaliste, secrétaire. Nous avons expliqué l'action qui avait été entreprise. Pour beaucoup, une mise au point a été nécessaire, car ils n'avaient pas bien compris ce qui s'était passé. Nous avons été écoutés, interrogés et certains adultes se sont proposés pour encourager les élèves et soutenir l'équipe relais. La documentaliste a fait la réflexion suivante : « Vous êtes arrivés à faire avec eux ce que nous n'arrivons pas à obtenir. Vous êtes arrivés à ce qu'ils poursuivent une action, à les faire écrire, s'exprimer, utiliser un matériel vidéo, construire un document et passer une information ».

Nous nous sommes également retrouvés, à trois reprises, avec l'équipe relais (le conseiller d'éducation, l'assistante sociale, l'infirmière d'établissement et le groupe d'élèves actifs de l'an dernier) pour construire un nouveau projet qui a été présenté au Comité de promotion de la santé.

I — Projet

Les objectifs poursuivis demeurent les mêmes que dans le précédent projet, qu'il s'agisse des jeunes et des adultes de l'établissement.

* Méthodologie

Première phase

. Favoriser la démarche d'un groupe de dix élèves (constitué l'an passé autour de la réalisation d'un vidéogramme) souhaitant poursuivre cette année une action de prévention plus étendue et plus importante auprès d'autres élèves de lycée professionnel.

Deuxième phase

. A partir de cette demande, création par le groupe d'élèves d'un projet visant à sensibiliser un plus grand nombre d'élèves et d'adultes dans l'établissement.

. Constitution de trois ateliers d'expression :

- vidéo (réalisation d'un vidéogramme) ;
- écriture collective (réalisation d'une affiche et d'une plaquette) ;
- théâtre (réalisation d'un théâtre forum).

Troisième phase

. Semaine de sensibilisation : retransmission des travaux à l'ensemble de l'établissement.

* Diffusion de l'information relative au projet dans l'établissement

Pour faire connaître ces projets aux élèves pouvant être intéressés par l'un ou l'autre des ateliers, le groupe moteur de l'an dernier a utilisé deux moyens :

- Le passage de la cassette réalisée l'an dernier, « Fausse identité », à un certain nombre de classes, à la suite duquel ils présentaient les différents ateliers.

- La réalisation d'un texte qu'il a affiché dans tous les endroits stratégiques de l'établissement, invitant tous ceux qui le voudraient à les rejoindre :

FAUSSE IDENTITE

Avec un groupe de 15 élèves et l'aide des animateurs d'ALCOOL INFO, nous avons réalisé un film pour faire comprendre aux adultes ce que peuvent devenir les jeunes à cause de leur incompréhension et montrer que nous sommes capables de conduire un travail jusqu'au bout.

C'est une preuve que nous existons, que nous sommes capables de réaliser quelque chose, cette chose, c'est le pont qui manquait pour dialoguer avec le monde des adultes.

C'est pourquoi nous souhaitons que le maximum de personnes du lycée professionnel puisse voir le film et s'en serve comme outil de discussion pour mieux nous accepter et nous comprendre.

Nous n'allons pas en rester là, nous avons des projets pour cette année, nous comptons sur beaucoup d'entre vous pour augmenter notre effectif.

II — Réalisation et évaluation de chaque atelier

*** Vidéo « Pile ou face »**

Le groupe Vidéo était composé d'une quinzaine d'élèves, plus jeunes que ceux de l'année précédente.

a) REALISATION DU PROJET

Il s'est déroulé suivant quatre phases :

- . Première phase : Discussion, élaboration d'un scénario ;
- . Deuxième phase : Initiation à l'utilisation du matériel ;
- . Troisième phase : Tournage ;

. Quatrième phase : Montage.

Le scénario s'est articulé autour de la place qu'occupent les week-ends dans leur vie. Elle est d'autant plus importante que, durant la semaine, ils sont internes.

Les scènes concernant les relations parents/enfants ont été tournées dans l'appartement de l'infirmière. Les patrons d'un café et d'une boîte de nuit de Tinténiac ont accepté, sans difficulté, de nous laisser filmer dans leur établissement.

Le film a été projeté à Saint-Malo dans le cadre des manifestations de clôture de l'opération « Bouteille, Hop !, Concours choc ».

b) BILAN DES ANIMATEURS ET DE L'ÉQUIPE-RELAIS

L'équipe-relais a assuré sa tâche de coordination, même si des difficultés mineures sont apparues de temps à autre.

Néanmoins, il est clair que le projet a totalement été pris en charge par une équipe extérieure à l'établissement.

L'étape ultérieure devrait voir s'investir davantage l'équipe-relais. En effet, les différents ateliers proposés changeraient totalement de statut s'ils étaient au moins co-animés par les adultes relais du lycée. Ils deviendraient du même coup une activité propre à l'établissement et l'on éviterait ainsi la clandestinité.

* **Ecriture collective** (synthèse de Yann Le Pennec, animateur de cet atelier)

a) REALISATION DU PROJET

Il s'agit, en utilisant le procédé de la feuille tournante (chaque participant a une feuille sur laquelle chaque membre du groupe écrira tour à tour) de permettre de s'exprimer, en assurant une sécurité préalable à toute liberté d'écrire, c'est-à-dire de mettre la production individuelle à l'abri de tout jugement, qui rappellerait évidemment la position scolaire.

Nous ne rapporterons pas ici la production des élèves qui aurait pu faire l'objet d'une présentation de textes. Une telle hypothèse ne peut être posée qu'au cours des séances puisque présentée comme attente initiale des promoteurs de l'atelier. Elle représenterait une forme de contrainte contraire à la recherche de la liberté d'écrire.

Si les adolescents y ont trouvé un intérêt et un plaisir certains, marqué par les phases habituelles propres à tous les groupes, le travail s'est trouvé largement hypothéqué par les conditions dans lesquelles il se déroulait : conditions matérielles peu favorables, difficultés d'organisation et d'information des séances, poids du malaise existentiel de ces jeunes qui se sentent voués à l'échec.

Les thèmes évoqués dans leurs critiques ne différaient guère de ceux de tous les autres groupes, avec une tonalité particulière concernant la sexualité. Le peu de séances effectuées, le fait que la composition du groupe ait été à chaque fois différente n'a pas permis de dépasser le stade « défouloir » nécessaire qui permet progressivement d'accéder à l'émotion et à la fantaisie,... à la poésie.

Au cours de différentes propositions de démarrage, le potentiel imaginaire du groupe s'est polarisé sur le thème de la loi, des études et de l'avenir, de la vie à Tinténiac..., de la fréquentation des cafés et de la cuite du mercredi.

b) EVALUATION

S'il fallait énoncer un résultat, celui-ci se réduirait à un constat : sur les rapports entre les adolescents et les adultes dans l'institution scolaire et à l'incapacité manifeste des derniers à établir un dialogue avec des futurs citoyens considérés, par principe, comme incapables d'organisation et d'expression collectives et réduits, le plus souvent, à un statut d'individu auquel on n'accorde une véritable reconnaissance qu'à partir des « problèmes » qu'ils peuvent présenter.

Cette disponibilité des adultes aux problèmes psycho-affectifs et familiaux des élèves est sans doute importante, mais elle présente l'inconvénient d'évacuer la prise en compte des problèmes « sociaux » des jeunes dans les institutions scolaires en particulier et reconnaître en eux et à chaque instant de futurs (et déjà) citoyens.

*** Théâtre forum (synthèse de Mado LE PENNEC, animatrice de cet atelier)**

Le Théâtre de l'Opprimé entrainait donc dans ce projet comme outil, le théâtre n'étant pas utilisé comme une fin en soi, mais comme un langage pour exprimer quelque chose.

a) REALISATION DU PROJET

Un théâtre forum a été monté, réalisé et joué par une quinzaine d'élèves, notamment de la classe des vendeurs magasiniers.

Dès les premières répétitions, le Théâtre Image a fait émerger un des facteurs de cette escalade à l'alcool, c'est-à-dire : l'ennui, la passivité, l'image que les adultes leur renvoient d'eux-mêmes. Ce qui fait dire aux jeunes : « d'accord, on n'est pas des adultes, mais des adolescents bien avancés... Si vous nous donniez un peu d'autonomie, on ne serait pas des enfants. Si on ne nous prenait pas pour des mômes, on réagirait comme des personnes adultes, on se sentirait responsable ».

L'histoire, mise en scène, est l'histoire d'un échec qu'ils ont subi l'année précédente : une demande au Conseil d'établissement de disposer différemment de l'espace qui leur est attribué, cet espace se réduisant à un préau gris et sinistre en hiver, une cafétéria de quelques mètres carrés, une salle de ping-pong, style débarras,...

Le personnage représentant les élèves propose au Conseil que les terminales puissent avoir les clefs de leur chambre dans la journée pour s'y reposer, y travailler, avoir un lieu à soi, argumentant par ailleurs que certains jours, la classe des vendeurs magasiniers se lève à 7 heures, mais n'a pas cours avant 11 heures et se retrouve alors au café du bourg, seule distraction pour passer le temps.

Dans cette scène, les objections furent selon les préoccupations ou intérêts des personnages représentant le proviseur, l'intendant, les surveillants, professeurs...

« Comment voulez-vous qu'on vous fasse confiance, la saleté, la casse, les vols ?... ».

La pièce se termine par une scène dans le dortoir où l'on retrouve la joyeuse équipe désœuvrée à 21 h 30 jouant leur rituel du coucher : les bougies, les conserves, les cigarettes sortent de dessous les lits, la fête commence, le chahut s'entend. Une surveillante arrive, elle n'a aucun pouvoir sur les élèves et se fait relayer par un surveillant.

Le Forum a été joué pour les élèves du lycée professionnel de Tinténiac et de deux autres lycées de Rennes.

b) EVALUATION

Qu'en est-il ressorti ? L'enjeu des clefs n'a été qu'un prétexte à montrer l'enfermement dans l'espace clos impénétrable du monde réel, l'interdiction quasi-permanente de prendre la moindre initiative ou de proposer la moindre innovation, les erreurs des élèves maintenus dans l'ignorance par les adultes, la violence dans laquelle ils sont enfermés.

Pour les élèves acteurs, le projet mené à terme les a, non seulement valorisés, mais aussi leur a permis de rompre avec un mode d'expression agressif : avoir les clefs des chambres, cela signifiait de s'interroger sur des questions comme : l'auto-organisation des jeunes, leur responsabilité, leur rôle de sujet et non d'objet, l'apprentissage d'une certaine discipline, le respect du travail des autres, le ménage, etc.

Le Théâtre Forum leur a peut-être permis, pour un temps, d'échapper à l'infantilisation de leurs conduites dès lors qu'ils n'ont plus un statut d'incapables.

Il aurait fallu plus de temps pour jouer et rejouer ce forum afin que les jeunes puissent développer au fur et à mesure leur créativité, leur rôle de sujet : Acteur de leur vie commune, Acteur au théâtre.

Il faudrait aussi mesurer quelle réponse est faite dans la réalité aux questions que ces jeunes soulèvent. La solution la plus facile ne reste-t-elle pas le café de Tinténiac ?

III — Conclusion et perspectives

Si l'alcoolisation a été le point de départ qui a permis d'organiser ces trois ateliers, les thèmes qui ont été évoqués sont beaucoup plus larges puisqu'ils ont trait aux relations avec les adultes (les parents dans le vidéogramme, le personnel éducatif dans le théâtre forum).

Ainsi, en leur offrant la possibilité de s'exprimer, ces ateliers ont permis aux adolescents qui en ont été les véritables animateurs, de mieux se situer face au monde des adultes. Peut-être cela les a-t-il aidés aussi à mieux y trouver leur place. N'est-ce pas là l'objectif d'une prévention qui se voudrait globale ?

Il était prévu de rédiger un Projet d'action éducative pour l'année scolaire 1986/1987 qui tienne compte de tous ces éléments.

Cela n'a pas pu se faire, le nouveau chef d'établissement a préféré se donner un an avant d'entreprendre des projets. Normalement, avec son accord et celui du Conseil d'établissement, un P.A.E. devrait être voté pour l'année scolaire 1987/1988.

PREMIERS ELEMENTS POUR UNE ANALYSE INTERNE - Alain QUEMENEUR, Conseiller d'éducation

L'internat qui accueille la grande majorité des élèves, véritable amputation du corps social, amplifie fortement le phénomène.

Un internat scolaire n'est pas une institution totalitaire, car il ne prend pas en charge **toute** la vie d'un individu pendant une longue période. Il est l'organisation de séquences d'enfermement sur plusieurs années.

Il est à noter que, quel que soit le libéralisme que l'on voudra bien invoquer pour réfuter cette affirmation, le **dehors** est durant les séquences d'enfermement coextensif au **dedans** : sorties réglementées, extension de la responsabilité de l'établissement, image de

l'école portée à l'extérieur, réactions des populations locales, gendarmes...

Ces séquences d'enfermement créent des relations sociales particulières, internes, caractérisées par le contact conflictuel avec la loi, par des relations d'opposition ou de séduction avec le personnel d'encadrement.

Cette organisation engendre ce que le sociologue américain Goffman appelle, des adaptations secondaires et qu'il définit en ces termes : « Toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser des moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir et partant, à ce qu'il devrait être ».

C'est-à-dire qu'un certain nombre de « dispositions habituelles » telles que le droit de sortie, sont utilisées massivement pour des conduites contraires aux objectifs de l'institution : alcoolisation importante par exemple. Le jeune, coupé de son milieu social habituel, utilise ce que lui fournit l'institution : relative liberté de déplacement, incognito dans une ville où il n'est reconnu que comme membre de l'institution et non comme personne.

Plus que la nette transgression, « l'adaptation secondaire » semble être le concept qui convient pour analyser la forte alcoolisation des jeunes pendant la semaine scolaire.

On n'y rencontre que rarement la marque d'une opposition individuelle à une norme ou à un modèle. C'est dire qu'il s'agit de conduites directement liées au fonctionnement de l'institution et que l'écoute individuelle, le psychologisme de bon aloi, les sanctions disciplinaires se montrent d'une égale pauvreté pour les comprendre et pour les juguler. Le phénomène prend racine dans l'organisation même qui prétend le combattre.

C'est donc sur le terrain de l'organisation de l'institution, de la réalité sociale interne, que se situe l'action entreprise.

Cette action a pour principale ligne de force :

Construire une nouvelle possibilité d'adaptation secondaire et la transformer en espace de liberté.

1 — Nouvelle forme d'adaptation secondaire : du temps pris pour soi grâce à l'institution

Le discours officiel présente l'action comme une éducation pour la santé, une information (peut-être détournée) sur les dangers de l'alcool (ce discours est le seul qui peut être entendu dans un premier temps par l'institution, il permet donc de mettre en place les éléments organisationnels de l'action).

Les jeunes se servent de cette organisation pour être entre eux, pour avoir un nouveau statut (le groupe qui...), de nouvelles possibilités de sortie, des rencontres avec de nouvelles personnes. Un des objectifs de prévention est déjà atteint : la transformation de « l'adaptation secondaire » : fréquentation des bars, ivresse fréquente, en formation d'un groupe ludique et convivial.

2 — Transformation de cette nouvelle adaptation en zone de liberté

D'abord, zone franche hors du contrôle institutionnel, le groupe, dans son évolution, s'est constitué en espace de liberté sous l'action de deux principaux facteurs.

a) L'intrusion de personnes aidantes hors de l'emprise hiérarchique ;

b) Une restructuration de la relation éducative : le jeune ne subit plus un savoir et des techniques, il devient sujet, apporte son vécu comme matériau et l'organise grâce aux techniques mises à sa disposition par les animateurs.

Ce que l'on peut alors appeler « zone de liberté » est de l'ordre de l'instituant. Le jeune devient sujet, utilisateur de l'organisation qu'il transforme et maîtrise au fil de la réalisation du travail.

L'expérience menée à Tinténiac nous permet d'établir un certain nombre de traits caractéristiques du rapport complexe entre école et prévention.

L'institution scolaire a un a priori très défavorable à l'encontre des spécialistes qui développent, hors de son sein, un discours et des pratiques à visées éducatives.

Si elle tolère, du bout des lèvres, la présence secourable et bien intentionnée de l'assistante sociale, elle montre les plus grandes réticences quand il s'agit de mettre en jeu la relation sociale en cela même que ce lien social, dans ce qu'il a d'interactif, est précisément ce que le discours pédagogique s'évertue à occulter.

Or, l'école n'est pas, dans un certain nombre de cas, en mesure d'oeuvrer, ni pour la sauvegarde des personnes, ni pour la prévention de la dégradation d'une organisation sociale, réduite ou étendue.

Ceci pose le problème de la position respective de l'école et de la prévention sociale et tout particulièrement, de la fonction pathogène de l'organisation scolaire en regard de l'action déstabilisatrice d'une intrusion éducative (dont les axes sont strictement inverses aux relations d'autorité établies dans l'institution) perpétrée par des personnes non soumises à la hiérarchie interne.

Il est donc question, pour aborder cette difficulté, de porter un regard sur l'institution sans passer par le crible du discours qui justifie, légitime, cette institution.

L'établissement scolaire est, dans le discours officiel, l'organisation qui permet la transmission de savoirs avec, pour finalités, la réussite individuelle et la reproduction sociale (dans le discours le plus savant).

Dire aussi qu'il est l'organisateur principal d'une partie d'une tranche d'âge donnée relève de l'évidence, mais le lycée professionnel regroupe et organise une fraction marquée par l'échec, l'exclusion, la relégation.

Nous sommes donc face à une double réalité, l'une, revendiquée par le discours pédagogique, l'autre, inscrite dans la pratique sociale. La validité du pédagogique¹ étant considérablement affaiblie, le devant de la scène tend à être occupé par le lien social interne.

**UN CERTAIN IDEE DE LA PREVENTION DE L'ALCOOLISME
« DES JEUNES, ACTEURS DE LEUR PREVENTION »
Florence GUIBOURGE, Animatrice Alcool-Info Rennes**

Ces jeunes que nous avons rencontrés sont, pour la plupart, en situation d'échec.

L'utilisation de l'alcool semble être le symbole de la rencontre des groupes des internes du lycée. Elle aurait alors pour fonction de manifester, à travers ses excès et ses répétitions, le malaise collectif de ces jeunes face à un lieu de vie qu'ils n'ont pas choisi pour la majorité d'entre eux et qui ne les prend pas en compte.

Pour certains, l'alcool a également une autre fonction : peut-être celle de combler un imaginaire en leur donnant l'illusion de la maîtrise de leur espace interne.

Conscients de cela, nous ne voulions pas nous focaliser sur le produit, sur une information, mais notre conception de la prévention est davantage liée à la découverte des potentialités créatrices latentes, mais occultées de ces adolescents et à l'identification du groupe de pairs.

Il nous paraissait alors important que les jeunes soient les moteurs du projet, qu'ils puissent le mener à terme en étant acteurs (acteurs de leur santé), les adultes se situant comme des techniciens proposant des outils, garantissant un cadre.

1. On peut parler d'une double disqualification des savoirs : en amont, à l'origine de l'échec, de la fracture, en aval, par le peu de crédit accordé à une éventuelle réussite sociale qui leur en serait redevable.

En étant acteur, le jeune peut trouver une source de revalorisation que des conduites d'échec successives peuvent avoir altérée.

C'était aussi donner une autre expérience de groupe que celle habituellement rencontrée (autour du produit), vivre « d'autres ivresses ».

Ce type de travail n'a été, pour ce lycée, que le point de départ d'une action qui continue, mais elle a été, semble-t-il, pour les jeunes un temps fort.

Nous pouvons espérer que cette action sera, pour ces adolescents, le souvenir de ces soirées passées ensemble à discuter, à filmer, à construire, mais aussi, d'une certaine découverte de soi : « je suis capable de faire un vidéogramme » et y croire puisqu'il est là, fini, achevé et que les autres, les copains du lycée, les profs, vont pouvoir le visionner.

Peut-être, est-ce cela aussi la prévention ? Croire un peu plus en soi...

Ce n'est pas la voie facile de la prévention, ce n'est pas celle des chiffres, de la masse ou des informations ponctuelles. Elle demande d'y croire et surtout de l'énergie et de la constance.

Elle n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan des préventions des conduites addictives.

L'éducation pour la santé à l'adolescence

IV - POUR UNE STRATEGIE ET DES OUTILS DE COMMUNICATION ADAPTES



**POUR UNE STRATEGIE ET DES OUTILS
DE COMMUNICATION ADAPTES :
PREMIER BILAN D'UNE EXPERIENCE MENE
AUPRES DES JEUNES DES MISSIONS LOCALES
DE BESANÇON ET MONTBELIARD**

*François BAUDIER * et **
Françoise THIRIET * et **
Jean-Pierre FERRY * et ***
Anny AUGE **

LA SITUATION

Depuis le début des années soixante-dix, les jeunes sortant du système scolaire ont de plus en plus de difficultés à trouver du travail : l'enquête de l'INSEE en 1983 évaluait à 19,7 % la population des 16-25 ans à la recherche d'un emploi. Les prévisions de l'OCDE pour 1987 ne sont guère plus optimistes. Cet organisme prévoit 23 % de jeunes français au chômage, ce qui placerait notre pays derrière l'Italie (37 %), mais loin devant les Etats-Unis (12 %), l'Allemagne (7 %) ou le Japon (6 %). Pourquoi cette situation ? La crise économique, le resserrement de l'emploi frappent au premier chef les jeunes de moins de 25 ans : un chômeur sur deux appartient à cette classe d'âge, un jeune sur trois commencera sa vie active par une période de chômage qui durera en moyenne six mois... Constatant cette

* Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs.

** Service hygiène-santé, ville de Besançon.

*** Union des sociétés mutualistes du Doubs.

Adresse des auteurs : CDES, 17, avenue Villarceau, 25000 Besançon.

situation, le gouvernement décidait en 1981 de confier au Professeur Schwartz une mission d'étude sur ce grave problème. Un rapport fut publié et en mars 1982 les Missions locales et les Permanences d'accueil-information-orientation (P.A.I.O.) furent créées afin de mobiliser les différents partenaires sur l'insertion sociale et professionnelle, sur les débouchés possibles du monde du travail, les formations nécessaires... Dans le département du Doubs, deux Missions locales virent le jour, l'une à Besançon, capitale régionale et l'autre à Montbéliard.

LES CONSEQUENCES

Très vite, la santé de ces jeunes est apparue comme inquiétante : en 1985, sur 106 Missions locales, 75 ont révélé dans leur rapport d'activité que la santé du public qu'elles recevaient était au centre de leurs préoccupations. Ce constat est très étonnant, surtout lorsque l'on se réfère aux données disponibles sur les adolescents : faible mortalité (en dehors des accidents de la circulation et des suicides), fréquentation réduite des structures de soins (hôpital, cabinets médicaux), consommation médicamenteuse minime, etc. Alors, comment expliquer ce décalage entre les besoins ressentis par les Missions locales et ces résultats chiffrés plutôt rassurants ? Tout d'abord, il faut bien reconnaître que les indicateurs dont nous disposons sont peu adaptés aux adolescents dont la pathologie relève plus d'un « mal-être » que de lésions organiques spécifiques. Anna Freud a très bien décrit ce phénomène : « ce que nous ne parvenons pas à nous remémorer, c'est l'atmosphère dans laquelle vit l'adolescent, ses angoisses, l'exaltation de ses joies et la profondeur de son désespoir, son impression d'être opprimé par ses parents, la rage impuissante ou la haine active qu'il ressent face au monde adulte, ses tourments sexuels, ses fantasmes suicidaires... ».

En second lieu, les 16-25 ans qui fréquentent les missions locales ont un profil tout à fait particulier, pas du tout représentatif de la population générale. Ce sont pour la plupart des jeunes qui se sont

trouvés involontairement en position d'échec, supportant déjà de nombreux handicaps, à commencer par leur situation sociale et familiale.

A Besançon, 56 % ont un père ouvrier et 73 % habitent dans un quartier populaire. Ils ont pour la plupart connu des cursus scolaires peu valorisants.

A Montbéliard, un jeune sur trois se présentant à la Mission locale vient de Sections d'études spécialisées (SES), d'un Centre pour apprentis (CPA) ou de Classe pré-professionnelle de niveau (CPPN).

Il y a là un déterminisme social certain, l'aggravation du contexte économique enfermant les plus défavorisés dans une marginalité qui tient à l'absence de perspectives d'avenir. Il est évident que leur santé témoigne de cette mauvaise adaptation à leur environnement. L'enquête en cours dans le département du Doubs, les résultats publiés par la Mission locale de Bordeaux, l'étude de M. Choquet et collaborateurs soulignent la fréquence de certaines pathologies : troubles de la statique vertébrale, caries dentaires nombreuses et mal soignées, surpoids surtout chez les filles, déficits visuels non corrigés, problèmes de sommeil, consommation de tabac très élevée (70 à 80 % de fumeurs), prise d'alcool excessive, etc. Les Missions locales ont donc joué là un véritable rôle de révélateur d'un état de santé déficient pour un groupe de population que l'on peut qualifier à haut risque.

UN PROJET INTEGRE

Dans le Doubs, le Comité départemental d'éducation pour la santé (CDES), le Service hygiène-santé de la ville de Besançon et l'Union des mutuelles étaient sollicités occasionnellement par des organismes de formation pour intervenir dans des stages d'insertion et de qualification. A ces demandes très ponctuelles, la réponse avait toujours été la suivante : « d'accord pour travailler avec les 16-25 ans,

mais pas sans objectif précis et sans projet cohérent ». Trois faits sont venus accélérer le processus de mise en place de programmes intégrés sur la santé. Tout d'abord, la possibilité offerte à tous les jeunes fréquentant les Missions locales de passer un bilan de santé dont un prolongement éducatif s'est révélé rapidement nécessaire. Ensuite, l'organisation de modules d'Education pour la santé destinés aux Travailleurs d'utilité collective (TUC) employés par la ville de Besançon. Enfin, la mise à disposition par le ministère de crédits destinés à des projets originaux pour la population fréquentant les Missions locales. L'opportunité était là, encore fallait-il trouver la manière d'intéresser les jeunes à ce sujet. En effet, l'adolescence est une période de la vie au cours de laquelle la santé n'est pas un thème très porteur : l'infarctus, le cancer, ce n'est vraiment pas l'affaire des 16-25 ans ! De plus, tous les conseils que l'on peut leur donner sont peu compatibles avec des plaisirs immédiats, tels que la vitesse, l'ivresse... En quelque sorte le discours normatif des adultes s'accommodait mal à la psychologie de l'adolescent aimant prendre des risques, transgresser l'interdit... Une autre difficulté est aussi apparue. Il existait peu de documents et d'outils pédagogiques adaptés à cette population en échec scolaire. Leurs références sociales et culturelles étaient très différentes du public habituellement visé par l'Education pour la santé. Il fallait donc absolument innover.

LA PLACE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

Les stages santé entrepris à ce jour dans le département du Doubs ont concerné 400 personnes. Ils regroupent à chaque fois 8 à 15 jeunes et s'articulent autour de trois axes :

- . réflexion globale sur la santé : 3 h ;
- . bilan de santé : 2 demi-journées ;
- . module d'éducation pour la santé.

Pour la **première** étape, trois méthodes ont été utilisées :

1) L'abaque de Regnier :

Cette technique est développée sous sa forme la plus simple : dés de couleurs, feuilles polycopiées où sont reportées avec des feutres les couleurs correspondant aux réponses (il y en a 6, vert clair, foncé, orange, rose, rouge, blanc).

L'animateur propose une affirmation et chaque stagiaire répond en affichant la couleur de sa réponse sur la face de son dé. Ensuite, il reprend les affirmations et demande à chacun de s'expliquer sur la couleur choisie.

Cette méthode dérouté certains jeunes car le mode d'expression ne s'inscrit pas dans les connaissances mais plutôt dans le vécu. Il n'est pas toujours facile de formuler les raisons d'un mal-être ou d'une bonne santé.

Cependant, elle permet d'éviter le phénomène de leader ou de perturbateur et de les amener à une adhésion individuelle.

2) Travail sur les mots :

A partir de mots évocateurs et en respectant leur langage, l'animateur fait réfléchir les stagiaires sur ce qu'est la santé.

Exemple : amour, travail, santé, loisirs, tabac...

Cette méthode permet à chacun de participer car il y a toujours un mot révélateur, l'intérêt c'est de le faire découvrir par le jeune. Une réflexion et un dialogue réel s'instaurent dans le groupe et les mots les plus importants sont retenus.

3) Le rappel de 24 h :

Chaque stagiaire note précisément tout le programme de ses dernières 24 h (nutrition, sommeil, médicaments, loisirs, etc.).

Ensuite, il y a une discussion et des réflexions avec le groupe sur l'emploi du temps de chacun.

Cette méthode offre l'avantage de partir du vécu des jeunes, elle met en évidence les désirs exprimés et non réalisés. Par contre, est-ce

que tous les stagiaires notent réellement, par exemple, leur consommation de tabac et d'alcool ?

A la **deuxième** étape, les jeunes se rendent au Centre de santé de la CPAM. Un bilan médical complet est réalisé. Généralement, ils acceptent très bien ces examens et se montrent satisfaits de l'intérêt des médecins pour leur personne.

La **troisième** étape, c'est le module d'Education pour la santé à proprement parler, 18 h au cours desquelles plusieurs sujets sont abordés par des intervenants spécialisés : tabac, alcool, toxicomanie, nutrition, contraception, hygiène bucco-dentaire et enfin accès aux soins.

L'approche est différente suivant les thèmes. Deux grandes tendances peuvent être dégagées :

1. Les sujets qui ne mettent pas en cause directement le vécu intime des stagiaires (l'hygiène bucco-dentaire par exemple) sont traités de façon relativement traditionnelle « exposé-questions ».

2. Par contre, des thèmes comme l'alcool, les toxicomanies, la contraception, sont développés avec des techniques d'animation plus impliquantes pour les jeunes (photolangage, jeux de rôle, etc.).

L'EVALUATION

Un coordinateur-santé (un médecin ou une infirmière) sert de relais entre les organismes de formation, les intervenants, la Mission locale et le Centre de bilan de santé. Par rapport aux formateurs, il doit obtenir leur adhésion au projet, en insistant sur le fait qu'ils sont le lien privilégié entre chaque professionnel de santé. Pour les jeunes, il est aussi la personne ressource à qui l'on peut s'adresser en cas de nécessité. Enfin, il veille auprès des intervenants santé à ce que ceux-ci respectent le contrat établi au départ, c'est-à-dire « à

l'aide d'une méthode pédagogique originale, susciter chez les jeunes une image positive de la santé et une démarche de soins, si nécessaire ».

