

Dr. Pierre-
André
Michaud,
Professeur
associé et
médecin chef,
Unité multi-
disciplinaire
de santé des
adolescents

Les adolescents et leur santé: quelles réponses de la part des professionnels?

L'image que se font de la santé des adolescents le public et les professionnels rend compte des difficultés très souvent rencontrées dans ce domaine. Cette image oscille en effet entre deux extrêmes: pour les uns, les adolescents sont avant tout en pleine forme. Comme ils consultent peu, ils ne mériteraient donc pas qu'on s'y intéresse particulièrement. Pour les autres au contraire, ils cumulent risques et problèmes, qu'il s'agisse d'accidents, de grossesses non planifiées ou d'usage abusif de psychotropes¹.

Si la réalité se situe sans aucun doute entre ces deux pôles, au moins faut-il constater que ce flou dans la perception de la situation des adolescents est entretenu par l'ambiguïté de leur statut dans nos sociétés contemporaines, comme le relève D. le Breton dans son article. Cette ambiguïté, voire ce paradoxe, est entretenu par les adolescents eux-mêmes, qui sont bien au fait des déterminants de leur santé et semblent à première vue y être très attachés, mais qui, dans la réalité, démontrent par leurs comportements que d'autres valeurs président aux choix qu'ils font dans leur vie courante, des valeurs telles que l'amitié, le goût de l'expérimentation, la recherche de plaisir. En cela, ils ne diffèrent au fond pas autant des adultes qu'on veut bien le croire!

Ce que l'on sait de la santé des adolescents et ce qu'ils en disent

Il existe différentes manières d'évaluer la santé des adolescents: les statistiques de mortalité et de morbidité, des sondages et enquêtes quantitatives,



Photo Interfoto

mais aussi le discours qu'ils ont dans différents lieux comme l'école, les services de soins ou les médias. D'autres contributions de ce fascicule donnent une image de la manière dont les adolescents abordent leur santé à travers les questions posées sur le site ciao ou les réponses apportées à l'enquête HBSC de l'ISPA. On peut résumer nos connaissances dans ce domaine en quelques constats^{1 2 3}:

- Si les taux de mortalité dans la population tendent à baisser, tel n'est pas le cas pour les adolescents et les jeunes adultes, dont le taux stagne en raison de l'importance prise à cet âge par les morts violentes (accidents de la circulation, suicides, overdoses).

- Alors que deux tiers des adolescents en gros se déclarent plutôt en bonne santé, un tiers d'entre eux rapportent divers problèmes de santé, notamment de santé mentale au sens large: anxiété, dépression, troubles de l'alimentation et manque de confiance en soi, usage problématique de substances.
- Les jeunes mal dans leur peau tendent à cumuler les problèmes: on parle volontiers dans ce cas de «comorbidité». Ainsi, les jeunes qui font un usage problématique de substances ont-ils plus facilement rencontré d'autres problèmes dans leur vie; violences de diverses natures, abus sexuels, tendance à l'hyperactivité, dépression, etc.

Ce tableau ne doit pas être noirci à outrance, et mérite d'être nuancé: d'une part, les médias et le public en général ont trop tendance à se centrer sur les aspects négatifs de l'existence des jeunes et oublient trop vite toutes les ressources dont ils disposent; d'autre part, les adultes tendent à sous-estimer l'impact de l'environ-

nement sur l'état de santé des adolescents. Nous avons pu montrer il y a quelques années l'impact considérable qu'ont sur la santé l'inactivité et l'absence d'avenir professionnel et scolaire⁴. En d'autres termes, ce sont souvent des réponses socio-éducatives et non strictement sanitaires qui permettent d'améliorer la santé des jeunes prise au sens le plus large.

Dans les lignes qui suivent, nous aimerions aborder trois thèmes qui constituent, pour tout professionnel appelé à s'occuper d'adolescents en difficulté, des réponses potentielles d'une importance cruciale. Le premier de ces thèmes est celui de la *résilience*, soit la capacité pour des individus confrontés à des situations particulièrement difficiles et stressantes de s'en tirer, de se sortir d'affaire alors que tout les prédestinait à mal tourner. Le second est celui de l'accessibilité aux soins et de la qualité de l'accueil que toute structure destinée aux adolescents devrait pouvoir cultiver. L'Organisation mondiale de la santé a récemment créé pour définir de telles conditions le concept de «youth friendly services» (services adaptés aux jeunes). Le troisième est celui de l'importance d'une approche qui combine les aspects curatifs et préventifs ou qui, en d'autres termes, combine la remédiation et la promotion de la santé.

