

10

mars 1995

Actualité et dossier *en* **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

La santé des
jeunes
dossier

Ministère des Affaires sociales,
de la Santé et de la Ville

Haut Comité de la santé publique

2, rue Auguste Comte

92170 Vanves

téléphone 46 62 42 80

télécopie 46 62 42 55

Président

Philippe Douste-Blazy,
ministre délégué à la Santé

Vice-Président

Guy Nicolas

Directeur de la publication

Jean-François Girard

Rédactrice en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Ségoène Chappellon

Denis Couet

Lucie Degail

Jean-François Dodet

Ruth Ferry

Geneviève Guérin

Jean-Claude Henrard

Claudine Le Grand

Guy Nicolas

Philippe-Jean Parquet

Marie-Josèphe Strbak

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Documentation

Haïfosa Ali

Réalisation graphique

Philippe Ferrero

Secrétariat

Riama M'Bae

Myrielle Toi

Ont participé à ce numéro

Marie Choquet, Geneviève Noël et

Renée Pomarède

Catherine Bernard, Sylvaine Boige-

Faure, Christiane Dressen, Danièle

Fontaine, Armelle George-Guiton,

Virginie Halley des Fontaines, Diane

Lequet, Danielle Livet, Yvonne

Plouzenec-Bodenez, Bernadette

Roussille, Gérard Benoît, Alain

Braconnier, Jean-Paul Brugidou,

François Chobeaux, Daniel Cœur-

Joly, Jean-Pierre Deschamps, Marc

Duriez, André Ernst, Olivier Galland,

Patrice Huerre, Philippe Jeammet,

Daniel Marcelli, Claude Maréchal,

Nicolas Nathan, Jean-Paul Thomas,

Alain Vulbeau et Michel Zorman

Merci à Stéphane Legrand

Dépôt légal mars 1995 – ISSN 1243-275X

Le dossier « La santé des jeunes » se trouve encarté
entre les pages 14 et 15. Il est numéroté de I à XL.

La reproduction totale ou partielle des éléments
publiés dans ce numéro est autorisée sous réserve
de la mention : Haut Comité de la santé publique,
Actualité et dossier en santé publique n° 10

Sommaire

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
Prélèvements et greffes d'organes : genèse d'une
législation, *Gérard Benoît*
- **5 Organisme**
Association nationale de prévention de l'alcoolisme
- **6 International**
La protection sociale santé en Europe centrale : une
transition inachevée, *Diane Lequet, Marc Duriez*
- **9 Formation**
Enquête sur le devenir professionnel des internes de
santé publique
- **10 Europe**
Lecture entre les lignes d'un Conseil santé, *André Ernst*
Où en est l'Observatoire européen des drogues et de la
toxicomanie ? *André Ernst*
- **13 Alcoologie**
Le travail de prévention en milieu professionnel,
Jean-Paul Thomas, Marie Choquet
- **15 Statistiques**
Poser le problème des indicateurs de santé, c'est poser
le problème de la politique de santé,
Armelle George-Guiton
- **18 Régions**
Les tableaux de bord régionaux sur la santé : un outil
pour comparer la santé dans les régions,
Danièle Fontaine
- **21 Recherche**
Groupe Image, Information médicale pour l'aide à la
gestion des établissements
- **22 Documentation**
- **26 Législation & réglementation**
- **27 L'actualité du Haut Comité**
La santé en France, colloque à la cité des Sciences et
de l'Industrie
Groupe de travail sur le diabète
- **29 Calendrier**

La santé des jeunes

Dossier réalisé par **Marie Choquet**,
Geneviève Noël et **Renée Pomarède**

- **II Approche sociologique**
- **IV Repères épidémiologiques**
 - IV Mortalité
 - V Morbidité
 - VI Jeunes en difficultés scolaires ou sociales, quelles spécificités ?
 - VII Consommation d'alcool, de tabac et de drogue
 - VIII Les préoccupations pondérales
 - VIII De l'idée de suicide à la tentative
 - IX Santé urbaine, santé rurale ?
- **X Le dispositif institutionnel**
 - X L'hospitalisation
 - XI La médecine libérale et les centres de santé
 - XII Le dispositif de soins en santé mentale
 - XIII Les centres et les établissements de planification familiale
 - XIV La prévention
 - XV Une approche nouvelle : les services téléphoniques
- **XVI La protection sociale**
- **XVIII L'utilisation du système de soins par les adolescents**
- **XX Questions pour la prévention**
 - XX Le vécu de la santé
 - XXIX Pour aller plus loin dans la prévention
- **XXX Tribune**
- **XL Bibliographie Adresses utiles**

Au dix-huitième siècle, les littérateurs définissaient l'adolescence comme « la fleur de la jeunesse ». Tout semblait presque dit : voilà une catégorie d'âge qui se manifeste d'abord par le phénomène de croissance. On obtiendra une « belle plante » à partir du moment où l'adolescence se laissera entourer, préserver, redresser par une discipline médico-sanitaire appropriée. Ainsi l'adolescence était essentiellement un moyen : le moyen de faire un adulte convenable, le moyen de valoriser la notion de croissance – et ce jusqu'à la crise des années 70 –, le moyen surtout de justifier un regard sanitaire et social constant puisque l'âge était en soi une période autant cognitive que normative. L'adolescence est un âge de la vie où la précocité et le retard sont des signaux d'alarme équivalents. Entre le précoce et le tardif, le plus simple était de faire de l'adolescence sinon une maladie en tout cas un objet de forte préoccupation. En témoigne une abondante littérature morale et/ou scientifique parcourant tout le vingtième siècle, fondée sur une logique purement adaptative.

Mais l'adolescence ne fait plus partie d'un système de références rassurantes et stables comme le montrent les données sur la population adolescente, sur sa santé, sur les problèmes socio-économiques qu'elle doit affronter, sur l'offre de soins et sur les usages que les adolescents en font, sur la prévention, sur des initiatives ou des expérimentations. Tous les éléments approfondis et pluridisciplinaires fournis par ce dossier sur l'adolescence ne doivent pas être pris seulement comme un cadre de certitudes que quelques recherches et crédits complémentaires permettraient de stabiliser, mais au contraire comme autant de questions qui permettraient d'envisager une réflexion avec et pour les jeunes. Pointons-en quelques-unes sans prétendre à l'exhaustivité. D'abord à propos du terme *adolescence* lui-même : l'objectivité apparente de cette catégorisation n'est-elle pas une façon de parler de l'évolution du statut d'« adulte » et de sa capacité à être proposé comme « modèle ». Décrire un système d'aide et de soins, c'est présenter une offre faite à l'adolescence : cela n'amène-t-il pas à présenter les adolescents comme des usagers, c'est-à-dire non seulement des ayants droit mais aussi des acteurs capables de donner un point de vue sur les normes qui les concernent ? Ce n'était pas la fonction des différentes contributions de ce dossier sur la santé des jeunes de répondre à ces questions mais elles ont le mérite de donner les multiples clés qui permettent de mieux se les poser.

Alain Vulbeau

Chargé de mission à l'Institut de l'enfance et de la famille

Prélèvements et greffes d'organes

Genèse d'une législation

L'organisation du système de prélèvements et de greffes d'organes, de tissus et de moëlle osseuse a fait récemment l'objet d'importantes réformes. L'une, concernant l'éthique (consentement des donneurs, attribution des organes), est liée au vote de la loi bioéthique en juin 1994. La création de l'Établissement français des greffes améliore d'autre part l'organisation (gestion des listes de patients, règles de bonnes pratiques).

Les premières greffes de rein ont été faites dès 1950 à partir de reins de cadavres, 15 ans après environ ont été réalisées les premières greffes de foie et de cœur. En 1969, Jean Dausset, Prix Nobel, créa l'association France transplant.

Le diagnostic de mort reposait alors sur l'arrêt cardiaque, ce qui posait des problèmes difficiles pour les prélèvements car les organes n'étaient plus vascularisés. En 1970, le diagnostic de mort cérébrale est défini : c'est la destruction irréversible et définitive du cerveau, alors que l'activité cardiaque et respiratoire peut être entretenue de manière artificielle assurant la perfusion des organes qui pourront être prélevés.

La pratique des prélèvements et des transplantations

En 1976, la loi Caillavet donne un cadre législatif permettant de faire des prélèvements, si l'on sait que le donneur ne s'y

est pas opposé. Cette notion du consentement présumé a été un tournant important : les médecins recherchaient le refus du donneur dans ses papiers, ou dans le registre de l'hôpital ou en interrogeant les familles pour savoir s'il n'était pas opposé. Les multiprélèvements se développèrent. L'augmentation et le succès des greffes nécessitèrent d'envisager un prélèvement d'organes chez toute personne décédée d'une destruction de son cerveau.

Devant le développement national des greffes, France transplant régionalise ses activités en 1989 : 7 régions sont créées, gérées soit par des coordinateurs régionaux qu'elle nomme, soit par des bureaux élus par les médecins de la région.

Récemment, à l'occasion d'un prélèvement d'organes et de cornées fait sur un adulte jeune, la famille qui n'avait pas manifesté d'opposition à un prélèvement d'organes, reçoit par erreur la facturation des prélèvements et apprend le nombre d'organes et de tissus qui ont été prélevés chez son enfant, ce qu'elle n'avait pas

réalisé lorsqu'on l'avait informée. L'affaire d'Amiens éclate dans les médias, une partie du public prend conscience que le prélèvement d'organes ne consiste pas seulement à prélever les reins, mais un grand nombre d'autres organes et de tissus nécessaires aux transplantations, les refus commencent à augmenter.

Les médecins font un effort pour mieux informer les familles. Elles répondent souvent en exprimant la volonté du parent, mais parfois aussi en exprimant leur propre sentiment : le corps médical ne peut pas passer outre à ces volontés, la notion de consentement présumé du donneur évolue alors parfois vers le consentement familial. Les refus familiaux augmentent : 49 % en 1990, 47 % en 1991, 62 % en 1992 et 64 % en 1993.

En 1992, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, demandé par le ministre chargé de la Santé, note que l'activité de l'association France transplant est satisfaisante, mais qu'elle « s'est vu confier un rôle très important d'organisation et de contrôle » à partir de la convention passée avec les pouvoirs publics. Il existe des problèmes d'inscriptions d'étrangers sur la liste d'attente, le contrôle des directions régionales des affaires sanitaires et sociales est difficile.

Le taux de non-résidents, inscrits sur la liste d'attente, varie selon les organes : 4 % pour le cœur, 28 % pour le rein, 36 % pour le foie. 86 % des malades sont

des Italiens, soit jusqu'à 90 % du recrutement de certaines équipes.

Ce rapport mentionne que l'association France transplant contrôle difficilement l'activité de transplantation. Certaines équipes continuent à faire des greffes sans autorisation.

À la suite de ce rapport, France transplant a souhaité évoluer en obtenant des pouvoirs publics une délégation de service public. Mais ces derniers ont préféré la création d'une agence d'État, ou d'un établissement national.

À cette époque, 143 équipes médico-chirurgicales étaient autorisées à faire des transplantations d'organes (rein : 42, cœur : 32, foie : 26).

Le nombre de greffes de reins couvrait la moitié des malades qui arrivaient en insuffisance rénale chronique. 95,5 % des greffes étaient faites avec un rein de cadavre, 4,5 % avec un rein familial. À cinq ans 66 % des reins greffés étaient fonctionnels, plus de 60 % des greffés hépatiques et 60 % des greffés cardiaques avaient un greffon fonctionnel.

Devant le succès des greffes et le manque de greffons, la liste des malades en attente s'allongeait. En 1993, 4 565 malades étaient en attente d'un rein, 426 d'un cœur, 384 d'un foie, 73 étaient décédés en attente d'un cœur, 71 d'un foie.

Transplantations

réalisées en 1993 en France

Rein	1781
Cœur	526
Foie	662
Pancréas	53
Cœur-poumons	45

L'affaire du sang contaminé rappela aux transplantateurs et aux pouvoirs publics, que les règles sanitaires si importantes pour le sang, devaient s'étendre aussi aux organes et aux tissus d'origine humaine. De grands efforts étaient faits depuis longtemps pour appliquer ces règles sécuritaires en transplantation. Les donneurs étaient sélectionnés pour éliminer certaines pathologies (VIH par exemple), cependant tous les stigmates d'infection

Les propositions du rapport de l'igas

« • Compte tenu de l'insuffisance de greffons disponibles face à des indications de transplantations qui se développent, il convient de contrôler et de limiter le flux des malades étrangers ne résidant pas en France. • Il faut éviter que l'activité de certaines équipes ne soit majoritairement orientée vers cette population, il faut limiter pour chaque équipe le nombre de non-résidents à la proportion constatée sur le plan national. • Il faut préciser les procédures visant à contrôler l'inscription des étrangers non résidents sur les listes d'attente. • Il faut que l'État se donne les moyens d'un véritable contrôle de l'activité de transplantation et des conditions dans lesquelles elle est pratiquée en associant dans un cadre juridique autre que celui de la loi de 1901, les professionnels... • Il faut étudier les difficultés concrètes de la mise en œuvre des dispositions de la loi Caillavet. • »

Rapport Igas, 92-059 de mai 1992

ne pouvaient être éliminés sinon très peu d'organes auraient pu être greffés.

Évolution de la législation

La législation a évolué. La loi Lafay de 1949 réglementait la pratique des greffes de cornées : après la mort on pouvait léguer ses yeux. En 1976 la loi Caillavet créait le consentement présumé. Les décrets d'application de mars 1978 précisait que « la personne qui entend s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut exprimer son refus par tous moyens, il est créé des registres de refus dans les établissements hospitaliers ». En juin 1987, les modalités de prises en charge des frais occasionnés par les prélèvements d'organes sont définies, le coût nécessaire au prélèvement, aux tests, à la conservation, au transport, sera facturé aux équipes de transplantation. En juillet 1989, une convention est passée entre l'État et l'association France transplant, pour qu'elle centralise les informations concernant les prélèvements, assure la production de tests de compatibilités tissulaires et veille à la coordination des prélèvements des greffons en France.

France transplant est chargée de gérer les listes nationales d'attente établies par organe (les malades ne pourront être

transplantés que lorsqu'ils seront inscrits sur cette liste). Elle propose au ministre chargé de la Santé les règles de répartition. Elle participe à l'évaluation de l'activité des équipes de transplantation.

L'acte chirurgical de transplantation et la prise en charge pré et post-opératoire sont planifiées.

En septembre 1990, les activités de prélèvements et de transplantations d'organes sont réglementées : ne peuvent prélever et greffer que les équipes autorisées.

En octobre 1993, le Comité de transparence, instance de conseil et d'évaluation compétente en matière de prélèvements, d'utilisation thérapeutique des organes, des tissus, des cellules d'origine humaine est créé à la demande du ministre chargé de la Santé. Il peut être consulté sur toutes questions relatives aux prélèvements et aux transplantations.

Le décret du 24 mai 1994 réglemente les règles de prévention de transmission de certaines maladies infectieuses. Certaines infections doivent être obligatoirement recherchées chez les donneurs.

Les médecins responsables de la transplantation sont tenus de prendre connaissance de ces résultats avant la greffe car l'utilisation des organes ou des tissus est impossible dans certains cas bien définis d'infection.

Les apports de la loi bioéthique

La loi Caillavet et la loi Lafay sont abrogées. En juin 1994, la loi bioéthique est votée : le « corps humain » entre dans le droit de la personne, le principe de cette intégrité est inscrit dans le code civil, chacun a droit au respect de son corps, il est inviolable. Le fait de prélever un organe sur une personne vivante, sans que son consentement ait été recueilli est puni, de même que le prélèvement sur une personne décédée, en dehors du cadre de la loi.

Le prélèvement ne peut être effectué que si la personne concernée n'a pas fait connaître de son vivant son refus à un tel prélèvement.

Un registre national automatisé est prévu, si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de la famille.

Le principe du consentement présumé, tel qu'il était inscrit dans la loi Caillavet est maintenu.

Le Code de la santé publique distingue les médecins qui constatent la mort et ceux qui font le prélèvement ou la greffe ; la restauration décente du corps après le prélèvement est exigée.

Le Code de la santé publique prévoit des sanctions pénales et administratives pour l'établissement de santé et les praticiens. Il officialise la notion d'anonymat entre le donneur et le receveur. Tout prélèvement à but scientifique nécessitera maintenant le consentement explicite du défunt.

L'Établissement français des greffes

En janvier 1994, l'Établissement français des greffes* (EFG) est créé. Le décret du 10 octobre 1994 précise son rôle. L'EFG est chargé d'une bonne application des règles « relatives à la gestion de la liste nationale des patients, à la répartition et à l'attribution des greffons ». Il recueille

* Établissement français des greffes, 28, rue de Charanton, 75012 Paris. Tél. 44 67 55 50

Les transplantations en Europe

Eurotransplant et Bio implant services (BIS) sont deux organismes privés sans but lucratif localisés à Leiden aux Pays-Bas. Ils gèrent respectivement les transplantations d'organes et de tissus pour les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne et l'Autriche, soit une population d'environ 110 millions d'habitants.

- Eurotransplant a été créée en 1967. Elle s'occupe essentiellement des organes vitaux dont le délai d'utilisation est de quelques heures. Ses centres de transplantation représentent une liste d'attente collective de plus de 12 000 patients. Centrée initialement sur la transplantation rénale, l'activité d'Eurotransplant s'est élargie à la transplantation d'autres organes tels que le foie, le cœur, le poumon et le pancréas, et de tissus tels que la cornée.

- En 1989 une nouvelle fondation, Bio implant service (BIS) a été créée pour la transplantation de tissus ou d'organes pouvant bénéficier de conservation longue (cornée, peau, valves cardiaques, os et îlots pancréatiques). BIS est indépendante, mais travaille en étroite collaboration avec Eurotransplant. BIS dispose d'une banque de données sur les organes et tissus disponibles. Elle peut tenir une liste de receveurs potentiels et faire le rapprochement entre les deux. Enfin, BIS assure le suivi de chaque greffon permettant une traçabilité quasi-complète. Sur le plan financier, BIS rémunère les organismes qui lui fournissent des éléments humains, et facture les greffes aux organismes de protection sociale et aux compagnies d'assurance.

toutes les informations sur les greffes et tient le fichier des donneurs volontaires.

Il recueille en outre l'information nécessaire à l'évaluation, il est chargé de promouvoir l'évaluation scientifique et de participer à l'enseignement. Il propose toute mesure permettant d'assurer la meilleure sécurité possible dans les activités de greffes. Enfin, il signale au ministre tout manquement aux règles applicables en matière de prélèvement, de conservation, de transformation, de transport, de répartition et d'attribution des greffons.

L'Établissement français des greffes est constitué d'un conseil d'administration de 27 membres choisis pour 3 ans dont 5 médecins qualifiés en transplantation. Le président du Conseil d'administration est nommé pour 3 ans sur proposition du ministre chargé de la Santé, il définit les orientations générales des activités de l'EFG. Le directeur général de l'EFG est nommé par décret

sur proposition du ministre chargé de la Santé, sans durée de mandat, il est chargé de la gestion et de la conduite générale de l'EFG. Le conseil médical et scientifique est créé, ses membres sont nommés pour 3 ans, il assure les missions d'expertise qui lui sont demandées par le directeur général.

Avec la création de l'Établissement français des greffes, c'est l'ensemble des activités de transplantations d'organes et de tissus qui se trouve placé sous la tutelle des pouvoirs publics, leur permettant ainsi de garantir le système, d'assurer la sécurité sanitaire et l'égal accès pour tous les Français. ■

Professeur Gérard Benoît

Centre hospitalier universitaire, Bicêtre

Association nationale de prévention de l'alcoolisme

Sigle
ANPA

Date de création
1872

Statut
Association loi 1901
Reconnue d'utilité publique
(1880) et agréée d'éducation
populaire (1974)

Moyens
Environ 120 millions de francs
pour l'ensemble du territoire

Effectif
780 personnes dans
98 comités départementaux

Responsables
Président
M. Jean Sérignan
Directeur
M. Patrick Élineau

Partenaires

- Le ministère de la Santé
- La CNAMTS
- Les Cram
- Les CPAM
- La CNAF
- Les CAF
- La Mutualité sociale agricole
- Des collectivités territoriales
- Des entreprises privées

Coordonnées
Association nationale de pré-
vention de l'alcoolisme (siège
national)
20, rue St-Fiacre
75002 Paris
Tél. : 42 33 51 04
Télécopie : 45 08 17 02
Minitel 3615 ANPA

Missions

- Développer une politique globale de prévention des risques et des conséquences de l'alcoolisation :
- par l'appel à l'opinion et par une action constante auprès des pouvoirs publics et des autres décideurs ;
- par l'éducation de chacun et la formation de relais dans tous les milieux ;
- par une aide, des soins et un suivi thérapeutique.
- Veiller à l'amélioration et à l'application de la législation en la matière et exercer ses droits reconnus de partie civile.
- Participer, suivant les circonstances, à la prévention des autres toxicomanies.

Activités

- **Les enfants et les adolescents.** Éveiller leur esprit critique face aux séductions de la publicité et du conformisme social. À l'école primaire, des actions sont préparées avec les instituteurs (avec remise d'un matériel pédagogique adapté). En 3^e, terminale, dans les centres d'apprentissage, dans les sections d'éducation spécialisée (SES), elles sont réalisées sur la demande et avec le concours des jeunes. Dans tous les cas, elles reposent sur une large concertation : enseignants, parents d'élèves, travailleurs sociaux des établissements.
- **Les entreprises.** Les actions se font grâce à la méthodologie et la connaissance approfondie des milieux du travail de l'animateur et, au sein de l'entreprise, à l'engagement de la direction, à la participation de l'encadrement et à l'accord des syndicats. L'entreprise est ainsi acteur de sa propre prévention.



Réseau

- **National.** Dans chaque département, il existe un comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA), souvent gestionnaire d'un CHAA. Chaque comité départemental est animé par une commission exécutive élue par les adhérents résidant dans le département. La permanence de l'action est assurée par des salariés formés à l'alcoologie : animateurs, secrétaires d'accueil, travailleurs sociaux, médecins...
- **International.** Développement de relations de travail permanentes entre acteurs de terrain de différents pays, en priorité avec ceux de la CEE et du Conseil de l'Europe.

- **La formation des relais.** Former ceux qui ont des responsabilités éducatives, professionnelles, sociales, politiques sert la politique globale de prévention, renforce l'efficacité et facilite le travail en réseau.
- **L'accompagnement de l'alcoolique et/ou de son entourage.** L'ANPA gère 120 centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA). Ce sont des structures d'accueil, d'écoute et de soins gratuits ouvertes à toutes les personnes en difficulté avec l'alcool. L'équipe soignante se compose de secrétaires d'accueil, visiteurs sociaux, assistantes sociales, infirmières, médecins, psychologues... Les centres dits « de post-cure » accueillent les personnes alcooliques, après leur sevrage, en vue de consolider leur abstinence.
- **L'alcool et la route.** Pour l'ANPA, qui a été à l'origine de la loi de 1970 sur l'alcoolémie au volant, informer sur les dangers de l'alcool au volant est toujours une priorité.

Service documentation
Le service de documentation (siège social) dispose d'un fonds documentaire de 1 500 ouvrages et de 1 000 dossiers thématiques et est abonné à une centaine de revues (dont un tiers étrangères). Chaque comité départemental met à la disposition du public une documentation de base.

Publications

- *Alcool ou Santé* (semestriel), magazine publiant des articles, études, reportages, dossiers sur tout ce qui touche à l'alcoologie.
- *3615 ANPA*, service télématique offrant adresses utiles, calendrier des stages de formation, actualités alcoologiques, base documentaire (8 000 références bibliographiques) et tests de connaissance.
- 30 vidéos parmi lesquelles : *Ma rivière, Le temps qui court, Alcool en entreprise, Alcoologique, qui es-tu ?*

Une transition inachevée

La protection sociale santé en Europe centrale

Depuis 1990, les pays d'Europe centrale sont engagés dans une phase de transition entre la conception centralisatrice et étatique développée auparavant et l'installation de nouveaux systèmes de protection sociale.

La problématique s'avère différente de celle observée dans les pays de l'Europe occidentale en matière de part des richesses nationales destinées à la santé. La plupart des pays de l'Est manifestent leur volonté de dépenser plus pour leur système de santé. Ainsi à la fin des années 80, la Hongrie émettait le vœu d'accroître d'un tiers ses dépenses de santé. En 1994, la République tchèque souhaitait consacrer 8 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé contre 5 % en 1990. De telles options s'avéraient difficiles dans un contexte de récession. Les meilleurs résultats obtenus au plan économique en 1993 et durant les premiers mois de 1994 pour la Pologne (accroissement de 4,5 % du PIB en 1993) pour la République tchèque (+2,1 % entre janvier et août 1994) et même pour la Roumanie (un PIB en croissance de +1 % en 1993) pourraient ouvrir des perspectives plus favorables.

Le modèle beveridgien (fondé sur une fiscalisation des ressources consacrées à la santé) associé à une conception pyramidale de l'organisation des soins est rejeté au profit du système bismarkien

(structuré autour de caisses d'assurance maladie) jugé plus libéral, moins susceptible de générer des comportements bureaucratiques.

La recherche de nouvelles références

L'aspiration à un certain libéralisme est évidente mais le faible degré de développement économique freine plus ou moins, selon les pays, la mise en œuvre d'un modèle de sécurité sociale. Dans certains pays, on se limite encore au stade expérimental, voire aux projets.

En Roumanie, une expérience d'assurance maladie touchant uniquement les soins primaires a été réalisée dans certaines zones. En Pologne, après plusieurs livres blancs et de nombreuses consultations des différents partenaires, un document émanant du ministère de la Santé a circulé fin 1994. Il prévoit l'instauration progressive d'une assurance maladie se substituant au financement de l'impôt. Un réseau de caisses serait mis en place pour gérer cette assurance. Les agricul-

teurs disposeraient de caisses spécifiques. Les cotisations seraient réparties par moitié entre employeurs et salariés.

On est donc loin d'une application intégrale du modèle de sécurité sociale, objectif affirmé pourtant comme fondamental par tous les pays de l'Est. Seule la République tchèque et la Hongrie ont pu jusque-là instituer une assurance maladie indépendante de l'État qui s'installe par étapes successives.

Aujourd'hui, en République tchèque, la protection sociale maladie est financée à 60 % par les revenus du travail, 35 % par l'État et 5 % par les particuliers. Retraités et chômeurs sont pris en charge par l'aide sociale. Au départ, en 1992, les ressources provenaient uniquement du budget de l'État. En 1993, 17 caisses d'assurance maladie ont été mises en place. Depuis, de nouvelles caisses ont vu le jour. Les premières populations à être couvertes par ces caisses ont été les fonctionnaires, les employés de certains secteurs économiques à risque ou déjà bien développés, comme les banques et les grandes firmes industrielles. Début 1994, 15 % de la population dépendait d'elles. Chaque personne a le libre choix de son assureur. Des filets de sécurité ont été institués pour éviter la sélection des assurés par les caisses et les problèmes découlant de faillites de caisses.

En Hongrie, le système d'assurance maladie est unifié et géré par un conseil paritaire formé de représentants élus des syndicats et des employeurs, sans intervention de l'État. Financée en principal par des cotisations, l'assurance maladie est, en fait, encore largement dépendante du budget de l'État en raison notamment de l'importance des cotisations sociales impayées par les employeurs.

La prudence des gouvernements des pays d'Europe centrale s'explique en matière de protection sociale par le fait que le système antérieur était plus protecteur, en particulier pour certaines catégories. Toutefois, dans le domaine de la santé, il avait généré, en raison de l'insuffisance de l'offre sanitaire et de la faible productivité, un marché parallèle des soins qui trouve encore matière à se développer ainsi que de fortes inégalités d'accès.

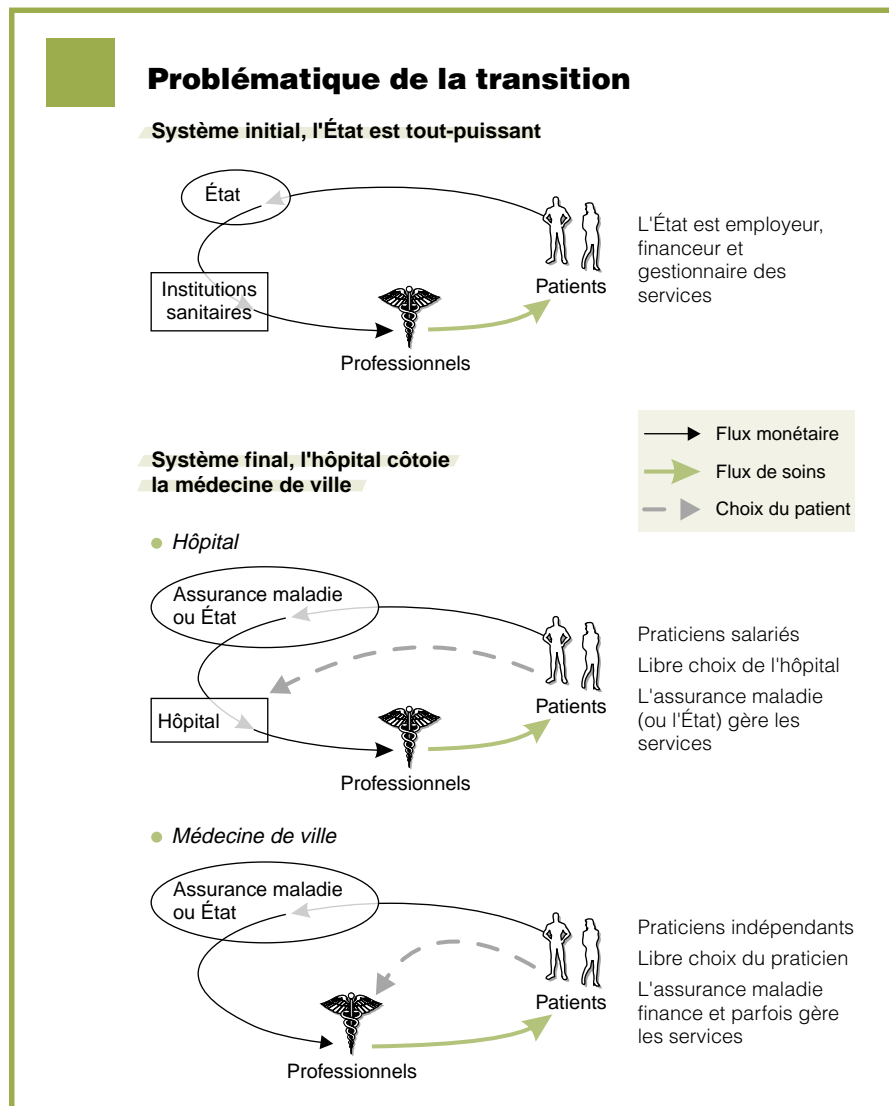
Des options préalables à l'introduction de la sécurité sociale

L'introduction de systèmes de sécurité sociale nécessite certaines options préalables qui font toujours l'objet d'importants débats dans les pays de l'Est.

Ainsi tout d'abord, sur le choix du régime : un seul ou plusieurs, compte tenu des spécificités de certaines catégories sociales. Ainsi en Pologne, le régime de protection sociale antérieur s'était étendu très progressivement à toutes les catégories professionnelles. Il ne couvre pas les professions libérales.

L'adhésion obligatoire à l'assurance maladie doit-elle être fonction du niveau de revenu ou limitée comme en Allemagne et aux Pays-Bas à un certain plafond au-delà duquel les personnes sont libres ou non de s'assurer ? Cette question divise aujourd'hui l'opinion en République tchèque et en Hongrie.

Le niveau des services pris en charge doit être défini. Souvent sont exclus les soins dentaires, l'assistance à domicile, les soins dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes. La plupart des pays cherchent aujourd'hui à limiter le contenu de l'assurance obligatoire.



La contribution au financement de l'assurance maladie demande aussi une réflexion sur ses modalités. L'État doit-il ou ne doit-il pas intervenir dans le financement ?

Enfin dernier point en discussion : les relations entre assurés et prestataires de soins. Certains pays, comme la Pologne et la Hongrie, par exemple, sont tentés d'introduire le paiement direct par le malade avec remboursement ultérieur mais la présence de catégories sociales à bas revenu rend difficilement applicable ce type de dispositions.

L'assurance obligatoire universelle

constitue l'objectif général. Elle sera fondée sur la solidarité. Mais deux niveaux supplémentaires sont évoqués. Certains risques pourraient relever d'une assurance financée soit conjointement par employeurs et salariés, soit intégralement par les personnes elles-mêmes.

Une difficile redéfinition du rôle des structures sanitaires

Concernant l'organisation du système de soins proprement dit, l'orientation nouvelle des structures sanitaires se

caractérise par un recentrage sur les soins primaires, s'opposant à l'hospitalo-centrisme antérieur, ou tout au moins par l'instauration d'une bipolarité.

Dans l'esprit des promoteurs de ces réformes, les soins primaires devraient relever en partie de l'exercice libéral.

Tous les pays d'Europe centrale connaissent actuellement un véritable essor de la médecine privée. Des cabinets de médecine libéraux s'ouvrent, aidés par les pouvoirs publics et, dans certains cas, par les banques. En Hongrie, la médecine privée existait déjà officiellement sous le régime communiste : un médecin sur cinq avait opté pour l'exercice en secteur privé. En Pologne, la pratique libérale était également tolérée. En 1984, un médecin sur dix reconnaissait avoir une activité libérale en sus de son activité salariée.

En réaction contre le centralisme autoritaire antérieur, la plupart des pays de l'Est ont opté pour une décentralisation allant parfois jusqu'à l'excès. En Pologne, par exemple, un rapport réalisé en 1993 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé souligne l'absence de coordination générale du système dans un contexte de forte décentralisation.

La rémunération des praticiens se fait soit à l'acte comme en République tchèque et en Hongrie pour les spécialistes, soit à la capitation en Hongrie pour les généralistes, capitation qui varie en fonction de catégories d'âge. Pour éviter la « chasse » à la clientèle le montant de la capitation est dégressif à partir de 1 800 patients.

En raison de ses difficultés économiques, la Roumanie conserve encore l'accès gratuit aux soins primaires publics. Le recours au secteur privé qui s'installe est entièrement à la charge du malade. Le sous-développement et la vétusté des structures de soins entraînent la constitution d'un système parallèle.

Le financement des hôpitaux est globalisé. La Hongrie semble en pointe pour la gestion de ce secteur où elle a introduit le système de forfait par pathologie pour les soins aigus, fondés sur des paramètres spécifiques.

Enfin, autre orientation toujours prô-

née dans les réformes ou projets élaborés, le développement de la prévention, souvent complètement ignorée jusque-là.

Au-delà de l'économie, de nécessaires mutations culturelles

La mise en œuvre des réformes se heurte à plusieurs obstacles.

Instaurer un système d'assurance maladie dans des pays où la prise en charge financière était auparavant totalement assumée par l'État se doit, sous peine de déstabilisation économique et sociale, de sauvegarder la demande solvable. Et le problème demeure aigu dans des économies où les revenus réels régressent. La dimension économique du système sanitaire constitue, dans ces pays, un impératif de tout premier plan.