Une évaluation située à la fin de l'action renseigne le coordinateur sur tous ces points et lui donne la possibilité de réajuster l'ensemble de la démarche éducative proposée.

Cette action n'est donc pas figée. Elle a d'ailleurs au cours du temps (un peu plus d'un an) évolué. Des réunions de synthèse sont régulièrement organisées avec tous les partenaires du département. Ces échanges sont très fructueux, ils donnent l'occasion à chacun de s'exprimer librement : intervenants santé, coordinateurs, responsables des Missions locales, formateurs des stages. Le sentiment général est que ce travail est important mais difficile ; qu'à des moments de grande satisfaction, surtout lorsqu'un contact personnel et un suivi s'établissent avec le jeune, succèdent des périodes « où l'on a l'impression de se heurter à un mur, cette population cumulant tellement de handicaps ! ».

Les grandes orientations qui se dégagent pour le futur sont les suivantes :

- réduire le nombre des intervenants santé, la multiplication des interlocuteurs ne facilitant pas des échanges constructifs jeune-adulte ;
- offrir la possibilité aux 16/25 ans de rencontrer individuellement le coordonnateur-santé au cours de consultations médicales institutionnalisées. Cette méthode est sans doute le meilleur moyen d'assurer un suivi et de tenter de résoudre certains problèmes réclamant une véritable relation d'aide.

Identifier la population à qui est destiné le message

Les outils de communication doivent être adaptés aux caractéristiques de la population à laquelle ils sont destinés.



CONTREPOINT

EMILE OU DE L'EDUCATION

Jean-Jacques ROUSSEAU

« Les Préceptes »

Je n'aime point qu'on affecte avec les enfants un langage trop épuré, ni qu'on fasse de longs détours, dont ils s'aperçoivent, pour éviter de donner aux choses leur véritable nom.

Livre 4, LVII

Les termes grossiers sont sans conséquence ; ce sont les idées lascives qu'il faut écarter.

Livre 4, LVII

Ce qu'on dit ne signifie rien si l'on n'a préparé le moment de le dire. Avant de semer, il faut labourer la terre : la semence de la vertu lève difficilement ; il faut de longs apprêts pour lui faire prendre racine. Une des choses qui rendent les prédications les plus inutiles est qu'on les fait indifféremment à tout le monde sans discernement et sans choix. Comment peut-on penser que le même sermon convienne à tant d'auditeurs si diversement disposés, si différents d'esprit, d'humeurs, d'âges, de sexes, d'états et d'opinions ? Il n'y en a peut-être pas deux auxquels ce qu'on dit à tous puisse être convenable ; et toutes nos affections ont si peu de constance, qu'il n'y a peut-être pas deux moments dans la vie de chaque homme où le même discours fit sur lui la même impression. Jugez si, quand les sens enflammés aliènent l'entendement et tyrannisent la volonté, c'est le temps d'écouter les graves leçons de la sagesse. Ne parlez donc jamais raison aux jeunes gens, même en âge de raison, que vous ne les ayez premièrement mis en état de l'entendre. La plupart des discours perdus le sont bien plus par la faute des maîtres que par celle des disciples.

Livre 4, LXVIII

Ceux qui veulent conduire sagement la jeunesse pour la garantir des pièges des sens lui font horreur de l'amour, et lui feraient volontiers un crime d'y songer à son âge, comme si l'amour était fait pour les vieillards.

Livre 4, LXIX

BIBLIOGRAPHIE

EDUCATION POUR LA SANTE : OUVRAGES METHODOLOGIQUES

- *L'Education pour la santé - Méthodes*, E. COTTON, Editions de l'université de Bruxelles, 1982
- *Information et Education sanitaire*, E. BERTHET, PUF, Que sais-je ?, n° 2069.
- *Promotion de la santé : méthodologie*. Symposium tenu à Paris les 14-15 mai 1985. Secrétariat d'Etat chargé de la santé. Ed. La Documentation française.
- *La Santé en action*, Comité français d'éducation pour la santé, 2^e édition revue et corrigée, septembre 1987.
- *Education pour la santé : guide pratique*, François BAUDIER, édité par le CDES du Doubs, 17, avenue Villarceau, 25000 Besançon.

SEXUALITE, CONTRACEPTION, EDUCATION SEXUELLE...

- « La Psycho-sexualité des adolescents d'aujourd'hui », enquête menée en 1976 par M.-F. Castarade, *Rev. Neuropsych. Infant.*, 1978, 26, 677-682.
- *Information sexuelle et contraception*, par M. DAYAN-LINZER, sem. des hôpitaux, Paris, 1985, 61, n° 27.

- *Grossesse et maternité chez l'adolescente*, par J.-P. DESCHAMPS, Paris, 1976, Le Centurion, édit.
- « Aspects psycho-sociaux actuels de la contraception dans l'adolescence », par J.-P. DESCHAMPS et M.-J. LOCUTY, *Méd. Hyg.*, 1983, 41.
- « Quelques aspects de la sexualité des adolescents de 16 à 19 ans dans le canton de Vaud », par P.-A. MICHAUD, *Rev. Méd. Suisse romande*, 1978, 98, 403-423.

USAGE DE TOXIQUES

- *Les Lycéens de Meurthe-et-Moselle parlent de leur vie, de leur environnement, de l'alcool, du tabac, de la drogue, des médicaments*, enquête réalisée en 1984, S. ALBISER, A. D'HOUTAUD, B. KIEZECK et M. REDON.
- *La Santé des adolescents*, par M. CHOQUET, S. LEDOUX et H. MENKE, Editions INSERM/La Documentation française, Paris, 1988.
- « Attitudes et comportements des jeunes en stage d'insertion devant l'alcool et d'autres drogues », par M. CHOQUET, et F. FREARD, *Bull. HCEIA* 4, 465-482, 1986.
- *Les Lycéens et les drogues licites et illicites*, par F. DAVIDSON et M. CHOQUET, INSERM, Paris, 1980.
- *Tabac, Alcool, Drogues. Des lycéens parisiens répondent*, par N. LESELBAUM, C. CORIDIAN et J. DEFRANCE, INRP/HCEIA, 1985.

Tabac

- *Le Tabac et les jeunes*, Paris, 1980, CFES éd..

- « La Lutte antitabagique à l'école primaire », par J. COREMAN, S. PERDRIZET et G. BURGHARD, *Arch. Franç. Pédiat.*, 1982, 39, 113-117

Alcool

- *L'Alcool et les jeunes*, par C. MARECHAL, Paris, 1981, PUF, Collection Information permanente.
- *Alcool, Paroles* (ouvrage collectif), HCEIA (Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme), Paris, 1985.
- « L'Alcool et les jeunes en France », par M. CHOQUET, S. LEDOUX, C. MARECHAL, *Bull. du H.C.E.I.A.*, 1986, 2, 101-134.
- *Les Problèmes d'alcoolisation chez les jeunes*, par M. CHOQUET, Journées parisiennes de pédiatrie, 1988, Paris, Flammarion Médecine-Science, 285-289.

Drogues illicites

- « Point sur la consommation des drogues illicites parmi les jeunes en France. Approche épidémiologique », par M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Méd. et Hygiène*, 1988, 46, 2034-2038.

Edité par le C.T.N.E.R.H.I.
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Mars 1990

ISBN 2-87710-039-1
ISSN 0223-4696
CPPAP 60.119

Le Directeur : Annie Triomphe

**CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste Comte - BP 47 - 92173 Vanves Cedex**

Les Adolescents et leur Santé

Tome 2

**Sous-direction de la Maternité, de l'Enfance
et des Actions spécifiques de Santé**

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

**MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

1, Place Fontenoy - 75700 Paris

Extrait du catalogue :

- ◆ LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS :
Déficiences - Incapacités - Désavantages
Un manuel de classification des conséquences des maladies

OMS/INSERM

- ◆ LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS :
DU CONCEPT A L'APPLICATION
Actes du Colloque CTNERHI 28-29 novembre 1988
Institution Nationale des Invalides, PARIS

- ◆ CONFLICTUALITES
Annales Internationales de psychiatrie de l'adolescence
sous la direction de Alain BRACONNIER

- ◆ ADOLESCENCE ET MALFORMATIONS UROGENITALES
GRAVES : expérimentation simultanée de 6 grilles de dépendance

Mireille ESTRABAUD

- ◆ L'ADOLESCENT ET SA MALADIE
Etude psychopathologique de la maladie chronique à l'adolescence.

Linda SLAMA

Vient de paraître :

- ◆ LES INDICATEURS D'INCAPACITE FONCTIONNELLE EN
GERONTOLOGIE
Information, validation, utilisation

CTNERHI/INSERM

SOMMAIRE

- TOME I -

CHAPITRE I.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES ADOLESCENTS, LEURS PROBLEMES ET LEURS BESOINS DE SANTE.....p. 11

. Enquête sur la santé et l'adaptation scolaire des pré-adolescents

F. FACY, A. PHILIPPE.....p. 13

Contrepoint : *Un Adolescent génial*, Arthur RIMBAUDp. 25

. L'adolescent de 5^e en 1986 dans le département d'Indre et Loire

C. BOURDERIOUX, J. TICHET, P. TRILHE, S. VOL.....p. 27

. Les adolescents et leur vécu scolaire au collège

A. DESCLAUXp. 65

Contrepoint : *Paroles d'une adolescente*, Anne FRANCKp. 73

. Enquête sur l'état de santé et les besoins de santé d'adolescents scolarisés dans des lycées d'enseignement professionnel du Val-de-Marne (Année 1984-1985)

M.-F. ERARD, N. TOBELEM.....p. 79

Contrepoint : *Mémoires d'une jeune fille rangée*, Simone de BEAUVOIR.....p. 93

. Les jeunes de 16 à 25 ans sans emploi : une photographie socio-sanitaire

D. ZMIROU, F. BALDUCCIp. 97

Contrepoint : *Souvenirs d'adolescent*, Eugène FROMENTINp. 118

. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin

M. CHOQUET, H. MENKE, S. LEDOUXp. 121

Bibliographie.....p. 133

Les dessins illustrant cette première partie sont de SAVINO, avec l'aimable autorisation de l'auteur (dessins originaux figurant dans l'ouvrage « *L'Epidémiologie sans peine* », GOLDBERG).

CHAPITRE II.

L'EDUCATION POUR LA SANTE A L'ADOLESCENCEp. 141

I – Réflexions générales :p. 143

. Sur le développement psychosexuel de l'adolescent

Ph. JEAMMET.....p. 145

Contrepoint : *La Puberté*, J.-J. ROUSSEAUp. 159

. Sur la prévention en matière d'usage de toxiques

J.-F. SOLALp. 161

II – Education sexuelle :p. 167

. Des adolescents dans un centre de planification et d'éducation familiale

M. DUPRE-LA-TOUR, P. INIZAN-PERDRIX.....p. 169

Contrepoint : *Un adolescents à la quête de l'amour*.....p. 183

. PRESPIL : un programme d'information sur le préservatif et la pilule du lendemain destiné aux jeunes scolarisés

B. FOUGEYROLLAS, M. LALANDE.....p. 187

Contrepoint : *A quoi rêvent les jeunes filles ?*.....p. 195

. Relais-info-sexualité dans l'académie de Lyon : informer les jeunes par les jeunes

C. MAILLYp. 197

. Education à la vie auprès d'adolescents de Seine-Maritime

M. THOMASp. 201

. Actions d'éducation affective et sexuelle dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire R. GUTHERZ, M. GRILLERE-DESCOTES	p. 209
III — Usage de toxiques :	p. 217
. Approche épidémiologique de la consommation de drogues (licites ou illicites) parmi les jeunes en France : essai de synthèse M. CHOQUET, S. LEDOUX, H. MENKE	p. 219
. « Les lycéens de Meurthe-et-Moselle parlent » S. ALBISER, B. KIERZECK	p. 237
. Une action de prévention de la toxicomanie dans un collège de la banlieue d'Annecy C. GUIGNE, M. MARIOTTO	p. 249
. Prévention du tabagisme en milieu scolaire dans les Hauts-de-Seine D. DE GALLARD, D. HENRY	p. 259
. Etude sur le comportement des jeunes Lorrains vis-à-vis des boissons comportant ou non de l'alcool B. SENAULT	p. 267
. Réflexions sur la prévention de l'alcoolisme chez les jeunes à partir de l'observation de trois actions menées à Lorient H. BRUN	p. 271
. Les jeunes, acteurs de leur prévention : action de prévention liée aux phénomènes d'alcoolisation menée au lycée professionnel de Tinteniac (Ille-et-Vilaine) A. QUEMENEUR., F. GUIBOURGE	p. 283

IV – Pour une stratégie et des outils de communication adaptés :	p. 301
. Premier bilan d'une expérience menée auprès des jeunes des missions locales de Besançon et de Montbéliard F. BAUDIER, F. THIRIET, J.-P. FERRY, A. AUGÉ.....	p. 303
Contrepoint : <i>Les préceptes de Jean-Jacques ROUSSEAU</i>	p. 311
Bibliographie	p. 313

Les dessins de BELOM illustrant ce chapitre sont reproduits avec l'aimable autorisation de l'auteur (les dessins originaux de Belom figurent dans l'ouvrage : « *Promotion de la santé – méthodologie* », Atelier 6 – les outils de communication.

Ceux de DOMENECH sont empruntés à la brochure « *Loïc et Flora devant l'amour* », avec l'aimable autorisation de la Fédération nationale Couple et Famille.

- TOME II -

CHAPITRE III.

ACCES AUX SOINS	p. 317
I – Dans la ville :	p. 319
. Travail auprès des jeunes d'un centre de médecine préventive : Mais qu'est-ce qu'ils veulent ? N. BON, M. BON, Y. SPYCKERELLE, J.-P. DESCHAMPS.....	p. 321
. Une permanence d'accueil d'adolescents à Rouen : Accueil 83 Dr. AMAR, M.-F. CAUDRON, M.-C. GURWIC, Dr. MORIN, D. MOUCHEL, Ph. VOTARODO	p. 341
. Un centre public de soins pour adolescents : l'entre-temps à Savigny-sur-Orge P. HUERRE.....	p. 359
. Accueil des adolescents dans un centre de santé mentale A. BRACONNIER.....	p. 365

II – A l'école :	p. 369
. Accès aux soins infirmiers –M ^{me} LEGUEVELOU	p. 375
. Accès au service social –M ^{me} DEROOST	p. 383
. Les bilans de santé –M ^{me} SABLONNIERE.....	p. 387
. Education pour la santé –D. GODFROY	p. 391
III – En milieu institutionnel :	p. 397
. Besoins de santé des adolescents en milieu institutionnel	
B. ZEILLER	p. 399
IV – A l'hôpital :	p. 403
. Les adolescents, leurs besoins de santé à l'hôpital	
V. COURTECUISSÉ	p. 409
. Mise en place d'une structure hospitalière pour adoles-	
cents à Saint-Denis de la Réunion	
J.-C. COMBES.....	p. 423
. Réflexions sur dix années de fonctionnement d'une unité	
de soins pour adolescents au centre hospitalier général de	
Dunkerque	
G. BERGERON.....	p. 433
. Prise en charge des tentatives de suicide de l'adolescent	
dans un service de réanimation médicale	
J. KOPFERSCHMITT, J.-M. MANTZ, Ph. SAUDER, M.-	
O. THOMANN, J.-M. MACK, A. JAEGER	p. 441
. Une consultation de médecine pour jeunes adultes à la	
polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine	
V. HALLEY DES FONTAINES, J. SAUNIERE, J.-C. IMBERT	p. 449
Bibliographie	p. 459

Chapitre III

ACCES AUX SOINS

Accès aux soins



I - DANS LA VILLE

**TRAVAIL AUPRES DES JEUNES
D'UN CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE
MAIS QU'EST-CE QU'ILS VEULENT ?**

*N. BON * , M. BON * ,
Y. SPYCKERELLE * , J.-P. DESCHAMPS *
sur des analyses statistiques de T. MIKSTACKI **

Le travail auprès des jeunes dans un centre de médecine préventive n'est pas sans nous poser quelques problèmes : vous savez qu'ils sont rarement malades et, lorsqu'ils le sont, répugnent à consulter. Aussi, imaginez-vous aisément qu'accompagner leurs parents pour un examen de santé familial préventif n'est pas a priori une idée qui suscite leur enthousiasme.

Ajoutez — cela ressort des études que nous avons menées auprès d'eux — que jeunes et en bonne santé, le plus souvent, ils ne conçoivent pas la mauvaise santé et la maladie dans leur rapport au vieillissement mais comme atteinte ponctuelle à l'intégrité physique et au bon fonctionnement de l'organisme ; atteinte qui pourrait venir du fait de l'adolescent lui-même (drogue, alcool, tabac par exemple) ou du fait d'un agent non maîtrisable (cancer, SIDA), mais aussi infirmité dont la crainte en cache peut-être une autre, celle non exprimée des accidents et des passages à l'acte suicidaire.

Donc une position peu propice à la prévention, qui suppose acquise la représentation de la vie comme trajectoire dont on pourrait infléchir, évidemment pas la direction, mais la pente, peut-être,

* Centre de médecine préventive - 2, avenue du Doyen J. Parisot, BP 7, 54501 Vandoeuvre-lès-Nancy,

quelque peu. Il est vrai également que les prestations de santé proposées aux adolescents n'ont le plus souvent pas été précisément pensées pour eux et qu'entre le pédiatre de leur enfance et le généraliste de leurs parents, il n'y a guère que le psychiatre, chez lequel ils échouent en période de crise lorsqu'ils mettent en difficulté l'ordre familial ou social.

Sans doute ils viennent passer l'examen de santé, même si nous constatons une certaine défection dans ces tranches d'âge, mais il n'est pas rare qu'ils viennent avec cette attitude caractéristique de l'adolescent, que vous connaissez bien et qui consiste « à traîner les pieds », à manifester plus ou moins explicitement qu'il ne se reconnaît pas dans le service que nous lui proposons ou plus exactement qu'il n'y trouve place qu'en s'affirmant comme celui qui ne nous demande rien, comme il n'a pas demandé à naître, qui n'aurait au demeurant à demander que des choses auxquelles nous, adultes, serions incapables de répondre.

Aussi nous sommes-nous posé la question de la mise en place d'un examen de santé adapté aux adolescents. Et ceci supposait la prise en compte non seulement de leurs besoins de santé spécifiques, mais encore de leurs attentes.

C'est pourquoi nous avons cherché à mettre au point, à partir de ces attendus et au moyen d'une réflexion de groupe, un questionnaire que nous voulions attractif, facile à remplir et montrant dans sa forme même que nous étions, non pas des « jeunes sympa », mais des adultes qui, peut-être, pourraient néanmoins entendre quelque chose de ce qu'ils avaient à dire. D'où cette représentation illustrée mettant en scène de façon humoristique notre propre démarche à leur endroit, celle d'adultes qui se penchent sur les problèmes des jeunes, ce que nous avons figuré par cet enquêteur au « look » de psychosociologue « soixante-huitard ».

UN QUESTIONNAIRE BRANCHE

C'est sur le même mode que nous avons pris la liberté de présenter ici les premiers résultats obtenus avec ce questionnaire.

C'est une analyse de la page centrale où nous avons cherché à approcher la demande des adolescents par une technique nous semble-t-il originale, qui consiste à rechercher le champ sémantique associé par eux à la santé.

Comment ? En leur demandant de cocher dans cette liste de 94 mots tous ceux qui leur paraissent importants ou préoccupants pour la santé des adolescents.

RESULTATS

Tu coches ou tu coches pas ?

Ils proviennent d'une étude effectuée auprès de 991 adolescents à l'occasion de leur examen de santé au Centre de médecine préventive. Vous pouvez ici considérer cette double page de mots avec, en dessous, en pourcentage, la fréquence avec laquelle ils sont cochés : ces pourcentages se situent entre près de 70 % pour la colonne vertébrale et un peu moins de 10 % pour les transports.

Les deux listes ci-après vous permettent de voir les 25 mots les plus cochés et les 25 mots les moins cochés :

. les 25 mots les plus cochés sont, par ordre décroissant :

- | | | | |
|----|--------------------------------|----|-----------------------|
| 1 | la colonne vertébrale (69,6 %) | 14 | le cancer (55,2) |
| 2 | le bonheur (68,3) | 15 | la croissance (55,2) |
| 3 | la vue (66,2) | 16 | le métier (55,1) |
| 4 | l'avenir (64,7) | 17 | l'alcool (54) |
| 5 | les copains (62,9) | 18 | l'amour (53,9) |
| 6 | la liberté (62,7) | 19 | le sport (53,4) |
| 7 | les handicaps (61,7) | 20 | l'éducation (52,4) |
| 8 | l'amitié (61,3) | 21 | le souffle (51,6) |
| 9 | la drogue (58,5) | 22 | la famille (51,3) |
| 10 | les malformations (57,1) | 23 | l'alimentation (50,9) |
| 11 | le tabac (56,8) | 24 | le sommeil (50,5) |
| 12 | les parents (56,7) | 25 | les sorties (50,4) |
| 13 | l'hygiène (56,1) | | |

**A VOTRE MISE JARCI LES MOTS SUIVANTS
COTEEZ CEUX QUI SONT IMPORTANTS OU
PRODIGES POUR LA SANTE DES ADULES.**

L'ARRESTATION LA DIESTION LE SOUFFLE
33,3% 50,9% 54,6%

L'UNESSE LA PUSSEZ LES TRANSPORTATIONS DU CORPS
56,1% 69,8% 43,2%

LES REGLES LA SEXUALITE LA CONTRACEPTION LA GROSSESSE
26,8% 33,2% 21,5% 22,2%

LA COISSANCE LA TAILLE LA VUE L'ARRESTION
55,2% 26,1% 27,2% 33,6%

LA PEAU LES DENTS LA COLONNE VERTEBRALE
36,3% 43,9% 83,6%

LES ARTICULATIONS LES PAPILLATIONS LES MAINS LES TETES
36,7% 44,1% 49,6%

LA SUTURE LES MALADIES LES ALLERGES ... LES
23,5% 41,8% 26,7%

RELATIONS LES MANSIENS
22,2%

LE SOMMEIL L'ALCOOL LE TRASSO
50,9% 54,6%

LA DROGUE LES MEDICAMENTS LES VACCINATIONS
54,5% 22,6% 33,2%

L'ADRESSEMENT L'APPERTMENT LA MALISSANCE
22,2% 30,1% 30,9%

LES DORRES LA MUSIQUE LA TELEVISION
55,4% 44,1% 24,8%

L'ART LA MODE LES COMAINS LE JOUR L'ECOLE
40,4% 34,3% 62,9% 33,4% 30,4%

LES TAVOIR ... LES STURES DE VIE LA FAMILLE
43,9%

LES PARENTS LES ANNETS LE COURSE
22,2% 28,8% 31,2%

LE BONHEUR LA BEAUTE L'ESTIME L'AMOUR L'AMITIE
68,3% 2,7% 16,3% 53,9% 61,3%

L'UNIFORM L'INTELLIGENCE COMPLAINTE SAVOIR ...
42,4% 46,4% 33,3% 31,3%

PECHONNE LA TIMIDE L'INCOMPREHENSION L'AMISSE LES
30,4% 21,3% 18,2% 26,5%

PENSEES SOTARES LES TENTATIONS CHANGER LA VIE LA DEPRESSION
12,3% 15,1% 16,5% 25,9%

LE SOTRALE LE SENSER LA
43,4%

MALADIE LES ACCIDENTS
34,3%

LA PART LA VIOLENCE LE
43,7%

AMISSE LA MARRAS LE
44,7%

MUCCONNE LA SOTRANNE
23%

LA SOTRANNE LA SOTRANNE
44,1%

L'ARGENT LES
47,7%

RETOURNE LE
47,7%

RETOURNE LA PUSSEZ
47,7%

LE TUCIDE LE PUSSEZ
47,7%

L'EDUCATION L'INFORMATION LA RELIGION LA POLITIQUE
52,4% 27,3% 15,7% 19,2%

L'ARRES LES MOARES LA MEDICINE LA PREVENTION
15,1% 52% 48,6% 21,3%

LA LIBERT L'AMISSE
22,2% 22,2%

LES 3 MOTS LES PLUS IMPORTANTS:

1

2

3

**PAMI LES MOTS COMES, QUELS SONT LES 3 MOTS
AUXQUELS VOUS DONNEZ LE PLUS D'IMPORTANCE ?**

. les 25 mots les moins cochés sont, par ordre croissant :

- | | | | |
|----|-----------------------------|----|-------------------------|
| 1 | les transports (8,9 %) | 14 | les maux de tête (19,6) |
| 2 | la politique (10,2) | 15 | l'avortement (20,1) |
| 3 | l'art (10,4) | 16 | le divorce (20,7) |
| 4 | les pensées bizarres (12,3) | 17 | la timidité (21,3) |
| 5 | les palpitations (14,1) | 18 | la contraception (21,5) |
| 6 | l'armée (15,1) | 19 | la prévention (21,7) |
| 7 | la religion (15,8) | 20 | la télévision (21,8) |
| 8 | l'anxiété (16,5) | 21 | la grossesse (22) |
| 9 | changer la vie (16,5) | 22 | l'accouchement (22,5) |
| 10 | l'estime (16,8) | 23 | les médicaments (22,6) |
| 11 | l'incompréhension (18,2) | 24 | les allergies (22,7) |
| 12 | les adultes (18,8) | 25 | la taille (26,1) |
| 13 | les tentations (19,1) | | |

Ajoutons que les filles cochent plus souvent que les garçons : 35 mots différent significativement en fonction du sexe, toujours dans le sens d'une plus grande fréquence chez les filles sauf trois, plus souvent cochés par les garçons : le sport, la médecine, l'armée. Sans commentaire !

Liste de mots variant significativement avec le sexe

(38 mots/94)

	X2	Seuil de significativité		%
Peau	7,99	0,01	G	27,64
			F	36,08
Maux de tête	5,92	0,02	G	16,18
			F	22,34
Hygiène	7,07	0,01	G	51,46
			F	59,89
Puberté	8,99	0,01	G	24,94
			F	33,70
Règles	88,4	0,00	G	11,69
			F	38,00
Contraception	29	0,00	G	13,71
			F	27,84
Grossesse	50,1	0,00	G	11,69
			F	30,40
Accouchement	39,6	0,00	G	13,26
			F	30,04
Avortement	20,4	0,00	G	13,71
			F	25,27
Bonheur	13,7	0,00	G	62,25
			F	73,26
Amitié	5,58	0,02	G	57,30
			F	64,65
Comprendre	6,62	0,01	G	34,83
			F	42,86
Découvrir	14,2	0,00	G	24,27
			F	35,35
Timidité	8,55	0,01	G	17,08
			F	24,73

	X2	Seuil de significativité		%
Anxiété	3,72	0,05	G	13,93
			F	18,50
Changer la vie	5,17	0,025	G	13,48
			F	18,86
Dépression	8,84	0,01	G	21,35
			F	29,67
Sorties	22,4	0,00	G	42,02
			F	57,14
Musique	11,1	0,01	G	38,88
			F	49,45
Mode	40,3	0,00	G	24,27
			F	43,59
Copains	11,6	0,00	G	57,08
			F	67,58
Sport	15,2	0,00	G	60,22
			F	47,80
Ecole	8,64	0,01	G	36,18
			F	45,42
Famille	8,72	0,01	G	46,07
			F	55,49
Parents	6,23	0,02	G	53,26
			F	66,26
Adultes	4,19	0,04	G	15,96
			F	21,06
Couple	5,44	0,02	G	27,87
			F	34,80
Responsabilité	10,6	0,01	G	37,30
			F	47,62
Divorce	4,24	0,04	G	17,25
			F	23,08
Suicide	5,41	0,02	G	31,01
			F	38,10

	X2	Seuil de significativité		%
Mort	8,34	0,01	G	38,65
			F	47,80
Violence	7,25	0,01	G	37,30
			F	45,79
Nucléaire	6,51	0,01	G	33,03
			F	25,64
Famine	6,66	0,01	G	43,60
			F	51,81
Armée	19,2	0,00	G	21,12
			F	10,99
Médecine	8,97	0,01	G	43,37
			F	52,93
Liberté	9,92	0,01	G	57,30
			F	67,03
Avenir	19,2	0,00	G	57,30
			F	70,70

Vingt-trois mots varient significativement en fonction de l'âge. Vous voyez que des préoccupations telles que celles autour de la vue, des dents tendent à diminuer, celles autour de la sexualité, des copains, tendent à augmenter.

Liste de mots variant significativement avec l'âge
(23 mots/94)

	X ²	Seuil de significativité
Diminuent avec l'âge :		
La vue	13,9	0,03
Les dents	15,5	0,02
Les articulations	25,5	0,00
La grossesse	12,6	0,05
Découvrir	16,8	0,01
non linéaire — augmente jusqu'à 15 ans et diminue ensuite		
Les pensées bizarres	13,1	0,05
non linéaire — diminue jusqu'à 15 ans, augmente ensuite		
L'école	15	0,02
Les adultes	25,9	0,00
non linéaire — augmente jusqu'à 14 ans, diminue ensuite		
Les accidents	19,4	0,00
La pauvreté	23,5	0,00
La politique	13,9	0,03
Augmentent avec l'âge :		
La contraception	56,2	0,00
L'hygiène	19,1	0,00
La puberté	14,4	0,025
non linéaire — redescend à 18 ans		
La sexualité	14,7	0,025
L'estime	22,7	0,00
L'amour	30,6	0,00
L'humour	15,6	0,02
Les sorties	26,7	0,00
La musique	40,3	0,00
Les copains	13,8	0,04
Le chômage	22,6	0,00
La prévention	14	0,03

Mais au-delà de ces constatations quantitatives, ce qui nous paraît intéressant c'est la mise en évidence des configurations de mots caractéristiques des adolescents avec les principaux facteurs qui les sous-tendent.

Nous avons en effet soumis cette page de mots à une analyse factorielle des correspondances qui met en évidence les associations de mots privilégiées par les adolescents.

Quelles sont-elles ? Nous les avons représentées sur les figures 1 et 2 où apparaissent les mots qui contribuent le plus à leur définition, soit par leur présence (case cochée), soit par leur absence (case non cochée).

SOS JEUNES

Au-delà d'un premier facteur qui montre que les jeunes se distinguent d'abord par la quantité et la nature des mots qu'ils cochent mais aussi qu'ils s'abstiennent de cocher, nous voyons apparaître un second facteur (figure 1) qui dégage essentiellement une configuration dont les mots-maîtres sont, par ordre décroissant de contribution au facteur : le suicide, la drogue, l'alcool, le tabac, la délinquance, le divorce, la guerre, le cancer, la mort, la violence, la pollution.