La résilience

C'est en réaction à la tendance dénoncée plus haut de se centrer sur les risques pris par les adolescents, avec la focalisation excessive sur leurs problèmes que cela implique, qu'un certain nombre de chercheurs ont tenté d'inverser la question habituelle du risque en se demandant quels étaient les facteurs qui permettaient à un individu donné de maîtriser une situation de stress et d'en éviter ainsi les conséquences néfastes du point de vue de la santé et du bien-être⁵⁻⁹. Les recherches menées sur ce thème peuvent, nous semble-t-il, amener les adultes à modifier leur regard et leurs pratiques face aux jeunes et à la manière d'envisager notre rôle d'intervenant.

Le concept s'est affiné au travers de l'observation d'enfants et d'adolescents ayant vécu des situations traumatiques telles qu'une situation familiale perturbée (affection psychiatrique grave ou alcoolisme d'un des deux parents, décès), un environnement socio-économique instable voir menaçant (squat, bidonville, chômage chronique des parents), un problème de santé chronique touchant soit l'enfant lui-même soit son entourage très proche (maladie potentiellement létale, handicap physique majeur) ou enfin une menace vitale comme une catastrophe géologique, une guerre, un déplacement forcé. Il est important de saisir que *la résilience n'implique en aucun cas un évitement ou un déni du risque; au contraire, à l'image des processus liés aux fonctions immunitaires, c'est bel et bien l'exposition au risque qui provoque la mise en jeu des mécanismes de résilience*⁹. On peut ainsi faire l'hypothèse que le fait d'avoir surmonté une épreuve renforce les capacités de résistance de l'enfant et de l'adolescent un peu comme l'exposition à une maladie ou à un vaccin immunise contre certains microbes.

Les facteurs mis en jeu dans les mécanismes de protection sont de nature individuelle et environnementale. Parmi les caractéristiques personnelles qui sont retrouvées le plus fréquemment, on note: une bonne image de soi, la confiance en soi, la capacité d'attirer l'attention d'autrui, de susciter la sympathie, le sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie et les événements qui s'y rapportent, la créativité, l'indépendance, l'humour, l'imagination, la capacité d'adaptation, le sens de l'organisation dans la vie de tous les jours, le sens des responsabilités et enfin une certaine maturité sociale, la capacité à nouer des relations, l'esprit d'initiative. En fait, les enfants et adolescent résilients ne sont ni plus intelligents ni forcément plus heureux que les autres. Ils ne sont pas non plus invincibles ou invulnérables, comme on a voulu le croire il y a 10-20 ans; ils présentent surtout des caractéristiques particulières de tempérament qui favorisent l'adaptation aux situations de risque et incitent leur

entourage à s'occuper d'eux et à les soutenir.

A ces traits personnels s'ajoutent des particularités retrouvées avec une plus grande fréquence dans leur environnement familial: l'aptitude de l'un des deux parents (en général la mère) à établir un lien chaleureux, une relation privilégiée avec un parent plus éloigné/un parent d'adoption, des attentes réalistes des parents en matière de réussite scolaire, la possibilité pour l'enfant de prendre des responsabilités dans la vie familiale, le partage en famille de croyances et de valeurs morales ou religieuses (indépendamment des pratiques).

Enfin, les recherches mettent en évidence l'influence positive que peuvent exercer diverses caractéristiques de l'environnement social, éducatif et culturel des jeunes résilients: l'enfant, l'adolescent résilient bénéficie d'un soutien social s'inscrivant dans la continuité, il rencontre des adultes qui lui font confiance et lui donnent des responsabilités, il a pu identifier un groupe d'amis fidèles sur le long terme, il développe un sentiment d'appartenance à sa communauté (réseau de soutien informel), la communauté soutient les parents dans leur rôle éducatif, l'environnement scolaire est à la fois ferme et chaleureux; les enseignants sont formés à une pédagogie active et prennent en compte les aspects émotionnels de leur enseignement.

En résumé, lorsque le milieu familial est dysfonctionnel, il apparaît en général que l'un des deux parents ou un proche a été capable de fournir tout de même à l'enfant une relation stable, durable et de bonne qualité; lorsque cet appui fait défaut au niveau de la famille, c'est la qualité de l'environnement scolaire qui peut suppléer à certaines carences ou plus globalement un environnement social qui favorise la solidarité, les réseaux d'entraide informels, les relations avec les pairs. Des recherches menées dans des cultures et des contextes différents aboutissent en gros toujours aux mêmes constats de base concernant les mécanismes mis en jeu dans les processus de résilien-

ce, et c'est bien là l'un des aspects fascinant de ce concept.