Par ailleurs, l'orientation antérieure des structures sanitaires vers un modèle centré sur l'hôpital constitue un obstacle aux mutations désirées.

L'instauration d'une activité libérale nécessite des investissements importants à rentabilité à long terme alors que, par ailleurs, les établissements de soins anciens subsistent.

La culture de la relation médecin-malade dans un contexte libéral n'a pas encore de fondement dans des pays où la

prise en charge sociale et médicale avait une connotation administrative très forte.

La sujétion des patients et du corps médical vis-à-vis d'un système autoritaire et centralisateur, source d'irresponsabilité, rend difficile leur participation largement souhaitée dans un modèle libéral.

Enfin, il faut noter le manque de coordination voire la concurrence dans l'aide internationale aux pays d'Europe centrale en matière de protection sociale avec la multiplication des interventions bilatérales et multilatérales et d'expertises. Chaque pays, chaque organisation internationale a tendance à promouvoir son modèle de société. ■

Quelques chiffres venus de l'Est

	Hongrie	Bulgarie	Roumanie	Tchécoslovaquie	Pologne
Espérance de vie (années)	72	73	71	70	72
Taux de mortalité périnatale (pour 1 000)	15	11	12	15	10
Médecins pour 1 000 (1992)	3,0	3,2	1,8	2,1	3,2
Dépenses de santé/PIB (1991)	6,0	5,4	3,9	5,1	5,9

Diane Lequet

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Sesi

Marc Duriez

Direction générale de la Santé

Enquête sur le devenir professionnel des internes de santé publique

Depuis 1991, le nombre de postes offerts au choix des jeunes médecins reçus au concours de l'internat est croissant dans la filière santé publique. L'ensemble de la classe politique considère désormais que les objectifs de santé publique sont devenus prioritaires et les besoins en professionnels importants. Aujourd'hui, dix ans après la création de la filière santé publique de l'internat, alors que s'élaborent des restructurations de l'enseignement universitaire et que des domaines entiers s'ouvrent (santé et environnement, santé publique internationale, évaluation médicale, assurance qualité...), il a paru pertinent au sein du Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP) de s'interroger sur le devenir professionnel des anciens internes de la filière. L'association des internes de santé publique d'Île-de-France (SPI), avec l'aide logistique de la direction générale de la Santé (DGS), a contacté 157 anciens internes de santé publique (AISP) sur les 171 estimés ayant validé leur DES (exhaustivité : 92 %)*.

Activité professionnelle

154 des 157 AISP interrogés ont une activité professionnelle, deux ont choisi de ne pas exercer et un seul est à la recherche d'un emploi.

- 90 % des AISP sont à plein temps
 - Le secteur public et parapublic concentre 85 % des AISP : 63 % en secteur hospitalier et hospitalo-universitaire, 22 % dans les autres secteurs publics.
- En ce qui concerne le secteur public hospitalier, 41 % sont

praticiens hospitaliers, 22 % assistants hospitalo-universitaires, 17 % chefs de clinique assistants et 20 % attachés ou autre statut.

- Le secteur privé regroupe 13 % des AISP (industrie pharmaceutique, société de conseil, d'évaluation...).
 - 2 % travaillent dans le secteur associatif.
- Les départements hospitaliers d'information médicale (DIM) et l'épidémiologie constituent les principaux domaines investis par les AISP (26 et 14 %).

Cinq AISP seulement ont rejoint le corps des médecins inspecteurs de santé publique. Trois sont devenus médecins-conseil des caisses de la sécurité sociale.

Principaux domaines d'activité

DIM	26 %
Épidémiologie	14 %
Médecine clinique	12 %
Prévention	8 %
Évaluation	8 %
Pharmacologie clinique	8 %

Formations complémentaires

Internat (4 ans)

Spécialités médicales et chirurgicales, **santé publique**, médecine du travail, biologie médicale, psychiatrie

Concours de l'internat

1^{er} et 2^e cycles (6 ans)

Rappel du cursus médical

Commentaires

Le nombre d'AISP choisissant une activité clinique devrait diminuer dans les années à venir. Au moment de la création de la filière, devant le flou des informations et des débouchés, un certain nombre d'internes ont préféré s'orienter vers la médecine clinique associée à la santé publique. Aujourd'hui, la situation se clarifiant, les internes ont tendance à développer un exercice professionnel exclusivement de santé publique. De même, le nombre important d'AISP travaillant à l'hôpital peut être expliqué par la conjonction d'une offre de stages essentiellement hospitalière et la création des postes de DIM. Malgré tout, il semble que les besoins au sein des hôpitaux soient élevés (évaluation des pratiques, recherche clinique, hygiène hospitalière, prévention des risques...).

Cinq internes seulement ont suivi le cursus de l'ENSP de Rennes. Ce faible nombre s'explique par l'éloignement géographique, les perspectives

professionnelles peu encourageantes, et la nécessité de suivre une année supplémentaire après le long cursus de l'internat.

Le secteur associatif est lui aussi le parent pauvre, probablement parce qu'il ne garantit pas souvent une situation très stable. Le développement des observatoires régionaux de la Santé et des organisations non gouvernementales devrait modifier sensiblement cette situation.

Cette enquête ne donne qu'une vision rétrospective, une photographie des premières promotions d'internes. Les résultats qu'elle apporte sur les débouchés professionnels sont le fruit d'une situation très particulière aux premières années : nombreux postes à pourvoir dans les DIM, absence de véritable formation structurée, stages peu diversifiés. Désormais les débouchés sont plus variés et il est nécessaire d'ouvrir de nouveaux terrains de stages dans l'ensemble du système de santé, particulièrement dans certains secteurs encore trop peu investis (santé et environnement, santé publique internationale, protection sociale, évaluation, hygiène hospitalière).

Formation universitaire

La formation des internes s'effectue en région parisienne pour un tiers d'entre eux. En moyenne 5 à 6 stages (semestriels) en santé publique sont effectués sur les 8 que comporte le cursus de l'internat. Les autres sites de stage ont été

le plus souvent des services de maladies infectieuses. En dehors des enseignements théoriques, prévus au sein du DES, 88 % des AISP ont suivi une ou plusieurs formations supplémentaires. Les deux tiers possèdent un diplôme de 3^e cycle.

Formations complémentaires

DEA (biostatistique, épidémiologie, économie de la santé)	61 %
DESS (économie, gestion des services de santé)	15 %
DESC (maladies infectieuses, gériatrie)	21 %
École de gestion (Essec, ISA...)	3 %

* L'intégralité de l'enquête est publiée dans *Échange santé-social* du mois de mars.

Lecture entre les lignes d'un **Conseil santé**

Rendre compte du dernier Conseil santé de l'Union européenne le 22 décembre 1994 peut nous permettre de donner un coup de projecteur *in vivo* sur les enjeux, l'acquis et les insuffisances de l'introduction, dans le traité de Maastricht, de la santé publique.

L'adoption de l'article 129 a consacré la prise de conscience croissante depuis 1986-1987 et l'engagement effectif du Conseil sur des actions de santé publique. Il a d'ailleurs fixé à l'ensemble des institutions communautaires la mission de contribuer à « assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine ». Sa rédaction toutefois, du fait que les enjeux de santé publique sont étroitement liés à la protection sociale, laquelle reste la compétence (et la préoccupation) de chaque État, résulte d'un compromis : outre que la Communauté n'intervient dans les domaines qui ne sont pas de sa compétence (dont la santé) que subsidiairement (article 3B du traité de l'Union européenne), le champ d'action communautaire a été limité à la prévention des maladies et des grands fléaux, en des termes de surcroît ambigus.

On sait aussi que le traité a introduit dans de nombreux domaines, dont la santé, un mécanisme de co-décision Conseil/Parlement, selon des procédures complexes.

Il faut savoir enfin que le Conseil a

validé par une résolution du 2 juin 1994 une importante communication de la Commission concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique. Il y a précisé que « la priorité doit actuellement être accordée au cancer, à la toxicomanie, au sida et autres maladies transmissibles, à la promotion de la santé, à l'éducation et à la formation ainsi qu'à la surveillance des maladies et à la collecte de données sanitaires fiables et comparables ». Sur cette base, la Commission a présenté au fil de l'année 1994 quatre projets de programmes d'action.

De ces éléments, on peut tirer quatre interrogations : quel est le champ effectif de l'action en santé publique ? les nouvelles procédures sont-elles efficaces ? les actions proposées sont-elles cohérentes ? quels sont les moyens pour promouvoir la santé à travers les autres politiques communautaires ?

C'est dans ce contexte que s'est tenu le second Conseil santé de « l'après-Maastricht » et il en a confirmé le bien-fondé.

L'Article 129

1 La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États-membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2 Les États-membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États-membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

La co-décision prend... du temps

Sur l'efficacité des nouvelles procédures, force est d'en reconnaître la lenteur. Une seule décision a pu être prise de manière définitive par le Conseil, celle de prolonger le programme 1991-1993 « l'Europe contre le sida » en 1994 et 1995. Le Parlement avait rendu son premier avis en décembre 1993 ! Aucun des quatre autres programmes reçus de la Commission en 1994 n'a encore fait l'objet de l'avis du Parlement qui permet au Conseil d'engager la procédure de navette. Le troisième programme « Europe contre le cancer » (1995-1999) sera donc approuvé avec six mois ou un an de retard.

Cancer et toxicomanie : quel champ d'action ?

Le champ d'application de l'article 129 a été au cœur des débats d'orientation du Conseil sur le plan d'action de lutte contre le cancer et sur le programme d'action pour la prévention de la toxicomanie. Dans les deux cas, le projet de la Commission comporte, outre la recherche d'une amélioration des connaissances et l'échange des données, l'appui à des actions de prévention (information, éducation à la santé) et la formation à cette fin des professionnels concernés. Mais il comporte également des propositions d'échanges d'expériences entre États-membres sur le traitement et les soins palliatifs pour les cancéreux, sur les traitements de substitution, l'échange de seringues et la réinsertion sociale pour les toxicomanes. Plusieurs États, en particulier le Royaume-Uni et le Danemark, considèrent que la Commission outre-passe là le champ de la prévention (que nous appelons primaire) et refusent cette « dérive » alors que la France, comme les pays méditerranéens, y est attachée. Le Conseil n'a pas tranché cette question incontournable et décisive pour l'avenir.

Désaccord autour du tabac

À travers la discussion qui a eu lieu sur

Les budgets prévus sur cinq ans

Cancer	59 000 000 écus
Toxicomanie	30 000 000 écus
Promotion de la santé	37 000 000 écus
Sida et maladies transmissibles	53 000 000 écus

Un écu vaut environ 6,50 francs

la publicité pour le tabac, est posée la question du jeu entre les différentes politiques de la Communauté. Au nom de la protection de la santé, la Commission, totalement soutenue par la France, propose en effet une directive ferme d'interdiction de la publicité pour le tabac. Au nom de la liberté du marché intérieur et de la responsabilité qu'a chaque État-membre vis-à-vis de la santé sur son propre territoire, plusieurs pays refusent ce projet : la Grande-Bretagne, par exemple, préfère utiliser une politique de prix élevés des cigarettes. Le Conseil a dû constater les oppositions et n'a pu s'accorder sur un projet de compromis préparé par la présidence allemande. Derrière ce désaccord, un secteur économique fort d'une part, un problème majeur de santé publique, d'autre part. Si notre pays a su trouver un équilibre à travers la loi du 27 janvier 1993, si la Communauté y est parvenue en 1989 pour la publicité à la télévision, elle achoppe sur l'ultime moyen de promouvoir le tabac. On retrouve la même tension dans des secteurs comparables (alimentation, environnement...). Ce sera un des enjeux de l'avenir que de positionner fortement la santé dans le concert communautaire.

Promotion de la santé : vers moins de programmes

La discussion sur le programme de promotion de la santé a permis enfin de mettre le doigt sur une dernière question : en dehors des programmes « cancer » (du

fait de son ancienneté) et « lutte contre la toxicomanie » (explicitement évoqué dans l'article 129), la présidence allemande a marqué fermement son désaccord sur la multiplication des programmes pour des budgets relativement faibles (il faut en effet ajouter un projet « indicateurs de santé » attendu, un projet « sida et maladies transmissibles » dont l'examen est commencé, un projet « sécurité du sang et des produits dérivés du sang », qui est amorcé par une communication récente de la Commission). Elle souhaiterait un grand programme de santé publique. Cela se comprend aisément mais en-deçà de cette opposition, c'est une question structurelle qui est posée. Elle sera certainement au cœur de la révision du traité de Maastricht en 1996 : à travers des programmes multiples et des comités de gestion de programme impliquant une forte responsabilité des États-membres, c'est l'accroissement des pouvoirs de la Commission que de nombreux États cherchent à limiter. Pour plus d'Europe, moins d'Europe ?

Champ limité, subsidiarité affaiblie, poids encore discret au milieu des grandes politiques structurelles, Commission sous contrôle, l'Europe de la santé a encore de la route à faire... et le Conseil santé de beaux débats en perspective. La présidence française s'efforcera, sans attendre, de les faire progresser. ■

André Ernst

Chargé de mission pour les affaires européennes à la direction générale de la Santé

Où en est l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie ?

Créé par le règlement 302/93 du 8 février 1993, l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) a pour mission la collecte, l'analyse et la diffusion des données nécessaires aux différentes politiques de lutte contre la drogue de la Communauté. Il doit donc couvrir la réduction de la demande, la stratégie communautaire et la coopération internationale contre l'offre, avec leurs conséquences sur l'économie des pays producteurs, le commerce des stupéfiants, des substances psychotropes et des produits précurseurs. Au cours de ses trois premières années de fonctionnement, il observera en particulier la demande et la réduction de la demande de drogue.

Le Conseil d'administration de l'OEDT, où chaque État-membre est représenté, a été installé en avril 1994. Son président est portugais, son directeur français. Il est doté d'un comité scientifique (un expert par pays et six personnes qualifiées supplémentaires). L'OEDT est installé à Lisbonne. Son premier budget devrait approcher 5 millions d'euros (environ 30 millions de francs) et son personnel sera d'une vingtaine de personnes en 1995. Il est financé par la Communauté européenne.

L'OEDT a arrêté son programme de travail pour les trois ans à venir en février 1995 : un gros effort d'articulation avec toutes les institutions existantes dans le champ de la lutte contre la drogue y est prévu.

Le programme de prévention de la toxicomanie actuellement en discussion au Conseil (groupe santé) utilisera largement le travail de l'OEDT.

André Ernst

Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie

Centre Louxor

Rua de Misericórdia, 76

1200 Lisbonne – Portugal

Téléphone : (19) 351 1 321 0100

Télécopie : (19) 351 1 321 0299

Actualité et dossier en santé publique,

la revue du Haut Comité de la santé publique est envoyée sur demande écrite au

HCSP, 2, rue Auguste

Comte 92170 Vanves

À paraître en juin 1995



REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION

Sommaire n° 4/1994

Éditorial

L'Afrique, lointaine et proche, *D. Fassin*

Introduction

• La fin des modèles ? La santé publique découvre les dynamiques sociales, *D. Fassin, E. Jeannée*

Orientations

- Au chevet des ministères de la santé publique malades. Un agenda de réformes, *M. Jancoles*
- Les politiques de district de santé, *B. Dujardin*
- Les processus de table-ronde sectorielles dans la planification des systèmes de santé, *J. Perrot*

Coopérations

- Le discours de la coopération française en matière de santé depuis les indépendances, *B. Floury*
- Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger, *A.-M. Tidjani*
- Réflexions sur la coopération en santé, *A. Degrémont*

Expériences

- Participation ou mobilisation des populations ? Les soins de santé primaires au Burkina Faso de 1983 à 1991, *A. Soubelga*
- Pharmacies communautaires et comité de gestion. Une expérience de participation populaire au Rwanda, *D. Landreau*
- Gestion des hôpitaux. La mise en place d'un comité tripartite dans le sud du Sénégal, *I. Diallo, Y. Sow, I. Wone*

Lectures

Santé publique, BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot, 54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cédex, téléphone (16) 83 44 87 00

Le travail de prévention en milieu professionnel

Cet article a pour objectif de présenter la synthèse de différentes expériences de prévention en milieu professionnel menées sur le terrain en Seine Saint-Denis, en collaboration avec l'Inserm et les médecins du réseau départemental de structures d'accueil et de soins en alcoologie.

Le service formation alcoologie-toxicomanies-sida est issu de la collaboration entre l'Université Paris VIII, la Ddass du 93, les hôpitaux de Saint-Denis et le service départemental de prévention et de soins aux toxicomanes. La recherche pédagogique figure parmi ses priorités. Elle se concrétise au sein de formations individuelles, mais aussi au sein de formations organisées en milieu professionnel.

Les problèmes d'alcool dans l'entreprise

L'abord de la consommation d'alcool en milieu professionnel s'inscrit au sein de différents registres. Le plus important nous apparaît être celui de l'hygiène et de la sécurité dans l'entreprise elle-même. Il est caractérisé par des problèmes précis d'accidentalité liés à la conduite des machines ou des véhicules, des problèmes d'absentéisme, de maladie, des incidents... mais aussi par des modes de vie, des pratiques... propres à l'entreprise et à son personnel. Enfin certaines entreprises ou administrations ont pour mission d'intervenir directement auprès de

personnes en difficulté avec l'alcool. Ce qui implique, pour assurer la crédibilité de ces missions, une grande connaissance et une parfaite maîtrise du risque alcool.

Les questions liées à la consommation d'alcool sont le plus souvent abordées avec beaucoup de difficultés. Elles sont même rarement abordées en tant que telles, il y a peu de politiques globales, mais plutôt des décisions individuelles, qui, après une période de latence plus ou moins longue, sont traitées soit en termes disciplinaires, soit en terme d'invalidité, l'individu ayant d'ailleurs beaucoup de difficulté à s'y retrouver. C'est la situation économique actuelle qui fait qu'on ne va plus tolérer des gens qui vont rester comme on l'a vu pendant dix ans dans un statut incertain, « faisant du couloir » d'une affectation provisoire à une autre avant de trouver une affectation où on va les oublier jusqu'au prochain incident...

Lorsqu'il est saisi d'une demande de formation sur le problème d'alcool (il peut l'être par différents canaux : direction, médecine du travail, CHSCT) le service préconise un travail en deux, voire trois temps :

- constitution d'un groupe de travail réunissant les partenaires concernés ;

- démarche de sensibilisation s'adressant à l'ensemble du personnel sur les lieux et temps de travail ;

- pour les entreprises ou les administrations dont la mission consiste à intervenir auprès de personnes en difficulté avec l'alcool, il est organisé une formation spécifique afin d'améliorer le travail des personnels directement confrontés à cette mission.

Le groupe de travail

Ce groupe de travail est généralement issu du Comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Il regroupe donc les représentants de la direction, du personnel, les services médicaux et sociaux du travail. En s'appuyant sur les réalités humaines et sociales de l'entreprise, ce groupe doit avoir pour objectif de dresser un état des lieux et faire des propositions en vue d'améliorer les capacités internes de l'entreprise face aux problèmes d'alcool. Ceci passe par la définition d'un langage commun entre les différents partenaires sur les objectifs suivants :

- l'amélioration de l'offre de boissons au sein des services ;
- le traitement des incidents (détermination d'un protocole de suivi réglementaire et médico-social) ;
- l'accompagnement des agents en extrême difficulté ;

- la réintégration professionnelle des agents abstinents.

Cette étape de concertation au sein du CHSCT, ratifiée par les instances dirigeantes de l'entreprise est suivie d'une démarche de sensibilisation du personnel.

La sensibilisation du personnel

Cette démarche vise à travailler sur l'information et la reconnaissance par soi et pour soi des problèmes d'alcool. Les objectifs de cette formation sont de :

- disposer d'un minimum de connaissances sur l'intoxication éthylique, ses conséquences et les moyens d'y faire face ;
- connaître et pouvoir faire appel aux éléments du dispositif de prévention et de traitement sur le département.

Le personnel est réuni par petits groupes d'agents issus du même cadre hiérarchique sur les lieux et temps de travail. L'expérience a prouvé que s'il pouvait être intéressant de regrouper l'ensemble d'un atelier, tous niveaux hiérarchiques confondus, le chef entendant alors la même parole que son subordonné, les censures se mettaient rapidement en place avec un appauvrissement des échanges compte tenu des rapports hiérarchiques.

Un médecin, un ou deux anciens buveurs et un juriste apportent des éléments de connaissance sur :

- les consommations de boissons alcoolisées (c'est-à-dire de quantité d'alcool consommée, d'alcoolémie...) ;
- le repérage du sens des consommations, des signes d'un processus de dépendance (test d'abstinence de quelques jours) ;
- les possibilités de soins et d'accompagnement des personnes en difficulté ;
- l'engagement de la responsabilité de la personne qui boit.

La formation des personnes investies d'une mission d'autorité

À deux reprises, le service a été conduit à organiser la formation de personnes in-

vesties d'une mission d'autorité. Dans un cas il s'agissait pour des fonctionnaires d'organiser des actions de prévention, dans l'autre de contrôler des personnes en difficulté avec l'alcool.

Pour les fonctionnaires chargés d'organiser la prévention, le but de la formation était d'améliorer la relation entre les fonctionnaires et la population, notamment des jeunes dans le cadre d'une pratique de proximité. Deux objectifs ont été définis : acquérir des connaissances en matière de santé publique (description de populations, analyse des problèmes...) et acquérir des éléments pratiques en vue de répondre aux différentes situations rencontrées (aide au quotidien, relations avec d'autres partenaires...). Le travail a porté sur la perception de la santé, dans un premier temps à partir d'un questionnaire rempli par les participants en vue de mesurer leurs connaissances, suivi par la présentation de travaux issus de recherches sur ce thème. Différents types d'actions en fonction des groupes visés ont été présentés et analysés.

Pour les fonctionnaires chargés d'une mission de contrôle, afin d'améliorer l'abord des personnes en difficulté avec l'alcool, deux objectifs ont été retenus : disposer d'éléments permettant de maîtriser une communication en cas d'alcoolisation (en évitant la fuite, l'agressivité ou la manipulation) ; définir une position professionnelle permettant de faire des constats (sans entrer dans la chaîne causaliste), d'ouvrir éventuellement un dialogue et de répondre aux questions posées (les surprises de l'alcoolémie). Le travail s'effectue en relation avec un professionnel de la communication et comprend à la fois des apports théoriques et des exercices pédagogiques. Cette expérience est en cours.

Évaluation

Les actions présentées ont fait l'objet de différentes évaluations. Les résultats suivants méritent d'être retenus.

- Les actions sur l'ensemble d'une collectivité mobilisent environ 40 % des effectifs lorsque l'action ne présente pas

un caractère obligatoire. Lorsqu'il y a obligation décidée par la direction, la participation est alors de 70%.

- Les fonctionnaires chargés d'organiser des opérations de prévention ont en moyenne (avec néanmoins une assez grande variabilité), une bonne connaissance des problèmes qui se posent dans une population jeune. Il existe cependant une tendance à surestimer la fréquence des problèmes de drogue et de chômage, et à sous-estimer les problèmes d'alcool et d'accident. À cela s'ajoute une méconnaissance des situations personnelles des jeunes en difficulté (antécédents familiaux, signes précoces de malaise...).

- L'indice de satisfaction des participants, variable en fonction des attentes, est d'autant plus fort que les objectifs et l'environnement de la démarche de prévention ont été mieux préparés. De 20 à 30 % des stagiaires souhaitent généralement aller plus loin en matière de formation.

Le travail effectué jusqu'à ce jour comporte une importante dimension de recherche. Celle-ci se caractérise par le souci de concevoir et d'articuler les différentes interventions en fonction d'une stratégie cohérente. Les différents niveaux sur lesquels le service a travaillé (politique globale concernant l'alcool dans la collectivité en question), approche personnelle pour chacun des agents et démarche spécifique auprès des personnes investies d'une mission d'autorité, constituent une approche originale qui doit pouvoir être approfondie. ■

Ce texte reprend en la remaniant une communication faite lors de la première rencontre de l'association Alcoologie 93, qui s'est tenue à Saint-Denis le 15 décembre 1993.

Jean-Paul Thomas

Sociologue, service formation alcoologie-toxicomanies-sida, Ddass 93

Marie Choquet

Directeur de recherches, Inserm, unité U 169 *santé des adolescents*

La santé des **jeunes**

Sommaire

- | | | | |
|---------|---|-------|---|
| ■ II | Approche sociologique | ■ XX | Questions pour la prévention |
| ■ IV | Repères épidémiologiques | XX | Vécu de la santé |
| ■ X | Dispositif institutionnel | XXIX | Pour aller plus loin dans la prévention |
| ■ XVI | La protection sociale | ■ XXX | Tribune |
| ■ XVIII | Utilisation du système de soins par les jeunes | ■ XL | Bibliographie Adresses utiles |

La santé des jeunes est actuellement au centre des préoccupations. Non seulement des acteurs de santé, mais de la communauté toute entière. Pourtant, les mesures habituelles (taux de mortalité et morbidité) indiquent que leur état de santé n'a jamais été aussi bon. Mais le malaise ne se mesure pas seulement à travers le nombre d'hospitalisations, de malades ou de décès, bien que ces indicateurs nous éclairent sur la nature des problèmes de santé des adolescents (accidents, suicides, maternités précoces). D'autres critères concernant la santé psychologique ou sociale sont à élaborer comme la consommation de produits, les troubles des conduites alimentaires, la violence, l'absentéisme scolaire sans oublier les troubles ou conduites qui inquiètent peu les adultes mais qui peuvent être des signes de malaise (comme les troubles du sommeil).

On tentera d'abord à partir de diverses enquêtes sociologiques et épidémiologiques, de faire le point sur la santé des jeunes et de saisir les difficultés rencontrées... Des données brutes qui vont parfois à l'encontre des idées reçues qui guident les actions...

Il existe en France un dispositif complexe d'aides et de soins et souvent partiellement ignoré des jeunes, comme des adultes. En donner un aperçu complet et lisible a été notre objectif. Sans oublier le dispositif expérimental, riche, varié et ouvert à tous. Mais les jeunes utilisent-ils le système de soins ? La réponse est « oui, mais... »

Ensuite on abordera le vécu quotidien de la santé... qui ne s'avère pas être une préoccupation de la jeunesse ! Comment alors leur parler de santé et de prévention ?

La demande est forte, l'urgence presque de règle et, devant « tout ce qu'il y a à faire », les acteurs mettent en place des expériences...

Reste qu'en matière de santé des adolescents les acquis récents ont été formidables. Malgré cela, des questions restent en suspens. Dont une qui est centrale dans toutes les recherches et toutes les actions : existe-t-il une spécificité adolescente ? Cinq spécialistes tentent d'y apporter des éléments de réponse.

Ce dossier est un document de travail. Il met à disposition des lecteurs des informations, des réflexions, des expériences. Il n'a, en aucun cas, l'ambition d'apporter des solutions toutes faites.

Les jeunes en chiffres

- Les 15-24 ans sont 8 954 000
- 92 % des 15-19 ans sont étudiants, 2 % sont au chômage
- 43 % des 20-24 ans sont étudiants, 14 % sont au chômage

Source : M. Méron, Insee, 1995

Lexique

Adolescence

Période au cours de laquelle, sous l'effet de la maturation sexuelle dans ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, le sujet procède au remaniement de l'image de lui-même et des autres, et du système relationnel de son moi avec le milieu, jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité. (Haim A. 1970)

Début de l'adolescence, fin de l'adolescence

Elle débute approximativement à l'âge de 10 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. La fin de l'adolescence n'est pas clairement délimitée et varie en fonction de critères physiques, mentaux, affectifs, sociaux et culturels qui caractérisent l'adulte. (Daniel W. A. 1979).

Il existe une grande variabilité selon les sujets.

On parle actuellement de plusieurs périodes :
préadolescence (environ 10-15 ans),
adolescence (environ 16-19 ans),
postadolescence (environ 18-24 ans).

Puberté

Âge où les individus deviennent aptes à se reproduire. Dans le langage physiologique, série de phénomènes d'accroissement qui accompagnent la première maturation et chute d'ovule chez les filles, et la première production de spermatozoïdes chez les garçons. (Litré 1973-1974)

Santé

État de complet bien-être physique, mental et social. (OMS)

Approche **socio**

L'adolescence n'est pas une notion sociologique. Elle a en effet été « inventée » par les psychologues au début du xx^e siècle. Le critère d'entrée dans l'adolescence est d'ordre essentiellement physiologique et psychologique.

Ces notions n'ont rien de sociologique, car la sociologie découpe les âges de la vie autour des notions de statut et de rôle social. Dans cette optique, les changements de statut liés à l'âge et les seuils qui les manifestent ont une importance particulière. L'enfance se caractérise à la fois par son statut scolaire et son statut de dépendance familiale. La fin de cette période de la vie est sanctionnée par le franchissement de seuils tels que la fin de la scolarité, le début de la vie professionnelle, le départ de chez les parents, la formation d'un couple. Dans ce cadre, rien ne sépare vraiment l'enfance de l'adolescence.

Toutefois, la *figure 1* n'est évidemment qu'une représentation très approximative de la transition vers l'âge adulte. Elle néglige en particulier un fait capital : les décalages qui peuvent se produire dans le franchissement des principaux seuils, en particulier entre ceux qui relèvent de l'axe scolaire-professionnel et ceux qui relèvent de l'axe familial-matrimonial.

L'entrée dans la vie active

Les *figures 2* et *3* illustrent les décalages dans le franchissement des seuils. Ces décalages sont considérables, aussi bien lorsqu'on compare les seuils relevant du seul domaine familial ou du seul domaine professionnel, que lorsqu'on effectue cette comparaison entre le domaine familial et le domaine professionnel.

Dans le domaine familial, l'écart entre les âges médians* de départ de chez les parents et de formation d'un couple est de deux ans (un peu plus pour les garçons qui ont un calendrier plus tardif que celui des filles de près de deux ans).

Dans le domaine professionnel, les écarts sont encore plus importants. Pour les garçons : plus de deux ans et demi séparent l'âge médian de fin d'études de l'âge médian d'accès à l'emploi ; cet écart passe à quatre ans si l'on se réfère non à l'emploi en général mais à l'emploi stable. Pour les filles, l'écart concernant la fin d'étude et l'emploi est du même ordre que pour les garçons, mais en ce qui concerne l'accès

à l'emploi stable, il s'accroît encore pour passer à cinq ans.

Trouverait-on, dans cette période intermédiaire entre deux formes familiales (la famille d'origine en amont, la famille de procréation en aval), une définition sociologique de l'adolescence : l'âge d'une transition partielle vers l'âge adulte ? Soit que l'autonomie résidentielle soit associée au maintien d'une dépendance économique à l'égard de la famille (cas typique de l'étudiant ayant une « chambre en ville » ou résidant en cité universitaire) soit que l'indépendance économique acquise avec le début de la vie professionnelle se conjugue au maintien d'une résidence commune avec les parents (cas typique de la jeunesse populaire qui, avant la formation d'un couple, privilégie cette formule de cohabitation prolongée avec les parents). Ce serait cependant un abus de langage que d'assimiler ces situations, bien réelles, à une « adolescence sociologique ». Il est trop évident que les âges moyens auxquels elles correspondent sont bien plus tardifs que ceux de l'adolescence biologique pour qu'on puisse retenir le même terme.

Famille, école : la double émancipation

En réalité, si l'adolescence a une signification sociologique elle serait moins à chercher autour de la problématique des seuils qu'autour des transformations, en partie introduites par la maturation psychologique, dans les rapports entre jeunes et dans les rapports entre les jeunes et leurs parents.

Ces transformations pourraient se définir comme une double prise de distance à l'égard de l'univers familial et scolaire. Alors que l'enfant privilégie l'identification aux parents ou aux éducateurs et que sa sociabilité amicale demeure sous étroit contrôle de ces derniers, l'adolescence est l'âge d'une double émancipation : les valeurs et les références ne sont plus strictement puisées dans le stock familial et d'autre part le cercle des amis tend à s'autonomiser de l'encadrement scolaire tout en se tenant à distance du regard des parents ; sans compter bien entendu que cette sociabilité peut prendre assez rapidement, dans les rapports entre les individus des deux sexes, une connotation amoureuse.

Comme le montrent les *figures 2* et *3*, la

logique

figure 1 **Enfance et âge adulte**

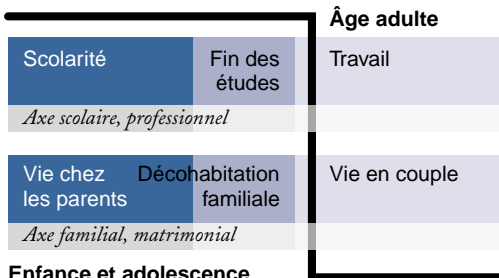


figure 2 **Filles et garçons ayant quitté leurs parents et vivant en couple selon l'âge** (en pourcentage)

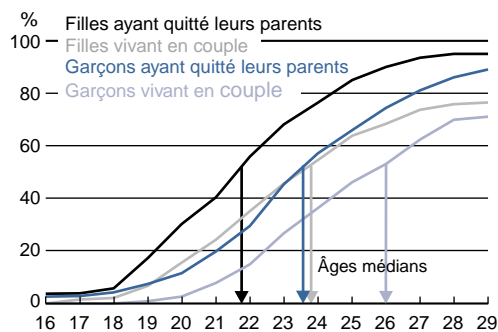
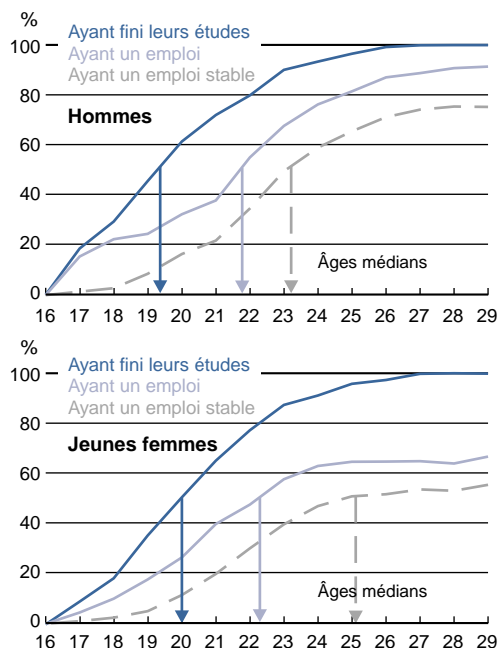


figure 3 **Calendrier d'entrée dans la vie professionnelle des hommes et des jeunes femmes selon l'âge** (en pourcentage)



combinaison des calendriers d'entrée dans la vie adulte s'organise de façon très différente chez les garçons et chez les filles. Les premiers connaissent un accès à l'emploi plus précoce que le départ de chez les parents (d'un an et demi si l'on se réfère à l'âge médian) ; par contre, l'âge médian de la décohabitation familiale correspond à celui de l'accès à l'emploi stable. Tout semble donc se passer pour les garçons comme si la stabilité professionnelle était la condition de l'indépendance résidentielle.

