

Préface à la 7^{ème} journée de Médecine et de Santé de l'Adolescent

Amiens 2/3 décembre 2005

Cette 7^{ème} Journée Nationale de Médecine et de Santé de l'Adolescent représente une étape importante. C'est la première année, en effet, que ces journées sont pleinement co-organisées par le bureau pédagogique du D.I.U. Médecine et Santé de l'Adolescent et par la toute jeune Société Française pour la Santé de l'Adolescent.

Le soin aux adolescents impose une approche transversale et transdisciplinaire sans pour autant renoncer aux compétences techniques de pointe que chaque discipline ou intervenant peut apporter. Cet état d'esprit imprègne profondément l'enseignement universitaire dispensé dans un D.I.U. qui existe depuis bientôt 18 ans, atteignant donc l'âge de sa majorité, avec un succès qui ne se dément pas. Cet état d'esprit préside aussi à la fondation de la Société Française pour la Santé de l'Adolescent, dont bon nombre de membres fondateurs ont participé à l'enseignement de ce D.I.U..

Ainsi, l'originalité de ces journées scientifiques siège dans cette double légitimité : celle d'un enseignement universitaire validée depuis plusieurs années ; celle d'une société scientifique toute jeune, pleine d'énergie et d'espoir. Il est grand temps que la France en particulier, la francophonie plus largement, se dotent de structures scientifiques solides pour soutenir le développement d'une médecine de l'adolescent de haut niveau. Il est grand temps aussi que tous les professionnels travaillant autour de l'adolescence puissent de rencontrer régulièrement et confronter leur point de vue : c'est l'objectif de ces journées.

Autour de l'adolescence, bon nombre des grands problèmes de santé publique se cristallisent. Pendant son adolescence, chaque individu apprend à prendre soin de lui-même et établit un style de rapport à son corps et à son psychisme qui durera une grande partie de sa vie. Les questions de l'observance, des accidents de circulation, des consommations de produits légaux ou illégaux, de la dépression et des tentatives de suicide, du rapport à l'alimentation et à l'image du corps avec aussi bien l'obésité que l'anorexie mentale et autres troubles du comportement alimentaire, de l'intégration d'une sexualité épanouissante et responsable, toutes ces questions et bien d'autres encore, non seulement se posent de façon aiguë à l'adolescence mais risquent souvent de s'installer en terme de style de vie pendant les années suivantes.

Quittant ses terres d'origines, autour de Poitiers (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 6^{ème} journée), de Tours (4^{ème} journée), d'Angers (5^{ème} journée), ces 7^{ème} journées abordent précisément la question sensible et épineuse de la prévention sans en masquer l'enjeu : utopie ou réalité, voilà bien le problème posé ! L'adolescent va t-il se montrer sensible ou rétif aux messages de prévention des médias, à la parole de prévention du clinicien, à l'accompagnement protecteur du grand frère, au discours d'un professionnel délivrant son savoir... Autant de contextes différents où la prévention, en s'adressant aux adolescents, doit à la fois leur donner des éléments de choix et de décisions susceptibles de protéger leur santé mais en même temps, doit aussi respecter leur sentiment de liberté auquel ils tiennent par dessus tout.

Il faut remercier le comité d'organisation d'Amiens pour avoir organisé ces journées en apportant d'ailleurs sa propre initiative sous la forme d'une session préliminaire plus particulièrement destinée aux jeunes en formation. Remercions tout particulièrement les Professeurs Bernard BOUDAILLIEZ et Christian MILLE avec leurs équipes respectives mais aussi le Comité Régional d'Education à la Santé de s'être lancés dans cette aventure en ouvrant une ère qui, je n'en doute pas, se poursuivra dans de nombreuses autres journées, pour le plus grand bénéfice de la Santé de l'Adolescent.

Daniel MARCELLI

ATELIERS

Vendredi 2 décembre 2005

- Atelier 1** : **L'Adolescent, la maladie chronique et l'observance**
P. JACQUIN (Hôpital Robert Debré, Paris)
- Atelier 2** : **Mettre sur pied une action de prévention vers les adolescents : élaboration et spécificité**
P. LAMOUR (Nantes)
- Atelier 3** : **Vie affective et sexualité : accompagnement des jeunes dans l'acquisition de connaissances, d'une réflexion et d'une compétence dans ce domaine**
M. PRUDHOMME (Val de Marne)
- Atelier 4** : **L'hôpital au carrefour des préventions : pratique et expérience autour de la tentative de suicide de l'adolescent**
*Ph BINDER ,B BOUDAILLIEZ,JC MADELIN,
JM PEROT,C PRIPIS (Lussant,Amiens)*
- Atelier 5** : **Résistance au recours au Pédopsychiatre : Prévention**
D MARCELLI (CHU Poitiers)
- 17h – 18h** **Assemblée plénière.**
Restitution : Les questionnements.

Atelier n°1

L'ADOLESCENT, LA MALADIE CHRONIQUE ET L'OBSERVANCE

P. JACQUIN – Pédiatre
Service d'endocrinologie et diabétologie, Hôpital Robert Debré
48 bd Serrurier 75019 Paris
jacquin.paul@wanadoo.fr

La compliance ou observance thérapeutique est définie comme le degré d'adéquation entre une prescription médicale (régime, médicaments, etc) et sa réalisation par le patient. Elle est généralement satisfaisante dans les traitements de courte durée (affections aiguës), mais dans les maladies chroniques, elle est estimée entre 40 et 75 % selon les études, toutes pathologies et toutes populations confondues. Ces mauvais chiffres constituent un problème majeur de santé publique en raison des échecs thérapeutiques qu'ils entraînent et de leurs conséquences en terme de morbidité, de mortalité, et de dépenses de santé.

Concernant les adolescents, la question de la compliance a envahi les publications depuis 2 décennies environ, c'est à dire dans la période qui a suivi les grands progrès thérapeutiques qui ont permis de vaincre nombre de pathologies autrefois mortelles (cancers, transplantations d'organes (rein, foie), mucoviscidose, maladies métaboliques, trithérapies dans la pathologie du VIH, etc). Comment admettre que certains de ces « miracles » puissent être remis en cause par la non-observance des traitements prescrits, et que les patients qui en bénéficient se comportent de façon aussi irresponsable !

Les pédiatres, habitués à la fidélité et aux garanties parentales (toujours suffisantes ?) dans les traitements au long cours de l'enfance, sont les premiers témoins de cette dégradation qui se manifeste à l'adolescence. Les adolescents font souvent figure de l'archétype du patient non-compliant : peu fiables, manquant d'assiduité aux consultations, prompts à s'émanciper des contraintes, voire à braver les interdits, provocateurs, expérimentateurs, etc... Rappelons cependant que cela n'est pas leur apanage et que nombre d'adultes se comportent ainsi des décennies après leur adolescence. Globalement, la compliance médicamenteuse chez l'adolescent est évaluée comme chez l'adulte aux environs de 50%. Néanmoins, dans certains domaines, les chiffres sont nettement plus mauvais chez l'adolescent que chez l'adulte, par exemple pour les traitements immuno-suppresseurs après transplantation rénale.

Trois types de sujets non-compliants sont décrits dans la littérature : l'accidentel, qui oublie son traitement ; l'invulnérable, qui pense que l'oubli ou l'arrêt de son traitement n'aura pas de conséquences sur lui ; le décidé, chez qui la non compliance résulte d'un choix volontaire et conscient. Au delà de ces présentations, il nous semble important de chercher à comprendre quels mécanismes sous-tendent ces comportements chez l'adolescent.

L'opposition est évidemment forte entre les priorités développementales de l'adolescence – se sexualiser, devenir soi (identité, normalité), s'autonomiser – et la maladie chronique qui constitue une atteinte à l'intégrité du corps, une blessure narcissique, une privation de liberté, des dépendances supplémentaires, une amputation de l'avenir ... Le refus de se soumettre aux exigences thérapeutiques correspond tout d'abord au désir de se libérer des contraintes, de s'émanciper, d'effacer ce qui le différencie des autres. Ces « assouplissements » de nos prescriptions, le besoin d'expérimentation, voire une certaine

révolte, peuvent cependant être considérés comme des mouvements positifs de l'adolescence, permettant une réappropriation ultérieure de la maladie par le jeune.

A l'opposé, il existe bien souvent des sentiments dépressifs chez ces adolescents qui malgré leurs efforts, passés ou actuels, ont douloureusement conscience de ne pas réussir à être comme les autres. S'y ajoute la culpabilité constante vis à vis de leurs parents, de ne pas être le « bon » enfant que ceux-ci attendaient, et très fréquemment vis à vis des soignants, de ne pas être le « bon » patient. Les conduites de non-compliance fonctionnent alors en cercle vicieux, renforçant ces sentiments négatifs et cette mauvaise image de soi. Pour d'autres patients, c'est l'incapacité de penser et d'élaborer l'expérience de la maladie chronique qui domine, ce qui peut conduire à des situations très dangereuses car le patient n'a pas conscience des dangers auxquels il s'expose : c'est le déni, ou le clivage, la pseudo-acceptation. Enfin, certains vont chercher à échapper à la souffrance de leur maladie par une attitude de maîtrise et de contrôle obsessionnel, généralement gages d'une compliance parfaite. Il existe cependant des situations où cette « hyper-compliance » mène à de véritables sabotages, extrêmement difficiles à enrayer.

Comment faire pour améliorer l'observance thérapeutique ?

L'atelier a pour objet d'aborder cette question au plan pratique, en s'appuyant sur les expériences concrètes de chacun des participants. Voici quelques pistes et outils à discuter.

- **prévention** : toute prise en charge de maladie chronique doit s'appuyer sur un dialogue permettant une réelle collaboration attentive et ouverte entre le patient, ses parents, et le médecin, sur tous les aspects du traitement (buts et attentes, nombre de prises, voie d'administration, douleur et effets secondaires+++ , régime et contre-indications associés, etc).
- **diagnostic** : permettre à l'adolescent assez tôt, d'aborder parler seul à seul les difficultés d'observance avec un des membres de l'équipe soignante.
- **une médecine de l'adolescent** : il est impératif de signifier au jeune qu'il devient l'interlocuteur central des soins et qu'il a droit à la confidentialité. Il doit par conséquent être reçu seul, au moins une partie du temps, par des professionnels attentifs à ses besoins qui dépassent largement le seul cadre de la maladie.
- **refaire une annonce du diagnostic**, notamment pour les patients dont la maladie a débuté dans l'enfance, en expliquant ses implications à court et long terme, notamment sur la puberté et la sexualité, les complications, les progrès possibles, et le rôle des différents professionnels de soins
- **une véritable équipe de soins, pluri-disciplinaire** : nécessaire à la prise en compte des différents aspects de la vie du jeune, à l'éducation thérapeutique , elle lui permet de plus de choisir un interlocuteur privilégié.
- **des dispositifs d'aides et d'assistance** : pour les adolescents qui décrochent, ne pas hésiter à aller les chercher (relances, téléphone). Le recours à une infirmière à domicile, les internats médicalisés sont des moyens plus lourds qui permettent de pallier les difficultés plus importantes
- **la lutte contre la mauvaise estime de soi, l'autodévalorisation, et le rejet** par les parents et/ou par l'équipe de soins. Ce doit être un souci permanent, qui requiert une attention particulière, notamment à ce qui se passe entre parents et adolescents, et souvent l'aide du **psychothérapeute**.

- **Le travail en groupe**

- groupe d'adolescents (groupe de parole, psychodrame) : rassure et reconforte les adolescents, en les ré-inscrivant dans une certaine normalité ; offre aux patients les plus en panne des représentations de ce qu'ils vivent ; cette expression peut permettre un redémarrage sur des objectifs identifiés
- groupe de parents : ils soutiennent les parents et les aident à se dégager de liens trop serrés autour de la maladie chronique.
- groupe de soignants : permet de croiser les regards, d'éviter le rejet ou le « burn-out

Pour en savoir plus

- 1- CASTRO D. Aspects psychologiques de la compliance au traitement chez l'enfant diabétique insulinodépendant. Ann Pediatr 1991 ; 38 : 455-8
- 2- ALVIN P. La non compliance thérapeutique : une vérité pénible à dire ou difficile à entendre ? Arch Pediatr 1997 ; 4 : 395-397
- 3- ALVIN P. Maladie chronique à l'adolescence : dix questions pertinentes. Arch Pediatr 2003 ; 10 : 360-366
- 4- MICHAUD PA, SURIS JC, VINER R. The adolescent with a chronic condition. Part 1 & 2. Arch Dis Child 2004 ; 89 : 938-42 & 943-49
- 5- SHEMESH E, SHNEIDER BL, SAVITSKY JK ; Medication adherence in pediatric and adolescent liver transplant recipients. Pediatrics 2004 ; 113 : 825-32
- 6- OSTERBERG L, BLASCHKE T ; Adherence to medication. N Engl J Med 2005 ; 353 : 487-97
- 7- RIANTHAVORN P, ETTENGER RB. Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: a clinical's viewpoint. Pediatr Transplantation 2005 ; 9 : 398-407

Atelier n°2

METTRE SUR PIED UNE ACTION DE PREVENTION VERS LES ADOLESCENTS : ELABORATION ET SPECIFICITE :

*Dr. Patrick LAMOUR, Laurence Le HELIAS, Patrick BERRY
CREDEPS-Nantes*

Une « action de prévention vers les adolescents » recouvre de multiples manières d'intervenir. Sans préjuger des contextes variés dans lesquels les uns et les autres interviennent et des avantages de certaines méthodes sur d'autres¹, nous nous proposons de travailler, avec ceux qui le souhaiteront, autour de la situation suivante : L'interpellation d'un professionnel du soin (pédiatre, infirmière, diététicienne, etc.) par un professionnel de la communauté pédagogique d'un établissement scolaire (CPE, proviseur d'un collège, enseignants) pour « intervenir en prévention » sur un thème (le tabac, l'alimentation, la prévention du suicide, etc.).

La qualité d'une action de prévention passe par une série d'étapes largement décrites², : analyse du contexte scolaire³,⁴, écoute de la demande, définition des objectifs du projet, mise en œuvre partenarial en tenant compte des ressources tout en facilitant la participation des jeunes⁵, évaluation tout au long du processus⁶, etc., qui ne feront pas l'objet de cet atelier.

L'atelier propose de se centrer sur une situation concrète qui consiste à intervenir avec peu de temps de préparation, en réponse à une demande formulée par un ou des adultes d'un établissement scolaire dans un cadre contraint : 45mns à 1 heure en face à face avec des élèves.

Quels objectifs peut-on se fixer dans un tel cadre ? quelles techniques d'animation peut-on pratiquer avec les jeunes ?

L'Atelier, en trois heures, tiendra compte des acquis et des expériences des participants, s'appuiera sur mise en situation, puis une confrontation entre l'avis des participants, notre expérience et quelques repères conceptuels sur le sujet.

D'autres professionnels du social ou de l'éducation, intervenant auprès d'adolescent dans un autre cadre que celui de l'Education Nationale (comme une mission locale, un lieu d'écoute, une maison de quartier) pourront aussi s'approprier et transférer le travail de cet atelier à leur contexte propre.

¹ INSERM. Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris : Editions Inserm, 2001 :247p.

² Agir en promotion de la santé : un peu de méthode... Supplément à Bruxelles Santé n°7. Bruxelles : Question Santé ASBL, 1997 : 65 p.

³ Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. ESF Editeur Coll. "Pratiques & enjeux pédagogiques", 1997 : 127 p.

⁴ Hassoun J, Perrin-Escalon H. Adolescence et santé. Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés. Saint-Denis : Editions INPES, 2004 : 114 p.

⁵ Brix O, Fayard R, Guillaud-Bataille S. Santé : travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet. Conseil général du Rhône, 2003 : 275 p.

⁶ Nock F. Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Mutualité Française, 2000 : 89 p.

Atelier n°3

VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE : ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES DANS L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES, D'UNE REFLEXION ET D'UNE COMPETENCE EN CE DOMAINE

*Dr Muriel PRUDHOMME, coordinatrice des Centres de Planification et d'Education
Familiale, Conseil Général du Val de Marne*

A partir de l'expérience des différents professionnels des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) du Val de Marne qui rencontrent en moyenne 15 000 jeunes par an, et avec l'aide méthodologique du Laboratoire de Pédagogie des Sciences de la Santé de l'Université Paris XIII, des recommandations pratiques pour l'organisation de séances d'éducation sur la « vie affective et sexuelle » des adolescents fréquentant le collège dans les classes de 4ème et de 3ème ont été élaborées. Ces séances reprennent la volonté du législateur qui a instauré par la loi du 4 juillet 2001 sur la contraception et l'IVG, l'obligation d'organiser 3 séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

Ces recommandations établies à partir de propositions émises par des experts ont été validées lors d'une conférence de consensus et par un groupe de lecture.

Ces recommandations s'articulent autour de 4 axes :

1 – Conditions préalables à la mise en œuvre de séances d'éducation « vie affective et sexualité »

En abordant la « vie affective et sexuelle » avec des adolescents, quels sont les principaux buts poursuivis ?

2 – Planification des séances d'éducation

Quelles sont les compétences attendues des adolescents à l'issue de ces séances d'éducation ?

A chacune de ces compétences, correspondent des objectifs pédagogiques et des contenus à développer.

3 – Conduite des séances d'éducation à la « vie affective et sexualité »

Deux questions sont essentielles dans la construction d'une intervention en milieu scolaire :

- Comment préparer les séances avec l'équipe de l'Education Nationale : constitution des groupes, de l'équipe d'animation, présentations des séances aux adolescents, règles de fonctionnement du groupe...
- Quels sont les principes pédagogiques à mettre en œuvre ?

4 – Evaluation des séances d'éducation à la « vie affective et sexualité » des adolescents

La stratégie d'évaluation peut s'intéresser à trois principaux aspects de l'activité d'éducation :

- identifier les acquis, les besoins et représentation des adolescents
- apprécier la satisfaction des adolescents
- apprécier la progression des adolescents et leur capacité de prise de décision

L'atelier proposé, permettra sous forme interactive et à partir de l'exemple de l'éducation à la sexualité, de s'interroger sur « **la prévention auprès des adolescents** »: quelle est la place des professionnels de santé aux côtés des différentes institutions (éducateurs, travailleurs sociaux, associations, police et gendarmerie...) qui ont investi ce champ de la Prévention ? Quels sont les objectifs de ces interventions, quelle éthique anime les adultes intervenants, quelle est leur formation, comment est évaluée la pertinence des différentes actions ?

Atelier n°4

L'HOPITAL AU CARREFOUR DES PREVENTIONS : PRATIQUE ET EXPERIENCE AUTOUR DE LA TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ADOLESCENT

*Ph BINDER , B BOUDAILLIEZ, JC MADELIN, JM PEROT, C PRIPIS
(Lussant, Amiens)*

Le titre peut paraître paradoxale pour un atelier centré sur la prévention, comme si l'Hôpital était le lieu où se pense et s'élabore toute prévention... L'Hôpital est un carrefour en ce sens que toute tentative de suicide (TS) aboutie (1,9% des garçons, 7,3% des filles déclarent avoir fait une TS au cours de leur vie (tranche 15-19 ans, baromètre santé-jeune 2005), en bonne pratique médicale, s'y présentent... l'on sait bien cependant que seulement un suicidant sur quatre a été hospitalisé tandis que un sur deux sera suivi par un professionnel de la santé ou un « psy »

Pour ces Adolescents hospitalisés l'Hôpital est ainsi à l'évidence un lieu de questionnement sur ces Adolescents qui ont « commis » une TS, et par extension un lieu de réflexions sur les équivalents suicidaires (conduites à risque...) et sur les prodromes (3,4% des garçons, 8,1% des filles déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, pensées suicidaires d'ailleurs peu ignorées de l'entourage : près de 2/3 en ont parlé à quelqu'un) d'un passage à l'acte... L'objectif de cet atelier est ainsi de réfléchir au concept de prévention primaire (intervention qui vise à réduire autant que possible le risque, sa survenue ou ses conséquences), secondaire [intervention qui cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie par des soins précoces (notion de dépistage)] et tertiaire (intervention qui vise à éviter les rechutes ou les complications). Elle consiste en une réadaptation à la situation créée par la maladie ou ses conséquences) et à la nécessité d'une stratégie élaborée au-delà d'un symptôme (la TS).

Le déroulement de l'atelier s'articulera logiquement en trois temps :

1) Réflexion sur l'attitude de prévention du médecin généraliste au cabinet : savoir faire dans la conduite d'une consultation avec un adolescent en développant les axes suivants : a) proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion « oui, mais encore ? »... b) intégrer le rôle du tiers : « qui demande quoi et pour qui ? », puis que dire à qui, comment et pourquoi ? ; c) commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange ; d) dépister le mal-être avec le test TSTS-CAFARD. Lorsqu'un mal-être est repéré a) confronter les points de vue et savoir les reformuler ; b) renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels ; c) faire revenir l'adolescent en fixant un rendez-vous ; d) orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé

2) Réflexion autour des actions de prévention menées sur le terrain au sein d'un établissement scolaire.

3) Réflexion autour des passages à l'hôpital :

- a) « simple » passage pour plaintes floues souvent mal entendues et qui reviendra pour TS ;
- b) équivalents suicidaires (conduites à risque...) ;

- c) quelle stratégie mise en place au moment de l'hospitalisation pour prévenir la récurrence (20% des ados vont récidiver une fois, 18,5% deux fois et plus...);
- d) la récurrence annoncée...

Un atelier ne suffira pas à épuiser le sujet : nous voulons susciter la réflexion et l'appropriation d'une méthodologie propre à chaque situation et à chaque équipe : par le moyen de vignettes cliniques et d'une interaction soutenue avec les participants.

JOURNEE ETUDE

Samedi 3 décembre 2005

Discutante : S. LE GARREC

- 9h – 9h30 Introduction
- 9h30 – 10h **Antinomie entre concept de prévention et processus de l'Adolescence**
Ch. MILLE – Unité de Médecine de l'adolescent (CHU Amiens)
- 10h – 10h30 **Au-delà des chiffres, quelle lecture des comportements de santé de l'adolescent ?**
A. TRUGEON – Observatoire Régional de Santé de Picardie (Amiens ORS Picardie et FNORS)
- 11h – 13h **Autour de ces Ados qui en prennent : tabac, cannabis, alcool :quelles préventions ?**
a) Qui sont ces Ados qui en prennent ?
S. LE GARREC (Fribourg)
b) L'exemple d'un programme de prévention du tabagisme :
- **quelles voies pour une approche éducative ?**
- **quelles approches des contextes locaux, enseignants-élèves ?**
P. LAMOUR - CREDEPS (Nantes)
c) Discussion
- 13h15 – 14h Repas
- 14h15 – 16h15 **Prévention secondaire : le repérage des Adolescents en souffrance**
a) Prévention primaire de la tentative de suicide chez l'adolescent : Comment repérer l'Adolescent en danger lors du passage aux Urgences ?
Ch. STHENEUR (Paris)
b) L'Adolescent et les accidents à répétition
D. MARCELLI (Poitiers)
c) L'Adolescent à l'adolescence d'Internet
A. TONELLI, P. BLONDEL, J. CAZAUBON, M. COIGNAC Centre E. Rist (Fondation Santé des étudiants de France)
d) Rêves piégés : une expérience de prévention entre pairs
E. REGNAUT (DRASS Picardie, Amiens)
- 16h45 – 17h30 - **Table ronde finale**
- **Conclusion de la journée S. LE GARREC**

ANTINOMIE ENTRE CONCEPT DE PREVENTION ET PROCESSUS D'ADOLESCENCE

Pr C MILLE

La fréquente émergence de conduites à risque au temps de l'adolescence incite naturellement à mettre en oeuvre sans tarder les mesures préventives propres à les désamorcer ou les "extirper à la racine". Or, il faut bien reconnaître que les modes d'intervention souvent aléatoires dans le champ de la santé physique sont encore plus délicats à définir et à préconiser dans le champ de la santé mentale, a fortiori au moment des transformations pubertaires. Les légitimes et louables soucis de santé publique se heurtent spécifiquement à de fortes résistances inhérentes aux priorités ou vicissitudes du travail psychique qui s'impose dans cette période de mutation et de passage. Dans un tel contexte, rechercher le "risque zéro" est non seulement "illusoire" mais risqué pour un sujet qui doit s'engager dans "l'aventure humaine" (18). Cependant, lorsqu'elle est durable, la faible réceptivité aux principes de prévention tient également aux messages ambigus, voire paradoxaux et ambivalents des adultes, à l'absence de rites de passage, à la pression des groupes d'appartenance comme aux contraintes pesant sur l'économie narcissique de certains adolescents particulièrement réfractaires. A contrario, l'adhésion inconditionnelle à cet âge, aux mises en garde et recommandations n'est pas nécessairement de bonne augure. La prise en compte de toutes ces limitations et réserves propre à tempérer l'enthousiasme des campagnes de prévention à l'adolescence incite à inscrire préférentiellement les mesures préventives avant les remaniements pubertaires et à soutenir l'implication des parents. Reste à ouvrir un espace de réflexion sur la pertinence d'une "prévention sélective" s'adressant à "des individus ou à des groupes à risque du fait de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux" ou d'une "prévention indiquée" qui "cible des individus ou des groupes présentant des facteurs de risque individuels ou manifestant des premiers symptômes" (pour reprendre les formulations utilisées dans la récente et décriée expertise collective de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent). Au delà des polémiques et des incertitudes, force est de constater que seul l'ajustement, voire la personnalisation des mesures préventives leur donne une certaine portée dans cette période d'entre deux.