A l'opposé, une configuration caractérisée par le fait de ne pas retenir ces « fléaux de la jeunesse » mais de s'attacher à la taille, au sommeil, à la musique. Bref d'un côté on flippe, on s'alarme, de l'autre on se ferme les yeux.

Les seconds se préoccupent d'hygiène et de mode de vie, ils viennent à l'examen de santé pour être rassurés sur eux-mêmes. Les premiers souhaiteraient rencontrer un psychologue, une assistante sociale, avoir des examens psychologiques ; ils ont des difficultés relationnelles à l'école, leurs inquiétudes pour leur santé future portent sur l'environnement. Quant à la liaison très forte de cette configuration avec le fait d'avoir eu des problèmes allergiques dans le passé,

on peut la rapprocher du contexte de violence souvent retrouvé dans l'enfance des malades allergiques.

C'est donc cette violence qu'au premier chef les jeunes rattachent à la santé : violence interne, violence de la pulsion qui pourrait pousser à des comportements auto-destructeurs : suicide, toxiques, délinquance ou violence externe, violence du monde, de la vie : le cancer, la mort, violence des adultes où la jeunesse se trouve précipitée à son corps défendant : le divorce, la guerre, la pollution...

ON S'ECLATE / ON PREND SOIN DE SOI

Ainsi pourrait-on intituler l'alternative que dégage (figure 1) le facteur suivant :

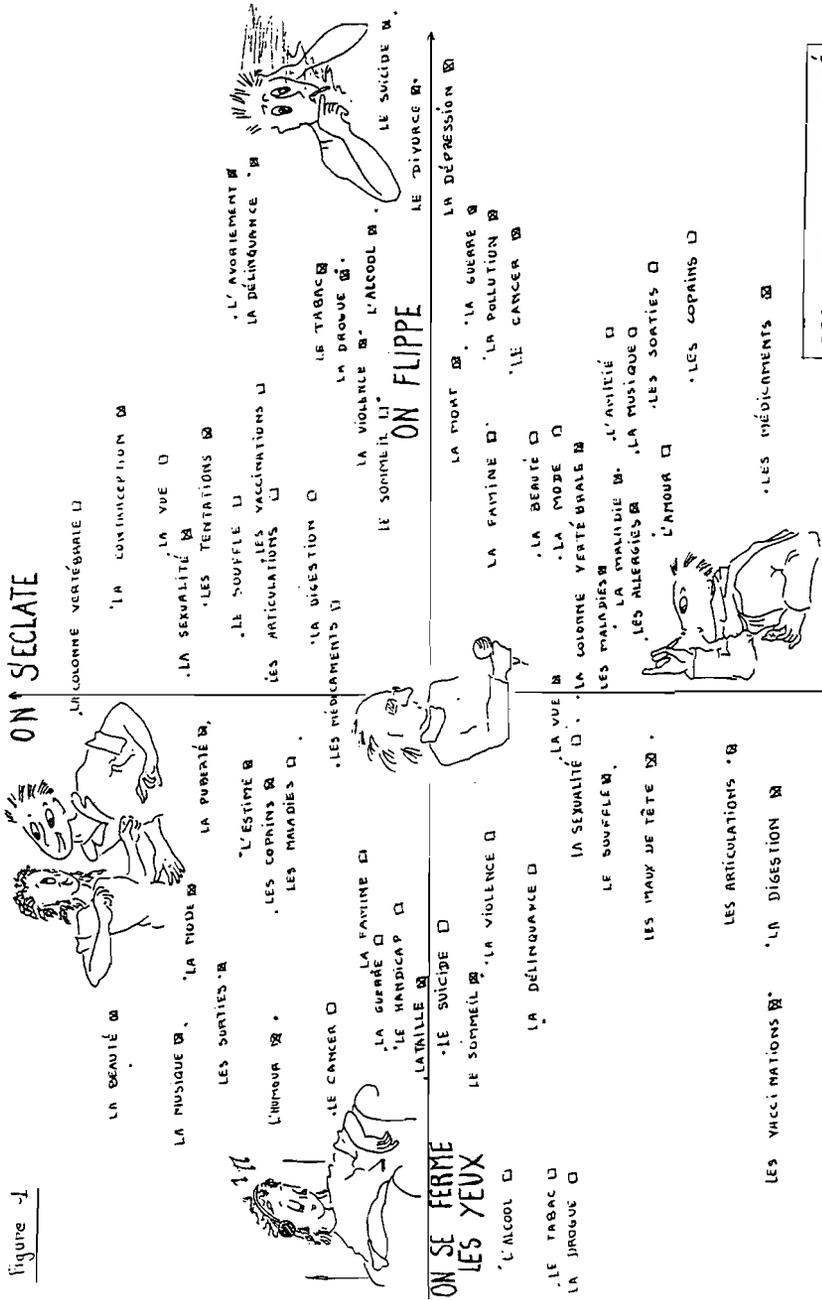
D'un côté une configuration dont les mots-maîtres sont : la musique, la beauté, la sexualité, les sorties, la contraception, l'estime, la puberté, les copains, la délinquance, l'avortement, l'humour, les tentations,... et qu'on ne leur parle pas de « petits bobos » : ils omettent de cocher les mots les plus fréquemment cochés par la très grande majorité : colonne vertébrale et vue.

De l'autre une configuration qui s'organise autour de : les vaccinations, les articulations, la digestion, les médicaments, le souffle, les maladies, la colonne vertébrale, la vue, les allergies, les maux de tête... et qu'on ne vienne pas les dévergondner : ils oublient de cocher les copains, les sorties, l'amour, la musique, l'amitié, la sexualité...

Les premiers aimeraient au cours de l'examen de santé passer des examens gynécologiques et psychologiques. Ils se plaignent de problèmes de peau, d'alimentation, craignent de grossir. Ils souhaiteraient parler de la contraception, de la sexualité, de l'alcool, du tabac, de la drogue.

Les seconds souhaitent des examens de la vue, de l'audition, des dents, des poumons, ils veulent rencontrer un dentiste, un pharmacien, ils se préoccupent d'hygiène...

Figure -1



D'un côté on s'amuse, de l'autre on se ménage ! Evidemment ce facteur qui voit le corps se changer d'un objet de soin en support du rapport à l'autre est très lié à l'âge : la musique, la sexualité, les sorties, la contraception, l'estime, la puberté, les copains, l'humour sont plus cochés par les plus âgés ; les articulations, la vue par les plus jeunes.

On note également une liaison avec le sexe, due à la maturité plus précoce des filles.

TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR... SANS OSER LE DEMANDER

C'est à parodier Woody Allen que nous invite cet axe qui met en évidence (figure 2) deux modalités différentes de l'interrogation et de la curiosité, selon qu'elle prend pour objet le sexe et plus précisément « l'autre sexe », la féminité dans sa fonction mystérieuse de reproduction, avec la grossesse, l'accouchement, la naissance, les règles, les transformations du corps, l'avortement, la sexualité, mais aussi changer la vie, les pensées bizarres, ou selon qu'elle porte sur des préoccupations abstraites avec l'éducation, l'information, le progrès, l'hygiène, la délinquance, découvrir, et l'omission de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance, des transformations du corps.

Dans le premier cas, ce sont plus souvent des filles ; au cours de leur examen de santé, elles souhaiteraient rencontrer une sage-femme ; pour l'avenir, elles sont préoccupées par les problèmes gynécologiques et obstétricaux et... la peur de grossir !

Dans le second cas, ce sont plus souvent des garçons pour qui la santé c'est d'abord « dans la tête » ; ils viennent à l'examen de santé chercher des conseils, des examens psychologiques ; ils se préoccupent du cancer, des maladies incurables, des infirmités : ils souhaiteraient parler de l'alimentation, des relations avec l'école, des problèmes de société...

On le sait, Woody Allen lui-même n'a jamais fait que parodier Freud pour qui, curiosité sexuelle infantile oblige, il n'y a que deux choses à connaître : le corps de la femme et, à défaut, l'univers ! Ce que Rimbaud déjà versifiait : « Mes étoiles au ciel avaient un doux froufrou » (*Ma Bohème*).

MAL DANS LEUR PEAU / MAL DANS LE MONDE

Nouvelle alternative avec l'axe suivant entre ces deux configurations (figure 2) dont l'une est commandée par les mots : l'anxiété, l'incompréhension, la contraception, l'estime, la puberté, les rythmes, les règles, l'avortement, la fatigue, la dépression ; l'autre par la guerre, l'armée, la télévision, la beauté, le nucléaire, les accidents, la pauvreté...

Pour les premiers, plus souvent des filles et plus souvent d'âge moyen (14, 15, 16 ans), les problèmes qui concernent le plus les jeunes sont d'ordre psychologique et la santé relève du moral ; ils disent avoir des problèmes psychologiques et viennent au Centre de médecine préventive pour passer des examens notamment diététiques mais ils souhaiteraient parler de sexualité et de contraception. Les seconds sont plus souvent des garçons, plus souvent les plus jeunes ou les plus âgés (12, 13/18 ans).

On retrouve là deux formes d'angoisse exacerbées chez l'adolescent, l'une qui porte, au moment des remaniements sexuels, sur l'identité qui cherche à se construire, à s'évaluer dans le rapport narcissique à l'autre (être compris, être estimé) avec les difficultés et les incertitudes que l'on sait ; l'autre qui, dans une première sensibilisation à la pré-puberté, puis en fin d'adolescence, se traduit par une préoccupation portée sur les problèmes du monde, la découverte de ses règles de fonctionnement avec leurs limitations, leurs injustices, leurs contradictions.

On reconnaît dans cette liaison polynomiale ce mouvement de potentialisation de l'imaginaire au moment de la puberté, puis ce dé-

centrement symbolique qui — en principe ! — marque le passage à l'âge adulte, cette bascule de l'axe qui ordonne l'univers narcissique du plan vertical de l'image de soi au plan horizontal de l'ordre des choses, fut-ce pour le contester ! Ou en proposer des remaniements sous une forme volontiers généreuse mais utopique... aux dires des adultes.

C'est d'ailleurs ce que fait apparaître sous une forme extrême le sixième axe, non figuré ici, en opposant les **grandes idées** : la religion, le progrès, l'art, les adultes, la prévention, la médecine, aux **petits maux** : l'audition, la taille, la vue, la beauté, la peau, les dents... La toute-puissance de la pensée aux préoccupations quasi-hypochondriaques, les premiers souhaitant parler au cours de leur examen de santé de travail ou d'orientation scolaire, les seconds... des maladies sexuelles !

ON Y REFLECHIT ET ON EN REPARLE ?

Cette page de mots permet donc de dégager les grands axes à partir desquels les adolescents se déterminent quant à la question de leur santé :

- en premier lieu, pour s'en alarmer ou pour les nier, les grands problèmes de la jeunesse : violence, drogue, suicide..., qui caractérisent cette période comme le temps où tout peut arriver, le meilleur comme le pire ;
- en second lieu, le corps que l'on préserve ou dont on use, avec évidemment le bouleversement que vient introduire dans cette alternative l'éveil de la sexualité adulte ;
- en troisième lieu le savoir dont, sans doute, il serait décisif pour l'avenir de l'adolescent qu'il se porte directement sur les mystères de l'enfantement, savoir en acte, ou se déplace sur le savoir livresque et les promesses de la connaissance future ;
- en quatrième lieu, cette dialectique du rapport à l'autre et de l'être-au-monde, où les adolescents se mirent et se mesurent, en une formidable effervescence psychique qui les fait balancer de l'égocen-

trisme le plus étroit à l'altruisme le plus radical, voire, pour certains et selon les cas, centrer leurs inquiétudes sur la longueur de leur nez ou sur la face du monde.

Endormis ou alarmés, frileux ou dégourdis, portés sur les idées ou sur les expériences, Narcisse ou Prométhée..., tels nous apparaissent les adolescents pris aux mots.

Ces types, pour la plupart, débordent largement une conception étroitement médicale de la santé pour s'inscrire dans les grandes préoccupations des jeunes. On comprend aisément que leur demande à l'égard des professionnels de santé soit d'abord d'information et de dialogue, recherche d'un adulte avec qui l'on pourrait parler.

Demande dont on sait par ailleurs qu'elle est des plus ambivalentes et qu'elle vise tout autant à dénoncer, et par là même à fonder, l'incompréhension « naturelle » de l'adulte qu'à rechercher réellement quelqu'un à qui parler. D'où le fait que l'adolescent se récuse très souvent lorsque la possibilité d'être entendu lui est effectivement offerte et son fréquent malaise dans les entretiens de face-à-face où à vouloir faire sauter le verrou de l'incommunicabilité des générations on s'expose à en révéler la fonction de défense contre le rapprochement incestueux.

C'est vraisemblablement ce qui explique le succès auprès des adolescents, comme auprès des équipes de santé qui travaillent avec eux et s'y sentent souvent tellement démunies, d'un tel questionnaire qui fonctionne comme médiation : outil permettant aux adolescents, tout en maintenant la nécessité structurale qu'un adulte n'y entende rien, de laisser entendre ce qu'ils veulent faire entendre.

Moyen en somme, en réplique à notre projet, de nous retourner, comme à la cantonade, les mots que nous leur avons lancés... et à bon entendeur salut !

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé dans le cadre du programme de recherche du Centre de médecine préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy grâce à une subvention de la Caisse nationale d'assurance maladie et avec le soutien du Professeur O. Jeanneret (Institut de médecine préventive et sociale, Genève), et du Professeur M. Manciaux (Faculté de médecine, Nancy).



ACCUEIL 83
PERMANENCE ACCUEIL ADOLESCENTS

Ouverte sous l'égide de la D.D.A.S.S fin 83

Intervenants :

M^{me} Marie-Françoise CAUDRON, Psychologue

M^{me} Marie-Claude GURWIC, Psychologue

M. Didier MOUCHEL, Psychologue

Supervision :

Dr Ph. VOTADORO, Analyste

Organisation et fonctionnement assurés par

les 12^e et 13^e secteurs de pédo-psychiatrie

Médecins référents :

Docteur AMAR

*Docteur MORIN **

Accueil 83 : Permanence réservée aux adolescents dans le cadre d'un centre médico-psychologique (C.M.P.) de Rouen et regroupant deux secteurs de pédo-psychiatrie

* Centre médico-psychologique - 83, rue Thiers, 76000 Rouen - Tél. 35.88.19.66.

I – HISTORIQUE

A) Origine du projet

Cette expérience est née d'une réflexion au sein de l'équipe du C.M.P. liée au désir de certains de travailler sur les problèmes plus spécifiques de l'adolescence, et d'enrichir l'action du centre en proposant une prise en charge plus adaptée.

Le taux de fréquentation élevé des adolescents pour une première consultation, sans que suite ne soit donnée, a mis en relief la nécessité d'aménager un cadre et des conditions d'accueil plus proches de leur réalité. Effectivement les modalités d'expression et relationnelles des adolescents s'accommodent mal du côté formel de la consultation habituelle de pédo-psychiatrie ; les rendez-vous réguliers, fixés à l'avance sont souvent une réponse inadéquate face à des demandes abruptes ou au contraire voilées, mais toujours impétueuses et difficiles à différer en cette période de « crise normale » de maturation, avec ses doutes, ses remises en causes, sa recherche d'identité.

Par ailleurs, la position privilégiée du C.M.P. en centre ville, apparaissait propice à un tel projet.

B) Mise en place du projet

L'intérêt de ce projet a été confirmé dès l'origine par le fait qu'il correspondait également à la demande de différents organismes contactés travaillant déjà auprès d'adolescents : C.I.O., C.I.J., A.E.M.O., C.D.E., assistantes sociales de circonscription et scolaires, médecins et infirmières scolaires, services de toxico (ARRIRT), pédo-psychiatres hospitaliers ou exerçant en institutions ou centres de consultations...

Tous ont été avertis et contactés pour ce projet ; beaucoup nous ont fait part des difficultés rencontrées pour adresser les adolescents en consultation pédo-psychiatrique, malgré une réelle demande

d'être écoutés : cette orientation vers un médecin psychiatre étant toujours vécue comme trop proche du tabou de la « folie » et de ce fait inquiétante, angoissante et dramatisée.

Le souhait de la permanence est donc de se situer **comme outil supplémentaire** du C.M.P. proposant une structure plus souple qui facilite la démarche toujours embarrassée de l'adolescent. Ceci dans les cas où la consultation classique n'apparaîtrait ni possible ni opportune d'emblée.

C) Objectifs

Dans cette perspective, différents points ont été mis en avant pour faire de la permanence un espace privilégié, sorte de lieu transitionnel d'échanges, assurant les fonctions d'accueil, d'orientation et de suivi et de soutien.

1°) Mise en place de l'accueil

Nous souhaitons proposer :

- une **écoute immédiate, directe** ;
- une disponibilité d'écoute plus grande grâce à des horaires d'ouverture compatibles avec le temps de loisir, de non-scolarité du jeune ;
- un contact qui est dans un premier temps volontairement dé-médicalisé ;
- une possibilité d'anonymat pour les jeunes qui le souhaitent ;
- un cadre plus informel dans une pièce accueillante dépourvue « de la barrière » du bureau, située au rez-de-chaussée du centre et relativement indépendante ;
- entretiens de soutien à la demande, tout en maintenant une possibilité de rendez-vous fixe ;
- la permanence permet aussi de privilégier chez l'adolescent une démarche plus personnelle autonome et spontanée grâce à une information directe (affiches, système de carte de visite...). Ainsi

l'adolescent peut venir de lui-même, sans être obligé de solliciter ses parents ou d'autres adultes de l'entourage (la demande de l'adolescent étant souvent liée à des difficultés de communication, de relation avec eux). Mais il est toujours possible de recevoir l'adolescent accompagné d'amis ou de sa famille s'il le souhaite.

2°) Orientation des adolescents

Les demandes de psychothérapies déjà formulées et élaborées sont directement adressées à l'équipe habituelle du C.M.P. comme auparavant.

Lorsqu'une demande plus spécifique émerge au cours des entretiens formulée par l'adolescent, le relais est alors passé aux équipes du C.M.P. ou à toute autre structure plus à même de répondre à leurs difficultés.

Les interventions sont donc différenciées selon que les difficultés rencontrées par les adolescents relèvent d'un moment de « crise normale » de l'évolution ou bien d'une pathologie plus profonde et structurée, révélée et catalysée au moment de la puberté.

Ce travail d'accompagnement de l'adolescent suppose également une intervention au niveau des parents qui peuvent éventuellement être vus soit à la permanence, soit par un médecin du C.M.P. selon les demandes et les problèmes posés.

3°) Entretiens de soutien

Il nous semble important de favoriser une prise en charge rapide et directe de l'adolescent, lors de conflits ou problèmes ponctuels, réactionnels, ne nécessitant pas d'emblée une prise en charge médicale ou thérapeutique classique, mais sollicitant plutôt une attention et une écoute immédiate au travers d'une demande d'aide et soutien.

Nous pouvons suivre dans ces cas les adolescents sur plusieurs entretiens.

D) Dispositif à l'ouverture

La permanence s'adresse à tout sujet de cette tranche d'âge dite « jeune », en difficulté psychologique et désireux d'être aidé ou tout simplement écouté, soutenu dans son cheminement quel que soit son malaise : dépression, mal à être, mal dans sa peau, difficultés scolaires, perturbations du comportement, inhibition, instabilité, hyperémotivité, conflit avec le (ou du) couple parental, perturbant les relations du jeune...

D'emblée, il est indiqué que la permanence n'est pas un lieu occupationnel (loisirs) ni d'aide sociale (problème d'hébergement, de travail) mais un lieu d'écoute, d'échange, où sont prises en compte les difficultés d'ordre psychologique, spécificité qu'il nous est apparu important de préciser d'emblée.

L'ouverture s'est faite en Novembre 83 sous l'égide de la D.D.A.S.S. Le projet n'amenait à aucune création de poste mais à une réorganisation au sein des équipes existantes.

Les horaires d'ouverture étant en fin d'après-midi de 16 h à 19 h, trois jours par semaine.

Les intervenants directs au niveau de la permanence :

- . à l'ouverture : deux psychologues, un assistant social ;
- . puis trois psychologues après le départ de l'assistant social.

Encadrement médical : un médecin de chaque secteur et un médecin psychanalyste assurant un rôle de supervision des cas individuels.

II – EVOLUTION

A) Bilan chiffré

Données à fin mars 87

Nombre d'entretiens : 680

Nombre de jeunes : 153

Parents vus à la permanence : 16

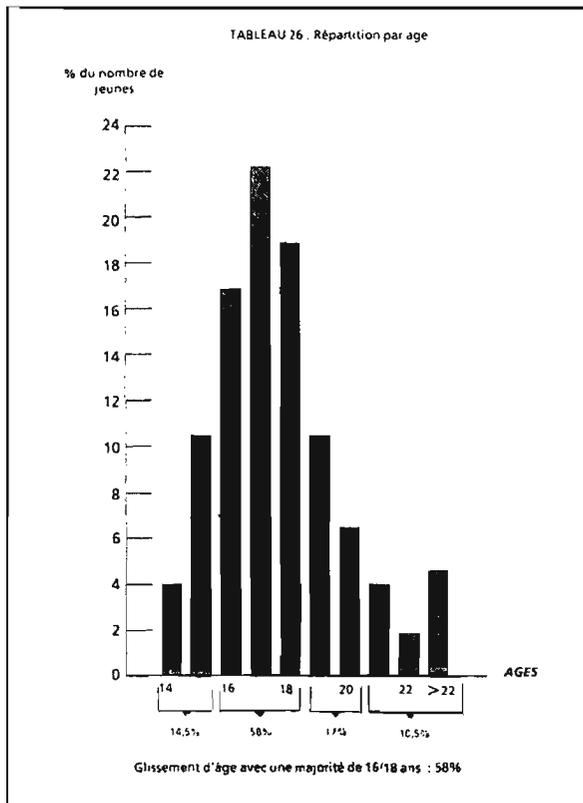
La répartition par sexe est peu significative :

Garçons : 44 %

Filles : 56 %

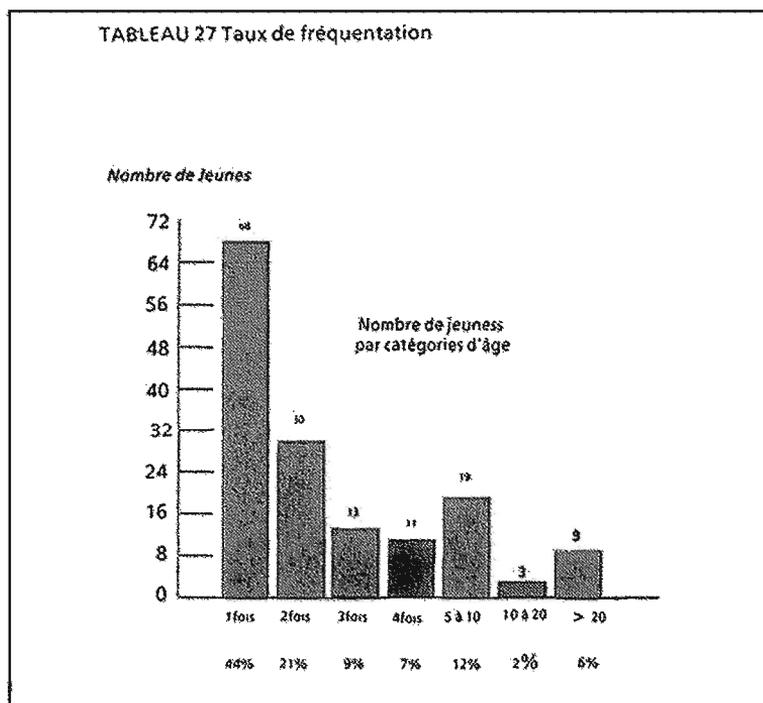
Avec cependant une petite prédominance féminine.

1°) Répartition par âge



Glissement d'âge avec une majorité de 16/18 ans : 58 %

2°) Taux de fréquentation



FRE	1f	2f	3f	4f	5à10	10 à 20	> 20
Nbr	68	30	13	11	19	3	9

Si nous reprenons les chiffres uniquement sur l'année 86, nous nous apercevons qu'il y a glissement et que maintenant :

- moins de jeunes ne viennent qu'une fois ;
- beaucoup plus viennent plusieurs fois.

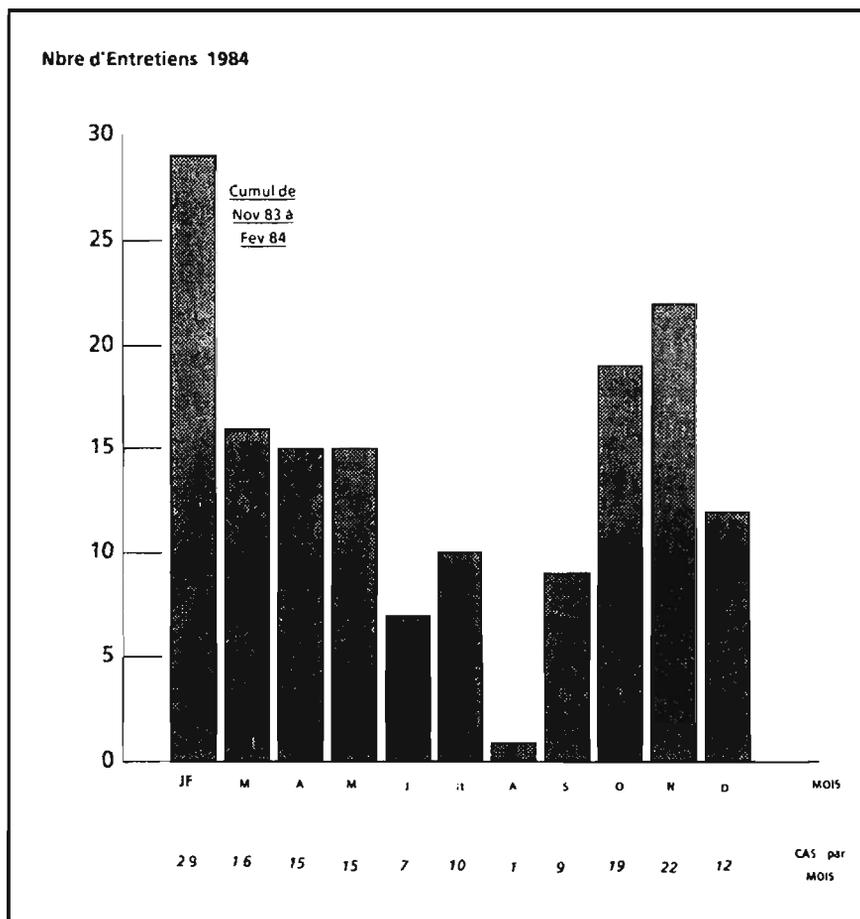
Ceci est dû au fait que :

- d'une part les personnes qui nous adressent les adolescents ont bien perçu et reconnu notre identité de soutien psychologique ;
- d'autre part, le fonctionnement de bouche à oreille entre adolescents se développant, ceux qui viennent à la permanence sont bien demandeurs d'un soutien : soutien ponctuel qui, en période de crise, se traduit par une dizaine d'entretiens ;
- et probablement la réponse à la demande plus pertinente.

3°) Répartition des entretiens sur l'année

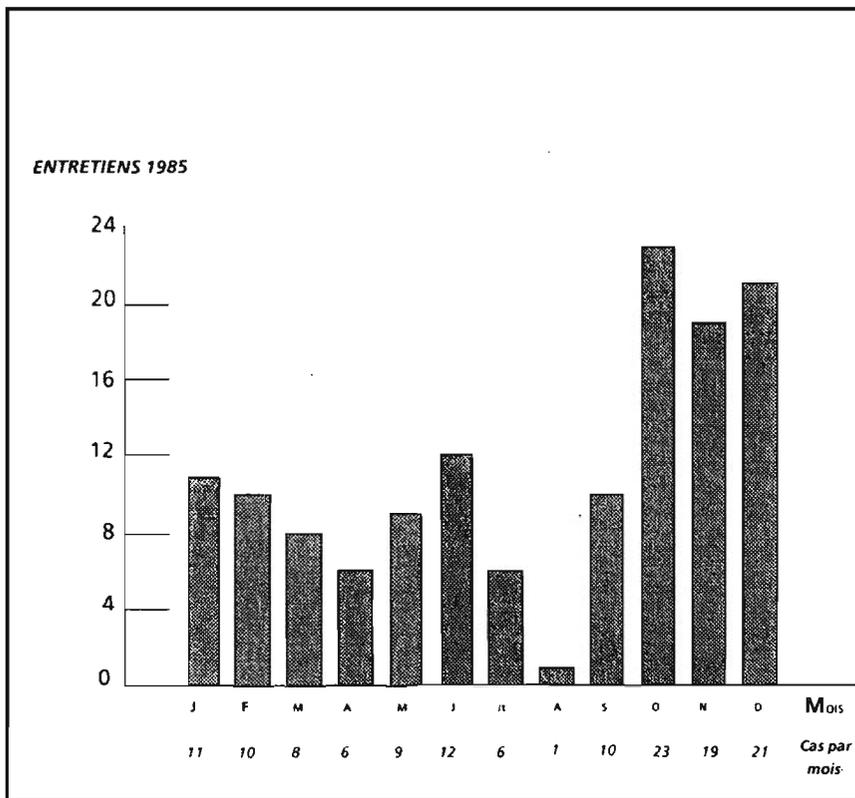
ENTRETIENS

TABLEAU 28



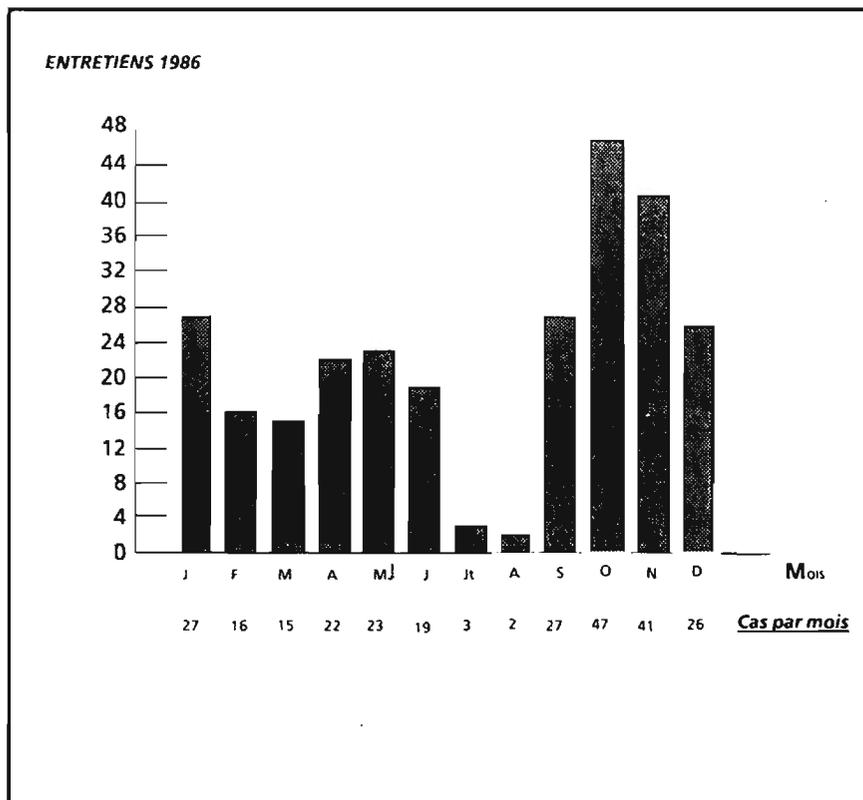
Date	cm	M	A	M	J	Jt	A	S	O	N	D
Nbre	29	16	15	15	7	10	1	9	19	22	12

TABLEAU 29



S	J	F	M	A	M	J	Jt	A	S	O	N	D
Nombre	11	10	8	6	9	12	6	1	10	23	19	21

TABLEAU 30



S	J	F	M	A	M	J	Jt	A	S	O	N	D
Nombre	27	16	15	22	23	19	3	2	27	47	41	26

4°) Qui nous les adresse par ordre d'importance

- 31,3 % milieu scolaire ;
- 12,9 % médecins du C.M.P.S. ;
- 12,9 % bouche à oreille entre les jeunes ;
- 10,9 % services sociaux ;
- 10,3 % par voie d'affiche ;
- 7,5 % institutions (enfance inadaptée) ;
- 4,2 % médecins extérieurs ;
- 3,7 % centre d'information et d'orientation ;
- 2,7 % parents ;
- 2,7 % psychologues et psychiatres extérieurs ;
- 0,9 % CHU.