Cette condition professionnelle au départ de chez les parents ne s'applique pas aux filles dont la décohabitation familiale est plus précoce que tous les autres seuils, et en particulier que celui de l'accès à l'emploi stable. Les filles connaissent donc, après avoir quitté leurs parents, une période de la vie marquée à la fois par l'indépendance résidentielle et une certaine précarité économique. Si elles peuvent se permettre de conjuguer ainsi précarité et indépendance, c'est qu'elles forment, beaucoup plus tôt que les garçons, un couple qui leur assure sans doute une sécurité comparable à celle dont bénéficient ces derniers en demeurant chez leurs parents tant qu'ils n'ont pas un emploi stable.

Les modèles masculins et féminins d'entrée dans la vie adulte se dessinent donc bien : au modèle masculin fondé sur l'accès durable au travail comme condition de l'indépendance résidentielle et de la formation d'un couple, s'oppose le modèle féminin qui n'a pas encore perdu, malgré la transformation rapide des attitudes féminines, un de ses traits traditionnels : la formation d'un couple peut précéder, voire remplacer l'installation professionnelle, ce qui explique d'ailleurs sa plus grande précocité par rapport aux garçons.

Des comportements différents selon l'origine sociale

Les calendriers d'entrée dans la vie adulte diffèrent aussi selon l'origine sociale. Dans le domaine familial, les différences ne sont pas sensibles du point de vue de l'âge de départ de chez les parents : quelle que soit l'origine sociale, l'âge médian de départ se situe toujours autour de 23 ans. Les écarts entre origines se concentrent sur l'âge de formation des couples : celui-ci voit sa précocité décroître en fonction du classement

suivant des classes sociales : ouvriers (âge médian d'un peu plus de 24 ans), indépendants et classes moyennes (25 ans), classes supérieures (26 ans et demi). La période intermédiaire qui s'ouvre entre le départ de chez les parents et la formation d'une nouvelle unité familiale est donc d'autant plus longue que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale.

Les différences sont encore plus nettes lorsqu'on considère les calendriers professionnels. Sur le plan des études, les enfants de cadres supérieurs se distinguent nettement de toutes les autres classes sociales : âges médians de fin d'étude compris entre 19 et 20 ans pour les classes sociales « indépendants », « ouvriers » et « classes moyennes », âge médian de près de 23 ans pour les classes supérieures.

On retrouve, avec des écarts beaucoup moins élevés, cette même configuration pour les âges d'accès à l'emploi stable : autour de 24 ans pour le premier groupe d'origines, autour de 25 ans et demi pour les enfants de cadres supérieurs.

Ainsi, dans le domaine professionnel comme dans le domaine familial, l'ampleur de l'espace intermédiaire entre le statut « adolescent » et le statut « adulte » n'est pas indépendante de l'origine sociale mais le sens de la liaison est inversé : l'écart entre la fin des études et l'accès à l'emploi stable est d'autant plus marqué que l'origine sociale est basse. Si l'on se fonde sur l'âge médian, cet écart est de quatre ans et demi pour les enfants d'ouvriers, alors qu'il n'est que de deux ans pour les enfants de cadres supérieurs.

Ainsi, les classes supérieures associent le plus long espace intermédiaire entre la vie chez les parents et la fondation d'une nouvelle famille, et le plus court espace intermédiaire entre la fin des études et la stabilisation professionnelle, alors qu'il en va exactement à l'inverse pour les enfants d'ouvriers. Chez ces derniers, la longue phase de précarité qui suit la scolarité constitue manifestement un frein puissant à l'adoption de façons de vivre qui ne présentent pas la sécurité offerte par la cohabitation familiale.

* L'âge médian de départ de chez les parents (ou de formation d'un couple) est tel que la moitié de la population considérée n'a pas quitté ses parents (ou ne vit pas en couple) et l'autre moitié les a quittés (ou vit en couple).

Repères **épidémiologiques**

Que sait-on de la santé des jeunes ? Si les enquêtes réalisées montrent que globalement l'état de santé des jeunes est bon, on ne peut que déplorer la surmortalité des garçons de 13 à 25 ans liée aux accidents. Et nous étonner de la fréquence des troubles psychosomatiques dont surtout les jeunes femmes se plaignent.

Mortalité

Source ▶ Inserm, SC8
Haut Comité de la santé publique : *La santé en France*, Rapport général. La Documentation française, Paris, 1994.

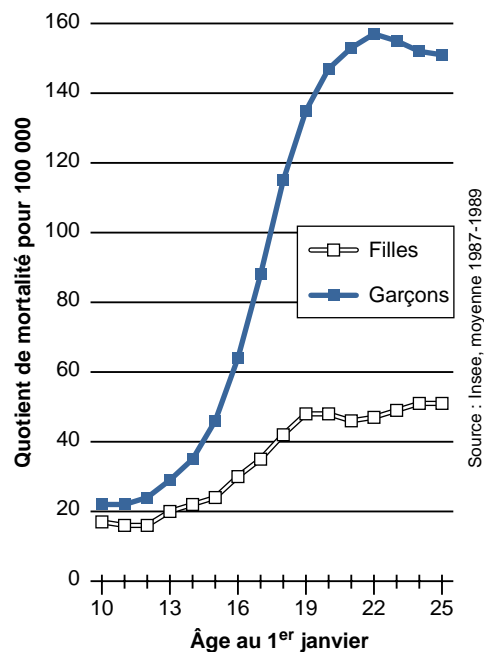
▶ En 1992, 6 085 décès d'adolescents (15-24 ans) ont été notifiés en France. Malgré une diminution depuis 1990 (le nombre de décès était alors de 6 545), la mortalité juvénile reste préoccupante, d'abord par sa fréquence (la mortalité prématurée est un enjeu de santé publique), ensuite par ses particularités.

▶ Ceux qui meurent trop jeunes... in : *Adolescence plurielle* (sous la direction de M. Choquet et C. Dressen), CFES, Paris, 1993.

Comme le montrent Janvrin et Bouvier-Colle, la répartition reste très inégale selon le sexe et l'âge. La probabilité de décès est trois fois plus élevée pour les garçons que pour les filles. Par ailleurs, si les taux de mortalité augmentent entre 13 et 22 ans, elle est multipliée par quatre pour les garçons, par deux pour les filles. La surmortalité masculine s'installe donc entre 13 et 25 ans.

Les causes de mortalité sont surtout accidentelles (donc évitables), le poids des maladies faible. En 1993, 73 % des décès masculins et 58 % des décès féminins sont de nature accidentelle. Loin derrière, viennent les tumeurs (6 % des décès masculins, 13 % des décès

Quotients de mortalité du décédé par sexe et par âge



féminins), les maladies de l'appareil circulatoire (2,8 % et 5,1 %) et les maladies du système nerveux et des sens (2,7 % et 4,3 %).

Parmi ces causes accidentelles, l'accident de la circulation vient en tête. En 1993, 2 413 jeunes sont morts sur la route dont 80 % de garçons, 20 % de filles. Le suicide est la deuxième cause de mortalité et 764 se sont donnés la mort entre 15 et 24 ans, dont 77 % de garçons, 23 % de filles. Alors que les accidents de la circulation ont régressé (les taux pour 100 000 habitants passant, parmi les garçons, de 51,8 % à 45,7 % et parmi les filles, de 13,1 % à 12 %) expliquant ainsi la décélération de la mortalité juvénile observée depuis plusieurs années, il n'en est pas de même du suicide, resté stable.

Morbidité

La morbidité peut être connue par les hospitalisations (« morbidité hospitalière »), les déclarations médicales (« morbidité diagnostiquée ») ou les déclarations des sujets (« morbidité ressentie »). En matière de santé des adolescents (15-24 ans), peu de données sont actuellement disponibles.

Morbidité hospitalière

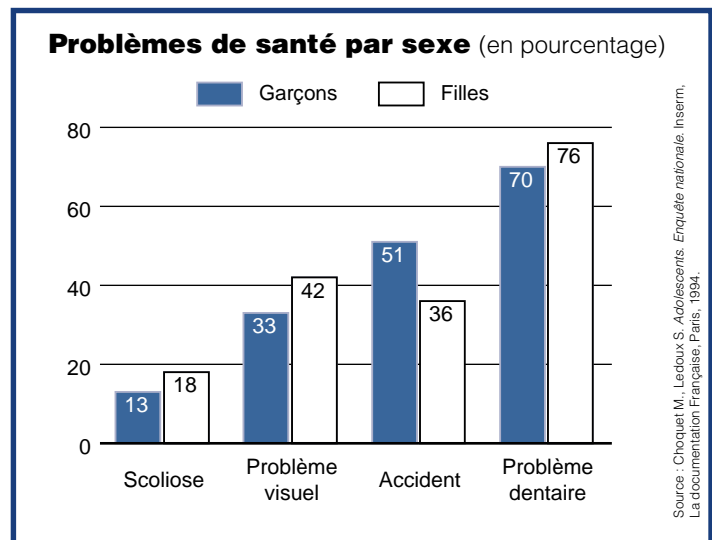
L'analyse de la morbidité hospitalière en Île-de-France (analyse des données de l'enquête Sesi) montre, en cohérence avec les données de mortalité, une prépondérance des lésions traumatiques et empoisonnements qui expliquent le tiers des hospitalisations entre 10 et 20 ans, et une surmorbidité traumatique des garçons. Mais, contrairement à la mortalité, la morbidité hospitalière concerne surtout les filles. D'abord, parce que la tentative de suicide est surtout le fait des adolescentes (trois suicidants sur quatre sont de sexe féminin) ainsi que les maladies de l'appareil digestif qui représentent entre 10 % et 12 % des hospitalisations. Ensuite, parce que les grossesses et les accouchements occupent une place de plus en plus importante et concernent 9 % des hospitalisations des 15-19 ans, 32 % des 20-24 ans.

Morbidité ressentie

Elle est constituée des troubles somatiques et des troubles psychologiques eux-mêmes

Nombre de personnes malades ou de cas de maladies dans une population donnée à un moment donné

► Morbidité



► La morbidité hospitalière en Île-de-France. Orsif/Sesi. 1989.

► Davidson F., Philippe A. *Suicide et tentative de suicide aujourd'hui*. Inserm, Doin, Paris, 1989.

► Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

décomposés en troubles psychosomatiques et troubles de l'humeur.

Certains troubles somatiques sont très fréquents, comme les troubles de la vue, des dents ou de la statique ainsi que les accidents. Ainsi, 73 % ont des problèmes de dents (soignés dans 94 % des cas), 38 % des 11-19 ans ont des problèmes de vue (corrigés dans 85 % des cas), 16 % une scoliose (confirmée par le médecin dans 87 % des cas) et 43 % ont été victimes d'un accident (10 % au moins trois fois). Les troubles visuels, dentaires et statiques sont plus fréquents parmi les filles, alors que les accidents sont plus typiques chez les garçons. Les jeunes qui souffrent de handicap physique ou d'une maladie chronique sont moins nombreux (9 % sans différence des sexes). Dans un tiers des cas, il s'agit de maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire (hypo ou hypertension, asthme, problèmes allergiques), un autre tiers

concerne les atteintes du système ostéo-articulaire (déformation de la colonne vertébrale, luxation, entorses à répétition).

Les troubles psychologiques comprennent d'abord les troubles psychosomatiques (céphalées, douleurs digestives, dorsalgies...), la fatigue et les perturbations du sommeil (au total, 13 % des garçons et 27 % des filles cumulent plusieurs des plaintes somatiques, proportion qui augmente sensiblement avec l'âge pour les filles seulement) et enfin les troubles de l'humeur (inquiétude, nervosité, déprime).

Les résultats de l'enquête décennale « Insee-

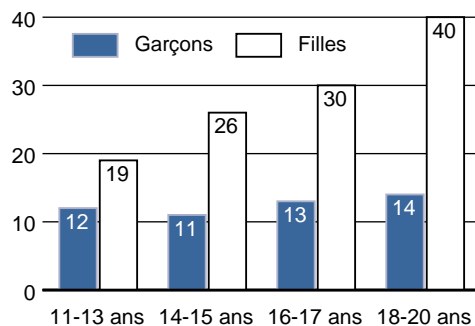
Troubles psychologiques des 11-19 ans par sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles
Plaintes somatiques		
Ont souvent mal à la tête	15	30
Ont souvent du mal à digérer	14	30
Ont souvent mal au dos	18	25
Se disent souvent « nerveux »	31	44
Ont souvent l'impression d'être fatigués	39	47
Se réveillent souvent la nuit	16	22
Font souvent des cauchemars	6	11
Troubles de l'humeur		
Sont souvent inquiets	27	41
Se disent souvent désespérés en pensant à l'avenir	18	26
Se disent souvent déprimés	10	23

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993.

Cumul des plaintes somatiques fréquentes par sexe et par âge

(en pourcentage)



Source : Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Inserm. La documentation Française, Paris, 1994.

« Credes-Sesi », dont seules les données concernant les 16-39 ans sont actuellement disponibles, corroborent ces résultats et mettent en évidence, dans ce groupe d'âge, l'importance des affections ophtalmologiques et dentaires, des maladies cardio-vasculaires avec, en premier lieu, l'hypertension, des maladies dermatologiques, de l'appareil digestif et les troubles mentaux et du sommeil.

Au total, à travers les données de mortalité et de morbidité, la composante psychosociale de la pathologie juvénile paraît évidente. Avec, toutefois, des spécificités des sexes, spécificités qui s'installent et s'accroissent durant l'adolescence...

► Cermet C. De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991 in : *Solidarité Santé*, n° 1, 1994 (37-56).

Jeunes en difficultés scolaires ou sociales, quelles spécificités ?

L'abandon précoce de la scolarité (et le chômage qui va souvent de pair) est souvent noté comme une des causes des troubles de santé des adolescents (toxicomanie, alcoolisme, troubles psychologiques). Toutefois peu d'études sont actuellement disponibles à leur propos.

Caractéristiques

Les jeunes CFI-Paque sont relativement âgés (21 ans en moyenne) et le dispositif intervient après une assez longue période de descolarisation (quatre ans et demi en moyenne), période restée souvent inactive ou seulement composée d'une succession de formations.

Ils cumulent les difficultés scolaires (redoublements, désinsertion avant 16 ans) et sociales (absence des parents, inactivité professionnelle du père ou de la mère, nationalité étrangère) : 25 % cumulent au moins trois facteurs défavorables (35 % des Paque contre 17 % des CFI).

La famille et les amis constituent pour la majorité, malgré des conditions de vie très difficiles, un point d'appui important (85 % ont au moins un ami, 75 % voient souvent leurs parents, 63 % sortent souvent avec des amis, 60 % vivent avec leurs parents). Les parents, même en grande difficulté, permettent probablement à bon nombre de jeunes d'éviter l'errance ou la « galère ». Mais on peut supposer que cet équilibre est extrêmement fragile et provisoire, vu l'âge des jeunes, la durée de leur insertion (qui s'accompagne d'un abandon progressif des activités d'intégration sociale, comme la pratique sportive, le fait de faire partie d'une association, de fréquenter des amis...) et leurs difficultés financières.

S'ils ne souffrent pas de handicaps importants, quelques soins élémentaires s'imposent : vaccination contre la rubéole et l'hépatite B, soins dentaires. En effet, 94 % ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B, 71 % des filles ne sont pas vaccinées contre la rubéole, 24 % des jeunes ont au moins quatre dents cariées, 10 % au moins quatre dents manquantes, 54 % des af-

CFI ◀ Contrat de formation individualisé
Paque ◀ Programme d'aide à la qualification
Source ◀ Choquet M., Iksil B. *Jeunes en insertion*, Inserm, 1995.

fections dentaires qui sont soignées (contre 94 % en milieu scolaire).

La prévention du sida est, de toute évidence, une priorité. En effet, parmi les jeunes sexuellement actifs (les trois-quarts le sont), 80 % n'utilisent pas le préservatif systématiquement, alors que 63 % changent de partenaire et que 7 % des garçons ont eu des relations homosexuelles. Toutefois, il convient de tenir compte de l'ensemble des facteurs sociaux, scolaires et personnels (en particulier, leur niveau de violences) qui permettent de mieux comprendre la désaffection des jeunes face aux conduites de prévention.

Troubles du comportement

Il a été possible de comparer des jeunes en désinsertion aux jeunes scolaires du même âge.

Les jeunes CFI-Paque (sans différence entre les deux types de populations) fument plus que les scolaires (53 % fument quotidiennement contre 32 % des scolaires), mais ne boivent pas plus de boissons alcooliques ou ne consomment pas plus de drogues illicites. À cause de la prépondérance des étrangers dans la population en désinsertion, on observe même moins de consommateurs d'alcool parmi ces derniers.

Par contre, un climat de violence les caractérise, qu'elle soit subie ou agie. En effet, 28 % (contre 15 % des scolaires) ont souvent des conduites violentes, 15 % (contre 8 % des scolaires) ont fait une tentative de suicide. À cela s'ajoute le fait que 10 % ont subi des violences

Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

sexuelles (contre 5 % en milieu scolaire). Les garçons en insertion sont cinq fois plus nombreux que les garçons scolarisés à avoir subi ce type de violence. Sur ces points, les jeunes CFI ne se différencient pas des jeunes Paque.

En conclusion, les jeunes Paque sont socialement et scolairement plus défavorisés que les jeunes CFI, différence qui ne se traduit pas dans les troubles des conduites. Or, les jeunes Paque font prioritairement l'objet des actions de prévention. Dès lors, on peut se demander si une assimilation ne s'est pas opérée entre difficultés sociales et troubles du comportement. Assimilation qui risque de nuire autant aux jeunes (elle modifie le regard social porté sur eux) qu'aux actions mises en place (qui ne vont pas nécessairement répondre aux besoins de ces populations).

La consommation d'alcool, de tabac et de drogue

Selon la définition de l'OMS, la « drogue » inclut, outre les drogues illicites, l'alcool et le tabac. Leur consommation constitue soit une transgression légale (en cas de drogues illicites), soit une transgression médicale (les méfaits du tabac et de l'alcool sont bien connus des adolescents qui les consomment), soit une transgression sociale (en particulier, l'alcoolisation des filles ou l'ivresse). Les consommations ont connu une importante évolution depuis une vingtaine d'années. Le tabagisme des garçons a diminué contrairement à celui des filles, en augmentation depuis 1971 (actuellement, elles fument autant que les garçons). L'usage régulier d'alcool, conduite fréquente parmi les adultes, a nettement régressé alors que son usage « toxicomaniaque » a connu une forte progression. L'expérimentation de la drogue illicite s'est accrue et atteint actuellement des âges relativement jeunes.

L'enquête auprès des adolescents, effectuée en 1993, indique :

- l'importance de la consommation de drogues parmi les 11-19 ans et la place prépondérante des produits licites (tabac, alcool) par

Jeunes scolaires et jeunes en contrat de formation individualisé (CFI-Paque), par sexe (en pourcentage)

	Garçons		Filles	
	Scolaires	CFI-Paque	Scolaires	CFI-Paque
Alcool ¹	40	26	12	14
Tabac ²	34	50	31	50
Drogue ³	19	11	8	8
Antécédents tentative de suicide	5	12	12	19
Ont subi des violences sexuelles	1	5	9	11
Conduites violentes régulières ⁴	19	48	11	31

¹ au moins deux fois par semaine vin, bière ou alcools forts ou trois ivresses et plus par an.

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ souvent se bagarrer, souvent crier, frapper ou casser quand en colère, racket.

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993. Enquête auprès de 3 000 jeunes CFI-Paque, Inserm, U 169 (Choquet, Iksil), 1993.

rapport aux produits illicites (haschisch, héroïne, cocaïne, etc.). Ainsi, 22 % fument (15 % tous les jours) ; 7 % boivent du vin, 54 % de la bière, 45 % des alcools forts (37 % boivent une de ces boissons au moins deux fois par semaine), 30 % ont été ivres (9 % au moins trois fois durant l'année), 15 % ont essayé au moins une des drogues illicites, le plus souvent du haschisch (5 % au moins dix fois).

- l'augmentation sensible des consommations avec l'âge et ceci quel que soit le produit. Cette augmentation est particulièrement sensible pour le tabac (garçons comme filles) et l'ivresse répétée (garçons).

- une conduite différentielle des sexes. Les garçons sont plus consommateurs d'alcool et de drogue que les filles, alors que les filles sont aussi nombreuses à fumer que les garçons, mais prennent moins d'alcool et de drogue.

Les préoccupations pondérales

Si la majorité des études montre une quasi-exclusivité des femmes parmi les malades boulimiques, les études en population générale nuancent cette différence des sexes en matière de conduites alimentaires. Ainsi, la différence ne se situe pas tant au niveau des fringales (29 % des garçons et 22 % des filles mangent « énormément en peu de temps ») qu'au niveau des stratégies du contrôle de poids (5 % des garçons contre 21 % des filles en ont au moins un), de la préoccupation marquée pour le poids et le corps (4 % des garçons contre 29 % des filles) et des sentiments de culpabilité qui succèdent la prise excessive de nourriture. Les filles sont six fois plus nombreuses à se sentir honteuses, huit fois plus nombreuses à se sentir déprimées après avoir trop mangé. Cette culpabilité peut en partie expliquer la consultation médicale pour ce type de pathologie. La différence entre les garçons et les filles, relativement faible à 13 ans pour tous les symptômes pris en considération, augmente très sensiblement jusqu'à 18 ans.

Par ailleurs, en matière d'habitudes alimentaires, on note que les filles s'alimentent moins régulièrement que les garçons et 15 % des filles

La consommation de produits parmi les adolescents par âge et sexe (en pourcentage)

	Alcool ¹	Tabac ²	Drogue ³	Ivresse ⁴
Garçons				
11-13 ans	4	2	2	1
14-15 ans	7	9	4	6
16-17 ans	15	19	9	17
18 ans et plus	22	34	19	33
Filles				
11-13 ans	1	1	1	1
14-15 ans	4	13	2	4
16-17 ans	3	24	6	10
18 ans et plus	5	31	8	9

¹ au moins deux fois par semaine vin, bière ou alcools forts.

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ trois fois ou plus dans l'année.

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993

contre 8 % des garçons ne prennent jamais de petit déjeuner, 19 % contre 11 % sautent souvent un repas, 15 % contre 4 % font et suivent souvent un régime.

De l'idée de suicide à la tentative

Selon les enquêtes Inserm, le taux d'idées suicidaires a peu évolué. En 1978, 22 % des lycéens et 38 % des lycéennes déclarent avoir pensé au suicide durant les douze derniers mois, respectivement 5 % et 16 % souvent. En 1993, 15 ans après, 23 % des lycéens et 35 % des lycéennes en déclarent, mais respectivement 8 % et 13 % souvent, indiquant ainsi que l'écart entre les sexes à tendance à se réduire... Quant aux collégiens, uniquement interrogés en 1993, 12 % des garçons et 22 % des filles ont pensé au suicide, 7 % et 9 % souvent. Pour les filles, on constate une augmentation sensible entre 14 et 16 ans, alors que pour les garçons, les proportions évoluent plus progressivement avec l'âge.

L'étude 1993 montre que 5 % des garçons et 8 % des filles ont fait au moins une tentative de suicide durant leur vie. Dans un cas sur cinq seulement, elle a donné lieu à une hospitalisa-

► Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

Source

Davidson F. & Choquet M., 1978, Choquet M. & Ledoux S., 1994.

tion. Le rapport *Idées de suicide/Tentative de suicide* évolue avec l'âge et le sexe. Pour les garçons ce rapport augmente entre 11 et 19 ans, pour les filles, il diminue, signifiant ainsi que le passage à l'acte suicidaire est plus « accessible » pour les filles que pour les garçons.

Les populations en grande difficulté scolaire ou socialement exclues (comme par exemple les prisonniers) ont plus souvent fait des tentatives de suicide et ont plus souvent une impulsivité suicidaire.

Santé urbaine, santé rurale ?

L'analyse de la mortalité et de la morbidité montre que la santé des adultes est plus médiocre pour les ruraux que pour les urbains. Qu'en est-il des jeunes générations ?

Parmi les problèmes de santé étudiés (troubles de la vue et des dents, maladies chroniques ou handicaps, accidents, scoliose), seuls les problèmes dentaires différencient les ruraux (qui en ont plus) des urbains. Dans l'ensemble, les écarts sont relativement faibles. Notons une légère surmorbidité accidentelle parmi les garçons vivant en ville.

La santé des adolescents, par sexe et lieu d'habitat (en pourcentage)

	Garçons			Filles		
	Ville	Banlieue	Campagne	Ville	Banlieue	Campagne
Problèmes dentaires	69	69	72	75	76	78
Problèmes visuels	34	34	32	42	43	43
Scoliose	15	12	13	19	17	19
Accidents/année	53	48	50	36	34	37
Maladie chronique ou handicap physique	10	9	9	8	8	9
Consommation régulière						
Alcool ¹	16	16	22	7	6	8
Tabac ²	14	13	17	16	15	15
Drogue ³	8	8	7	4	4	3
Antécédents TS	5	4	5	7	9	7
Ont subi des violences sexuelles	2	2	2	6	7	4
Conduites violentes régulières ⁴	26	31	28	13	18	13

¹ au moins deux fois par semaine vin, bière ou alcools forts ou trois ivresses et plus par an.

² consommation quotidienne.

³ au moins dix fois dans la vie.

⁴ souvent se bagarrer, souvent crier, frapper ou casser quand en colère, racket.

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993.

La consommation de produits licites est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : les ruraux s'alcoolisent plus (les deux sexes) et fument plus (garçons seulement), différences qui existaient déjà antérieurement, mais qui ont tendance à s'estomper.

Quant à la consommation des drogues illicites, il n'y a pas, en 1993, contrairement aux idées reçues, de différence entre la ville, la campagne et la banlieue. Une homogénéisation selon le lieu d'habitat s'est, en effet, opérée depuis 1978.

Des différences existent à propos de la violence, plus fréquente en banlieue qu'en ville ou à la campagne, surtout parmi les filles. Les conduites violentes comme les violences subies ou les tentatives de suicide sont concernées.

Au total, les ruraux, surtout les garçons, se caractérisent par une consommation de produits licites (alcool, tabac) ; les jeunes de banlieue, surtout les filles, par la violence (conduites, tentatives de suicide, victimes) ; les garçons vivant en milieu urbain par une plus grande accidentalité. Toutefois, au regard des différences observées par sexe et âge, les différences par lieu d'habitat sont tout compte fait mineures...

Idées suicidaires et tentatives de suicide

	Idées suicidaires (IS) ¹	Tentative suicide (TS) ¹	Rapport IS/TS
Garçons			
11-13 ans	16	6	2,7
14-15 ans	17	5	3,4
16-17 ans	22	4	5,5
18 ans et plus	25	5	5,0
CFI-Paque	28	12	2,3
Incarcérés ²	32	19	1,7
Filles			
11-13 ans	16	4	4,0
14-15 ans	29	8	3,6
16-17 ans	33	9	3,7
18 ans et plus	36	12	3,0
CFI-Paque	34	19	1,8

¹ en pourcentage

² tentative avant incarcération

Source : enquête nationale auprès de 12 000 adolescents scolarisés, Inserm, U 169 (Choquet, Ledoux), 1993



Le dispositif **institutionnel**

Il existe en France tout un dispositif d'aides et de soins auquel peuvent s'adresser les jeunes. Il s'agit d'une part des structures ouvertes à toute la population (hôpitaux, médecine libérale...), mais aussi des institutions destinées spécifiquement aux jeunes (santé scolaire, service d'aide téléphonique...).

L'hospitalisation

Le système hospitalier français régi par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 assure une mission de diagnostic et de soins dans les établissements publics de santé (environ 1 077) et dans les établissements de santé privés (environ 2 700).

Il dispense des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie. Par ailleurs, il assure des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion.

Selon les cas, en fonction de leur âge ou de leur pathologie, les adolescents peuvent être hospitalisés ou suivis en consultations :

- soit dans les services d'adultes : médecine générale ou médecine spécialisée (psychiatrie, cardiologie, gynécologie-obstétrique...);
- soit dans les services de pédiatrie : unités de grands enfants de pédiatrie générale ; unités de pédiatrie spécialisée (psychiatrie, cardiologie, endocrinologie, dermatologie, neurologie).

Ceci n'est pas sans poser problème, c'est pourquoi certains établissements hospitaliers ont pu créer des structures spécifiquement destinées aux adolescents.

La seule unité exclusivement réservée aux adolescents, ouverte en 1982 à l'hôpital Bicêtre par le Pr Courtecuisse, est actuellement dirigée par le Dr Alvin. Il s'agit d'une structure qui reste originale : réservée aux patients filles et garçons de 13 à 19 ans, l'unité d'hospitalisation de 20 lits (plus de 400 admissions par an, dix jours de séjour moyen) est étroitement couplée à une consultation externe spécifique (3 000 consultations par an). L'équipe soignante, pluridisciplinaire et spécialement entraînée, réunit pédiatres, infirmier(e)s, psychothérapeutes, gynécologues, assistantes sociales, animatrices, etc.

Hospitalisation

Une part importante de l'activité médicale concerne les adolescents porteurs de maladies chroniques, souvent sévères (épilepsie, pathologie hépatobiliaire et digestive, hémophilie et infection par le VIH, obésité, diabète, asthme, leucémies etc.). Ces pathologies représentent plus de la moitié des admissions. Sont accueillis

par ailleurs les tentatives de suicide, les troubles graves du comportement alimentaire : anorexies mentales, et certains problèmes somato-psychiques aigus.

Sont exclus du recrutement hospitalier les adolescents psychiatriques avérés (psychoses, névroses graves, états limites), les adolescents violents et les toxicomanes aux drogues dures.

Consultation

Exclusivement sur rendez-vous, l'activité externe répond à un très large éventail de demandes, de nature primaire (tout-venant extérieur), secondaire (patients adressés) ou tertiaire (patients relevant du CHU). La consultation de gynéco-endocrinologie est un atout apprécié. Enfin, les psychothérapeutes ne font jamais de consultation de première intention.

Principes de fonctionnement

Les adolescents réclament une compétence médicale intégrée qui sache traiter les maladies somatiques tout en abordant l'impact des modifications pubertaires et sexuelles, les difficultés émotionnelles, les crises familiales et les problèmes sociaux d'insertion. Les patients adolescents sont reconnus et accueillis comme individus à part entière et bénéficient du droit au secret médical. Néanmoins, un travail paral-

Services des hôpitaux de
Choelet, Saint-Malo,
Chambéry, Le Havre, St-
Germain-en-Laye, etc.

lèle nécessairement important est fourni auprès des parents et des familles. Enfin, le service utilise largement le travail en réseau avec les structures extra-hospitalières (médicales, socio-éducatives etc.).

Le service de médecine pour adolescents a largement contribué au développement de la recherche sur les adolescents. Mais il a su inspirer d'autres initiatives qui peuvent être encore expérimentales.

La médecine libérale et les centres de santé

Les jeunes ne représentent pas une partie numériquement importante de la clientèle des généralistes qui voient surtout des personnes âgées. Pour les filles, les gynécologues deviennent assez vite un interlocuteur privilégié. Les pédiatres, lorsqu'ils voient les adolescents, sont bien armés pour répondre à leur attente de santé globale.

Des initiatives nouvelles voient le jour, comme celle de ce médecin généraliste parisien, formé à la médecine d'adolescents dans le service de l'hôpital de Bicêtre et qui développe une consultation spécifique qui privilégie le relationnel, la médecine globale et la prise en compte de l'adolescent dans son environnement familial. La consultation d'adolescent doit lui garantir le secret même si ensuite il ne demande pas à l'utiliser.

Les centres de santé, anciennement appelés dispensaires, sont des structures agréées pour dispenser des soins médicaux, infirmiers ou dentaires aux assurés sociaux soit dans des centres polyvalents (548 centres) soit dans des unités séparées (350 cabinets dentaires).

Ils sont gérés pour la plupart par des municipalités, des mutuelles ou des associations de la loi de 1901. Ils remplissent une mission de médecine sociale sans but lucratif.

Ce sont des structures de proximité, ce qui facilite une bonne connaissance de la population environnante. Ils ont passé une convention avec la sécurité sociale qui permet leur fonctionnement en tiers payant. Les jeunes peuvent donc facilement y accéder d'un point de vue financier.

Les médecins

	France métropolitaine	Départements d'Outre-mer
Nombre de médecins	152 000	2 397
Médecins pour 100 000 habitants	269	164
Progression de l'effectif	+2,6 %	+6 %

Plus de la moitié des médecins (51,5 %) sont des généralistes mais les effectifs de spécialistes augmentent plus vite. Près de 70 % de l'ensemble des médecins exercent une activité libérale, que celle-ci soit exclusive ou associée à une pratique salariée, en particulier à l'hôpital. Les médecins libéraux sont relativement plus nombreux dans le Sud de la France, à Paris et dans sa proche banlieue, l'offre de soins est néanmoins correcte sur l'ensemble du territoire.

La convention de 1990 distingue :

- les médecins du secteur I qui doivent appliquer les tarifs conventionnels et dont les honoraires sont remboursés à 75 % par les régimes obligatoires de sécurité sociale.
- les médecins du secteur II qui peuvent pratiquer des honoraires différents toujours remboursés sur la base de 75 % du tarif conventionnel.

Le dispositif de soins en santé mentale

Ce dispositif s'est incontestablement étoffé et largement développé au cours de ces vingt dernières années. Des équipes spécialisées ont répondu à un besoin qui était jusque-là pour une part négligé, celui de la tranche d'âge 15/21 ans, pour laquelle les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile paraissaient trop inscrits dans des approches plus centrées sur l'enfant, et les secteurs de psychiatrie générale pour lesquels la prise en compte des troubles mentaux de l'adulte dépassait déjà largement les moyens affectés. Cette situation est d'autant plus dommageable que les équipes spécialisées sont rares, que chacun constate que de nombreux troubles mentaux patents apparaissent manifestement à l'adolescence (15-21 ans) et que le relais d'un traitement de l'enfance à l'âge adulte est un problème délicat. Ce partage entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale conserve une fonction mais ne doit pas, en ce qui concerne les adolescents en difficulté, conduire à un clivage. Rares sont les expériences, en particulier comme celles du XIII^e arrondissement de Paris, dans lesquelles les liens entre les équipes d'enfants et les équipes d'adultes sont particulièrement étudiés.

Par ailleurs, à la diversification par catégories d'âge, s'associe souvent une diversification par pathologies, en particulier en ce qui concerne les prestations proposées (voir ci-contre Bordeaux).

Une autre question concerne la diversification des activités selon le statut des jeunes. Ainsi, de nombreux lycéens et étudiants sont en difficulté. Leurs signes d'appel sont multiples, trompeurs. Les parents, comme les professionnels enseignants, éducateurs, intervenants médico-sociaux sont bien souvent désemparés face à ces manifestations, ne sachant démêler une crise passagère d'adolescence de la pathologie naissante.

Généralistes et pédiatres

Ils demeurent très fréquemment les premiers interlocuteurs consultés sur les problèmes de santé mentale des adolescents. Sur ce problème, leur formation doit être particulièrement privilégiée.

► Loi n° 85-1468 du
31 décembre 1985

Psychiatres, psychologues...