Messages de prévention et travail de l'adolescence

Il n'y a d'adolescence que parce que les transformations pubertaires "travaillent" le corps de l'adolescent et bouleversent ses repères spatiaux comme la linéarité de son développement physiologique. Tout adolescent est conjointement confronté à la nécessité d'intégrer la maturation rapide survenue sur le plan physique et sexuel sous l'effet de la poussée hormonale pubertaire, et de répondre à l'attente sociale propre à son sexe ; quelle que soit l'information pléthorique dont il dispose aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que cette métamorphose exerce une pression sur la vie psychique et relationnelle du sujet qui doit procéder à une remise en question de ses liens infantiles et à un réajustement de sa place dans l'espace familial, tandis que s'ouvrent d'autres perspectives de satisfactions pulsionnelles et affectives, comme d'autres voies de sublimation. Ainsi occupé à donner sens à ce qui lui arrive, à s'interroger sur son destin, à métaboliser les sensations-émotions qui l'assaillent, à s'ouvrir à d'autres modes d'échanges, l'adolescent n'est pas prêt à s'attarder sur les conseils de prudence et de modération qui l'incitent à réduire les facteurs de risques immédiats, et a fortiori différés, concernant sa santé physique ou mentale. Pour lui l'urgence est ailleurs et

l'idée même de se montrer mesuré ou précautionneux dans la découverte du monde et des plaisirs pour ménager l'avenir paraît anachronique et incongru. Par ailleurs, considérer comme fondée et valable pour soi une recommandation d'ordre général relayée par un proche, puis en tenir compte concrètement, suppose une "attitude impliquant à la fois une dimension réceptive... et une dimension active"(3), une démarche d'acceptation puis un acte d'adhésion. Les obstacles rencontrés sont plus de nature affective que cognitive, et l'approbation de l'adolescent dépend essentiellement des modalités d'investissement de ce proche, du poids de sa parole et de la place qui lui est accordée entre idéalisation et dénigrement.

Les obstacles transitoires à la prévention des risques

Les écueils individuels, le plus souvent temporaires traduisent donc l'indisponibilité psychique de l'adolescent absorbé par la gestion et l'élaboration des transformations pubertaires et la nécessité d'intégrer et assumer son identité sexuelle. L'actualité incontournable de cette réalité nouvelle relativise de fait toute préoccupation moins immédiate, et ce d'autant que cette maturité au plan physique et génital vient bouleverser ses rapports à autrui et questionner sa place dans la succession des générations. La reconstruction de l'identité qui marque le "passage adolescent" implique une "redélimitation" des frontières avec l'entourage et une redéfinition des prérogatives respectives; ces ajustements sont potentiellement source de conflits ouverts, qui viennent témoigner des véritables enjeux de l'entreprise. Il revient donc à l'adolescent la tâche de remanier le compromis identificatoire qui l'assignait à une place et à un rôle implicites dans l'économie du groupe familial. Il lui faut bien se démarquer des espoirs et attentes maintenant incompatibles avec son souci de développer ses propres aspirations. et se projeter dans un avenir autonome. Le déploiement parfois un peu tapageur d'un espace de conflit et de contestation témoigne souvent de la remise en chantier des instances psychiques au sortir de l'enfance. Le plus apparent concerne la volonté d'affirmation d'un Moi, dégagé des influences parentales, susceptibles et prompts à défendre son indépendance et ses prérogatives. Or l'intolérance aux suggestions et directives des adultes tutélaires traduit aussi la tentative d'échapper aux injonctions intériorisées du Surmoi, tandis que se confirme le désir de reconstruire un idéal du moi moins suspect d'être la simple réduplication des vœux de l'entourage. Dans un tel contexte d'insurrection tant interne qu'externe, la reconnaissance du bien fondé des plus élémentaires mesures de prévention se heurte à la crainte de se montrer soumis et obéissant et de renouer régressivement avec l'image d'enfant sage et raisonnable qui s'évertuait à combler le narcissisme parental. La modération préconisée pour préserver durablement la santé physique et mentale active le spectre d'une vie étriquée, indéfiniment conforme aux modèles forgés dans l'enfance. Préserver son petit capital santé paraît bien mesquin à celui qui rêve d'autres profits ou qui est à la recherche d'un peu de transcendance. Dans le parcours jalonnant la construction de son identité propre l'adolescent doit bien expérimenter ses limites, "jouer avec les normes, faire sa propre évaluation des risques" (4), s'aventurer dans des action d'essai, s'autoriser quelques transgressions qui sont autant d'entorses aux principes de prévention. La consommation excessive de substances licites ou l'usage de substances illicites dans certaines circonstances festives, peut ainsi prendre une certaine valeur symbolique "d'adieux à l'enfance" qui n'expose pas fatalement l'adolescent au risque de récidence ou de surenchère. Le recours au tabac notamment, qui expose certes les plus jeunes à une consommation ultérieure excessive, permet aussi à l'usager adolescent de disposer d'une séquence faite de gestes et de sensations parfaitement maîtrisables et prévisibles, reproductibles et finalement rassurants pour un sujet bousculé par ses émotions ou la confusion de ses sentiments. Le partage de ce moment avec d'autres favorise incontestablement les échanges et l'intégration groupale.

Un autre écueil spécifique des mesures préventives pourrait tenir au fait que “la révolution pubertaire ne peut survenir et se développer que sous le couvert, la protection d’une croyance en l’immortalité”(4). C’est en refoulant l’idée que la mort soit “l’issue programmée du calendrier des renoncements”, que l’adolescent parvient à renoncer à l’infantile et à s’engager dans la temporalité. Pour Ph Gutton, c’est le “travail adolescents” qui mène au désinvestissement de ce fantasme d’immortalité, c’est le travail de subjectivation qui exige le renoncement à cet “avantage”. Dans cet entre-deux, la nécessaire conviction que la représentation de la mort ne saurait surgir, n’est pas tout à fait sans risques.

Les obstacles collectifs à la prévention peuvent s’avérer moins contingents et plus pernicioeux.

Les messages publicitaires, le discours ambiant valorisant *la recherche de satisfaction immédiate* relativisent la portée des modestes actions de prévention. Cette société qui sermonne les adolescents semble en calquer le comportement: le “tout tout de suite” prend souvent “le pas sur la nécessité de choisir, de différer la réalisation des désirs et des projets”(1) et c’est toute la communication intergénérationnelle qui se trouve ainsi marquée du sceau de la paradoxalité. Comme y insiste Ch Melman, nous sommes passés “d’une culture fondée sur le refoulement des désirs, et donc la névrose, à une autre qui recommande leur libre expression et promeut le perversion” (13). Dans cette perspective, “chaque être humain devrait trouver dans son environnement de quoi le satisfaire pleinement”, quiconque, quelque soit son sexe, son âge devrait “voir ses voeux accomplis dans ce monde” (13). Si ce n’est pas le cas, on crie au scandale et au préjudice subi. L’expansion économique accélérée dans la société libérale avancée pourrait avoir besoin pour se nourrir “de voir se rompre les timidités, les pudeurs, les barrières morales, les interdits. Cela, afin de créer des populations de consommateurs, avides de jouissance parfaite, sans limites et addictives” (13). Il faut bien reconnaître que “jusqu’ici, le progrès a toujours consisté à repousser les limites du pouvoir de la science et d’une façon remarquablement synchrone, les interdits de la morale”. Ch Melman soutient aussi l’idée que la réalisation du désir sexuel perd de son importance au profit d’autres formes de jouissances, plus directement accessibles grâce aux excès d’alcool, de vitesse, de drogue, d’images, de sons ou de sensations diverses... excès qui produisent tous une certaine forme “d’éclipse subjective”. S’accentue parallèlement une “pratique de l’automédication” pour échapper à tout risque d’inconfort physique ou psychique. L’homme moderne n’a que l’embarras du choix dans la pharmacopée mise à sa disposition pour faire usage selon ses besoins de produits stimulant sa puissance sexuelle, ou sa vigilance, apaisant son inquiétude, ses déceptions ou son vague à l’âme... Dans un tel contexte d’incitation à la recherche du plaisir extrême, et d’éradication immédiate du déplaisir, les recommandations “hygiénistes”, qui seules tentent encore de faire valoir le nécessaire respect des limites corporelles, ont naturellement quelque peine à être entendues des adolescents.

Par ailleurs, le “*manque d’assurance éducative*” des adultes, leurs incertitudes et leur fragilité, leur besoin d’être aimés, leur crainte des conflits ne facilite pas les prises de position claires face aux conduites à risque de leurs grands enfants. Le discrédit porté à la figure du père (8), le mépris de son autorité, de son savoir et de sa fonction de référence, le rôle subalterne dans lequel il se trouve cantonné, l’invitent à renoncer à ses responsabilités, jugées anachroniques, pour éviter les désagréments et participer lui aussi aux réjouissances auxquelles chacun semble avoir droit. Il en résulte “un univers anomique plus ou moins déstructuré ou sans balises assurées, incapable de proposer un minimum de cohérence” (3). Or, comme le souligne F Ladame “Quand les limites proposées ou imposées par la réalité externe à ceux qui construisent leur identité deviennent aussi indistinctes et inconsistantes que celles qui ont cours dans leur réalité psychique, tout pousse à dépasser les bornes” (7). On sait

en effet que “la résistance à la pulsionnalité” exige l’intervention d’une contreforce exercée par des “partenaires pubertaires” en mesure de répondre, au moins partiellement, à l’immense “appel d’idéalité”(4) de l’adolescent. On sait aussi combien il importe que les valeurs que R Cahn qualifie d’oedipiennes, valeurs “arrimées à la figure du père” demeurent vivantes pour que l’adolescent puisse s’y confronter ou les faire siennes. Nombre de praticiens dont Ch Melman perçoivent clairement l’aspiration collective à la restauration d’une autorité qui viendrait “dire à nouveau ce qu’il faut faire et ce qu’il ne faut pas faire, ce qui est bon et ce qui ne l’est pas”(13).

La crédibilité des recommandations préventives est également entachée par l’*ambivalence des sentiments des adultes à l’égard des adolescents*, naturellement suspects de convoiter leurs avantages, leurs prérogatives voire leur place. Les objectifs de la prévention ne consistent-ils pas à sauvegarder durablement la bonne santé de la génération montante appelée à prendre le relais, génération qui sera donc amenée à terme, à écarter ceux qui ont contribué à préserver son avenir? Les prophéties et les menaces utilisées pour faire entendre raison trahissent facilement l’agressivité sous-jacente. Les propos pessimistes “édifiants” tenus sur le monde qui se prépare, l’agitation du spectre du chômage, de la pollution, du réchauffement de la planète ou du délitement du lien social ont peu de chance d’inciter véritablement les adolescents à prendre des précautions pour augmenter leur espérance de vie. Il n’est pas exclu que de telles mises en garde trahissent, comme le suggère D.W. Winnicott, “la menace que représente l’adolescent” menace qui s’adresse à “cette partie de nous qui n’a pas eu réellement son adolescence, et qui fait que nous en voulons à ceux qui peuvent faire ce passage” (19).

La disparition progressive des “rites de passage” comme des rituels sociaux dans les groupes humains habités par “la passion de la désymbolisation” plonge chacun dans “l’insignifiance”(15). Faute de mise à l’épreuve structurante, “la fin de l’adolescence s’étire paresseusement à la recherche de quelque butée qui fasse sens”.(1) Le bricolage de rites de passage au sein même des familles, en l’absence de modèles consensuels ou transmis d’une génération à l’autre, paraît bien dérisoire ou arbitraire aux adolescents, poussés à inventer d’autres moyens pour marquer la coupure des liens infantiles. Il leur incombe parfois de marquer corporellement cette rupture avec, comme le déplore D Marcelli, “tous les excès et les dérapages que cela implique” (10). “Les contre-cultures rock, punk, ou tag, réhabilitent”, selon F Richard, “les marques sensorielles et corporelles de l’identité”. F Ladame refuse cependant de considérer ces marques du corps comme des rites de passage. Au mieux, précise-t-il “peuvent-elles les mimer, mais sans en emplir la fonction, sans conférer en quoi que ce soit sa légitimité au passage d’une classe d’âge à une autre” (7). Ces marques qui échouent à prendre une valeur symbolique durable sont toujours insuffisantes et annoncent parfois le recours obligé à des attaques corporelles plus violentes ou à des conduites à risque au travers desquelles l’adolescent cherche au péril de sa vie à s’éprouver existentiellement.

Dans cette phase de transition prolongée, *l’intégration dans le monde des adolescents* prend une importance décisive. C’est du côté de ses “alter-ego” que ces jeunes en quête d’identité cherchent des réponses. Ils tirent bénéfice de leur étayage sur leur groupe d’appartenance et “l’imitation des pairs est un moteur plus puissant que celle des aînés”(1). Dans cette “civilisation des frères” qui échappe au contrôle des aînés, les adolescents y trouvent, selon la formulation de Ph Gutton, “des preuves horizontales, extra-familiales de la subjectivation” (4), “le minimum d’espace imaginaire” nécessaire pour pallier à l’indigence ou au refus des étayages parentaux. Le “passage adolescent” tel que chacun est amené à l’improviser est donc très dépendant des effets de rencontre, de la dynamique des groupes fréquentés, des opportunités du moment. “Les normes, les limites entre ce qui est acceptable et ce qui ne l’est pas dans l’esprit des jeunes”, notamment dans le registre de la consommation

de substances “se définissent prioritairement dans le groupe”(7) d’âge. Or l’usage de substances est fréquemment un code d’accès, un signe de ralliement, un gage d’acceptation des us et coutumes du cercle des fréquentations amicales. Dans une telle dynamique relationnelle, l’abstinence totale prendrait momentanément valeur de refus timoré d’entrée dans l’univers des jeunes et de marque honteuse d’allégeance à celui des adultes. La fascination ou les pressions exercées par des camarades toxicomanes ne sont certes pas sans risque pour les adolescents les plus vulnérables.

Les obstacles durables à la prévention des risques

Seuls les adolescents piégés par “une problématique de dépendance” (6), ceux qui échouent à mener à terme leur travail de séparation psychique et dont l’équilibre reste suspendu aux réponses d’autrui se soustraient durablement aux conseils de prudence. L’intolérable prise de conscience de leur dépendance les précipite souvent dans une stratégie de provocations et d’opposition systématique, de défi à toute forme d’autorité. La crainte de l’indifférenciation les incite à prendre le contrepoint des propositions de leurs proches, à construire une identité négative et les soumet à de constantes conduites d’autosabotage, voire d’autodestruction. Leur revendication d’autosuffisance, l’impossible renoncement au sentiment d’omnipotence infantile les amènent à négliger, voire à dénier les dangers auxquels ils s’exposent. 5 à 10% des adolescents seraient ainsi “dans une clinique de l’excès” (10), multipliant les conduites à risque, et ce malgré la qualité des informations reçues à ce sujet. La solution addictive consiste à ignorer ces liens affectifs trop cruciaux, suscitant des émotions “désobjectivantes”, en s’attachant à des objets substitutifs supposés plus maîtrisables. Les sensations de faim, d’ivresse ou de “défonse”, activement provoquées viennent en lieu et place des émois qui circulent inévitablement dans les échanges avec autrui. Ces sensations reproductibles à volonté, rassurent le sujet sur le pouvoir et le contrôle qu’il peut exercer sur son monde interne, dont la cohésion et les limites semblent effacées dans un champ relationnel trop puissant. La mise à distance de l’autre par “le bricolage maniaque” des éprouvés corporels n’exclue pas le fait que se trouvent confortés certains fantasmes archaïques d’union parfaite avec l’objet primordial. Dans cette mesure de survie psychique, la sauvegarde narcissique prime sur le besoin objectal, “en deçà de toute perception consciente par le sujet d’une quelconque dépendance”. La réponse addictive s’impose comme “voie finale commune de décharge de toutes les excitations” “draine progressivement les investissements” disponibles tandis qu’est relégué au second plan ce qui reste d’appétence pour l’objet. Grâce à la disponibilité infaillible de ce recours, le sujet est assuré de pouvoir bénéficier d’une fonction auxiliaire de parexcitation particulièrement fiable. Cette solution comportementale, qui invalide l’entourage mis à l’épreuve, qui l’interpelle pour mieux le tenir en échec a une valeur de compromis : se perpétue ainsi un contact relationnel avec d’autres dont se vérifie jour après jour leur incapacité à infléchir la détermination de la conduite addictive. Ce renversement de situation, autorise une certaine forme de revanche à l’égard de l’objet trop investi, déchu de sa place privilégiée. L’investissement quasi exclusif d’une source de sensations autogénérées s’apparente de fait à un montage pervers, de type sadomasochiste. Cet approvisionnement sensoriel fournit un contingent régulier de perceptions familières qui éloigne les risques de récurrence de représentations inacceptables ou torturantes. La solution addictive constitue cependant un piège inexorable pour le sujet. Outre les risques auxquels elle l’expose, elle aggrave sa vulnérabilité narcissique. Progressivement privé de toute autre occasion de valorisation, le patient s’enferme dans cette conduite mortifère. Confronté à l’aggravation de son sentiment de vide intérieur, il ne peut qu’accroître ses exigences de stimulations mécaniques, d’excitation “traumatophilique” (2) de plus en plus préjudiciables pour sa santé, voire de “décharges addictives ordaliques”(3) pour tenter de recueillir quelques preuves irréfutables de son existence. Ce montage mortifère pourrait constituer une menace évolutive pour le nombre croissant de patients gouvernés par

ce que Ch Melman appelle une nouvelle forme d'économie psychique et qui les apparenterait à des nourrissons dépendants, entièrement tributaires de la satisfaction, incapables de renoncer à la moindre part de jouissance.

Les risques de la prévention ?

Ils concernent spécifiquement de jeunes patients souffrant pareillement d'une pathologie de la dépendance, mais qu'ils parviennent à colmater par d'autres aménagements défensifs. Le tableau paradigmatique est évidemment celui de l'anorexique qui se fait championne de la "règle d'abstinence"(14) pour refuser toute forme de satisfaction pulsionnelle. En prévenant tout risque d'excès de plaisir, elle fait excès "du rien" au péril de sa vie. Cette prévention généralisée signe l'interruption du travail d'adolescence: l'idéal du Moi infantile reste "intact", l'influence potentielle du groupe évitée, et hormis le refus alimentaire inébranlable, aucun espace de contestation ne se dessine dans les relations intra ou extrafamiliales. La valeur défensive du respect excessif des multiples recommandations pour la santé se révèle aussi chez certains adolescents phobiques qui se protègent ainsi des enjeux de la sexualité. Sont aussi habités par les mêmes craintes ceux qui consacrent toute leur énergie à des pratiques sportives intensives, qui se soumettent scrupuleusement à des programmes diététiques draconiens ou à des règles de vie ascétiques pour s'assurer de manière "solipsiste" du bon fonctionnement de leur organisme. Il ne s'agit parfois que de la mise en oeuvre transitoire d'un aménagement défensif qui ne fait pas obstacle au travail d'adolescence, mais il peut s'agir aussi d'une ritualisation durable et contraignante, d'une procédure empêchant l'émergence de représentations dangereuses (2) et au delà de toute forme de pensée.

Les prérequis infantiles de la prévention à l'adolescence.

Est-il besoin de rappeler que tout ce qui joue à l'adolescence se prépare pendant l'enfance. Les aléas de l'histoire infantile ne sont évidemment pas sans incidence au moment où le sujet doit affronter les bouleversements pubertaires. "La qualité de la gestion de la poussée pulsionnelle dépend d'abord de cette histoire infantile et "de la manière dont elle s'est inscrite dans les processus culturels"(1). Ce sont, précise Ph Jeammet "les assises les plus profondes de la personnalité, et les premiers temps de la constitution du Soi qui sont sollicités et éprouvés par l'adolescence"(6). C'est aussi la qualité de la "névrose infantile", la solidité de la structuration oedipienne qui sont mises en question. Les capacités d'élaboration mentale acquises à la phase de latence deviennent décisives (17), face aux inévitables revers et désillusions qui jalonnent ce passage adolescent. Comme le rappelle A Birraux, "le renoncement aux expressions instinctives n'est pas spontané" (2), l'intégration des principes éducatifs est d'abord fondé sur le sens que l'enfant donne à la position subjective profonde de l'adulte, le plus souvent à son insu, position qui sous-tend les exigences, les recommandations ou les interdits qui lui sont adressés. L'exercice "lâche" des fonctions parentales de maintenance et de contenance au profit d'une position de "supporter" inconditionnel prépare mal l'enfant à prendre le relais du rôle protecteur qu'il devra assumer pour lui-même. Le défaut d'initiation aux savoirs faire sociaux, l'insuffisante valorisation de la maîtrise de soi et du respect d'autrui, de la solidarité ou de la réciprocité se soldent par un manque d'entraînement aux habiletés sociales et une mauvaise appréciation des risques pour soi ou pour autrui. Pour D Marcelli, "les défaillances identificatoires" du garçon qui se révèlent pleinement à l'adolescence résulteraient des défaillances du "jeu d'imitation" interactif précoce entre le père et son enfant. L'expertise de l'INSERM, déjà citée, fait état d'études démontrant "un lien significatif entre l'exposition à la violence véhiculée par les médias et les comportements d'agression des jeunes... La responsabilité des parents pourrait être d'exercer un droit de regard pour soustraire leurs jeunes enfants aux effets potentiellement néfastes de

ces scénarios violents. De l'expérience des cliniciens comme des travaux des chercheurs se dégage fortement l'importance de la cohérence et de la fiabilité des modèles identificatoires qui auront pu être intériorisés par l'enfant et qui continueront de le protéger quand le temps sera venu pour lui de se dégager de ses liens de dépendance.

En conclusion, l'intégration du concept de prévention dépend de la manière dont l'enfant a pu bénéficier du souci de protection et d'anticipation de son entourage soutenant pourtant activement ses efforts d'émancipation. Au temps de l'adolescence il importe plutôt de privilégier une approche préventive personnalisée. Seule une prévention globale, attentive à l'ensemble des difficultés de l'adolescent peut être suivie d'effet. Les informations fondées au plan scientifique, relayées par de jeunes adultes relais peu suspects de manipulation, constituent certes d'utiles bases de discussion. Mais ces informations n'auront de réelle portée que si le groupe d'appartenance s'en empare, si se profilent d'autres sources de satisfaction et de sublimation ou d'autres moyens de soulager l'angoisse. Dans un tel contexte, rechercher et comprendre la nature des résistances en jeu est plus utile que répéter avec une insistance inévitablement lassante les mêmes recommandations. L'anxiété excessive ou les velléités de contrôle des proches, vécues comme infantilisantes, risquent toujours de renforcer les conduites jugées préjudiciables pour la santé physique d'adolescents dont le premier objectif est alors de défendre leur survie psychique face à l'emprise que pourrait exercer sur eux le désir d'autrui. Toute "prévention forcenée" va inmanquablement à l'encontre des objectifs qu'elle s'est fixés. Comme le souligne P Jeammet, "la meilleure prévention réside dans la création d'un climat de confiance réciproque qui témoigne que les parents estiment que l'adolescent possède des ressources suffisantes pour gérer au mieux les risques inhérents à la vie"...et qu'il est en mesure de "prendre lui même le relais de la vigilance parentale"(6). Le maintien et la qualité de ces échanges permettent à l'entourage d'intervenir plus activement, quand l'aggravation des conduites à risque témoigne de l'accentuation d'une souffrance qui n'a pas trouvé d'autre voie d'expression. Dans ce contexte relationnel favorable, l'accompagnement de l'adolescent pour solliciter une aide extérieure a plus de chance d'aboutir. L'essentiel est de faire en sorte qu'il ne s'enferme pas dans cette solution symptomatique qui ne peut que s'autorenforcer, au fur et à mesure que se tarissent les autres sources de valorisation narcissique.

Références

1. Birraux A, Parce qu'il faut bien quitter l'enfance... Réflexion sur les séparations douloureuses entre parents et enfants. Paris : La Martinière Ed; 2002.
2. Birraux A, Le corps adolescent, Bayard, Paris, 2004.
3. Cahn R, De l'objet et du sujet de croire, Adolescence, 1994, 24, 19-35.
4. Gutton Ph, Adolescents, PUF, Paris, 1996.
5. INSERM, Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, expertise collective, document de synthèse, 2005.
6. Jeammet P Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1990;38; 190-199.
7. Ladame F Les éternels adolescents. Comment devenir adulte. Paris: Odile Jacob; 2003.
8. Lauru D, Figures de l'autorité à l'adolescence, Enfance&Psy, 2003, 22, 118-124.
9. Marcelli D, Imitation + représentation = identification? Quelques hypothèses sur les processus d'imitation précoce et d'identification secondaire entre le fils et le père, Adolescence, 1989, 7, 2, 35-52.
10. Marcelli D Braconnier A Adolescence et psychopathologie. Paris: Masson: 1996.
11. Marcelli D, L'enfant chef de la famille, L'autorité de l'infantile, Albin Michel, 2003.