5°) Eventail des demandes

Les motifs mis en avant par le jeune lors du premier contact (motif unique ou bien plus souvent multiples) sont par ordre d'importance :

- 45,1 % : conflit ouvert avec les parents ou adultes référents (problèmes de violence ou de communication parfois avec un seul des parents) ;
- 32,2 % : senti ment de déprime, pleurs sans raison...
- 22,9 % : échec scolaire (plus ou moins récent et survenant de façon plus ou moins abrupte, sans raison apparente) ;
- 17,6 % : angoisse diffuse en permanence, stress...
- 15,7 % : plaintes somatiques diverses : crises de tétanie, tachycardie, épilepsie, infections gynécologiques, boutons... (beaucoup plus fréquent chez les filles) ;
- 14,4 % : comportements violents avec difficultés pour se contrôler (beaucoup plus fréquents chez les garçons) ;
- 14,4 % : demandes de psychothérapie (certaines réelles et élaborées, d'autres pas mûres ni authentiques) ;
- 13,1 % : difficultés relationnelles, de communication ;
- 11,1 % : problème de toxicomanie : drogue, alcool... ;
- 10,4 % : inhibition massive, timidité, complexes ;

- 9,1 % : angoisses concernant l'orientation scolaire, l'avenir professionnel ;
- 8,5 % : fugues, vols (problèmes avec la justice) ;
- 7,2 % : tentatives de suicide ;
- 7,2 % : cas psychiatriques lourds ;
- 6,5 % : problèmes de sexualité, identité sexuelle (craintes d'homosexualité) ;
- 6,5 % : conduites d'évitement phobique ;
- 5,2 % : problèmes de viol, d'inceste ;
- 4,6 % : problèmes sociaux lourds : hébergement, travail ;
- 3,9 % : crainte du rejet des parents ou de l'institution éducative à la majorité ;
- 3,9 % : troubles alimentaires avec boulimie ;
- 1,9 % : problèmes d'anorexie.

6°) Réponses proposées

Les réponses proposées après les premiers entretiens d'écoute et d'évaluation se répartissent ainsi :

- 43 % : entretiens de soutien suivis ;
- 19 % : orientations en psychothérapie ;
- 12 % : orientations vers les médecins des équipes du centre.

Au total, 74 % de jeunes pour qui un soutien a pu être mis en place.

B) Difficultés rencontrées

1°) D'ordre interne

Moments de tension dus à la mise en place même du projet avec sa peu gratifiante période d'attente, avec nos propres doutes, remises en cause et recherche d'identité ; « crise normale » de maturation de la permanence.

2°) D'ordre externe

- Temps de reconnaissance des structures, susceptibles de nous adresser des jeunes, qui au début sont inquiètes de ne pas avoir de retour, de nouvelles de la prise en charge des adolescents, à savoir s'ils sont bien venus et continuent à venir régulièrement...

- Démarche mal aiguillée, c'est-à-dire dérapage au niveau de la demande. Dans ces conditions nous constatons qu'un rendez-vous est pour ainsi dire toujours pris par l'adulte une fois la crise bien engagée, la rupture amorcée de façon plus ou moins irréversible.

- Inadéquation également d'un public présentant des troubles psychiatriques trop lourds et relevant de structures intensives ou bien à problématique sociale trop importante : long passé institutionnel, accoutumance à une prise en charge sur le mode de l'assistantat et nous arrivant sans demande réelle. Nous assurons pour ces jeunes une activité d'information et d'orientation.

C) Aménagements

1°) **D'ordre interne** concernant le fonctionnement de l'équipe de soutien psychologique avec un engagement pour une approche psychothérapeutique (départ assistant social).

- **instauration de repères fixes de fonctionnement** au travers de réunions de travail régulières et différenciées :

* temps mensuel de réunion dégagé par les médecins assistants des deux secteurs du C.M.P. avec l'équipe de la permanence afin d'aborder les problèmes d'organisation et tout ce qui touche le fonctionnement même de la permanence et de ses relations avec l'extérieur.

* travail de réflexion, et de contrôle avec un médecin analyste du secteur C.M.P. où les problèmes et interrogations rencontrés dans la prise en charge de certains jeunes sont étudiés et discutés.

2°) Evolution des relations de la permanence avec les structures extérieures

Faisant suite au travail d'information initial, les échanges réguliers avec les équipes intervenant auprès des adolescents ont permis de préciser notre spécificité, d'associer notre crédibilité et ont mis en relief l'importance de la « notion de relais ».

L'instauration de ce relais qui était le motif même de la création de la permanence s'avère réellement facilitateur de la démarche du jeune. Facteur de confiance et de réassurance, il permet au jeune de venir plus aisément rencontrer une personne qu'on lui a recommandée nommément.

D) Réflexions et ouvertures de travail

1°) Adolescents et jeunes adultes

Nous avons pu constater un glissement de la tranche d'âge initialement supposée des adolescents de 14-16 ans vers les jeunes de 16-20 ans. Ceci s'explique du fait que la tranche d'âge des pré-adolescents relève de la consultation classique du C.M.P. et ils sont accompagnés des parents ou de l'adulte référent.

Au-delà de 17 ans, les jeunes ont effectivement plus d'autonomie dans leur démarche. Ils savent bien utiliser l'information recueillie de bouche-à-oreille concernant Accueil 83 et arrivent avec une demande plus authentique de soutien psychologique.

De même, nous voyons réapparaître certains jeunes vus antérieurement, pour un ou deux entretiens, et qui reviennent lors d'une crise avec une certaine maturation dans leur demande d'aide.

2°) Relations aux parents

Il nous arrive de plus en plus souvent de voir les parents à la permanence, soit avec leur adolescent déjà suivi et à sa demande, soit venant d'eux-mêmes pour parler de leur adolescent en difficulté

qui refuse de venir, soit encore, pour l'aider dans sa démarche en venant d'abord parler de lui, le présenter et prendre un premier rendez-vous pour lui (traçant ainsi le chemin dans les cas d'inhibitions importantes).

Ces interventions auprès des parents sont très ponctuelles et il apparaît que la possibilité de les recevoir à la permanence est vécue de façon rassurante pour l'adolescent qui peut ainsi inclure son environnement familial. De même, les parents acceptent généralement plus facilement de venir parler de leurs difficultés avec leur enfant dans ce lieu spécifique qu'est la permanence (moins impliquant ou culpabilisant).

De plus, ces entretiens avec les parents permettent parfois de débloquer de simples problèmes d'échange et de communication parent-jeune. Ils peuvent aussi préparer une orientation vers la consultation du C.M.P.

Ils montrent en tout cas bien souvent, qu'il ne peut y avoir dissociation de l'adolescent en difficulté, en conflit ou en souffrance, de son environnement, de sa famille (réelle ou substitutive). Parfois même l'adulte en souffrance avec son adolescent peut trouver à la permanence une écoute qui lui permet d'élaborer une demande de soutien pour lui-même.

3°) Libre échange — Accueil 83 — C.M.P.

Cette évolution positive est également due au bon fonctionnement du travail de complémentarité établi dans les relations de la permanence avec les deux équipes du C.M.P.

Il est en effet important et rassurant, pour nous comme pour l'adolescent et les personnes qui nous les adressent, de savoir que les réponses que nous proposons, peuvent être différenciées selon les problèmes posés :

- les demandes et indications de psychothérapies sont adressées aux psychothérapeutes et psychanalystes des deux équipes ;
- les cas plus psychiatriques ou nécessitant une intervention plus médicalisée et cadrée (notions de gravité, d'urgence, de risques) sont

orientés vers les médecins psychiatres des équipes, et reçoivent ainsi une réponse rapide et adaptée tout en bénéficiant du cadre spécifique des adolescents.

Inversement, il arrive que les médecins recevant des adolescents accompagnés de leurs parents, nous les adressent à la permanence dans le but d'un premier pas, vers la distanciation et l'autonomisation.

4°) Collaboration avec les services extérieurs

Il est également important de noter l'amélioration de la qualité de notre activité d'orientation grâce aux relations de complémentarité établies avec les différentes autres structures pour jeunes : service d'hospitalisation pour adolescents en crise, service toxico, appartements thérapeutiques, institutions, équipes de justice... permettant une meilleure réponse et une prise en charge plus rapide et adaptée du jeune en fonction des difficultés présentées et de sa demande.

Reste le problème des adolescences « tardives » et de leur prise en charge avec les services de psychiatrie adulte : en-dehors des cas présentant une pathologie avérée nécessitant un suivi psychiatrique au long court, il existe toute une population d'adultes jeunes qui n'irait pas consulter en psychiatrie adulte mais trouve satisfaction dans la formule souple et « démedicalisée » de l'Accueil 83.

Il y a là un point d'articulation adolescent/adulte délicat à travailler avec les collègues des services adultes.

CONCLUSION

Après une période d'information et de mise en place, la permanence « Accueil adolescents » construit son identité tant au niveau de son mode de fonctionnement interne que de sa résonance extérieure.

On a vu combien les problèmes soulevés, nous engagent dans une « période de maturation » et nous incitent à développer un travail de réflexion plus approfondi notamment à partir de notre pratique :

- qualité du travail d'écoute et d'évaluation des problématiques sous-jacentes aux demandes ;
- dégager les aspects les plus spécifiques de la « crise d'adolescence » ;
- situer le travail avec les équipe éducatives, les parents, et se situer face aux adolescents en crise dans leur environnement ;
- repenser l'articulation adolescent/adulte.

UN CENTRE PUBLIC DE SOINS POUR ADOLESCENTS :
L'ENTRE-TEMPS
à Savigny-sur-Orge (Essonne)

*P. HUERRE **

L'Entre-temps, Centre public de soins pour adolescents, a ouvert ses portes en mai 1979.

Son ouverture est consécutive à la prise en compte des besoins de santé des adolescents, des détours qu'ils devaient emprunter pour être entendus et de l'inexistence de réponse adaptée.

Le projet d'un tel lieu nous est venu, au Docteur Jean-Michel Reymondy et à moi-même, à partir d'une pratique départementale qui se déployait autour de deux axes principaux :

- pour le premier, la psychiatrie de secteur et d'intersecteur infanto-juvénile y compris dans sa participation au travail en hôpital général, manifestait globalement ses difficultés à faire place aux adolescents, de fait exclus de ses propositions, alors même qu'il s'agit d'un âge à « hauts risques » ;
- pour le second, les centres spécialisés pour toxicomanes, handicapés... où les adolescents se trouvaient nombreux, souvent piégés par une étiquette leur tenant lieu d'identité.

Cette double expérience et ce double constat sont à l'origine de l'idée d'un lieu public qui serait ouvert aux jeunes :

- lieu lié fonctionnellement aux hôpitaux publics (médecine et pédiatrie) et aux secteurs psychiatriques de la région ;

^o Psychiatre des hôpitaux - L'Entre-temps, 33 Grande Rue, 91600 Savigny-sur-Orge.

- lieu dont la création serait consécutive à un important et ancien travail local et départemental en direction des services sociaux, scolaires, éducatifs... permettant d'apprécier le nombre des situations difficiles à l'adolescence.

Dès l'ouverture du Centre, il nous paraissait fondamental de poser quelques principes de base, de nature à en garantir le fonctionnement ultérieur :

- l'anonymat y est possible ;
- l'accès doit être facilité : gratuité, pas d'exigence administrative à l'égard des consultants, venue avec ou sans rendez-vous ;
- la confidentialité de la démarche doit être respectée ;
- l'ouverture doit être effective aux demandes multiformes de l'adolescent, sans pré-requis institués : demandes d'expression somatiques comme psychiques, scolaires, comme familiales ou sociales, informations ponctuelles comme demandes de soins, seul ou en groupe...

L'Entre-temps a pu ouvrir en 1979 à Savigny-sur-Orge (département de l'Essonne) grâce au soutien actif de la D.D.A.S.S., du Conseil général et des responsables de l'intersecteur infanto-juvénile, du Docteur T. Laine, et du secteur de psychiatrie générale, du Docteur A. Certhoux.

Son fonctionnement, expérimental la première année, était directement géré administrativement et financièrement par la D.D.A.S.S. Depuis, la gestion a été confiée au Centre hospitalier spécialisé Barthélémy Durand par rattachement administratif aux secteurs infanto-juvénile et général correspondants. L'Entre-temps a cependant conservé toute son autonomie de fonctionnement et sa vocation publique départementale.

De trois permanences hebdomadaires initialement, le Centre propose actuellement une permanence quotidienne.

Très rapidement, outre le travail d'accueil et le soins d'adolescents et/ou de leurs parents, nous avons été sollicités pour répondre à de nombreuses demandes d'information et de formation dans le département et au-delà.

Face aux présentations multiples des difficultés adolescentes — les actes, la souffrance interne ou extériorisée, le corps... parlant tour à tour ou ensemble — il nous est apparu d'emblée indispensable qu'elles puissent toutes être reçues. D'où la mise en place d'une consultation de médecine pour adolescents dans le même lieu, articulée naturellement avec les autres propositions. Ainsi peut-on parfois éviter ces réponses morcelées et inductrices de symptômes, seules admissibles par les professionnels.

Quelques données chiffrées situeront notre pratique actuelle :

En 1986, l'Entre-temps a reçu 224 personnes (173 adolescents et 51 adultes) au cours de 2 924 entretiens.

Parmi les adolescents reçus :

- 17 % ont moins de 15 ans
 - 50 % ont entre 15 et 18 ans
 - 33 % ont entre 18 et 20 ans.
- ils étaient 36 % en 1983

Leur situation permet de noter que :

- 70 % sont scolarisés (40 % en 1983)
- 5 % ont une activité professionnelle (7 % en 1983)
- 25 % sont chômeurs ou « inactifs » (53 % en 1983)

Les types de demande :

- 28 % pour toxicomanie (50 % en 1983)
- 72 % pour difficultés somatiques et/ou psychologiques variées (états dépressifs — conflits familiaux — échec scolaire — difficultés relationnelles — préoccupations corporelles — questions sur la contraception, la grossesse, le S.I.D.A...).

L'évolution de notre activité au fil des années fait apparaître :

- l'augmentation importante du nombre des consultants ;
- le rajeunissement progressif et constant de la population accueillie ;
- la diminution des demandes à propos d'une conduite toxico-maniaque ;
- l'augmentation régulière des demandes d'aide psychothérapique et de prise en charge au long cours traditionnellement rares et difficiles en matière d'adolescence ;
- la croissance des sollicitations de professionnels à propos des jeunes qu'ils ont en charge ;

- le développement du travail d'information et surtout de formation autour des « crises de l'adolescence ».

Il nous semble net que ces demandes sont d'autant plus facilitées que les services rendus et la qualité de qui les rend sont clairs et explicites d'emblée.

La pratique mise en oeuvre à l'Entre-temps nous paraît originale dans le champ du service public :

Il s'agit en effet tout d'abord d'un modèle de réponse mûrie localement à partir des questions se posant dans la région ; ce n'est donc pas un modèle transposable.

Ensuite sa situation entre temps (entre deux âges), entre psychique et somatique et leurs dispositifs institutionnels particuliers, entre parents et adolescents, entre professionnels et adolescents en fait la particularité.

Enfin il faut noter son rôle inducteur de réflexions nouvelles et d'évolution des réponses face aux difficiles questions de la jeunesse (drogue — délinquance — pathologies diverses...) en dehors des stéréotypes habituels.

En guise de conclusion provisoire, quelques questions sont à se poser et à poser à propos de l'intérêt présent porté à l'adolescence et à la mise en place de réponses institutionnelles spécifiques à cet âge depuis quelques années :

Nous avons en effet assisté en la matière successivement à l'incompréhension puis aux intentions « expérimentales », enfin à l'« institutionnalisation » :

En effet, le désarroi et l'angoisse suscités par la jeunesse depuis l'après-guerre sont à l'origine d'un certain nombre de réponses observées actuellement :

Tout d'abord des réflexes défensifs d'auto-protection, de mise à distance, comme on peut les observer dans les groupes animaux à l'égard des juvéniles lorsque les conditions écologiques ne sont pas satisfaisantes (territoire trop exigü, manque de nourriture, sèche-

resse...) : la crise, c'est l'autre, c'est la jeunesse, c'est-à-dire, a contrario que les adultes, eux, ne seraient pas en crise.

Ainsi s'installe la différence rendant impossible toute familiarité, toute proximité dans les préoccupations et les questions.

Ensuite, en écho, se sont créées, installées puis développées des réponses institutionnelles donnant formes aux différences posées, les officialisant d'une certaine manière.

Les créations, parallèles au gonflement de l'adolescence, trouvaient leur justification apparente dans une crise grandissante aux manifestations préoccupantes.

Elles ont en fait rapidement été conduites à jouer, plus ou moins à leur insu, un rôle et une fonction qui dépassaient leur objectif premier d'aide aux jeunes en difficulté.

Parmi ces rôles, à défaut d'une interrogation sur les effets qu'elle exercent par leur seule existence, risque de figurer celui d'inducteur de formes nouvelles de crise.

Le marquage officiel opéré par l'institution sur le symptôme qu'elle a pour charge de traiter peut être suffisamment attractif pour une jeunesse en déroute.

La valeur accordée à l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans rend possible l'émergence comme symptôme de l'échec et de la rupture scolaires ;

L'hôpital qui leur est ouvert « permet » aux jeunes en détresse l'expression suicidaire ou les plaintes somatiques ;

La mise en place de structures spécifiques pour les loisirs, les activités sportives, culturelles des adolescents permet à l'errance d'être remarquable...

L'essor des structures spécialisées en matière de toxicomanie, l'information tous azimuts en ce domaine rendent l'usage de drogue valorisé par l'attention que les adultes y portent.

Peut-on aujourd'hui à l'adolescence parler de ses doutes, de ses craintes et de ses détresses sous d'autres formes et dans d'autres lieux que ceux que les adultes ont mis en place à cet effet ?

Une autre fonction jouée par les institutions peut être celle d'un équivalent initiatique marquant un passage faisant défaut par ailleurs dans le champ social. En effet plus les adolescents espèrent, attendent, voire réclament une place dans la société adulte, comme on l'a vu clairement en novembre et décembre 1986, dans les mouvements des lycéens et des étudiants, plus on leur propose des espaces particuliers créés pour eux, à part.

D'où l'importance, au-delà de réponses techniques qui sont proposées par les professionnels en institutions pour la jeunesse, de mesurer, sans le sous-estimer, leur rôle de témoins d'un cap franchi, d'une transformation accomplie qu'ils jouent. Ainsi est-il possible de signifier en retour que l'on a vu, entendu, compris qu'un changement avait eu lieu, qu'un être nouveau était né et devait être reconnu comme tel.

ACCUEIL DES ADOLESCENTS DANS UN CENTRE DE SANTE MENTALE

*A. BRACONNIER **

L'accueil des adolescents présentant des problèmes psychopathologiques mérite l'attention des psychiatres, des professionnels de la santé et, en fait, du corps social dans son ensemble. De nos jours, cet accueil existe ; au cours de ces dernières années, des équipes expérimentées ont même tenté d'appréhender plus spécifiquement ce problème. Cependant, ces expériences apparaissent nettement insuffisantes face à certaines questions de santé publique sur lesquelles des enquêtes épidémiologiques françaises ou étrangères ont récemment attiré l'attention. Nous pensons ici tout particulièrement au risque vital mis en jeu par le nombre impressionnant de tentatives de suicide des jeunes, au risque de désocialisation que contient l'utilisation abusive de produits psychotropes ; nous pouvons aussi parler de façon élargie des entraves aux développements de la personnalité que comporte l'ensemble de ces conduites. Il ne faudrait pas oublier enfin les troubles moins bruyants mais tout autant préoccupants pour l'avenir des sujets que l'on rencontre dans un certain nombre d'effondrements scolaires ou de conduites boulimiques ou anorexiques. Tous ces aspects constituent de nos jours des interrogations préoccupantes dans le champ de la santé mentale. Comment y répondre ?

Nous pourrions, comme cela a souvent été le cas pour certains membres du corps social mais aussi du corps médical, soit les banali-

* Centre psychiatrique et psychothérapique Philippe Paumelle, 11, rue Albert Bayet, 75013, Paris.

ser et considérer à tort, compte tenu de l'âge auquel ils surgissent qu'ils sont passagers ; soit penser qu'ils ne relèvent pas du champ psychiatrique et y répondre sur le seul mode social ou sur un mode médical réducteur au seul aspect somatique ou superficiellement psychologique.

Plus qu'aux autres âges de la vie, les troubles psychopathologiques de l'adolescence ne peuvent être, dans leur déterminisme et dans les réponses à leur apporter, isolés ni des approches somatiques et corporelles, ni des approches sociales.

Devons-nous pour autant laisser reléguer à nouveau la psychopathologie au rang d'une science annexe et, pour certains même, tout autant inutile que nuisible ? Non. Ce « non » s'appuie sur une assez longue pratique de ces problèmes, pratique qui nous a amenés à distinguer deux situations différentes, aux limites certes parfois relativement complexes :

- Les troubles graves du développement ayant déjà, au cours de l'enfance, amené les familles à s'adresser à un organisme de soins pédopsychiatriques. De plus en plus souvent, ces troubles ont été à l'origine de traitements personnels ou institutionnels qui nécessitent d'être poursuivis au cours de l'adolescence et de l'entrée dans la vie adulte. Il apparaît de plus en plus que les médecins et les équipes réellement impliqués dans ces traitements souhaitent à l'adolescence, soit les poursuivre pour ne pas défaire ce qu'ils ont eu tant de mal à « construire » ou « reconstruire », soit travailler en **étroite** relation avec ceux qui assumeront la poursuite de leur entreprise. L'amélioration fonctionnelle des relations entre les équipes d'intersecteurs et de secteurs est une priorité à développer. A ce titre a été créée dans l'Association de santé mentale du XIII^e arrondissement une institution hôpital de jour qui accueille des adolescents ayant présenté, au cours de leur enfance, des troubles graves de leur développement et pour lesquels une transition entre les institutions pour enfants et les institutions pour adultes — avec lesquelles cet hôpital de jour travaille très régulièrement — est nécessaire.

- Les états de « crise » surgissant à l'adolescence, pouvant se manifester bruyamment, mais aussi beaucoup plus subtilement par

des problèmes somatiques ou scolaires. Pour ces états, l'évaluation psychologique est capitale ; ne laissons ni à ceux qui n'ont pas une formation approfondie des problèmes diagnostiques et pronostiques des manifestations aiguës de l'adolescence, ni aux opportunistes qui se découvrent tout à coup une compétence particulière pour ces questions, la possibilité de mettre en place des structures inefficaces et trompeuses. Face aux suicides des jeunes, aux ruptures scolaires, aux problèmes somatiques masquant une angoisse ou une dépression sous-jacente et, bien sûr, aux états psychotiques aigus, nous avons ouvert il y a cinq ans une consultation spécialisée pour adolescents dans le cadre de l'Association de santé mentale du XIII^e arrondissement. Cette consultation clairement individualisée de l'accueil des enfants et des adultes, mais non coupée de ce dernier, s'est fixé trois objectifs de travail :

- . évaluer la gravité actuelle et pronostique du trouble pour lequel les jeunes, et souvent leurs familles, consultent ;
- . entreprendre le traitement le mieux adapté, sans terrorisme idéologique et théorique, c'est-à-dire au plus près de la demande du sujet et de son environnement, tout en reconnaissant les problèmes latents sous-jacents aux troubles présentés ;
- . mais aussi éviter résolument, pour les intéressés, la stigmatisation sociale dans l'exclusion ou l'invalidation précoce.

Notre travail est essentiellement un travail de consultation, c'est-à-dire d'évaluation de la crise ou du trouble psychique apparent, d'orientation éventuelle vers des organismes sociaux ou des institutions éducatives ou sanitaires, enfin de soins ambulatoires. Cette consultation est organisée autour d'une équipe fonctionnelle constituée de deux médecins psychiatres et psychanalystes, de deux psychologues psychothérapeutes, d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'une secrétaire. Elle s'intègre dans un organisme de soins diversifiés d'intersecteurs et de secteurs psychiatriques.

Nous avons ainsi accueilli de nombreux adolescents accompagnés le plus souvent de leur famille sans pouvoir cependant dégager un profil sociologique ou psychopathologique caractéristique. Nous pouvons cependant préciser que parmi ces adolescents :

- 50 % ont nécessité une ou plusieurs consultations espacées qui ont permis soit de dédramatiser la situation de crise, soit de les orienter vers une aide plus adaptée à leurs problèmes ;
- 20 % ont bénéficié d'un traitement essentiellement de type psychothérapique de quelques semaines à quelques mois et parfois plus ;
- 15 % ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique ;
- 15 % enfin ont rompu leurs contacts après la première ou seconde consultation.

Cette expérience doit nous permettre d'évaluer l'utilité d'un tel type de consultation et d'entrevoir les besoins qui se seront, à notre avis, dégagés. A ce dernier niveau, nous souhaiterions déjà pouvoir avoir à notre disposition une « polyclinique pour adolescents » dont l'activité serait essentiellement faite de consultations mais pourrait disposer, le cas échéant, de quelques lits pour des séjours de brève durée et de quelques places « d'hospitalisation de jour ».

Cet ensemble permettrait, pour les nombreuses situations qui y sont accessibles, de « relancer » les processus de pensée si nécessaires aux acquisitions scolaires et professionnelles à cet âge de la vie, acquisitions qui sont entravées par des accès émotionnels et conflictuels encore, dans la plupart des cas, suffisamment peu rigidifiés pour une action psychologique et médicale efficace, mais nécessairement spécialisée.

Ces brèves propositions ont comme visée de présenter un mode d'intervention qui se donne pour tâche de dégager rapidement et utilement le sens des demandes et d'éviter les attitudes réductionnistes médicales ou sociales évoquées en introduction. Elles constituent la base de départ d'une discussion et d'un projet de reconnaissance de la psychopathologie de l'adolescence qui ne soit ni réduite aux formes les plus graves de la pathologie mentale, comme certains le souhaiteraient, ni à une extension nouvelle et abusive du champ de la psychiatrie.

Accès aux soins



II - L'ECOLE

CIRCULAIRE N° 10/82/S 82/256/EN DU 15 JUIN 1982
relative aux orientations et au fonctionnement du service
de santé scolaire

(Non parue au *Journal officiel*)

EXTRAITS

(...)

Les missions (1) du service de santé scolaire consistent à :

- promouvoir la santé physique et mentale et développer une action sociale en faveur de tous les jeunes d'âge scolaire, pour leur assurer une bonne insertion dans l'école ;
- permettre aux enfants et aux adolescents d'entrer dans le monde des adultes avec les meilleures chances d'épanouissement professionnel et humain.

Le contenu des actions du service doit dorénavant répondre aux besoins réels des populations et contribuer à résorber les inégalités, notamment par une meilleure prévention médicale et sociale de l'échec scolaire en faveur des enfants et des adolescents les plus défavorisés. Ceci acquis, ces actions contribueront même plus positivement à assurer la réussite scolaire.

Pour ce faire, il est nécessaire de développer des actions planifiées par programme, élaborées à partir d'une identification préalable des problèmes sanitaires et sociaux, tout en réalisant une surveillance sanitaire et une protection sociale d'ensemble pour les enfants scolarisés, en particulier par la réalisation de bilans de santé

sur les tranches d'âge jugées importantes pour le développement et l'orientation scolaire des enfants.

La prévention médicale et sociale en faveur de l'enfant et de l'adolescent sera développée selon trois axes prioritaires :

1. — Des actions de portée générale

Réalisation à 100 p. 100 des trois bilans de santé prévus à des âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité, mais dont ne bénéficient pas encore l'ensemble des enfants.

Le premier bilan, effectué vers 5-6 ans au moment de l'admission dans l'enseignement élémentaire, n'a été réalisé qu'à 95 p. 100 en 1979-80 ; le second bilan vers 10-11 ans, lors de l'entrée dans le cycle secondaire, qu'à 82 p. 100 ; le troisième bilan entre 13 et 16 ans, dit « bilan d'orientation scolaire et professionnelle » qu'à 75 p. 100.

Des actions d'éducation pour la santé, en concertation et en collaboration avec les infirmières d'établissement et les personnels enseignants qui pourront bénéficier de programmes de formation par les équipes de santé scolaire, en complément des stages organisés par le ministère de l'éducation nationale.

Les thèmes prioritaires de ces actions pourront notamment concerner l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, les consommations nuisibles, l'éducation sexuelle, la prévention des accidents.

Le développement du contrôle sanitaire de l'hygiène générale et l'amélioration du cadre de vie, notamment dans les locaux scolaires, les ateliers, les installations sportives, les restaurants scolaires.