Les psychiatres, psychologues et autres professionnels spécialisés, d'exercice libéral, en relation souvent directe avec les précédents, sont généralement plus familiarisés à recevoir de grands adolescents (à partir de 16 ans) et des adultes que les plus jeunes adolescents. Dans ce groupe, il faut situer les psychothérapeutes et les psychanalystes, dont le statut n'a toujours pas été, en France, établi.

Centre médico-psychologique

La psychiatrie de service public, organisée en secteurs (812 secteurs de psychiatrie géné-

Évaluation globale à Sceaux

Une consultation originale ouvre ses portes à Sceaux (Dr Patrice Huerre, médecin-chef), dans le cadre de la Fondation santé des étudiants de France (soutien de la Fondation de France et encouragements de la Ddass) pour une année expérimentale dans l'espoir d'un financement ultérieur. Inscrite dans le réseau régional sanitaire, pédagogique et social, en complément des dispositifs extérieurs existant et en partenariat avec eux, elle propose une évaluation globale par psychiatre, psychologue, somaticien, travailleur social et enseignant permettant une orientation éventuelle mieux adaptée.

Accueil des suicidants à Bordeaux

Encore expérimental, le centre Abadie à Bordeaux (Dr Xavier Pommereau, psychiatre) accueille depuis deux ans les jeunes suicidants (15-34 ans) de la région Aquitaine et leur propose une prise en charge particulière et coordonnée s'attachant à assurer un suivi. Cette diversification trouve cependant ses limites dans la mesure où des troubles ciblés par pathologies coexistent entre eux, ou coexistent avec des troubles de santé mentale plus généraux.

rale, pour les sujets ayant un minimum de 16 ans) et en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (300 secteurs) répond aux missions et obligations réactualisées par la circulaire du 14 mars 1990. Ce système de soins sectorisé a une double spécificité : la gratuité des soins ambulatoires et la pluridisciplinarité des équipes, en particulier en ce qui concerne l'accueil des enfants et des adolescents. La répartition sur l'ensemble du territoire d'un accueil et de soins en santé mentale, ouverts à tous, exercés par des professionnels compétents et gratuits est quasiment unique au monde (seul, à notre connaissance, le Québec francophone s'en est inspiré). Il est néanmoins mal connu des Français. Le centre médico-psychologique (CMP) occupe, pour les adolescents, une place prépondérante, assurant une double fonction, comme le rappelle la circulaire du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents : « Accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs ». Le CMP constitue le pivot d'un dispositif de secteur, dans lequel d'autres structures de soins peuvent s'articuler (hôpital de jour, CATTP, placement familial etc.) et varient selon les endroits.

Services d'urgence

Dans le dispositif public, il faut signaler les services d'urgences des hôpitaux généraux qui accueillent, en particulier, les adolescents suicidants.

Centres médico-psycho-pédagogiques

À ce dispositif, il faut associer des structures et services dont la tutelle varie selon les endroits, mais qui participent à l'ensemble du dispositif médico-social et social concernant cette tranche d'âge. Il s'agit des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dont les liens avec l'éducation nationale sont privilégiés, mais pour lesquels il est recommandé une participation étroite à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé mentale. Il s'agit également des établissements médico-éducatifs prenant en charge des adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou d'inadaptation socioculturelle et les lieux de vie ou lieux d'accueil, structures d'accueil non traditionnelles permettant des séjours de rupture ou d'alternance.

Les centres et les établissements de planification familiale

Décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.

Décret n° 93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

◀ Ces deux types de structures ont des missions communes :

- l'accueil, l'information et l'orientation de la population en matière de maîtrise de la fécondité, sexualité, contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du sida ;
- la préparation à la vie de couple et à la vie parentale ;
- les entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse.

Les établissements d'information et de planification familiale

Ils sont financés par l'État et gérés par des associations. Ils assurent une mission d'accueil et de conseil en direction des personnes en situation difficile. Pour les jeunes, leur action se situe essentiellement dans le registre de l'information, par exemple dans les établissements scolaires. Récemment dans le cadre du vote des nouvelles mesures jeunes, le budget destiné à ces actions a été augmenté.

Par exemple :
◀ le planning familial

Les centres de planification familiale

Au nombre de 1 050, ils sont surtout situés dans les zones urbaines. Financés par les conseils généraux dans le cadre du dispositif de PMI, ils sont gérés soit par le département lui-même, soit par une municipalité, parfois par un établissement hospitalier ou bien par une association.

La clientèle de ces centres est majoritairement composée de jeunes, c'est pourquoi de plus en plus de centres sont ouverts à des plages horaires accessibles : le mercredi et le soir.

Certains centres organisent des séances d'information collective sur les problèmes de la sexualité et de la régulation des naissances. Si cette activité est proposée le plus souvent dans les centres eux-mêmes, des interventions sont également faites à la demande d'établissements scolaires, de maternités et très souvent, de jeunes qui sont à la fois les plus demandeurs et les plus directement concernés. Les sujets abordés sont la contraception, l'IVG, la naissance et les MST, dont le sida.

Mais les centres offrent en outre, gratuitement, des consultations médicales relatives à la contraception. La délivrance de contraceptifs se fait gratuitement pour les mineurs et les femmes non assurées sociales. C'est devant l'adéquation de la réponse apportée aux jeunes que l'extension des missions des centres de planification a été décidée.

Ils peuvent, dans le cadre de leur activité de prescription contraceptive, assurer le dépistage et le traitement de certaines maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent à titre gratuit et de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie.

La prévention

La santé scolaire

C'est l'axe fort de la prévention. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves a pour but de favoriser la réussite scolaire de l'enfant, en veillant à son équilibre et à son épanouissement.

Outre les bilans systématiques, tel le bilan au moment de l'entrée à l'école primaire et le bilan dit « d'orientation professionnelle » à la sortie du collège, le service de santé scolaire s'oriente actuellement vers des actions personnalisées menées à la demande de l'équipe éducative, des parents ou des élèves eux-mêmes et particulièrement tournées vers les publics prioritaires que sont les adolescents handicapés ou malades chroniques et les élèves en difficulté.

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves sait aussi répondre aux grandes actions nationales de santé publique, telle la vaccination de toute une classe d'âge contre l'hépatite B en classe de 6^e, actuellement en cours.

Les centres médico-sportifs

Agréés par les directions jeunesse et sports, ils sont généralement gérés par des municipalités ou des associations. Ils réalisent des bilans préventifs pour permettre la pratique du sport dans des conditions garantissant la santé par le sport et l'épanouissement de l'individu. Ceci est particulièrement important quand on reconnaît

La santé scolaire en chiffres

1 486	médecins
4 624	infirmiers
1 983	assistants sociaux
904	secrétaires médico-scolaires

L'accident de sport est la première cause de morbidité chez les jeunes

l'accident de sport comme première cause de morbidité chez les jeunes.

La médecine du travail

Un certain nombre de jeunes de 15 à 24 ans sont déjà dans le monde du travail et à ce titre ils bénéficient de la médecine du travail, médecine préventive obligatoire s'adressant aux salariés et dont l'organisation et le coût relèvent des entreprises.

Par une approche à la fois collective et individuelle, elle a pour objectif d'éviter toute altération de la santé du fait du travail (maladies professionnelles, maladies à caractère professionnel, accidents du travail).

Situations précaires

Ne dépendant souvent d'aucune des médecines préventives ci-dessus décrites, les jeunes en stage ou en contrat précaire qui sont souvent parmi les plus fragiles (problèmes sociaux, basse qualification) risquent d'être privés d'un bilan qui leur serait pourtant utile. C'est pourquoi certaines initiatives ont été prises telles les visites médicales des stagiaires de la formation professionnelle organisées depuis 1985 par le ministère de la Santé. Mais certains groupes restent encore à l'écart et doivent être pris en compte.

Les structures d'éducation pour la santé

Les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé sont des structures susceptibles de rassembler l'ensemble des partenaires concernés par l'éducation pour la santé. Ils sont aidés au niveau national par le Comité français d'éducation pour la santé.

• Niveau départemental

Les comités départementaux d'éducation pour la santé (CDES) (associations de type loi 1901), sont un lieu privilégié de rassemblement, de concertation, de coordination et d'action de l'ensemble des partenaires publics et privés concernés par l'éducation pour la santé dans le département (administrations, associations, élus, organismes de protection sociale...).

Ils réalisent des programmes d'éducation pour la santé, et des actions pilotes.

Ils sont un appui technique pour la réalisation de programmes locaux notamment lorsqu'ils sont proposés par des « usagers ».

Ils mettent en œuvre des actions d'information et/ou de formation en direction des personnels concourant à l'éducation pour la santé (en-

seignants, professionnels de santé, travailleurs sociaux...).

• Niveau régional

Les comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres), (associations de type loi 1901), peuvent se définir comme la réunion, d'une part des comités départementaux d'éducation pour la santé de la région, d'autre part des administrations ou institutions régionales (administrations, conseils régionaux, organismes régionaux de protection sociale, associations...).

Ils sont plus spécialement chargés de :

- l'organisation de sessions ou d'actions de formation et d'information régionales ou inter-régionales en matière d'éducation pour la santé ;
- la coordination et l'animation des campagnes ;
- l'échange et la diffusion de l'information en éducation pour la santé entre les comités départementaux et les autres partenaires.

• Niveau national

Au niveau national, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) est chargé :

- de favoriser les échanges entre comités (rencontres techniques, groupes de travail intercomités, bulletins intercomités) ;
- d'aider les comités régionaux et départementaux à développer leurs activités par une aide documentaire (matériels et documents) une réflexion méthodologique et une aide à la formation.
- d'animer le réseau des délégations inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps), créé en 1992 par regroupement de comités départementaux et régionaux qui a pour vocation essentielle la formation des acteurs locaux.

Une approche nouvelle :

les services

téléphoniques

Le système d'aide, d'écoute et d'orientation par téléphone s'est largement développé au cours de la dernière décennie.

Les plus classiques ont été les services du type « SOS amitiés » qui répondaient à tout

type de détresse, puis le service de « SOS suicide phénix » s'est spécialisé dans la réponse aux suicidants.

Plus récemment, le système a évolué en mettant à disposition des numéros verts dont l'appel est gratuit pour le demandeur. Thématiques tels : « Sida info service », ou « Drogue info service », ils reçoivent une petite proportion d'appels de jeunes.

Mais surtout « Fil santé jeunes » mis en service récemment et confié à l'École des parents et des éducateurs, permet des réponses adaptées à la tranche d'âge 13-25 ans, particulièrement dans le domaine de la santé dans son acception la plus large. Travaillant dans un souci de respect de chacun, il est proposé aux jeunes, à partir du collège, une écoute anonyme et gratuite,

des informations concrètes (suivies éventuellement d'orientations) dans différents domaines que sont : la santé (accès aux soins, prévention des conduites à risques : suicide et passage à l'acte, alcoolisme, toxicomanie licite et illicite, déviances, marginalités, violences, agressions subies ou agies, puberté, sexualité, contraception, prévention MST et sida, informations sur les maladies, les médicaments et les lieux de soins, vaccinations, hygiène, urgences), la psychologie (difficultés affectives et relationnelles, soutien psychologique, conflits (parents, professeurs, pairs, couple), angoisse, dépression, interrogations, incertitudes) mais aussi d'autres informations : couverture sociale (sécurité sociale, aide médicale...), mesures sociales (cartes jeunes, réductions, avantages...), prestations familiales, aide sociale..., hébergement, accueil, fugue, information sur la loi (respect de l'ordre public, racket, abus sexuels...), conseil en orientation scolaire et pré-professionnelle.

Ouverte tous les jours, de 8 heures à 24 heures, cette ligne a pour finalité de promouvoir la santé des jeunes et de contribuer à leur adaptation à une société en pleine mutation. Son action est à la fois globale et respectueuse de l'individu. ■

Si tu as mal à la vie,
ça fait du bien d'en parler

Fil santé jeunes

05 235 236

De 8 h à minuit

La protection sociale

Instituée en 1945, elle est fondée sur le travail (ce sont les salariés et les employeurs qui, par le biais de cotisations sociales, la financent). La Sécurité sociale a pour objectif de garantir la sécurité économique des personnes contre les risques sociaux : maladie, maternité, risques professionnels, vieillesse.

Au total, même s'il paraît ici complexe, le système d'assurance maladie-maternité permet à tous les jeunes d'être couverts, sous réserve de réaliser les démarches administratives demandées. Bien sûr les jeunes ont parfois besoin d'être accompagnés dans

ces démarches. C'est le rôle des permanences sociales dans certains lieux fréquentés par les jeunes : missions locales, points santé jeunes par exemple.

Il reste à souligner qu'en termes de protection sociale, une nouveauté va être prochainement instituée pour les 18-20 ans : bien que restant ayants droit de leurs parents en termes de cotisations sociales, ces jeunes majeurs seront affiliés sous leur propre numéro et auront un accès autonome au système de soins.

Lycée

Le lycéen ou étudiant de moins de 20 ans est rattaché à un assuré social (parent, grand-parent, ou toute autre personne qui en assume la charge) dont il est ayant droit. Les frais liés à la maladie ou la maternité lui seront remboursés. À la sortie du système scolaire, en l'absence d'une autre couverture sociale, les droits à remboursement seront maintenus pendant 12 mois. En cas d'arrêt des études pour cause de maladie, les droits sont maintenus jusqu'à 21 ans.

Université

Pour l'étudiant, jusqu'à 28 ans, en acquittant chaque année une cotisation (900 F en 1995) auprès d'une mutuelle étudiante (les boursiers en sont dispensés), les frais de maladie et de maternité sont remboursés par la sécurité sociale. Les conjoints ou concubins et/ou enfants peuvent être ayants droit. Les droits peuvent être maintenus pendant 12 mois à compter du 28^e anniversaire. Le travail régulier pendant les études (60 heures par mois durant toute l'année universitaire), permet l'affiliation à la sécurité sociale.

Service national

Au cours du service national, la prise en charge est automatique. Les soins sont gratuits pendant la durée du service national, ils sont dispensés par les services de santé des armées. Les ayants droit sont couverts, pour l'assurance maladie et maternité, pendant cette période. À la fin du service, les droits persistent pendant 12 mois.

Formation professionnelle

Rémunérée ou non par l'État, elle permet la couverture maladie-maternité pendant la formation (ainsi que pour les ayants droit) au titre du régime de sécurité sociale d'affiliation antérieure ou à défaut (pas d'affiliation antérieure) au régime général des salariés. À la fin de la formation professionnelle, en l'absence d'une autre couverture sociale, les droits à l'assurance maladie et maternité sont maintenus pendant 12 mois.

Les régimes de sécurité sociale

Le régime général est le principal régime de la sécurité sociale. Il couvre les salariés des entreprises industrielles et commerciales.

Mais il existe d'autres régimes : la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les salariés et exploitants agricoles, la Caisse nationale d'assurance maladie-

maternité des professions indépendantes (Canam) pour ceux qui exercent des professions indépendantes (commerçants, artisans, professions libérales). Les régimes spéciaux (SNCF, mineurs, militaires) sont cités pour mémoire.

Le régime étudiant permet à tous les élèves de l'enseignement supérieur de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité de 20 à 28 ans. Il est géré par les mutuelles étudiantes (Mnef, Smerep par exemple).

Sur demande expresse, l'assurance personnelle permet aux personnes qui ne dépendent d'aucun régime obligatoire,

de bénéficier d'une assurance maladie-maternité équivalente au régime général. Les cotisations sont calculées sur la base des ressources. Si elles sont insuffisantes, les cotisations seront prises en charge par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou par l'aide sociale.

Ces régimes obligatoires remboursent 70 à 80 % des dépenses engagées (selon les prestations).

Appelés couramment mutuelles, les régimes complémentaires, généralement facultatifs, permettent un meilleur remboursement (parfois à 100 % du tarif de responsabilité) des dépenses de santé.

Première activité

Avant 25 ans et en cas de première activité salariée, les frais de maladie et maternité seront remboursés, ainsi qu'aux ayants droit, pendant les trois premiers mois de la première activité salariée, sans aucune condition de durée de travail ou de montant de cotisation. Les trois mois suivants, il faut justifier d'au moins 60 heures de travail à la date des soins.

Travail salarié

Le salarié régulier, sous réserve de certaines conditions en terme d'heures de travail ou de cotisations versées, est couvert par l'assurance maladie-maternité. En cas d'accident du travail, aucune condition de durée de travail ou de cotisation n'est exigée.

Ressources insuffisantes

Pour bénéficier de l'aide médicale, il suffit de se domicilier auprès d'un organisme agréé : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou Centre communal d'action sociale (CCAS). En cas de ressources insuffisantes (assuré social ou non), sous certaines conditions le bénéfice de l'aide médicale est possible. Cette aide est attribuée par le conseil général ou par l'État, à condition de ne pas être pris en charge par le régime général, ou un autre régime, une mutuelle, ou un organisme d'assurance. Ceci se fait par recours à une assurance personnelle dont les cotisations seront prises en charge par le département à condition d'avoir entre 17 et 25 ans, de résider en France, de ne pas avoir des revenus supérieurs au plafond de ressources RMI. Mise en place par certains départements, la carte santé matérialise la prise en charge par l'aide médicale départementale et simplifie l'accès aux soins.

Primo demandeur d'emploi

Le jeune, primo demandeur d'emploi, de moins de 25 ans, doit justifier de ressources inférieures à celles exigées pour obtenir le RMI, les cotisations d'assurance personnelle sont alors prises en charge par l'aide médicale départementale.

En cas de chômage

- Si le chômeur est indemnisé, il y a couverture par l'assurance maladie-maternité, pour lui et ses ayants droit.
- S'il n'est plus indemnisé, pendant 12 mois le bénéfice de l'assurance maladie-maternité persiste. Après 12 mois, sous réserve de continuer à chercher un emploi (inscription à l'ANPE), le bénéfice de l'assurance maladie-maternité est de durée illimitée. En cas de radiation de l'ANPE, la couverture relève de l'assurance personnelle.



L'utilisation du système de soins par les adolescents

Les jeunes consultent les professionnels de la santé quatre à six fois par an. Leurs interlocuteurs préférés sont les médecins généralistes, les pédiatres, les gynécologues et les personnels des services de santé scolaire. La plainte de l'adolescent est souvent difficile à décoder, et la consultation pas toujours appropriée. Ceci entraîne peu de cohérence des réponses dans la prise en charge et une absence de suivi médical des jeunes en difficulté.

Contrairement aux idées reçues, la consommation de soins des jeunes n'est pas nulle, même si cette tranche d'âge est celle qui a le moins recours aux soins.

Les enquêtes (Marie Choquet, Inserm U 169) ont montré que parmi les scolaires, seulement un sur quinze n'a pas consulté pendant la dernière année. Les scolaires consultent plus que les jeunes de même âge sortis du système scolaire (stagiaires). Le professionnel le plus consulté est le médecin généraliste (75 % des scolaires et 64 % des stagiaires l'ont consulté au cours de l'année précédente). Mais les professionnels de santé que voit le jeune sont nombreux (dentiste, gynécologue, dermatologue, infirmière de santé scolaire, spécialiste psychologue) rendant le recours aux soins très fragmenté.

Les jeunes n'ignorent pas non plus l'hôpital et un sur deux a fait l'expérience d'une hospitalisation. Les services qui les accueillent sont divers : pédiatrie, chirurgie, médecine d'adultes et les circuits ne sont généralement pas pré-établis. Ceci ajoute au morcellement des soins, d'autant que les liens entre l'hôpital et les autres acteurs de santé sont rares, aboutissant à une absence de suivi.

Les jeunes qui ont des difficultés certaines consultent plus que les autres

Les jeunes qui ont des difficultés (dépressivité, idées suicidaires, expérimentation de drogues, comportements violents etc.) consultent plus que les autres.

Il s'agit essentiellement du médecin généraliste ou de l'infirmière scolaire. Les motifs de consultations se rapportent alors aux plaintes somatiques ou aux infections aiguës, et il importe que le professionnel ne réponde pas uniquement au symptôme mais décrypte la demande en terme de mal-être. En effet, si le jeune éprouvant des difficultés cherche de l'aide auprès des acteurs de santé, il le fait souvent auprès de professionnels divers et pas toujours de façon appropriée, mettant alors en lumière l'absence de cohérence des réponses.

On peut noter que certains professionnels, en particulier ceux du champ « psy » sont peu consultés : ainsi, 35 % des suicidants seulement ont rencontré un psychiatre ou un psychologue. L'image négative de la psychiatrie gêne les actions de prévention et de soins, de même que

le cloisonnement entre soins psychiatriques et somatiques.

Cette demande plus importante des jeunes en difficulté ne doit pas faire oublier qu'une proportion non négligeable de ceux qui présentent des troubles graves ne consultent pas : environ 10 % parmi les scolaires, et plus du double parmi les jeunes sortis du système scolaire.

Le vécu des jeunes face aux acteurs de santé

Le jeune souhaite trouver un professionnel qui exerce une médecine globale ; les médecins généralistes et les pédiatres répondent à cette définition. Ces derniers, s'ils sont assez rarement consultés, sont l'objet d'une grande satisfaction de la part des jeunes car ils donnent des consultations plus longues, permettent la discussion et l'échange, établissent une relation de confiance. En revanche, les spécialistes qui font une médecine d'organes ne sont pas appréciés au même niveau. Seuls les gynécologues qui s'intéressent à l'individu, échappent à cette critique.

La place que tiennent psychiatres et psychologues appelle des interrogations. En effet, si la demande est grande, la réponse n'est guère satisfaisante : les jeunes établissent difficilement une relation de confiance et le contact aboutit rarement à un suivi qui paraît pourtant nécessaire.

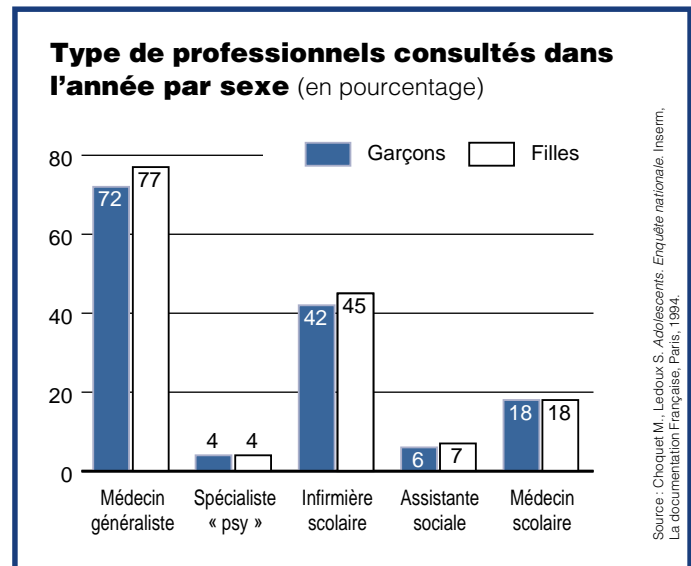
Le rôle du service de santé scolaire est majeur. Il fait partie intégrante de la vie de l'adolescent qui y a recours en première intention ; plus de la moitié des adolescents le connaissent, l'on utilise, parfois fréquemment. Les gros utilisateurs semblent appartenir aux populations qui ont le moins accès aux soins libéraux, l'interprétation est cependant difficile compte tenu de la disparité de couverture en matière de santé scolaire.

Les parents ont aussi une place centrale : ils sont les destinataires des premières plaintes, ils prennent les rendez-vous auprès des praticiens et accompagnent leurs enfants. Ceci n'est pas dommageable à la qualité des consultations, le degré de satisfaction étant plus élevé quand les jeunes consultent en présence de leurs parents (ceci surtout avant 18 ans). Cette remarque rejoint le choix préférentiel des jeunes pour le « médecin de famille » connu d'un membre de la famille et qu'il a déjà consulté lui-même.

► *Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation.* Inserm U 169, ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Rapport 1991.

L'hospitalisation est souvent un moment pénible. Les adolescents reconnaissent la compétence de l'hôpital, mais c'est une rupture dans la vie sociale et relationnelle, d'autant plus ressentie qu'elle s'adresse à des jeunes plus vulnérables : adolescente enceinte, adolescent ayant un problème de santé mentale. Ces derniers dont le séjour est plus long et plus pénible, se sentent moins bien informés que l'ensemble des hospitalisés. L'hospitalisation est vécue comme un moment entre parenthèses, les jeunes ont peu de liens avec l'extérieur, ils reçoivent des visites de leurs parents, pas toujours de leurs amis. La continuité des soins avec le médecin de ville n'est pas systématiquement assurée, sauf pour les jeunes hospitalisés pour maladie chronique.

Ainsi, le jeune connaît le système de soins dans ses aspects préventifs (santé scolaire, centre de planification familiale), dans ses aspects curatifs (médecine libérale essentiellement effectuée par le généraliste) mais aussi les spécialistes (gynécologue, dermatologue, dentiste). Il l'utilise, comme le montrent les enquêtes (de 4 à 6 consultations par an selon l'ensemble des professionnels considérés) mais de façon morcelée et pas toujours appropriée, révélant ainsi les difficultés des acteurs à décoder la demande derrière le symptôme, le manque de cohérence des réponses dans la prise en charge, ce qui aboutit à l'absence de suivi médical des adolescents souffrants. ■





Questions pour **la prévention**

Faire de la prévention auprès des jeunes n'est pas chose simple. D'abord parce que la santé n'est pas une préoccupation de la jeunesse. Ensuite les actions de prévention doivent reposer sur l'écoute et la confiance. Enfin pour être cohérentes elles doivent s'inscrire dans un travail d'équipe.

On ne peut parler d'élaboration de projets de prévention ni de conduite d'actions de santé sans évoquer la consultation, le partenariat, la participation, la synergie, bref le réseau. Ces ingrédients fortement de mise chez les professionnels de santé publique, sont plus largement invoqués et requis dans les multiples champs du sanitaire comme du social. Mais la démarche communautaire ne va pas de soi et l'invocation ne suffit pas. Le succès de l'exercice réside dans la capacité à dépasser le simple alibi, celle de nourrir un engagement et construire une relation de solidarité, ferment indispensable des objectifs et des enjeux.

À la lecture des multiples dossiers adressés à la Fondation de France, projets pour lesquels son appui logistique et financier est sollicité, force est de constater que, si l'engagement de chacun est souvent exemplaire, l'expérience des uns ne sert que trop rarement celle des autres. Dans ce domaine comme dans bien d'autres, la valorisation et la capitalisation des initiatives servent non seulement à fonder et maintenir l'implication de leurs promoteurs et des populations auxquelles elles s'adressent, mais aussi à en légitimer et généraliser les enseignements.

Les témoignages des professionnels que nous avons sollicités (cf. encadrés), de formations et d'horizons divers s'accordent sur l'es-

sentiel : dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres, s'adresser aux jeunes c'est avant tout leur donner la parole et faire naître leur demande, c'est aussi se donner d'autres espaces d'expression et d'action que ceux qu'imposent parfois arbitrairement les découpages institutionnels.

Le vécu de la santé

Parler de la santé, connaître sa santé, n'est pas une affaire de spécialistes : à partir de son histoire, son langage, ses repères culturels, chacun construit ses représentations de la santé, définit ses critères et décide par soi-même de la nécessité d'un recours. Pour des jeunes encore gênés par leurs difficultés à s'exprimer, « dire » la santé est plus complexe que la ressentir. Conserver sa santé implique la certitude du bien-fondé de mesures de prévention, toujours contraignantes. Ainsi, il est normal que ces attitudes appellent une vigilance particulière de la part de ceux qui entourent les jeunes.

La santé n'est pas une préoccupation de la jeunesse, ou alors elle ne peut être que bonne

et due. Il est donc normal que le discours des jeunes sur les exigences de santé soit pauvre et que cette tranche d'âge ne fasse pas grand cas de ce que ses aînés appellent les bons comportements de santé. Avec l'exubérante vitalité de leur âge, les jeunes interprètent avec quelque méfiance les mises en garde de ceux qui leur paraissent usés, désabusés, parfois même détériorés dans leur corps ou leur psychisme par des essais et erreurs de bonnes pratiques de santé.

Face à la santé : désinvolture et angoisse

Vienne un accident ou un problème aigu de santé pour un proche et les jeunes plongent avec une angoisse déstabilisante, voire inhibitrice d'attitudes saines, dans un système de protection dérisoire. Ils disent ne pas craindre le danger mais ils ont peur du cancer, de la maladie grave, inconnue, inexplicable, en

un mot, qu'ils ne savent prononcer, de la mort. Si face à certaines menaces ils haussent facilement les épaules, la moindre douleur à la tête, à l'aîne, le moindre ganglion, la moindre perte de sensibilité leur font redouter le pire. Discordance entre ce qu'ils disent de la santé et comment ils la vivent... Ils viennent parfois consulter en urgence pour un symptôme mineur et ce n'est qu'après un long travail d'écoute pour aller au delà des mots initiaux, d'appropriation de l'esprit et du corps que l'entretien se termine parfois par un signe élémentaire de leurs souffrances : « un ami proche vient de mourir... », « ma mère boit... », « je ne sais pas où dormir ce soir... ». L'expression de symptômes est, en quelque sorte, le médiateur le plus neutre de leur angoisse à vivre, une voie de communication possible entre une situation d'attente à la fois désespérée et indicible, et l'accueil du groupe social dont ils se sont exclus.

Ce que des adultes appellent troubles du comportement alimentaire, dépendance vis-à-vis de produits toxiques, mauvaise hygiène de

► Virginie Halley des Fontaines et J.M Alby. « Écouter l'adolescence ». Médecine de l'homme, 1985/11-12 : n° 160, p. 4-6.

Virginie Halley des Fontaines. « Consultations sans frontière : l'accueil des jeunes en polyclinique ». Journées de neuropsychiatrie de l'hôpital Trousseau. Paris : mars 1990.

► Marie Llamedo et Virginie Halley des Fontaines. « La santé des jeunes en difficulté ». *Sauvegarde de l'enfance*, n° 3, 1988, p. 241-246.

Aquitaine

Les apports de la démarche de planification en santé mentale aux problèmes de l'adolescence

C'est à partir de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins en psychiatrie dans la région Aquitaine que la question de la prise en compte spécifique de la souffrance psychique des adolescents s'est imposée à l'esprit des planificateurs. Et cela à partir d'un double constat :

- L'adolescence n'est pas prise en compte de façon adaptée dans le dispositif institutionnel classiquement organisé autour des services de pédiatrie, de pédopsychiatrie et des services pour les adultes.
- Le champ des besoins de santé des adolescents auquel il nous appartient de répondre est vaste : il échappe pour partie à la nosographie médicale classique, et pose la question de la définition du normal et du pathologique, en particulier dans l'approche des comportements psychosociaux. Les modes de réponses sont multiples, qu'il s'agisse d'adapter le suivi d'un enfant malade qui devient adolescent,

d'initier un processus de soins au long cours qui se poursuive pendant la vie adulte, ou d'intervenir pour une difficulté liée à cette période charnière et particulière qu'est l'adolescence, prévenant ainsi la survenue de suites délétères (exclusion, chronicisation, suicide...).

La démarche ne fera pas l'économie d'une réflexion sur la nécessité de structures adaptées qui, au-delà de la mise en œuvre d'un projet thérapeutique conforme aux besoins et attentes des adolescents, devrait offrir un potentiel de formation indispensable au développement des compétences et des responsabilités professionnelles. Grâce à une mobilisation commune des moyens, des équipes « adulte » et « infanto-juvénile » et à partir d'une réflexion sur le terrain, des recommandations pourraient aussi concerner la mise en œuvre de prestations spécifiques, des consultations pour adolescents notamment.

La prévention dans ce domaine ne peut être compartimentée et ne peut être la succession d'actes ponctuels sur des thèmes précis. Elle doit offrir une capacité de réponse aux besoins des adolescents, proposée par leur environnement et en particulier par chacun des adultes. S'impose alors la nécessité de créer et de faire vivre en réseau des professionnels aux compétences, fonctions et places multiples. Cette variété d'approches et de regards est productive et profitable aux adolescents eux-mêmes. La garantie d'inscription dans la durée de toute démarche préventive n'est qu'au prix de cet engagement. La démarche de planification en santé mentale parviendra ainsi à rendre incontournable le travail en réseau des différents interlocuteurs des adolescents. Peut-être alors, apportera-t-elle une réponse cohérente et adaptée, inscrivant l'offre de soins dans la continuité d'une démarche de prévention globale.

Valence

Promotion de la santé au niveau d'une ville

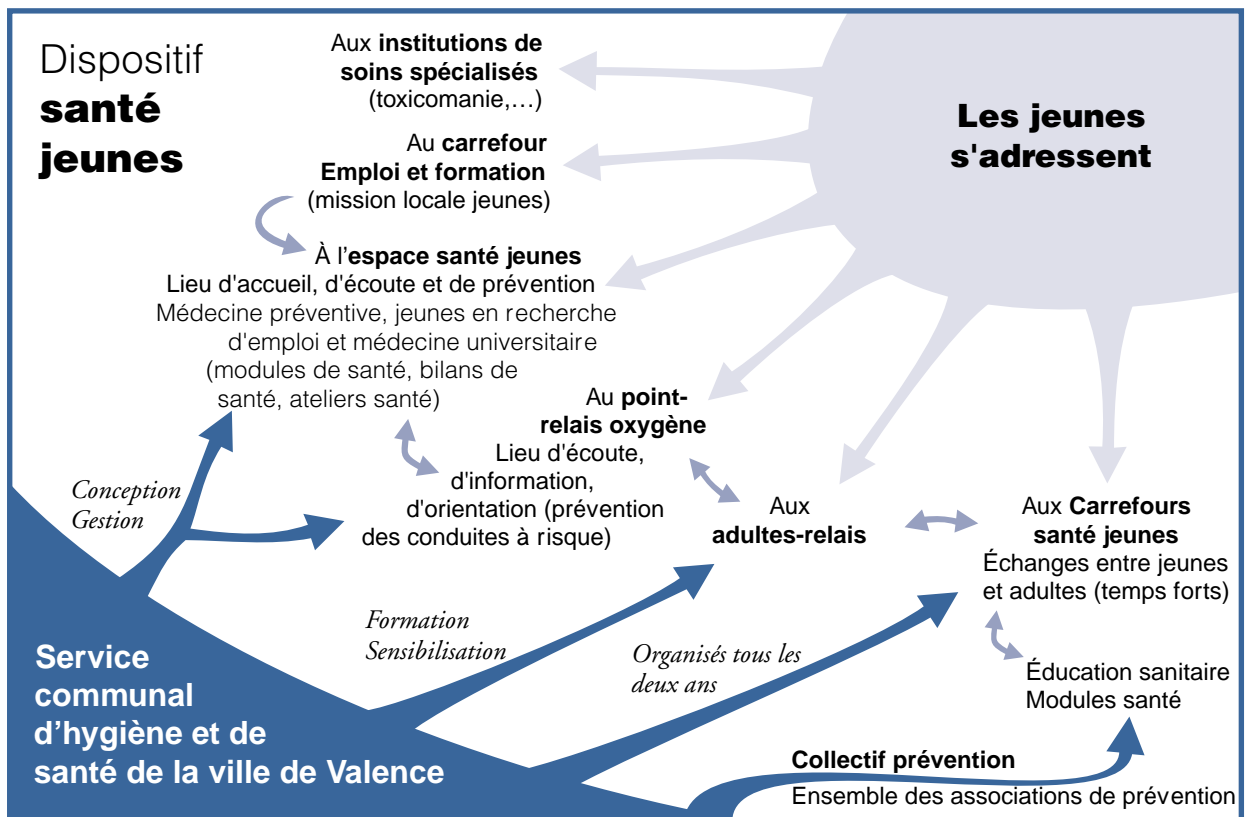
À Valence, la prévention auprès des jeunes est un travail partenarial s'appuyant sur un réseau d'acteurs de terrain. Dans le domaine de la santé des jeunes, le Collectif prévention réunit l'ensemble des associations et organismes œuvrant dans le domaine de l'éducation sanitaire, collectif coordonné par le Service communal d'hygiène et de santé. L'Éducation nationale, au travers du Centre départemental de documentation pédagogique, et la Mission locale pour l'emploi des jeunes sont les partenaires qui ont plus particulièrement guidé ce travail. Leurs actions se traduisent par des temps forts où les jeunes s'impliquent

volontiers (Carrefours santé jeunes, Nuit du cinéma, Théâtre forum...), mais aussi, par des actions de terrain inscrites dans leur vie quotidienne.