12. Marcelli D, Des “godasses” aux “Nike”, Petite histoire de l’autorité, *Enfance&Psy*, 2003, 22, 8-15.
13. Melman Ch, L’homme sans gravité, jouir à tout prix, Folio essais, 2005.
14. Mille C, L’adolescente anorexique: dépendance et abstinence. In: Zafiroopoulos M, Condamin C, Nicolle O. L’inconscient toxique, Paris: Anthropos Ed; 2001, 183-195.
15. Mille C, Guyomard C, Niesen N, Evolution des formes psychopathologiques et des modalités d’accès aux soins en pédopsychiatrie, *L’Information psychiatrique*, 2003, 79, 675-82.
16. Mille C, Antinomie entre principes de prévention et processus d’adolescence : réflexions du pédopsychiatre, *archives de pédiatrie*, 2004, 11, 593-95.
17. Richard F, le processus de subjectivation à l’adolescence, Dunod, Paris, 2001.
18. Veret J-L, Prévention, In *Glossaire de l’éducation et la promotion de la santé : contribution à l’élaboration d’un langage commun*, Comité régional d’éducation pour la santé de Basse-Normandie, 2002, 47-53.
19. Winnicott D-W, L’adolescence, (1962) In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1992, 257-266

AU DELA DES CHIFFRES, QUELLE LECTURE DES COMPORTEMENTS DE SANTE DE L'ADOLESCENT ?

Alain Trugeon (ORS Picardie)

En préalable

La société française, à l'instar de ce qui passe dans d'autres pays, est actuellement en train d'évoluer de façon sensible, ne serait-ce que par les (mais aussi en raison des) caractéristiques démographiques de sa population. Il semble que l'on assiste actuellement à une accélération dans les modifications des comportements, qu'il s'agisse de ceux des adultes ou des plus jeunes.

Les moyens de communication, offerts désormais sous diverses formes, contribuent à cette accélération ; ils permettent dans le même temps de disposer en permanence d'une information pertinente dès lors que l'on dispose des clés de lecture et d'interprétation.

Dans ce contexte, la mise en place d'outils tels que les Baromètres prend une dimension nouvelle pour tous ceux qui ont en charge une responsabilité à quelque niveau géographique que ce soit.

Cependant, la réalité des nombres n'est pas si simple. En permanence, une analyse critique doit être intégrée dans les interprétations pour éviter une vision trop simpliste, voire caricaturale des constats qui peuvent être faits.

Ce texte a pour seul objet d'essayer de susciter chez le lecteur ce besoin d'analyse critique à partir d'un travail de comparaison entre un état des lieux et une évolution mesurés conjointement par une extension régionale d'une enquête nationale et une recherche s'inscrivant dans le cadre d'un programme européen.

Le Baromètre santé

Une histoire

Afin de mieux appréhender les connaissances, attitudes et comportements des Français concernant la santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), relayé depuis 2002 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a mis en place, à partir de 1992, la série des Baromètres santé. Différentes populations ont ainsi été enquêtées au plan national : les jeunes de 12 à 19 ans, les adultes de 18 à 75 ans, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. En 1999, parallèlement à un nouveau Baromètre national couvrant cette fois la population des jeunes et des adultes (12-75 ans), des Baromètres régionaux portant sur les 12-25 ans ont été mis en place dans plusieurs régions (Alsace, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes). En 2005, ce principe d'extensions régionales a été repris (hormis en Alsace) et élargi aux régions Champagne-Ardenne, Île-de-France et Lorraine.

Une méthode

Les Baromètres santé reposent sur des enquêtes téléphoniques auprès d'échantillons représentatifs de la population, obtenus par méthode aléatoire. De nombreuses

équipes nationales et régionales ont contribué à l'élaboration et à la validation de ces questionnaires.

Les questionnaires 2005 destinés aux 12-75 ans et ceux spécifiques aux 12-25 ans ont été élaborés à partir des questionnaires utilisés dans les Baromètres santé précédents, avec le souci à la fois de conserver autant que possible la formulation des questions, pour pouvoir établir des comparaisons chronologiques, mais aussi d'intégrer de nouveaux indicateurs, notamment ceux utilisés en matière de toxicomanie dans un cadre européen.

Quelques thèmes comme le dépistage des cancers ou la couverture vaccinale ne sont pas abordés dans les questionnaires destinés aux 12-25 ans. Par contre, certains aspects spécifiques aux adolescents et jeunes adultes y ont été développés.

Un échantillon de 30 514 personnes, représentatif de la population française de 12 à 75 ans, a été interrogé dans le cadre de l'enquête nationale. Des sur-échantillons ont été réalisés pour compléter les données régionales obtenues à partir de l'enquête nationale, afin d'obtenir des échantillons régionaux d'environ 1 200 personnes.

Les comparaisons entre les deux éditions du Baromètre santé jeunes ont été réalisées sur des données standardisées.

Un contexte politique

Un besoin d'indicateurs comparatifs

La réalisation d'extensions régionales ne peut que se développer. En effet, la régionalisation des politiques de santé telle que définit dans les récents textes de loi nécessite de disposer de davantage de données à des niveaux géographiques « fins ». Les extensions régionales d'enquêtes nationales comme le Baromètre santé (on pourrait citer également l'enquête décennale santé de l'Insee) représentent des outils très pertinents, permettant notamment de répondre régionalement à certains indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique. Ces outils sont d'autant plus pertinents qu'ils permettent au même moment des comparaisons avec d'autres régions et avec le niveau national.

Un dispositif d'observation

Toutefois, une enquête, et ce quelle que soit la qualité de sa procédure, ne peut mesurer qu'une partie de la réalité à un instant donné. C'est la raison pour laquelle en Picardie plusieurs outils complémentaires ont été mis en place, notamment auprès des jeunes :

- enquête auprès des élèves en classes de CM2, 4e et seconde sur un des trois départements avec plusieurs modules (auto-questionnaire, visite médicale, prise de sang) dans le cadre d'une étude internationale ;
- enquête sur les rythmes de vie des enfants en CM2 dans un autre département de la région ;
- enquête auprès des étudiants de niveaux Bac + 1 et Bac + 3 appartenant aux établissements de l'enseignement supérieur de Picardie...

Différents recueils sur l'ensemble de la population ont complété le dispositif d'observation picard permettant de mesurer les différences qui pouvaient exister entre les jeunes et leurs aînés. Ainsi, l'extension régionale de l'enquête décennale santé ou encore les enquêtes menées en médecine générale ont fourni de précieuses informations sur de nombreux aspects sanitaires et sociaux de la population. Les conduites addictives, l'hygiène et les habitudes de vie ainsi que les données anthropométriques constituent les points communs à la plupart de ces enquêtes.

Une perpétuelle interrogation sur les outils et les méthodes

Des aspects financiers

Pour autant, le besoin d'informations nécessaire à la détermination des choix de la politique de santé et à son évaluation se heurte à un moment ou à un autre à des limites techniques et surtout financières. La réalité du terrain montre que les moyens financiers ne sont pas toujours en adéquation avec les attentes des demandeurs. En effet, réaliser une extension régionale d'une enquête nationale ou *a fortiori* monter son propre outil repose sur des moyens conséquents, quel que soit le niveau géographique concerné. L'une des méthodes de réduction des coûts est de faire réaliser le recueil par les acteurs de terrain eux-mêmes dans le cadre de leur activité régulière. Toutefois, cette réduction des coûts n'est en réalité que virtuelle et, de toute façon, la phase « recueil des données » ne représente qu'une petite partie de ce complet processus qu'est la réalisation d'une enquête. En effet, mettre en place un recueil fiable demande le respect de toute une procédure qui comprend, outre les démarches administratives et réglementaires, l'ordonnancement et la validation du questionnaire, la formation des enquêteurs, la saisie et le contrôle des informations... sans compter ensuite le travail de dépouillement, d'analyse, de rédaction et de communication. Toutes ces phases représentent une durée qui peut s'avérer incompatible avec le calendrier des financeurs.

Des contraintes statistiques

C'est la raison pour laquelle certains peuvent être tentés de mettre en place des outils qui peuvent paraître *a priori* proches. Toutefois, ne reposant pas sur des techniques d'échantillonnage robustes, les résultats observés ne peuvent pas être étendus à la population visée, ce qui est pourtant le principe de base de la théorie des sondages. Ainsi, le risque est grand de mettre en place des recueils reposant sur des procédures non rigoureuses mais servant pourtant de référence à certains acteurs.

Ainsi, quelles conclusions pourront être tirées si on compare, par exemple, les différences entre une enquête menée par téléphone sur un échantillon à partir d'une base de sondage à un instant et une enquête « trottoir » sans aucune référence à la population de base à un autre moment ?

Un autre outil

Sant'Aisne

Le recueil réalisé sur le département de l'Aisne (intitulé « Sant'Aisne » côté français) s'est inscrit dans le cadre d'un programme international avec pour objectifs opérationnels :

- d'étudier la distribution des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les jeunes (tabagisme, inactivité physique, alimentation riche en graisse, obésité, tension artérielle, lipides) ;
- de décrire les facteurs socio-démographiques, l'histoire médicale, les facteurs psycho-sociaux et environnementaux, associés aux facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- de connaître les relations entre les différents facteurs de risque et les facteurs associés afin de mieux identifier les priorités d'actions.

Il a été réalisé dans plusieurs pays francophones entre 1996 et 1999 (en 1998 sur le département de l'Aisne) et a pu être reconduit, de part et d'autre de la frontière franco-belge, en 2004 (côté belge, c'est la province du Hainaut qui a participé).

Des spécificités

L'une des spécificités de cette enquête est de disposer de données anthropométriques à partir de mesures réalisées (avec balances et toises étalonnées) par des professionnels de santé dans le cadre d'une visite médicale effectuée sur le lieu de scolarisation de l'enfant ou de l'adolescent. L'autre spécificité mais hors du champ du travail présenté ici est la réalisation d'une prise de sang de ces enfants permettant notamment l'analyse du cholestérol et des triglycérides.

Des résultats et comparaisons

Ainsi, il existe en Picardie deux outils reposant chacun sur un protocole rigoureux qui permettent de mesurer des évolutions dans le temps que ce soient sur des comportements et des attitudes ou sur des caractéristiques anthropométriques. Que nous apprennent-ils ? C'est ce que nous allons regarder à travers trois exemples autour du surpoids et de l'obésité, de la perception du poids et des activités sédentaires.

Surpoids et obésité

L'indice de masse corporelle (IMC = poids sur taille²) permet grâce à la norme IOTF (*International Obesity Task Force*) de déterminer la population en surpoids et en obésité (la norme intègre l'âge des enfants).

Si on se réfère à l'enquête « Baromètre santé des jeunes » en 2005, la surcharge pondérale (surpoids plus obésité) concerne 14,3 % des jeunes de Picardie âgés de 12 à 25 ans (15,0 % des garçons et 13,6 % des filles de cette tranche d'âge). Le groupe d'âge le plus concerné est celui des 20-25 ans avec notamment les proportions de jeunes obèses maximales.

L'enquête « Sant'Aisne » menée auprès des jeunes âgés de 11, 14 et 17 ans dans le département de l'Aisne donne des résultats nettement plus inquiétants. En effet, la surcharge pondérale concerne 21,1 % de ces jeunes (20,7 % des garçons et 21,5 % des filles).

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer ces différences :

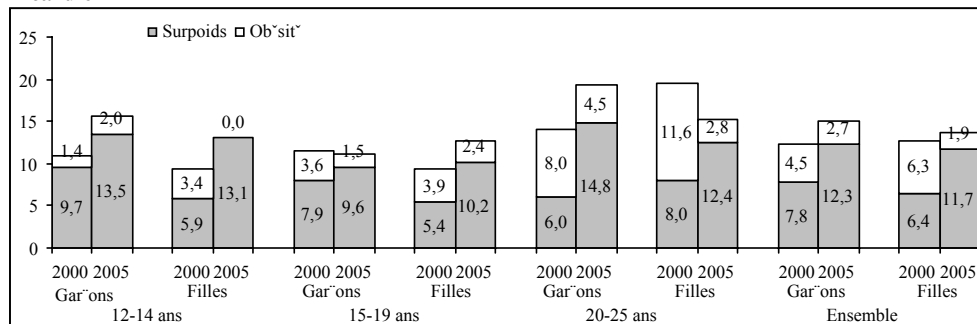
- tout d'abord, la tranche d'âge concernée. Ainsi, on constate chez les jeunes de 11 ans un indice de masse corporelle très élevé (22,7 % des 11 ans sont en surcharge pondérale), tout particulièrement pour les filles, avec un pourcentage d'obésité qui franchit les 5 % ;
- la différence géographique (les jeunes Axonnais sont-ils différents de leurs homologues des deux autres départements de Picardie ?) ;
- l'année de passation (en réalité à peine une dizaine de mois d'écart) ;
- le mode et le protocole de recueil (le Baromètre repose sur la déclaration de l'enquêté(e) par téléphone, « Sant'Aisne » sur des mesures de la taille et du poids réalisées par un médecin ou une infirmière dans l'établissement de scolarisation de l'enfant ou de l'adolescent).

On retrouve également des différences si l'on compare les évolutions pour les deux enquêtes mais avec toutefois une même conclusion, une augmentation sensible du nombre de jeunes en surcharge pondérale. Ainsi, l'augmentation du pourcentage de jeunes Picards en surcharge pondérale est de 14 % en cinq ans (2005 vs 2000). L'augmentation du pourcentage de jeunes Axonnais en surcharge pondérale est encore plus nette avec plus de 40 % en sept ans (2004 vs 1997).

Ainsi, peut-on définitivement dire que les jeunes Axonnais sont plus en surpoids que les jeunes des deux autres départements picards ? Cela serait une conclusion hâtive à partir de ces seuls éléments d'information, mais, de toute évidence, la mesure avec un appareil

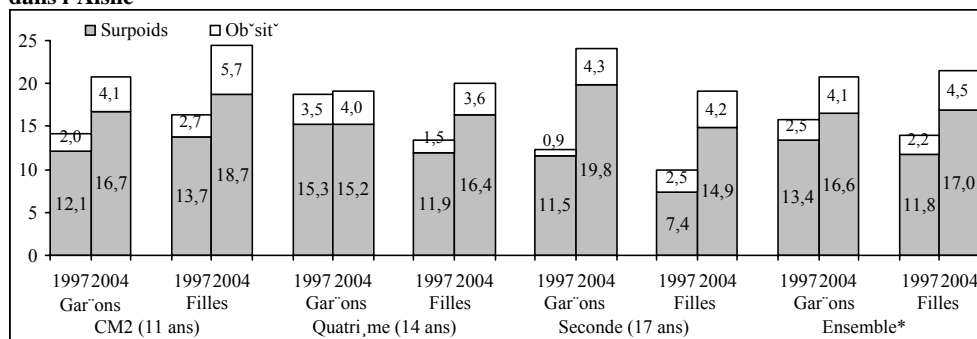
étalonné de caractéristiques anthropométriques est bien meilleure qu'un système d'information reposant sur du déclaratif.

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe d'âge, le sexe et l'année de passation en Picardie



Sources : Baromètre santé-ORS Picardie, CFES et INPES – 2000 et 2005

Prévalence du surpoids et de l'obésité au sein de trois classes selon le sexe et l'année de passation dans l'Aisne



Sources : Sant'Aisne-ORS Picardie, OSH – 1997 et 2004

Perception du poids

Dans « Sant'Aisne », la question posée était : *Es-tu satisfait(e) de ton corps ?*. Dans le Baromètre, la question faisait référence à la corpulence : *Vous trouvez-vous ?*

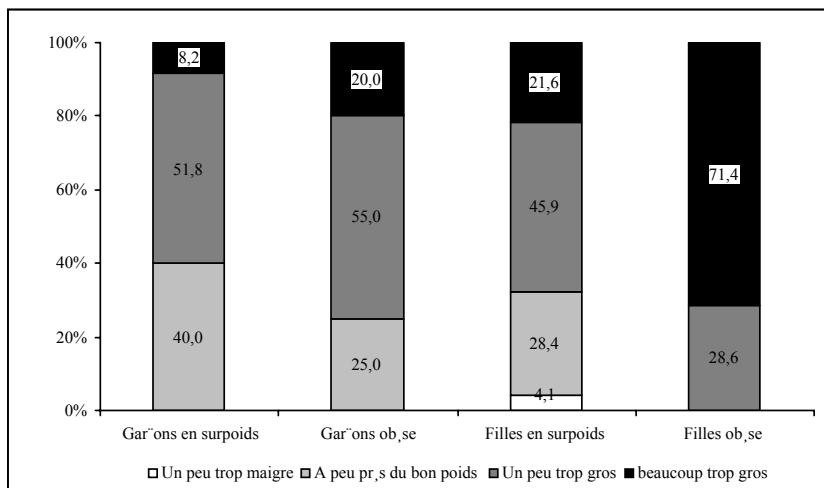
Une différence entre les sexes apparaît immédiatement, qui indique une apercption de la connotation pathologique de l'excès pondéral, prédominante chez les garçons.

En effet, les garçons de l'Aisne en surpoids ou obèses se déclarant satisfaits de leur corps sont nombreux (respectivement les deux tiers et trois sur cinq). Les Axonnaises n'en sont satisfaites que pour un tiers d'entre elles lorsqu'elles sont en surpoids et pour un quart quand elles se retrouvent dans le groupe des obèses.

Le Baromètre santé renvoie les mêmes différences entre garçons et filles. Parmi les jeunes garçons en surpoids, ils sont quand même deux sur cinq à se trouver du bon poids et parmi les obèses, un sur quatre affirme être à peu près au bon poids. Chez les filles, elles sont une sur trois à penser être à peu près du bon poids... voire même se trouver trop maigre

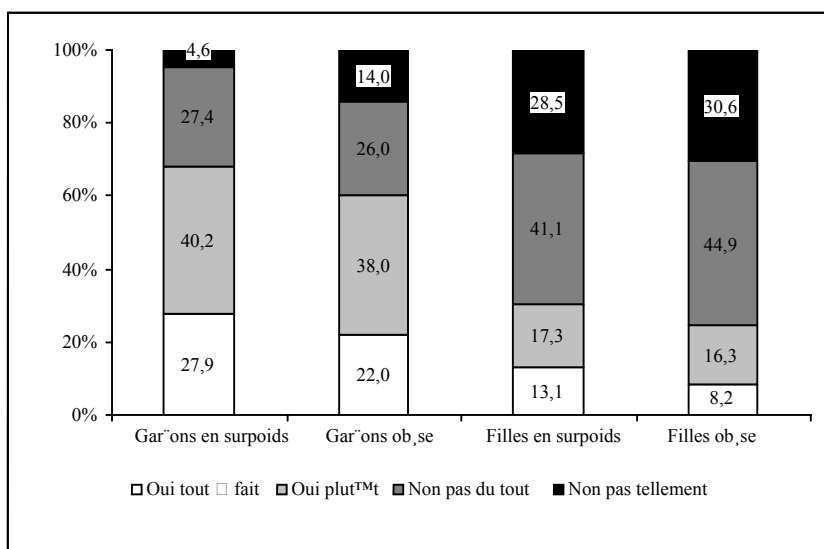
(pour 15 % d'entre elles). Il est par contre intéressant de constater qu'aucune fille présentant une obésité ne se déclare être du bon poids.

Perception du poids chez les jeunes en surpoids ou obèses selon le sexe en Picardie en 2005



Sources : Baromètre santé-ORS Picardie, INPES – 2005

Perception du corps chez les jeunes en surpoids ou obèses selon le sexe dans l'Aisne en 2004



Sources : Sant'Aisne-ORS Picardie, OSH – 2004

Sédentarité

Les appareils «à écran», comme les ordinateurs, télévisions, consoles de jeu, facteurs de sédentarité et occasions de grignotages en tous genres exercent leur attraction sur les jeunes, au détriment bien entendu de l'activité physique dont leur âge et leurs habitudes alimentaires impliquent l'absolue nécessité. C'est en tout cas ce qui ressort conjointement des deux enquêtes menées en Picardie et dans l'Aisne.

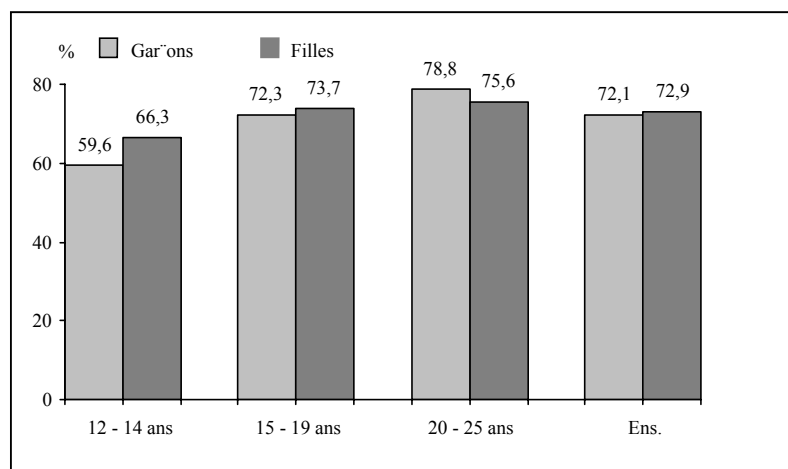
Ainsi, les deux enquêtes montrent des résultats fort proches quant aux pourcentages de jeunes devant un écran qu'il soit télévisuel, pour du travail ou des jeux.

En effet, quels que soient le sexe et l'âge, les jeunes Axonnais ou Picards sont toujours entre trois ou quatre sur cinq à avoir une activité sédentaire au moins deux heures par jour.

Pourtant, les deux enquêtes ne sont pas tout à fait comparables puisque l'une (le Baromètre santé) fait référence à la veille de l'enquête alors que l'autre (Sant'Aisne) se réfère seulement au jour d'école. De plus, la première intègre la lecture dans une activité globale sédentaire alors que la seconde ne la retient pas. C'est d'ailleurs sûrement ce facteur qui fait que les résultats garçons/filles sont quelque peu inversés puisque l'on sait que ces dernières sont souvent plus lectrices que leurs homologues masculins.

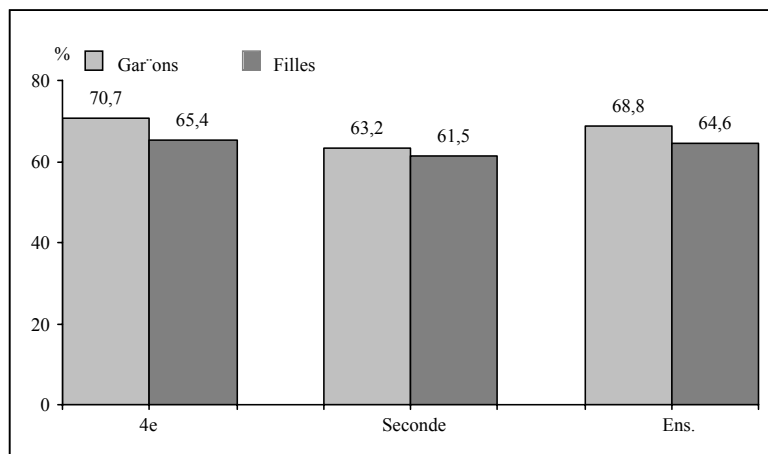
En regardant d'un peu plus près les résultats, on constate que les jeunes Axonnais qui regardent leur écran d'ordinateur ou de télévision au moins deux heures par jour le regarde en moyenne quatre heures et quinze minutes alors que les homologues féminines le font un quart d'heure de moins en moyenne.

Fréquence des jeunes ayant passé plus de deux heures assis la veille de l'enquête à regarder la télévision, lire, jouer à des jeux vidéo ou travailler ou jouer devant un ordinateur selon le sexe en Picardie en 2005



Sources :
Baromètre
santé-ORS
Picardie, INPES
- 2005

Fréquence de jeunes ayant passé plus de deux heures les jours d'école devant un écran de télévision, une console de jeux et/ou un ordinateur selon le sexe dans l'Aisne en 2004



Sources : Sant'Aisne-ORS Picardie, OSH – 2004

En conclusion

À la lecture de ces quelques exemples⁽¹⁾, plusieurs enseignements sont à tirer, tant concernant les résultats eux-mêmes que l'utilisation des outils.

Les résultats

Les évolutions observées entre 1997 et 2004 dans l'Aisne, mais aussi à un degré moindre, celles mesurées à partir du Baromètre santé entre 2000 et 2005 sur l'ensemble de la Picardie, confirment que la surcharge pondérale se répand très rapidement à l'image de ce que l'on observe sur l'ensemble du pays. Le risque est d'autant plus important que les jeunes en surcharge pondérale ont une relative méconnaissance de l'anormalité de leur poids (les garçons plus que les filles). De plus, on constate que la diversité des activités sédentaires autour d'écrans numériques ou cathodiques fait que le temps consacré à ces activités est de plus en plus important. En conséquence, cela nuit aux activités physiques qui sont d'autant plus nécessaires compte tenu de l'apport calorique important des habitudes alimentaires de ces jeunes.

Il est manifeste que les actions mises en place par les pouvoirs publics et le tissu associatif n'ont jusqu'à présent eu que peu d'effets sur les comportements des jeunes concernant les habitudes de vie. Se pose donc toujours la même question : comment faire pour inverser cette tendance ?

L'utilisation des outils

Dans ce contexte de besoin permanent d'information, il ne faut pas s'en référer qu'à un seul outil. C'est en effet la convergence ou non de plusieurs sources de données qui permet d'émettre une hypothèse (qui se confirmera ou s'infirmera en fonction d'autres recueils). Il en est donc de l'épidémiologie comme de la physique : être en construction permanente.

Pour autant, les contraintes financières empêchent de disposer de recueils permanents sur toutes les unités géographiques souhaitables. Ceci a pour principale conséquence pour les financeurs de privilégier parfois la facilité à la qualité. C'est la raison pour laquelle il y a sûrement davantage à gagner dans la mutualisation de moyens que dans leur dispersion.

Même si on mesure la difficulté d'un tel message pour des institutions qui ont souvent des objectifs différents, tant dans la détermination de la problématique que dans le calendrier de réalisation, on peut être raisonnablement optimiste. De façon générale, la loi relative à la politique de santé publique renforce ces démarches unifiées. De plus, en Picardie, on assiste à une volonté partagée par la plupart des institutions de disposer d'un programme pérenne d'observation sanitaire et sociale.