2. — Des actions sélectives pour résorber les inégalités

Seront notamment mises en oeuvre :

Des actions personnalisées, à la demande de l'équipe éducative, des parents ou des élèves eux-mêmes, afin d'assurer aux élèves vulnérables une surveillance sanitaire plus étroite dans l'intervalle et en complément des trois bilans de santé.

Il s'agira notamment d'enfants en difficulté, quelle qu'en soit la cause ou la nature.

Ces examens doivent être l'occasion de développer une éducation sanitaire adaptée aux enfants qui en sont bénéficiaires et à leurs familles, menée de façon plus permanente dans chaque école ou établissement.

Des programmes prioritaires décentralisés au niveau de la région ou du département, en réponse aux problèmes spécifiques et collectifs des différentes communautés d'enfants et qui devront : (...)

3. — *Des actions de recherche*

Toutes ces grandes orientations devront aussi conduire, en étroite concertation avec le ministère de l'éducation nationale et en liaison avec le ministère de la recherche et de la technologie, à un nouvel effort de recherche sur les facteurs qui peuvent affecter le comportement de l'élève en milieu scolaire, tout particulièrement en ce qui concerne :

La recherche épidémiologique : étude des facteurs de risques pour le développement de l'enfant et de l'adolescent, réflexions sur les indicateurs sanitaires et sociaux les plus pertinents afin d'affiner les techniques de planification et d'évaluation des programmes réalisés.

La recherche ergonomique et sur l'environnement de l'enfant : les équipes de santé scolaire pourront contribuer aux recherches entreprises sur ces thèmes par le ministère de l'éducation nationale, notamment en ce qui concerne :

- l'étude du travail de l'écopier en tenant compte de ses caractéristiques chronobiologiques afin de promouvoir la réussite scolaire ;
- la connaissance du milieu extra-scolaire comme facteur explicatif complémentaire de l'échec scolaire : incidences sur la fatigabilité, le surmenage, les rythmes scolaires, la scolarité des handicapés, etc.

(...)

ACCES AUX SOINS INFIRMIERS DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

*M^{me} LEGUEVELOU **

Si je suis actuellement infirmière-conseillère auprès du recteur de l'académie de Rennes, j'ai auparavant exercé pendant vingt ans dans des établissements de différents types : en lycée professionnel de garçons ou de filles, puis mixtes, en collèges avec S.E.S... Je ne vous parlerai donc que de ce que je connais, c'est-à-dire de l'accès aux soins des adolescents dans les établissements pourvus de poste d'infirmière.

Tout d'abord, quelques chiffres. Il y a dans l'académie de Rennes 306 établissements d'enseignement public secondaires, tous types d'enseignement confondus ; 146 d'entre eux sont pourvus d'au moins un poste d'infirmière, soit 48 % (certains en ont deux, quelques-uns trois, et on peut citer le cas d'une grande cité scolaire de 5 000 élèves, à Brest, qui a quatre infirmières). Les autres établissements n'ont pas d'infirmière du tout.

Sont pourvus tous les établissements d'enseignement technique, lycées techniques ou lycées professionnels, les E.R.E.A. (Ecoles régionales d'enseignement adapté), qui dispensent un enseignement adapté pour des élèves qui ont des problèmes d'échec scolaire ou d'adaptation sociale ou autre, les lycées avec internat ou à gros effectif, les collèges avec internat et à gros effectif, les collèges en externat

* Infirmière-conseillère auprès du recteur de l'académie de Rennes.

et à gros effectif et/ou S.E.S. (Sections d'éducation spécialisée, qui reçoivent les enfants qui ont des problèmes d'adaptation scolaire).

Il y a dans l'académie 169 768 élèves dans l'enseignement secondaire, dont 100 000 environ bénéficient des soins d'une infirmière d'établissement. Pendant l'année scolaire 1986/1987, il y a eu entre 550 000 et 600 000 passages dans les infirmeries de l'académie, soit environ 4 000 passages par an dans les établissements pourvus d'un poste d'infirmière.

Les élèves viennent voir les infirmières pour de multiples raisons qui sont, par ordre décroissant de fréquence : les affections respiratoires, les affections bucco-dentaires, les maladies infectieuses, les accidents et leurs suites — accidents de la vie scolaire ou accidents de travail dans le technique. 53 % de ces accidents sont dus à des chutes qui se traduisent en particulier par des fractures. Mais on trouve également les corps étrangers, les brûlures et entorses. Cette énumération serait incomplète si on oubliait de citer les céphalées, les douleurs abdominales...

Pour mieux cerner le sujet dont nous parlons, je vais définir la fonction de l'infirmière d'établissement scolaire telle qu'elle se dégage de notre circulaire de fonction.

L'infirmière assure l'accueil des élèves. L'infirmière d'établissement public d'enseignement accueille les élèves pour quelque motif que ce soit, notamment d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il a une incidence médicale et si besoin est, les oriente vers les services spécialisés. Elle applique les traitements ordonnés par les médecins mais aussi de sa propre initiative. Il lui est donc reconnu le rôle propre de l'infirmière. Elle assure la sécurité d'urgence et peut participer au dépistage.

L'infirmière est aussi éducatrice de santé et l'infirmière participe à l'intégration des handicapés.

Dans le dictionnaire, au mot « soin », on trouve deux définitions : le soin ce sont les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade, mais cela signifie aussi être attentif à, veiller sur. Nous avons donc deux notions dans ce mot : le soin curatif mais aussi préventif. En effet, être attentif à sa santé, cela signifie prendre

les moyens pour ne pas être malade. Nous rencontrerons donc deux formes différentes de demandes de soins : au premier degré, il s'agit de guérir, au second, il s'agit de prévenir.

Depuis vingt ans, l'état de santé des élèves a beaucoup évolué. Nous ne rencontrons plus les grandes épidémies de grippe, par exemple, et les nombreux cas de rougeoles-rubéoles qui existent cependant toujours à l'état endémique. Par contre, les troubles concernant l'hygiène de vie sont fréquents, notamment l'équilibre alimentaire, l'utilisation abusive de médicaments ou de toxiques (alcool, tabac, etc.).

Les conditions de vie ont changé : les internats se vident, encore que dans notre académie qui est une académie rurale, il y ait énormément d'internats, il paraît que c'est une de celles dans lesquelles il y en a le plus. Mais demeurent les demi-pensions : les parents travaillent et l'amplitude de la présence des élèves dans l'établissement peut être de dix à onze heures par jour. On comprend donc qu'à un moment ou à un autre, les élèves ont affaire à l'infirmière de l'établissement.

De ce fait, on peut dire que l'infirmierie devient de plus en plus un lieu de séjour. Il est très courant qu'un élève arrive malade à l'infirmierie : le matin par exemple, il est fiévreux, ses parents sont déjà partis, ou bien du fait du ramassage scolaire en milieu rural, il est parti avant ses parents, il ne sait quel parti prendre, il va à l'infirmierie où il est gardé — sauf urgence — jusqu'au moment où les parents, une fois leur journée de travail terminée, passent le chercher.

L'objectif de l'infirmière est de dispenser dans les meilleurs délais les soins nécessaires aux élèves et de leur permettre de reprendre les cours le plus vite possible.

J'ai classé arbitrairement, mais pour plus de commodité, les demandes de soins des adolescents en cinq catégories : la demande de soins courants, la demande de soins en urgence, la demande de soins de l'élève handicapé, la demande de soins de l'élève malade chronique et la demande de soins non formulée et là, je rejoins de nombreuses observations formulées tout au long de cette journée.

Pour les élèves des catégories 1 et 2, nous avons à faire à une population habituellement saine. Par contre, pour les élèves des catégories 3 et 4 et il s'agit d'une population réellement en difficulté.

- La demande de soins courants. L'élève se considère comme malade (maux de gorge, grippe, névralgies, douleurs abdominales) et il demande à l'infirmière de le traiter afin qu'il se sente mieux. A ce niveau-là, l'infirmière elle seule peut juger de la gravité du symptôme et doit prendre les dispositions qui conviennent (médecins, hôpital ou contact avec les parents).

- La demande de soins en urgence. L'élève là aussi demande à l'infirmière de faire les gestes qui s'imposent pour sa sécurité.

- La demande de l'élève handicapé. Il nécessite très souvent des soins spécifiques. De plus, l'infirmière doit lui apprendre à faire ou à refaire malgré son handicap les gestes de la vie quotidienne pour qu'il mène une vie indépendante et autonome. Nous avons en effet des établissements, dans notre académie, où les infirmières reçoivent des élèves paraplégiques, par exemple, parce que nous sommes près de L'orient, Roscoff, Trégastel...

- La demande des élèves malades chroniques. Je pense ici aux maladies compatibles avec une vie scolaire normale mais qui nécessitent des traitements appropriés. Exemple : épilepsie, asthme, diabète, leucémie, cancer...

- J'en arrive à la demande de soins non formulés, à ce que nous appelons dans notre jargon professionnel : « le soin support ou le soin prétexte ». Nous savons combien les difficultés d'être se traduisent par la souffrance du corps et nous savons combien pour l'adolescent ce problème peut être aigu quand s'ajoutent à cela les difficultés familiales (chômage, maladies, séparation). Les capacités d'accueil et d'écoute de l'infirmière font que, très souvent, l'infirmierie est le lieu privilégié, neutre, où l'on peut venir parler de soi en sachant que le secret sera gardé. La demande médicamenteuse ou de soins cache souvent d'autres choses. Mais pourquoi le soin prétexte ? Malgré tout, l'infirmière est la soignante, il est plus facile d'entamer le dialogue à partir d'une demande de soins. D'autre part, il existe dans

nos établissements un règlement intérieur et le soin clairement exprimé est le sésame qui permet l'accès à l'infirmerie.

Comment l'élève a-t-il accès aux soins ? Quelles démarches doit-il faire ? En effet, il ne faut pas oublier que les adolescents font partie d'une collectivité, à l'intérieur d'une institution dont la vocation première est de dispenser un enseignement. J'ai relevé là une réflexion très intéressante de M. Quemener ce matin : « Nous comprenons donc aisément que l'intérêt collectif prime l'intérêt individuel, ceci ne veut pas dire que l'élève ne pourra pas se faire soigner mais il y est mis certains barrages afin de canaliser une demande qui pourrait être anarchique ». Bien entendu, les horaires de soins sont définis, il s'agit des horaires de récréation. Lorsqu'il s'agit d'une urgence, il n'y a aucun problème : l'élève vient à l'infirmerie s'il le peut ou l'infirmière est appelée. S'il s'agit de soins courants, sortir de classe est relativement simple mais encore faut-il demander l'autorisation au professeur et il faut parfois dire pourquoi on veut aller à l'infirmerie. Cela peut provoquer un blocage, je pense aux filles indisposées par exemple...

Pour les traitements ambulatoires, il n'y a pas de problèmes non plus, les horaires étant définis.

L'accès aux soins pendant les récréations apparemment ne pose pas de problème. Mais il arrive, toujours pour régler la vie en établissement, que des barrages soient mis pour éviter le déplacement non contrôlé des élèves. Je connais des établissements où il faut demander une autorisation au conseiller d'éducation avant de se rendre à l'infirmerie. Cela ressemble un peu à un tri. En effet, la tentation est grande, même sans arrière pensée, de demander à l'élève la raison de sa demande. D'autre part, l'élève doit sortir de classe accompagné d'un camarade, d'où hésitation à déranger. Par contre, le billet donné à la sortie de l'infirmerie et signé de l'infirmière justifiant le passage me semble assez normal.

Nous avons donc vu rapidement comment individuellement, les élèves peuvent avoir accès aux soins. Par ailleurs, ils peuvent avoir accès aux soins au niveau collectif, par le dépistage et l'examen à la demande. Enfin, les élèves peuvent avoir accès aux soins au niveau

préventif, donc surtout au niveau collectif. Encore que l'éducation pour la santé se fasse de façon ponctuelle lors des soins dans les infirmeries.

L'éducation pour la santé, c'est une dimension nouvelle qui s'ajoute à la notion de santé en tout cas dans nos établissements. L'infirmière repère les problèmes de santé en accord avec les élèves et les différents partenaires de l'institution, ainsi qu'avec les médecins et assistantes sociales et, par exemple, les équipes-relais, dont on a beaucoup parlé ce matin. Elle organise différentes actions, projets d'actions éducatives, expositions, conférences ; elle crée des clubs rencontre-santé, comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail ; elle enseigne les gestes de survie. L'objectif de l'éducation pour la santé étant de montrer à l'élève qu'il est le premier responsable de sa santé, de son maintien, de son amélioration, de sa détérioration... L'éducation pour la santé vise à influencer les attitudes et les comportements, nous en avons parlé, dans un sens favorable à la santé. Pourtant, les difficultés sont grandes pour mettre en place ces actions, la communauté scolaire n'étant pas réellement sensibilisée à ces notions. L'éducation pour la santé n'est pas intégrée à l'enseignement : les emplois du temps des élèves sont chargés et aucun budget n'est prévu. J'ai fait allusion tout à l'heure à la notion de responsabilité par l'éducation pour la santé ; il me semble qu'à ce niveau, on responsabilise les élèves, mais je pense aussi que le soin est pour l'élève un des premiers gestes d'indépendance à l'égard de l'institution et de ses parents. En effet, il peut se rendre ou doit pouvoir se rendre à l'infirmerie sans en rendre compte à ses parents, sauf s'il y a urgence ou traitement. J'en veux pour preuve, par exemple, l'accès à la pilule pour nos adolescentes mineures. Autonomie limitée bien entendu mais maintenant renforcée par la notion de responsabilité, collective ou individuelle, par l'éducation pour la santé. Il est évident que cette autonomie rencontre des résistances et là nous pouvons nous poser la question de la limite d'action des professionnels de santé. Nous connaissons les caries non soignées, les radios non faites, les lunettes pas achetées par négligence quelquefois mais aussi par manque d'argent... C'est pourquoi et pour en terminer, il me semble qu'il est absolument indispensable pour un meilleur suivi de l'élève de travailler en liaison avec les différents partenaires de l'établis-

ment, le chef d'établissement, le conseiller d'éducation, les professeurs, mais aussi les médecins d'établissement, les médecins de famille, les infirmières et les assistantes sociales, et qu'en tout état de cause, l'infirmière d'établissement scolaire peut être le relais entre toutes ces personnes et les parents et les adolescents.

ACCES AU SERVICE SOCIAL

*M^{me} A. DEROOST **

Mes propos ne sont pas l'expression directe des adolescents, mais plutôt l'analyse d'une pratique professionnelle pour répondre aux demandes exprimées par les adolescents qui fréquentent certains établissements du second degré publics du département.

Nous ne soignons pas comme les infirmières, mais nous devons être, selon les termes de la circulaire du 15 mai 1982, des conseillers sociaux de l'institution et de l'individu élève. Comme le disait M^{me} Leguevelou, l'institution scolaire peut comporter des contraintes lorsqu'un individu a des difficultés momentanément. Le bureau de l'assistante sociale scolaire est souvent inaccessible à certains adolescents parce que la fonction de conseiller social n'est pas toujours intégrée par eux ni par certains de nos partenaires. On prête à l'assistante sociale scolaire un rôle d'aide matérielle et non celui de médiateur aux problèmes relationnels et affectifs. Or, son bureau devrait être un lieu de parole et un lieu d'écoute. Lorsque la fonction est comprise par l'adolescent, les demandes exprimées ont pour thèmes : un mal-être dans son corps au niveau, soit du développement, soit de son aspect physique, et c'est pourquoi certaines de mes collègues ont mis en place des rendez-vous avec des esthéticiennes pour permettre aux adolescents d'accepter leur aspect extérieur ; problèmes de sexualité qui, sous prétexte d'une demande de contraception, peuvent cacher des problèmes beaucoup plus graves. On a actuellement un grand nombre de révélations d'incestes, je ne pense pas que ce soit lié à une augmentation de ce facteur, mais à une possibilité d'en

* Assistante sociale conseillère - Service de santé scolaire d'Ille-et-Vilaine.

parler. On a des problèmes d'homosexualité chez des jeunes garçons et quelques problèmes de prostitution. Il y a aussi un mal-être de l'adolescent dans sa tête, souvent des périodes de découragement, d'abattement, ou bien de consommation de produits licites ou illi-cites, chez nous c'est surtout la consommation d'alcool. On retrouve tous les problèmes familiaux (mésentente des parents...) : le jeune vient se confier, souvent, parce qu'il se pose en arbitre entre les deux parents et se trouve après pris en otage par l'un des deux. Les jeunes dénoncent aussi souvent une incompréhension mutuelle ; par exemple, des parents ont parlé avec leurs amis de la possibilité d'accès à la contraception pour leur fille, mais lorsque celle-ci le demande, la position des parents est totalement négative et la fille, complètement déroutée, ne comprend pas pourquoi tout d'un coup, alors que ça paraissait aussi accessible, ça lui est refusé. Bien sûr, il y a tous les manques de dialogue avec les parents qui sont trop rigides ou trop laxistes. Les jeunes se plaignent aussi de mal être dans leur classe : ou bien ils n'ont pas de copains, ou bien il y a une mauvaise ambiance, ou bien il y a un manque de réussite... Notre rôle dans tous ces cas-là, c'est effectivement, d'une part, de dédramatiser, d'autre part, d'envisager de mettre des actions en place. Ce sont parfois d'autres acteurs partenaires qui interviennent auprès des jeunes et l'assistante sociale scolaire est alors le soutien du soutien si je puis dire. Ces partenaires acteurs peuvent être aussi bien les copains, la famille, les adultes-relais dont on a beaucoup parlé et dont, dans le département, on a formé un certain nombre, les enseignants ou l'administration. Tous ces partenaires peuvent orienter l'intéressé vers le bureau de l'assistante après une période d'observation et de soutien. Il faut quand même que cette orientation soit bien préparée et que l'adolescent comprenne bien que l'assistante sociale qui pourrait être un spécialiste pour lui, ne va pas le cataloguer comme un être anormal.

Après avoir eu un entretien ou des entretiens avec ce jeune et analysé sa situation, il faut envisager la prise en charge qui peut être compromise pour différents motifs. La demande institutionnelle d'abord, parce que souvent cette institution demande une action rapide et efficace. Or, en travail social, il est très important de prendre son temps : il nous faut quelquefois voir plusieurs fois un jeune,

quelquefois l'avoir dans notre bureau pendant une heure sans l'entendre rien dire, il vient simplement s'y asseoir, et on le reverra comme ça très régulièrement pour, au bout de quelques venues, l'entendre nous faire une déclaration très importante. Parfois, c'est le refus du jeune lui-même qui ne voudra pas avvertir sa famille d'une difficulté. Nous avons eu, par exemple, la demande d'un jeune homosexuel qui était en grande difficulté par rapport à cette notion de normalité de sa sexualité ; il souhaitait beaucoup en parler avec un psychiatre, mais il ne voulait surtout pas que sa famille soit au courant de cette démarche : il a donc fallu négocier avec un C.M.P.P. pour qu'il puisse être reçu en consultation, sans que ses parents soient avertis.

Dans le département, nous ne disposons d'aucun centre d'accueil pour les adolescents en difficultés, comme le Centre Entre-temps. Nous n'avons à notre disposition que les centres de planification, les centres de consultations vénériennes comme consultations gratuites et accessibles aux adolescents. Parfois, c'est aussi le jeune lui-même qui refuse complètement, totalement l'intervention d'un spécialiste (le psychologue, le psychiatre ou même un médecin). Il nous faut donc travailler très longtemps avec lui pour l'amener vers cette consultation.

Nous ne travaillons pas seules ni dans l'institution, ni à l'extérieur. Dans l'institution, nos principaux partenaires sont bien évidemment le chef d'établissement ou son adjoint, le conseiller d'éducation, l'infirmière d'établissement, le médecin et l'infirmière scolaire, les enseignants, les adultes-relais. A l'extérieur, nous assurons toutes les liaisons avec les autres travailleurs sociaux, les assistants sociaux polyvalents mais aussi les assistants sociaux de catégorie, les éducateurs des services spécialisés, les C.M.P.P., les intersecteurs de pédo-psychiatrie, les inspecteurs de l'aide sociale à l'enfance et les juges pour enfants.

Aucune décision d'orientation vers une structure spécialisée n'est jamais prise par l'assistante sociale seule. Elle est toujours réalisée en concertation avec certains de ces partenaires et le médecin scolaire sera un partenaire privilégié si un contact doit être pris avec le médecin généraliste.

LES BILANS DE SANTE

*M^{me} V. SABLONNIERE **

Le bilan de santé en milieu scolaire pose le problème de l'adéquation entre la demande de soins et l'offre de soins.

La demande de soins objective, c'est celle qu'on dégage des études épidémiologiques et à laquelle on répond en principe par des bilans systématiques à des âges donnés. Ainsi, les problèmes et besoins de santé de l'adolescent fondent un bilan de santé à l'adolescence.

A côté, il y a la demande ressentie, mais pas nécessairement exprimée. Qu'est-ce que l'adolescent a envie de nous dire ? L'écouter... Nous n'avons pas toujours le temps qu'il faudrait, du moins dans nos fonctions. Comment faire émerger ce besoin ressenti ? Peut-être par les bilans systématiques de santé : à cette occasion, le médecin, s'il est vraiment à l'écoute, peut rencontrer l'adolescent qui avait envie de dire et qui profite de ce moment pour dire. Possible, mais pas sûr...

Ensuite, il y a la demande exprimée. La demande exprimée, elle est exprimée par qui ? Elle est exprimée par le service de santé scolaire, par le ministère de l'Education nationale, par les chefs d'établissement : « tel groupe d'adolescents qui doivent être orientés, tel élève qui pose des difficultés en classe, doivent avoir un bilan de santé ». On répond à ces demandes soit par les bilans systématiques (pour, par exemple, les groupes d'élèves qui vont entrer en formation professionnelle), soit par des examens à la demande, individuels.

* Médecin responsable du Service de santé scolaire d'Ille-et-Vilaine.

Cette demande de soins, ce n'est pas forcément une demande par laquelle on peut répondre exclusivement avec des bilans de santé, on y répond aussi par l'éducation pour la santé.

L'accès aux soins en milieu scolaire pose divers problèmes. Il est facile d'organiser des bilans quand ils sont prévus de façon systématique, il existe un protocole qui est mis au point, dont je ne vais pas vous parler, mais qui fonctionne correctement. Mais si on organise effectivement systématiquement pour certaines catégories d'élèves des bilans, par exemple, dans les lycées, il n'est pas prévu du tout de bilans systématiques. Est-ce un bien, est-ce un mal ? On n'en sait rien. Dans tous les cas, on peut se demander si ça répond à la demande de l'adolescent. Par ailleurs, des parents ne sont pas du tout contents que l'on fasse ces bilans ; ils disent : « Vous nous dépossédez du rôle parental, donc on refuse le bilan » (c'est une attitude très fréquente chez les enseignants). Enfin, il y a le blocage individuel : l'adolescent n'a pas du tout envie d'avoir un bilan de santé pour une raison quelconque et il s'absente, il n'est pas à l'école le jour du bilan. Alors, on essaye de le voir parce que pour nous c'est un point-symptôme, on se dit « il y a quelque chose qui se passe et il importe d'essayer de savoir quoi ».

L'examen à la demande pose un problème d'accès, parce qu'il nécessite d'« extirper » un adolescent, un jeune de sa classe, à la demande du médecin, de l'infirmière, de l'assistante sociale ou de l'enseignant ; l'adolescent est rarement demandeur. Le problème, c'est donc d'« extirper » un adolescent de sa classe, parce que tout le monde va lui dire : « tiens, t'es allé voir le docteur... qu'est-ce qui se passe ? t'es malade ? ça va pas ?... ». Les bilans systématiques ont au moins l'avantage de préserver un certain anonymat.

C'est bien d'avoir un bilan, mais pour faire quoi, si on ne peut aboutir à un soin effectif, parce que le service de santé scolaire ne fait pas de soins, parce que la famille manque de ressources pour financer les consultations externes, les lunettes, les soins dentaires, etc. Le fait aussi que nous échangeons avec les familles par courrier et que ce courrier n'est pas toujours bien compris, il n'est pas toujours lu, il n'est pas toujours transmis par l'adolescent qui n'a pas envie que ses parents soient au courant ; en particulier quand on note

qu'il faudrait peut-être consulter un psychologue, parce que le mot psy fait peur. Au niveau individuel, on peut dire que l'adolescent ne se rend pas volontiers, même quand on lui propose quelque chose de gratuit. Il fait rarement une démarche de lui-même.

Et puis, on se remet en cause, on se dit que nos pratiques ne sont pas les bonnes ; est-ce qu'on a écouté comme il fallait cet adolescent ? Peut-on améliorer cet accès aux soins à l'intérieur de l'institution scolaire ? Il faut bien le dire, l'adolescent a à sa disposition un choix d'intervenants, mais peut-il recourir à eux comme il le voudrait ? Je crois qu'il faut effectivement améliorer le contact avec les familles, bien faire comprendre ce que l'on veut faire avec l'institution scolaire, avec toutes les structures extérieures de prise en charge de l'adolescent et surtout dans le respect de l'adolescent, c'est-à-dire en le laissant le plus possible libre de ses choix. Notre problème demeure ce fameux ressenti, dont on a déjà beaucoup parlé et aussi le fait que nous soyons peu présents : nous sommes itinérants et il est souvent difficile dans ces conditions de répondre à la demande.

L'EDUCATION POUR LA SANTE

*D. GODFROY **

L'éducation pour la santé doit permettre à l'adolescent de préserver le capital que représente sa santé, en lui fournissant une information suffisante pour l'inciter à de bonnes habitudes de vie et éventuellement à modifier son comportement pour les améliorer.

A — CHOIX DU THEME D'EDUCATION POUR LA SANTE

1) **Thème imposé**

Pour cette année scolaire 86-87, le thème retenu par le ministère de l'Education nationale était : « Oui à l'Ouïe ».

Le thème a posé dans certains départements, en particulier le nôtre, un problème d'organisation dû au manque de moyens (pas assez d'audiovérificateurs, alors qu'il faudrait que chaque infirmière d'établissement en possède un, principalement dans les lycées d'enseignement professionnel à hauts risques pour l'audition).

Nous participons aussi aux thèmes retenus par le ministère des Affaires sociales et de l'emploi tels que :

- les toxicomanies ;
- les MST.

* Infirmière spécialisée - Service de santé scolaire, Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine - BP 73 A, 35031 Rennes Cedex.

Pour ce thème, le département d'Ille-et-Vilaine a été retenu comme l'un des départements cibles pour une recherche de prévention menée par l'INSERM. Ces thèmes prioritaires ont l'inconvénient d'être connus trop tard. Cela nuit à une bonne organisation permettant une mise en place efficace et une évaluation.

2) Thèmes choisis pour des raisons locales

Ils peuvent s'appliquer à :

- une classe ;
- un groupe d'adolescents jugés particulièrement vulnérables (SES, CPPN, LEP...);
- un groupe d'adolescents particulièrement motivés sur un thème.

Le thème est retenu à partir

- d'un questionnaire ;
- du recensement des problèmes de santé, relevés sur les dossiers médicaux ;
- de discussions entre les différents partenaires des équipes de santé scolaire ;
- d'entretiens avec les adolescents au cours des visites médicales ;
- d'une demande des enseignants, des parents.

B — MISE EN PLACE D'UNE INTERVENTION

- Quand ?
- Où ?
- Comment ?

Les difficultés commencent souvent à ce moment-là.

1) Quand faut-il intervenir ?

Exemple : Campagne départementale sur les MST.

Les élèves n'étaient pas demandeurs. Après une sensibilisation de notre part (réunions, questionnaires) relayée par les médias, les adolescents ont finalement exprimé un désir d'information. L'institution scolaire intervient alors sur le choix du moment en contradiction avec le souhait des élèves :

- durant les heures scolaires (souhait des élèves) ;
- en dehors des heures scolaires (souhait de l'institution).

L'information a donc été faite en dehors des heures de cours et peu d'élèves ont été présents (92 sur 350 demandes). Les filles ont été plus présentes que les garçons.

2) Le choix du moment détermine aussi le lieu de l'intervention qui n'est pas non plus sans conséquence sur l'impact des informations données et sur la possibilité ou non de dialogue entre élèves et intervenants.

3) Comment se font les interventions ?

a) Soit ponctuellement par le médecin, l'infirmière avec ou sans intervenants extérieurs. La présence des élèves est alors le plus souvent facultative.

b) Soit par des interventions intégrées dans un enseignement de sciences naturelles, d'économie sociale et familiale. La présence des élèves à ce type d'information est le plus souvent imposée.

La question qu'on peut se poser est : Y a-t-il une meilleure efficacité de l'une ou l'autre modalité d'intervention ? On ne peut malheureusement pas actuellement l'évaluer.

Pour faciliter l'accès à cette éducation pour la santé des adolescents, il faut qu'il y ait une bonne collaboration avec les chefs d'établissement, les conseillers d'éducation, les enseignants, le service de santé scolaire, les infirmières d'établissement.

c) Le club santé

En Ile-et-Vilaine, il a fallu se rendre à l'évidence que les adolescents ne viennent pas si spontanément que cela pour s'informer sur leur santé, aussi la pratique du club santé a-t-elle été abandonnée. Une structure originale, « le club tricot », a été mise en place dans un établissement, animée par une assistante sociale et une secrétaire de santé scolaire, qui est le lieu et l'occasion de beaucoup d'échanges, notamment sur des problèmes de santé. Cependant, on peut regretter qu'une fois encore, seules les filles y participent.

C — LE SUIVI DES ACTIONS

Il faut rappeler que le service de santé scolaire n'est pas attaché à un établissement scolaire et que son personnel est itinérant. Dans un département très rural comme le nôtre, les déplacements sont nombreux et le temps de présence dans un établissement réduit. Parmi les priorités définies actuellement par le ministère, l'éducation pour la santé, compte tenu des moyens, passe après les bilans de 6 ans et les bilans d'orientation. Tout en restant le parent pauvre de notre activité, il ne faut pas méconnaître des réalisations qui ont rencontré auprès des adolescents un réel intérêt et on peut regretter de ne pas pouvoir aller plus loin dans ce sens.

Exemples :

- Information sur la sexualité près des élèves de trois CES de Rennes.

Adolescents touchés : SES, CPPN, avec, dans ces CES, création d'un projet d'action éducative de 1983 à 1987, projet qui a été soumis au comité départemental et au comité régional de promotion de la santé en vue d'une demande de subvention qui a été accordée.

- Information sur l'alcoolisme.