Le point relais oxygène

La politique « Prévention des toxicomanies », développée au sein du Conseil communal de prévention de la délinquance a donné l'occasion d'étoffer ce réseau de partenaires de terrain et de disposer ainsi d'un véritable facteur démultiplicateur dans les lieux de vie des jeunes. La formation d'adultes relais a permis depuis 1987 de constituer un

nouveau collectif de 250 personnes motivées et engagées dans l'écoute, le dialogue et l'orientation de ces adolescents, mais aussi dans toute action d'éducation à la santé et de prévention des comportements à risque. Se retrouvent, parmi ces adultes relais, des bénévoles et des professionnels d'horizons très variés, (infirmières scolaires, animateurs de quartier, assistantes sociales, magistrats, médecins, pharmaciens, enseignants et policiers...). Ce réseau s'articule autour du *Point relais oxygène*, lieu d'accueil et d'écoute pour les jeunes et parents en difficulté, animé par des psychologues jouant un rôle de relais et de



soutien technique pour les professionnels.

Inauguré en novembre 1993, c'est un service de médecine préventive pour jeunes en difficulté qui fait aussi office de médecine universitaire pour les 4 800 étudiants de Valence. Permettre à des publics *a priori* différents de se rencontrer dans un même lieu de prévention dans un souci de solidarité et d'intégration était un véritable pari.

L'Espace santé jeunes

Après un an de fonctionnement, 1 200 jeunes (700 jeunes en recherche d'emploi et 500 étudiants) ont franchi la porte de l'*Espace santé jeunes* qui développe en dehors des bilans de santé, des modules ou ateliers sur le thème de la santé. Un atelier associant ces différentes catégories de jeunes s'est donné pour objectif l'élaboration d'un *Guide santé jeunes*.

Ainsi, au delà d'entrées thématiques (sida, toxicomanies, nutrition, santé au travail...), chacun s'accorde à développer auprès des jeunes des actions de prévention, dans une approche plus globale de la santé, à l'écoute de leur mal-être et de leurs difficultés, mais aussi à la découverte de leurs potentialités et de leurs capacités, dans la perspective d'aider ces jeunes à retrouver le cap de la santé et le sens de la vie.

Qu'elle soit initiée au sein du Conseil communal de prévention de la délinquance, des carrefours emploi formation ou du Collectif prévention, la promotion de la santé des adolescents est imprégnée d'un souci de globalité et de transversalité, dans l'échange, le partage et la communication.

vie n'est pas perçue par eux comme des risques pour le maintien de leur santé, l'abstraction devenant encore plus forte quand on aborde le concept de santé mentale. La pression de l'environnement physique et social peut s'exercer longtemps contre eux avant que l'on entende le fameux « ça me prend la tête », que l'on observe le premier signe de détresse, la première plainte, rarement explicite, le plus souvent travestie, une fugue, l'essai d'un produit toxique, des manifestations inhabituelles de violence. Cet état peut se chroniciser vers l'inhibition, la prostration, l'isolement, ou au contraire l'agitation, les conduites aberrantes ou paradoxales. Mais le jeune n'est, le plus souvent, pas conscient de la dégradation de son psychisme.

L'appel au « psy » : une reddition

Quand il dit « ne pas aller dans sa tête », c'est qu'il se sent coupable de ne pas s'adapter aux menaces extérieures. Cet aveu est un véritable signe de détresse : mais où est donc le moi invincible de celui qui construit sa vie ? Le recours au spécialiste, au « psy », considéré comme inévitable, fait l'objet d'une longue négociation tant cet appel à l'aide est perçu comme une reddition. Dans certains cas, l'accroche affective sera introduite dans la demande en raison de cette dépendance qui rappelle l'enfance proche.

La santé des jeunes est indissociable de la pression exercée par le groupe de pairs, souvent identifié comme étant à l'origine de tous les maux. Ce groupe serait l'instigateur de la première cigarette, de la première surconsommation d'alcool... Faudrait-il pour autant prôner la limitation de la vie sociale à l'adolescence, solution certes radicale pour éviter ces assignations de conduites mais assez difficilement réalisable au plan pratique ? Et ce serait de toute façon aller radicalement contre les mécanismes de la construction psychologique des adolescents qui se fait pour partie dans l'échange avec d'autres et par l'infraction des interdits. Il s'agit alors de relativiser les effets de ce groupe dans ce qu'ils auraient d'exclusivement mauvais pour le jeune, et de mieux comprendre ce qui est en jeu dans cette fusion au sein des habitudes groupales.

En fait le groupe de pairs n'est ni bon, ni mauvais, car certains comportements adolescents considérés comme mauvais pour la bonne

► Daniel Marcelli et Alain Braconnier.
Psychopathologie de l'adolescent. Paris : Masson, 1992.

santé ne sont en rien propres à ces tranches d'âges et ne sont que la reproduction de pratiques devenues banales dans la vie publique. Les risques couramment dénoncés – accidents, usage de toxiques, violences – ne sont pas le privilège des groupes d'adolescents, pas plus qu'à l'opposé l'établissement de normes en matière d'hygiène et de prévention des infections, les engouements pour le jogging ou pour l'hydratation permanente avec l'indispensable

François Chobeaux. *On est des Courtilles. Recherche sur l'identité collective d'un groupe de jeunes marginaux.* Dactylographié. EHESS, Paris : 1993.

bouteille d'eau minérale. Si le groupe exerce une action particulière et repérable, c'est simplement dans un renforcement de l'étayage de pratiques responsables ou de l'accentuation de vulnérabilités individuelles.

L'intérêt du groupe dans le développement de la personnalité est cependant à relativiser quand celui-ci devient non plus seulement un support au développement personnel, mais un substitut sous forme d'identité collective compensant la recherche d'un équilibre psychologique défaillant. L'identité de chacun n'existe plus alors qu'au sein du groupe, qui devient de plus en plus enfermant dans un illusoire cocon protecteur et où des dérives en tout genre peuvent se développer sans trouver d'oppositions chez des personnalités dominées.

Mais que ce groupe soit porteur d'émancipation ou qu'il soit pathogène reste une discussion d'ordre théorique. La réalité de son rôle dans le devenir d'un adolescent qui établit ainsi ses repères est tel que les éducateurs et les acteurs de prévention doivent obligatoirement le prendre en compte dans une démarche d'éducation à la santé.

Les attentes des jeunes

Les attentes directes, primaires, des jeunes en matière de prévention et de sensibilisation à la santé sont très liées aux discours qui circulent et aux pratiques d'information qui sont développées dans leur environnement. Cette réalité doit également être prise en compte dans la conception et le contenu d'interventions. Banaux reproducteurs de principes entendus autour d'eux, ils sont fortement demandeurs d'informations, justifiant ainsi l'avalanche de données qui leur sont assénées souvent sans discrimination qualitative ni réflexion préalable portant sur l'authenticité de la demande qu'il s'agit de satisfaire. Cette importante stéréotypie de la demande amenant des réponses basées sur une illusion de réalité profonde se retrouve également dans ce qu'ils disent attendre de campagnes de prévention adaptées à leurs comportements. Ils sont souvent demandeurs de démarches dures faisant appel à l'émotion, et estiment que les démarches et les campagnes centrées sur la mise en responsabilité et l'appel à intelligence des personnes sont trop euphémisées pour avoir un impact sur eux. Cette attitude est régulièrement repérable dans

Les adolescents face à l'interdit de la drogue

La prévention a pour but d'empêcher les jeunes de se droguer. Pour ce faire, elle s'appuie sur une représentation mentale de cet acte, telle qu'elle devrait dissuader les jeunes de passer par l'éprouvé de l'expérience. « La drogue est dangereuse » devrait détourner de la drogue. Associer de surcroît le danger à l'interdiction rendrait la conduite doublement dangereuse. C'est ainsi qu'il serait dangereux – voire fatal – de transgresser un interdit.

Ce type de représentation a son efficacité pour la majorité. On pourrait en conclure que la prévention « ça marche » si ce n'est que la minorité consommatrice qui nous préoccupe y semble étanche.

D'une manière générale, on peut dire que l'intégration de la loi passe par plusieurs étapes entre moins de 15 ans et 19 ans. À moins de 15 ans l'interdit invoqué est celui du discours parental ; en grandissant les interdits se modifient (religieux-islam/alcool, sportif/tabac).

L'interdit de la drogue, tel qu'il est posé par la loi, est reçu comme un interdit fondamental et de ce fait, semble énigmatique : superposition et confusion des dangers (notamment pour le cannabis), quand il n'est pas objet de déni « le haschich c'est libre parce qu'on le trouve partout ».

Les réglementations (familiales, scolaires, sportives ou religieuses) qui passent par l'appartenance à un groupe, secrètent des interdits forts et sont mieux perçues parce que plus concrètes. L'appartenance au groupe des citoyens apparaît moins prégnante et constructive dans l'élaboration de l'interdit.

Une réglementation de santé publique qui ne ferait pas intervenir, dans le registre de l'imaginaire, l'interdit de l'inceste, favoriserait peut-être l'accession au partage d'une même vision du monde, qui fait le lien social.

► Étude sur les « Représentations de produits psychotropes » auprès de 1 500 adolescents de la région parisienne. Issy-les-Moulineaux, Centre Chimène, 1994.

Réflexion d'un médecin de santé publique

En matière de prévention, dans le domaine de la santé des adolescents, un conseil général a des missions définies par les textes (centre de planification et d'éducation familiale, aide sociale à l'enfance, etc.) auxquelles s'ajoutent celles décidées par les politiques. Ces politiques, souvent par ailleurs élus de leur commune, sont soumis à la pression de leurs électeurs. Leurs choix et décisions s'en ressentent.

Apprendre à travailler en réseaux

En 1989-1990, tandis que la situation des jeunes s'aggravait et que l'intervention de l'État s'avérait insuffisante, les élus demandèrent au service de planification et prévention médicale qui gère les centres départementaux de prévention médicale (CDPM), de prendre en charge la prévention de la toxicomanie et du sida. L'équipe de ce service fut alors renforcée. Tout en gardant une activité de terrain, une psychologue et un médecin de santé publique furent chargés d'impulser ce travail de prévention. Cette activité nécessitait de faire travailler ensemble deux directions générales adjointes, soit six directions, soit encore des dizaines de services, circonscriptions d'action sociale, de groupements d'action sociale jeunes, centres départementaux d'éducation familiale, CDPM, etc.

Le concept de santé s'est élargi bien au-delà des seules maladies. À titre d'exemple, dès le 1^{er} décembre 1990, journée mondiale de lutte contre le sida, le thème plus large des conduites à risque fut retenu et l'équipe de cascadeurs de Rémy Julienne anima un débat sur la prise de risque.

Dans le même temps, il fut demandé aux équipes de prévention de sortir davantage de leurs services et d'intervenir, à la demande des enseignants, des services de santé scolaire ou des associations, dans les établissements scolaires et dans les quartiers. L'institution n'ayant pas vocation à couvrir l'ensemble des problèmes des jeunes, le souci d'instaurer une dynamique partenariale fut une priorité. En plus de l'acquisition de nouvelles connaissances, par le biais de formations touchant des travailleurs sociaux d'autres organismes, cette dynamique favorisa la création d'un réseau actif de partenaires de proximité.

Citons à l'actif du conseil général du Val-de-Marne la mise en place d'un bus itinérant « santé jeunes », d'une quinzaine annuelle « prévention/santé jeunes » et l'organisation de débats et expositions sur ces mêmes thèmes. En partenariat financier et d'action avec diverses institutions et associations impliquées dans le travail d'accompagnement et de suivi des jeunes, le conseil général a contribué, dans le

département, à la mise en œuvre de nombreuses initiatives, dont un « point écoute » toxicomanie, une vaste campagne départementale d'incitation à la vaccination contre l'hépatite B, la mise à disposition d'un local à l'association Aides.

Poursuivre la mobilisation

Depuis deux ans, malheureusement, les transferts de charge de l'État vers les conseils généraux ont mis à mal les finances des départements. Les missions « spéciales » que le conseil général du Val-de-Marne s'était volontairement fixées, furent les premières touchées par les restrictions budgétaires. Notre équipe fut réduite et certains objectifs abandonnés. À ces difficultés s'ajoutèrent celles liées aux lenteurs administratives. Dans le même temps, trois centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits furent ouverts, et une consultation vénérologie fut transformée en réelle consultation MST.

C'est à travers ces contradictions qu'il faut continuer à travailler. Pour dépasser toutes ces difficultés, il faut poursuivre les actions d'information auprès d'un large public et maintenir la mobilisation des divers partenaires, chacun dans son domaine de compétence et selon sa volonté politique d'intervention.

des expositions de prévention réalisées par des jeunes, où tous les poncifs de l'éducation à la santé se retrouvent accumulés. Les belles gravures scolaires de notre enfance qui comparaient le foie d'un alcoolique à celui d'un tempérant n'ont eu que bien peu d'impact sur la prévention de l'alcoolisme, mais continuent de fonctionner à plein dans l'imaginaire collectif et donc dans les demandes adolescentes. Et les jeunes attendent moins des discours moralisants sur la bonne santé que des éléments de certitude sur l'efficacité de la prévention eu égard aux sacrifices qu'elle demande.

Il s'agit alors de porter attention aux adoles-

cents et de les écouter avec estime et respect en les aidant à ne pas se couler au moule de la reproduction de modèles, car aborder des questions de santé avec eux nécessite de prendre en compte à la fois leur fonctionnement psychologique et leurs relations avec les adultes. Leur allégeance aux prescriptions des aînés repose sur une nécessaire confiance en leurs démonstrations, donc en leurs personnes. Les adultes ne peuvent pas se situer uniquement dans un rôle technique de prescripteurs de conduites ; ils doivent également investir cette relation d'attentions, d'affectivité, en un mot de désir. L'expérience montre que quand ces bases fai-

tes d'écoute, de confiance et de tolérance sont installées dans la proximité et la permanence de la relation éducative, les jeunes peuvent alors développer des réflexions personnelles portant sur leur propre santé.

Reste la question de la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé qui prennent en compte les réflexions qui précèdent.

Pas de prévention sans confiance

Au risque de surprendre, on peut estimer que les professionnels de santé ne sont pas les personnes les mieux placées pour cela et que les actions de terrain doivent être conduites par les personnes les plus en relation globale et permanente avec les jeunes concernés. C'est donc le terrain des animateurs professionnels, des

► François Chobeaux.
« Construction d'une dynamique de santé communautaire à partir de la pratique d'activités physiques ». *Sauvegarde de l'enfance* n° 1-2, 1993, p. 172-175.

éducateurs et des bénévoles des associations de jeunesse, la tâche restant à la charge des professionnels de santé portant beaucoup plus sur l'accompagnement, l'aide, l'information et le soutien à apporter à ces acteurs de terrain.

Des interventions de prévention gagnent donc à être ancrées dans la relation quotidienne, à être portées par des personnes ayant la confiance des jeunes et à prendre en compte l'existence des groupes de pairs. Elles gagnent également à être développées dans la durée et à prendre en compte non seulement les aspects visibles des comportements mais également les rapports inconscients que chacun entretient avec les représentations qu'il a de son corps et son désir d'en maintenir l'intégrité. C'est à ces conditions seulement que l'on peut espérer limiter l'écart entre les connaissances acquises et la modification des comportements, principal objet de ces actions.

Le forum et la charte santé de l'académie

Strasbourg

Le forum santé qui s'est tenu à Strasbourg le 8 octobre 1993, s'appuie sur le constat du nécessaire partenariat entre chefs d'établissement et personnels sociaux de santé. C'est une nouvelle « culture de la santé scolaire qu'il convient de mettre en œuvre ».

Le recteur est le maître d'œuvre de cette démarche, qui doit prendre la valeur d'un engagement réciproque sous la forme d'une charte. Cette charte proposée par l'ensemble des personnels à l'ensemble des chefs d'établissement en septembre 1994 a permis à chaque équipe de déterminer en commun les priorités et de définir sa stratégie. Les premiers résultats sont encourageants : le temps consacré par les personnels aux actions collectives de santé et inscrites dans le projet d'établissement est le double de la moyenne nationale.

Le forum en chiffres

217 chefs d'établissement
51 responsables administratifs
65 médecins
100 infirmières
52 assistantes sociales
20 personnes pour le Comité de pilotage : 10 chefs d'établissement et 10 personnels de santé et sociaux.

Les collectivités territoriales
Une dizaine d'associations, autant d'entreprises
320 000 élèves concernés

Thèmes retenus

Comité d'environnement social
Secret professionnel et partenariat
Violence
Maltraitance
Abus sexuels
Mal-être
Hygiène et sécurité en faveur des personnes et des élèves
Personnel infirmier, médical, social,
mode d'emploi : santé intégrée au projet d'établissement.

La charte santé fixe

5 objectifs qui concernent :

- le programme académique
- les programmes scolaires
- les projets d'établissement
- la formation des enseignants et des personnels Atos (administratif, technique, ouvrier de service).
- la place et la formation des personnels sociaux et de santé.

18 engagements possibles sur les différents thèmes : les structures et réseaux d'actions collectives, la réglementation, les ressources humaines, etc.

26 indicateurs de suivi qui permettent de mesurer l'impact des engagements, par exemple le nombre d'équivalents temps-plein de nos personnels, le montant des crédits de fonctionnement, le pourcentage d'actions collectives sur l'ensemble du temps de travail de nos personnels, le taux d'absentéisme des élèves et des personnels, le nombre d'accidents du travail déclarés.

La prévention à l'école est l'affaire de tous !

La prévention en milieu scolaire est prévention primaire mais elle est aussi parfois secondaire et tertiaire. Il s'agit souvent de sessions d'information, de formation, de conduite de projets d'animation éducative ou d'aménagement de l'environnement scolaire. Ces interventions qui visent à prévenir les risques de maladies, d'accidents, de déviations paraissent s'ajouter aux programmes généraux de formation et d'éducation. Elles se juxtaposent sans qu'apparaissent clairement les finalités, la cohérence, l'efficacité.

Avant l'action

Pour gagner en pertinence, en intégration, en validité globale, il importe d'en vérifier les fondements, les conditions de mise en œuvre et les limites. Ceci suppose une réflexion approfondie portant aussi bien sur l'articulation de la recherche à la prévention que sur les compétences respectives de l'éducation et de la thérapie. Également avant l'action, il importerait de s'assurer que tous les acteurs ont connaissance des grandes problématiques de la santé des adolescents, des principaux facteurs de mortalité, de morbidité, de déviance et de troubles fonctionnels ; qu'ils ont appris à mieux identifier les difficultés inhérentes à la dynamique adolescente ; qu'ils maîtrisent les méthodes et les outils d'intervention significatifs et adaptés aux réalités concrètes locales.

À ces préalables méthodologiques, cognitifs et pratiques il faut encore ajouter la détermination politique et l'organisation en stratégie d'action. Le projet d'établissement qui se dote d'un projet santé centré sur la dynamique adolescente doit pouvoir inscrire ses objectifs sanitaires à la fois dans son organisation pédagogique et dans sa

politique éducative et préventive. Pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer ce programme, il doit s'assurer du concours d'un groupe de pilotage.

Depuis cinq ans le Lycée Godard Roger expérimente un tel dispositif.

La pédagogie s'efforce de prendre en compte l'hétérogénéité des rythmes d'apprentissage, les aléas des motivations et du suivi scolaire. Elle tente de diversifier les parcours en individualisant, en tirant parti de l'alternance et des procédures de remédiation. La politique d'éducation s'articule avec la stratégie de prévention et de promotion de la santé. Les acteurs s'attachent à travers un travail d'accueil et d'écoute, à la résolution des conflits, des crises, des difficultés d'adaptation à l'école, mais aussi à la réussite scolaire, à promouvoir l'affirmation de soi comme adulte en devenir, pour signifier, maîtriser, anticiper, rechercher les nécessaires médiations.

Une organisation intersectorielle

Pour concevoir, organiser, animer et valider les différentes interventions, une équipe pluricatégorielle et interinstitutionnelle réunit une vingtaine de professionnels appartenant au système éducatif (service de promotion de la santé, assistante sociale, conseillers d'éducation et d'orientation, professeurs et personnels) et des partenaires extérieurs (intersecteur : psychologue et psychiatre, éducateurs de rue, policiers, juge).

Dans le strict respect des compétences professionnelles et des disponibilités de chacun, cette équipe :

- observe régulièrement les adolescents pendant leur scolarité quotidienne ;
- conçoit les programmes d'interven-

tion primaire intégrés au cursus scolaire ;

- organise l'écoute, le conseil, l'accompagnement et le suivi des demandes d'aide des adolescents et des adultes ;
- évalue et régule en permanence.

Des résultats encourageants

Les résultats, cinq ans après, sont très encourageants :

- l'observation a gagné en pertinence. Les professionnels échangent à la fois sur la signification des agissements perçus comme intempestifs qu'ils soient bruyants ou discrets et sur la pertinence des stratégies d'intervention et de suivi ;
- ce dispositif associant régulièrement à sa réflexion les adultes et les jeunes favorise le développement d'une culture de prévention et l'intégration de la démarche spécifique de prévention au sein du processus formatif global. Ce qui crée un climat sécurisant et autorise de nombreuses prises d'initiative ;
- la structure professionnelle d'écoute et d'aide installée en proximité bénéficie à la fois aux adolescents et aux adultes. Elle veille dans un strict respect déontologique au bon fonctionnement en réseau interne et externe ;
- la réunion mensuelle de l'équipe permet une bonne régulation.

L'équipe envisage de faire appel à un superviseur et d'enrichir encore ses compétences et sa réactivité.

La prévention à l'école est bien l'affaire de tous à condition de veiller à ce que chacun, tout en restant dans son domaine de compétence, accepte de participer à une organisation en système ouvert sur la vie concrète et la communication aussi bien interpersonnelle qu'interinstitutionnelle.

La mission locale

La mission locale de Brest assure l'accueil des jeunes demandeurs d'emploi de 16 à 25 ans, sur 80 communes. En 1994, 5 215 jeunes ont été reçus. La mission locale intervient dans les domaines de la formation, de l'emploi et de l'insertion sociale. Elle accompagne et aide financièrement les jeunes, pour la réalisation de projets liés au logement, aux loisirs, à la santé.

La santé n'est pas une préoccupation majeure des jeunes accueillis, trouver une formation ou un emploi est l'urgence pour eux. C'est au cours des rendez-vous à la mission locale ou lors des stages de formation auxquels ils participent, que les jeunes expriment un besoin d'informations, un problème de santé ou d'accès aux soins. Les constats faits par les professionnels se recourent et rejoignent les résultats des enquêtes nationales de l'Inserm.

Depuis 1985, la mission locale s'est entourée d'un réseau local de partenaires réunis au sein d'une Commission santé (Dass, CPAM, Mutualité, professionnels de la formation, du social, de la santé, élus...).

Cette commission, suite aux constats précités, a déterminé deux axes de travail prioritaires.

- En lien avec la Caisse primaire d'assurance maladie, les jeunes sont informés sur leur couverture sociale et, grâce à un accompagnement administratif, ils peuvent avoir un accès aux soins coûteux. Une mutuelle jeunes existe depuis 1991. Un travail expérimental de prévention par le biais des bilans de santé est mené par la Cnam depuis le début de l'année.

- Si lever les obstacles d'accès aux soins est nécessaire, cela ne suffit pas pour modifier les comportements. Aussi, la commission santé élabore et réalise des stages-santé

de 3 à 5 jours destinés aux jeunes. Chaque année, 140 jeunes en sont bénéficiaires. Le but de ces stages est de responsabiliser les jeunes par rapport à leur santé, et, sans leur dicter « une bonne conduite », de prévenir les comportements à risque. Il ne s'agit pas de leur asséner des informations mais plus de partir de ce qu'ils savent et font pour les aider à acquérir de nouvelles compétences. Ces stages sont animés par des professionnels de la santé, de la formation et du social.

L'évaluation du travail mené montre l'efficacité d'un travail d'accompagnement et de partenariat dans le domaine de l'accès aux soins.

Les stages santé ont incontestablement été de réels temps de parole pour les jeunes, mais on ne mesure pas si ces modules induisent ou non des changements de comportements. Néanmoins, en ce qui concerne la prévention des toxicomanies et de l'alcoolisme, la verbalisation de la relation aux produits pourra conduire le jeune à les appréhender différemment.

L'expérience des échanges sur la vie amoureuse et la sexualité nous conforte dans l'idée que l'on ne peut aborder la question de la prévention du sida dans ses « aspects techniques » (protection, modes de contamination) isolément de la vie affective et amoureuse, des croyances et des valeurs des jeunes.

Les stages expression-communication ont été pour de nombreux jeunes, l'occasion d'avoir une image plus positive d'eux-mêmes et celle de recréer autour d'eux des liens sociaux.

Cependant il est difficile de mobiliser des jeunes sur la santé quand leur première demande se situe davantage sur le terrain de la forma-

tion et de l'emploi. Cet état de fait est renforcé par la priorité donnée à l'accès à l'entreprise dans les stages de formation.

Les stages et leurs objectifs

Stage santé, image de soi, expression, communication

- Permettre l'expression des jeunes sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.
- Développer la confiance en soi, les capacités d'expression et de communication.
- Faire le lien entre l'occupation du temps de chômage, l'insertion dans un réseau social et un mieux-être personnel.

Stage santé, alcool, toxicomanies

- Permettre aux jeunes de réfléchir sur la relation aux toxiques, leurs effets, leurs fonctions.
- Susciter une dynamique d'information resituée dans le contexte quotidien.
- Améliorer les capacités d'expression, valorisation des jeunes.

Stage santé, sexualité, contraception, MST-sida

- Permettre des temps de parole et d'échanges sur les questions de l'amour, de la relation à l'autre, en favorisant l'expression individuelle et collective des croyances, des représentations et des valeurs.
- Acquérir une meilleure connaissance de son corps et de son fonctionnement.
- Prévenir les maternités précoces, les MST, le sida.
- Informer les jeunes sur les lieux relais d'accueil et de consultation existants.

Pour aller plus loin dans la prévention

La prévention et l'éducation à la santé se sont particulièrement développées ces dernières années. Les adolescents ont été la cible de nombreuses campagnes nationales et d'interventions de proximité (alcool, tabac, sida, toxicomanie...). Des études et des enquêtes montrent que ces efforts n'ont pas été inutiles et ont entraîné des changements de comportement (tabac, préservatif...). Ces résultats semblent insuffisants et certains individus ou groupes semblent indifférents ou peu réceptifs aux messages de santé. Notre travail de prévention sous-estime certains aspects spécifiques des déterminants des comportements liés à la santé.

L'individu, le groupe

Gérer sa santé, s'éduquer ou être éduqué à la santé suppose l'apprentissage, l'adoption ou la modification d'attitudes et de comportements que l'on avait pas produits spontanément. Si des phénomènes physiologiques comme la douleur ou la faim ont des déterminants biologiques, la signification que va en donner l'individu et les pratiques qu'il va développer vont dépendre des circonstances et du contexte social et culturel. Le sociologue H. Becker ▶ montre qu'éprouver du plaisir à cette pratique ne se fait pas immédiatement, mais résulte d'un apprentissage qui permet à celui qui débute de transformer des sensations ambiguës en plaisir ; ceci se réalise par l'appartenance à un groupe de fumeurs. Les jeunes vivent, expérimentent, s'éduquent et se construisent de plus en plus entre eux dans des petits groupes. L'éducation à la santé et la prévention sont en contradiction avec ce phénomène social de vie de groupe, en ne s'appuyant que sur le choix, la responsabilité, la liberté individuelle.

Certains sont plus égaux que d'autres

De nombreux travaux montrent que la valorisation de la santé diminue et l'écart entre le

discours sur la santé et les comportements augmente au fur et à mesure qu'on descend l'échelle sociale. Si l'on veut comprendre comment le niveau d'information, les représentations et le discours sur la santé d'un adolescent prennent du sens pour ces conduites, il est nécessaire de les rapporter aux contraintes quotidiennes que vit ce jeune et aux caractéristiques de son réseau de relations. En fonction de leur éducation, de leur origine sociale, de leur culture, les rapports fille-garçon ne sont pas identiques, ni même égalitaires dans tous les groupes d'adolescents.

Le « machisme » est, dans certains groupes, une valeur dominante, les questions affectives et sexuelles y sont moins abordées et sont présentes comme facteurs de domination des filles. Dans ce cadre, les comportements préventifs face au sida ou au risque de grossesse sont rendus très difficiles.

De même, si pour un adolescent, le fait de décider d'arrêter de fumer du haschisch est un choix individuel, la difficulté pour lui viendra des implications relationnelles de son choix sur son groupe d'appartenance.

Le risque nul

Le risque est partie intégrante de la vie et tout particulièrement à l'âge de l'adolescence. Une des tendances des messages et des interventions est de proposer des comportements visant le risque nul. « Utilisez systématiquement le préservatif ! Ne consommez pas de drogue ! Ne fumez pas ! » Cette approche peut amener les adolescents qui ne peuvent adopter de tels comportements à développer des attitudes de déni de tout risque ou de l'utilité de la prévention. Face au tout ou rien, nous devrions au contraire décliner la gradation des risques et les différentes possibilités de le gérer. Par exemple, en direction des consommateurs de marijuana ou d'alcool, induire des comportements de maîtrise et de réduction de la consommation et de renoncement de la conduite de véhicule après consommation.

Pour ce qui concerne le sida, si on ne veut ou ne peut utiliser le préservatif, il reste possible de diminuer le risque de contamination en réduisant le nombre de partenaires, en ne pratiquant pas la pénétration, en discutant avec son partenaire pour mieux connaître son passé sexuel. ■

H. Becker, *Comment on devient fumeur de marijuana, Outsiders*. New-York : The free press, Glenco, 1963.

Prévenir à l'adolescence ?

Pris entre le besoin d'attachement et le désir d'autonomie, l'adolescent vit dans une situation particulièrement contradictoire et ambiguë. Que ce soit à lui que les campagnes de communication et les actions de terrain prétendent s'adresser pour faire passer des messages de « prévention » n'est pas dénué de paradoxe. En quoi l'adolescence serait-elle la meilleure période de la vie pour recevoir ce type d'information ? De quelle manière peut-on espérer dialoguer avec succès avec cette population caractérisée par l'indétermination et le questionnement sur soi-même ? Telles sont les questions que nous souhaiterions aborder dans cette tribune.

Si nous nous référons à la définition donnée dans le dictionnaire français de santé publique¹, le terme « prévention » recouvre : « dans le domaine de la santé et de l'hygiène publique, l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépisser à un stade précoce ». Si l'on se réfère à l'étymologie latine, *praeventia* veut dire « action de devancer ». Les programmes d'éducation et de promotion de la santé organisés en direction des jeunes se référerait davantage à ce sens initial, plus large.

L'enjeu des campagnes de sensibilisation et d'information qui s'adressent

plus spécifiquement aux 18-25 ans auraient bien pour objectif de « devancer » l'adoption de comportements que l'on sait nocifs pour la santé, de mettre en garde contre certaines pratiques à risque, de faire prendre conscience des conséquences à long terme d'habitudes de vie prises éventuellement à l'adolescence, bref de responsabiliser les jeunes face à leur avenir « de santé ».

Or, avec Antoine Lazarus², nous pouvons nous demander s'il est possible de modifier les comportements à risque. « Liés aux besoins de santé latents, les comportements à risque deviennent un marqueur de plus en plus significatif des populations défavorisées ou dépressives. Ils deviennent aussi une sorte de refus emblématique d'une civilisation prudente dans la gestion de son capital santé, gestionnaire de la vie en « bon père de famille », bien assuré, rationnel dans ses choix et ses actions, raisonnable en toutes choses.

La prévention change de ton

C'est bien pour éviter cet écueil menaçant les campagnes d'information sur les risques liés au tabac, à l'alcool, aux drogues illicites, aux relations sexuelles sans précaution que la communication publique

s'est orientée ces dernières années vers un autre ton, une autre approche. Si l'on prend par exemple, la dernière campagne nationale sur l'alcoolisme : « Tu t'es vu quand t'as bu », on voit bien que ce qui est mis en avant ce n'est pas le risque pour la santé, mais bien plutôt le risque de ne pas aboutir dans ses projets relationnels : un garçon ou une fille qui a trop bu n'est plus en mesure de séduire, de draguer, de profiter à plein d'une soirée entre amis. Si cette campagne a été bien reçue par les jeunes de 18-25 ans, comme l'a montré le post-test³ c'est qu'ils se sont reconnus dans ces situations où ils avaient eu aussi envie de dire « tu t'es vu quand t'as bu ».

Parler de « plaisir de vie »

Mais comme l'écrit Antoine Lazarus, dans ce même article, « pour avoir envie de protéger sa santé, d'arrêter les paris avec la mort, avec l'accident, avec la maladie, avec la contamination, il faut tenir suffisamment à la vie », il faut oser se voir... même quand on n'a pas bu...

C'est bien en ces termes de plaisir de vie qu'il faut arriver à parler aux adolescents, avec un argument qui les touche dans l'instant et qui soit inscrit dans une vraie cohérence. Mais, ainsi que le dit Jean-Pierre Deschamps dans une interview publiée dans *Le généraliste*⁴ il n'existe pas de recette pour parler de santé aux adolescents « les messages de santé pour l'adolescent reviennent trop souvent à lui interdire d'être un adolescent. L'adolescent est entier, exclusif. Il a besoin qu'on lui parle de ce qui le touche... et surtout qu'on l'écoute. »

Toute communication injonctive, autoritaire a toutes les chances d'être rejetée. Ce qui semble déterminant, c'est la qualité du regard porté sur l'adolescent, du goût de l'échange avec les plus jeunes, de la prise en compte de sa personnalité, de la valorisation de ce qu'il est, de ses choix, de ses talents, de ses espoirs.

L'échange dans ce domaine comme dans les autres entre adultes et adolescents n'est possible que si le langage uti-

lisé n'est pas condescendant, ne prétend pas à l'omniscience.