⁽¹⁾ Pour en savoir plus sur les résultats 2005 du Baromètre santé en Picardie, le lecteur est convié à consulter les documents intitulés « Les jeunes de 12 à 25 ans en Picardie » et « Habitudes de vie et conduites à risques des jeunes Picards ».

AUTOUR DE CES ADOS QUI EN PRENNENT : TABAC, CANNABIS, ALCOOL : QUELLE PREVENTION ?

QUI SONT CES ADOS QUI EN PRENNENT ?

*Sophie LE GARREC, Dr Sociologue
Université de Fribourg,
Département Travail social et politiques sociales
sophie.legarrec@unifr.ch*

Constructions de confiance-s et consommations de toxiques chez les adolescent-e-s.

Nous nous intéresserons à deux dimensions de la construction sociale de la confiance - ou des confiances ?-: confiance envers autrui et confiance envers les objets/produits dans le cadre des passages à l'acte dans des pratiques alcoolo-toxico-tabagiques⁷ chez les jeunes scolarisé-e-s⁸. Nous sérierons notre développement sur l'exemple particulier des scènes des soirées où se déroulent principalement les consommations toxiques et les jeux observés⁹ - défis, compétitions, drague, etc. - ayant pour finalités l'ingestion de produits psychotropes.

Comment en sommes nous arrivée à interroger ce concept de confiance ?

Nos observations de terrain et l'analyse de données épidémiologiques ont fait apparaître un décalage entre les positionnements médico-scientifiques et les réalités des jeunes. Les analyses des entretiens nous ont amenée à réfléchir en dehors des modèles médicalisés du risque¹⁰ systématiquement associés à ces pratiques alcoolo-toxico-tabagiques. Les jeunes connaissent dans leur quasi-totalité les risques et les dangers sanitaires associés aux consommations toxiques mais cela ne limite pas pour autant la consommation de ces substances psychotropes¹¹.

Quelles ressources, significations, utilités sociales permettent de sublimer les risques associés à ces pratiques et favorisent les consommations ?

Les explications invoquées par les jeunes font référence à la confiance en soi, envers les autres ou encore envers les produits consommés. La confiance émergerait d'expériences dispositives¹² c'est-à-dire d'expériences structurant un renversement perceptif, normatif, configurationnel dans les actions et les interactions, de confrontations, à différents niveaux, du réel et de l'imaginaire.

⁷ S. Le Garrec, 2000 & 2002a.

⁸ La catégorisation de « jeunes » a été le fruit d'une déconstruction et interrogation quant à sa pertinence sociologique, Cf. S. Le Garrec, 2002a.

⁹ Par exemple pour les plus connus, les jeux du « à qui boira le plus », le jeu du 421, les jeux de la vérité, du via crucifix, etc. (Cf. S. Le Garrec, 2002 b)

¹⁰ Tellement prédominants lorsque l'on aborde ces thèmes qu'il devient difficile pour les sociologues de les mettre à distance.

¹¹ Ceci n'est d'ailleurs pas spécifique des jeunes.

¹² Nous réadaptions ici la définition de la médiation dispositive proposée par E. Belin (2002) qu'il définit comme « stratégie d'évitement, de claustration dans des espaces aménagés qui rendent impossible la rencontre avec l'horrible, de l'organisation d'un monde protégé, indécidable quant à son statut d'existence, qui permette l'oubli, l'insouciance et la négation du réel ».

Le paradigme de recherche s'est alors déplacé du risque, vers, le substrat explicatif des passages à l'acte¹³ repéré dans les propos des jeunes, la confiance et les contextes de confiance. Mais comment définir et comprendre cette notion de confiance ? Comment se construit-elle ?

Notre intérêt de recherche ne se concentre pas sur la notion même de confiance mais sur les processus de constitution ou de construction sociale de la confiance. Cette notion recouvre une multitude de facettes selon les situations vécues et selon les individus, mais elle doit se révéler et s'homogénéiser quant à sa définition par une compréhension de sa structuration et par les différentes modélisations des configurations¹⁴ observées.

Deux recherches menées sur ce thème des pratiques alcoolo-toxico-tabagiques chez les jeunes scolarisé-e-s illustreront nos réflexions¹⁵. Pour ces deux recherches, nous avons systématiquement développé une analyse descriptive des systèmes de consommation (les produits consommés, les effets attendus, les types de consommation, les significations associées, les contextes observés, les manières de consommer ces toxiques, etc.) pour ensuite appréhender les perceptions sociales de ces systèmes de consommations, leurs évolutions afin d'appréhender les formes compréhensives des passages à l'acte et des contextes « activateurs de confiance »¹⁶.

Nous proposons d'approfondir quelques résultats de ces recherches permettant d'apporter certaines orientations sociologiques sur la notion et la construction sociale éminemment complexe de la confiance.

Pour bien comprendre l'émergence du processus de construction sociale de confiance et ce que l'on peut y associer, il nous faut préciser un des résultats de notre recherche sur les significations des consommations toxiques incontournable pour la compréhension des analyses que nous proposons ensuite : le temps à-côté. Ce temps à-côté, c'est-à-dire le temps des consommations, va servir de départ à notre réflexion puisque c'est à partir de nos questionnements de recherche sur les significations des consommations toxiques chez les jeunes scolarisé-e-s que nous nous sommes interrogée plus globalement sur les processus de construction de confiance.

Médiations entre agir dans le temps à-côté et réalité quotidienne

Un des éléments centraux de notre analyse des pratiques alcoolo-toxico-tabagiques a été la mise en lien entre les différentes significations attribuées aux consommations de toxiques et les rapports au-x temps des jeunes interrogé-e-s. Ces divers rapports au-x temps se retrouvent dans les effets recherchés durant le temps des consommations que nous avons défini par le concept de temps à-côté. Une des principales caractéristiques de ce temps est qu'il invite à une dimension temporelle exclusivement centrée sur le présent. Dans le temps à-côté, par des recours divers, les lendemains n'existent pas et les répercussions potentielles des actes effectués dans ce temps ne peuvent avoir lieu. Ce temps a-typique, de parenthèse, de décompression des rythmes et des injonctions sociales du

¹³ Pour la première fois ou dans des consommations répétées.

¹⁴ Configurations de rencontre et de consommation en ce qui concerne nos thématiques de recherche.

¹⁵ S. Le Garrec, 2000 & 2002 ; Synthèse des recherches effectuées par les étudiant-e-s du séminaire « Temps et Confiance » proposé par S. Le Garrec, 2002. D'un point de vue méthodologique la première recherche a porté sur 49 entretiens semi-directifs et biographiques, sur 1270 questionnaires, sur 9 mois d'observation de jeunes lors de leur pérégrinations diurnes et nocturnes et sur le suivi d'intervenant-e-s en prévention dans les lycées durant 7 mois. La seconde étude-séminaire s'est construite autour de 30 entretiens semi-directifs.

¹⁶ A. Giddens, 1994.

quotidien, devient pour certain-e-s un entre-deux spatio-temporel où l'on peut tester d'autres modes de rapports aux autres, où l'on peut s'essayer à être quelqu'un d'autre en se créant des personnages ou au contraire en faisant « *tomber le masque* », etc. Bien entendu, certain-e-s vont utiliser ces prototypes d'être, de médiations aux autres et à soi dans leur retour à leur réalité post-consommatoire. Cependant, il faut bien différencier ce que les jeunes investissent au moment même où ils-elles consomment et les utilisations *a posteriori* de ce temps à-côté dans la réalité quotidienne.

Même si sur le moment de la consommation les rapports à l'avenir sont effacés, occultés ou encore celés au présent¹⁷, les significations des consommations, les constructions sociales des risques et des formes de confiance se constituent pourtant dans les temps subséquents aux consommations, les lendemains des soirées par exemple.

Si dans le temps à-côté les actes sont réalisés dans l'immédiateté, on ne peut pas parler de confiance, qui elle, s'inscrit dans une perspective diachronique. Les temps des exploits, des « sur-faire » observés en soirée par exemple se constituent en exploit et prennent une valeur uniquement lors de leur narration ultérieure par soi et/ou un autre. C'est dans le récit que s'élabore la confiance par la valorisation « *de ce qui s'est passé* », de « *ce qu'il a fait* », de « *ce qu'il a dit* », de « *ce qu'il a pris*¹⁸ » de si *incroyable* une fois la soirée passée. La confiance serait donc une construction réflexive des actions passées. Les jeunes relatent leur histoire - la leur et celle du groupe -, donnent des significations à leurs actes en leur attribuant des valeurs et des normes définies par ce test d'interprétabilité¹⁹ que constitue le récit. Cette postsynchronisation des agirs en soirée et lors de consommations toxiques, constitue simultanément un socle aux souvenirs mais également aux projections potentielles de « *ce que je vais pouvoir faire dans la future soirée* ». Cette postsynchronisation visuelle et interprétative, ce montage mémoriel, c'est-à-dire les dispositions des jeunes à revisualiser²⁰, à reconstruire, à revisiter la soirée ou certaines scènes à partir de leurs propres souvenirs, avec tout ce que cela suppose de subjectivité et de réappropriation personnelle (et/ou collective), permet de réinventer « *leur* » histoire avec ses plans fixes, ses doublages, ses zooms, ses cadrages, ses lumières, ses personnages principaux et secondaires, ses intonations, ces *temps forts*, etc. Il s'agit d'un accord établi entre la scène vécue et la scène revue dans l'optique de la constitution d'une *histoire*. Cette histoire pour exister doit susciter un intérêt, il faut qu'émerge un suspens, une intrigue, des actes « *qui marquent les esprits* » d'où la diversité des versions possibles d'un jeune à l'autre, proposant chacun-e des réadaptations idéalisées.

Se structure alors dans l'imaginaire une multitude de scénarii projetés, de petits cinémas intérieurs²¹ où l'on va se raconter et s'inventer, à partir des souvenirs reconstruits par le récit des dernières sorties, des derniers exploits, etc., des scènes imaginaires dont on sera l'acteur-riche principal-e. Ces scènes servent de clarification et d'appui parfois aux modifications et aux re-évaluations des limites et des choix personnels quant aux participations aux défis et, aux types et quantités de consommations ingérées. En façonnant « *pour soi-même* » ces scénettes, histoires, scénarii fantasmés le jeune produit une vie alternative dans l'entre-deux de la réalité et de la rêverie qui donne accès à des formes de confiance en soi et en ces choix puisque, comme le confie Mario (17 ans), « *dans ces petites histoires que tu te racontes dans ta tête, c'est finalement comme si tu l'avais déjà fait. C'est*

¹⁷ C'est d'ailleurs une des explications aux formes de jeux les plus extrêmes observées en soirée.

¹⁸ À comprendre ici comme : ce qu'il a consommé comme substances psycho-actives.

¹⁹ E. Anscombe, 2002.

²⁰ Ces formes de revisualisation ne sont pas exclusives des jeunes que nous avons rencontré-e-s mais peuvent se généraliser à l'ensemble de la population en générale. Ce qui caractérise, semble-t-il, les jeunes de notre recherche, c'est qu'ils-elles construisent certaines formes de confiance par ce procédé.

²¹ J.-C. Kauffmann, 1997.

une répétition avec ton imagination et donc t'es plus confiant pour décider parfois de ce que tu vas consommer ou quand ça arrive comme t'as déjà tripé cette scène pour toi, ça facilite certainement la conso ou la connerie que tu vas faire mais sur le moment tu penses pas mais je pense que ça dois jouer, j'en suis sûr. » D'ailleurs, la plupart des jeunes que nous avons suivi-e-s, nous ont expliqué ne pas être conscient-e-s sur le moment de ce qu'ils-elles faisaient parce qu'ils-elles « *étaient dans le truc de la soirée, tu te laisses porter comme ça, tu ne réfléchis plus, t'en as plus besoin puisque tu ne penses plus qu'à ce qui se passe sur le moment, le reste est complètement occulté de ton esprit. Donc, non, c'est pas du courage, ni de la confiance, c'est de l'instinct, de l'impulsivité. Pourquoi tu ne le ferais pas si tu ne définis pas dans le moment, le fait que c'est une connerie...et de toute manière tu te rends compte qu'après que c'en est une [rires]* » (Sylvia, 19 ans).

Les rapports aux temps - dans les formes du temps à-côté et dans les temps dominants²² - modifient donc les contextes et les pratiques définies à risque et/ou de mises en confiance.

D'ailleurs, l'analyse des trajectoires des consommations²³ et les évolutions des significations des pratiques mettent à jour également ces permutations des perceptions du risque vers la confiance²⁴, ou tout au moins vers « *l'allant de soi* ». Les rapports en terme d'avenir et la durée influent sur la gestion du présent, sur les constructions des significations des pratiques et leurs définitions variables selon les contextes et les « *carrières*²⁵ » des jeunes consommateurs-rices. La notion du temps, ou plutôt cette conscience temporelle, n'est pas factuelle mais relationnelle et contingente ce qui amène des variations et des fluctuations de significations pour une même pratique et une même situation. C'est là un point commun et un point d'ancrage avec la notion de confiance, véritable construction sociale²⁶, parfois duale et paradoxale selon les configurations et selon les répercussions, les conséquences qu'elle peut générer dans certaines actions eu égard à l'avenir, au présent ou au passé²⁷.

Dans cette logique, les agirs individuels dans le groupe de pairs lors des passages à l'acte en consommations toxiques ne mettraient pas en *jeu*, dans ces *temps* des consommations, directement la confiance.

Du groupe et des individualités

Tou-te-s les jeunes disent appartenir à un groupe de pairs, et ce, peu importe le cadre et les composants de ce groupe (famille - cousins, cousines, frères, sœurs,..., ami-e-s d'école, extra école, etc.). La confiance et le « *bien-être* » sont les principales caractéristiques de la pérennisation du groupe et de son adhésion selon les jeunes interrogé-e-s. Il se dégage du groupe une forme de permissivité autorisée par un ressenti commun de sécurité et de protection pour ou par cette appartenance. Le groupe, par ce sentiment et par ces normes implicites, faciliterait les passages à l'acte dans des pratiques caractérisées habituellement dans le sens commun de pratiques à risque.

²² Cf. D. Mercure, 1995.

²³ Cf., S. Le Garrec, M. Pervanchon, 1998 ; S. Le Garrec, 2002a.

²⁴ Et aussi parfois de la confiance vers le risque.

²⁵ Cf. H. Becker, 1963.

²⁶ Que l'on suppose également relationnelle et contingente.

²⁷ Comme le soulignait Emmanuel Lévinas, la confiance est le signe de l'aliénation dans l'avenir et le devenir dans notre rapport « à l'autre ».

Par exemple la sur-consommation²⁸ d'alcool et les jeux observés lors des soirées juvéniles participent à la solidification du groupe de pairs par la création de « *souvenirs* » ou de « *petites histoires* » qui offrent une réelle existence à la « *communauté de pairs* » et surtout qui les dote d'une mémoire commune sur laquelle se sédimente et se médiatise la confiance des membres dudit groupe. Ces jeux et ces alcoolisations entraînent souvent les membres des groupes de jeunes dans des formes de mises en scène de soi extrêmes, empiétant sur ce que l'on appelle des formes de débordements : débordements, au sens propre mais aussi au sens figuré (débordement dans le dire et dans l'être soi) ; débordements dans le corps et dans l'agir. «... *il est important que cela reste dans le cadre du groupe, avec des gens en qui, on peut avoir confiance, car si t'assures ça va, mais dans le cas contraire il faut pas que ça te casse ton image après c'est pour ça que quand c'est dans le groupe, t'es confiant, tu sais que ça arrivera pas. ...* » (Benoît, 20 ans).

Nous différencions ici deux phases explicatives du groupe dans les rapports de confiance : les « *gens* » qui composent le groupe, c'est-à-dire les diverses individualités et le groupe comme entité collective.

Au-delà des caractéristiques d'affinités présentes ou non, des rapports sentimentaux et affectifs qui lient les membres du groupe, le groupe serait à comprendre comme un ensemble exhaustif de propriétés configurationnelles, comme cadre d'expérience voire même comme espace social. Il serait le seul repère et le seul marqueur situationnel définissant des prises de rôles a-institutionnelles pour les jeunes. Le groupe combinerait deux acceptions paradigmatiques : comme ensemble d'individus liés par une appartenance affective mais aussi comme cadre normatif des passages à l'acte dans des débordements et des surenchères, qui ne serait pas « légitimé » en dehors de ces cadres collectifs d'inter-(re)-connaissances.

Dans ce cadre sérié des temps des consommations toxiques dans un groupe, il ne s'agirait pas de confiance mais de norme de légitimation d'une pratique²⁹. « *Même si la personne est seule à boire ou fume un joint, elle a besoin de la présence du groupe (...) pour qu'un lieu puisse exister, il est nécessaire d'avoir la présence des autres.* » Le groupe ferait donc lieu - de surcroît lieu de légitimation - à lui seul³⁰.

Le groupe doit être pensé comme un collectif de pratiques socialisateur mais aussi comme un cadre, un repère, un marqueur scénique des prises de rôles individualisées, des essais et des apprentissages d'être soi, un espace légitimant les pratiques individuelles. Ce n'est qu'en présence d'un collectif - affinitaire et/ou spatial - que l'on peut se prouver qui l'on est, ce que l'on est, ce que l'on vaut, ce que l'on veut être et ce que l'on veut représenter notamment dans les passages à l'acte en consommation, dans les jeux des soirées et par la mise en récit des « *histoires du groupe* » :

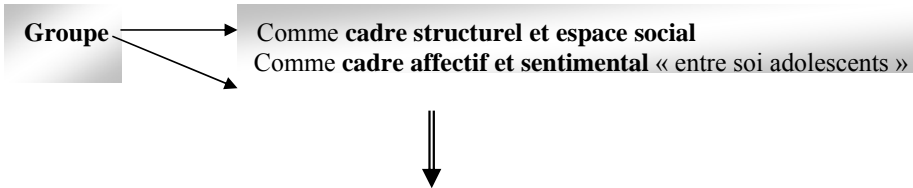
- il y a un public qui renvoie une image positive ou négative, qui valide ou invalide la prestation, qui véhicule ensuite l'image de soi auprès des autres pairs ;

²⁸ Cette notion de sur-consommation ne se réfère pas à une mesure légale et/ou médicale mais à la norme du « trop boire » considéré par les jeunes comme du « bien-boire » c'est-à-dire une consommation suffisamment importante pour que les jeunes soient malades physiquement. Le fait d'être malade démontre que les jeunes ont dépassé leur propre capacité d'alcoolisation.

²⁹ Cf. Collectivement certaines pratiques n'ont pas la même signification : des actes tantôt condamnés, interdits ou stigmatisés deviennent en groupe dédouanés de l'interdit et de l'anormalité.

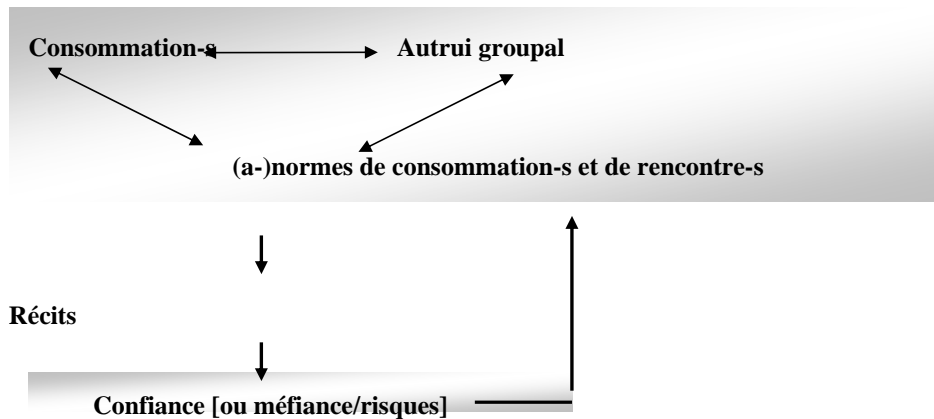
³⁰ Cet aspect peut, vraisemblablement, expliquer la variabilité des lieux de consommation difficilement assignables à un espace caractéristique.

- le collectif rend légitime la consommation ;
- le collectif permet de se dépasser et de jouer des rôles ;
- le collectif permet la narration, le récit et la postsynchronisation des actions et des interactions.



Eléments-cadres participant à la construction sociale de la confiance (familiarisation et appropriation du groupe dans ses deux acceptions)

Ce cadre dual donne sens aux pratiques proposées dans le groupe : ces significations se différenciant des significations quotidiennes normatives associées à ces pratiques. Le groupe, dans cette interaction de constructions affectives et structurelles comme cadre de l'expérience permet d'investir des pratiques non légitimes (consommations de toxiques, jeux), des rapports aux autres basés sur des règles et devoirs différenciés, etc.



Le produit, la relation aux autres, les normes habituelles, dans le cadre des pratiques alcool-toxico-tabagiques dans le groupe sont « testés » différemment de leur définition habituelle du sens commun. Cette négociation et renégociation avec les normes d'agir (consommer, rencontrer par exemple) se conjuguent aussi avec les définitions variables du risque et de la confiance. Les notions de risque et de confiance³¹ suivent les variations proposées dans le schéma précédent : les consommations agissent sur la perception des normes et sur les rapports aux autres ; les rapports aux autres peuvent impulser de nouvelles consommations qui invitent à repenser de nouvelles normes de pratiques, ces rapports et ces

³¹ Cette association binaire Risque vs Confiance a été proposée et développée chez A. Giddens (1994) et surtout N. Luhmann (1980).

nouvelles consommations sont redéfinis et re-évalués dans les narrations post-consommations, etc. À chaque fois, ces modelages des scènes de consommations et de rencontres entre pairs modifient, selon le moment et les formes de finalités données aux consommations, les significations du risque et des formes de confiance.

Produits et confiance

La construction sociale de la confiance ne s'observe pas uniquement dans les interactions entre individus mais également dans les rapports aux produits et à leurs perceptions des risques notamment. Ces deux formes de confiance, confiance envers le groupe/individus et confiance envers le-s produit-s, sont pleinement en lien comme nous allons le démontrer.

« C'était bien, enfin, je sais que les effets peuvent être tops mais là, c'était pas bien du tout parce que j'étais avec des gens avec qui je n'étais pas bien.

C'est-à-dire ?

J'sais pas, j'avais pas confiance dans ces gens, je les connaissais à peine, donc tu sais pas comment ils tripent et où ils vont dans la soirée. Ca a fait foirer les effets de la coke. Alors que d'habitude c'est un super trip, là, c'était mal dans ma peau, effets pas joyeux, c'était difficile. C'était de mauvaises conditions pour en prendre parce que l'ambiance n'y était pas et c'est vachement important pour ce type de produit. Si les autres ne suivent pas, ça tue les effets. [...] quand ça tue les effets comme ça, tout devient space³² et tu deviens parano... alors que quand ça se passe bien, c'est tout cool la plane top. En fait, je me dis, je ne sais pas si c'est le produit qu'était peut-être pas bon car je ne connaissais pas assez les mecs, je savais pas où ils avaient eu les doses ou bien si c'était tout simplement le groupe en lui-même !» (Anthony, 16 ans).

Deux éléments modifiant la perception des risques et des formes de confiance associée aux produits ressortent de cet extrait d'entretien et plus généralement des propos des jeunes rencontré-e-s : les catégorisations des produits en fonction des positionnements dans les trajectoires de consommation et le réseau d'accès au produit.

Les trajectoires de consommations des trois produits les plus usités, le tabac, l'alcool et le cannabis, illustrent les constructions sociales et les évolutions de la confiance vs risque dans les produits.

Prenons l'exemple de la cigarette. Tou-te-s les jeunes que nous avons interviewé-e-s nous ont clairement expliqué ces variabilités perceptives des produits depuis leur entrée en consommation. Le souvenir de ce premier contact avec le tabac n'est pas positif puisqu'il est vécu pour l'ensemble des jeunes comme un déplaisir et comme un risque pour « sa santé » (corroboré par le ressenti physique et psychique négatif) : « Sale goût dans la bouche » ; « dégueulasse », « pas bon du tout », « horrible » ; « sensation d'étouffement », « de ne plus pouvoir respirer » ; « mal à la tête », « vertiges, flottements » ; « toux », « sensation d'arracher la gorge » ; « mal aux poumons », « cracher ses poumons », « s'arracher les poumons », « à en gerber ses poumons » ; « mal au ventre », « diarrhée » ; « risque de santé », « risque de cancer », « manque de confiance et problème de santé », etc. Il en est de même pour l'ensemble des discours proposés par les jeunes sur les autres produits, quel que soit leur statut de licéité ou d'illicéité. Cette première catégorisation des produits comme de « mauvais produits » se transforme pourtant au fil des expériences comme de « bons

³² Space =bizarre, étrange

produits » générant du plaisir et des mises en confiance. Ces transmutations de perceptions des produits s'élaborent selon divers processus observés et verbalisés par les jeunes :

- selon les attentes des effets des produits en terme de réappropriations des ressentis ;
- selon les vécus des temps dominants au moment de la consommation ;
- selon que le/la jeune est seul-e à consommer ;
- selon le groupe avec lequel le/la jeune va consommer.