En dépit du fait qu'il existe à l'heure actuelle de nombreuses recherches portant sur la résilience, la traduction de ce concept dans des actions de soins et de prévention reste embryonnaire, les programmes de soins et de promotion de la santé faisant *explicitement* référence à la résilience restant peu nombreux, surtout dans le monde francophone. Même en l'absence de travaux rigoureux, la résilience peut déjà constituer un modèle d'intervention pour tous les professionnels oeuvrant auprès des enfants et des adolescents⁵:

Dans les *activités d'assistance et de soins*, l'accent se déplacera de la mise en évidence des dysfonctionnements, des problèmes et des handicaps vers le recensement des ressources de l'adolescent et de son entourage. Le regard se porte sur le développement, les potentialités des jeunes consultants, en faisant de ceux-ci des *sujets* et non de simples objets. Les intervenants pourront ainsi inclure systématiquement dans leur investigation des questions axées sur les *aspects positifs du développement et de la santé de leur patient*, comme par exemple: "qu'est-ce qui marche bien dans ta vie en ce moment?"; "que pourrais-tu améliorer à ton avis dans ta vie, ta manière de vivre"; "quelles sont tes activités préférées? tes loisirs préférés?"; "y-a-t-il quelqu'un que tu admires beaucoup? qui? pour quelles raisons?"; "quelles sont les principales qualités que les autres te reconnaissent?"; "comment te fais-tu des camarades habituellement?"; "vers qui te tournes-tu habituellement lorsque tu cherches à résoudre un problème?"; "quelles sont à ton avis tes principales qualités?"; "as-tu un exemple d'une situation difficile que tu as réussi à maîtriser avec succès?"; "peux-tu me citer un exploit dont tu es fier?" que fais-tu de bien pour te maintenir en bonne santé?"; "quelles responsabilités prends-tu dans la vie? à la maison? à l'école? ailleurs?", etc.

A travers ces questions, les praticiens seront à même de renforcer les qualités de caractère et les compétences

("skills") des adolescents dont ils s'occupent et d'imaginer avec eux des stratégies d'adaptation, bref de leur donner ainsi des possibilités de maîtriser leur situation. Une approche identique sera développée avec l'entourage de ces patients: une relation suivie avec les mêmes intervenants, un soutien régulier de la famille, une information régulière aux adultes clé du système scolaire ou professionnel, un tel travail de réseau facilite la communication et les échanges, ce que nos confrères anglo-saxons appellent la "connectedness"¹⁰.

Un accès aux soins et des services adaptés aux adolescents

Un jeune garçon de 16 ans consulte son médecin traitant, accompagné par l'infirmière scolaire. Cela fait plusieurs mois qu'il souffre de céphalées, qu'il dort mal et qu'il se sent fatigué. Il consomme des joints de temps en temps, surtout le soir, «pour mieux dormir» dit-il. Il n'a jamais osé en parler spontanément à son médecin, celui-ci étant également le médecin de ses parents. L'infirmière scolaire qui le voit au quotidien pour des plaintes somatiques diverses se rend compte qu'il est déprimé et l'encourage à consulter son médecin traitant. Elle l'accompagne à la première consultation pour faciliter la démarche de ce jeune adolescent qui finira, au terme de trois entretiens et une fois assuré de la confidentialité de sa relation avec le médecin, par lui faire part des interrogations qu'il a sur son identité sexuelle.

Cette vignette, illustre une partie des réticences que l'adolescent peut manifester à consulter spontanément (notamment un souci par rapport à la confidentialité) et l'intérêt de travailler en réseau, avec des intervenants qui sont plus proches des jeunes au quotidien, et mieux à même de détecter une situation délicate et d'accompagner – parfois même physiquement – le jeune dans sa démarche^{11 12}.

Ce travail d'accompagnement est par-

ticulièrement important s'agissant de jeunes non scolarisés, en situation précaire, dont les besoins en terme de santé sont plus importants que dans la population générale et dont l'accès aux soins est rendu difficile en raison de problèmes financiers, sociaux et psychologiques auxquels ils font face. Ce travail d'accompagnement est aussi important dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, une évaluation du travail de dépistage et d'accompagnement réalisé auprès d'adolescents de 15 à 19 ans en milieu scolaire a montré que les jeunes avaient plus de difficulté à entamer une démarche thérapeutique lorsqu'ils présentaient un problème de santé mentale plutôt qu'un trouble somatique¹³.