Sans doute est-ce la raison du succès d'approches qui impliquent la participation des jeunes eux-mêmes dans la formulation et l'expression des questions qu'ils se posent sur la vie en général, sur leur relation au monde, sur la santé au sens large, c'est-à-dire sur leur capacité à utiliser au mieux leur potentiel vital et à épanouir leurs talents.

Les techniques utilisées font appel soit au théâtre-forum, soit à d'autres méthodes participatives comme l'approche par les pairs. Avec le théâtre-forum, le jeune spectateur est sollicité pour jouer lui-même l'un des rôles de la pièce qui lui a déjà été montrée une fois, en fonction de la façon dont il souhaite faire évoluer l'intrigue. Souvent, il projette dans ce jeu sa propre problématique, ses propres questionnements. Il le fait, là, dans un contexte ludique mais qui peut avoir des prolongements dans des discussions avec l'entourage, ses amis, ses enseignants, ses parents. Surtout, il lui est donné la possibilité de s'exprimer avec ses propres mots, pas avec ceux d'adultes parlant en son nom.

L'approche par les pairs répond au même souci d'une reprise en compte par les jeunes eux-mêmes de l'expression de messages de santé – par exemple – avec une possibilité de retravailler ces messages en groupe, de les adapter. Ce type d'approche a beaucoup été utilisé dans le cadre de la prévention du sida, dans les établissements scolaires, afin d'assurer une transmission plus adaptée d'informations revues par les jeunes, en fonction de ce qu'ils savent des attentes de leurs camarades et de leurs questions.

D'autres modes de communication sont à inventer, mais surtout, il reste évident que la relation que l'adolescent va entretenir avec la santé va dépendre du contexte de vie dans lequel il évolue, de la capacité de valorisation que les adultes qui l'entourent sont en mesure de développer. Telle est bien une des conclusions tirées par Marie Choquet dans les commentaires de sa dernière enquête sur les jeunes scolarisés⁵. En dernière instance, ce qui est déterminant pour la santé

d'un jeune, c'est le climat socio-affectif dans lequel il grandit.

De telles considérations ne peuvent que rendre très humble l'éducateur pour la santé conscient des limites de la portée des messages de prévention qu'il peut destiner aux jeunes mais qui cependant constituent une sorte de toile de fond tissée au fil du temps et dont le rôle dans l'évolution des mentalités et des images est loin d'être négligeable ! ■

• Références

¹ *Dictionnaire français de santé publique*, sous la direction de Jean-Charles Sourmia, Éditions de santé, 1991.

² Antoine Lazarus, *Est-il possible de modifier les comportements à risque*, séminaire Ville-santé n° 4.

³ Post-test de la campagne alcool, CFES/IOD (décembre 1993).

⁴ Jean-Pierre Deschamps, *Le généraliste*, 7 septembre 1993.

⁵ Marie Choquet, Sylvie Ledoux, *Adolescents*, La documentation Française, 1994.

**Christiane Dressen
Bernadette Roussille**

Comité français d'éducation pour la santé

La « crise » de l'adolescence

L'adolescence, création récente de notre société industrialisée, a pris la place du passage de l'enfance à l'âge adulte, à la mesure de notre incapacité à bien le gérer et l'accompagner.

Depuis le début du xx^e siècle, cet âge de la vie est de plus en plus souvent connoté négativement. Ce qui, autrefois, était repéré comme banal est moins bien toléré. On attend des spécialistes qu'ils accélèrent le cours des transformations. Les tensions ordinaires entre générations autour de la puberté, dont toutes les sociétés animales nous rappellent le caractère naturel, ne sont plus admises. Les épreuves initiatiques qui officialisaient la fin de l'enfance par la prise de risques sont oubliées. Beaucoup dès lors s'engagent dans des prises de risques auto-initiées (fugues, tentatives de suicide, toxicomanie, échec scolaire, conduite dangereuse...) dont on connaît les conséquences individuelles et collectives (accidents et suicides sont les deux premières causes de mortalité chez les jeunes). La jeunesse est perçue, depuis la Belle Époque, comme dangereuse. Dans les années cinquante, l'idée que l'adolescence serait une sorte de maladie passagère fait son chemin, malgré D. W. Winnicott qui soutient alors que c'est au contraire sans crise qu'elle est à considérer comme pathologique.

Apprécier sereinement les troubles de l'adolescent

Mais le terme de « crise » prête à confusion. La crise est présentée comme telle beaucoup plus par l'entourage de l'adolescent (parents, enseignants, éducateurs...) que par ce dernier qui utiliserait d'autres mots. L'usage galvaudé du terme (crise sociale, économique, morale...) permet toutes les confusions de sens et le banalise.

L'appréciation sereine des troubles de l'adolescent est rare. La banalisation – ça lui passera avec l'âge – ou la dramatisation sont la règle.

De plus, les formes d'expression qu'il emprunte reflètent rarement ce qui les sous-tend. Ce n'est pas toujours le plus expressif ou le plus critique dans les apparences qui est le plus urgent ou le plus grave. Ces formes pourront être extrêmement diverses : des signes d'allure somatique aux actes de transgression (petite délinquance, usage de drogues, problèmes disciplinaires...), des gestes suicidaires avec ou sans dépression aux troubles de l'apprentissage, en passant par les changements relationnels, voire les moments d'allure délirante.

Derrière ces apparences symptomatiques se manifestent isolées ou groupées

des difficultés individuelles, parentales, familiales, scolaires ou sociales.

Sur le plan individuel, la puberté contraint le sujet à réorganiser son économie personnelle et ses relations aux autres et au monde. La force de ce qui est à l'œuvre le conduit à utiliser des systèmes de protection qui prennent bien souvent l'allure de symptômes, sous forme d'actes ou de mouvements régressifs. Ce qui s'est joué dans la première enfance se rejoue de façon rendue méconnaissable pour l'entourage.

Du côté des parents, leur enfant n'est plus ce qu'il était ; leurs attentes et leurs espoirs sont parfois contrariés. Ils sont potentiellement grands-parents du seul fait que leur enfant est pubère. C'est le temps d'un bilan, à mi-vie. Bilan de l'écart entre leurs rêves et leurs réalisations, bilan conjugal, professionnel, affectif... Parfois cela prendra l'allure d'une « crise du milieu de vie », en miroir avec celle de leur enfant, quand elle ne réactualise pas celle qu'ils ont pu connaître lors de leur propre adolescence...

Enfin il est clair que les difficultés que rencontre notre société viennent renforcer celles qui se posent à l'individu. La pression scolaire croissante, liée elle-même à l'inquiétude au sujet de l'avenir, de l'emploi, des difficultés d'intégration sociale, pèse très lourd et renforce *a contrario* la valeur d'appel des troubles d'allure scolaire.

De la nécessité d'une intervention

C'est dire combien la recherche de la signification de la crise sera importante et complexe. Dans certains cas, elle traduira seulement l'ampleur des remaniements internes opérés par le jeune et sera en cela respectable et à respecter, moyennant un soutien aux adultes environnants. Une crise vaut alors mieux qu'un mauvais compromis qui fermerait des possibilités évolutives. Dans d'autres cas elle fera craindre l'entrée dans un processus pathologique qu'il importera d'enrayer le plus tôt possible.

Comment apprécier la gravité de la

crise et la nécessité ou non d'une intervention ? Il n'y a évidemment pas de recette, mais deux éléments peuvent contribuer à nous aider.

Tout d'abord, le cumul des signes de souffrance ou des conduites repérées comme posant question : difficultés scolaires + tabagisme + absentéisme, tristesse + consommation occasionnelle de drogue + difficultés de relation avec les autres, plaintes corporelles + insomnie + troubles du caractère...

Ensuite, et peut-être surtout, le caractère récent, labile et variable des troubles par opposition à ceux qui se figent et organisent de façon prévalente la destinée du sujet, lui fermant du même coup des potentialités évolutives.

C'est alors qu'il sera très précieux de pouvoir proposer une évaluation ne préjugant pas de la suite, mais susceptible de démêler les enjeux à l'œuvre et de donner des conseils d'orientation adaptés. À l'adolescence, cette évaluation devrait être globale, autant somatique que psychologique, sociale et scolaire.

La façon dont on désignera les difficultés observées sera d'autant plus importante à cet âge que l'identité n'est pas encore constituée. En effet, l'adolescent se saisira d'autant plus volontiers de l'appellation qui lui sera affectée qu'il ne sait pas encore qui il est. Notre responsabilité est importante en la matière. Nos désignations risquent fort d'organiser dans le sens de nos craintes le devenir de celui dont on se soucie. La prudence sera donc la règle : ne pas négliger les signes d'appel critiques de l'adolescent certes, mais ne pas pour autant y projeter par avance nos craintes ou nos pronostics.

« Que le temps passe sans trop de casse » (D. W. Winnicott) sera, dans de nombreux cas, suffisant. Pour d'autres non. Il faudra alors prendre la précaution d'inscrire notre évaluation dans une durée suffisante afin de pouvoir départager ce qui est passager de ce qui est installé, voire mettre en œuvre sans tarder des réponses adaptées (en particulier en cas de tentative de suicide qui devrait toujours bénéficier d'un temps suffisant d'hospitalisation, suffisant pour comprendre ce qui est à l'œuvre).

La crise, à l'adolescence, nécessitera une approche attentive permettant de lui donner sens, faute de quoi nous assisterions aux installations, aux accélérations et aux répétitions pathologiques. L'entourage familial, scolaire, social devra être l'objet d'un soutien et d'un accompagnement aussi nécessaire pour eux que pour l'adolescent.

Les adolescents interrogent fortement notre acceptation du vieillissement et la place que nous sommes prêts à leur laisser. Leurs crises nous posent directement la question de notre capacité à être secoués et dérangés par l'autre, et à accueillir le nouveau et la surprise. Notre intérêt pour l'avenir de notre société ne se mesure-t-il pas, entre autres, à la considération que nous portons à notre jeunesse ? ■

• Références

- *Adolescences, ouvrage collectif*, Fondation de France, coll. Repères, 1993.
- Choquet M., Ledoux S., *Adolescents*, Enquête nationale, Les Éditions Inserm, 1994.
- *La Crise d'adolescence*, Ouvrage collectif, Denoël, 1984.
- Erikson E., *Adolescence et crise*, Champs Flammarion, 1978.
- Huerre P., Pagan-Reymond M., Reymond J. M., *L'adolescence n'existe pas, Histoire des tribulations d'un artifice*, Éditions universitaires, 1990.
- Mead M., *Le fossé des générations*, Denoël/ Gonthier, 1979.
- Mendel G., *La crise de générations*, Petite Bibliothèque Payot, 1981.
- Perrot M., *La peur de la jeunesse au XIX^e siècle*, Le Groupe Familial n° 113, 1986.
- Van Meerbeeck P., *Les années folles de l'adolescence*, De Boeck Ed. (Belgique).
- Winnicott D. W., *Jeu et réalité*, NRF, Gallimard.

Patrice Huerre

Psychiatre des Hôpitaux, médecin-chef de la Clinique Dupré, Sceaux, Fondation santé des étudiants de France

Formation

Pour une médecine de l'adolescent

Apparus vers la fin des années 60 dans le monde anglo-saxon, les premiers services de « médecine pour l'adolescent » répondaient à un besoin relativement nouveau directement lié à l'efficacité des soins en pédiatrie : les enfants porteurs de maladie chronique et invalidante avaient une survie prolongée et accédaient à l'adolescence avec l'apparition, à cet âge, de multiples complications aussi bien somatiques que psychologiques. La médecine de l'adolescent fut d'abord une pratique hospitalière. En France, nous l'avons vu, le premier (et le seul) service hospitalier de médecine de l'adolescent fut créé en 1982 (CHU Kremlin-Bicêtre, service du Pr V. Courtecuisse). Parallèlement, des services spécialisés en psychiatrie de l'adolescent apparurent dans les années 70 (en France service du Pr H. Flavigny, hôpital de la Cité Universitaire ; unité de psychiatrie de l'adolescent dans le service du Pr D. J. Duché à l'hôpital de la Salpêtrière). Peu à peu émergea ainsi l'idée d'une « médecine de l'adolescent », nouvelle discipline plus que nouvelle spécialité en ce sens qu'il s'agit d'une médecine polyvalente attentive à l'ensemble de la personne, l'adolescent, dans les divers aspects de sa santé physique mais aussi développementale, psychologique, interactive avec sa

famille et ses parents, scolaire et sociale. De ce point de vue la « médecine de l'adolescent » ressemble plus à des disciplines comme la pédiatrie générale, la médecine interne ou plus encore la gériatrie : soigner la personne âgée implique un regard extensif sur l'ensemble de la situation.

Les adolescents ont recours au système de soins

Dans les années 80, la médecine de l'adolescent sort peu à peu de l'hôpital en particulier sous l'influence des enquêtes épidémiologiques (les études de M. Choquet et coll., unité Inserm 169) qui révèlent clairement le malaise diffus des adolescents, la nature très diversifiée de l'expression de ce malaise (dans le champ sanitaire certes mais aussi familial, scolaire, social, etc.) et l'important pourcentage de la population concernée. Contrairement aux idées reçues, ces enquêtes montrent également que les adolescents n'hésitent pas à consulter et que, sauf pour les populations les plus défavorisées, leur consommation médicale en terme de consultations (en particulier médecine générale, gynécologie, dermatologie, psychiatrie) ou d'hospitalisations brèves (après tentatives de

suicide, accident de la circulation, accident ou incident de sport) est loin d'être négligeable. Les graves problèmes de santé publique que représentent les tentatives de suicides (et suicides réussis) des adolescents et jeunes adultes, et les consommations de drogues ont renforcé cette sensibilisation, d'autant que les études épidémiologiques précédemment citées ont également montré ce que le clinicien savait par son expérience de cas individuels, que ces conduites déviantes ne surgissent pas *ex nihilo* mais sont en général précédées par toute une série de conduites de souffrance et de déviances survenant pendant les « années collèges », c'est-à-dire vers 12-15 ans.

Les principes de la médecine de l'adolescent

La « médecine de l'adolescent » ne concerne donc plus les seuls pédiatres et psychiatres travaillant dans les services hospitaliers très spécialisés. En même temps, les médecins recevant des adolescents (médecins généralistes, gynécologues, dermatologues, chirurgiens orthopédiques, médecins scolaires et autres spécialistes) ont rapidement compris que, s'ils voulaient avoir une véritable action de soin auprès de cette tranche d'âge, ils devaient acquérir une formation spécifique aussi bien dans le domaine somatique que dans la compréhension de leurs besoins psychologiques et relationnels.

La « médecine de l'adolescent » repose sur un certain nombre de principes que partagent les divers praticiens de l'adolescence.

Il existe des besoins très importants en santé publique, d'autant plus importants que les délimitations nosographiques de la pratique médicale habituelle ne résistent pas aux moyens d'expression souvent flous ou en décalage des adolescents. Un adolescent malade chronique peut masquer ou ignorer des signes de décompensation pourtant bien connus de lui, parce qu'il est dans une phase d'opposition ou de déni de sa maladie. Inversement, un autre peut mettre en avant et amplifier les habituels symptômes pour

exprimer une souffrance psychologique. Le corps est souvent l'objet « d'agressions » (tentatives de suicide certes, mais aussi conduites de risque, négligences somatiques diverses) en réponse à des moments d'angoisse. Le fléchissement ou l'échec scolaire traduit souvent des difficultés psychologiques ; la consommation de produit peut être un recours auto-thérapeutique face à ces menaces d'effondrement dépressif, etc.

Ces quelques notes montrent l'artifice voire le danger à opposer une « médecine » dite organique à une « médecine » d'origine psychologique ou même psychopathologique : l'adolescent s'engage « corps et âme » pourrait-on dire dans diverses conduites bruyantes et/ou déviantes comme autant de manifestations d'un malaise, d'un conflit psychique ou inversement exprime une souffrance d'origine somatique par des manifestations comportementales.

Les relations aux parents sont souvent au centre des problèmes rencontrés par l'adolescent mais il y a un changement majeur par rapport à l'enfant : l'adolescent doit être d'emblée considéré comme une personne, une individualité à part entière, bénéficiant de la confidentialité de sa rencontre avec le médecin. Toutefois, l'évaluation de la qualité des relations aux parents est un des éléments de l'évaluation clinique. Dans la grande majorité des cas, la prise en charge d'un adolescent doit en conséquence inclure une approche familiale.

S'inscrire dans un réseau de soins

Enfin, compte tenu de cette diversité d'expression du malaise ou de la souffrance, de la multiplicité des intervenants impliqués, un travail en réseau est le plus souvent nécessaire voire indispensable, dès que les difficultés de l'adolescent atteignent une certaine gravité : le médecin d'adolescent doit savoir travailler en établissant des liens avec les autres intervenants (médecins généralistes, psychiatres, spécialistes divers, psychologues, médecins scolaires, enseignants, éduca-

teurs, travailleurs sociaux, juges des enfants, etc.). Cette capacité à établir des liens, à s'inscrire dans un « réseau de soins » est d'autant plus importante que l'adolescent est en situation de rupture, de désinsertion, de déscolarisation.

Ainsi, la médecine de l'adolescent est une médecine de l'individu dans sa globalité, individu inscrit dans son contexte familial et environnemental. C'est pourquoi être médecin d'adolescent implique certes de connaître la psychologie pubertaire, les pathologies somatiques habituelles de cet âge, les implications psychologiques des maladies graves et chroniques, mais aussi les enjeux psychologiques propres à cet âge, les pathologies psychiatriques et enfin les aspects éducatifs, scolaires, sociologiques, culturels qui participent de la vie quotidienne des adolescents. A côté de cette médecine de l'adolescent, une « psychiatrie de l'adolescent » avec les spécificités qui la caractérisent est aussi indispensable. C'est pourquoi une collaboration régulière entre le médecin formé à la médecine de l'adolescent et le psychiatre d'adolescent est indispensable.

Enfin, et ce n'est pas le moindre, le médecin de l'adolescent doit se former à un type de relation particulier où le jeune adolescent doit à la fois être l'interlocuteur privilégié tout en ne méconnaissant pas son habituelle situation de dépendance familiale, une relation où la séduction doit être proscrite mais où l'excès de distance et de froideur empêche l'indispensable contact empathique. Cette « bonne distance » relationnelle, paramètre essentiel de la qualité de la relation thérapeutique, nécessite expérience et formation. ■

Daniel Marcelli

Professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Poitiers

L'adolescent entre psyché et soma

L'adolescence inaugure pour la plupart d'entre nous la véritable rencontre avec notre corps et pose la question du statut de celui-ci et de son appartenance. Jusqu'alors en effet, aussi essentiel soit-il dans la formation et l'organisation de la personnalité, le corps fait partie des données qui s'imposent à l'enfant comme un élément constitutif de son monde, source de sensations et parfois de conflits, mais dont l'individualité et l'originalité n'apparaissent pas comme telles.

C'est avec les premiers signes de la puberté que naissent les premiers sentiments d'étrangeté à l'égard du corps propre et que se font jour les premières interrogations sur les liens entre le sujet et son corps. En effet, avec la puberté, la nature nous donne un corps qui devient apte à réaliser les pulsions : agressivité, pulsions sexuelles ; il y a là quelque chose qui a un effet considérable sur l'appareil psychique, effet dont la dimension inéluctable ne doit pas faire oublier le caractère potentiellement traumatique. Ceci est souvent plus frappant d'ailleurs chez les filles que chez les garçons et va entraîner des expressions de cette crise un peu différentes selon le sexe.

Il faut recréer une nouvelle distance au sein de la famille et on peut comprendre la plupart des comportements de l'ado-

lescent comme une tentative d'aménager ce nouvel espace familial ; et ceci du fait de la soudaine proximité, notamment à caractère incestueux et également parricide avec les parents, qu'introduit ce corps nouveau. Tout un travail de familiarisation est nécessaire pour intégrer ce corps pubère. Celui-ci est vécu d'une manière très spécifique mais inconsciente, comme un représentant du lien avec les parents, autant que comme le corps propre de l'individu. Plus les adolescents auront eu, notamment dans la première enfance, des problèmes relationnels avec leurs parents, plus il y aura une problématique de dépendance mal résolue, plus le corps sera vécu comme un corps étranger. C'est compréhensible, parce que le corps c'est ce qu'on n'a pas choisi d'avoir ; il nous vient des parents ; c'est le lieu de l'expression des ressemblances avec les parents ; c'est le fruit de l'union des parents. Au fond, c'est le vécu de l'héritage, du destin, qui est ainsi véhiculé par le corps.

Le corps : théâtre des modifications de l'adolescence

Le corps est l'élément pivot de l'adolescence. C'est sa transformation sous l'effet des modifications hormonales de la

puberté qui introduit les changements de l'adolescence. Le corps de l'adolescent révèle les particularités de son statut psychique. Il participe intimement de la vie psychique. Il en est un révélateur et un des moyens d'expression privilégié. Il ne saurait cependant se confondre avec elle. Sa matérialité, la distance que la conscience réfléchie peut prendre par rapport à lui le rapprochent de la réalité externe ; « la réalité, c'est ce qui résiste », écrivait Jaspers. Le corps résiste, et c'est peut-être ce qui explique qu'il soit si fréquemment sollicité quand l'identité est mise à l'épreuve. On comprend que ce double statut d'appartenance au monde psychique interne et à la réalité externe lui confère une place privilégiée dans l'organisation et l'expression des manifestations psychopathologiques, dès lors que la problématique identificatoire est au premier plan. C'est évidemment tout particulièrement le cas à l'adolescence. Il est partie intégrante de la représentation de soi, mais en même temps il est perçu par la psyché comme corps étranger, dans la mesure où il échappe à son contrôle et la plonge dans une situation de passivité. La psyché assiste en effet impuissante aux transformations du corps qu'elle suit ou au maximum accompagne, mais qu'elle ne décide pas : les règles, les premières éjaculations, les caractères sexuels secondaires, autant de « réalités » qui s'imposent à elle. Il y a dans cet écart psyché/soma, tel qu'il se révèle crûment à l'adolescence, les prémices d'un possible clivage.

Le corps pubère apparaît comme le révélateur de l'ananké : cette nécessité qui s'impose à l'adolescent sans se soucier de ses désirs propres ; nécessité de la sexualité, c'est-à-dire d'appartenir à un des deux sexes ; nécessité de se soumettre aux apparences corporelles, héritage des parents ; nécessité de s'inscrire dans une filiation.

Mais qui plus est le corps de l'adolescent le trahit à plus d'un égard :

- il échappe au pouvoir de maîtrise du Moi, qui est un des acquis importants de la phase de latence, en étant le lieu essentiel d'expression des transformations de la puberté, effets de la physiologie et non

du pouvoir du Moi. Celui-ci peut se croire maître de ses pensées et de ses idéologies, il subit son corps ;

- il n'est plus l'écran protecteur derrière lequel l'enfant peut cacher pensées et désirs, mais devient la scène sur laquelle ses roueurs, sa gaucherie et son trouble révèlent ses émois et ses désirs les plus intimes ;

- il est le terrain privilégié de concrétisation et d'étalage de l'héritage des parents que les ressemblances physiques avec ceux-ci dévoilent au grand jour au point que l'adolescent peut ne plus savoir ce qui lui appartient en propre.

Ce corps étranger, qui perd avec l'adolescence sa familiarité, qu'il va falloir réapprendre à aimer et à assimiler à son image de soi, est aussi un corps incestueux, porteur des désirs du sujet, fruit de l'union des parents et création du sujet lui-même. Ce fut la tâche de toutes les civilisations de contribuer à apporter des solutions groupales et sociales à cette problématique de l'émergence d'un corps apte à agir les pulsions et de la nécessité d'une autonomisation par rapport aux liens de l'enfance. Elles l'ont fait notamment par l'intermédiaire des rites de passage qui sont l'expression sociale de ce travail psychique individuel demandé à chaque adolescent. On peut d'ailleurs être frappé que tous ces rites de passage se traduisent toujours par une inscription corporelle violente et douloureuse sur le corps même de l'adolescent qui vient ainsi stigmatiser la coupure d'avec l'enfance et l'affiliation au groupe des adultes. Ce besoin de réappropriation du corps propre, voire d'auto-engendrement, se traduira dans les marques (modes, tatouages, attributs divers...) que l'adolescent y inscrit et qui signent sa nouvelle appartenance, comme autant de rites à des fins strictement privées ou plus ou moins collectives (bandes, sectes...). En même temps que l'appartenance, la marque corporelle signe la rupture et la coupure d'avec le monde antérieur, celui de l'enfance et de la dépendance aux parents. Il nous paraît probable qu'il faille voir dans la violence exercée sur ce corps qui accompagne, même très atténuée, ces rites de passage, la tentative de figuration

de ce qui fait le plus violence à l'adolescent, à savoir la nécessité dans laquelle il se trouve de devoir rompre le cordon ombilical, se détacher du corps maternel pour conquérir une identité qui ne va pas de soi. On y trouve condensée l'importance du corps comme simulacre et moyen d'exorciser les désirs inconscients, ici de maintien du lien maternel.

La psychopathologie de l'adolescence montre que les troubles qui éclosent à cette période de la vie peuvent être analysés sous l'angle de l'expression d'une division du sujet lui-même qui est conduit à rejeter une part de lui vécue comme une aliénation possible à ses objets d'attachement, tandis que cette conduite de rejet contribue à lui permettre de s'affirmer en une identité négative qui ne devrait rien aux personnes investies. Ce processus de rejet et de réappropriation dans le négatif peut concerner le corps dans son ensemble, la pensée, ou tel ou tel élément du corps, telle ou telle fonction ou capacité. Il peut être extensif, s'étendre en tâche d'huile ou se focaliser à chacun de ces éléments. Mais il est un point commun à ces différentes manifestations qui autorise à les regarder comme participant d'un même processus, c'est que la partie du sujet qui est ainsi attaquée et rejetée est toujours un élément antérieurement investi et qui l'est en fonction d'un lien avec un des objets d'attachement privilégié du sujet. Ce qui est alors rejeté, c'est essentiellement ce lien en tant qu'il est vécu comme la manifestation d'une dépendance dangereuse à cet objet et l'expression d'un pouvoir aliénant possible de cet objet sur le sujet.

Revendiquer le droit à la différence

En cas de conflits identificatoires majeurs, le corps peut servir à assurer le maintien d'une identité défaillante. Il nous semble que le thème de la revendication du droit à la différence est un des moyens privilégiés dont dispose l'adolescent pour affermir une identité que ses conflits et sa dépendance profonde aux

parents en particulier menacent constamment. C'est un des points où l'influence des modèles culturels apparaît la plus importante et peut permettre de saisir les raisons des changements récents dans l'expression de la psychopathologie de l'adolescence. Ce droit à la différence s'est essentiellement exprimé dans les années 50 et 60 par le biais de la revendication d'une sexualité différente. Actuellement, il s'est déplacé sur le droit à disposer de son corps à sa guise, jusques et y compris dans ces formes extrêmes que sont le droit à le maîtriser ou à le détruire telles que : le droit au suicide, l'anorexie mentale, la mode punk avec ses attaques contre le corps et sa recherche d'enlaidissement, les multiples formes de soumission et d'offrande du corps à des fins sadiques, la propension des adeptes des sectes à imposer des formes souvent peu symbolisées de mutilation du corps.

Dans cette perspective on peut se demander si les troubles psychopathologiques des adolescents, notamment ceux à expression corporelle essentielle, n'occupent pas cette fonction de rite. Toute perturbation des conduites est devenue maladie et une forme socialement entendue et reconnue du malaise individuel. Par là, l'adolescent sort de sa solitude et finit par obtenir une réponse de l'entourage social sinon de sa famille directe. Mais en s'installant, le trouble perd sa valeur relationnelle de communication avec les autres et de cri de détresse et d'alarme, de rite encore socialisé, provoquant et sollicitant l'adulte, il se transforme en un rituel conjuratoire qui finit par s'enfouir dans le corps et devenir indéchiffrable. Le trouble devient une commémoration indéfinie de l'alliance ratée entre l'adulte et l'adolescent, au travers de la répétition monotone des mêmes troubles, des mêmes conduites pathologiques dans une sorte de ritualisation interminable qui caractérise la psychopathologie de l'adulte. Le trouble ne représente plus alors qu'un rite personnel qui n'est plus lié au consensus social, un acte « insensé » qui ne peut plus être reconnu que comme « maladie », pure énigme biologique ayant même cessé de poser la

question de son sens et de sa valeur de communication.

Le corps est ainsi un instrument privilégié à la disposition de l'adolescent pour l'aider à trouver une issue à son malaise identificatoire. Le risque de cette inscription corporelle des difficultés de l'adolescent est double. Elle se fait toujours sur le mode négatif de l'attaque du corps et contribue ainsi à dévaloriser et marginaliser davantage l'adolescent. Elle contribue à renforcer la méconnaissance des conflits de l'adolescence et le sens de sa plainte. Remarquons enfin que cette expression corporelle est davantage le fait des filles que des garçons et que le pronostic en est habituellement plus sévère chez ces derniers. Peut-être faut-il en chercher la raison dans le fait que la fille est plus intériorisée et qu'elle possède un corps semblable à celui de la mère, ce qui peut faciliter l'expression au niveau du corps des conflits d'identification. L'utilisation de cette voie par le garçon renvoie à une identification féminine importante qui le met en contradiction avec son identité et pourrait rendre compte de sa plus grande sévérité en mettant en cause l'identité même. ■

Philippe Jeammet

Psychiatre, chef du service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Hôpital international de l'Université de Paris

De la nécessité d'un système de soins et d'aides **spécifique aux adolescents**

DOCTEUR JEUNE
MÉDECINE DES ADOLESCENTS

Nulle plaque de ce genre n'a encore été observée à la porte d'un cabinet médical. S'il en existait une, sans doute serait-elle plus complète, et, même, autrement formulée.

À vrai dire, il y a peu de chances qu'un jeune titulaire d'un CFI (ou autre contrat-fiction-insertion) ait l'occasion de compter l'astiquage d'une telle plaque au nombre de ses activités de formation de technicien de surface.

Un système de soins et d'aides pour les adolescents ? Avant de répondre, attardons nous d'abord sur les mots, puis sur les maux, puis sur ceux qui incarnent ceux-là et traitent ceux-ci.

Soins

À l'adolescence, tout acte de santé est préventif même s'il ne semble être que curatif. L'implication de l'adolescent dans un processus de développement, où toute intervention peut marquer l'avenir, dit assez que la distinction traditionnelle entre prévention et soins curatifs est sans objet, sans justification possible.¹

Aides

À l'adolescence plus encore que dans la petite enfance, la belle parole mise dans la bouche de l'enfant par Maria Montessori prend tout son sens : « aide moi à faire tout seul »

Adolescent

« Il n'y a [...] d'adolescent que parce que le changement pubertaire travaille le

corps de l'enfant, bouleverse ses repères spatiaux et la linéarité de son développement physique. »

« L'adolescence peut se définir comme un temps et comme un travail : temps psychique, psychologique et psychoculturel de la puberté, travail essentiellement psychique d'intégration des nouvelles données que la puberté inaugure dans l'histoire du sujet. »²

Ils sont tellement variés, ténus ou violents, expression de la souffrance du bouleversement du corps, de l'esprit, des affects, des relations sociales... « L'acné, la guerre nucléaire »¹, les accidents de la route, les problèmes scolaires ou familiaux, les caries dentaires, les tentatives de suicide, les troubles des règles, la peur d'être trop petit ou trop grand...

Ils sont nombreux, ceux qui ont vocation à « prendre soin » des adolescents, et qui le font au quotidien : les équipes de santé scolaire, et notamment les infirmières d'établissements, les médecins généralistes et gynécologues, les équipes des services d'urgence, celles des centres de planification familiale, mais aussi beaucoup d'enseignants et d'éducateurs, investis d'un rôle soignant par ceux qui leur demandent disponibilité et écoute.

Quel système pourrait développer soins et aides dans la totale acception des mots cités ci-dessus, prendre en charge des maux d'une telle diversité, se substituer à tant de professionnels et à tant d'équipes non « spécifiques » (si l'on excepte les équipes de santé scolaire, qui constituent déjà un système spécifique de soins et d'aides) ?

Ce ne serait pas raisonnable.

Mais cela ne signifie pas qu'il ne faille pas des équipes hospitalières préparées à

l'accueil des adolescents suicidants ou à l'accompagnement de ceux qui sont atteints d'une maladie chronique ; des médecins gynécologues, généralistes, dermatologues désignés « bons pour les jeunes » par les jeunes eux-mêmes ; des gens capables d'écouter, dans les collèges, les organismes de formation, les centres d'information-jeunesse ; des centres d'accueil de crise ; des associations d'aide aux jeunes toxicomanes et à leurs parents ; peut-être des lieux polyvalents de conseil et d'aide dans certains centres-villes ou certaines banlieues. Non pas comme un système spécifique, forcément générateur de cloisonnement et d'exclusion, mais comme un souci, porté par les équipes et les institutions existantes, d'inclure les jeunes dans leurs préoccupations.

Ce qui doit être spécifique, c'est l'objectif global d'accueil des adolescents, et les modalités de cet accueil, ainsi que la formation adaptée des personnels de santé, sociaux, éducatifs. Ce doit être aussi la possibilité, pour les adolescents eux-mêmes, de choisir à qui ils veulent s'adresser, et cette liberté est par essence contradictoire d'un système qui leur serait spécifiquement destiné. ■

• Références

¹ Deschamps J.-P. L'adolescent et la prévention, au delà des cloisonnements, in Choquet M., Dressen Ch., *Adolescence plurielle*. Paris, CFES, 1993

² Birraux A. *L'adolescent et son corps*. Paris, Bayard Édition, coll. Païdos, 1994

Jean-Pierre Deschamps

École de santé publique, Faculté de médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1, Centre collaborateur OMS *Santé des adolescents et des jeunes*.

Bibliographie

Dossier réalisé par **Marie Choquet**, épidémiologiste, directeur de recherche, Inserm, U 169, **Geneviève Noël**, sociologue, responsable du programme « santé des jeunes », Fondation de France, **Renée Pomarède**, médecin de santé publique, chef du bureau « âges de la vie et population », direction générale de la Santé. En collaboration avec **Catherine Bernard**, médecin de la santé publique, direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine (p. XXI), **Sylvaine Boige-Faure**, médecin, directeur du service communal d'hygiène et santé, Valence (p. XXII et XXIII), **Virginie Halley des Fontaines**, médecin responsable d'une consultation pour adolescents et jeunes adultes, hôpital Saint-Antoine, Paris (texte p. XX à XXVI), **Danielle Livet**, médecin, conseiller technique, rectorat de Strasbourg (p. XXVI), **Yvonne Plouzenec-Bodenez**, conseillère technique-santé, mission locale de Brest (p. XXVIII), **Alain Braconnier**, psychiatre, directeur du centre Philippe Pomelle santé mentale du XIII^e, Paris (p. XIV et XV), **Jean-Paul Brugidou**, psychologue (p. XXIV), **François Chobeaux**, chargé de mission jeunesse, centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, Paris (texte p. XX à XXVI), **Daniel Cœur-Joly**, médecin de santé publique, conseil général du Val-de-Marne (p. XXV), **Olivier Galland**, sociologue, chargé de recherche, CNRS, Paris (p. II et III), **Claude Maréchal**, proviseur, lycée Godard Roger, Épernay (p. XXVII), **Michel Zorman**, médecin, conseiller technique, académie de Grenoble (p. XXIX).
Merci à **Christiane Dressen**, **Bernadette Roussille**, **Jean-Pierre Deschamps**, **Patrice Huerre**, **Philippe Jeammet** et **Daniel Marcelli** pour leur tribune.