Avec les premières expériences des soirées, scènes privilégiées des premières consommations, les jeunes apprennent à « gérer » les effets physiques des produits, ressentis au départ comme négatifs, et découvrent alors les utilités sociales des effets « *dans le corps et dans la tête* » mais aussi, plus globalement, au niveau des normes du sens commun. L'ingestion des produits psycho-actifs autorise et légitime certaines actions, certains dire, certaines pratiques et expériences qui seraient considérés comme inacceptables voire impensables à jeun. Ces consommations légitiment alors les dépassements et les débordements puisque « *ce n'était pas vraiment moi* », « *j'étais ivre mort* », « *j'étais raide...défoncée* », etc. Ces débordements peuvent tantôt être valorisés si l'issue et l'enjeu de ces débordements sont satisfaisants pour les jeunes et tantôt être amoindris si l'expérience est plutôt dévalorisante dans sa finalité ; dans ce dernier cas « l'état de défonce » est invoqué pour excuser la mauvaise prestation vécue et perçue par les jeunes et le groupe. Les pratiques alcoolo-toxico-tabagiques deviennent alors de véritables « antidotes » contre les risques potentiels et variés, rencontrés sur la scène des soirées.

À un autre niveau, les pratiques alcoolo-toxico-tabagiques créent de la confiance en soi en légitimant de sa présence, en parant le vide de sociabilité, « *le vide de son attitude* » dans certains lieux ou à certains moments : par exemple, ce vide peut être comblé par la gestuelle en allumant une cigarette, en buvant un verre, etc.

« Dès que j'arrive en soirée, j'allume une clope, c'est un peu la symbolique de la force mais c'est surtout si jamais t'es seul à un moment, pour ne pas rester les bras ballants, grand nigaud qui ne sait pas quoi faire de ces de bras, de ces paluches ! » (Ivan, 20 ans) ; « Ca permet quand tu t'emmerdes ou quand tu te retrouves seule en boîte par exemple, de remplir un moment tes poumons, tu prends du courage et ça te permet de te raccrocher à quelque chose, c'est comme une sécurité de faire quelque chose. Ca peut être avec une clope ou un pétard mais aussi avec un verre de n'importe quoi » (Elisa, 21 ans).

La consommation facilite la confiance en soi - ou en un lieu - par le paraître de la tenue corporelle et de la gestuelle définie par les jeunes comme un remplissage social de sa présence et de sa légitimité d'accession à la soirée.

Nous nous situons ici au niveau des transmutations des catégorisations des produits au regard des effets réappropriés dans leurs usages et utilités sociales. Cependant, cela n'explique pas le changement de perception au moment même de consommer le produit jusqu'alors fortement déprécié voire stigmatisé. Un des éléments favorisant l'acceptation de la consommation dépend de la crédibilité et de la « confiance » que les jeunes ont dans le fournisseur et/ou le revendeur³³. Le risque ou le danger par exemple de l'ecstasy, quant à la composition du cachet, est évacué à partir du moment où le jeune obtient la garantie que ce cachet provient d'un réseau de connaissance qui l'affecte directement ou indirectement :

³³ Nous ne l'accordons pas au féminin puisque nous n'avons pas rencontré de jeunes filles revendeuses dans nos deux terrains de recherche.

«... pour éviter les cachets merdiques, coupés avec plein de dégueulasseries, je les achète qu'avec des personnes que je connais parce que là, c'est la confiance et les gens en qui tu as confiance, ils peuvent pas te refiler de la merde. Jamais j'achèterai aux petits dealers inconnus qui peuvent te refiler des grosses merdes. Il faut être con ! Faut pas s'étonner si t'es malade parce que si tu connais pas le mec, c'est pas étonnant. » (Juliette, 18 ans).

Cette illusion du contrôle du risque et de l'évitement des dangers sont une manière de se rassurer et d'entrée dans des formes de confiance. La proximité avec le revendeur modifie d'ailleurs la définition de cette activité de revente de produits psychoactifs. Le copain revendeur (où le copain du copain par exemple) est forcément quelqu'un de confiance, un pair, un « *comme nous* », alors que l'inconnu revendeur est défini comme « *le dealer* » ; ce dernier n'a pas la (re)connaissance susceptible de fonder la confiance de l'inter-(re)connaissance, ce qui n'est pas le cas pour les proches revendeurs (copains, faisant partie de la même classe, du même lycée, du même club de sport, du quartier, etc.).

Ces quelques analyses font ressortir toute la variabilité du concept de confiance et combien sa construction est complexe. Comme nous le soulignons en introduction, la confiance et plus particulièrement sa construction, doit se comprendre dans les configurations de son émergence ou tout au moins de sa verbalisation par les personnes interviewé-e-s. Quelques éléments ressortent de nos analyses.

Tout d'abord, et ce, peu importe le récepteur (humain ou technique), la confiance se construirait dans l'interstice de la réalité perçue et de l'imaginaire des individus investis dans toutes les situations du quotidien, d'autant que ces dernières ne sont pas pensées comme telles dans l'immédiateté de l'instant. En outre, deux moments doivent être distingués : les premières fois et les expériences répétées. Ces deux moments se distingueraient en deux types de confiance néanmoins complémentaires dans les passages à l'acte, la confiance attachement et la confiance interprétative³⁴. Le récit serait le moment crucial donnant sens à ces expériences en les catégorisant dans des registres souvent duaux. Cette histoire par le récit de l'expérience vécue - prenant forme dans la narration pour soi ou pour des autres - serait le point d'ancrage aux interfaces constitutives des perceptions des risques, de la confiance, etc. envers le groupe, envers les produits consommés, envers les contextes, etc. puisqu'elle permettrait : un décodage social a posteriori avec les postsynchronisations, les prises en compte des répercussions, des validités ou invalidités des actions et les réappropriations perceptives par les individus de leurs interactions ou de leurs consommations. Ce décodage produirait des répertoires de contextes sociaux pertinents, des schèmes d'action, des ensembles abrégés d'expériences sociales³⁵, qui ont été construits-incorporés dans les cadres sociaux limités-délimités, offrant des légitimités et de nouvelles normes pour l'appréhension de cette notion et construction de la confiance.

Par ailleurs et pour finir, cette approche par les contextes et systèmes de confiance dans le cadre des consommations toxiques, ne pourrait-il pas ouvrir et alimenter de nouveaux modèles d'actions et de politiques en santé publique ?

³⁴ Dans la première forme de confiance « l'attachement et la connaissance intuitive de l'autre priment sur toute autre considération (...) Moins naïve et moins entière que la confiance attachement, la confiance interprétative maintient l'ouverture sur les échanges avec une appréciation plus ou moins précises des risques liés aux situations et aux personnes. Ce type de confiance ressemble à un pari non exempt de calcul, à une mise peut-être limitée au départ d'une série d'échanges, qui va s'élargissant ou se rétrécissant suivant le déroulement ultérieur des relations et des événements. » A. Petitat (1998 : 207).

³⁵ B. Lahire, 1998.

Bibliographie

1. ANSCOMBE E., 2002, *L'intention*, Paris : Gallimard
2. BECKER S., H., 1963, *Outsiders*, New-York : The free Press (Trad. Fr., Paris : Métailié, 1985).
3. BELIN E., 2002, 2002, *Une sociologie des espaces potentiels, Logique dispositif et expérience ordinaire*, Bruxelles : De Boeck.
4. CHOQUET M., DRESSEN C. (dir.), 1996, *Adolescence plurielle*, Vanves : CFES, 2^{ème} édition.
5. GIDDENS A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris : L'Harmattan (Coll. « Théorie sociale contemporaine »).
6. GOFFMAN E., 1991, *Les cadres de l'expérience*, Paris : Editions de Minuit.
7. GOLBERG M., 1985, *L'épidémiologie sans peine*, Paris : Frison Roche.
8. GOLDBERG M., 1982, « Cet obscur objet de l'épidémiologie », *Sciences sociales et santé*, décembre, N°1.
9. KAUFMANN J.C., 1997, *Le cœur à l'ouvrage, Théorie de l'action ménagère*, Paris : Nathan (Coll. « Essais et Recherche »).
10. LAHIRE B., 1998, *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, Paris : Nathan (Coll. « Essais et recherches »).
11. LE GARREC S., 2002a, *Ces ados qui en prennent, Sociologie des consommations toxiques adolescentes*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
12. LE GARREC S. et les 24 étudiant-e-s du séminaire « Temps et confiance », 2002b, *Temps et confiance dans les passages à l'acte – Rapport du séminaire « Temps et confiance »*, Université de Fribourg.
13. LE GARREC S., 2001, « Les pratiques alcoolo-toxico-tabagiques chez les jeunes. De l'approche épidémiologique à une caractérisation sociologique », in BECKER H. (dir.), *Qu'est-ce qu'une drogue*, Paris : Atlantica-Séguier.
14. LE GARREC, 2000, *Temps à-côté, jeux et pratiques alcoolo-toxico-tabagiques. Les significations des effets et des consommations toxiques chez les lycéennes et les lycéens*, Thèse de doctorat en sociologie – Toulouse.
15. LE GARREC S., PERVANÇHON M., CLEMENT S., 1998, « Le sens de l'alcoolisation des 15-25 ans dans la région de Toulouse », *Cahiers de l'Ireb*, N°14.
16. LUHMANN N., 1980, *Trust and power*, New-York : Wiley
17. MERCURE D., 1995, *Les temporalités sociales*, Paris : L'Harmattan (Coll. « Logiques sociales »)
18. PETITAT A., 1998, *Secret et formes sociales*, Paris : PUF.

L'EXEMPLE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION POUR LA SANTE, EN PREVENTION DU TABAGISME, MENE DANS 22 ETABLISSEMENTS SCOLAIRES DES PAYS DE LA LOIRE

*Dr. Patrick LAMOUR, Laurence LE HELIAS, Patrick BERRY,
CREDEPS-Nantes : Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion
de la santé ; email :
credeps@credeps.org*

Comment répondre au souci légitime des autorités sanitaires du pays qui proposent d'engager d'avantage d'actions de prévention en particulier en direction des jeunes, sans pour autant provoquer chez eux « lassitude et résistance ». Ceux qui s'alarment de la consommation d'un produit, dont les conséquences à terme sur la santé ne sont plus à démontrer, nous rappellent que l'entrée dans la consommation des élèves des collèges et lycées des Pays de la Loire, conduit 46 % des Ligériens de 18-25 ans³⁶ à une consommation tabagique quotidienne. Comment concilier un souci légitime d'intervention sur ces consommations identifiées à risques, tout en organisant des projets suffisamment divers et pluriels pour qu'ils rejoignent un public certes vulnérable, mais sans demande clairement identifiée.

« L'information rabattue, lassante, répétitive ou la culpabilisation conduisent le sujet à se battre sur deux fronts : leur front intérieur et vous qui le harcelez. En réalité, vous l'affaiblissez ! »³⁷. Ce propos concerne tout autant le public adulte, mais est particulièrement adapté pour les adolescents. Par conséquent, il s'agit de mettre en œuvre des projets d'éducation pour la santé marqués d'une grande diversité, témoin de la prise en compte, la plus précise possible, des contextes et de la demande locale. S'il est possible d'uniformiser la forme et le contenu d'une « approche informative, persuasive, dissuasive, répétitive, etc. », il est plus complexe de favoriser la diversité, l'initiative et la créativité tout en proposant un cadre global régional qui donne du sens et de la cohérence à des projets en apparence dispersés...

Au-delà du dialogue fructueux entre des travaux et des concepts théoriques qui inspirent et nourrissent des modes d'intervention, nous nous attachons à présenter ici « COMMENT » mettre en œuvre une prévention tenant compte des réalités, des contraintes et des opportunités que peuvent offrir des établissements scolaires (Lycée et Collège).

L'objectif est de présenter la façon dont 22 projets de prévention ont été initiés ensemble en réponse à un appel d'offre national concernant des actions de prévention du cancer, et en particulier du tabagisme. Ces 22 projets, conduits par 11 associations de santé depuis janvier 2004, ont suivi un double mouvement : autonomes dans leur mise en œuvre locale et partagés grâce à des échanges collectifs permanents d'expériences et de compétences organisés entre les 15 professionnels qui les conduisent.

Notre propos est construit en trois parties. Dans un premier temps sont présentées les grandes lignes de l'organisation et de la mise en œuvre d'un programme à l'échelon régional. Puis, dans un souci d'éclairage concret de ce qui peut-être réalisé, nous développons deux exemples de mise en œuvre de projets dans deux établissements scolaires de

³⁶ Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre Santé Pays de la Loire 2000. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Nantes, 2002.

³⁷ Leguay D. La prévention primaire peut-elle passer par les médias ? In : Venisse JL, Bailly M, Renaud M. Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ? Paris : Masson, 2002 : 239-245.

l'agglomération nantaise. Nous concluons par quelques enseignements tirés des premiers résultats d'une évaluation de ce programme, en cours.

Répondre à un appel d'offre national en proposant de développer des projets locaux.

L'INPES lance en fin d'année 2003, un appel d'offre national concernant « des actions d'intérêt régional en matière d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, dans le domaine du cancer et notamment de ceux liés au tabagisme ». Le réseau des Comités d'Education pour la Santé en Pays de la Loire a tenté, comme dans d'autres régions, de construire une réponse qui devait avoir deux caractéristiques :

- proposer à plusieurs associations de santé de répondre collectivement à l'appel d'offre en respectant leur culture, leurs approches, leurs compétences dont on sait qu'elles influent fortement la façon dont va se construire un projet,
- poser un cadre commun suffisamment cohérent pour offrir une « visibilité régionale » tout en tissant du lien entre des initiatives diverses et variées, car elles tiennent compte des contextes, des demandes et attentes locales.

En juin 2003, le CREDEPS-Nantes dépose au nom de 11 associations³⁸ et 15 professionnels de l'éducation pour la santé porteurs de projet, un programme intitulé « Prévention des consommations de produits pouvant induire des cancers, dans les établissements scolaires du secondaire des Pays de la Loire ». La réponse favorable de l'INPES en décembre 2003 permet de lancer le programme dès le début de l'année 2004.

Le cadre commun du programme est fixé par l'objectif général : « Accompagner 22 établissements scolaires de la Région Pays de la Loire, pour développer des projets d'éducation pour la santé, favorisant la prévention de l'usage de produits toxiques, notamment le tabac. ». Il s'accompagne de 4 objectifs spécifiques, dont deux permettent de préciser les pistes d'interventions possibles : D'une part, « accompagner la communauté éducative des établissements scolaires qui souhaiteraient élargir leur démarche vers un projet d'établissement prenant en compte la prévention des consommations de produits pouvant induire des cancers ». D'autre part, « Faciliter l'appropriation du projet par les adultes de la communauté pédagogique et leur implication, en situant notre intervention au plus près de leurs contraintes institutionnelles et pédagogiques. ».

La finalité des interventions qui répondent au premier objectif spécifique est d'aider un établissement à inscrire la prévention des consommations de produits dans une approche globale. L'essentiel du travail des professionnels d'éducation pour la santé se situe alors auprès du chef d'établissement, des cadres de l'établissement et des principaux professionnels ressource souhaitant s'investir sur le sujet. Ce sont des démarches demandées par des établissements ayant déjà réalisé de nombreux projets avec le sentiment de « s'éparpiller » selon les classes et les opportunités en de multiples interventions, multi-thématiques auprès des élèves. Ici, l'intervention ne consiste donc pas à ajouter une couche de plus aux « mille-feuilles » des actions existantes, mais de reprendre ce qui a été fait, parfois depuis quelques années, de l'analyser et d'aider à construire une véritable lisibilité porteuse de sens pour les enseignants comme pour les élèves.

La finalité des interventions qui répondent au second objectif spécifique est d'apporter des réponses concrètes à des demandes de soutien de la part de petites équipes

³⁸ 5 Comités d'Education pour la Santé, 4 comités départementaux de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie – 1 comité de la Ligue Contre le Cancer – 1 Comité Départemental de Prévention des Maladies Respiratoires.

composées de quelques enseignants, un CPE, une infirmière scolaire, tous disposés à reconstruire quelques heures d'enseignement sous forme d'une intervention éducative en lien avec un sujet de prévention. Deux modes d'interventions sont possibles :

- de l'aide méthodologique à un groupe d'enseignants d'un même niveau motivés pour établir des liens entre un cours de Français, de SVT et d'éducation physique ayant comme fil de conducteur la prévention du tabagisme,
- de l'aide directe en co-animation avec l'enseignant pour réaliser un projet précis permettant de renforcer des compétences dites sociales ou psychosociales des élèves dans des domaines ayant un lien avec la consommation de produit. A titre d'exemple : savoir argumenter un choix, savoir saisir les enjeux d'une communication commerciale qui manipule, etc.

Le programme propose aux 11 associations de santé, tout en respectant le rythme et l'avancée de chaque projet, de s'inscrire dans une démarche collective régionale d'échanges d'expériences et de compétences. Deux niveaux peuvent être distingués dans la démarche mise en place :

- le niveau local, dénommé « le projet », où chacun établit un lien avec un établissement, mène un diagnostic, répond à une demande et tisse au fil de l'année scolaire son intervention,
- le niveau régional, dénommé le « programme », où les professionnels concernés sont invités à participer à trois séminaires annuels, soit 5 jours d'échanges. Il leur est proposé d'utiliser quelques outils de démarche de projet communs, dont la rédaction et la mise à jour régulière d'une fiche projet (la même pour tous).

2005

De janvier à juin 2004, les projets débutent par une phase diagnostique, ou plus précisément, de négociation des contenus des interventions. A partir de septembre ou d'octobre sont mises en œuvre différentes actions que l'on peut schématiser en deux groupes :

Le premier groupe développe des projets fondés sur un abord global de la question de la santé. Les objectifs des projets de 5 collèges et 9 Lycées sont, à titre d'exemple

- Le projet « *Mieux vivre ensemble au collège* » se propose de « *développer un programme sur l'ensemble des classes de l'établissement, en accompagnant, depuis la rentrée 2004-2005, une équipe constituée de la Principale, l'Assistante Sociale, l'Infirmière et les professeurs principaux de 6^{ème} ainsi que le CESC dans la mise en place du projet d'éducation pour la santé de l'établissement* ».

- Un projet souhaite « *Mettre en place une démarche d'éducation pour la santé dans le collège, avec différentes étapes (à commencer par un diagnostic auprès des élèves.)* », et se propose de « *Mettre en place une réflexion globale sur la prévention santé dans l'établissement, établir un diagnostic auprès de l'équipe éducative (sur leur représentation de la prévention et l'historique dans l'établissement des actions de santé) et de monter un programme pour les élèves selon leur cursus.*

Le second groupe est plus spécifiquement centré sur la prévention du tabagisme. Il compte 2 collèges et 6 Lycées. A titre d'exemple, un objectif est ainsi libellé : « *Devenir un Lycée sans tabac à la rentrée 2005* » et propose d' « *aider à la construction d'une stratégie d'action visant à fédérer le plus grand nombre au nouveau statut voulu (Lycée sans tabac), d'empêcher ou de retarder la consommation de tabac chez les jeunes* ».

Participer à ce programme permet aux 15 porteurs de projet de développer, si ce n'est des coopérations concrètes entre les 22 projets, au moins de l'échange de pratiques et de compétences par des rencontres régionales. C'est une « contrainte » ou une « opportunité », jugement que seul peuvent confirmer les « bénéficiaires ou les victimes » de ces journées de travail (cf. figure 1), dont le but est de se détacher de « *la tyrannie de l'urgence* » et de « *la pression du terrain* » pour « *s'offrir ensemble un peu de perspectives* »³⁹. Plus précisément, les séminaires régionaux pendant les 3 ans de déroulement du programme, tentent de construire « une stratégie d'intelligence collective » s'appuyant sur trois ressources.

La première ressource est l'expérience acquise et partagée entre les 15 porteurs de projets. Les cinq séminaires permettent à chacun d'interroger et d'être interrogé par le groupe sur sa démarche sous différents angles, comme :

- « *Présenter son projet en 10mns, puis proposer ensuite une question à soumettre au débat collectif en 5mns* » (séminaire de juin 2004),
- « *Construire des indicateurs d'évaluation correspondant aux objectifs fixés dans son projet ?* » (séminaire de novembre 2004),
- « *Recenser les bénéfices que tirent les élèves et les enseignants des projets* » (séminaire de mars 2005).

La seconde ressource est construite grâce à une veille documentaire. Les articles sont sélectionnés en cinq chapitres : les données épidémiologiques et biomédicales du tabagisme, les représentations et comportements tabagiques des jeunes, la prévention et l'éducation pour la santé au sein de l'Education Nationale, les outils et guides méthodologiques dans la prévention du tabagisme et le contexte économique et politique de la prévention du tabagisme. Cela permet d'alimenter le dialogue entre théorie et pratique, entre « agir et penser ». Ainsi, tous les séminaires font l'objet d'une séquence « lecture » ou quelques articles sélectionnés permettent, au cours d'un débat collectif, de faire ou non des liens entre des travaux théoriques et la mise en pratique des projets.

Enfin, les cinq séminaires ont permis une confrontation entre les 15 acteurs de terrain et un expert en éducation pour la santé, le Dr. Omar BRIXI⁴⁰, venu très régulièrement ECOUTER puis parfois commenter des concepts tels que : « L'école dans tout ces états... », « la cohérence », « le risque », « la qualité ». De même, a pu être organisée une rencontre avec Mr. SIRHENER de l'Académie du Nord Pas de Calais, animateur du groupe GASPARD⁴¹.

De plus, la démarche régionale invite à l'utilisation d'outils communs :

³⁹ Brixi O, Fayard R, Guillaud-Bataille S. Santé : travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet. Conseil général du Rhône, 2003 : 275 p.

⁴⁰ Dr Omar BRIXI est médecin et enseignant de Santé Publique. Il a été pendant de nombreuses années chargé de mission au CFES, en particulier sur le développement du réseau des COMités D'Education pour la Santé. Il est souvent référencé comme auteur dans des articles ou ouvrages, consacrés à l'éducation pour la santé.

⁴¹ Mr SIRHENER travaille au sein de l'Académie de Lille, comme coordinateur du Groupe Académique de Soutien et de Prévention pour les Adolescents à Risques (GASPARD). Adresse mail : ce.gaspard@ac-lille.fr

- une fiche projet, actualisée par chaque porteur de projet avant chaque séminaire : elle constitue la mémoire collective des 22 projets et permet à chacun d'être informé du contenu des actions,
- un chronogramme, permettant de mesurer l'avancée temporelle de son projet par rapport aux autres,
- un tableau d'indicateurs communs qui va donner une lisibilité globale au programme.

Enfin les échanges au cours de ces journées ont permis la mise au point d'une évaluation externe co-construite avec un bureau d'étude en sociologie.

Un premier exemple d'un projet au Lycée Monge-La Chauvinière à Nantes.

Les Lycées Gaspard Monge et la Chauvinière forment une cité scolaire née en 1833. Elle est l'héritière d'un des plus anciens établissements d'enseignement technique de la Ville de Nantes. Aujourd'hui localisé au nord de Nantes, elle s'étend sur 5 hectares, mobilise 280 personnes et reçoit 1450 élèves formés dans l'enseignement technique, professionnel ou général. Le recrutement est départemental voire régional, et 180 élèves garçons y sont internes. L'étendue du lieu, les formations proposées et la diversité du public justifient la présence d'une infirmière du dimanche soir au vendredi soir, cette dernière dispose d'un logement de fonction au sein même de l'établissement. Deux infirmières accueillent les élèves toute la semaine à l'infirmerie.

En novembre 2003, les infirmières scolaires des lycées ont souhaité poursuivre le projet de « prévention des conduites à risques et des toxicomanies » de l'année scolaire précédente. Après des difficultés concernant surtout la mobilisation de la communauté enseignante et leur propre disponibilité, elles sollicitent le CREDEPS Nantes pour les accompagner dans la conduite de ce projet.

Les objectifs du programme régional rejoignent alors la démarche impulsée dans cet établissement qui souhaite aborder la santé et les conduites addictives dans une approche positive et valorisante.

Afin de mieux définir la mise en place d'un projet d'éducation pour la santé dans cet établissement et être au plus près des besoins et des demandes des élèves et du personnel, il est décidé, dans un premier temps, d'interroger la communauté éducative. Au cours du premier trimestre 2004, le CREDEPS Nantes et l'équipe médico-sociale proposent une enquête selon la méthode DELPHI à destination des enseignants et du personnel A.T.O.S.S. Pour cette première étape, trois questions seront posées comme suit : « *Citez 5 points que vous pensez indispensables au bien-être d'un lycéen de Monge-La Chauvinière. Citez 5 points à travailler pour améliorer le bien-être des élèves de Monge- La Chauvinière. Qu'attendez-vous d'un projet d'éducation pour la santé dans votre lycée ?* ». 46 personnes répondent à cette enquête, ce qui permet de définir une Charte de qualité d'un projet d'éducation pour la santé dans l'établissement. Cette étape permet également de recueillir 14 pistes de travail (cf. tableau 1). La seconde étape de l'enquête DELPHI, permet de faire des choix dans ces propositions et de constituer un comité de pilotage : 7 adultes et 2 élèves du comité de vie lycéenne souhaitent prendre part au projet.

Au cours du mois de mai 2004, les résultats sont communiqués à la communauté enseignante dans l'enceinte des lycées par affichage et commentaires.

Ce diagnostic préalable permet de définir la place des actions d'éducation pour la santé dans ces deux lycées, notamment en définissant une méthodologie d'actions propres à l'établissement pour servir l'objectif principal qui vise à valoriser le bien-être au lycée. Le

comité de pilotage décide de mettre en place pour les deux années scolaires suivantes des micro-projets à destination des élèves avec le soutien d'enseignants volontaires, voire avec le comité de vie lycéenne.