*Le concept de chaîne thérapeutique*¹⁴ fait référence à un processus au cours duquel un adolescent va rencontrer, puis se lier (ou se re-lier) à un premier intervenant, ce dernier l'amenant peu à peu à une seconde démarche auprès d'un centre de soins ou d'une institution d'assistance socio-éducative. Le premier maillon de la chaîne se situe donc bien souvent au niveau primaire, auprès de professionnels situés en dehors du champ sanitaire et social, qui ont un contact direct voire quotidien avec les adolescents. On parle dans de tels cas d'une approche à bas seuil, une approche dans laquelle les professionnels vont à la rencontre des jeunes et non l'inverse. Cette collaboration s'assortit de conditions préalables. Il importe que les professionnels directement en contact avec les jeunes soient capables de détecter des situations problématiques et d'inciter, dans un climat positif, ces jeunes à élaborer une demande autonome. Une telle sensibilisation ne peut se faire que dans une collaboration étroite entre tous les services concernés. Il importe aussi que ces professionnels «de terrain» (par exemple des enseignants, des infirmières scolaires ou des éducateurs) soient conscients de leurs limites et qu'ils sachent passer la main au bon moment. Un tel travail de collaboration implique une bonne connaissance non seulement des institutions en cause mais des intervenants impliqués, ceux-ci étant amenés

à échanger dans le cadre de rencontres dites de réseau. Seul ce contact personnalisé et une confiance réciproque sont à même d'assurer la solidité de tels réseaux. On le voit, le concept de *relation interpersonnelle significative* est au cœur de telles démarches et n'est pas sans rappeler que le lien se situe au cœur même du processus de résilience. Plusieurs liens ne forment-ils pas un réseau¹⁰, et ce réseau n'est-il pas un filet de protection pour l'adolescent placé en situation de vulnérabilité¹⁷?

On l'a mentionné, l'Organisation mondiale de la santé a créé, il y a quelques années, le concept de «youth friendly services»^{15 16}, une expression difficile à traduire littéralement mais qui exprime bien le but visé: des services conviviaux, à la fois accessibles, attractifs et adaptés. L'intérêt de la démarche de l'OMS est qu'elle s'est faite en concertation avec des groupes de jeunes. La validité des critères sélectionnés est renforcée par le fait qu'ils s'avèrent pertinents dans diverses parties du monde, indépendamment du système de santé en vigueur. On tend à imaginer que ce concept s'applique uniquement à des centres spécialisés: il n'en est rien et les services d'urgence, les polycliniques, les hôpitaux ou les services socio-éducatifs et d'accueil à bas seuil peuvent parfaitement satisfaire à la majorité des critères figurant sur le tableau 1, moyennant un peu d'imagination et de flexibilité. Une attention particulière devrait être portée sur l'allègement des démarches administratives qui peuvent, dans certaines situations, bloquer d'emblée la qualité de la relation. Par ailleurs, certains intervenants n'hésitent pas à utiliser un bref questionnaire auto-administré portant sur différents thèmes: situation sociale et professionnelle, habitudes et rythme de vie, santé physique et psychosociale. En répondant à certains items, l'adolescent signalera le besoin de discuter de tel ou tel problème qu'il aurait peut-être eu de la difficulté à aborder. Les jeunes sont avant tout attentifs à la qualité des facteurs humains et au style des intervenants, beaucoup plus qu'à l'environnement physique qui joue un rôle nettement moins important qu'on le croit habituellement. On trouve enfin, parmi les critères du tableau 1, celui du travail de réseau et des liens avec la communauté, des liens qui peuvent être tissés progressivement à la faveur de collaborations qui s'installent autour de certaines situations difficiles et peuvent par la suite se prolonger.

Tableau 1

1. **accessibilité géographique**
2. **horaires souples, possibilité de consulter en urgence**
3. **délais d'attente courts**
4. **accès à des informations sur la santé**
5. **personnel compétent et disponible**
6. **lien fort avec d'autres institutions sanitaires et socio-éducatives**
7. **liaison avec d'autres institutions de la communauté (réseau, école, services sociaux...)**
8. **environnement physique sympathique, absence de barrière financière (évent. consultations anonymes)**
9. **approche et services pluridisciplinaires en un seul lieu**
10. **participation des jeunes**