Adolescents touchés : CPPN. Si l'accès aux soins par l'éducation pour la santé auprès des adolescents pose des problèmes (au mo-

ment de l'intervention), il n'en est pas de même auprès des pré-adolescents. Aussi les adolescents ont-ils eu très souvent avant leur entrée dans le secondaire des informations nécessaires à de bonnes habitudes de vie.

CONCLUSION

Comme on peut le constater, l'accès aux soins par l'éducation pour la santé n'est pas très aisée pour les adolescents :

- difficultés de bien recenser leurs besoins ;
- difficultés pour bien y répondre.

A notre niveau se pose le problème de la qualité de nos interventions et donc d'une formation adaptée.

Accès aux soins

III - EN MILIEU INSTITUTIONNEL

BESOINS DE SANTE DES ADOLESCENTS EN MILIEU INSTITUTIONNEL

B. ZEILLER *

Les adolescents, dont les besoins de santé sont évoqués ici, sont ceux qui sont placés pour des troubles du comportement dans des institutions éducatives. Qu'ils soient considérés comme caractériels et/ou délinquants, ces jeunes séjournent de quelques mois à quelques années dans des structures notablement différentes du milieu hospitalier : il est rare qu'un médecin y travaille à plein temps ; généraliste, spécialiste et notamment psychiatre, y apportent leur concours quelques heures par semaine ou sont consultés ponctuellement « à la demande ».

Quelle que soit l'intensité de leurs troubles du comportement, ces adolescents présentent aussi des manifestations somatiques. Ils sont généralement issus de milieux sociaux défavorisés et entrent dans les catégories d'adolescents présentant des risques particulièrement élevés¹.

Plusieurs travaux^{2,3,4} ont montré un taux de prévalence des problèmes de santé plus élevé chez les adolescents inadaptés. Par

* Chargé de recherche à l'INSERM - Unité 69 (Direction scientifique : S. Tomkiewicz) - 1, rue du 11 novembre, 92120 Montrouge.

1. JEANNERET O., SAND E.-A., DESCHAMPS J.-P., MANCIAUX M. : *Les Adolescents et leur santé*, Flammarion, Paris, Presses de l'Université de Montréal, 1983, 485.
2. AUZOUX L. : *Pathologie et Délinquance*, Promovere, 1982, 29, 31-43.
3. FRAPPIER J.-Y., STEINMETZ N. : « Health problems and health care for adolescents in residential facilities in Quebec », *C.M.A. Journal*, 117, 1977, 1403-1406.
4. PICHOT F., FRAPPIER J.-Y., « Adolescents en difficulté : besoins et soins de santé », *Revue de Pédiatrie*, 1982, XVIII, 4, 237-243.

exemple, Gibbens⁵ a observé que 43 % de jeunes délinquants étaient atteints de problèmes de santé significatifs pour 18,3 % chez les jeunes tout venants. Ce taux plus élevé est également observé dans les antécédents des adolescents difficiles. Lewis D.O. et Shanok S.S.⁶ ont constaté que les enfants délinquants ont fait appel aux services hospitaliers de façon significativement plus élevée que les non délinquants. En particulier, 61 % ont été victimes d'accidents ou de blessures contre 41,7 % de non-délinquants.

Les manifestations somatiques, observées pendant le séjour en institution, ont été étudiées chez 40 adolescents par K. Waks⁷ en utilisant la nomenclature de l'O.M.S. Les résultats en sont les suivants :

- troubles du fonctionnement physiologique d'origine
 - psychique 72,5 %
- pathologie accidentelle et traumatique 67,5 %
- pathologie dentaire 65,0 %
- pathologie respiratoire 57,5 %
- pathologie digestive 57,5 %
- pathologie cutanée 50,0 %
- pathologie infectieuse et parasitaire 25,0 %
- facteurs psychiques associés à des affections classées ailleurs 22,5 %
- maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde 12,5 %
- maladies des organes génito-urinaires 5,0 %
- maladies endocriniennes 5,0 %
- maladies du système nerveux central 2,5 %

Ces quelques chiffres, qui concernent la population d'une institution, appellent plusieurs observations :

- La variété des pathologies rencontrées confirme que les besoins de santé d'adolescents placés pour des troubles du comporte-

5. GIBBENS T.C. : « The effects of physical ill-health in adolescent delinquents », *Proc. R. Soc. Med.*, 1962, 56, 1086-1088.
 6. LEWIS D.O., SHANOK S.S. : « Medical histories of delinquent and non-delinquent children : an epidemiological study », *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134, 9, 1020-1025.
 7. WAKS K. : *Manifestations somatiques chez 40 adolescents placés en foyer de semi-liberté*. Mémoire de C.E.S. de psychiatrie, Université Paris Val-de-Marne, 1985, 118 et v.

ment impliquent le recours au médecin généraliste, mais aussi à plusieurs spécialistes.

- Le rôle du médecin généraliste est ici capital au point qu'il doit être considéré comme membre à part entière de l'équipe éducative et/ou soignante. Les relations de confiance que peuvent nouer les adolescents avec lui s'inscrivent également dans le soutien psychologique apporté à ceux-ci par les autres membres de l'équipe.

- Les spécialistes consultés, dès lors qu'ils constituent un véritable « réseau » de praticiens, connus des adolescents et des membres de l'équipe, facilitent à la fois les demandes de soins mais aussi l'acceptation de ceux-ci jusqu'à leur terme.

Les soins nécessaires à l'adolescent, réputé difficile, surtout s'ils impliquent une consultation ou un séjour en milieu hospitalier, se heurtent souvent à de nombreuses difficultés et commencent parfois dès l'arrivée dans la salle d'attente d'où le jeune peut vouloir repartir au bout de quelques minutes. J.-P. Deschamps⁸ a montré que seulement 35 % d'adolescents consultent un généraliste sans leurs parents et que tous ceux qui consultent un pédiatre sont accompagnés par un membre de leur famille. Ce constat peut être lié au fait que les besoins de santé sont peu exprimés à l'adolescence ou exprimés de façon peu explicite. Ils aboutissent alors parfois à des réponses inadéquates de la part des professionnels de la santé. Le jeune, placé en institution, éprouve encore plus de réticences à consulter seul dans un milieu hospitalier volontiers vécu par lui comme hostile.

La tolérance de l'environnement médical aux troubles du comportement de l'adolescent malade dans son corps constitue un volet important de la qualité des soins. La difficulté, fréquente chez ces jeunes, à supporter la moindre frustration, peut être à l'origine de rupture prématurée d'un séjour hospitalier. L'impossibilité d'appréhender parfois le pourquoi d'un traitement de longue durée, d'une contention orthopédique, implique patience et explications répétées.

Notre vocabulaire médical est souvent inaccessible à des adolescents pour lesquels les difficultés de communication avec le monde adulte sont quotidiennes. Les termes, que nous utilisons couram-

8. DESCHAMPS J.-P. et coll. : « La Médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville », *Archives Fr. de Pédiatrie*, 1982, 39, 393-403.

ment, peuvent donner lieu à des interprétations erronées grevant lourdement l'attitude du jeune à l'égard de sa santé et/ou des soins nécessaires. Tel est, par exemple, le cas d'une adolescente convaincue du caractère irréversible de son « handicap » puisque, dès l'âge de trois ans, avait été inscrit sur son carnet de santé : « débilité légère ». Depuis le jour où il avait entendu qu'il avait une dépression xyphoïdienne, un autre adolescent restait persuadé qu'il était atteint d'une maladie mentale. C'est dire ici la nécessité de toujours nous assurer auprès des jeunes que nous suivons en institution de ce qu'ils perçoivent et comprennent de leur corps et peut-être, dans notre pratique, d'éviter à leur égard une trop grande dichotomie entre l'âme et le corps.

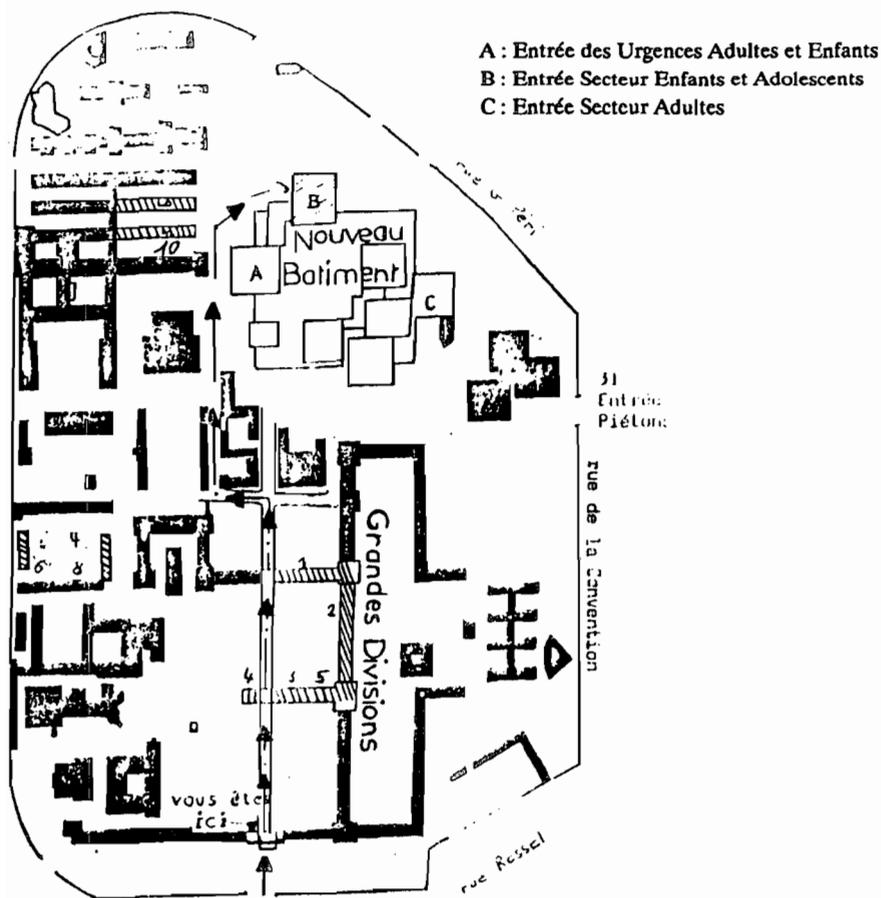
Accès aux soins



IV - A L'HOPITAL

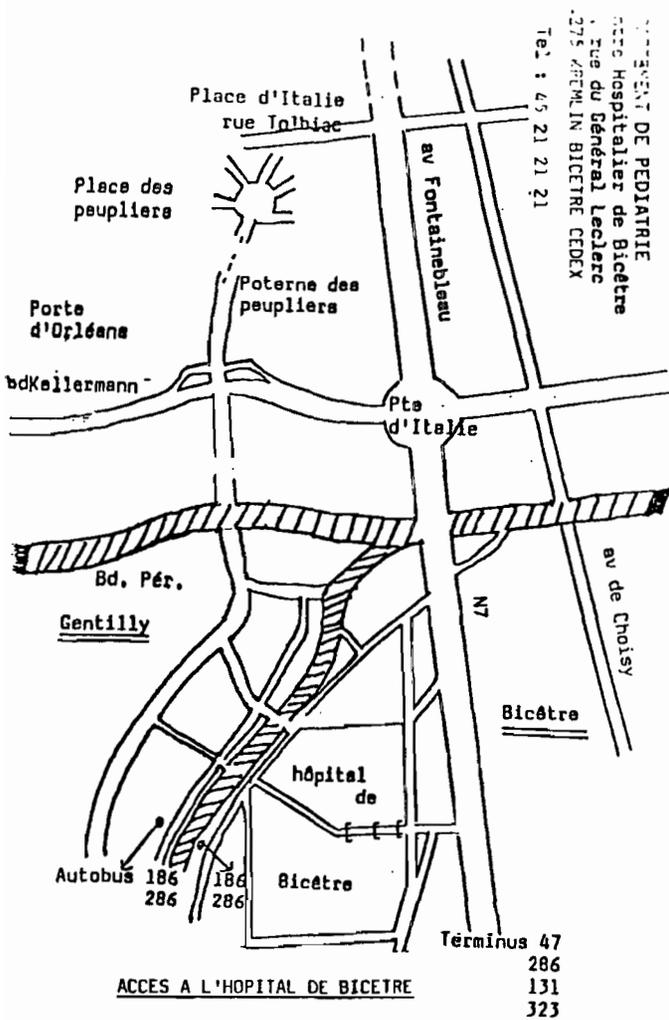
**LIVRET REMIS AUX ADOLESCENTS
ACCUEILLIS DANS L'UNITÉ D'ADOLESCENTS
DE L'HOPITAL DE BICETRE**

*L'unité d'adolescents de Bicêtre accueille des jeunes de 13 à 19 ans
Nous te souhaitons la bienvenue*



79, rue du Général Leclerc

Hôpital Bicêtre : accès au secteur Parrot
4^e niveau : Consultation et Hospitalisation Adolescents.



1. POUR ACCEDER A L'UNITE

On peut s'aider des plans dessinés sur la couverture (recto et verso).

Une fois arrivé au nouvel hôpital, prendre l'entrée juste à gauche des urgences, indiquée « secteur enfants ».

Prendre les ascenseurs jaunes jusqu'au 4^e niveau.

Au 4^e, prendre la porte à droite en sortant, et continuer tout droit jusqu'à l'unité.

2. TA CHAMBRE

En général, tu partages ta chambre avec un autre adolescent.

La télévision est gratuite.

Si tu veux mettre en sûreté de l'argent ou des objets de valeur dès ton arrivée, c'est facile : signale-le à celui qui t'accueille.

3. ORGANISATION DE L'UNITE ET REGLES

. Réveil : à 7 h 30

C'est l'heure des prises de sang (et de la prise de température) pour ceux qui en ont besoin.

Tu fais ton lit et ta toilette avant 10 h, et tu es responsable du rangement de ta chambre.

. Repas :

Petit déjeuner : 8 h - 8 h 30

Déjeuner : 12 h - 12 h 30

Goûter : 16 h - 16 h 30

Dîner : 18 h 30 - 19 h 30

. Coucher : Chacun dans sa chambre à 23 h 30.

. Visites médicales :

Tous les jours de 9 h 30 à midi.

Tu y rencontreras aussi des étudiants en médecine (externes).

. Le repos :

De 13 h à 14 h, c'est le calme dans le service : on vous demande d'être tous dans les chambres.

. Les visites :

Père, mère, petit(e) ami(e) : tous les jours, sans restrictions, jusqu'à 20 h.

Frère, soeur, ami : tous les jours, de 14 h à 20 h.

Trois visiteurs à la fois au même moment est le maximum.

. Absences hors de l'unité :

Tu peux t'absenter de l'unité, mais tu dois alors :

- prévenir ton infirmière ;

- l'écrire sur le cahier ;

- être présent(e) à l'heure des repas ;

- être rentré(e) le soir au plus tard à 20 h

. La salle de loisirs :

Elle est à ta disposition de 9 h du matin à 22 h 30, avec une coupure entre 13 h et 14 h.

. Interdiction formelle dans l'unité :

1. Les drogues, y compris l'alcool. Sache aussi qu'aucun médicament n'est autorisé en dehors de ceux qui te sont prescrits ici.

2. Fumer dans les chambres, les couloirs et les toilettes. Mais c'est toujours permis dans la salle de loisirs.

3. Sortir des limites de l'hôpital, sauf en cas de permission ou de sortie autorisée.

4. PERMISSIONS - SORTIE

. Tu peux demander une permission (de quelques heures à 48 heures maximum) à ton médecin. Si tu as moins de 18 ans, n'oublie pas qu'il nous faut aussi un accord de tes parents (ou responsables).

. A la fin de ton hospitalisation, c'est ton médecin qui décide ta sortie. En général, nous te prévenons au moins la veille.

LES ADOLESCENTS, LEURS BESOINS DE SANTE ET L'HOPITAL

V. COURTECUISSÉ *

Dans le système hospitalier français, s'agissant d'adolescents, on ne peut manquer d'être frappé du vide institutionnel qui se situe entre la fin de l'âge pédiatrique (15 ans) et l'entrée dans l'âge adulte ($> = 20$ ans). En effet, sauf exceptions, aucune disposition particulière ne concerne l'accueil des adolescents (en hospitalisation ou/et consultation). De fait, 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 des adolescents.

Ces pratiques procèdent d'une méconnaissance de ces besoins et contribuent d'ailleurs à l'aggraver d'autant que ceux-ci sont interprétés en fonction de nosologies qui dérivent pour une part de l'expérience pédiatrique, et pour une part de la médecine interne d'adultes.

Ces besoins doivent aujourd'hui faire l'objet d'évaluation et de recherches, notamment épidémiologiques. En effet, il n'existe actuellement que des données rares et ponctuelles.

De même l'établissement d'une nosographie pertinente doit être partie des missions prioritaires des groupes qui travaillent sur l'adolescent (soit en clinique, soit en recherche).

Ces remarques soulignent que l'on est insuffisamment documenté sur l'éventail qualitatif des pathologies observables chez l'ado-

* Service pour adolescents de l'hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc, 94 275 Le Kremlin Bicêtre Cedex.

lescent, mais que l'on ignore également pour une trop large part l'aspect quantitatif de ces mêmes pathologies.

Par contre, l'activité d'un certain nombre de groupes hospitaliers (étrangers et français) permet d'approcher un panorama qualitatif assez clair des besoins de santé de l'adolescent — vus au travers du fonctionnement d'outils hospitaliers conçus pour eux. Ces structures peuvent bien entendu fournir des informations sur la distribution des principaux besoins qu'elles observent, mais cette distribution et cette expérience ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble des besoins à un niveau national :

- d'une part parce qu'il existe des biais locaux et nationaux potentiels nombreux ;
- d'autre part parce que le recrutement hospitalier représente en lui-même un biais réducteur par rapport à la globalité des besoins de santé des adolescents.

Enfin, si l'on focalise sur les besoins observés à l'hôpital public, il est clair que l'on ne peut dissocier hospitalisation et consultation — activités rigoureusement complémentaires.

Reste que les besoins des adolescents à l'hôpital ressortissent à deux champs principaux d'observation et de réflexion :

- Le champ des besoins liés à la pathologie somatique présentée par les adolescents, pathologie souvent spécifique, notamment celle de la croissance et du développement pubertaire ;
- Le champ des besoins liés à l'adolescent lui-même, c'est-à-dire ceux d'un sujet vivant une période spécifique de sa vie — période souvent critique dans la mesure où elle représente la métamorphose la plus complexe et la plus rapide de l'existence humaine. En outre, cette métamorphose s'inscrit aujourd'hui dans des contextes sociaux — et familiaux — souvent particulièrement difficiles voire directement traumatisants.

Cela dit, le développement d'une médecine adaptée aux besoins des adolescents passe par plusieurs étapes nécessaires et qui d'ailleurs logiquement s'enchaînent.

En premier lieu, il s'agit de la prise de conscience du vide évoqué ci-dessus, qui ne trouve son terme que lorsque le sujet se reconnaîtra comme adulte et se trouvera de ce fait accueilli comme tel.

En second lieu, il s'agit de la reconnaissance de l'adolescence en tant que phénomène spécifique, unique, bref et irremplaçable, au terme de la maturation de l'enfant. Cette période doit a priori être considérée comme positive, formatrice, et créative, mais elle comporte aussi comme toute période de mutations rapides, une pléiade de risques sur lesquels il convient de garder un regard attentif.

Dans cette période, l'adolescent doit être reconnu comme un sujet à part entière vivant cette « aventure » sous le signe de métamorphoses spectaculaires, physiques, psychologiques et sociales.

Ceci implique naturellement la reconnaissance à ce sujet de besoins spécifiques qui interfèrent tous avec son développement, donc avec sa santé.

Ces prises de conscience sont toutes nécessaires. Elles sont sans doute plus naturelles au pédiatre qui est quotidiennement confronté à la « fin de l'enfance ». En aucun cas toutefois, elles ne seront suffisantes. Reste en effet à évaluer dans la pratique de chacun, ce qui revient aux motivations, et ce qui relève de la formation, l'une et l'autre naturellement indispensables à l'exercice de cette médecine.

Ces généralités étant situées, quelques remarques permettront de mieux situer les exigences propres à cette médecine :

Du point de vue strictement médical, il s'agit de quelques impératifs à respecter :

Techniquement, cette médecine doit être de la meilleure qualité possible compte tenu des moyens actuels des hôpitaux publics.

Elle mettra l'accent sur certains champs privilégiés, recouvrant notamment la croissance et le développement dans leurs aspects normaux (et variantes), mais aussi dans leurs aspects de pathologies — en particulier les pathologies du développement et de la puberté.

On aura à traiter un nombre important d'adolescents atteints de maladies chroniques, pour la plupart maladies héritées de l'enfance

et dont l'évolution se poursuit sur des années, parfois sur la vie entière. Il s'agit là d'une population de jeunes malades qui un jour va rencontrer l'adolescence, et cette rencontre sera souvent fertile en conflits parfois fort dangereux.

Nombreux sont aussi les adolescents concernés par des problèmes psychologiques et comportementaux contemporains de ces phases de développement accéléré (ou ralenti dans la pathologie). Parmi les plus spécifiques, on rencontrera ici les tentatives de suicide et les troubles des conduites alimentaires. Rappelons toutefois que ces difficultés comportementales intéressent aussi les adolescents atteints de maladies de long cours (10 % de tentatives de suicide dans le groupe des adolescents atteints de maladie chronique).

Enfin, n'omettons pas de rappeler que la cause première actuelle de mortalité dans cette tranche d'âge reste (avant les suicides), les accidents, dont la fréquence et la compréhension doivent tenir compte des temps d'expositions aux risques, mais aussi et peut-être surtout des comportements des adolescents dont on sait d'une façon générale qu'ils entretiennent avec le risque des relations « privilégiées ».

Pour mener à bien ces missions, médicales et chirurgicales, il est clair que les structures hospitalières traditionnelles sont en de nombreux points inadaptées, et ce d'un double point de vue :

- d'une part en terme de tranches d'âge car l'accueil de l'adolescent ne peut être conforme à ses besoins ni en milieu adulte ni en milieu pédiatrique ;
- en terme aussi de référence à l'opposition traditionnelle entre les problèmes somatiques et psychologiques. Cette dichotomie est particulièrement inadaptée à l'adolescence où l'on voit plus qu'à tout autre âge l'intrication permanente et étroite entre le développement somatique et ses impacts comportementaux.

S'il est un champ dans lequel ces oppositions révèlent bien leur inanité, c'est précisément dans celui qui est au centre du développement de l'adolescent, c'est-à-dire dans le champ de la sexualité. Il en est peu en effet qui soit comparable où l'on voit aussi profondément s'intriquer les métamorphoses (biodépendantes), et les comporte-

ments à la recherche de modèles qui s'affranchissent des modèles de l'enfance tout en prenant en compte ce nouveau corps qui depuis peu vous est « échu ».

Cette phase, fragile et à bien des égards privilégiée, est le plus souvent « résumée » par les médecins comme la puberté. En effet, cette puberté est très familière au pédiatre dans ses aspects, morphologiques et biologiques, et dans toutes ses variantes, normales ou pathologiques.

On dispose, pour l'évaluer d'une sémiologie fine et riche et notamment des critères de Tanner. Ces outils sont indispensables, de même que l'arsenal biologique qui au besoin viendra renforcer si nécessaire l'analyse clinique. Mais en aucun cas on ne peut les considérer comme suffisants si l'on veut aborder quelques uns des problèmes que l'adolescent peut rencontrer dans le cadre de son développement sexuel.

N'est-il pas étonnant que l'enseignement médical sur la puberté s'en tienne à cette sémiologie, et ignore totalement que le processus en marche est celui d'une sexualisation de l'individu — sexualisation progressive et irréversible, du sujet dans son entier, dans son quotidien, et dans tous ses aspects — sexualisation du corps, qui inclut non seulement les organes génitaux (voir Tanner), mais aussi la main, le visage, le psychisme et les rôles sociaux. Ce processus de sexualisation est d'ailleurs totalement impliqué dans la problématique identificatoire qui définit l'une des tâches centrales dans l'évolution psychologique de l'adolescence. Cette sexualisation s'exprime bruyamment au niveau du corps par les métamorphoses pubertaires qui vont en quelques mois (notamment lors du pic de croissance) rendre le sujet méconnaissable à lui-même et à son entourage.

Elle s'exprime aussi au niveau psychologique par une métamorphose intellectuelle.

Elle s'exprime enfin par la prolifération et la complexité des désirs, des impulsions, des fantasmes et des actes, presque tous sous les signes de l'ambiguïté et de la contradiction.

Cette phase est par excellence celle des passages à l'acte, fonctionnant à la fois pour leur valeur d'apprentissage, pour leur valeur

symbolique, mais aussi comme processus évacuateur de tensions. Ces mouvements ou ces états, successifs ou parfois simultanés mais contradictoires indiqueront les conflits et les difficultés propres au processus d'identification de soi.

Au terme de ces généralités, il est sans doute utile de donner quelques précisions sur ce que l'on peut rencontrer sur le terrain en milieu hospitalier, si l'on focalise le regard sur les adolescents.

PATHOLOGIE OBSERVEE

Nous référons ici à deux sources d'information hospitalière.

La première est issue d'une étude menée pendant trois mois en 1984 aux urgences (médicales, chirurgicales et pédiatriques) de l'Hôpital de Bicêtre.

En retenant comme adolescent, tout sujet dont l'âge est compris entre 13 et 19 ans, on constate que 749 adolescents ont été accueillis en urgence médico-chirurgicale dans cet hôpital dans cette période, sur un total de 5 501 patients.

Les adolescents représentent donc 13,6 % de la clientèle accueillie aux « urgences ».

Trente pour cent de ces adolescents ont fait l'objet d'une admission.

Ces admissions concernaient inégalement les deux sexes.

Vingt-six pour cent des garçons vus ont été hospitalisés contre 33 % des filles.

Précisons encore que chez ces adolescents, la pathologie accidentelle (à peu d'exceptions près chirurgicale) représentait 50 % des urgences, et concernait 62 % de garçons contre 38 % de filles.

La pathologie non accidentelle (médico -chirurgicale) représentait 38 % des urgences.

Les tentatives de suicide figuraient pour 8 % avec 13 % de filles contre 3 % de garçons.

Enfin les victimes d'agression représentaient 3 % de ces urgences.

Ces données sont importantes car elles réfèrent à la situation d'un hôpital général de l'Assistance Publique, et notamment incluent le recrutement chirurgical (orthopédie et traumatologie) dont on connaît l'importance à cet âge.

Mais on retiendra aussi :

- l'importance du pourcentage global d'hospitalisations : 33 % ;
- l'importance de la pathologie médicale ou chirurgicale non liée aux accidents : 38 % des urgences adolescents ;
- enfin la part prise par les tentatives de suicide : 13 % des filles vues en urgence, 3 % des garçons.

L'autre source d'information provient de l'activité du service pour adolescents de l'hôpital de Bicêtre — service de médecine d'adolescents qui accueille les jeunes entre 13 et 19 ans.

L'UNITE DE MEDECINE POUR ADOLESCENTS

Son fonctionnement donne un éclairage sensiblement différent de ce qui est illustré par le fonctionnement des urgences, ne serait-ce que par le fait qu'elle n'accueille pas la pathologie chirurgicale.

Cela dit ce type de structure permet essentiellement deux ordres de démarches :

- d'une part elle confronte à toute la gamme des problèmes de santé des adolescents (chirurgie exclue) dans des conditions où l'on dispose de moyens spécifiques pour y faire face ;
- d'autre part elle a permis d'aménager progressivement les conditions d'accueil et de vie des adolescents à l'hôpital, tout en permettant une observation privilégiée de la dynamique adolescente dans ses interactions avec le milieu de vie des jeunes, notamment familial.

Ces conditions d'observation privilégiée sont rendues possibles par le fait que l'adolescent accepte très bien les contraintes d'un séjour hospitalier dans un milieu qu'il perçoit comme préparé à le recevoir.

Il apparaît aussi qu'elles sont nécessaires si l'on veut prendre en charge efficacement des adolescents confrontés à toutes les difficultés cumulées que représente la rencontre du processus de l'adolescence avec toutes les perturbations liées soit à la maladie chronique, soit à des difficultés comportementales, sachant d'ailleurs que l'une va souvent conditionner les autres. On n'en donnera pour preuve dans notre expérience que la fréquence remarquable des tentatives de suicide dans l'évolution des maladies chroniques de l'adolescent (voir ci-dessous).

L'HOSPITALISATION

Le premier point à souligner concerne la plus grande fréquence d'hospitalisation des filles (68 % contre 32 % de garçons).

Soixante pour cent concernent des adolescents atteints d'une pathologie somatique.

Pour la moitié d'entre eux, cette pathologie est aiguë, habituellement infectieuse, notamment respiratoire. Nous incluons également dans ce cadre aigu des hospitalisations brèves pour surveillance médicale après traumatisme crânien avec perte de connaissance.

LES MALADIES DE LONG COURS

Pour l'autre moitié, il s'agit d'adolescents atteints de maladie chronique. Ces jeunes sont pour la plupart malades depuis l'enfance, parfois depuis la naissance.

De fait, ces adolescents atteints de maladie chronique représentent 30 % de nos hospitalisations, et 33 % de nos consultations. Parmi eux, beaucoup sont en situation grave ou très grave. L'éventail des pathologies représentées est en pratique celui d'un recrutement de médecine interne.

Par ailleurs, l'expérience prouve que la sommation de la maladie chronique, et de l'adolescence va constituer une période particulièrement difficile, sous le signe des rejets les plus divers : rejet de la maladie, rejet des traitements, des médecins, de la famille, et parfois même de l'adolescence. Cette période nécessite un suivi particulièrement attentif, qui prenne en compte les aspects biologiques, somatiques, mais aussi tous ceux du développement psychologique, avec en particulier les difficultés liées à la sexualité ou à ses retards. Bien entendu, cette période est fertile en risques propres aux avatars comportementaux. Nous devons en particulier souligner que dans cette population d'adolescents atteints de maladie chronique, on observe 10 % de tentatives de suicide. On en rapprochera les abandons thérapeutiques aux conséquences parfois rapidement désastreuses — par exemple au cours d'un diabète sucré, ou d'une maladie inflammatoire évolutive.

LES TENTATIVES DE SUICIDE

Déjà présentes pour 8 % des adolescents (13 % des filles) vus aux urgences de l'hôpital, elles représentent 28 % de nos causes d'admission, soit presque autant que les maladies chroniques.

C'est donc une problématique avant tout remarquable par sa fréquence. En second lieu elle représente une cause de mortalité encore trop importante à cet âge de la vie.