Adresses utiles

Adolescence : identités, santé, société.
In : Prévenir, n° 23, 1992.

Adolescence plurielle. M. Choquet, Ch. Dressen. Vanves : CFES, 1993.

Adolescence, physiologie, épidémiologie, sociologie. M. Choquet, P. Alvin, O. Galland, F. Fraisse, S. Ledoux, C. Maréchal. Paris, Nathan, 1993.

Adolescences et institutions. L'état des lieux en Île-de-France. F. Rossolin. Fondation de France, AGF, 1994.

Adolescences. Paris : Fondation de France, coll. Repères, 1993.

Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle. A. Braconnier, C. Chilland, M. Choquet, R. Pomarède (sous la direction de). Paris : Bayard Presse/Fondation de France, 1995.

Adolescents. Enquête nationale. M. Choquet, S. Ledoux. Paris : Inserm, 1994.

Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Ph. Jeammet, E. Birot. Paris : PUF, 1994.

L'adolescence n'existe pas. P. Huerre, M. Pagan-Reymond, J.-M. Reymond. Paris : Éditions universitaires, 1990.

L'adolescence. *In : Science et Vie*, n° 188, sept. 1994.

L'adolescent. VIII^{es} journées nantaises des soins en pédiatrie. F. Rossolin. Paris : Fondation de France, AGF, 1995.

L'insertion des jeunes en difficulté. Rapport d'évaluation. Commissariat général du Plan. Paris : La documentation Française, 1993.

La démocratie familiale : histoire des relations parents-adolescents. M. Fize. Paris : Presses de la Renaissance, 1990.

Les lycéens. F. Dubet. Paris : Le seuil, 1991.

Parler du sida avec les adolescents. Une histoire d'amour. Ch. Ferron, A. Laurent-Beq. Vanves : CFES, Coll. La Santé en action, 1992.

Psychopathologie de l'adolescent. D. Marcelli, A. Braconnier. Paris : Masson, 1992.

Santé des Jeunes - Europe. Centre de formation des journalistes de Paris (CFPJ) Paris : Fondation de France, AGF, 1994.

Santé des Jeunes - France. M. Pernisco. Paris : Fondation de France, AGF, 1994.

Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie. O. Galland. Paris : Armand Colin, 1991.

Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville
Direction générale de la Santé
Bureau SP2
124, rue Sadi Carnot
92170 Vanves

Inserm
Unité 169
16, avenue Paul-Vaillant Couturier
94807 Villejuif

Fondation de France
40, avenue Hoche
75008 Paris

Comité français d'éducation pour la santé
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves

Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
194, avenue du Président Wilson
93217 La Plaine Saint Denis

Centre d'information et de documentation jeunesse
101, quai Branly
75740 Paris Cedex 15

Ministère de la Jeunesse et des Sports
78, rue Olivier de Serres
75739 Paris Cedex 15

Ministère de l'Éducation nationale
Direction des Lycées et Collèges
Bureau DLC D1
142, rue du Bac
75007 Paris

Poser le problème des indicateurs de santé, c'est poser le problème de la politique de santé

Le rapport du Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, débouche sur des propositions d'objectifs assortis d'indicateurs permettant de suivre leur réalisation. Armelle George-Guiton a été co-rapporteur du groupe de travail chargé des indicateurs dans le cadre de ce rapport*. Elle expose l'historique du concept d'« indicateur » et les choix effectués par ce groupe.

Lors de la préparation du rapport sur l'état de santé des Français, l'attention des rédacteurs a été appelée sur le terme *indicateurs* qui figure en toutes lettres dans le décret n° 91-1216 du 2 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la santé publique. Il est stipulé que le rapport doit comporter « des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis ».

Le terme *indicateur* était loin d'être univoque : les participants l'utilisaient dans des sens si différents qu'il fut nécessaire de procéder à un travail sémantique de fond pour parvenir à une définition consensuelle.

* Groupe de travail *indicateurs* présidé par le Dr Édith Pons.

Rapporteurs : Dr Anne Pinteaux (Sesi) et Dr Armelle George-Guiton (DGS).

Derrière la polémique sur le sens du terme *indicateurs*, c'est toute la question d'une séparation des responsabilités entre décideurs politiques et techniciens qui se profile. C'est l'indispensable indépendance et neutralité des statistiques qui est évoquée.

Définitions

Indicateur vient du verbe latin *indicare* : indiquer. Selon le Robert, le mot possède cinq significations différentes :

- personne qui se met à la solde de la police pour la renseigner ;
- livre servant de guide ou d'horaire ;
- instrument fournissant une indication sur une mesure ;
- corps qui change de couleur après une réaction chimique ;
- variable (économique) dont certaines valeurs sont significatives d'un état ou d'un phénomène.

Parmi les dictionnaires spécialisés consultés, seul le *Lexique économique* de chez Dalloz (1984) mentionne le terme qui représente, selon lui : « une notion générale désignant un outil de mesure ou un critère d'appréciation de l'état d'un phénomène à un moment donné ». Il développe la notion d'indicateurs sociaux (dont la paternité est attribuée à Jacques Delors) : « destinés à décrire et mesurer les phénomènes sociaux, afin de compléter les indicateurs économiques, lesquels conduisent à oublier les finalités sociales de la croissance », mais aussi il est dit que « les indicateurs sociaux sont des indicateurs d'objectifs et de résultats pour l'action à entreprendre ou déjà entreprise, dans des domaines que la puissance publique juge importants pour faciliter les changements sociaux. »

Dans cette définition coexistent donc deux fonctions pour les indicateurs : l'une, de description rétrospective, l'autre d'élaboration de repères prospectifs pour évaluer l'action.

Dans le cadre de la description rétrospective, la différence de nature entre les indicateurs d'une part et les « statistiques » d'autre part n'est pas simple. Une des conditions qui semblerait faire basculer de la notion de « statistiques » vers celle d'*indicateurs* serait le fait de disposer d'une série (plusieurs années ou

plusieurs régions) permettant d'apprécier les différences et les changements, et ce faisant d'apporter une dynamique. L'autre condition concernerait la force ou la densité du message transmis par l'indicateur, la pertinence du sens, la faculté de traduire rapidement et fidèlement un processus complexe.

Historique du concept en France

Un survol historique rapide permet de mieux comprendre la maturation progressive du concept au xx^e siècle.

Dans les années 50, le terme d'indicateur a commencé à être utilisé, principalement par les économistes, pour décrire les résultats de l'activité des différents secteurs de production, et faire des prévisions macro-économiques.

Dans la phase de reconstruction d'après-guerre, le besoin de disposer de plans de développement prioritaires s'était fait sentir, posant ainsi les jalons de ce qui allait déboucher, à la fin des années 50, sur une démarche de planification « à la française ».

Le début des années 70 marque un tournant. Après la création en 1962 d'une section statistique au ministère de la Santé, puis la reprise par l'Inserm en 1968 de l'exploitation des statistiques des causes de décès, l'élaboration, en 1970-71, par le ministère de la Santé de « tableaux statistiques » cherche à consolider le lien entre l'information et la décision.

Le concept « d'indicateurs sociaux » apparaît dans la littérature spécialisée à cette époque, dans la foulée de rapports pour les VI^e et VII^e plans. Ils avaient pour projet de donner une idée quantifiée du changement social, d'une part rétrospectivement, pour comprendre l'évolution des phénomènes historiques, et d'autre part prospectivement, pour orienter des choix politiques vers un but à atteindre et faire des projections dans l'avenir.

Dans un numéro de la revue *Recherche sociale* (juillet 1972), plusieurs articles exposent l'intérêt du concept, autant pour la recherche que dans une perspective opérationnelle. C'est dans

une double perspective, rétrospective et prospective, que les auteurs se situent. Même s'ils introduisent une typologie assez riche, on peut la simplifier en séparant les indicateurs de moyens des indicateurs d'objectifs (ou de structures et de performances suivant les chercheurs américains de la même époque).

Incontestablement, on observe à cette époque une très grande effervescence intellectuelle autour du concept « indicateurs sociaux », dont témoignent les bibliographies.

L'appropriation du terme indicateur par le monde des professionnels de santé français s'est faite entre 1970 et 1980, culminant dans l'article de 1979 de la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (W. Dab, M. Goldberg) qui introduit le terme de « sanométrie ».

Lors de la publication, en 1980, du rapport du doyen Cabanel *Pour une meilleure connaissance de l'état sanitaire des Français*, le terme semble assimilé. Dans un chapitre intitulé « Du croire au savoir », le rapport développe comment les indicateurs devraient permettre « d'articuler la connaissance, la décision, et l'action. Ils sont les instruments pour mesurer l'état de santé, identifier la nature et l'ampleur des problèmes de santé. Mais ils doivent aussi mesurer l'activité, l'état, et les résultats du système de santé ».

Le regard tourné à la fois vers le passé et vers l'avenir, telle est donc la mission encore dévolue aux indicateurs, dans les années 70.

Mais on commence à voir dès cette époque, une certaine préférence pour l'utilisation du terme d'indicateur comme « outil de mesure d'un résultat à atteindre ». C'est la position de ceux qui prônent la mise en place de programme de rationalisation des choix budgétaires (RCB), à l'image des « program planning budgeting system » (PPBS), dans lesquels les indicateurs sont construits pour une finalité déterminée. Un courant en faveur d'une utilisation restrictive du terme, limitée à la programmation opérationnelle et à l'évaluation du degré de réussite d'une action par rapport à l'objectif fixé se dessine alors.

Dans la série *santé pour tous* (n°4, 1981, *L'élaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisables dans la voie de la santé pour tous*), l'OMS définit les indicateurs comme étant : « des variables qui aident à mesurer, directement ou indirectement, les changements dans la situation sanitaire et à apprécier dans quelle mesure les objectifs et cibles d'un programme sont atteints. » (cf. *infra*)

En 1987, la direction générale de la Santé rédige une brochure sur les indicateurs de santé, qui commence par cette phrase : « Poser le problème des indicateurs de santé, c'est poser le problème de la politique de santé. »

En 1988, une recherche menée à l'initiative de la Commission des Communautés européennes explore les renseignements que peuvent fournir les données de mortalité « évitable » pour l'adaptation des services de santé. Les indicateurs de santé sont, dans ce cas, résolument tournés vers l'évaluation. Ils sont constitués par des séries de mesures supposées refléter les différentes facettes du système de soins et illustrer « leur production » dans une démarche de contrôle de leurs performances.

Enfin, en 1993, les ingénieurs de l'Institut français de l'environnement (Ifen) confrontés à la même problématique décident de ne retenir le terme d'*indicateur* que pour les objectifs à atteindre et d'utiliser le mot de *descripteur* pour l'observation de la situation.

Les indicateurs dans le contexte international

Dans un premier temps, les organisations internationales ont contribué à brouiller le sens du mot, puisqu'elles l'ont utilisé de façon double.

- L'OCDE a institué le programme d'indicateurs sociaux à la suite d'une déclaration des ministres en 1970 souhaitant la mise en place d'instruments de mesure du « bien-être » individuel. Le rôle de « descripteur » est donc principal.

- L'OMS (rapport technique n° 137, 1957) faisait également référence

au besoin de « mesurer les niveaux de santé ».

Mais l'infléchissement en faveur de la vision prospective s'est fait sentir dès 1971 (rapport technique n° 472, 1971), pour aboutir, à la suite de la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire (1978), sur une nouvelle gestion par objectif et budgétisation par programme, qui reposait par nature sur l'utilisation d'indicateurs à visée prospective.

On est donc passé d'une problématique d'observation à un processus de surveillance continue et d'évaluation, voire à une volonté « normative » très ambitieuse. Pour autant, l'OMS ne s'est pas désengagée de son rôle de boussole mondiale, de sa vision panoramique de la santé dans le monde. Mais elle l'a couplé avec une démarche stratégique correspondant à son rôle constitutionnel « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». L'OMS n'outrepasse donc pas ses missions, elle se donne les moyens de mieux les remplir.

En 1981, douze indicateurs mondiaux avaient été sélectionnés, représentant en fait 25 indicateurs de santé avec les subdivisions. En 1994, la stratégie mondiale a été révisée pour définir 27 buts accompagnés de 54 indicateurs servant à surveiller leur réalisation.

La région Europe a créé un système plus sophistiqué (38 buts et environ 160 indicateurs) mais bâti suivant la même logique.

L'OMS a permis de faire avancer la pensée dans trois directions novatrices :

- il ne faut pas confondre les indicateurs de moyens et ceux de résultats (d'*input* et d'*output* ou *out-come*) ;
- les indicateurs de l'état de « santé » (au sens global) débordent largement le champ de la maladie, *a fortiori* celui de la mortalité. Ils doivent comprendre des données de santé « positive », et des statistiques apparemment plus « sociales » mais dont l'influence sur la santé est déterminante ;

- le terme d'indicateur est surtout opérant pour une démarche de programmation par objectifs, celui de statistiques sanitaires (ou données ou paramètres)

continuant à convenir pour tout ce qui est relatif à l'observation de l'état de santé et à l'identification des problèmes.

■ L'Union européenne n'échappe pas à cette double nécessité de disposer d'outils d'observation de l'état de santé et de critères d'évaluation des politiques, qui soient communs à tous les pays membres. Ce besoin est devenu particulièrement pressant depuis la ratification du traité de Maastricht, puisque celui-ci prévoit, dans son article 129, la mise en œuvre d'une politique de santé publique commune en matière de prévention.

La Commission de l'Union européenne et le Haut Comité de la santé qui lui est rattaché ont mis en place, en liaison avec les pays membres, un groupe de travail qui vient d'identifier une série d'environ 800 « données sociales ». Dans le rapport préalable qui a été adressé en décembre 1994 aux pays membres, l'auteur introduit clairement la différence entre les « descripteurs » et les *indicateurs*, ces deux catégories ayant des finalités différentes. L'Union adopte donc (sans concertation) les mêmes conclusions que les ingénieurs de l'Ifen.

Face à cette polysémie, quel fut le choix du groupe ?

Cette revue des définitions et de l'historique montre donc que le concept d'indicateur a deux sens :

- certains professionnels utilisent le mot pour désigner « des instruments quantifiés pour décrire des situations, et identifier des problèmes ».
- d'autres réservent ce terme aux paramètres construits en fonction d'un objectif. Ils permettent alors de juger des résultats, de vérifier si l'objectif a été atteint.

Dans le rapport de 1994 sur l'état de santé des Français, si l'on avait retenu le premier sens, il eut fallu travailler de façon panoramique et construire un annuaire des statistiques jugées les plus pertinentes pour décrire l'état d'une situation et mettre en lumière les principaux « problèmes » existants...

Rien ne justifiait qu'un tel labour fut

réalisé par le Haut Comité de la santé publique. En toute logique, ce travail de « veille » devant être fait en « routine » revient au bureau de la DGS chargé de l'observation, lequel travaille en liaison avec le service des études statistiques du ministère (Sesi) et les instituts spécialisés (ORS, Insee, Inserm...).

Compte tenu de la réflexion menée sur les deux sens du mot, il a été jugé plus pertinent de retenir le second sens, ce qui a supposé que soient préalablement définis les objectifs à atteindre (réalisés par le groupe « objectifs »), pour ensuite sélectionner des indicateurs permettant un suivi et une évaluation de la politique mise en œuvre pour atteindre l'objectif.

Quel enjeu derrière cette étude sémantique ?

L'observation d'une situation doit respecter la plus grande neutralité possible. Le risque, dans le diagnostic d'une situation, est d'être influencé par des présupposés qui faussent le regard et font souvent trouver ce que l'on cherche.

Définir des objectifs est, par nature, un acte politique. Il semble alors préférable de dissocier les fonctions de description et d'identification des problèmes (fonction qui demande une indépendance par rapport au domaine politique) de la fonction de programmation (voire de planification, avec définition des indicateurs de suivi), même si ces deux fonctions ont souvent beaucoup d'interactions. ■

Armelle George-Guiton

Médecin inspecteur général de santé publique, direction générale de la Santé, sous-direction de la Veille sanitaire, bureau VS1

Les tableaux de bord régionaux sur la santé

Un outil pour comparer la santé dans les régions

En 1991, les Observatoires régionaux de la santé se sont engagés, sous l'égide de leur Fédération nationale, dans un travail en réseau tout à fait original et novateur : élaborer, selon une méthode commune, un tableau de bord régional sur la santé. Ce projet a abouti, en 1994, à la publication de tous les tableaux de bord régionaux.

Cette démarche est issue d'une réflexion commune du ministère de la Santé, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Conférence des Drass et de la Fédération nationale des ORS. L'objectif était d'aboutir à la production, dans toutes les régions, d'un document rassemblant des données comparables, et pouvant devenir un outil de référence pour la définition, le suivi et l'évaluation de la politique de santé.

Les ORS ont opté pour une présentation du tableau de bord sous forme d'un classeur qui se compose de 33 fiches thématiques indépendantes, traitant chacune d'un problème de santé, et regroupées en neuf grands chapitres. Cette présentation permet l'actualisation des fiches, la mise au point de nouvelles fiches, des diffusions thématiques ou des comparaisons régionales par thème.

Chaque fiche comprend quatre pages et propose un choix d'indicateurs, sous

forme de tableaux ou graphiques commentés, rendant compte de la situation régionale, de son évolution récente et d'une comparaison avec les moyennes nationales.

De nombreux experts et organismes nationaux et régionaux ont participé à l'élaboration de ces tableaux de bord, en leur apportant leurs connaissances spécifiques et en validant les informations et commentaires.

Une vaste synthèse nationale de tous les tableaux de bord est actuellement en cours de réalisation par les ORS. Elle proposera, pour la première fois, des comparaisons interrégionales sur l'ensemble des différents aspects de la santé.

Pour illustrer l'apport des tableaux de bord dans l'observation de la santé des régions, une brève comparaison entre la situation de trois régions est proposée ici : le Nord-Pas-de-Calais, l'Île-de-France et le Midi-Pyrénées.

Quelques données démographiques (en pourcentage)

	Nord-Pas-de-Calais 4 000 000 hab.	Île-de-France 10 700 000 hab.	Midi-Pyrénées 2 400 000 hab.
Population rurale	14	4	39
Moins de 20 ans	31	26	23
Plus de 75 ans	5,7	5,6	9,2
Ouvriers	37	22	27
Cadres	8	19	10
Agriculteurs	2	0,2	8
Taux de chômage	16	9	11
Bénéficiaires RMI	2,2	1,1	1,4
Bénéficiaires FNS	9	6	25

Source : recensement 1990, Insee

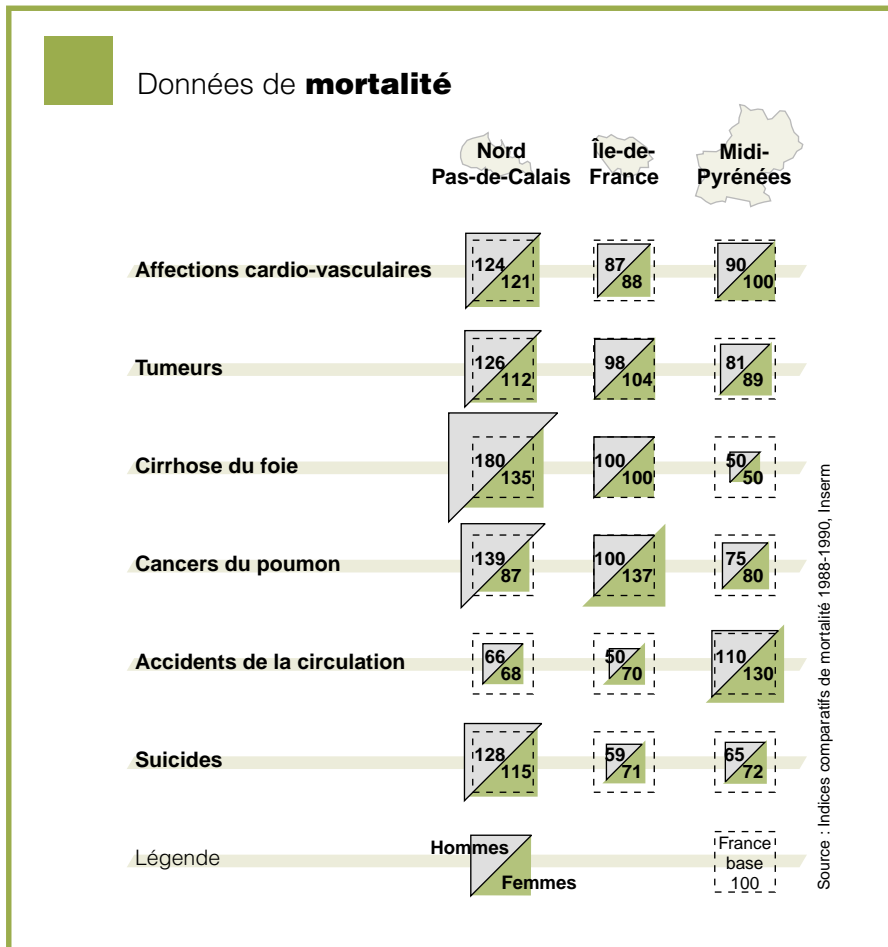
L'environnement physique et social

Le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France sont des régions peu étendues mais très peuplées, où 90 % des habitants vivent en milieu urbain. À l'opposé, en Midi-Pyrénées, région vaste et peu peuplée, 39 % de la population vit en milieu rural. La population est plus jeune dans le Nord et l'Île-de-France, alors que le Midi-Pyrénées est l'une des régions les plus « vieilles » de France, avec 9 % de personnes de plus de 75 ans.

Les structures socioprofessionnelles divergent aussi : beaucoup d'ouvriers dans le Nord (39 % de la population active), beaucoup de cadres en Île-de-France (19 %) et de nombreux agriculteurs en Midi-Pyrénées (8 %). Le chômage touche différemment ces régions et le Nord est celle qui doit faire face, en 1990, au taux le plus élevé (16 % de la population active), alors que l'Île-de-France est la région la moins touchée. Autre indicateur illustrant les difficultés du Nord, c'est la proportion de bénéficiaires du RMI : 2,2 % de la population (18-64 ans) dans le Nord et 1,1 % en Île-de-France. Les jeunes et les familles avec enfants sont particulièrement nombreux parmi les bénéficiaires du

RMI dans le Nord Pas-de-Calais. Mais, en Midi-Pyrénées, région plus âgée, il faut souligner que ce sont les personnes âgées qui sont parfois face à des difficultés : 25 % des plus de 65 ans sont bénéficiaires du Fonds national de solidarité, contre moins de 10 % dans les deux autres régions.

Les contextes historique, géographique, économique différents selon ces régions expliquent les contrastes qui s'accompagnent de comportements et de modes de vie différents. Les conséquences de ces phénomènes sont grandes en matière d'état de santé de la population, d'offre de soins et de prise en charge des problèmes de santé.



L'état de santé

L'espérance de vie à la naissance en Midi-Pyrénées et en Île-de-France est supérieure de 3 à 4 ans à celle du Nord-Pas-de-Calais. Cette situation est due à une mortalité plus élevée dans le Nord : elle dépasse de 20 % le niveau national. En revanche, l'Île-de-France et le Midi-Pyrénées bénéficient d'une mortalité inférieure respectivement de 6 % et de 8 % au niveau français.

La surmortalité dans le Nord-Pas-de-Calais touche les enfants de moins de 5 ans et les adultes de plus de 35 ans. Ainsi, la mortalité infantile (avant 1 an) est dans le Nord parmi les plus élevées des régions de France. D'autre part, les hypothèses avancées pour expliquer la surmortalité des adultes dans le Nord sont l'impor-

tance de l'alcoolisme et la fréquence des maladies respiratoires.

En effet, la mortalité liée à l'alcoolisme et au tabagisme atteint des niveaux très élevés dans le Nord : ainsi, par exemple, la surmortalité par cirrhose du foie est de 80 % par rapport au niveau national, alors que le Midi-Pyrénées enregistre une sous-mortalité de 50 % pour cette cause. De même, la mortalité par cancer du poumon dans le Nord est supérieure de 40 % à la moyenne française, et inférieure de 30 % en Midi-Pyrénées. Malgré la mortalité inférieure en Île-de-France et en Midi-Pyrénées pour toutes ces causes liées au tabac et à l'alcool, il faut souligner une surmortalité par cancer du poumon chez les femmes franciliennes.

En ce qui concerne les affections

cardio-vasculaires, première cause de mortalité dans toutes les régions, le Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée, alors que l'Île-de-France, à l'inverse, est la région la plus épargnée.

Autre situation difficile dans le Nord : les suicides. La mortalité qu'ils entraînent est supérieure de 25 % à la moyenne française et touche particulièrement les jeunes avant 35 ans.




En revanche, un point positif est à mettre au bilan du Nord-Pas-de-Calais : les accidents de la circulation tuent beaucoup moins (sous-mortalité de 35 % environ), alors que le Midi-Pyrénées enregistre une surmortalité pour ces causes. De même, les accidents du travail sont moins souvent graves dans le Nord que dans les deux autres régions, notamment le Midi-Pyrénées.

Enfin, deux autres fléaux touchent moins le Nord que les autres régions : le sida et la toxicomanie. En effet, l'Île-de-France est la région la plus touchée par ces deux phénomènes. Elle compte 1 131 cas de sida par million d'habitants (nombre de cas depuis l'apparition de la maladie) contre 86 seulement dans le Nord-Pas-de-Calais et 311 en Midi-Pyrénées.

L'offre de soins

Les potentialités régionales destinées à la prise en charge des problèmes de santé sont appréhendées, dans les tableaux de bord, par les indicateurs d'offre de soins : équipements hospitaliers, professionnels de santé, structures d'accueil pour enfants, pour personnes âgées, pour personnes handicapées...

Les trois régions comparées ici présentent des disparités nettes. D'une façon générale, l'offre en équipements et services sanitaires est moins importante dans le Nord : moins de lits hospitaliers, moins de médecins libéraux, notamment spécialistes, moins d'infirmières, de kinésithérapeutes... La situation inverse s'observe en Midi-Pyrénées et en Île-de-France, avec quelques différences entre ces deux régions : l'Île-de-France compte, par exemple, une très forte densité en médecins libéraux spécialistes,

L'offre de soins				
		Nord-Pas-de-Calais	Île-de-France	Midi-Pyrénées
Lits hospitaliers				
(pour 1 000 hab.)		4,5	5,7	5,2
Médecins libéraux (pour 100 000 hab.)				
Généralistes		97	105	122
Spécialistes		51	126	92
Places d'hébergement pour personnes âgées				
(pour 1 000 hab. de plus de 75 ans)		136	125	119
Personnes âgées bénéficiant de l'aide ménagère				
(pour 1 000 hab. de plus de 65 ans)		6,5	4,5	5,4

Source : Sesi, données 1990-1991

exerçant souvent avec des honoraires libres, alors qu'en Midi-Pyrénées c'est surtout la densité en généralistes libéraux qui est élevée et ceux-ci sont plus souvent conventionnés avec des honoraires fixes.

Les équipements médico-sociaux sont répartis différemment, et la situation du Nord est moins défavorable : ainsi, par exemple, les établissements et services pour personnes âgées sont relativement plus nombreux que dans les deux autres régions, de même que les centres d'aide par le travail pour adultes handicapés. En revanche, l'Île-de-France se situe à un niveau très inférieur aux moyennes françaises dans ces deux domaines.

La mise en évidence d'importants contrastes

L'analyse rapide présentée ici de quelques indicateurs issus des tableaux de bord permet néanmoins de bien rendre compte de l'écart important qui existe entre la situation sanitaire et sociale du Nord-Pas-de-Calais et celle de l'Île-de-France et du Midi-Pyrénées. Chômage, exclusion, offre de soins déficitaire, mortalité élevée... au Nord, mais moins de toxicomanie, moins de sida, moins d'accidents de la circulation.

Faible mortalité, équipements sanitaires très développés, densité médicale élevée... en Île-de-France et Midi-Pyrénées, mais impact très lourd du sida et de la toxicomanie pour l'une, et nombreux accidents de la circulation ou du travail et importante population âgée à prendre en charge pour l'autre.

Ce type d'analyse que permettent les tableaux de bord régionaux est en train d'être développé par la Fédération nationale des ORS : d'une part, une synthèse nationale de l'ensemble des tableaux de bord est en cours d'élaboration, et, d'autre part, des synthèses thématiques vont être réalisées, telle la première publiée en janvier 1995 sur les personnes âgées.

Danièle Fontaine

Chargée de mission, ORS Île-de-France

Information médicale pour l'aide à la gestion des établissements

Groupe Image

Sigle

Image

Date de création

Mars 1988

Statut

Centre de recherche de l'École nationale de la santé publique (ENSP), il bénéficie depuis 1995 d'un contrat de recherche Inserm.

Financement

ENSP

Effectif

19 personnes dont 15 chargées de recherche à temps partiel

Responsables

Directeur

Dr Marc Brémond, professeur à l'ENSP

Directeur scientifique

Gérard de Pourville, directeur de recherche au CNRS, mis à disposition de l'ENSP

Partenaires

Inserm • Facultés de médecine de Nancy, Montpellier et Rennes • Société de réanimation de langue française • Fédération des centres de lutte contre le cancer • Direction des Hôpitaux • Aunis • Mire • Sesi • CNAMTS • Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique • Université de Montréal

Coordonnées

Groupe Image
Antenne ENSP
Hôpital des Convalescents
14, rue du Val d'Osne
94410 Saint-Maurice
Téléphone : 43 96 64 18
Télécopie : 43 96 65 29

Missions

- Développer la recherche sur les modèles et instruments au service de la gestion des établissements de santé et de la régulation du système de soins,

- Participer à l'animation du changement autour de l'expérimentation de ces modèles et instruments,
- Intégrer les résultats de la recherche dans les enseignements de l'École.

Champs de recherche

L'exploration du PMSI

Élaboration d'outils méthodologiques sur l'organisation du système d'information hospitalier, les règles de description et de codage de l'activité, le contenu et les méthodes d'analyse de la classification *groupe homogène de maladies*, les règles de comptabilité analytique hospitalière.

Le rôle des systèmes d'information dans la gestion des établissements de soins

Recherches sur les modes d'organisation du travail en unités de soins. Analyse de la diffusion de l'informatisation dans les unités de soins.

La prise en charge du malade à l'hôpital et dans les réseaux de soins

- Analyse des modes de formation des réseaux dans le secteur sanitaire,
- Étude sur les modèles d'évaluation de l'efficacité des filières de soins.

Les outils d'analyse d'activités

- Participation à l'amélioration des outils d'analyse médico-économiques de l'activité hospitalière ; développement d'un modèle de description des actes médico-techniques,
- Description de l'activité en médecine générale ; information médicale et régulation économique de la médecine de ville.


L'analyse des besoins de santé

Étude sur l'organisation de l'offre de soins en chirurgie cardiaque dans différents pays européens ; travaux sur les modes de financement des hôpitaux publics ; recherche sur les instruments de la régulation de la médecine de ville ; recherche sur les opportunités de réorganisation des rapports entre payeurs, offreurs et usagers.

Publications

- *Lettre d'Image*, semestrielle, le point sur les activités du groupe
- Guide et Cahier d'Image
- Image rapport final convention 3088-301 ENSP-direction des Hôpitaux, tomes 1 et 2, Rennes, 1989
- Lombrail P. *et al.* *Aide à la production et au codage de l'information médicale*, Guide Image n° 2, 1991, Éditions ENSP, Rennes
- De Pourville G., Naiditch M., Comar L., *et al.* *Le processus de prise en charge des malades : analyse rétrospective à partir des GHM et gestion en temps réel des unités de soins*, Rapport final, convention n° 30-90-507, ministère des Affaires sociales, 1992
- Brémond M., Lombrail P. *et al.* *L'information médicale et la qualité : pour un usage raisonnable de l'information médicale*, Cahier d'Image N°2, 1992, Éditions ENSP
- De Chergé H. *Servir et gérer dans le domaine socio-sanitaire : comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ?* Thèse de doctorat en gestion de l'École polytechnique, 14 février 1992
- Acker F., Denis G. *L'informatisation des unités de soins : essai d'évaluation des expériences en cours*. Rapport de recherche Image-Cereq, 1993
- Actes du séminaire « L'accréditation en France : comment ? » Saint-Maurice 9-7 octobre 1993, Image, Éditions ENSP, 1994
- Frattini MO., Pibarot ML., Ribet-Reinhart N. *La construction d'un réseau gérontologique à partir de l'hôpital. Concepts et réalités*. Rapport final, Image, 1993
- De Pourville G. *Un scénario de régulation du système de soins en France : principes de base et architecture*, Santé 2010 - Équité et efficacité du système de santé : les enjeux. La documentation Française, 1993


Livres reçus

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.

ALCOOL


 **IL BOIT, ELLE DÉRIVE**
Une douloureuse quête d'identité
A. David
Paris : L'Harmattan, 1994,
252 p.

ENFANCE ET ADOLESCENCE


 **LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS AUTISTES**
J. Vivies, F. Varet
Paris : Igas, n° 94099,
octobre 1994, 61 p. & ann.

LE GUIDE DES 16-25 ANS
Service Droit des Jeunes,
CRIJ Nord-Pas-de-Calais
Paris : Syros, 1994, 591 p.


FILIÈRES DE SOINS

 **ENQUÊTE SUR LA DIALYSE RÉNALE**
H. Bonan, M.-A. du Mesnil
du Buisson
Paris : Igas, n° 94092,
septembre 1994, 122 p.


MÉDICAMENT

 **CONSOMMATION DE PHARMACIE EN EUROPE, 1992**
Allemagne, France, Italie,
Royaume-Uni
Th. Lecomte, V. Paris
Paris : Credes, n° 1048,
décembre 1994, 128 p.


PÉRINATALITÉ

 **LES MORTS MATERNELLES EN FRANCE**
M.-H. Bouvier-Colle,
N. Varnoux, G. Bréart
Paris : Inserm, coll.
Analyses et prospectives,
1994, 183 p.

PERSONNES ÂGÉES

 **L'ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE**
De la théorie à la pratique : géronte
R. Leroux
Rennes : ENSP, 1994, 64 p.
& 47 ann.

PERSONNES HANDICAPÉES

 **LES PERSONNES HANDICAPÉES EN FRANCE**
Données sociales 1995
A. Triomphe (dir.)
Paris : Inserm, CTNERHI,
hors série, coll. *Flash informations*, 1995, 301 p.

LES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES D'ÉDUCATION SPÉCIALE
Enquête annuelle 1992-1993

In : Documents statistiques,
n° 212, octobre 1994, 46 p.


L'ACCUEIL DES PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

sous la direction de G. Zribi
Rennes : ENSP, 1994,
127 p.