Remédiation, promotion de la santé et environnement des adolescents

Les enseignements de la résilience ne sauraient se limiter à l'accompagnement individuel. C'est aussi tout le travail de prévention et de promotion de la santé qui peut être développé dans la même perspective, une perspective d'ailleurs très proche de celle adoptée il y a plus de 10 ans à Ottawa¹⁷. En fait, les activités de prévention se centrent encore trop souvent sur les problèmes et les risques en matière de santé (lutter contre l'usage de tabac, l'excès d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires, etc.). Sans vouloir minimiser l'utilité d'une information sur ces thèmes, ce que nous apprennent les travaux sur la résilience, c'est à donner plus d'im-

portance à des approches moins spécifiques et centrées sur les compétences en matière de choix de vie. Il faut donc imaginer des actions qui favorisent l'émergence du sens des responsabilités, de la créativité, de la capacité d'adaptation, voire de l'humour. Abordons brièvement trois manières de mettre en pratique une telle philosophie de travail:

Au niveau individuel, force est de reconnaître la tendance de la plupart des intervenants à vouloir se centrer sur les difficultés et problèmes rencontrés par les jeunes¹⁸. Une telle approche se heurte néanmoins à deux difficultés: d'une part, la tendance au déni de beaucoup de jeunes, et d'autre part le fait que le concept de «prise en charge» s'inscrit en total contre-pied par rapport au processus d'autonomisation propre à l'adolescent. Le déni, il importe de le contourner stratégiquement à l'aide de techniques d'entretien faisant appel à





Photo Interfoto

l'empathie et évoquant les aspects positifs de toute conduite, fut-elle une conduite addictive! Les abords tels que l'entretien motivationnel s'inscrivent parfaitement dans cette philosophie du soin¹⁹. Quant au processus d'autonomisation, on voit bien à quel point il peut être soutenu par un intervenant qui va tenter par tous les moyens possibles de se centrer sur les ressources de l'adolescent, des ressources qu'il tend d'ailleurs parfois à ignorer lui-même.

Les approches par les pairs²⁰ constituent une autre manière de tenir compte indirectement des leçons de la résilience, en se centrant sur les ressources de certains jeunes pour divulguer des messages de promotion de la santé ou pour diffuser des informations sur les institutions de nature à appuyer l'adolescent dans ses démar-

ches de santé, professionnelles ou sociales. Dans une perspective très semblable, un certain nombre d'établissements scolaires et d'institutions font appel à des techniques d'acquisition de compétences de vie («life skills») qui, si elles ne représentent pas l'apanage en matière de prévention, ont démontré un impact très significatif en matière de prévention des conduites déviantes et d'usage de substances psychoactives²¹.

Enfin, comme cela a été évoqué, un travail fondé sur les ressources et la promotion de la santé ne saurait faire l'économie d'une intervention sur l'environnement. Trouver du travail ou une activité à un adolescent désœuvré, le retirer – du moins momentanément – d'un milieu pathogène, l'aider à s'insérer dans des réseaux de pairs et des activités sociales sont au-

tant de moyens, à condition que de telles démarches fassent l'objet d'un accord avec l'intéressé, d'améliorer sa santé et son bien-être actuel, de lui assurer aussi dans la mesure du possible un avenir meilleur. Par exemple, il a été démontré que la mise sur pied de systèmes pédagogiques attractifs et participatifs favorise l'insertion socio-professionnelle ainsi que l'épanouissement d'élèves peu favorisés: le programme d'intervention scolaire GASPARD de Lille en est une bonne illustration, lui qui a entraîné dans les établissements pilotes concernés une quasi disparition des actes de vandalisme s'accompagnant d'une meilleure insertion professionnelle de ses élèves²². A Melbourne, un programme pilote d'intervention en milieu scolaire associant les parents et portant sur la qualité des relations interpersonnelles et la participation a démontré sa capacité à faire diminuer l'usage de drogue².

Il serait illusoire de vouloir apporter une conclusion à ce bref panorama: l'abord de la santé des adolescents est en effet en plein essor et en pleine transformation. Nous nous contenterons donc de souligner la congruence de plus en plus nette entre différentes stratégies et écoles. La réponse aux défis posés par la mauvaise santé physique et surtout mentale d'une partie des adolescents de Suisse réside dans un abord coordonné, positif, fondé sur les ressources de l'individu et de son environnement, dans une approche de réseau multidisciplinaire travaillant à l'échelle de la communauté et associant un maximum d'acteurs. Un programme ambitieux!

Notes

1) En italien, le réseau et le filet se traduisent de la même manière: rete!

2) Patton & al. Communication personnelle

La bibliographie est disponible au GREAT 024 426 34 34