En septembre, quatre projets sont développés à destination de 3 classes de seconde et du club de Stirling (moteur à air chaud) du lycée. Deux autres projets, resteront à l'état embryonnaire, faute de moyens humains pour les mettre en œuvre. Les objectifs des micro-projets sont liés étroitement à la motivation et à la créativité des enseignants volontaires. Ainsi, une enseignante de français de 2nde, qui a pour programme l'argumentation, évoque l'idée de proposer aux élèves un projet sur la thématique tabac. Le CREDEPS accompagne ce projet jusqu'à la réalisation d'un débat fictif fumeurs/non fumeurs qui sera filmé. Un enseignant d'électrotechnique, qui anime un atelier de moteur à air chaud, construit un moteur pour transformer « la marionnette à fumer » mécanique en marionnette motorisée avec 12 élèves inscrits dans ce club. 6 ateliers de deux heures sur les compétences psychosociales auprès d'une classe technologique de 30 garçons ont pour objectif de les aider à mieux se connaître, à évaluer leurs besoins, et travailler sur leurs qualités. Une autre classe similaire saisira un espace de travail et de réflexion autour des motivations des jeunes à consommer des produits psychoactifs.

Concernant plus précisément la réalisation du débat « fumeurs/non fumeurs », il se construit avec les contraintes de l'établissement. Ainsi, le projet mené avec le professeur de français se construit sur 5 heures d'enseignement avec 35 élèves. L'objectif est de développer la créativité et l'esprit critique. Lors de la première séance les élèves forment trois groupes, le premier groupe est chargé de construire l'argumentation contre l'usage du tabac, ils seront les « non-fumeurs », le second défendra la liberté de fumer, « les fumeurs », et le troisième sera chargé de l'animation du débat, de la mise en place du décor et de la création d'affiches, il seront les « journalistes, techniciens et publicitaires ». Chaque groupe travaille sur des thèmes, tels que « *la première cigarette* », « *la réalité des chiffres* », « *l'industrie du tabac* », ou « *les rapports entre lois et liberté* », « *les motivations à fumer* ». Ils travaillent leur argumentation à partir d'un personnage que chacun choisit d'investir comme un adolescent, un facteur, un médecin, une mère de famille, un buraliste... La construction du personnage se fait à la première séance et l'élaboration de leurs arguments pour défendre leur position au fil des suivantes. En début de projet chaque élève a reçu un dossier constitué d'articles, de dépliants, d'adresses de site Internet, etc., qu'il soit « pro » ou « non fumeurs ». Cette méthode nécessite la présence de trois animatrices à chaque séance, l'enseignante de français, l'infirmière scolaire et une chargée de mission du CREDEPS. Il ne s'agit pas d'influencer leurs arguments « pour » ou « contre », mais de faciliter le débat et faire avancer le projet en proposant un cadre. Suite aux cinq premières séances, un débat permet la confrontation des arguments. Il est filmé. La classe peut alors visionner le débat et valoriser ce travail auprès des autres élèves du lycée.

Dans ce lycée, le soutien fluctuant de la direction parfois le manque de relais fiable dans l'établissement a fragilisé les projets. Mais, la rencontre de trois enseignants autonomes, engagés et la motivation de l'équipe médico-sociale sont la clef de réussite de ce projet de prévention auprès des jeunes.

Un second exemple local au Lycée Saint-Dominique

Etablissement privé du nord de l'agglomération, Saint-Dominique rassemble une école primaire, un collège et un lycée d'enseignement général pour un total d'environ 1 500 élèves et 110 enseignants. Sans infirmière ni Assistante Sociale, le lycée a pourtant mis en place par l'intermédiaire de quelques volontaires de la communauté éducative plusieurs

actions de santé, essentiellement axées sur de la transmission d'informations aux élèves sur les thèmes de l'alimentation, la sexualité et des toxicomanies. Ces actions sont mises en place par des intervenants extérieurs et prennent place dans un éphéméride déjà très chargé entre projets d'établissement, projets de classes et vie scolaire. Une des préoccupations majeures en terme de santé est la consommation de tabac au lycée. Le conseil d'établissement, poussé par ce constat et par la médiatisation autour de l'application de la Loi Evin, mandate un parent d'élève pour rencontrer le CREDEPS Nantes sur cette question, chose faite en mars 2004. La demande alors formulée est celle d'une aide à la mise en conformité de l'établissement avec la Loi.

La réponse du CREDEPS Nantes est d'abord de clarifier les champs d'intervention, entre éducation pour la santé et application de la loi, ressortant de compétences et de légitimité différentes. Puis, deux rencontres avec la direction ont permis de clarifier les positionnements de chacun. D'une part, une direction motrice dans la volonté de s'occuper de la santé sur l'établissement, dans une optique éducative et globale et non pas restrictivement sur l'application de la loi Evin. D'autre part, un opérateur, le CREDEPS Nantes proposant un accompagnement de la structure dans la mise en place de ses projets de santé et non pas une intervention extérieure.

D'octobre à juin 2005, la première année s'est construite sur une première phase diagnostique auprès des adultes, avant de s'adresser aux adolescents. Trois temps marquants ont ainsi ponctué le projet sur cette période : la réalisation de l'enquête, la mise en place d'une semaine « parole santé » pour les élèves et la participation à la journée pédagogique de fin d'année.

La réalisation d'une enquête auprès de la communauté éducative a pour objectif de recueillir de l'information auprès des professeurs sur leurs représentations de la santé des élèves, mais aussi de les sensibiliser sur le projet de santé à Saint-Dominique ; pour le moins faire en sorte que l'on parle et débattenne « santé » dans la salle des profs. En terme de contenu, l'enquête par questionnaire comprenait trois axes. Le premier axé sur la perception par la communauté enseignante de l'état de santé des élèves et de leurs déterminants au sein du milieu scolaire. Le deuxième portait sur les compétences que pensaient avoir les professeurs dans la prise en compte de la santé des adolescents, et le troisième sur les critères de qualité sur lesquels pourraient s'appuyer un projet au sein de l'établissement.

Les 18 réponses ont permis de mettre en avant :

☞ ***Concernant la perception de la santé des élèves :***

- une vision large de la notion de santé entendue comme un « bien être »,
- une perception « négativée » de la santé des élèves, avec le plus fréquemment cités : la fatigue et le manque de sommeil (cité 10 fois), les consommations de tabac, alcool et autres drogues (cité 9 fois), une mauvaise alimentation (cité 7 fois) et le stress (cité 4 fois),
- une mise en avant des facteurs influençant la santé : l'environnement (social, scolaire, médiatique), les activités et les comportements, et l'estime de soi, favorisé ou non par le parcours scolaire, mentionnés par les enseignants à la fois comme pouvant influencer positivement ou négativement la santé des élèves.

☞ ***Concernant l'estimation des compétences à agir sur la santé des élèves :*** une sous-estimation de leurs compétences à participer à l'amélioration de la santé des élèves par les professeurs qui restent sur la légitimité de leur corps de pratique, à savoir la transmission

d'informations, de même que sur un ensemble de qualités telles que la disponibilité, la volonté, la motivation.

☞ *Concernant les critères de qualité d'un projet de santé* : 3 types de critères sont mis en avant par les enseignants répondants :

- sur le fond, le projet doit être « transdisciplinaire », « reposant sur des bases scientifiques », « cohérent avec les programmes scolaires », et « non moralisateur »
- sur la forme, le projet doit être essentiellement « interactif »,
- sur la faisabilité, il doit être « concret », « réalisable », « accessible ».

Bien que le taux de réponse soit faible, l'objectif de recueil d'informations a été atteint, offrant ainsi quelques éléments de discussion avec l'ensemble des personnels de l'établissement, de même que sur des critères de qualité pouvant servir de guide à l'accompagnement du CREDEPS Nantes. L'objectif secondaire, « faire parler de la santé à Saint-Dominique » a lui aussi été rempli par la diffusion des résultats de l'enquête et, de façon plus partielle, lors des passages (12 au total) dans la salle des professeurs et de discussions informelles.

Afin de mettre en regard la parole des enseignants sur la santé et celle des élèves, une semaine d'expression sur la perception de leur santé par les adolescents a été organisée à la fin du mois de Mai, avec trois supports d'expression : la photographie (« photographie la santé à Saint-Dominique »), un mur d'expression (qu'est ce qui influence ta santé à Saint-Dominique) et un vidéo trottoir réalisé par un groupe d'élèves volontaires. L'ensemble des matériaux rassemblés devant servir de base aux projets de l'année suivante.

Enfin, si l'inscription progressive du projet dans l'établissement s'est faite par les rencontres, avec la direction et avec la communauté éducative, la participation à la journée pédagogique de fin d'année, le 30 Juin 2005, a marqué un temps fort dans l'avancé de la réflexion sur la prise en compte de la santé à Saint-Dominique.

Tout d'abord, parce que cela a permis de renvoyer des éléments d'aide à la réflexion et à l'action en séance plénière de la communauté éducative, avec la présence de la direction.

☞ Le premier point présenté a été de mettre en regard la perception des enseignants sur la santé des élèves et celle des élèves sur leur propre santé, pointant ainsi le décalage et les nécessaires échanges sur les représentations de chacun.

☞ Le deuxième point a été axé sur le projet, en terme à la fois de stratégie et de méthode ; (reprenant les déterminants de santé de même que les caractéristiques de la santé des élèves mis en avant par les enseignants, et les mettant en lien avec le monde scolaire) selon trois échelles :

- L'environnement : c'est-à-dire l'établissement dans son ensemble comme milieu de vie, avec des règles, prend-il en compte la santé des élèves, mais aussi de ses personnels ?

- L'environnement social : cela concerne les groupes, les relations interpersonnelles, le dialogue. De quelle façon l'établissement favorise-t-il les échanges, les prises de parole, les débats sur la question de la santé ?

- L'individu : cela fait référence à la fois aux spécificités individuelles. Comment est pris en compte l'individu dans l'établissement, dans ses problématiques, la valorisation de l'estime de soi ?

On retrouve ici trois pistes d'action pour le « projet santé de Saint-Dominique » :

- Le « management » et ce qui relève de la loi, du règlement intérieur et du contrat entre l'élève et l'établissement en terme de santé. Cela concerne par exemple l'application de la Loi Evin, tout autant que les procédures mises en place en rapport avec les consommations d'alcool et de cannabis au sein de l'établissement.

- L'éducation pour la santé au sens propre, c'est à dire la mise en place d'espaces et de temps d'échanges et de dialogue sur la santé, avec la participation volontaire des élèves et des enseignants.

- Le repérage et l'aide aux individus en difficulté.

L'intervention plénière a par conséquent permis d'interroger :

- les priorités de l'établissement en matière de santé : quels axes d'intervention choisir ? Quels publics prioriser ? Les élèves ? Les adultes ?
- l'investissement des enseignants sur leurs compétences : doit on être sur des stratégies d'intervention en éducation pour la santé ? Et/ou valoriser, dans la pratique éducative, une prise en compte de la santé des élèves (rythme scolaire, stress des examens, évaluation, etc.) ?

Puis le CREDEPS Nantes a animé un atelier avec les enseignants volontaires sur le projet santé, afin de clarifier les projets de chacun et les pistes concrètes d'action pour l'année scolaire à venir. Le projet présenté pour l'année 2005-2006 (cf. figure 2) fait donc la synthèse entre la demande initiale, les avancées de la première année, les projets des enseignants et les objectifs posés par le CREDEPS Nantes dans son accompagnement. Il va bénéficier de la volonté de la direction de l'établissement de placer la santé au cœur de ses préoccupations, et celles d'un groupe d'enseignants motivés par le projet et prêts à s'investir. Le développement du projet devra cependant tenir compte de plusieurs contraintes :

- un calendrier scolaire chargé, temps pour les adultes que pour les élèves,
- la nécessité de réalisations concrètes, à court terme, mesurable quantitativement pour maintenir une mobilisation forte,
- la nécessité d'une prise de distance, d'un temps de réflexion indispensable à l'action.

Quelques indicateurs de processus rendent compte de la démarche régionale du programme

Les établissements, dans lesquels se déroule le programme, présentent des profils diversifiés dans leurs statuts : 9 collèges, 5 lycées généraux, 2 lycées généraux et professionnels, 5 lycées professionnels et 1 lycée agricole ; leur taille (de 300 à 1200 élèves) et leur implantation rurale, semi-rurale ou urbaine.

Les 22 projets, à l'image des deux projets présentés, ont nécessité 1 818 heures de travail et ont fait participé 617 professionnels de l'Éducation Nationale (cf. figure 3).

Les 22 projets ont fait participer activement 869 élèves des établissements secondaires, permettant à 8 380 jeunes collégiens et lycéens de bénéficier de leurs actions.

Les 22 projets ont développé 49 activités différentes, qu'ils seraient trop fastidieux de décrire ici, mais qui ont été recensés en 8 groupes d'interventions différentes allant de l'organisation d'une séquence de plusieurs séances interactives d'échanges critiques avec les élèves, animées avec des outils pédagogiques adaptés à l'âge jusqu'à la redéfinition négociée entre élèves et cadres de l'établissement, de zones non-fumeurs, en passant par de multiples réalisations de supports créatifs (diaporama, affiches, débats télévisés, etc.) en lien avec la prévention du tabagisme.

Les premiers résultats d'une évaluation externe confirment la diversité des projets et soulignent quelques bénéfices perçus.

L'objectif général de l'évaluation, négocié avec le groupe des intervenants, est de mettre en évidence « *les bénéfices (apports positifs, bienfaits) tirés par les différents acteurs du programme* » et de confronter « *les bénéfices perçus aux objectifs du programme et des projets* ». Le protocole envisage trois phases : un entretien téléphonique avec chaque porteur de projet(s) (n=15), afin de mieux connaître le point de vue des 15 porteurs de projet(s) sur les bénéfices identifiés à mi-parcours du programme ; des entretiens sur deux sites avec les principaux acteurs du projet local, afin d'entendre leur perception des apports du programme. Cette exploration doit permettre d'élaborer les questionnaires de la troisième phase qui seront proposées auprès des trois catégories d'acteurs de tous les projets en fin de programme : élèves, adultes de la communauté éducative (enseignants, ...) et porteurs de projet(s).

Une synthèse de la première étape de cette évaluation permet à la sociologue, en charge de ce travail, de préciser que : « *les configurations locales au regard du programme présentent toutes des particularités : il y a parfois eu une demande de l'établissement, parfois non, cette demande a pu évoluer au gré des changements d'équipe d'une année scolaire à l'autre ; dans certains cas, une dynamique de réflexion et/ou d'action était déjà en place, dans d'autres, la dynamique est difficile à impulser, la communication interne à l'établissement peu développée, la capacité des personnels à travailler ensemble faible ; certaines directions d'établissements adhèrent à une démarche progressive et/ou globale tandis que d'autres sont pressées d'agir (par exemple, passer au « lycée sans tabac » sans préparation) ; enfin, certains établissements étaient inconnus des porteurs de projet(s) tandis que d'autres avaient déjà une expérience de collaboration, à travers par exemple des interventions ponctuelles ou dans le cadre d'autres programmes.*

Face à cette diversité de situations, les projets sont eux aussi variés, recherchant une bonne adaptation aux réalités des établissements : à leurs attentes, leurs craintes, leur rythme, aux caractéristiques des élèves. La démarche fondamentale semble toutefois être partagée par tous les porteurs de projet(s), caractérisée par une volonté d'appréhender les besoins (à travers notamment un état des lieux), de mettre en place des actions adaptées, en concertation, en tentant de mobiliser adultes de la communauté éducative et élèves, en leur permettant une appropriation du projet. Cette approche s'inscrit nécessairement dans un temps long mais néanmoins variable, chaque projet semblant avoir son rythme propre.

Les propos recueillis par la sociologue en charge de cette évaluation sont significatifs des premiers bénéfices perçus par les intervenants, parfois repérés sur des recueils d'information explicite... On note, à titre d'exemple : « *Pour l'instant les bénéfices pour les élèves sont peu perceptibles ; sans doute ont-ils sentis que les adultes avaient envie de travailler ensemble...* » ; « *Cela permet que les élèves s'expriment et soient entendus (...) les élèves n'ont pas d'autre lieu pour s'exprimer dans l'établissement...* » ; « *Un prof a relevé un*

bénéfice : de séance en séance, les élèves s'écoutaient davantage (...) » ; « L'infirmière a vu une augmentation des demandes des élèves sur les questions de santé ; elle a une relation différente avec les élèves du club santé ; ces élèves sont moteurs et ils orientent d'autres élèves vers l'infirmier, notamment sur des questions de contraception, ce qui n'était pas un effet attendu ... » ; « Une des infirmières vient de l'hôpital, elle ne connaît rien à la santé publique, le projet lui apporte une sorte de formation... » ; « Les enseignants en retirent des bénéfices méthodologiques et pédagogiques, ils ont vu une approche différente de celle qui consiste à montrer des poumons noirs et faire peur, que l'on pouvait rendre les jeunes acteurs et créatifs ... ».

Les principaux bénéfices perçus de la démarche régionale sont : le temps, la professionnalité et une meilleure connaissance du milieu.

Globalement la dynamique régionale, conçue d'abord comme une ressource pour les porteurs de projet(s), l'a été sur le plan financier. Les acteurs de terrain, libérés de la préoccupation du coût de l'intervention, récupèrent le temps de « la course au financement » pour travailler dans un meilleur « confort » avec l'assurance de mener leur(s) projet(s) sur au moins 2 ans, un élément qui facilite grandement leur négociation avec les établissements scolaires.

Ce temps « gagné » permet aussi de formaliser d'avantage leur activité, tenir régulièrement informé la direction de l'établissement, établir des comptes-rendus, des évaluations systématiques ... En montrant ainsi leur professionnalisme, ils revalorisent l'image de la prévention en milieu scolaire et s'imposent comme des interlocuteurs sérieux et compétents.

« On prépare les séances avec l'infirmière qui les tape, les communique à la principale adjointe avant la séance ; elle était étonnée qu'on lui dise clairement ce qu'on allait faire », « le sérieux du travail a des répercussions sur les partenaires : on montre qu'on ne fait pas n'importe quoi, cela donne une image positive du travail de prévention en milieu scolaire... »

Confronté à une autre culture, les porteurs de projet(s) découvrent des fonctionnements que des interventions plus ponctuelles ne révèlent pas, leur permettant de mieux adapter leur pratique aux réalités de terrain.

Enfin, le pari de « l'échange collectif d'expériences et de compétences » des séminaires est apprécié. Ces temps d'échanges et de réflexion apparaissent précieux, car ils permettent d'interroger et d'améliorer la pratique au-delà même des projets du programme. Pour certains, cette façon de travailler est une découverte dont ils sont convaincus de la pertinence.

Les limites de cette démarche

Il n'est pas possible de rendre facilement et globalement lisible une démarche dont le sens est de respecter les dynamiques et les contextes locaux. Ainsi, il ne nous est pas possible de produire le nombre exact de jeunes ayant cessé de fumer dans les suites du programme, ni d'affirmer qu'ils ne fumeront plus jamais ou de connaître tous ceux qui auraient peut-être fumé, mais qui ne le feront pas ! Comme le rappelle un travail récent mené

par l'INSERM⁴², « il ne faut pas confondre la conclusion « aucune différence n'a pu être observée entre ceux qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié » avec « le programme n'est pas efficace ». Il faut distinguer le fait « de ne pas être évaluable » avec le fait de « ne pas être efficace »⁴³.

Si diversité d'approches il y a, diversité de bénéfices il y aura aussi pour les élèves et les membres de la communauté pédagogique des établissements. Tout le monde ne s'est pas approprié la démarche collective avec le même bonheur... Ce projet s'est inséré dans des emplois du temps variés selon les acteurs : prioritaire pour certains, plus secondaire pour d'autres, pour les enseignants, comme d'ailleurs pour chacun des porteurs de projet(s). Enfin, il reste difficile pour des professionnels d'éducation pour la santé d'échanger vraiment sur leurs difficultés ou leurs erreurs, comme l'ont montré certaines séquences pédagogiques (prévues à cet effet pendant les séminaires) n'ayant pas fonctionné. S'il faut du temps pour infléchir des comportements, il en faut aussi pour installer et entretenir un climat de confiance, propice à de vrais échanges, entre acteurs de prévention.

Pour conclure, ce programme serait en passe de modifier la représentation, que se font enseignants et élèves, de la prévention

« On fait vraiment réfléchir les jeunes, on est dans quelque chose qui prend mieux, l'outil est valorisant pour les élèves » ; « On a gagné de la confiance auprès du proviseur, maintenant, il dit que nous sommes son conseiller pour les questions de santé » ; « c'est la relation privilégiée que j'ai avec les jeunes et le travail d'équipe, le plaisir de voir qu'il y a eu des évolutions de comportements, moins de difficultés de communication... » ; « Pour certains profs, ils ont découvert une manière d'animer qu'ils n'imaginaient pas (...) La documentaliste s'est rendu compte qu'elle pouvait animer elle-même les séances et elle a eu du plaisir à faire cet IDD ; elle a dit : enfin un IDD intéressant ! ».

On quitterait le terrain d'une prévention « informative, persuasive, dissuasive, terroriste, répétitive, etc. », pour une représentation plus positive et motivante qui facilitera sans doute des changements attendus par les uns et appropriés par les autres.

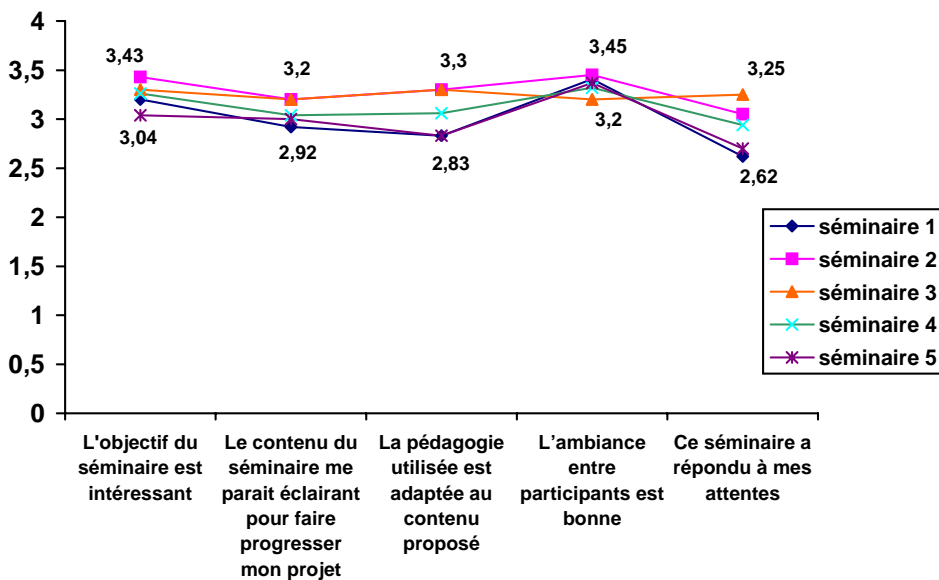
⁴² INSERM. Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris : Editions Inserm ; 2001 : p 99-133.

⁴³ Liesse A, Vandoorme C. L'approche expérimentale est-elle adaptée à l'évaluation des actions d'éducation pour la santé ? Education Santé 1999 ; 143 : 5-8.

Tableau 1 : Les 14 pistes de travail proposées par les membres de la communauté pédagogique du Lycée Monge–La Chauvinière à Nantes

1.	Travailler sur le « respect de l'autre », le respect d'autrui
2.	Apprendre à mieux communiquer
3.	Donner aux élèves des interlocuteurs adultes
4.	Faire connaître les lieux et rencontres sur les questions de santé à tous les membres de la communauté éducative
5.	Organiser des moments festifs entre les élèves et le personnel
6.	Demander aux élèves leurs attentes pour améliorer le bien-être aux lycées
7.	Mettre en œuvre des actions de prévention et d'information pour tous les lycéens
8.	Faire venir des intervenants extérieurs sur des sujets divers
9.	Apprendre des exercices de respiration pour se maîtriser
10.	Développer des activités extra-scolaires et donner aux élèves des moyens de se révéler dans des activités extrascolaires
11.	Stimuler et aider à la construction de projets, redonner des perspectives
12.	Apprendre à se protéger physiquement et psychologiquement
13.	Réfléchir à la notion d'échec
14.	Travailler autour de la gestion du stress

Figure 1 : Evaluations des 5 séminaires par les 15 participants



Les participants se prononcent sur une échelle de 1 : « je ne suis pas du tout d'accord » à 4 : « je suis tout à fait d'accord ».