HISTOIRE POLITIQUE DU HANDICAP

De l'infirme au travailleur handicapé
P. Doriguzzi
Paris : L'Harmattan, 1994,
n° 223

POPULATION

 **PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET CHOIX COLLECTIFS**
In : Économie et statistique,
n° 274, 1994, 98 p.

PROFESSIONS DE SANTÉ

 **ACTES ET FONCTIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LEURS DIMENSIONS MÉDICALES ET SOCIALES**
J.-L. Gallais et col.
In : Documents de recherches en médecine générale, n° 45, décembre 1994, 108 p. & ann.

LE REVENU DES MÉDECINS LIBÉRAUX ET SES DÉTERMINANTS

Sesi
Paris : MASSV, 1995, 354 p.

SANTÉ PUBLIQUE


PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR

L. Neuwirth
Paris : Sénat, coll. *Les rapports du Sénat*, n° 138,
1994, 224 p.

Analyse

Le rapport « Soubie »

PROTECTION SOCIALE

 LIVRE BLANC SUR
LE SYSTÈME DE
SANTÉ ET
D'ASSURANCE
MALADIE
R. Soubie,
J.-L. Portos,
Ch. Prieur
Paris : La
documentation
Française,
coll. *Rapports officiels*,
1994, 549 p.

Par
Jean-Claude Henrard

SIDA

LE SIDA AU QUOTIDIEN De l'épreuve aux stratégies de vie

F. Nédélec
Paris : L'Harmattan, 1994,
196 p.

STATISTIQUES

LE FONDS NATIONAL DE
SOLIDARITÉ
Allocations et effectifs de
1956 à 1993, bénéficiaires
au 31 décembre 1993
In : *Documents statistiques*,
n° 211, novembre 1994,
88 p.

SYSTÈME DE SANTÉ

AN INTRODUCTION TO
HEALTH
POLICY, PLANNING AND
FINANCING
B. A. Smith
New York : Longman
Publishing, 1994, 237 p.


LE SYSTÈME DE SANTÉ
EN FRANCE
ORGANISATION ET
FONCTIONNEMENT
M. Duriez, S. Sandier
Paris : MASSV, Credes,
n° 50, juin 1994

SYSTÈME DE SOINS

 L'HÔPITAL ET LA
COOPÉRATION
INTERNATIONALE
Rapport au directeur des
hôpitaux
P. Mordelet
Rennes : ENSP, 1994,
287 p.

SANTÉ, SOINS ET
PROTECTION SOCIALE
EN 1993
Enquête sur la santé et la
protection sociale en
France
A. Bocognano,
N. Grandfils, Ph. Le Fur,
An. Mizrahi, Ar. Mizrahi
Paris : Credes, n° 1037,
octobre 1994, 180 p.

TOXICOMANIE

 LA DEMANDE SOCIALE
DE DROGUES
A. Ogien, P. Mignon
Paris : La documentation
Française, coll. *Drogues et
toxicomanies*, 1994, 246 p.

ALCOOL

IL BOIT, ELLE DÉRIVE une douloureuse quête d'identité

A. David
Paris : L'Harmattan, 1994,
252 p.

Travaillant sur le terrain, le
travailleur social est le mieux
placé pour savoir, comprendre,
aider, en l'occurrence ceux qui
sont passés insensiblement du
boire au boire déjà trop, puis à la
dépendance alcoolique, et écouter
ceux et celles qui les accompa-
gnent. .

L'auteur de ce récit, au travers
de témoignages vécus par les
conjoint(es) de ces malades, nous
raconte, sous forme de roman,
comment son héroïne découvre
que son mari est alcoolique. Elle
nous montre comment elle
accepte la réalité, cherche à com-
prendre la blessure dite d'alcool
pour la partager avec son mari et
tenter de l'aider et comment, de
ce fait, elle se découvre diffé-
rente.

Elle devine que l'alcool est un
révélateur des valeurs, des repré-
sentations individuelles et collec-
tives, des passions, des ambiva-
lences, des angoisses et des
espoirs de la condition humaine.
Toutes ses idées reçues basculent,
elle accoste une autre rive. Mais
peut-on la suivre sans idées
préconçues ?

ENFANCE ET ADOLESCENCE

LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AUTISTES

J. Vivies, F. Varet
Paris : Igas, n° 94099,
octobre 1994, 61 p. & ann.

Ce rapport présenté par deux
membres de l'Inspection générale
des affaires sociales (Igas) com-
plète les études précédentes et
notamment le rapport remis en

1991 au secrétaire d'État aux
handicapés et aux accidentés de
la vie. Il approfondit la réflexion
sur la prise en charge des adultes
autistes.

Bien que l'autisme soit raris-
sime, sa médiatisation permet
une meilleure information des
familles, pour qui les syndromes
autistiques restent mal compris et
cela malgré le désir des psycha-
nalystes, psychiatres, éducateurs.
Pourquoi opposer au lieu de
conjuguer les méthodes éducati-
ves et les soins appropriés ?

L'examen d'un certain nom-
bre d'articles, l'analyse des
données disponibles, la conduite
d'entretiens avec les différentes
parties concernées ont permis aux
rapporteurs de réaliser trois
objectifs : faire le point sur l'état
des différentes théories ; établir
un bilan de la situation actuelle
des enfants et adolescents autis-
tes en France ; préconiser des
solutions pragmatiques dont la
mise en œuvre serait possible
dans des délais raisonnables.

FILIÈRES DE SOINS

ENQUÊTE SUR LA DIALYSE RÉNALE

H. Bonan, M.-A. du Mesnil
du Buisson
Paris : Igas, n° 94092,
septembre 1994, 122 p.

Ce rapport fait le point sur l'or-
ganisation et les coûts de cette
filiale de soins. Elle concerne
environ 30 000 personnes dont 8
à 9 000 porteurs d'un greffon
rénal. Les autres 20 à 21 000
patients ont recours pour leur
survie soit à l'hémodialyse, soit
à la dialyse péritonéale, toutes les
deux astreignantes. Le coût glo-
bal annuel de l'ensemble de ces
soins est de quelque 7 milliards.

Pour limiter les conséquences
financières, mieux planifier et
réguler l'offre de soins d'une
population avançant en âge et
traitée pendant des périodes de
plus en plus longues, l'Inspection

générale des affaires sociales propose de :

- construire un véritable système d'information et établir « un indice de gravité et de dépendance » ;
- remplacer, dans la carte sanitaire, l'indice d'équipement en appareils d'hémodialyse par des indices d'activité pour chaque mode de dialyse ;
- développer la dialyse péritonéale à domicile et créer une rémunération spécifique pour la surveillance médicale des patients traités hors centre ;
- remettre en ordre les tarifs de dialyse, et rechercher des économies sur les frais de transport.

Pour les rapporteurs, la transplantation rénale doit rester la première priorité, qui permettra à la fois à l'assurance maladie de faire des économies et assurera une meilleure qualité de vie pour les patients. Une politique de prévention doit être mise en place pour éviter ou retarder l'apparition de l'insuffisance rénale chronique.

MÉDICAMENT

CONSOMMATION DE PHARMACIE EN EUROPE, 1992 Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni

Th. Lecomte, V. Paris
Paris : *Credes*, n° 1048,
décembre 1994, 128 p.

Quatre pays ont été étudiés dans le cadre de cette étude portant sur les ventes en officine de produits pharmaceutiques en 1992 : Allemagne, Italie, Royaume-Uni, France.

À partir de l'utilisation d'une unité de mesure, la DDD (defined daily dose ou dose quotidienne définie), six classes thérapeutiques (représentant au moins 38 % du marché dans chaque pays) ont été choisies pour leur importance dans la dépense et leur intérêt

thérapeutique : médicaments antiulcéreux, cardio-vasculaires, hypolipémiants, antibiotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et classe du système nerveux central.

Estimée en journées de traitement, la France présente une consommation la plupart du temps supérieure à celle des autres pays, exception faite des antiulcéreux et anti-inflammatoires non stéroïdiens, dont le niveau est inférieur à celui observé au Royaume-Uni ou en Italie. Les Britanniques sont les plus gros consommateurs d'antalgiques. L'Allemagne atteint des niveaux relativement élevés pour les anti-hypertenseurs, les vasodilatateurs périphériques et cérebreaux et les hypolipémiants.

Pour un ensemble de produits donné, les prix français et italiens sont les plus bas, mais sur l'ensemble des produits, la comparaison des prix moyens de la journée de traitement bouleverse le classement des pays et modifie les écarts de prix. Il s'avère qu'en France, comme en Italie, on utilise des produits plus récents et donc plus coûteux.

La mise en parallèle des résultats de consommation avec une brève description des systèmes de santé des quatre pays, permet aux auteurs de dégager les facteurs susceptibles d'influer sur le niveau de consommation pharmaceutique : prix de référence ou liste négative « sélective », méthodes de promotion des laboratoires, spécialisation de l'industrie pharmaceutique, facteurs socioculturels.

En conclusion, si certaines caractéristiques de l'offre et de la demande de soins sont délicates à interpréter, il apparaît qu'en France, la régulation des volumes produits par l'industrie pharmaceutique ainsi que l'approche médicalisée développée dans le cadre conventionnel des Références médicales opposables sont une meilleure réponse que les formes de limitation du rembourse-

ment par la sécurité sociale, inefficace à régler structurellement le problème de consommation de pharmacie.

PÉRINATALITÉ

LES MORTS MATERNELLES EN FRANCE

M.-H. Bouvier-Colle,
N. Varnoux, G. Bréart
Paris : *Inserm*, coll.
Analyses et prospectives,
1994, 183 p.

En France, les études concernant la mortalité maternelle lors de l'accouchement sont peu nombreuses et les données éparses, alors qu'elle se situe à un niveau plus élevé que dans les autres pays européens. De plus, comme pour la plupart des maladies, deux sortes de problèmes se posent : celui de la définition et celui des sources statistiques.

Les études réalisées depuis 1989 par une équipe de l'Inserm, présentées dans cet ouvrage, ont pour objectifs :

- d'améliorer la connaissance de la fréquence réelle de la mortalité maternelle en France et comparativement au reste de l'Europe ;
- d'avoir une idée exacte de la sous-estimation globale ;
- de classer les décès selon qu'ils sont de cause obstétricale directe ou indirecte ;
- de définir la proportion des décès maternels qui pourraient être évités et moyennant quelles conditions ;
- d'expérimenter la mise en place d'un système de surveillance, proche du modèle en usage en Angleterre-Pays de Galles et dans quelques autres pays.

La première partie du livre présente les données épidémiologiques, les facteurs évitables et les facteurs de risque (notamment les césariennes) des décès maternels. La deuxième partie est

consacrée à la description clinique des décès : l'hémorragie obstétricale est la première cause de mortalité (13 cas sur 39 décès étudiés). L'analyse des cas révèle qu'une majorité des décès auraient pu être évités si les soins avaient été adaptés. Ce constat débouche, dans la troisième partie, sur des mesures destinées à améliorer la sécurité de la grossesse et de l'accouchement.

Cet ouvrage devrait intéresser les médecins généralistes ou spécialistes, les épidémiologistes et les responsables de l'organisation des soins dans la mesure où il concourt au développement de l'évaluation des soins dans le domaine de la périnatalité.

PERSONNES ÂGÉES

L'ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE De la théorie à la pratique : géronte

R. Leroux
Rennes : *ENSP*, 1994,
64 p. & 47 ann.

Géronte est le modèle le plus utilisé en France pour l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées, en institution ou à domicile. Ce modèle, théorique, n'est pas uniquement un outil diagnostique. Il représente un véritable outil de base du projet de soin, permet de s'interroger sur les causes de la perte d'autonomie et enfin permet une circulation aisée de l'information.

C'est vers ce sens pratique qu'est orienté le livre de Robert Leroux sur l'évaluation gérontologique. La présence de nombreux exemples pratiques et d'un guide d'utilisation font de cette nouvelle édition plus un instrument de travail destiné à tous les professionnels de santé travaillant avec les personnes âgées, qu'un traité sur l'évaluation en gérontologie.

PERSONNES HANDICAPÉES

LES PERSONNES HANDICAPÉES EN FRANCE

Données sociales 1995

A. Triomphe (dir.)
*Paris : Inserm, CTNERHI,
hors série, coll. Flash
informations, 1995, 301 p.*

Les données statistiques sur les personnes handicapées et sur leurs conditions de vie sont un élément nécessaire à toute approche scientifique du problème. Elles constituent un préalable essentiel à toute action dans ce domaine. Le rapport de l'Inserm « réduire les handicaps » publié en 1985 dénonçait le manque de données épidémiologiques sur les personnes handicapées en France. La première édition de *Les personnes handicapées en France : données sociales*, a constitué une première réponse à cette demande. Cette seconde édition réactualise et élargit le champ des données par une approche plus transversale que la première. Les données concernant l'épidémiologie, la prise en charge institutionnelle, la scolarisation, l'emploi, le budget y sont analysées et représentent une avancée importante dans la connaissance de la situation des personnes handicapées dans notre pays.

POPULATION

PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET CHOIX COLLECTIFS

*In : Économie et statistique,
n° 274, 1994, 98 p.*

À quoi ressemblera la population française en 2010 ou 2050 ? La démarche de ce numéro spécial est non pas prophétique, mais consiste à examiner les tendances

actuelles et faire des prévisions sur cette base tant au niveau national que régional.

On y trouve d'une part des analyses de type purement démographique : évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations ; d'autre part, des analyses sociologiques sur trois groupes particuliers : les exploitants agricoles, les effectifs scolaires et le corps médical.

Sur ce dernier groupe, on constate une décelération du nombre de médecins depuis 1978 qui devrait s'accroître à partir de 2010 (mesures de régulation depuis les années 60, *numerus clausus*). Les changements structurels prévisibles modifieront la question de l'adéquation de l'offre médicale à la demande. La féminisation et le vieillissement de la profession devraient s'accroître, surtout parmi les généralistes.

PROFESSIONS DE SANTÉ

ACTES ET FONCTIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LEURS DIMENSIONS MÉDICALES ET SOCIALES

J.-L. Gallais et col.
*In : Documents de
recherches en médecine
générale, n° 45, décembre
1994, 108 p. & ann.*

Cette étude, financée par le Fonds d'intervention en santé publique et conduite par la Société française de médecine générale, a été menée auprès de 250 médecins, majoritairement du secteur 1 (81 %). Elle porte sur 11 393 séances de consultation et visites et 14 959 actes de communication, et aborde aussi bien l'organisation et les conditions d'exercice des médecins que la relation avec les patients et les autres professionnels de santé. Outre la connaissance du patient (84,6 %

PROTECTION SOCIALE

LIVRE BLANC SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET D'ASSURANCE MALADIE

R. Soubie, J.-L. Portos, Ch. Prieur
*Paris : La documentation Française,
coll. Rapports officiels, 1994, 549 p.*

Le rapport se propose de nourrir le débat préalable à tout choix politique majeur en matière de système de santé et d'assurance maladie et de suggérer les réponses qui paraissent concilier, aujourd'hui, le maximum d'efficacité avec un consensus minimal. Le constat est connu : le système de soins (et non pas de santé) coûte cher, en France, pour une efficacité moyenne par rapport aux pays comparables : la mauvaise définition et le mauvais usage des responsabilités entre l'État et les organismes de Sécurité sociale, le déficit d'instruments de régulation sont les principaux facteurs structurels. L'absence de volonté de la puissance publique, l'absence de « discipline » des professions de santé en matière de coûts des prescriptions s'y ajoutent. Les expériences étrangères montrent la conjugaison d'instruments destinés à assurer la maîtrise des coûts et à accroître l'efficacité des sommes allouées. L'exercice se poursuit avec les options allant du tout État à la régulation du marché de l'assurance à partir d'exemples étrangers, le passage en revue des instruments de régulation. Cet exercice technico-académique ne prend pas en compte l'analyse des jeux d'acteurs (État, partenaires sociaux, professionnels, usagers) dans un système structurellement déficient. Aucune explication idéologique, aucune prise en compte du complexe médico-industriel, de l'absence d'engagement dans la gestion du système des professionnels – contrairement à d'autres pays – de l'aliénation des usagers face au pouvoir médical, du fonctionnement de l'administration, de la faiblesse de la société civile, tout élément essentiel pour expliquer les blocages. Faute de quoi les solutions proposées sont intemporelles et technocratiques s'appuyant sur des principes généraux sans avancer de solutions pour les faire expliquer : comment impliquer les acteurs du système dans une démarche vertueuse, comment développer les préoccupations de santé publique sans faire de la santé un problème politique et montrer les limites du modèle biomédical face à ces préoccupations ?

Jean-Claude Henrard

des séances concernent des patients réguliers), l'activité de communication du médecin généraliste avec d'autres professionnels du secteur médical et social tient une place importante (9 actes de communication pour 10 séances). La synthèse des éléments recueillis permet de dresser un tableau de la semaine moyenne de travail.

Cette mise à plat des tâches du médecin généraliste a pour objectif de donner des éléments de réflexion pour l'élaboration de la politique de santé publique.

SYSTÈME DE SOINS

L'HÔPITAL ET LA COOPÉRATION INTERNATIONALE Rapport au directeur des hôpitaux

P. Mordelet
Rennes : ENSP, 1994, 287 p.

La participation des hôpitaux à des actions de coopération internationale est active et ancienne, mais se limitait, jusqu'à présent, aux échanges universitaires et à la formation des médecins étrangers. La loi du 31 juillet 1991 ouvre la voie vers une participation plus active des hôpitaux dans tous les domaines de la coopération hospitalière. Ce rapport, demandé par la direction des Hôpitaux, a pour but non seulement de dresser un bilan des actions internationales des hôpitaux français, mais aussi d'évaluer les évolutions possibles de ce secteur et de proposer une méthodologie appropriée pour des activités qui n'entrent pas dans les missions traditionnelles de l'hôpital. Il s'agit avant tout d'un outil pragmatique, destiné à tous les professionnels hospitaliers intéressés par la coopération internationale, et qui se termine par trente et une propositions destinées à promouvoir l'image

de la France médicale et hospitalière dans le monde.

TOXICOMANIE

LA DEMANDE SOCIALE DE DROGUES

A. Ogien, P. Mignon
Paris : La documentation Française, coll. Drogues et toxicomanies, 1994, 246 p.

Le phénomène de la consommation de drogues induit des réactions paradoxales : chacun se sent dépositaire du problème et éventuellement juge, tandis que les disciplines concernées par la question (santé, droit, sociologie, etc.) lui donnent une place quel que peu marginale.

Cet ouvrage tente de construire une connaissance objective sur le sujet. Les auteurs qu'ils soient sociologues, économistes, épidémiologistes, neurobiologistes ou juristes s'efforcent de distinguer les différentes pratiques liées à la consommation de drogues et de substances psychoactives. Ils ont le souci de démêler ce qui relève de la sociologie (conditions de vie marginales), des obstacles ajoutés à la consommation (l'interdiction qui surdétermine le problème) et du soin.

Les contributions sont organisées en quatre parties : la sociologie et l'épidémiologie du phénomène, le savoir clinique, la connaissance pratique (surveillance épidémiologique et intervention) et la production normative en justice et en politique.

Hafosa Ali, Claudine Le Grand, Nicolas Nathan, Patricia Siwek et Marie-Josèphe Strbak ont rédigé ces notes.

Législation & réglementation

ANESTHÉSIE

Établissements de santé et pratique de l'anesthésie
Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994
JO du 8 décembre 1994

BRUIT

Effets du bruit sur la santé
Circulaire DGS/VS3 n° 3 du 11 janvier 1995
Non parue au *JO*

CONTRÔLE DE QUALITÉ

Contrôle de qualité des analyses de biologie médicale
Décret n° 94-1049 du 2 décembre 1994
JO du 8 décembre 1994
Bonne exécution des analyses de biologie médicale
Arrêté du 2 novembre 1994
JO du 4 décembre 1994

MÉDICAMENTS

Conditions de prescriptions et de délivrance des médicaments à usage humain
Décret n° 94-1030 du 2 décembre 1994
JO du 3 décembre 1994

PERSONNES ÂGÉES

Établissements pour personnes âgées : création de places médicalisées
Circulaire DAS/RV2 n° 94-37 du 23 décembre 1994
Non parue au *JO*

PERSONNES EN DIFFICULTÉ

Actions de santé en faveur des personnes en difficulté
Circulaire DGS/SP2 n° 88 du 1^{er} décembre 1994
Non parue au *JO*

PROFESSIONS DE SANTÉ

Programme et modalités de travail des pharmaciens inspecteurs de santé publique pour l'année 1995
Circulaire DGS n° 14 du 16 février 1995
Non parue au *JO*

SANTÉ PUBLIQUE

Dépistage systématique de l'intoxication par le monoxyde de carbone
Circulaire DGS/VS3 n° 86 du 28 novembre 1994
Non parue au *JO*

SERVICES DÉCONCENTRÉS

Missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales
Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994
JO du 7 décembre 1994

TOXICOMANIE

Orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes
Circulaire DGS/SP3 n° 8 du 11 janvier 1995
Non parue au *JO*

La santé en France

Colloque à la cité des Sciences et de l'Industrie



À l'occasion de la sortie du rapport « La santé en France », le Haut Comité de la santé publique et la cité des Sciences et de l'industrie ont organisé, le 11 mars 1995, deux tables rondes : « L'inégalité face à la santé » et « La responsabilité du citoyen et la politique de santé », avec le concours du journal *Santé Magazine*. Le rapport *La santé en France* présente un

bilan de l'état sanitaire du pays, analysant ses forces et ses faiblesses et mettant en évidence les facteurs qui agissent sur la santé. Ce colloque, ouvert à tous, a rassemblé près de 400 personnes.

« Une journée exemplaire du dialogue qui doit s'établir entre institutions, politiques et citoyens », c'est ainsi que Christian Charpy, directeur de cabinet du ministre délégué à la Santé, qualifia ce colloque, en introduisant les débats. « Il convient de faire participer activement les citoyens aux enjeux de santé publique », poursuivait-il.

Si la santé s'est améliorée ces dernières années, deux problèmes majeurs demeurent : la disparité selon les origines sociales et les disparités régionales.

Pour Philippe-Jean Parquet, psychiatre, membre du HCSP, qui présentait les grandes lignes de *La santé en France*, un des buts de ce rapport est atteint : la mobilisation des différents acteurs de santé. « La démarche du Haut Comité s'inscrit dans le long terme et la co-activité entre spécialistes, décideurs et citoyens » a-t-il rappelé.

L'inégalité face à la santé

Les progrès réalisés en matière de santé ne profitent pas à tous. Pour Bernadette Roussille, rapporteur général de *La santé en France*, qui présentait ces disparités et leurs déterminants, « la santé est la chose au monde la plus égalitaire – nous devons tous mourir –, et la plus inégalitaire puisque nous mourrons plus ou moins tôt et nous vivons en plus ou moins bonne santé ». Parmi les disparités, il faut relever la différence d'espérance de vie entre hommes et femmes : 8 ans, liée à la surmortalité masculine avant 65 ans. Elle indiquait aussi que « la mortalité entre 25 et 65 ans est 2,5 fois plus importante chez les ouvriers que chez les cadres ». Les habitudes de vie sont responsables de 50% de ces décès prématurés (principalement dus à l'alcool, le

tabac et la vitesse). « *Les comportements à risque sont des marqueurs sociaux, expliquait Bernadette Roussille, il y a près de trois fois plus de cancer du poumon chez les ouvriers-employés que chez les cadres* ». La consommation de soins est très élevée en France. L'augmentation ces dernières années a resserré l'écart entre groupes sociaux. La consommation est devenue relativement égalitaire, mais sa nature est différente, les ouvriers ont, par exemple, davantage recours à l'hôpital. B. Roussille soulignait l'importance des habitudes de vie, « *on peut donc attendre davantage de la prévention que de l'amélioration du système de soins* » a-t-elle conclu.

Comment pallier ces inégalités ? Que se passe-t-il sur le terrain ? C'est ce que sont venus présenter les participants à cette première table ronde.

Pour Jean-Marie Habar, médecin généraliste, intervenant en toxicomanie, président de l'association Trait d'union, « *les personnes exclues des soins pourraient y avoir accès en étant mieux informées* ». Le rôle des médecins généralistes est très important, a-t-il remarqué, et il faudrait accroître leur collaboration avec les services sociaux.

Anick Lestage, inspectrice de l'Éducation nationale, qui s'occupe d'une circonscription d'écoles primaires en Seine-Saint-Denis, expliqua que « *l'éducation à la santé a été introduite récemment dans l'école. Pédagogiquement, l'élève est mis en situation, ce qui lui permet de comprendre les enjeux pour sa santé et d'adopter lui-même les comportements qui s'imposent* ».

Enfin, Michel Ghysel, médecin, député du Nord, précisait que la politique pratiquée par les collectivités territoriales met à la disposition des citoyens, non seulement des ressources thérapeutiques, mais aussi des lieux d'accueil. « *Le Conseil général du Nord, a-t-il indiqué, a mis en place douze centres santé prévention répartis sur tout le département* ». M. Ghysel a rappelé aussi toutes les actions entreprises ou soutenues par le Conseil général : consultations de PMI, lutte contre la maltraitance, vaccinations, actions d'insertion...

Responsabilité du citoyen et politique de santé

Prendre sa santé en charge ou multiplier les risques relève du comportement individuel qui n'est, cependant, pas indépendant d'une responsabilité collective. Quel peut être le rôle des professionnels de la santé dans l'éducation du citoyen ?

Informier

Pour Gilles Errieau, médecin généraliste, membre du HCSP, « *le médecin se situe dans le champ de la réparation des pathologies, or, on lui demande de plus en plus de maintenir les gens en bonne santé* ». Cela passe par l'information. Gilles Errieau a cité l'exemple du Code européen contre le cancer, qui donne un certain nombre de recommandations, dans le but de faire diminuer la mortalité par cancer. « *Le médecin généraliste peut faire en matière de tabac, une information systématique. Ceci est efficace, puisqu'on a constaté au bout d'un an, une baisse de consommation d'environ 4 % dans la clientèle des médecins qui pratiquaient ce type d'information* ».

Plaidoyer pour un débat public

Étienne Caniard, secrétaire général de la Fondation de l'Avenir et membre du HCSP, aurait préféré aux termes *éducation pour la santé*, ceux de *réappropriation de sa santé par le citoyen*. « *Or, a-t-il constaté, 2,3% des sommes courantes de santé sont affectées à la prévention* ». Il est nécessaire de réorienter le système de soins et d'avoir une approche globale de santé publique. Étienne Caniard propose d'augmenter le nombre de débats publics : « *l'amélioration de la santé nécessite l'implication simultanée des professionnels de santé, des malades, des associations et des pouvoirs publics* ».

Pour Philippe-Jean Parquet, le débat actuel est celui qui permettra de définir « *quel dispositif de soins et dispositif de maintien et d'amélioration de la santé nous voulons mettre en place* ». Une grande partie du système de soins est aujourd'hui utilisée comme un système

d'accueil, d'accompagnement. Les professionnels de santé sont devenus des conseillers de la gestion de la santé.

Au cours des débats qui ont suivi ces deux tables rondes, des questions aussi diverses que la couverture sociale, le carnet de santé, l'alimentation, les essais thérapeutiques, etc. ont été abordées, montrant bien à quel point la santé est un problème de société.

« *Ce fut une journée riche et polythématique*, soulignait le professeur Guy Nicolas, vice-président du Haut Comité, *le Haut Comité vient d'entrer dans une nouvelle étape pédagogique, qui consiste à sensibiliser l'ensemble de la population aux problèmes de la santé* ». Il a annoncé que d'autres débats thématiques seraient organisés, ainsi que des débats régionaux. Enfin, un livre de poche paraîtra prochainement, destiné au grand public, il expliquera ce que sont les problèmes de santé. « *Il faut en finir avec l'idée que santé égale maladie, et protection sociale égale remboursement* », concluait le professeur Nicolas. ■ P. S.

Groupe de travail sur le diabète

Proposer des actions de santé publique dans le domaine du diabète sucré, c'est la mission du groupe de travail qu'a constitué le Haut Comité de la santé publique, à la demande du directeur général de la Santé.

Ce groupe, présidé par le D^r Gilles Errieau, réunit des diabétologues, des représentants de plusieurs associations et groupes de recherche travaillant dans le domaine. Il devra notamment dégager une méthodologie d'éducation des patients à la prise en charge de leur maladie qui soit modélisable à l'ensemble des affections chroniques.

Paris

La santé en France

À la suite de la présentation du rapport *La santé en France*, le Haut Comité de la santé publique et la Cité des sciences et de l'industrie de la Villette organisent un cycle de conférences « santé » qui auront lieu de 17 à 19 heures, les mercredis :

- 5 avril 1995 •

Les maladies psychosomatiques

- 3 mai 1995 •

Usages, abus et dépendances dans la vie quotidienne

- 17 mai 1995 •

Santé et environnement

- 7 juin 1995 •

Santé, emploi, exclusion

Renseignements

Cité des sciences et de l'industrie

Département conférences
30, avenue Corentin Cariou
75019 Paris

Téléphone : 40 05 81 28

Télécopie : 40 05 70 92

Bruxelles

Le 8 avril 1995

L'éducateur pour la santé : acteur et formateur

Journée d'éducation pour la santé

Renseignements

M^{me} N. Noris

Unité d'éducation pour la santé

RESO-UCL

Avenue Mounier 50

1200 Bruxelles

Téléphone : 02 764 50 70

Télécopie : 02 764 50 74

Paris

Du 4 au 9 avril 1995

VIH & sida

Festival international du film

Renseignements

Frédérique Chaberty

ACI

31, rue des Recollets

75010 Paris

Téléphone : 42 09 30 26

Rennes

Les 3 et 4 avril 1995

Les indicateurs au service d'une politique de la ville

Colloque organisé par le Service communal d'hygiène et de santé de Rennes pour servir de plateforme d'échanges entre différentes initiatives et expérimentations prises par les acteurs de la ville vis-à-vis de l'environnement.

Renseignements

Hôtel de ville de Rennes

BC (DEGD)

BP3126

F-35031 Rennes Cedex

Cannes

Les 28 et 29 avril 1995

Nutrition - infection VIH

Première conférence internationale

Renseignements

LSO International

23-25, Boulevard Vautrin

06400 Cannes

Téléphone : (16) 93 94 16 00

Paris

Les 8 et 9 juin 1995

Infections transmissibles par le sang : risques professionnels et prévention

Colloque international organisé par l'Association internationale de la sécurité sociale (comité secteur santé) et par le Comité international de l'AISS pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur santé.

Renseignements

Colloque AISS Secteur santé

INRS

Service études et assistance médicales

30, rue Olivier Noyer

75680 Paris cedex 14

Télécopie : 40 44 30 99

et M. E. Le Blan

Stratis

39, rue Censier

75005 Paris

Téléphone : 43 31 44 11

Marseille

Le 16 mai 1995

Éthique et économie de la santé, les choix impossibles

Informations-débats dans le cadre d'un cycle de conférence sur la santé organisées par le Centre de culture scientifique, technique et industriel (CCSTI) Provence-Méditerranée

Renseignements

CCSTI

55, rue Sylvabelle

13006 Marseille

Téléphone : (16) 91 53 37 37

Paris

Le 20 mai 1995

Alcoolologie et prise en charge familiale

Réunion de la Société française d'alcoolologie

Renseignements

SFA

16, rue Picot

75116 Paris

Téléphone : 47 04 44 97

Saint-Malo

Du 10 au 12 mai 1995

Le soin infirmier dans le système de santé : quel avenir pour quel soin infirmier ?

Congrès international organisé par l'École nationale de santé publique en partenariat avec le Centre des sciences hospitalières et médico-sociales de l'Université catholique de Louvain

Renseignements

Marie-Claire Dugast

Service communication (ENSP)

Téléphone : (16) 99 02 27 92

Télécopie : (16) 99 02 28 66

Page réalisée avec la collaboration du

Comité français d'éducation pour la santé

Genève

Le 31 mai 1995

The economics of tobacco control

Journée mondiale sans tabac
Renseignements

Dr JR Menchaca

WHO Tobacco or Health programme

20, avenue Appia

Ch- 1211 Genève

Suisse

Téléphone : (41 22) 791 2111

Télécopie : (41 22) 791 0746

Dijon

Les 28 et 29 juin 1995

Administrer la santé

Premier colloque organisé par la Conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales.

Les débats permettront d'interroger les rôles respectifs de l'État, des partenaires sociaux, de préciser le rôle du citoyen face au système de santé et de tirer les premières leçons de la planification sanitaire régionale

Renseignements

Drass des Pays-de-la-Loire

M. D. Colin

MAN

Rue René Viviani

44062 Nantes Cedex 02

Téléphone : (16) 40 12 80 00

Télécopie : (16) 40 12 80 77

Nancy

Du 3 au 6 juillet 1995

Épidémiologie et santé publique

20^{es} journées scientifiques de l'Adelf organisées en collaboration avec l'École de santé publique de Nancy.

Renseignements

Les congrès Adelf - SFSP

BP 7

54501 Vandœuvre-lès-Nancy

Téléphone : (16) 83 44 39 17

Télécopie : (16) 83 44 37 76

10
mars 1995

Actualité et dossier *en* santé publique

S o m m a i r e

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
Prélèvements et greffes d'organes :
genèse d'une législation, *Gérard Benoît*
- **5 Organisme**
Association nationale de prévention de
l'alcoolisme
- **6 International**
La protection sociale santé en Europe
centrale : une transition inachevée, *Diane
Lequet, Marc Duriez*
- **9 Formation**
Enquête sur le devenir professionnel des
internes de santé publique
- **10 Europe**
Lecture entre les lignes d'un Conseil santé,
André Ernst
Où en est l'Observatoire européen des
drogues et de la toxicomanie ?
- **13 Alcoologie**
Le travail de prévention en milieu
professionnel, *Jean-Paul Thomas,
Marie Choquet*
- **15 Statistiques**
Poser le problème des indicateurs de
santé, c'est poser le problème de la
politique de santé,
Armelle George-Guiton
- **18 Régions**
Les tableaux de bord régionaux sur la
santé : un outil pour comparer la santé
dans les régions,
Danièle Fontaine
- **21 Recherche**
Groupe Image : information médicale pour
l'aide à la gestion des établissements
- **22 Documentation**
- **26 Législation & réglementation**
- **27 L'actualité du Haut Comité**
La santé en France, colloque à la cité des
Sciences et de l'Industrie
Groupe de travail sur le diabète
- **29 Calendrier**

La santé des jeunes

Dossier réalisé par
Marie Choquet,
Geneviève Noël et
Renée Pomarède

- **II Approche sociologique**
- **IV Répères épidémiologiques**
- **X Dispositif institutionnel**
- **XVI La protection sociale**
- **XVIII Utilisation du système de
soins par les jeunes**
- **XX Questions pour la prévention**
XX Vécu de la santé
XXIX Pour aller plus loin dans la
prévention
- **XXX Tribune**
- **XL Bibliographie
Adresses utiles**

*haut
comité
de la
santé
publique*

*2, rue Auguste Comte
92170 Vanves*

téléphone 46 62 42 80

télécopie 46 62 42 55