En pratique, les conditions d'organisation et de travail des urgences hospitalières sont telles qu'il n'est pas possible de « traiter » correctement les tentatives de suicide des adolescents dans ce cadre.

D'ailleurs le traitement se résumera le plus souvent à un lavage d'estomac, suivi d'un retour en milieu familial qui assurera dans la quasi totalité des cas que la tentative de suicide restera lettre morte, c'est-à-dire que toutes les conditions seront réunies pour une récurrence. Les formes en apparence plus graves initialement, auront peut-être paradoxalement plus de chances parce que le séjour hospitalier plus prolongé qu'elles imposent peut permettre une approche des problèmes psychologiques de cet adolescent.

En fait l'expérience acquise dans ce domaine conduit à souligner deux faits :

- en règle générale dans notre pratique, la pathologie psychiatrique de l'adolescent révélée dans ces conditions est très rare (environ 2 à 3 % des tentatives de suicide) ;
- il est nécessaire de considérer la tentative de suicide comme un symptôme de souffrance de l'adolescent, et de s'efforcer d'en trouver la cause, qui peut être d'ordre somatique, psychologique, ou environnementale, mais aussi très souvent multifactorielle.

Nous ne pouvons par ailleurs dans cet exposé détailler les causes des tentatives de suicide, mais il nous paraît important de souligner la fréquence avec laquelle elles concernent des adolescent(es) victimes de violences, notamment de violences sexuelles et plus particulièrement d'incestes.

L'ampleur de ce problème est singulièrement méconnue, beaucoup plus encore que celui des enfants victimes de sévices dont tous s'accordent cependant à reconnaître qu'il est déjà largement sous-estimé. Il va de soi que cette sous-estimation des violences sexuelles n'est pas innocente. Elle bénéficie de nombreuses complicités. En premier lieu de celle des auteurs, cela va de soi, mais aussi de celle de l'entourage familial immédiat ce qui est déjà moins évident, surtout quand il s'agit de la mère. Mais on doit également tenir compte du fait que les filles victimes d'inceste gardent souvent le secret, soit parce qu'elles vivent dans un régime de terreur, soit parce qu'elles ne peuvent se résoudre à dénoncer leur père, soit encore parce qu'elles éprouvent un sentiment de honte et de culpabilité qui leur interdit toute communication sur le thème du drame qu'elles vivent. De ce drame, quantité de « symptômes » viendront témoigner dans leur vie

quotidienne. Le plus spectaculaire, et l'un des plus fréquents est la tentative de suicide, qui peut être pour ces filles l'occasion de sortir du secret, pour peu que cette tentative de suicide soit reconnue comme un acte grave dont il importe de comprendre le sens, et non comme une « bêtise » qu'il convient d'oublier au plus vite. Mais à côté de cela on observera, (ou on méconnaîtra longtemps) des symptômes d'apparence plus banale, tels que des crises de douleurs abdominales, une insomnie, un état dépressif atypique, des troubles des règles, des perturbations sexuelles, voire des symptômes phobiques souvent polymorphes. « L'aveu » de l'inceste ne peut être obtenu que si la jeune fille est en confiance et sait qu'elle peut si elle le souhaite compter de la part du médecin sur le respect du secret professionnel. Dans tous les cas, ces situations sont extraordinairement complexes et nécessitent pour être « traitées » la collaboration compréhensive des services sociaux, des juges pour enfants, et également le cas échéant des magistrats qui instruisent contre le père.

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Tous les professionnels confrontés à ce problème s'accordent à reconnaître qu'il est actuellement en expansion rapide. De fait il n'est pas possible aujourd'hui dans nos conditions de travail de faire face à la totalité des demandes dans ce domaine.

Ces patientes, (anorexiques ou boulimiques) représentent 7 % des consultations, et environ 4 % des hospitalisations. Elles y apparaissent dans un contexte de gravité souvent impressionnant, dans des situations de dénutrition qui comportent des risques vitaux, et nécessitent souvent la mise en oeuvre de techniques de réanimation nutritionnelle. Si l'on ajoute à cela l'importance des problèmes psychologiques on peut mieux évaluer la charge de travail et les difficultés que ces patientes représentent pour les équipes hospitalières.

LA CONSULTATION

Reste à souligner le rôle de la consultation. Là encore, on doit marquer des différences très spécifiques par rapport à la consultation du pédiatre. L'adolescent sera reçu, entendu, et examiné en dehors de la présence des parents, et dûment informé que nous lui reconnaissons le droit au secret professionnel. Les parents seront vus après, et pratiquement toujours en présence de l'adolescent.

De toute évidence cette consultation assure le suivi des malades hospitalisés qui posent des problèmes lourds. Cela dit un peu plus de la moitié (52 %) des adolescents atteints de maladie chronique font l'objet d'un suivi ambulatoire et ne sont jamais hospitalisés.

A côté de son aspect de médecine interne, la consultation joue un rôle très important pour tous les problèmes qui relèvent de la gynécologie — pathologie des cycles, mais aussi contraception, (avec notamment les difficultés propres à certaines maladies chroniques), grossesse, I.V.G., et enfin, maladies sexuellement transmissibles (diagnostic, traitement, prévention). Cette consultation de gynécologie joue encore un rôle très important d'information et d'écoute auprès de ces jeunes patientes.

LE ROLE DES PSYCHOTHERAPEUTES

Compte tenu du recrutement décrit il est clair que la contribution des psychothérapeutes est essentielle et quotidienne. Ils interviennent soit pour évaluation de la situation psychologique de tel ou tel adolescent, soit pour assurer ou guider la prise en charge des patients pour lesquels ils sont sollicités. Un des secteurs les plus importants de leurs interventions se situe auprès des adolescents suicidants, mais la demande est également importante auprès des jeunes atteints de maladies chroniques. Enfin ils ont encore une part très importante de travail avec les anorexies mentales.

CONCLUSION

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. Ces structures reposent sur quelques arrangements simples au niveau des locaux, et sur une équipe multidisciplinaire motivée pour un type d'approche médicale qui refuse le « découpage » du patient, par organes, par disciplines, ou par techniques, mais qui s'efforce d'imposer comme règle l'élaboration d'un projet thérapeutique prenant en compte l'ensemble du sujet souffrant et des problèmes repérés. Ce projet regroupe tout naturellement somaticiens, psy, travailleurs sociaux, et très souvent des intervenants extérieurs qui travaillent dans les mêmes champs, en y incluant notamment souvent les responsables de santé scolaire.

C'est de cette collaboration que pourra naître une pratique qui donne le sentiment de respecter l'adolescent en tant que personne mais qui permettra aussi avec le temps de mieux connaître les problématiques auxquelles ce travail quotidien nous confronte.

MISE EN PLACE
D'UNE STRUCTURE HOSPITALIERE POUR ADOLESCENTS
A SAINT-DENIS DE LA REUNION

*J.-C. COMBES **

La Réunion, département français de l'Océan Indien, est une île d'une superficie de 2 500 km², peuplée de 500 000 habitants. C'est un île de soleil, de plages, de montagnes, de volcan mais aussi une île où :

- 45 % de la population a moins de 20 ans ;
- taux de natalité de 24 pour mille ;
- naissance hors mariage : 47 %
- taux de chômage : 31,4 % ;
- 21 % d'analphabètes en 1982.

L'équipement hospitalier, public et privé, y est conséquent, en particulier les lits pédiatriques. Le service de pédiatrie du centre hospitalier départemental de Bellepierre à Saint-Denis, chef lieu du département, n'est qu'un des services de pédiatrie de cette ville.

Depuis septembre 84, avec l'accord du Conseil d'Administration de l'établissement, l'âge d'admission dans le service a été reculé jusqu'à 18 ans pour tenter une expérience d'hospitalisation pour les adolescents. Les raisons de cette expérience tiennent à :

- des motivations personnelles ;
- une population importante d'adolescents (24 % de la population est âgé de 10 à 19 ans) ;

* Service des grands enfants-adolescents du centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis Cedex (La Réunion).

- l'absence de prise en charge satisfaisante et globale des adolescents dans notre centre hospitalier.

Les buts de cette expérience étaient de :

- 1) Définir les besoins de santé des adolescents réunionnais au travers de l'hospitalisation ;
- 2) Définir les besoins humains pour assurer cette prise en charge ;
- 3) Définir les besoins en locaux ;
- 4) Evaluer les difficultés rencontrées par l'équipe soignante ;
- 5) Développer la médecine d'adolescents à la Réunion.

LES BESOINS DE SANTE DES ADOLESCENTS REUNIONNAIS HOSPITALISES

L'hospitalisation n'est qu'un moyen imparfait pour apprécier les problèmes de santé des adolescents. Avec ces réserves et à la lumière d'une étude rétrospective de 570 admissions en 18 mois, nous avons pu constater que :

- les filles sont deux fois plus hospitalisées que les garçons ;
- la pathologie comportementale est le motif d'hospitalisation le plus fréquent (42 % des admissions) surtout chez les plus de 15 ans et chez les filles ;
- 1 adolescent sur 4 est hospitalisé pour une tentative de suicide (surtout les plus de 15 ans et chez les filles) ;
- la comitialité est une cause importante d'hospitalisation (7 %) ;
- la pathologie liée à l'abus de drogues ou toxiques est un motif rare d'hospitalisation ;
- absence d'anorexie mentale.

La comparaison avec d'autres hôpitaux métropolitains ou étrangers, révèle une grande disparité dans les causes d'hospitalisation. Cela tient à différents facteurs :

* Peut-être à certaines « spécificités » réunionnaises (la tentative de suicide, les troubles comportementaux, sous-tendus par des fac-

teurs familiaux et socio-économiques particuliers, l'absence d'anorexie mentale).

* Sûrement au fait que nous ne maîtrisons pas nos hospitalisations, nos consultations externes sont peu développées et que nous sommes perçus par les praticiens de ville et les confrères hospitaliers comme un service de « psychiatrie »

LES BESOINS HUMAINS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES ADOLESCENTS

Le service fonctionne avec le personnel qui était antérieurement en place. C'est probablement le personnel habituel des services de pédiatrie : 1 surveillante, 7 infirmières, 8 auxiliaires et aide-soignantes, pour un service de 26 lits, admettant mensuellement 100 enfants et adolescents.

A ces personnes, il faut ajouter :

- 1 médecin pédiatre temps plein ;
- 1 médecin pédo-psychiatre (2 vacations/semaine) ;
- 1 médecin du planning familial (1 vacation/semaine) ;
- 2 internes de médecine générale ;
- 1 psychologue temps plein ;
- 1 instituteur.

Après deux ans d'expérience, certains points précis se sont dégagés :

1. Le rôle important de la surveillante du service ;

2. La nécessité d'une formation continue sur la médecine d'adolescents. Cette formation a été assurée par la venue de nombreux missionnaires français et étrangers, particulièrement compétents dans cette discipline. La formation que le personnel a considérée

comme la plus profitable, a été assurée dans le service même par la surveillante du service du Professeur Courtecuisse.

Cette formation est relayée par des spécialistes locaux (brigade des mineurs, juge d'enfants, éducateur de rue) qui, périodiquement, viennent nous entretenir de leur métier.

3. La nécessité d'un moment de rencontre entre tous les membres de l'équipe soignante et non soignante que nous réalisons au cours d'une réunion hebdomadaire. Ces réunions permettent de discuter des cas présents dans le service, mais surtout de conforter le personnel que nous formons une équipe, de le valoriser et de révéler des qualités d'écoute et d'approche de l'adolescent chez des personnes dont la fonction était jusque là de balayer les couloirs ou servir les repas.

4. L'insuffisance en personnel :

* le travail des infirmières est difficile : à leurs tâches pédiatriques habituelles, s'ajoutent des fonctions nouvelles d'accueil et d'écoute. Il apparaît que c'est le personnel de nuit qui a le plus de temps pour dialoguer avec les adolescents. Toutes se plaignent du manque de temps à consacrer aux adolescents ;

* l'absence d'assistante sociale directement attachée au service, participant au travail commun, est regrettable étant donné la fréquence des problèmes sociaux identifiés chez les adolescents. Cela conduit les uns et les autres à remplir cette fonction.

* nous avons eu en stage pendant 3 mois dans le service un éducateur spécialisé. Il était particulièrement motivé et compétent et nous a permis d'apprécier ce que pourrait être la fonction d'un éducateur dans un service d'adolescents :

- l'animation en particulier en fin d'après-midi et en début de soirée, évitant ainsi que les adolescents partent errer dans tout l'hôpital ;
- une plus grande disponibilité pour les écouter et communiquer avec eux que le personnel soignant ;
- une fonction de relais avec l'extérieur (services sociaux, écoles etc...);

- une fonction de lien possible en tant que personne ressource après l'hospitalisation.

5. L'insuffisance de l'équipe médicale :

* La prise en charge des adolescents demande plus de temps que le travail pédiatrique classique. Lorsque le médecin prend ses congés annuels, le service « boîte ». Il est donc nécessaire d'étoffer l'équipe médicale pour assurer le travail en salle et le développement de consultations externes pour les adolescents. Des attachés de consultation, solution la moins onéreuse pour le budget hospitalier, pourraient pallier à court terme cette insuffisance.

* La diversité des problèmes de santé des adolescents nécessite l'intervention de plusieurs disciplines médicales. Parmi celles-ci, nous apparaît obligatoire la présence d'un pédo-psychiatre et d'une gynécologue. Pour cette dernière discipline, nous n'avons pas trouvé, au sein de notre établissement, de praticiens suffisamment motivés.

LES BESOINS EN LOCAUX ET AMENAGEMENT INTERIEUR

L'unité qui héberge les adolescents comporte 26 lits, 9 chambres sont individuelles. Les adolescents (plus de 11 ans chez les filles, plus de 13 ans chez les garçons), représentent 32 % des admissions de ce service, le reste étant des enfants de plus de 5 ans mais aussi des couples mères/enfants. Il est impossible de cloisonner le service. Selon l'occupation du service, les adolescents peuvent se retrouver jusqu'à quatre dans une même chambre.

Ils disposent d'une salle de jeux et d'une salle de classe. Ils ont la possibilité de fumer dans une salle appropriée et disposent d'un téléphone à l'entrée du service.

Aucune tenue vestimentaire n'est imposée. La tendance naturelle de ces jeunes gens est de quitter le service, surtout dans les

temps morts que représentent la fin d'après-midi lors du départ de l'instituteur.

La cohabitation de ces adolescents avec des enfants plus jeunes n'a pas posé de problèmes particuliers. Quelques-uns ont été rencontrés avec les parents hospitalisés.

La cohabitation d'adolescents des deux sexes a été à peu près satisfaisante, mais nous avons jusqu'à présent très peu de garçons de 17 ou 18 ans.

LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'EQUIPE SOIGNANTE

Beaucoup de ces difficultés se sont atténuées avec l'expérience acquise.

1. La discipline

C'était un sujet régulièrement discuté lors de nos réunions hebdomadaires. Un « règlement intérieur » ayant été affiché dans le service et l'expérience aidant, ce problème a perdu de son acuité. Il apparaît que le personnel soignant demeure très sensible aux critiques venant de l'extérieur : de la part des infirmières d'autres services qui estiment que les adolescents sont trop libres ; des parents eux-mêmes qui reprochent que l'on accepte des situations qu'eux-mêmes interdisent (fumer, visite du petit ami).

2. Le temps d'écoute est limité en raison de l'insuffisance en personnel. Ce sont surtout les tentatives de suicide et les troubles comportementaux qui mobilisent ce temps d'écoute au détriment des adolescents présentant une pathologie somatique aiguë ou chronique. Il apparaît de temps en temps un phénomène de « ras le bol » devant l'afflux des tentatives de suicide.

3. Relation avec la psychiatrie

Pour beaucoup de praticiens, les problèmes de santé des adolescents sont synonymes de troubles comportementaux. Le service reçoit donc principalement ce type de pathologie. Un spécialiste est donc nécessaire pour évaluer ces adolescents. Un suivi ultérieur est parfois proposé, rarement dans le service plutôt au niveau des intersecteurs de psychiatrie.

En fonction de l'origine géographique de nos malades il y a deux intersecteurs de pédo-psychiatrie, dont aucun n'a de lit d'hospitalisation, et trois secteurs de psychiatrie adulte (pour les adolescents de plus de 16 ans). Nous leur demandons d'intervenir dans le service lorsqu'il s'agit de cas psychiatriques avérés (confusion mentale, délire), lorsqu'il s'agit de patients qu'ils suivent ou ont suivis. Parfois, avec certaines équipes, lorsque nous pensons que le recours à la psychiatrie est nécessaire ultérieurement, nous leur demandons de venir dans le service prendre contact avec l'adolescent. Les psychiatres sont très réticents pour cette démarche.

Je reconnais qu'il s'agit d'une conduite très pédiatrique, dont la finalité est d'améliorer une compliance à un suivi qui nous apparaît nécessaire.

En effet, il est difficile à un pédiatre d'imaginer que lorsqu'une tentative de suicide itérative quitte le service, notre tâche s'arrête au conseil de prendre contact avec un psychiatre qu'il n'a jamais vu ou à la communication d'un numéro de téléphone.

L'équilibre actuel, au niveau du service, entre somaticiens et spécialistes psychiatriques, semble satisfaisant et nous soustrait à la tentation d'assurer un suivi en consultation externe pour des problèmes qui ne relèvent pas de notre spécialité. A moyen terme, le progrès pourrait être une meilleure collaboration avec les différents intersecteurs psychiatriques.

DEVELOPPER LA MEDECINE D'ADOLESCENTS A LA REUNION

- Le premier préalable est l'identification des problèmes de santé chez les adolescents réunionnais. Dans cette optique, nous avons réalisé deux études épidémiologiques sur des malades hospitalisés (200 tentatives de suicide et 60 grossesses chez des adolescentes de moins de 17 ans).

Des études plus extensives, hors du milieu hospitalier sont indispensables mais nécessitent du temps, des moyens financiers, des spécialistes épidémiologistes, la collaboration d'autres intervenants (santé scolaire ; D.D.A.S.S., etc.).

- Le rôle d'un service d'adolescents est aussi de contribuer à la formation d'autres personnels de santé (hospitalier, scolaire) et de sensibiliser le grand public sur les problèmes de l'adolescence (conférence, utilisation des médias). Le seul facteur limitant est le temps.

CONCLUSION

Lorsqu'il y a deux ans, nous avons présenté notre projet d'hospitalisation d'adolescents au conseil d'administration, il avait été convenu qu'une évaluation serait faite pour décider ou non de la poursuite de cette expérience.

Nous pensons que cette expérience doit être poursuivie pour les raisons suivantes :

- 1) elle permet la reconnaissance de besoins de santé spécifiques aux adolescents ;
- 2) elle permet la formation de personnel de santé sur ces problèmes ;
- 3) elle permet une prise en charge globale de leur problème de santé au niveau hospitalier ;
- 4) elle a l'adhésion de tout le service (personnel soignant et non soignant).

Actuellement, nous sommes placés devant une alternative :

* soit nous demeurons un service de pédiatrie classique admettant des adolescents et dont l'humanisation est particulièrement en avance. Mais ce service est très fragile et l'orientation actuelle disparaîtra avec le départ de l'un ou de l'autre ;

* soit il est créé une unité d'adolescents mais certaines conditions sont à remplir :

- unité de lieu d'hospitalisation ;
- élargissement de l'éventail des pathologies admises pour éviter une dérive psychiatrique ;
- augmentation du personnel médical sous forme d'attachés permettant surtout la prise en charge de certains problèmes spécialisés (gynécologie) et l'ouverture de consultations externes ;
- recrutement d'une assistante sociale et éventuellement d'un éducateur, l'un et l'autre devant être motivés et surtout pour l'éducateur, avoir des horaires de travail inhabituels.

Ce choix ne nous appartient pas. Nous espérons beaucoup que ces journées nationales contribueront à la reconnaissance de la médecine de l'adolescence.

REFLEXIONS SUR DIX ANNEES DE FONCTIONNEMENT D'UNE UNITE DE SOINS POUR ADOLESCENTS AU CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE

G. BERGERON *

La médecine des adolescents est une médecine originale qui s'intéresse à des individus se trouvant dans une période de transition entre le monde de l'enfance et le monde des adultes.

Si elle est bien connue dans les pays étrangers, en particulier en Amérique du nord, en France, elle n'en est qu'à ses balbutiements.

En 1954, le Professeur Louis Christians de Lille 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 du travail a toutes chances d'être aussi heureuse pour le sujet que pour la société ».

Le Professeur Courtecuisse disait il y a plus de dix ans : « Dans notre pays l'adolescent malade ne trouve nulle part la place qui devrait être la sienne ; à savoir une structure d'accueil conçue, organisée et dirigée en vue de lui offrir des moyens médicaux et chirurgicaux dans un milieu adapté à sa vie quotidienne et à son développement psycho-social. Faute de ces structures, il se situe tant bien que mal tantôt dans un service de pédiatrie générale, tantôt un service

* Unité de soins pour adolescents du centre hospitalier général de Dunkerque, 59385 Dunkerque Cedex 01.

d'adultes où sauf exception, il ne s'intègre pas, quand il n'est pas tout simplement rejeté ».

Alors à Dunkerque, nous nous sommes « lancés ». Nous avons demandé aux autorités de tutelle l'autorisation de créer une unité de soins pour adolescents au sein du service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Général, dans l'aile Grands Enfants, qui abritait les 4/15 ans. Nous avons obtenu l'accord des praticiens hospitaliers de « médecine adulte » et nous avons ouvert en 1977 : 5 chambres de un ou deux lits réservées aux adolescents garçons et filles de 15 à 18 ans. Ces chambres donnant sur un même couloir, sont modernes, équipées de télévision, d'écouteurs radio, de cabinet de toilettes...

Quelques chiffres :

- 68 adolescents hospitalisés en 1978 ;
- 302 en 1984 ;
- et 364 en 1986 alors que le nombre d'entrées dans ce service était cette année-là de 1515.

QUELLES SONT LES MISSIONS D'UNE TELLE UNITE

1) Mission de soins d'abord

Durant ces dix années, nous avons essayé de voir les motifs d'hospitalisation de ces adolescents :

- la pathologie organique aiguë représente 38 % dont 1/3 pour la pathologie infectieuse et 1/4 pour la traumatologie (fractures, traumatismes crâniens, etc.) ;
- la pathologie organique chronique représente 13 % dont environ 1/3 pour les troubles neurologiques tels que l'épilepsie et 1/3 pour les troubles endocriniens tels que le diabète. Et, à ce propos, nous voudrions souligner ce que le Professeur Courtecuisse écrivait il y a quelque temps : « la pathologie de l'adolescence s'enrichit : l'amélioration des techniques pédiatriques, la qualité de la recherche, majorent continuellement le nombre des patients entrant dans l'adolescence porteurs d'une maladie chronique et qui pose à cet

âge des problèmes spécifiques : ce sont ceux du malade qui rencontre l'adolescence. »

- 49 % des adolescents ont été hospitalisés pour troubles à participation psychologique ;
- 10 % environ pour mal-être corporel : spasmophilie, douleurs abdominales, plaintes hypochondriaques ;
- 6 % environ sont hospitalisés pour troubles du comportement : fugues, crises de violence, crises hystéroides, conduites anorexiques, phobies scolaires.

Ce ne sont que :

- 1 % d'adolescents dont le motif d'hospitalisation est la dépression.

Par contre, nous avons eu :

- 27 % de jeunes ayant fait des tentatives de suicide ;
- 2 % pour conduites toxicomaniaques ;
- 2 % environ pour éthylisme aigu.

Nous voudrions faire trois remarques à propos de ces chiffres ; tout d'abord l'augmentation régulière chaque année des tentatives de suicide : il est passé en 8 ans de 15 à 30 % des hospitalisations ; d'autre part une augmentation régulière également des conduites toxicomaniaques, avec une nette diminution cependant en 1985, mais suivie d'une reprise l'année suivante ; enfin une augmentation de plus de 50 % des intoxications éthyliques depuis quelques années.

Le personnel de cette unité est composé de pédiatres formés aux problèmes de l'adolescence, d'un psychologue, d'un neuro-psychiatre vacataire et d'une équipe soignante. Cette dernière (infirmière chef, infirmiers (ères), auxiliaires de puériculture, aides soignants, agents hospitaliers) était pour la plupart de ses membres déjà dans le service avant la création de l'Unité ; mais celles ou ceux qui sont arrivés depuis, ont été embauchés sur la base d'un volontariat. Nous avons remarqué d'ailleurs que les soignants qui pour des raisons diverses ne se sentaient pas bien dans leur peau, face à ces adolescents et à leurs problèmes, s'éliminaient d'eux-mêmes en demandant leur mutation.

Deux éducatrices spécialisées participent à la gestion du temps d'hospitalisation des adolescents quand ils veulent bien se mêler aux

plus jeunes dans la salle de jeux ; mais des activités spécifiques (émaux, vannerie, travail sur cuir, etc.) leur sont toutefois réservées dans un local spécialement aménagé pour eux, aidés et conseillés par des mères et pères de famille bénévoles.

Il est souhaitable que ce personnel accepte, au-delà du travail spécifique de soignant, de devenir, quand l'occasion s'en présente, un adulte-relais auprès de ces jeunes, c'est-à-dire de pouvoir servir momentanément de médiateur, de conciliateur entre le jeune, sa famille, la loi et le monde des adultes qui lui paraît momentanément hostile. C'est un rôle difficile à jouer car l'adolescent est exigeant, pressé, peu facile à cerner, et souvent déconcertant. Mais nous pensons que si le personnel soignant dans une Unité de soins pour adolescents ne croit pas à cette double tâche, alors peut-être faudrait-il qu'il laisse à d'autres le soin de s'en occuper.

Nous ne saurions en effet trop insister sur l'importance de la qualité de l'accueil et de l'ambiance chaleureuse du service qui permettent aux adolescents de trouver dans l'équipe soignante des interlocuteurs disponibles pour les écouter. Tout le personnel participe à cette rencontre avec l'adolescent, soit en dialogue singulier aux multiples moments de la vie quotidienne, soit en prenant part à la réunion de synthèse hebdomadaire où chacun peut exprimer son avis, ses craintes, parfois son angoisse ou encore son espoir, sur les jeunes hospitalisés. Chaque adolescent reçoit à son entrée un questionnaire dont les réponses permettront de mieux connaître les problèmes qu'il rencontre et les questions qu'il se pose.

Enfin, dans cette mission de soins, nous voudrions insister sur l'aide très efficace apportée par nos confrères, médecins, chirurgiens, et spécialistes de l'établissement auxquels nous faisons très souvent appel pour nous conseiller chacun dans leur spécialité. Ils se rendent dans l'Unité ou ils reçoivent les adolescents en consultation. De la même façon, nous répondons aux demandes de nos confrères en allant voir dans leur service les jeunes qui leur ont été adressés personnellement ou qui ne peuvent être hospitalisés chez nous en raison d'appareillages chirurgicaux compliqués, de soins intensifs ou tout simplement des adolescents qui ont exprimé le désir de ne pas être hospitalisés chez les « enfants ». Et c'est comme cela que nous

concevons le fonctionnement d'une unité de soins : un lieu fixe bien sûr, mais aussi la possibilité pour l'équipe de se déplacer à la demande de confrères ; sorte de « cellule de compétence » à la disposition d'autres services accueillant les adolescents : tel accident de moto, nécessitant l'hospitalisation en soins intensifs de chirurgie, n'est-il pas quelque fois une tentative de suicide déguisée ?

2) Mission de prévention

En ce qui concerne la prévention, l'action de l'unité de soins pour adolescents se situe à deux niveaux :

- prévenir les problèmes médico-psychologiques susceptibles d'apparaître à l'adolescence ;
- prévenir l'hospitalisation en urgence d'adolescents en difficulté pouvant être aidés sans intervention hospitalière donc à domicile avec l'aide d'intervenants qui font partie de l'entourage quotidien (médecins de famille, éducateurs, assistantes sociales, etc...)

Pour cela, à travers de multiples rencontres, nous nous efforçons de sensibiliser les adultes qui sont en contact avec les jeunes, à l'importance de leur rôle auprès des adolescents : pouvoir être ces fameux adultes-relais dont nous parlions il y a quelques instants.

Nous sommes aussi fréquemment en contact avec des enseignants, des éducateurs, des infirmières scolaires, des conseillers d'éducation mais bien sûr en premier lieu avec des parents. D'autre part, en regard de l'expérience que nous commençons à acquérir sur les problèmes spécifiques à l'adolescence dans le dunkerquois, nous sommes amenés à participer de façon de plus en plus importante à la vie associative locale, concernant tant les conduites toxicomaniaques que les problèmes de sexualité ou les troubles du comportement au sein de la famille et de l'école.

De plus, il faut souligner les excellents services apportés par le centre de Planification de l'hôpital de Dunkerque, sis au pied de l'hôpital dans une petite rue adjacente et discrète, qui est fréquenté à 47 % par la jeune population de Dunkerque (15/19 ans). C'est grâce

au concours des conseillères et des médecins que de nombreuses adolescentes bénéficient d'une information sexuelle avant d'envisager éventuellement une protection contraceptive et qu'un bon nombre de jeunes hospitalisées sont encore suivies et entendues longtemps après leur hospitalisation, en y retrouvant quelques membres de la même équipe.

Cette écoute à partir d'une demande ponctuelle d'information ou de contraception permet une aide continue où l'on peut exprimer le retour d'un mal de vivre, lorsque les problèmes sociaux ou familiaux reprennent leur acuité.

Durant l'hospitalisation elle-même, nous sollicitons une collaboration de l'adolescent hospitalisé à la démarche diagnostique et thérapeutique : par là-même, ils sont sensibilisés à leur responsabilité concernant leur propre santé et à la nécessité de se prendre eux-mêmes en charge dans leur devenir.

3) Mission d'information

Enfin, ces nombreux contacts avec les adolescents et ceux qui les entourent nous ont conduits à écrire quelques articles et thèses, participant à l'information et à la recherche dans ce domaine de la santé des adolescents. Nous avons pu également apporter une modeste contribution à la réflexion nationale sur la nécessité de création de services de soins spécifiques aux adolescents.

Alors nous ne regrettons rien, bien au contraire, nous sommes même un peu fiers de cette unité de soins qui a vu le jour il y a dix ans et semble donner satisfaction aux adolescents hospitalisés et à leurs familles ainsi qu'aux confrères généralistes qui nous les confient.

L'expérience vaut la peine d'être tentée et nous espérons que des textes officiels viendront d'ici peu faciliter la création de telles unités.