Figure 2 : Schéma du projet santé du Lycée Saint-Dominique, à Nantes, pour l'année scolaire 2005-2006

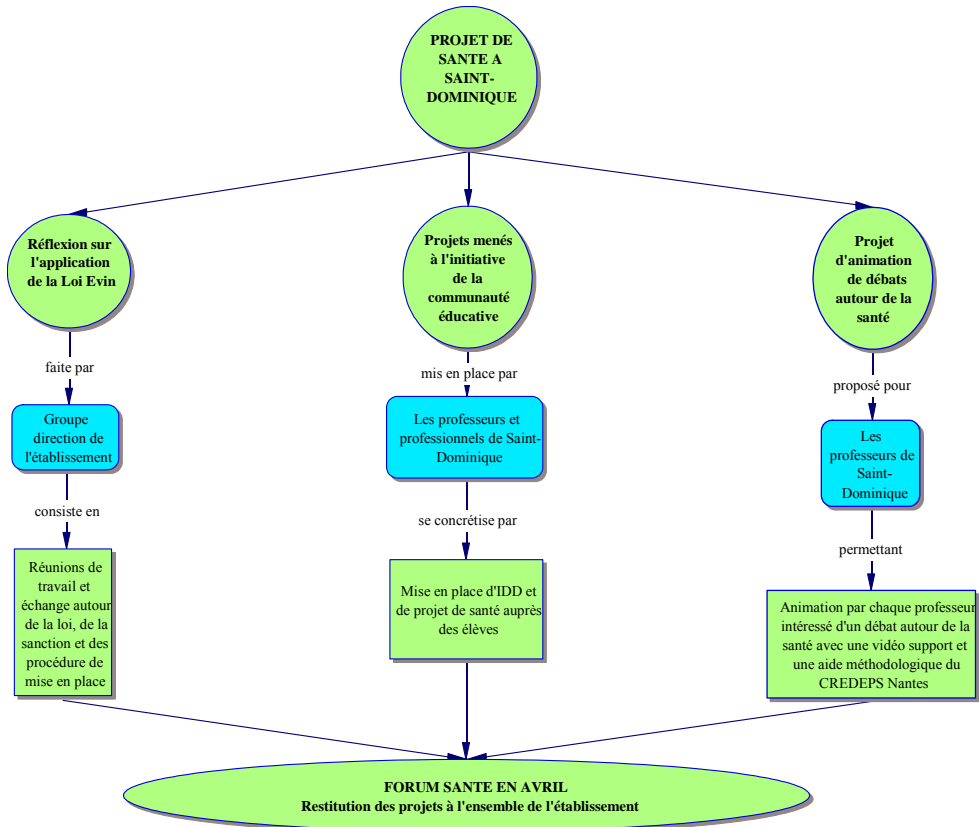
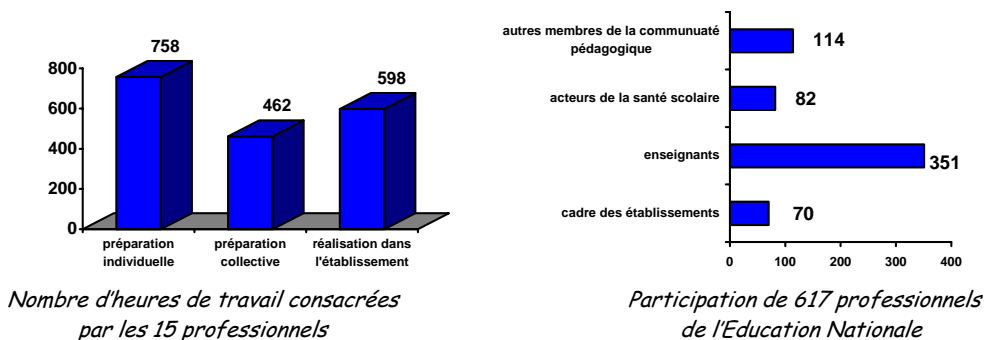


Figure 3 : Temps investis et participation des personnels de l'Education Nationale dans le programme régional.



PREVENTION PRIMAIRE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ L'ADOLESCENT : COMMENT REPERER L'ADOLESCENT EN DANGER LORS DU PASSAGE AUX URGENCES ?

C. STHENEUR

Service de pédiatrie, Hôpital A.Paré, 9 avenue Charles de Gaulle, 92100 BOULOGNE

Le suicide des jeunes est un problème de santé publique. En France, comme dans beaucoup de pays industrialisés, c'est la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans après les accidents de la circulation, avec une surmortalité masculine flagrante dès 13 ans. En 1999 (dernières données disponibles), 604 suicides ont été recensés chez les 15 à 24 ans, huit sur dix concernent un jeune homme. Trois suicides sur quatre sont masculins alors que les tentatives de suicide, estimées cinquante fois plus nombreuses que les suicides aboutis chez les jeunes sont surtout féminines. D'après une enquête nationale de l'INSERM (Choquet M et Ledoux S) réalisée en 1993 auprès de 12000 élèves du second degré, 5% des garçons et 8% des filles ont effectué au moins une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie, soit en moyenne deux élèves par classe. Chez les non scolarisés, le taux de tentative de suicide monte à 15%. Un suicidant sur trois récidive dans l'année et la tentative de suicide augmente le risque de décès par mort violente (suicide ou autre) en particulier dans la première année après la tentative.

Les principaux facteurs associés au risque suicidaire

De nombreuses études, notamment en population générale (Choquet M 1994, Rey GC 1998) ont permis de mieux cerner les caractéristiques individuelles et différentielles des adolescents ayant effectué une tentative de suicide.

Les facteurs de risque familiaux

Chez les adolescents, plus que le statut matrimonial des parents, c'est la qualité des relations intrafamiliales qui est en cause et en particulier les situations de violence (Choquet 1997). La violence intrafamiliale fragiliserait l'estime que les jeunes ont d'eux-mêmes, la psychopathologie des parents diminuerait leur capacité à éduquer, à gérer les conflits et à établir des relations chaleureuses avec leurs enfants.

Les facteurs de risque psychologiques et psychopathologiques

Tous les troubles psychiatriques augmentent le risque de décès par suicide. Mais le risque est d'autant plus élevé que l'enfant est jeune (Reinherz 1995). Le lien entre dépression et tentative de suicide est confirmé dans de nombreuses études. Le rapport idées de suicide/TS se situe autour de quatre (Mathet 2003).

Les facteurs de risque comportementaux

En France, le lien entre tentative de suicide et troubles du comportement est (par ordre d'importance) : la consommation régulière de drogues (OR = 3,3), la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,9), l'absentéisme scolaire régulier (OR = 1,7) et la consommation régulière d'alcool (OR = 1,4) (Choquet 1994). Toutefois, plus que la régularité ce sont les modes d'alcoolisation qui sont en cause, l'ivresse solitaire augmente le risque d'un passage à l'acte par quatre.

Les facteurs de risque sociaux

Le « risque social » mesuré par le niveau éducatif des parents, le revenu et la mobilité de résidence augmente sensiblement le risque de tentative de suicide grave, au même titre que les antécédents psychiatriques (Beautrais 1996).

Les principaux facteurs associés somatiques

L'adolescent anxieux se plaint rarement de façon directe de son angoisse, ayant tendance à mettre en avant des symptômes périphériques comme l'hypochondrie avec même la description des « bouffées hypochondriaques aiguës » (Ebtinger 1971). Ces symptômes associés peuvent occuper le devant de la scène et conduire à méconnaître l'anxiété initiale. L'association dépression-anxiété est particulièrement fréquente à l'adolescence (Braconnier 1991). La possibilité d'un acte suicidaire est donc à rechercher activement devant des plaintes somatiques floues.

Par rapport à la population générale du même âge, les adolescents suicidant présentent plus de problèmes de santé (fatigue, maux de tête ou de ventre, cauchemars, obésité, etc....), de maladies chroniques (asthme, épilepsie, etc....),

Les accidents à répétition

Reste une question difficile, bien que souvent évoquée, celle des relations entre conduite à risque et conduite suicidaire. Deux éléments sont à souligner (Choquet 1994) : il existe une corrélation nette, chez le garçon, entre la présence de comportements à problèmes ou de troubles fonctionnels et de l'humeur et la survenue d'accidents ; le taux de répétition des accidents à l'adolescence est élevé 28% des jeunes accidentés à une période ont un accident l'année suivante, contre 8% chez les non accidentés. Parmi ceux qui ont déjà eu plusieurs accidents, le taux de répétition s'élève à 62%. Dans une étude de Marcelli en 1999, deux groupes d'adolescents de 12 à 18 ans ont été comparés : l'un témoin, n'ayant présenté aucun accident grave dans les 18 mois précédents l'étude ; l'autre constitué de 12 adolescents ayant présenté dans les 18 mois précédents une répétition d'accidents (au moins deux) suffisamment graves pour avoir nécessité une prise en charge médicale ou chirurgicale. Cette comparaison permet d'affirmer que si la survenue d'un premier accident est peut-être due au hasard, la répétition d'accidents relativement sérieux à cet âge ne l'est guère. Sur les 12 adolescents ayant présenté deux accidents consécutifs à moins de 18 mois d'intervalle, 10 présentaient une anxiété sévère ou majeure, 7 une dépressivité (dont 3 avec une dépression clinique), et trois des comportements de recherche de sensations. Ces adolescents différaient très sensiblement des adolescents témoins aussi parce qu'ils avaient un contact plus difficile, marqué par une certaine réticence ou un manque d'intérêt à s'exprimer, à communiquer leurs affects, émotions, intérêts ou plaisirs. Ces résultats doivent attirer l'attention de tous les médecins sur la signification de la survenue d'accidents graves à répétition chez un adolescent car ils sont l'expression d'une dépression, elle-même corrélée au risque suicidaire.

Prévention primaire : le repérage des adolescents en souffrance

La littérature est riche en études sur la psychopathologie des adolescents suicidants, sur les facteurs de risque d'une éventuelle récursive et sur le travail à mettre en place avec eux afin de diminuer ce taux de récursives. Mais peu de publications concernent la prévention primaire en dehors des réflexions de l'éducation nationale sur l'inefficacité d'interventions non ciblées et sur la possible aggravation du risque à la suite d'intervention audiovisuelles sur le suicide.

Mais comment aborder le sujet avec les intéressés ? Une consultation « banale » chez le médecin généraliste peut être l'occasion d'aborder les thématiques d'anxiété et de dépression chez un adolescent comme le décrit une étude de Binder et col (2004). La consultation aux urgences peut ainsi représenter une opportunité intéressante. En effet, lors d'études (Choquet 1994, McKelvey 2001) sur les adolescents ayant fait une tentative de suicide, un grand nombre s'était présenté aux urgences pour des accidents à répétition, pour des plaintes somatiques, des malaises dans les semaines précédant leur geste. Par ailleurs,

les adolescents les moins bien suivis au niveau médical et qui consultent plutôt aux urgences pour un motif « non urgent » sont aussi ceux qui font le plus de tentatives de suicide.

Les urgences sont donc un lieu privilégié de repérage des adolescents en difficulté, à fort risque suicidaire même si, voire surtout si, le motif de consultation n'a aucun rapport direct avec un trouble de l'humeur. Mais comment au sein de services d'urgences surchargés, avec comme corollaire un temps médical limité, repérer ces adolescents ?

Nous proposons un auto-questionnaire de recherche de facteurs de risque suicidaire. Le principe du questionnaire comme aide à la consultation médicale semble encore assez peu reconnu en France. Pourtant, un certain nombre d'équipes médicales anglo-saxonnes travaillant auprès d'adolescents dans le cadre de consultations externes utilisent couramment un questionnaire d'investigation préalable. (Brown 1987, Marks 1987, Schubiner 1990, Perkins 1997). A l'hôpital Bicêtre, depuis l'ouverture du service de médecine pour adolescents dans les années 80, un instrument de ce type est proposé à tous les nouveaux consultants. Ce questionnaire a été élaboré à partir de l'expérience d'équipes nord américaines et canadiennes. Un travail rétrospectif sur les questionnaires des adolescents ayant déclaré d'entrée « ne pas savoir pourquoi » ils consultaient a montré qu'ils avaient pourtant répondu aux questions, indiquant des problèmes nombreux et parfois importants, tant dans le champ somatique que psycho-comportemental ou relationnel (Alvin 1991). Il semble donc qu'à travers un questionnaire les adolescents puissent révéler des difficultés psychologiques qu'ils n'abordent pas spontanément. L'analyse de près de 500 questionnaires (Caflish 1998) a montré que les jeunes consultant dans les suites d'une tentative de suicide avaient, parmi tous les facteurs recherchés, plus de troubles somatiques (troubles de l'endormissement, fatigue, céphalées, douleurs abdominales, malaises...) que ceux consultant pour maladie chronique, anorexie mentale ou obésité. Les questions portant sur les relations intra-familiales étaient les moins bien remplies probablement car les adolescents avaient alors un conflit de loyauté.

A notre connaissance, il n'existe pas d'auto-questionnaire recherchant les facteurs de risque de tentative de suicide dans la population générale. De nombreuses études ont porté sur la validation de questionnaires de risque de récurrence de TS. Ces questionnaires s'adressent à des patients venant pour un motif psychiatrique, le plus souvent une tentative de suicide. Ils mesurent la gravité de l'acte et nécessitent le plus souvent un entretien semi-dirigé par un professionnel (Beck 1979, Horowitz 2001, Ducher 2004, Holli 2005). Il n'est actuellement pas envisageable en France, de pratiquer aux urgences un entretien semi-dirigé réalisé par un spécialiste. Les psychiatres sont rarement présents sur les sites d'urgences pédiatriques ou adultes, en outre une stratégie non ciblée serait très faiblement efficace.

Nous avons construit un questionnaire afin qu'il aborde les différents facteurs de risque suicidaires connus dans la littérature. Ce questionnaire doit rester extrêmement simple, sans questions mettant le jeune devant un conflit de loyauté afin que tout adolescent se présentant aux urgences puisse répondre correctement. Les différentes questions n'ont bien sûr pas la même importance et nous souhaitons mettre en place une étude afin de pouvoir attribuer une valeur à chaque question. L'addition des points des réponses positives donnera un score qui permettra de classer l'adolescent dans la catégorie à risque ou non. La prise en charge ultérieure reste bien sûr à définir.

Pour citer M Choquet : « plus que le suicide, c'est le passage à l'acte suicidaire qui, à l'adolescence, devrait constituer un axe prioritaire de surveillance, de recherche et de prévention ».

Bibliographie

1. Alvin P, Marcelli D. Les conduites à risque et les accidents. In : Médecine de l'adolescent. Paris : Masson 2000 p215-21.
2. Alvin P. La consultation de l'adolescent. In : Médecine de l'adolescent, Paris : Masson 2005 chap 7, p61.
3. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000.Paris 2000.
4. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979 ;47:343-52.
5. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (1). Conception d'un test et validation de son usage. *La Revue du Praticien. Médecine générale.* 2004 ;18 :576-80.
6. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Audit clinique auprès de 40 généralistes. *La Revue du Praticien. Médecine Générale.* 2004 ;18 :641-5.
7. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factor for serious suicidal attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1996;35:1174-82.
8. Brent D, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ;45 :581-8.
9. Brown RT, Henderson PB. Treating the adolescent : the initial meeting. *Semin Adolesc Med* 1987 ;3 :79-91.
10. Cafflich M, de Guillenschmidt C, Alvin P. *Annales de Pédiatrie.* 1998 45 ;295-302.
11. Choquet M et Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective, INSERM, Paris, 1994.
12. Choquet M, Michaud PA, Frappier JY. Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In : PA Michaud, P Alvin, JP Deschamps, JY Frappier, D Marcelli, A Turz, eds. *La santé des adolescents-approches soins prévention.* Lausanne, Paris, Montréal : Editions Payot, Doin éditeurs, les presses de l'université,1997 ; 65-80.
13. Gasquet I, Alvin P, Deveau A. Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge ? Enquête auprès de six hôpitaux de l'AP-HP. *Les rapports de l'AP-HP.*1999.
14. Graham B, Regehr G, Wright JG. Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *Clin Epidemiol.* 2003 ;56 :1150-6.
15. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989 ; 79 : 340-349.
16. Harrell FE, Kerry LL, Mark DB. Multivariate prognostic models : issues in developing models, evaluating assumptions and adequacy, and measuring and reducing errors. *Stat Med* 1996 ; 15 : 361-387.
17. Harrell FE. Regression coefficients and scoring rules. *J Clin Epidemiol* 1996;49:819.
18. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruuttu T, Heila H, Tuisku V, Marttunen M. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents
19. *BMC Psychiatry.* 2005 Feb 3;5(1):8.
20. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, Cleary PD. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics.* 2001 May;107(5):1133-7.
22. La prévention du suicide chez les jeunes. *Baromètre santé jeunes 97/98, CFES, Paris,* novembre 1998.

23. Les conduites suicidaires des adolescents : des repères pour la prévention à l'école. Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Fondation de France.1997.
24. Linstone HA, Turoff M. édés 1975 The Delphi Method : Techniques and applications. Addison Wesley, Reading, MA, 620 pages.
25. McKelvey RS, Pfaff JJ, Acres JG. The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15-24 year-old patients presenting to general practitioners. *Med J Aust* 2001 ;175 :550-2.
26. Mathet F, Martin-Guehl C, Maurice-Tison S, Bouvard MP. Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle Network] *Encephale*. 2003 Sep-Oct;29(5):391-400. French.
27. MarcelliD, Mezange F. Les accidents à répétition chez l'adolescent. *Rev hir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1999 ;85 :555-62.
28. Marks A , Ficher M. Health assesement and screaning during adolescence. *Pediatrics* 1987 ;135-57.
29. Marttunen MH, Aro HM, Lonqvist JK. Adolescence and suicide : a review of psychological autopsy studies. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 1993 ;2 :10-18.
30. OttoV. Suicide attempts in childhood and adolescence today and after ten years-A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1972 ;233 :5-123.
31. Perkins K, Ferrari N, Rosas A, Bessette R, Williams A, Omar H. You don't know unless you ask : the biopsychological interview for adolescents. *Clin Pediatr* 1997 ;36 :79-86.
32. Prévention des suicides et des tentatives de suicide. Etat des lieux 1995 1997. Bilans régionaux. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Prémutan, Paris, Mars 1998.
33. Rey GC, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attemps among adolescents in Swizerland : prevalence, associated factors and comorbidity ? *Acta Psychiatr Scand* 1998 ;98 :28-33.
34. Schubiner H, Robin A.Screening adolescents for depression and parent-teenager conflict in an ambulatory medical setting : a preliminary invaestigation. *Pediatrics* 1990 ;85 :813-8.
35. Therneau T, Grambsch P, Fleming T. Martingale based residuals for survival models. *Biometrika* 1990 ;77 :147-60.

Date de naissance : / /

Sexe : M F

Voici un questionnaire qui restera secret entre vous et le médecin.

Entourez la réponse qui vous semble la plus adaptée

Avez-vous consulté plusieurs fois un médecin ou les urgences dans les 30 derniers jours ?	OUI	NON
Avez-vous eu au moins deux accidents ayant nécessité une intervention médicale dans les douze dernier mois ?	OUI	NON
Est-ce que vous buvez plus d'une fois par semaine du vin de la bière ou d'autres alcools ?	OUI	NON
Est-ce que vous fumez régulièrement des cigarettes même si vous êtes seul ?	OUI	NON
Est-ce que vous fumez de l'herbe ou du hasch plus d'une fois par semaine ?	OUI	NON
Y a-t-il eu un évènement grave dans votre famille récemment ?	OUI	NON
Diriez-vous que la vie familiale est désagréable ou stressante ?	OUI	NON
En ce moment ça marche moins bien à l'école ou au travail	OUI	NON
Le fait que ça marche moins bien à l'école ou au travail me stresse ?	OUI	NON

D'autres adolescents ou jeunes comme vous nous parlent de certains problèmes de santé.

En voici quelques uns, avez-vous les mêmes :

J'ai du mal à m'endormir	OUI	NON
Je me réveille souvent la nuit	OUI	NON
Je suis très fatigué dans la journée	OUI	NON
J'ai souvent mal à la tête	OUI	NON
J'ai souvent mal au ventre	OUI	NON
J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir	OUI	NON
Est-ce que vous connaissez quelqu'un qui pensait à mourir ?	OUI	NON
Est-ce que cela vous arrive parfois à vous aussi ?	OUI	NON

ACCIDENTS CHEZ L'ADOLESCENT :
Etablissement d'une échelle d'Evaluation des Conduites à Risque de l'Adolescent
(E.C.R.A.)

D. MARCELLI *, **, *M-A. KASOLTER-PERE* ***, *P. INGRAND* ****

Résumé

L'objectif principal de notre étude est de mettre au point et de valider une échelle d'évaluation des conduites à risque de l'adolescent à l'usage des médecins somaticiens (médecins urgentistes, orthopédistes, généralistes) qui leur permettent de repérer facilement et surtout rapidement, dans le cas principalement d'une répétition d'accidents, les adolescents présentant des problèmes psychopathologiques sous-jacents (dépression, anxiété). Une étude antérieure a en effet pu montrer un lien fort entre accidents à répétition et difficultés psychopathologiques à l'adolescence (D. Marcelli, F. Mézange, 1999).

Notre but est de fournir à ces médecins un outil qui les aide dans leur décision d'orientation auprès d'un consultant spécialisé, notamment un pédopsychiatre (en fonction du score obtenu à notre échelle d'évaluation des conduites à risque de l'adolescent).

Pour cela, nous avons comparé les résultats obtenus à notre échelle à ceux obtenus à différentes échelles utilisées couramment en psychiatrie et déjà validées, dans une population d'adolescents ayant présenté un ou plusieurs accidents sur une période de 18 mois. Nous constatons que les adolescents présentant des antécédents d'accidents ont des scores très supérieurs aux adolescents pour lesquels il s'agit du premier accident notamment aux échelles de dépression, d'anxiété et d'impulsivité mais surtout à l'échelle d'Evaluation des Conduites à Risque de l'Adolescent (E.C.R.A.) que nous avons élaborée.

L'E.C.R.A., qui discrimine de façon très puissante les adolescents sans antécédent d'accident de ceux ayant présenté une répétition d'accidents, pourrait être utilisée à la fois comme un outil de repérage mais aussi de prévention pour les médecins somaticiens qui sont les premiers confrontés aux jeunes accidentés.

1 - CADRE GENERAL DE L'ETUDE

Même si elles ne sont pas spécifiques à l'adolescence, les conduites de risque représentent un problème majeur de santé publique par leurs conséquences en terme de morbidité et de mortalité (P. Alvin, D. Marcelli, 2005 ; INSERM CD8). Tous les indicateurs de santé publique montrent que les prises de risques sont fréquemment croisées, ce d'autant plus que le sujet est jeune et qu'on retrouve chez ces adolescents des traits de personnalité particuliers (Gullone E., Moore S., 2000) ou des états pathologiques associés tels que dépression, pathologie anxieuse, tentative de suicide, consommation de produits. Ainsi devant un adolescent qui a présenté une conduite de risque dommageable pour sa santé, il est le plus souvent inopportun et inefficace de s'en tenir à un traitement isolé centré sur la seule conduite de risque incriminée et sur ses conséquences immédiates. Une évaluation élargie, prenant en compte les autres conduites de risque et le contexte psychologique est souhaitable voire indispensable. Mais cette évaluation demande nécessairement du temps. Elle ne peut pas, le plus souvent, être réalisée dans de bonnes conditions au moment de l'urgence.

Parmi ces conduites de risque, les accidents en général, les accidents de circulation en particulier occupent une place prépondérante. D'après l'enquête "Adolescence" de M. Choquet (1994), 51% des garçons et 36% des filles entre 12 et 18 ans déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois (14% des garçons et 6 % de filles en ont même eu plusieurs). Dans l'enquête Baromètre-Santé-Jeunes de 1997, un adolescent sur cinq (20 %) a été victime, durant l'année précédente, d'un accident ayant entraîné une intervention médicale. Ces accidents sont le plus souvent des accidents de sport (dans plus de la moitié des cas), puis dans une moindre fréquence, des accidents de la circulation (qui concernent davantage les garçons) et des accidents domestiques de travail ou d'atelier.

Mais surtout, le taux de répétition est de 28% dans l'année qui suit et passe à 62% quand il y a déjà plusieurs accidents dans les antécédents ("La santé des adolescents" M. Choquet, 1988). Il s'agit donc là d'un problème majeur de santé publique et il convient de s'intéresser aux caractéristiques de cette population d'adolescents ayant des accidents de manière répétée. Ce phénomène est d'autant plus important que les accidents sont la première cause de mortalité chez les 15-24 ans (INSERM, bureau SCP).

La répétition d'accident semble témoigner de l'existence d'un contexte psychopathologique particulier : souffrance anxieuse ou dépressive, impulsivité. Il convient donc de repérer correctement ces manifestations psychopathologiques associées aux accidents à répétition puis de proposer une prise en charge thérapeutique. Une précédente recherche (D. Marcelli et F. Mézange, 1999) a comparé une population d'adolescents entre 12 et 18 ans ayant eu au moins deux accidents au cours des 18 mois précédents, à une population témoin, des adolescents du même âge sans accident : les adolescents aux antécédents d'accidents ont des scores significativement plus élevés aux échelles de dépression et d'anxiété (83% présentent une anxiété sévère ou majeure, 58% une dépressivité et 25% un épisode dépressif majeur). Ce travail a permis de montrer l'existence d'un lien fort entre accidents à répétition et souffrance psychique diffuse (anxiété et/ou dépression).

Une revue de la littérature française et anglosaxonne sur le thème précis des répétitions d'accidents à l'adolescence, réalisée au cours de l'été 2005, n'a apporté aucune donnée supplémentaire. En effet, les auteurs qui s'intéressent aux récurrences d'accidents (P. Blondel et al., 2001, P.G. Coslin, 2003 ; C. Stheneur, 2004) font exclusivement référence à l'enquête INSERM « La santé des adolescents » (M. Choquet, 1988 et 1994) et/ou à notre travail (D. Marcelli, F. Mézange, 1999).