En guise de conclusion, nous référant à l'article du Docteur Michaud de Lausanne, intitulé « j'ai rencontré des adolescents heureux même en 1985 » pédiatres, mais aussi médecins d'adultes ou spécialistes, nous avons à communiquer aux adolescents que nous rencontrons, nos valeurs, nos espoirs, nos croyances que la vie vaut la peine d'être vécue, que le changement est chose possible, mais que chacun est aussi personnellement responsable de son bonheur.

**PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE
DE L'ADOLESCENT
DANS UN SERVICE DE REANIMATION MEDICALE**

*J. KOPFERSCHMITT * , J.-M. MANTZ **

*Ph. SAUDER * , M.-O. THOMANN **

*J.-M. MACK * , A. JAEGER **

Le suicide des adolescents est une préoccupation majeure de santé publique, car il constitue la deuxième cause des décès dans la population des jeunes (10 % des décès entre 15 et 24 ans). La fréquence des suicides chez l'adolescent augmente par rapport à celle des adultes, comme en témoignent les études épidémiologiques récentes. La morbidité suicidaire peut ainsi être estimée à 42 pour 100 000 jeunes hommes et 15 pour 100 000 jeunes filles. En réalité il s'agit de données certainement sous-estimées chez l'adolescent, tout comme le nombre de tentatives de suicide. En effet chez les adolescents de 15 à 24 ans à 1 suicide correspondent 22 tentatives chez les hommes et 160 chez les femmes.

Cette très importante augmentation du nombre des tentatives de suicide doit être rapprochée de la majoration d'actes « autodestructifs » ou équivalents suicidaires, comme la consommation itérative d'alcool, les prises médicamenteuses de psychotropes dans des buts toxicomaniaques ou non, etc. La notion d'acte suicidaire s'élargit ainsi à d'autres comportements psycho-sociaux, qui sont particulièrement importants chez l'adolescent, en raison de leurs interférences réciproques.

^o Service de réanimation médicale et centre anti-poisons - Pavillon Pasteur - Hôpital civil, Boîte postale 426, 67091 Strasbourg Cedex.

Au service de Réanimation Médicale nous suivons les paramètres des personnes hospitalisées pour tentative de suicide, pour deux raisons :

- d'une part pour essayer de mieux appréhender l'évolution du suicide au niveau de l'agglomération strasbourgeoise ;
- d'autre part et surtout pour améliorer la prise en charge hospitalière, notamment des adolescents.

Cette recherche a évolué grâce à l'élaboration d'un groupe de travail et à l'adaptation des structures, afin de créer un nouveau mode de communication, qui fait souvent défaut à l'adolescent.

Nous résumerons brièvement les résultats des études en cours et modalités d'approche thérapeutique.

I. RESULTATS DE L'ETUDE EFFECTUEE EN REANIMATION MEDICALE DE 1983 A 1985 : Importance du phénomène

Pendant les deux années de l'étude, 362 jeunes filles et 198 jeunes hommes de 12 à 25 ans ont été hospitalisés. Le groupe des moins de 20 ans représente 23 % de l'ensemble des admissions pour tentative de suicide. Le pic de fréquence est à 17 et 20 ans pour les femmes et à 23 ans pour les hommes (figure n° 1). Nous constatons ces dernières années une homogénéité de cette courbe de fréquence.

Nous avons porté tout particulièrement notre attention sur les éléments constitutifs du terrain, dont les principaux apparaissent avec une certaine régularité (comme l'a montré Madame Choquet) :

- la très fréquente association alcool-tabac ;
- la notion d'antécédents médicaux personnels ;
- la « banalisation » de la prise régulière de psychotropes, un des points essentiels et en augmentation ;
- la violence ;
- les tentatives de suicide dans l'entourage.

Contrairement aux adultes, une pathologie psychiatrique précise est peu fréquente dans le groupe étudié, mais cette remarque ne fait pas l'unanimité dans d'autres travaux.

Le rôle d'éléments réactionnels, souvent multiples, est très net. Ainsi, pour le diagnostic de situation de la crise suicidaire de l'adolescent, il est primordial de cerner avec précision ces composantes réactionnelles et les raisons de la mauvaise perception de ces événements par l'adolescent. Nous retrouvons ainsi :

- les relations intrafamiliales perturbées dans plus d'un tiers des cas (plus précocement chez la femme que l'homme) ;
- les échecs scolaires répétés ou l'inadaptation professionnelle ;
- la solitude sous toutes ses formes quel que soit le groupe d'appartenance sociale.

Notre propos n'est pas de détailler les facteurs de risques suicidaires, mais d'insister sur l'éventail de ceux-ci, qui justifie à lui seul une approche pluridisciplinaire.

L'appréciation de la signification du geste suicidaire mais également de certaines intoxications médicamenteuses ou alcooliques itératives, est complexe au premier abord. Pour cette raison, la prise en charge hospitalière nécessite un recul suffisant par rapport à l'admission. Ce temps d'observation permettra une vue globale de la problématique de l'adolescent, des conditions de vie et du milieu familial. En cours d'hospitalisation, le contact avec l'adolescent se transforme, si le séjour peut être prolongé à quarante-huit heures.

Mais nous ne nions pas que cet abord est d'autant plus difficile qu'existe une pathologie de l'entourage. C'est donc cette période d'hospitalisation très courte qui est le moment privilégié de la prise en charge.

L'évolution souhaitée par l'adolescent apparaît, dans plus de la moitié des cas, comme une demande d'aide sous toutes ses formes, en dépit de certaines difficultés de communication.

Ainsi, les principaux paramètres psycho-sociaux sont régulièrement recueillis lors de l'hospitalisation de l'adolescent en phase suicidaire.

Ces observations servent de base de réflexion à l'équipe soignante et de dynamique dans ses modalités d'intervention.

II. L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En effet, l'intervention de l'équipe hospitalière est envisagée sous deux aspects complémentaires : l'action de soin proprement dite et les mesures préventives.

1) L'action de soin

La prise en charge des adolescents passe par trois phases. En premier lieu ce sont les mesures de réanimation toxicologique qui nécessitent un plateau technique important.

Dans une deuxième phase, dès le réveil, est entreprise la démarche d'appréciation de l'acte suicidaire et de ses éléments pronostiques (fortement dépendants de la réaction vis-à-vis du passage à l'acte). Dans cette même unité de lieu, l'adolescent peut souvent être confronté à l'expérience des autres hospitalisés.

Le rétablissement de la communication avec l'adolescent implique une importante disponibilité et une formation préalable de l'équipe soignante. Ces deux impératifs ont souvent été peu réalisables dans les services d'urgences et de réanimation médicale. Mais ils méritent un effort accru de tous, notamment au vu des résultats de certains services pilotes. Peut-être plus que d'autres, l'adolescent en Réanimation justifie une attention soutenue.

La nécessaire transformation de la structure d'accueil ne se conçoit que par son intime articulation au fonctionnement des services de réanimation. Elle fait appel à une concertation constante entre :

- l'équipe médicale de réanimation ;

- le groupe d'infirmières mieux formées à l'écoute ;
- l'assistante sociale plus disponible ;
- et les psychiatres consultants.

Seule l'intervention précoce de cette équipe permettra l'optimisation de la troisième phase de prise en charge, c'est-à-dire la préparation à la sortie. Aidée du recueil des informations sur les circonstances du passage à l'acte et sur l'environnement, la sortie ne doit plus être le moment de précipitation qui annihile les efforts de tous. En dehors des modalités thérapeutiques que nous ne développerons pas, nous insistons sur la qualité du suivi de l'adolescent par le thérapeute, parfois de manière prolongée.

2) La prévention individuelle et collective

La prévention intervient à deux niveaux :

- la prévention primaire d'information des adolescents et des structures responsables ;
- la prévention des récidives : elle concerne 30 % des adolescents admis pour intoxication médicamenteuse.

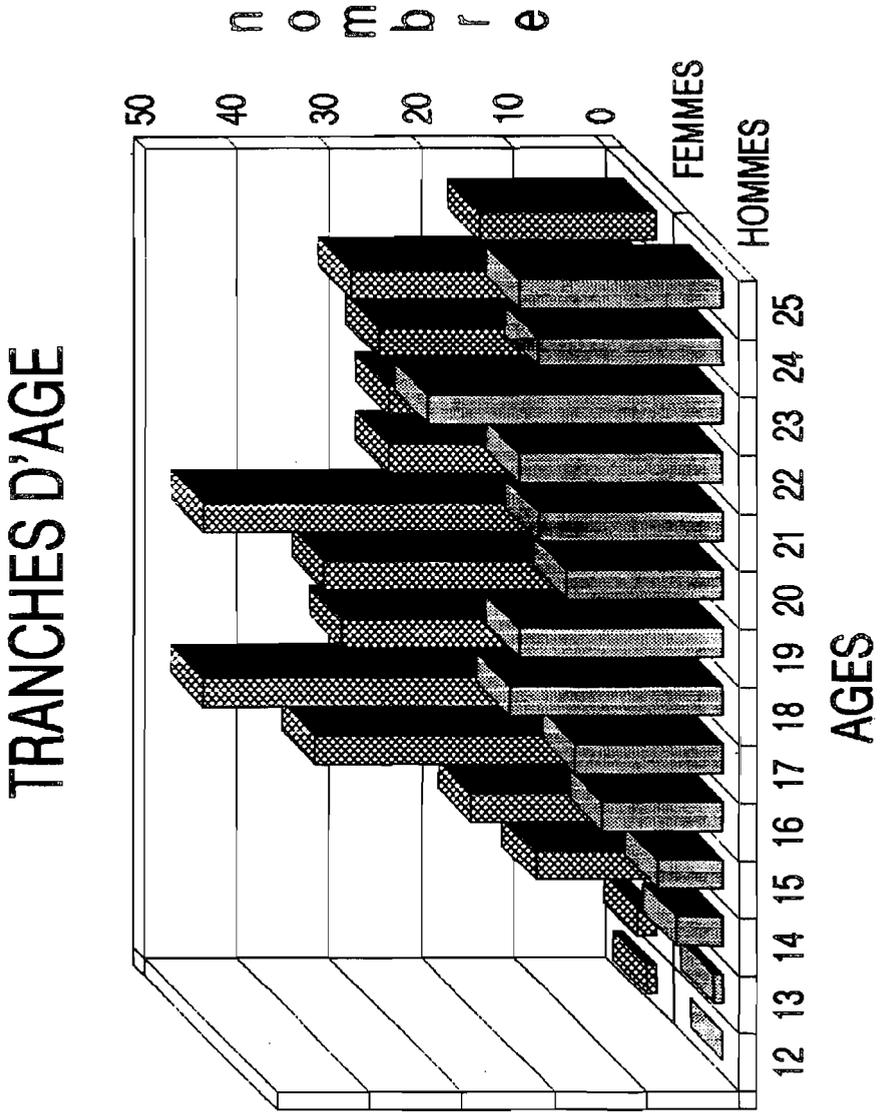
Toutes ces mesures préventives passent par la diffusion d'une information précise sur les comportements suicidaires, tant au niveau scolaire, associatif que des personnels médico-sociaux. Sur le plan local un de nos objectifs est d'améliorer la connaissance du phénomène de « banalisation » de la consommation médicamenteuse, déviée de son usage thérapeutique. Ces démarches sont l'occasion d'échanges enrichissants avec d'autres structures hospitalières et extra-hospitalières (comme les services d'écoute, les éducateurs...).

En conclusion, nous ne pouvons que répéter la nécessité d'une réévaluation constante de l'importance du phénomène suicidaire chez l'adolescent. Nombre d'études confirment les modifications comportementales en rapport avec l'évolution rapide de notre société.

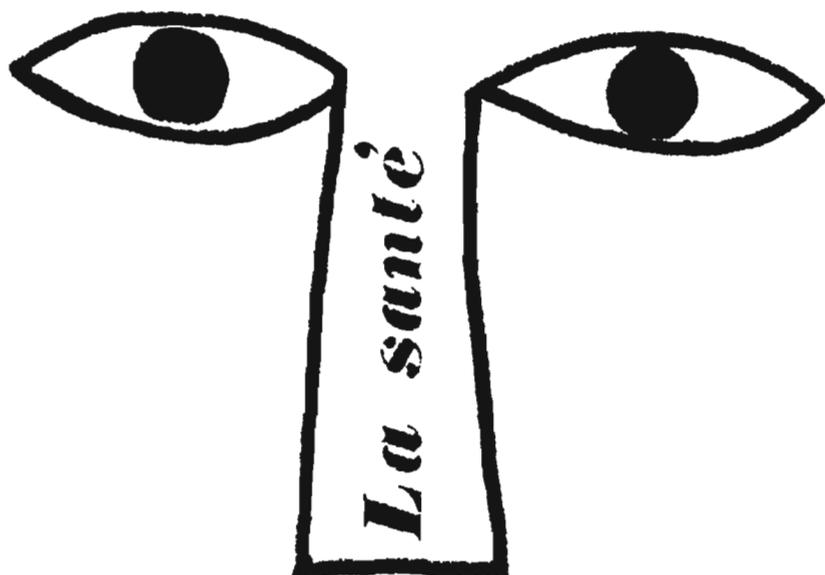
Si de réels efforts sont réalisés dans les services d'urgence et de réanimation, nous voudrions néanmoins insister sur une meilleure définition qualitative de la prise en charge des adolescents suicidaires.

Devant l'accroissement de ces phénomènes, tant d'intoxications médicamenteuses que de tentatives de suicide, l'amélioration des moyens mis en jeu est prioritaire.

Figure n° 1



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
124 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

**UNE CONSULTATION DE MEDECINE
POUR JEUNES ADULTES
A LA POLICLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE**

*V. HALLEY DES FONTAINES **

*J. SAUNIER ***

*J.C. IMBERT ****

Une consultation « Jeunes Adultes » est ouverte depuis à peine deux ans à la polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine. Elle fait partie d'un projet plus vaste visant à une modification profonde des structures ambulatoires proposées par l'hôpital. Les consultations externes de médecine générale s'orientent vers des activités plus diversifiées que des prestations de dispensaire pour une clientèle de quartier. Un personnel médico-soignant qualifié et un plateau technique accessible sont des atouts précieux dans la recherche d'actions nouvelles de santé.

La consultation « Jeunes Adultes » est le résultat de la collaboration de deux services : le service de Médecine interne dont dépend la polyclinique et le service de Médecine préventive et sociale dont les interventions se font plus volontiers auprès des structures extra-hospitalières.

Dès son ouverture, la consultation « Jeunes Adultes » a bénéficié d'un excellent accueil dans la presse, la presse professionnelle

° Médecin spécialiste de médecine sociale.

°° Surveillante générale à la polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine.

°°° Chef du service de médecine interne.

Centre hospitalier et universitaire Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris Cedex 12.

d'une part, mais aussi la grande presse. Ce succès a priori — la consultation « Jeunes Adultes » n'était en effet ouverte que depuis peu — peut s'expliquer par le courant de mobilisation dans ces dernières années des différents partenaires sociaux autour des questions concernant les jeunes et leur passage dans la vie active. Certains de ces adolescents ou plutôt jeunes adultes, ont connu ou connaissent de telles difficultés que celles-ci se répercutent sur leur état de santé.

LES FONDEMENTS DE LA CONSULTATION

Située dans les locaux de la polyclinique, dans le secteur de médecine, il était clair dès le départ que cette consultation serait bien une consultation de médecine générale. C'est dire qu'il était indispensable de gommer toute spécificité de cette consultation : lui donner un caractère trop spécialisé, aurait eu pour conséquence de l'exclure de ce secteur.

L'objectif premier de cette consultation était de favoriser l'accès des jeunes aux consultations d'adultes. Pour ce faire, la polyclinique ne pouvait leur proposer que son cadre, un cadre banal de consultation hospitalière. En revanche l'effort fut porté sur la **qualité de l'accueil** : parmi le personnel chargé de l'accueil, certains ont pu se désigner spontanément de par leur motivation vis-à-vis de cette catégorie de population. Pour des raisons d'organisation interne, il fut décidé d'une structure extrêmement souple : deux plages horaires sont réservées à la prise des rendez-vous pour les patients se présentant pour une première fois ; les autres rendez-vous sont pris « à la carte » en fonction des disponibilités des patients. Ces consultations sont de longue durée. Elles durent au moins une heure, rarement plus d'une heure et demie.

Les problèmes de santé du patient sont abordés dans leur ensemble : son environnement affectif, son milieu de vie, ses modes de vie, son attitude par rapport à sa santé. Ces différents points sont rappelés sur une affiche qui est amplement diffusée au sein de l'hô-

pital mais aussi auprès de nombreux organismes sociaux à l'extérieur de l'hôpital.

LA CONSULTATION « JEUNES ADULTES » EST LE TRAVAIL D'UNE EQUIPE

Au sein de la consultation, le médecin coordinateur prend l'avis des médecins spécialistes qui consultent dans les mêmes locaux : psychiatre, gynécologue, dermatologue, gastro-entérologue. Ces avis se prennent sur dossier ou, lorsque c'est nécessaire, le médecin coordinateur peut envoyer son patient à une de ces consultations spécialisées.

Le personnel soignant est également impliqué en ce qui concerne la mise en confiance et le suivi des patients. En dehors de la consultation, le médecin coordinateur est en relation constante avec ce que l'on appellera le « référent » du patient : son médecin traitant, son médecin scolaire, son psychologue, un travailleur social, un éducateur, un de ses parents etc.

Ce travail de mise en relation se fait en présence du jeune ou en tout cas avec son accord. L'on reparlera plus tard du rôle précis que ce « référent » est amené à jouer au sein de la consultation.

LE PROFIL DES PATIENTS

Ces jeunes adultes qui sont-ils ?

Depuis deux ans, on constate qu'il y a autant de garçons que de filles ; si le plus jeune avait 11 ans 1/2, la plus âgée 27 ans..., la plupart ont entre 18 et 23 ans. Un sur trois est né dans une famille d'origine étrangère. Moins de 10 % appartiennent à un milieu aisé. On ne peut pas dire grand chose de ces dernières informations : la popula-

tion des jeunes semble correspondre à la population habituelle de la consultation de médecine générale de la polyclinique.

Ils viennent à la polyclinique au nombre de trois à six par semaine. C'est un petit effectif, mais il ne faut pas oublier que seules deux demi-journées sont réservées à cette consultation et sont assurées par un seul médecin. Les patients étant gardés de une à une heure et demie, il s'agit bien d'une consultation de longue durée. Ils reviennent trois à quatre fois, avant qu'une solution ne soit trouvée au problème posé. L'absentéisme est fréquent ! Ils manquent un rendez-vous sur trois environ.

Neuf fois sur dix, les patients sont accompagnés, d'un membre de la famille ou d'un éducateur. Deux fois sur trois ils peuvent ou pourraient payer leur consultation. Il s'agit le plus souvent de jeunes qui, lorsqu'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie de leurs parents, ont eu des droits ouverts à l'occasion d'un premier emploi ; dans les autres cas, une démarche est engagée pour demander une aide médicale auprès du Bureau d'aide sociale de leur domicile. Le patient est informé que si on peut lui proposer la gratuité d'une première consultation, il doit faire le nécessaire pour s'assurer de sa couverture sociale.

Qui envoie les patients en consultation jeunes adultes ?

L'école (en la personne de son Directeur ou d'un enseignant, ou d'un membre du service santé scolaire, médecin ou infirmière) est avec les **travailleurs sociaux** et **la famille** un des principaux pourvoyeurs de la consultation. Les jeunes qui viennent spontanément consulter, généralement informés par voie de presse, sont extrêmement rares (moins de 5 %).

Qui les envoie ?

L'école (directeur, enseignant, médecin ou infirmière scolaire)	30 %
Les travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs de rue, éducateurs spécialisés)	30 %
La famille	30 %
Les amis	5 %
Spontanément (informé par la presse).....	5 %

Consultations Jeunes Adultes

Policlinique Saint-Antoine 1987

LES MOTIFS DE LA PREMIERE CONSULTATION

Sur 100 patients, le motif de la première consultation est : un **problème psychosomatique** dans 20 % des cas, il s'agit d'un symptôme (maux de tête, fatigue, insomnies,...) et pour lequel on ne retrouve aucun stigmate somatique.

Le poids est le deuxième motif de consultation (16 %). Il s'agit le plus souvent d'obésité ou au moins de fort embonpoint pour lequel des conseils diététiques et un suivi psychothérapique sont demandés. Mais il n'est pas rare de recevoir des demandes émanant de familles inquiètes de la maigreur de leur enfant.

Une consultation pour un problème **d'ordre psychique** est fréquente ; il s'agit selon l'âge, d'une difficulté liée à une situation d'échec scolaire ou des problèmes d'ordre relationnel ou sexuel.

Les questions relatives à la **drogue** sont fréquentes dans cette consultation en raison de la situation géographique de la polyclinique. Le quartier de l'hôpital Saint-Antoine est en effet un lieu très fréquenté par les toxicomanes. Cette consultation n'est pas spécialisée dans la lutte contre les toxicomanies. Si ceux-ci sont accueillis, ils le sont dans les mêmes conditions que les autres patients, avec la même qualité d'écoute et les mêmes principes de fonctionnement qui sont ceux d'une consultation de diagnostic et d'orientation.

La « **visite systématique** » tient une place non négligeable dans les motifs de première consultation : ceci n'est pas très étonnant quand on connaît l'inquiétude des jeunes vis-à-vis des grands fléaux dénoncés par les médias. Les préoccupations vis-à-vis de leurs modes de vie et des conséquences que ceux-ci peuvent avoir sur leur santé et l'appréhension d'un refus lors d'une visite d'embauche justifient également la demande de « bilan de santé ».

Sur 100 patients, le motif de la première consultation est :

Un problème psycho-somatique	20
Le poids (obésité, maigreur)	16
Un problème psychique (échec scolaire, difficultés relationnelles, sexuelles...).....	14
Traumatismes et problèmes rhumatologiques	12
La peau, les yeux.....	10
La drogue.....	10
Une visite systématique.....	8
Les organes génitaux, problèmes gynécologiques....	7
Une maladie aiguë (bronchopneumopathies...).....	3
Alcoolisme	2

102

Consultation Jeunes Adultes

Hôpital Saint-Antoine 1987

LA RELATION DE L'EQUIPE MEDICO-SOIGNANTE AVEC LE PATIENT

Situer la demande pour identifier le lieu de la réponse

Il s'agit là du principe premier de fonctionnement de la consultation « Jeunes Adultes ».

Où se situe la demande ? Est-elle d'origine somatique ? psychique ? affective ? sociale ? ou matérielle ? La demande telle qu'elle s'exprime dans le cabinet du médecin ne couvre pas la demande réelle du patient. Le patient vient consulter un médecin dont il a une certaine image sociale ; il se souvient des visites médicales de l'enfance, soit du médecin de santé scolaire, soit encore d'un médecin psychiatre du dispensaire d'hygiène mentale où il aurait été envoyé contraint et forcé. Cette démarche auprès d'un médecin généraliste d'une consultation au sein d'un hôpital signifie quelque chose. S'agit-il d'une manifestation d'autonomie ? Ou au contraire de dépendance ?

C'est là qu'il convient de bien identifier qui est le vrai demandeur. S'agit-il du patient lui-même ou bien d'un membre de sa famille, son père, sa mère, un de ses grands-parents ou un autre membre ? S'agit-il d'un ami proche ? d'un éducateur ? Ou déjà d'un « référent » médical dont la démarche n'a pu aboutir ? Il faut se souvenir que la première consultation est celle de l'interlocuteur principal. Il n'est pas certain que le jeune patient soit d'accord avec le motif qui l'envoie consulter et donc pas évident qu'une relation médecin-patient pourra s'instaurer d'emblée. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'identifier rapidement le rôle du « référent ». Contrairement à certaines pratiques, la première partie de la consultation se fait souvent en présence de l'accompagnant sous réserve de l'accord du patient ; il est toujours facile de reconduire celui-ci poliment en salle d'attente lorsque le moment est venu d'un examen clinique plus approfondi.

Une fois la demande identifiée et précisée dans une démarche commune avec le patient, il faudra procéder à un travail d'élaboration en commun d'une réponse.

Oui est le demandeur ?

**LE PATIENT OU LA FAMILLE (LE PERE, LA MERE, UN
GRAND-PARENT, OU UN AUTRE MEMBRE DE
LA FAMILLE)**

L'AMI(E)

L'EDUCATEUR OU L'ASSISTANTE SOCIALE

L'INFIRMIER OU LE MEDECIN SCOLAIRE

LE MEDECIN TRAITANT, LE PSYCHOLOGUE

LA CONSULTATION EST CELLE DE L'INTERLOCUTEUR PRINCIPAL.

Où est le lieu de la réponse ?

Auprès du médecin : s'agit-il de procéder à des examens complémentaires, faut-il adresser vers une consultation spécialisée ? Faut-il nécessairement rédiger une ordonnance ? Est-ce que ceci peut conduire à une hospitalisation ? Ou faut-il admettre qu'une psychothérapie suffirait et dans ce cas qui va assurer cette psychothérapie ? Ce temps d'élaboration en commun est indispensable pour assurer ultérieurement une bonne observance du traitement proposé.

Si le lieu de la réponse ne paraît pas se situer dans le champ de la consultation « Jeunes Adultes », il faut identifier soigneusement le lieu de la meilleure réponse possible. Est-il au sein de la famille du patient ? Il faut alors peut-être envisager une thérapie familiale. Est-il ailleurs auprès d'établissements médico-sociaux extra-hospitaliers, un dispensaire d'hygiène mentale ? Un centre de cure ?... Est-il auprès d'organismes sociaux tels qu'une mission locale, un centre d'orientation professionnelle, l'ANPE, un foyer de jeunes ou encore... l'armée... les « Weight Watchers » ! C'est le moment le plus délicat de la consultation : de la confiance dans la relation entre le médecin et son patient dépend l'adhésion du malade à son traitement.

La consultation « Jeunes Patients » de la policlinique Saint-Antoine est encore dans une phase de recherche et si elle peut aujourd'hui préciser son identité, elle ne peut pas encore réaliser tous ses projets. L'équipe qui y travaille a pour objectif à terme de contribuer à une modification des comportements et des modes de vie qui présentent un danger pour la santé des jeunes. Ceci dépasse de loin la réalisation d'une consultation de médecine générale et l'équipe de Saint-Antoine poursuit actuellement sa réflexion dans ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

- « La Liberté de l'adolescent face aux soins médicaux », par M. BASQUIN, in *Médecine de l'homme*, 1974, n° 69, 16-28.
- *Les Adolescents et le système de distribution des soins. L'exemple de l'hôpital et de la médecine de ville*, par J.-P. DESCHAMPS, Colloque INSERM, Conceptions, mesures et actions en santé publique, Paris, 1981, INSERM édit., Tome I, 185-198.
- « L'Image de la santé dans une population lorraine : approche psycho-sociale des représentations de la santé », par A. D'HOUTAUD, *Revue Epidém. Santé Publi.*, 1978, 26, 299-320.
- « L'Adolescent aujourd'hui. Aspects démographiques et médicaux », par F. HATTON, B. GARROS et L. TIRET, *Arch. Franç. Pédiat.*, 1980, 37, suppl. 1.
- *Les Adolescent et leur santé*, par O. JEANNERET, E.-A. SAND, J.-P. DESCHAMPS, M. MANCIAUX, 1983, Flammarion médecine-sciences.
- *La Santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits*, par P.A. MICHAUD et J. MARTIN, Service de la santé publique de la planification sanitaire du canton de Vaud, Lausanne, 1983.
- *Micro-économie de la consommation médicale*, par A. MIZRAHI, CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), juillet 1978.
- « Le Médecin et son patient adolescent, ses rôles et ses tâches », par J. WILKINS, *Méd. Hyg.*, 1986, 44, 1662, 1838-1840.

- *Les Adolescents et les structures soins. Leurs besoins, leur accueil et leur prise en charge*, Dossier technique du ministère de la santé, 1988 (Direction générale de la santé/bureau 2 B).

ACCES AUX SOINS DANS LA VILLE

- « La Médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville », par J.-P. DESCHAMPS, A. STUREL-LARTIGUE, J. DUCAS et coll., *Arch. Franç. Pédiat.*, 1982, 39, 399-403.
- « Les Services d'information et de conseil pour les adolescents », par O. JEANNERET, in *Pédiatrie sociale*, 2^e édition, Paris, 1977, Flammarion Médecine-Sciences.
- « Les Consultations d'adolescents en pratique médicale », par P.-A. MICHAUD et J. MARTIN, *Médecine sociale et préventive*, 1982, 27, 304.

SERVICE DE SANTE SCOLAIRE

- « La Médecine scolaire comme mode d'abord global de la personne de l'enfant et de l'adolescent de 11 à 16 ans », par F. CANONNE, B. PISSARRO, S. TOMKIEWICZ et D.-J. DUCHE, *Méd. Infant.*, 1974, 81, 329-350.
- « Les Années 1980 : décennie de la santé scolaire », par J.-P. DESCHAMPS, *Arch. Franç. Pédiat.*, 1979, 36, 339-341.
- « Un projet de service de santé scolaire pour les adolescents de 16 à 19 ans », par P.-A. MICHAUD et J. MARTIN, *Méd. et Hygiène*, 1984, 42, 437-442.

- Circulaire n° 10/82/9 - 82/256/EN du 15 juin 1982 relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire.

ADOLESCENTS PLACES

- « Les Adolescents difficiles », par S. TOMKIEWICZ et B. ZEILLER, *Le Particulier*, 1976, 503, 43.
- Documents et études du Centre de formation et de recherche de l'éducation surveillée, Vaucluse.

A L'HOPITAL

- « La Médecine des adolescents en pratique hospitalière », par V. COURTECUISSÉ, *Méd. et Hygiène*, 1986, 44, 1841-1847.
- « L'Adolescent à l'hôpital », par F. MARQUIS et J.-P. DESCHAMPS, *Revue Pédiat.*, 1981, 17, 423-428.
- « L'Hospitalisation des adolescents dans un C.H.R. », par F. MARQUIS, J.-P. DESCHAMPS, B. LEGRAS, R. SENAULT, *Arch. Franç. Pédiat.*, 1985, 42, 459-464.
- « Circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents », *Bulletin officiel Santé*, n° 88-15 bis.
- *Accueil et prise en charge à l'hôpital des adolescents suicidants*, Dossier élaboré à partir d'une opération pilote de formation des personnels hospitaliers, Direction générale de la santé. Bureau 2B, mars 1989.

Edité par le C.T.N.E.R.H.I.
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Mars 1990

ISBN 2-87710-039-1
ISSN 0223-4696
CPPAP 60.119

Le Directeur : Annie Triomphe