Nous pensons que les accidents répétés doivent être considérés comme un signal d'alarme par les professionnels qui sont les premiers confrontés au jeune accidenté, à savoir les médecins urgentistes, les chirurgiens et les médecins généralistes. Le jeune accidenté comme ses parents ressentent souvent de façon très négative le fait d'être adressé à un "psy" (psychiatre ou psychologue) alors même qu'une évaluation serait bénéfique et pourrait dépister parmi les jeunes accidentés ceux qui présentent ces manifestations de souffrance, source de récurrence. Par ailleurs étant donné l'incidence des accidents il n'est pas possible matériellement de réaliser un entretien approfondi par un spécialiste dans le contexte des urgences (insuffisance de nombre et de disponibilité du spécialiste, climat non propice, etc.). C'est pourquoi une première évaluation doit pouvoir se faire en amont, elle doit être simple, facile à faire passer par un non-spécialiste, suffisamment informative pour repérer les seuls adolescents à risque de récurrences d'accidents afin de n'orienter que ces derniers vers une consultation spécialisée. Nous proposons un questionnaire dans ce but, à la fois pour dépister

un contexte psychologique particulier et pour préparer l'adolescent à la rencontre éventuelle avec un spécialiste*.

2 - PRESENTATION DE L'E.C.R.A.

Afin de repérer les adolescents en souffrance psychique dès le service des urgences, lorsqu'ils viennent consulter suite à un accident, nous nous sommes donnés comme principe de construire un outil qui soit rapide, facile d'utilisation dans le contexte des urgences. Nous avons abouti à un questionnaire que nous avons appelé E.C.R.A. (Echelle d'Evaluation des Conduites à Risque de l'Adolescent). Cette échelle, composée de 14 questions seulement (voir annexe 1, p. ?), est un auto-questionnaire, l'adolescent cochant lui-même la réponse aux différents items.

Chaque item fait référence à un thème particulier que l'on cherche à évaluer. En effet, l'E.C.R.A. a été construite en tenant compte de la recherche précédente sur les accidents à répétition (F. Mézange, D. Marcelli, 1999) avec pour objectif d'identifier :

- le souci de protection de l'adolescent (en lien avec l'estime de soi, indirectement lié à la problématique dépressive) et le respect du cadre (intérieurisation des règles) : items 2, 5 et 6 ;
- l'impulsivité : item 4 ;
- les consommations de produits (liées elles aussi à la dépression) : items 7, 8 et 10 ;
- la recherche d'excès et de sensation (en lien indirect avec l'impulsivité et la dépression/anxiété) : items 10 et 11 ;
- les troubles du comportement et les conduites de prestance : items 3 et 12 ;
- les événements de vie négatifs (corrélés à la dépression) : items 13 et 14.

La répétition d'accident qui s'inscrit dans une conduite de risque est, évidemment, une conduite surdéterminée qui inclut ces diverses composantes. C'est pourquoi l'évaluation psychologique clinique ne peut être que longue et complexe. L'objectif initial de cet instrument est de disposer d'un outil simple, facile à faire passer aux adolescents, compréhensible pour tous, adolescents, parents et professionnels du soin. Compte tenu également des difficultés d'expression des conduites mentalisées fréquemment observées chez les adolescents inscrits dans l'agir, difficultés particulièrement constatées chez les adolescents ayant présentés des accidents à répétition, l'E.C.R.A. ne comporte, *de parti pris*, aucun item se référant, de près ou de loin, au monde psychique interne et aux conduites intériorisées sans lien direct avec l'accident à l'exception de la question 4, mais elle aussi très centrée sur le lien à l'accident. Cette question est d'ailleurs bien comprise et acceptée par les adolescents. De plus elle est souvent l'occasion d'un dialogue et d'une ébauche de prise de conscience.

La cotation de cette échelle est très simple. Chaque item est coté en 0 ou 1 (1 = prise de risque événement de vie et contexte familial négatif, douloureux). Le score oscille de 0 à 13, sachant que plus le score est élevé plus la prise de risque est importante.

* Cette recherche a fait l'objet d'un P.H.R.C. régional (2002) soutenu financièrement par le C.H.U de Poitiers.

3 - METHODOLOGIE DE NOTRE ETUDE

3. 1. Population d'étude

Les sujets ont été recrutés dans les services des urgences, d'orthopédie et de traumatologie de 3 sites hospitaliers : le C.H.U. de Poitiers, les C.H.G. de Châtellerault et de Niort.

La recherche a été proposée aux patients, filles et garçons, âgés de 12 à 18 ans, consultant aux urgences suite à un accident quelle que soit sa nature (accident de sport, de la voie publique, domestique ou de travail) et sa gravité.

3. 2. Déroulement de la recherche

Notre recherche s'est déroulée en deux temps :

- Dans un premier temps, nous avons proposé la passation de l'E.C.R.A. aux patients répondant aux critères d'inclusion dans les services des urgences ou dans les services d'orthopédie et de traumatologie lorsque l'adolescent a dû être hospitalisé.

- Dans un deuxième temps, a été réalisé un entretien clinique à domicile, quelques jours après la sortie de l'hôpital ; entretien centré sur l'accident et ses circonstances au cours duquel était effectuée une seconde passation de l'E.C.R.A. ainsi qu'une batterie d'auto et d'hétéro- questionnaires, utilisés couramment en psychiatrie et déjà validés, explorant la dimension de dépression (M.A.D.R.S., C.E.S-D, B.D.I.), d'anxiété (échelle d'Hamilton, S.T.A.I.) et d'impulsivité (échelle de Dickman, échelle de Plutchik).

4 - RESULTATS ET ANALYSE

4.1. Inclusion des sujets

4.1.1. Acceptabilité du questionnaire aux urgences

Lors des premières inclusions, le questionnaire E.C.R.A. a été remis aux adolescents se présentant aux urgences sans explication particulière. Le taux de remplissage était alors très faible et les questionnaires exploitables peu nombreux, l'adolescent refusant de répondre ou se contentant de cocher une ou deux questions au hasard. Dans ces conditions, de nombreux adolescents et/ou parents ont refusé l'entretien au domicile, en particulier lorsque la notion de « conduites de risque » était mise en avant comme motif de la recherche.

La situation a sensiblement évolué après avoir modifié la manière de présenter notre étude aux adolescents et à leurs parents. En effet, le taux d'inclusion a été nettement amélioré lorsque nous avons présenté notre échelle non pas comme un instrument destiné à repérer les conduites de risque mais comme un instrument permettant une meilleure compréhension des circonstances de l'accident, l'aide de l'adolescent et des parents étant ainsi directement sollicitée pour améliorer cette compréhension. Dans ces conditions de présentation, la majorité des adolescents se montrent très intéressés par le questionnaire ; ils le complètent sans difficultés et commentent volontiers les questions si un adulte est présent ; ils s'interrogent de façon pertinente sur la signification de tel ou tel item.

Quelques adolescents ne semblent pas intéressés par la recherche et parfois même la refuse franchement. Il apparaît souvent, de façon intuitive, que ces adolescents sont ceux qui vont le plus mal, parfois déjà connus des services des urgences, ayant présenté souvent des accidents à répétition.

De leur côté, les parents ne montrent pas toujours une très bonne coopération et collaboration. Ils sont souvent pressés, faisant preuve d'un certain agacement si ce n'est parfois énervement. Ils mettent alors en avant la perte de temps refusant de consacrer quelques minutes supplémentaires à la passation du questionnaire. Certains se montrent très hostiles à la venue d'un attaché de recherche clinique à leur domicile et refusent systématiquement. Le refus parental ne s'accompagne pas toujours du refus de l'adolescent, lequel se montre, de son côté, parfois intéressé.

Dans le cas particulier des accidents de circulation, quand l'adolescent est en infraction (refus de priorité, refus de stop, passage à un feu rouge...), il n'est pas rare que l'adolescent comme ses parents refusent de remplir ce questionnaire faisant une confusion avec une enquête de police.

Cependant, malgré ces diverses remarques, le taux de refus reste très faible. Ce taux se situe à 7,8 % pour les entretiens psychologiques à domicile.

4. 1. 2. Population d'étude

Au cours de la période d'inclusion qui s'est déroulée sur deux ans (de janvier 2003 à février 2005) :

* **310 questionnaires E.C.R.A.** ont été remis dans les 3 sites hospitaliers (Poitiers, Châtellerauld et Niort) puis complétés par les adolescents répondant aux critères d'inclusion. Parmi ces 310 questionnaires, **189** ont été correctement remplis et donc ont pu être exploités, soumis à l'analyse. Un grand nombre d'échelles remplies de manière incomplète n'ont malheureusement pu être incluses.

Après tirage au sort, un certain nombre d'adolescents ayant remplis l'E.C.R.A. aux urgences ont été recontactés quelques jours plus tard par téléphone. Au cours de cet entretien téléphonique, leur était proposé de poursuivre la recherche par un entretien au domicile visant à approfondir l'évaluation psychologique.

* **53 adolescents** ont accepté l'ensemble de la recherche. Ils ont fait l'objet d'un entretien approfondi (environ une heure et demi à deux heures) à domicile, entre 8 et 15 jours après l'épisode ayant motivé la venue aux urgences. La passation des différentes échelles d'évaluation était précédée d'un entretien clinique libre, suivi d'un commentaire portant à la fois sur les échelles, l'auto-questionnaire rempli au moment de l'accident et le cadre psychologique général de l'adolescent lui-même.

Sur ces 53 situations complètement documentées, 15 questionnaires E.C.R.A. n'avaient pas été remplis aux urgences, le personnel hospitalier ayant « oublié » de le proposer à l'adolescent. En revanche, la situation ayant été repérée, l'adolescent et les parents ayant accepté un entretien à domicile, il a été possible de faire passer cet auto-questionnaire au cours de cette visite.

4. 2. Caractéristiques générales de notre population d'étude : antécédents d'accidents versus sans antécédent

Les caractéristiques générales de notre population sont synthétisées dans les tableaux A-1 et A-2, en annexe., p 23 à 27).

Parmi les 53 adolescents inclus dans la recherche, nous avons dénombré :

- 31 adolescents sans antécédent d'accident
- 22 adolescents avec antécédents d'accidents.

* **Moyenne d'âge** : 15,60

- sans antécédent d'accident = 15,11
- avec antécédent d'accidents = 16,29.

Les adolescents de notre échantillon présentant des antécédents d'accidents sont significativement plus âgés (+1,18 ans) que les adolescents pour lesquels il s'agit du premier accident ($t = 2,98$; $p = .004$).

* **Sexe** : 31 filles, 32, garçons

- sans antécédent d'accident = 16 filles, 15 garçons
- avec antécédent d'accidents = 5 filles, 17 garçons.

Cette surreprésentation des garçons dans notre population présentant une répétition d'accidents va dans le sens de ce qui est décrit dans les différentes enquêtes épidémiologiques (P.G. Coslin, 2003).

* **Situation familiale**

	sans antécédent N = 31	avec antécédents N = 22	population totale N = 53
parents vivant ensemble	80,65 %	63,64 %	73,56 %
parents séparés	16,13 %	22,73 %	18,87 %
père décédé	3,23 %	13,64 %	7,55 %

Le contexte familial est sensiblement différent d'un groupe à l'autre. En effet, les adolescents ayant des antécédents d'accidents vivent plus souvent dans une famille où les parents sont séparés ou encore l'un des parents est décédé (sans qu'aucune différence significative n'ait pu être mise en évidence).

* **Motif de survenue aux urgences**

	sans antécédent N = 31	avec antécédents N = 22	population totale N = 53
accident de sport	32,26 %	22,73 %	28,30 %
accident de la circulation	54,84 %	45,45 %	50,94 %
accident domestique ou de travail	6,45 %	31,82 %	16,98 %
accident scolaire	6,45 %	0 %	3,78 %

Nous constatons que le type d'accident ayant motivé la consultation aux urgences diffère d'un groupe à l'autre ($X^2 = 6,93$; $p = .06$). Dans la majorité des cas, les adolescents des deux groupes confondus consultent suite à un accident de la circulation, puis dans une moindre fréquence un accident de sport. Néanmoins, nous retrouvons un nombre important d'accidents

domestiques ou de travail chez les adolescents présentant des répétitions d'accidents (plus de 31 %) alors que ce taux est très faible chez les adolescents sans antécédent d'accident (6,45 %).

*** Lésions occasionnées**

	sans antécédent N = 31	avec antécédents N = 22	population totale N = 53
contusion sans plaie	16,13 %	27,27 %	20,76 %
plaie sans suture	3,23 %	9,09 %	5,66 %
plaie avec sutures	19,35 %	22,73 %	20,75 %
lésion ligamentaire	9,68 %	0 %	5,66 %
traumatisme crânien	3,23 %	9,09 %	5,66 %
polytraumatisme	9,68 %	4,55 %	7,55 %
fractures	38,71 %	27,27 %	33,96 %

Les traumatismes subis par les adolescents de notre échantillon sont essentiellement des fractures, des plaies avec sutures et des contusions sans différence notable en fonction de la présence ou non de répétitions d'accidents dans les antécédents.

4.3. Analyse des 53 questionnaires E.C.R.A. complétés par la passation des échelles d'anxiété, de dépression et d'impulsivité : étude de la validité externe de l'E.C.R.A.

Nous avons cherché à comparer :

- d'une part, les résultats obtenus aux différentes échelles dans les deux groupes : sans antécédent d'accident versus avec antécédents d'accidents,
- d'autre part, les scores obtenus à l'E.C.R.A. avec ceux obtenus aux autres échelles de référence.

4.3.1. Comparaison des résultats obtenus aux différentes échelles dans les deux groupes (adolescents sans antécédent d'accident versus avec antécédents d'accidents)

Dans le calcul du score de l'E.C.R.A. la notion d'antécédents d'accidents intervient pour un point (*Q9* = « Avez-vous été victime d'un ou de plusieurs accidents dans les 18 mois précédents ? »), c'est la raison pour laquelle les résultats sont présentés d'une part, en tenant compte de cet item (E.C.R.A. *Q9* incluse), d'autre part, après correction de ce biais (E.C.R.A. *Q9* exclue).

Tableau 1 : Comparaison de la moyenne des scores aux différentes échelles d'évaluation : adolescents sans antécédent d'accident versus adolescents avec antécédents d'accidents
Population d'étude: adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)
(Les corrélations significatives au seuil .05 sont marquées en gras)*

Echelles	Pas d'antécédent d'accident	Antécédents d'accidents	t	seuil
E.C.R.A. (Q.9 incluse)	2,58	6,04	5,95	.00000*
E.C.R.A. (Q9 non incluse)	2,58	5,14	4,37	.00006*
M.A.D.R.S.	6,51	14,36	4,26	.00008*
C.E.S-D	10,77	17,32	2,48	.01 *
B.D.I.	3,64	8,23	2,41	.01 *
Hamilton	7	13,32	3,83	.0003*
S.T.A.I - état	34,64	40,36	1,73	.08
S.T.A.I - trait	32,68	40,64	3	.004*
Dickman Fonctionnelle	7,16	7,36	0,33	.73
Dickman Dysfonctionnelle	4,52	6,18	2,31	.02 *
Impulsivité Plutchik	31,55	35,73	2,69	.009*
Age	15,11	16,29	2,98	.004*
N =	31	22		
Sexe	16 F 15 G	5 F 17 G		

Les adolescents qui présentent des antécédents d'accidents ont des scores très supérieurs aux adolescents pour lesquels il s'agit du premier accident notamment aux échelles de dépression (M.A.D.R.S., CES-D et B.D.I.) ; d'anxiété (Hamilton et S.T.A.I-trait) et d'impulsivité (échelle de Plutchik, de Dickman dysfonctionnelle) mais surtout à l'E.C.R.A.

En effet, l'E.C.R.A. discrimine de façon très puissante les adolescents sans antécédent d'accident de ceux qui ont présenté une répétition d'accidents. Le seuil de significativité est extrêmement élevé ($p = .00006$ lorsque la Q.9 est exclue), démontrant la pertinence de notre échelle.

Par ailleurs, l'absence de différence significative à la S.T.A.I-état est particulièrement intéressante : elle va dans le sens d'une anxiété secondaire à l'accident pour les deux populations (sans antécédent ou avec antécédents d'accidents), anxiété conjoncturelle

donc, tandis que la différence significative pour la S.T.A.I-trait montre la pré-existence de l'anxiété en tant que trait de personnalité, structurelle donc, pour la seule population avec récidive d'accidents.

Tableau 2 : Corrélations entre l'E.C.R.A. et les différentes échelles d'évaluation.
Population d'étude: adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)
(Les corrélations significatives au seuil .05 sont marquées en gras).*

Echelles d'évaluation	Corrélation de Spearman	Seuil
E.C.R.A. / M.A.D.R.S.	0,53	<.001 *
E.C.R.A. / C.E.S-D	0,26	.05 *
E.C.R.A. / B.D.I.	0,22	.10
E.C.R.A. / Hamilton	0,40	.002 *
E.C.R.A. / S.T.A.I-état	0,29	.03 *
E.C.R.A. / S.T.A.I-trait	0,29	.03 *
E.C.R.A. / Impulsivité Dickman Fonct.	0,07	.58
E.C.R.A. / Impulsivité Dickman Dysf.	0,23	.09
E.C.R.A. / Impulsivité de Plutchik	0,31	.02 *

Une corrélation positive et particulièrement forte est observée entre l'E.C.R.A. et l'échelle de dépression M.A.D.R.S ; les échelles d'anxiété (Hamilton et S.T.A.I.) et l'échelle d'impulsivité de Plutchik. Autrement dit, les adolescents ayant un score élevé à l'E.C.R.A. ont également un score élevé à ces autres échelles.

Ces résultats nous amènent à dire que l'E.C.R.A., auto-questionnaire passé en moins de cinq minutes, est susceptible d'apporter un niveau d'informations sensiblement équivalent à un entretien et une évaluation approfondie nécessitant l'intervention d'un spécialiste pendant 90 à 120 minutes.

4.4. Analyse des 189 questionnaires recueillis aux urgences : étude de la validité interne de l'E.C.R.A.

Ce travail porte sur les 189 questionnaires correctement remplis par les adolescents aux urgences et donc exploitables.

4. 4. 1. Comparaison des réponses à l'E.C.R.A. selon les antécédents d'accidents

La comparaison est réalisée à partir de l'item 9 (*Avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents dans les 18 mois qui viennent de s'écouler ?*).

**Tableau 3 : Comparaison item par item des scores obtenus à l'E.C.R.A.
(antécédents d'accidents versus sans antécédent d'accident)**

Variable	Avec antécédents (n=66)	Sans antécédents (n=123)	p (test de Fisher ou Mann- Whitney)
Q2 pratique sportive individuelle	7 (10,6)	14 (11,4)	1
Q3 accident a eu lieu tout seul	17 (25,8)	28 (22,76)	.72
Q4 agi sans penser au risque	86 (69,9)	56 (84,85)	.03 *
Q5 non protégé	35 (53,0)	59 (48,0)	.54
Q6 ne respectait pas le cadre et le lieu	12 (18,2)	12 (9,8)	.11
Q7 consommation de produits	16 (24,2)	13 (10,6)	.01 *
Q8 consommation avant l'accident	3 (4,6)	4 (3,3)	.70
Q10 ivresses à répétition	2 (3,0)	2 (1,6)	.61
Q11 excès de vitesse	13 (19,7)	16 (13,0)	.29
Q12 excès lors des sorties	16 (24,2)	7 (5,7)	.001 *
Q13 événements de vie négatifs	28 (42,4)	20 (16,3)	.001 *
Q14 famille où l'on s'entend mal	10 (15,2)	8 (6,5)	.06
Score E.C.R.A. (Q9 incluse)	4,26 (1,96)	2,19 (1,54)	
Score E.C.R.A. réduit (Q9 exclue)	3,26 (1,96)	2,19 (1,54)	.001 *

Dans cette deuxième étude, la différence du score à l'E.C.R.A. entre les deux groupes (antécédents d'accidents versus sans antécédent) demeure significative, bien que sensiblement inférieure à ce qu'avait estimé la première étude (voir résultats présentés p. ?).

A ce stade, la qualité de la discrimination sur les antécédents d'accidents apportée par la question 9 de l'E.C.R.A. peut être discutée par rapport à la classification de la première étude, validée lors de l'entretien psychométrique. Aussi, la formulation de cette question devra être modifiée dans la version définitive de l'E.C.R.A. afin de s'assurer qu'elle est sans ambiguïté, bien comprise par tous les adolescents.

Par ailleurs, la comparaison item par item, qui met en évidence les items sur lesquels prédominent les différences, laisse apparaître que les questions 2 et 3 relatives aux circonstances de l'accident ne montrent aucune différence notable, ce qui peut faire remettre en question leur place dans le score.

Enfin, une analyse multivariée par régression logistique révèle, qu'au seuil $\alpha = 0,10$, les antécédents d'accidents sont liés conjointement et indépendamment aux 3 items : Q4 (agir sans penser au risque), Q12 (faire des excès lors des sorties) et Q13 (avoir vécu des événements de vie douloureux).

4. 4. 2. Comparaison selon le sexe et l'âge

Les fréquences de réponses à certains items (Q5, Q11, Q14) sont significativement différentes entre filles et garçons :

- 59% versus 44% : Q5 (non protégé)
- 4% versus 22% : Q11 (excès de vitesse)
- 15% versus 6% : Q14 (famille où l'on s'entend mal).

En revanche, le score E.C.R.A. moyen ne diffère pas entre filles et garçons.

Les réponses à certains items sont significativement associées à un âge moyen différent :

- 15,5 ans versus 14,6 : Q3 (accident a eu lieu tout seul)
- 14,5 ans versus 15,3 : Q5 (non protégé)
- 16,6 ans versus 14,6 : Q7 (consommation de produits).
- 15,7 ans versus 14,7 : Q11 (excès de vitesse)
- 16,3 ans versus 14,7 : Q12 (excès lors des sorties).

Par ailleurs, le score E.C.R.A. a tendance à augmenter avec l'âge ($r_5=+0,18$; $p=0,012$). Il est inférieur à 3 chez les moins de 15 ans, supérieur à 3 ensuite.

4. 4. 3. Analyse factorielle de la structure d'items

L'analyse en composante principale réalisée sur les items Q2 à Q14 met en évidence une structure à 4 facteurs principaux expliquant plus de 50% de la variance. Ces résultats ne sont donc pas en faveur d'une structure unifactorielle.

Après rotation orthogonale (varimax), l'analyse factorielle permet d'associer des items aux facteurs (voir tableau 4, ci-après).

Tableau 4 : Analyse factorielle du questionnaire E.C.R.A. (rotation orthogonale varimax)

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
Q2	-0.067	-0.021	0.713	-0.020
Q3	0.159	-0.123	-0.104	0.644
Q4	0.163	0.209	0.488	-0.165
Q5	0.065	0.020	0.616	-0.349
Q6	-0.054	0.072	0.653	0.361
Q7	0.702	0.186	-0.008	0.275
Q8	0.796	0.011	-0.076	0.107
Q9	0.006	0.674	0.051	0.073
Q10	0.683	0.056	0.105	0.001
Q11	0.029	0.250	-0.033	0.667

Q12	0.614	0.320	0.051	0.348
Q13	0.110	0.748	0.083	0.040
Q14	0.189	0.616	0.042	-0.001

4. 4. 4. Alpha de Cronbach

La valeur de l'alpha global sur les 13 items de l'E.C.R.A. est estimée à **0,63**. Cette valeur semble trop faible pour valider la structure de l'échelle E.C.R.A. en terme de cohérence globale. Ceci est lié vraisemblablement à la multidimensionnalité de l'échelle à 13 items et correspond à sa construction qui cherchait à inclure quatre dimensions principales : dépressive, anxieuse, impulsive et, corrélée aux trois précédentes, la consommation de produits.

4. 5. Contact à distance avec la population d'étude

Dix huit mois après la passation de l'E.C.R.A. aux urgences, nous avons recontacté les adolescents de notre étude afin de savoir s'ils s'étaient accidentés à nouveau. Parmi les 25 premiers sujets, pour lesquels nous avons un recul de dix huit mois depuis leur inclusion dans la recherche, 19 ont pu faire l'objet d'une enquête téléphonique, les 6 autres n'ayant pu être contacté (changement d'adresse, répondeur...).

L'enquête téléphonique prospective amène les résultats suivants (les résultats synthétiques sont présentés dans le tableau A-3, en annexe, p. 28) :

- **parmi les 12 adolescents ayant obtenu un score ≥ 5 à l'E.C.R.A.**, 8 présentent une récurrence d'accidents dans les 18 mois suivant, 1 n'a plus été victime d'accident nous confiant la survenue d'un changement important dans sa cellule familiale ayant apaisé son quotidien (séparation de ses parents) et enfin 3 n'ont pu être contactés ;

- **parmi les 13 adolescents ayant obtenu un score ≤ 5 à l'E.C.R.A.**, 9 n'ont eu aucune récurrence d'accident, 1 a été victime de quelques accident en sport sans gravité et enfin 3 adolescents n'ont pu être interrogés.

Aussi, cette ébauche d'analyse nous amène à penser qu'une note ≥ 5 à l'E.C.R.A. pourrait être prédictive d'une répétition d'accidents sans avoir pu le démontrer dans cette étude préliminaire.

5 - CONCLUSIONS

Afin de synthétiser les résultats apportés par cette étude préliminaire de validation de l'E.C.R.A., on distinguera d'un côté, les conditions de passation en situation clinique, de l'autre, les résultats statistiques aux différentes échelles et la nature du questionnaire lui-même.

5. 1. A propos des conditions de passation

Nous avons pu constater que le bon niveau de renseignements des diverses questions dépend beaucoup de la manière dont le questionnaire est proposé à l'adolescent et à ses parents. Le taux participation est d'autant plus satisfaisant que le questionnaire est donné

directement à l'adolescent, qu'un commentaire accompagne ce questionnaire sur son intérêt et sa finalité, que l'adolescent le remplit hors la présence des parents, enfin et surtout, que ce questionnaire est rempli en présence d'un adulte qui peut répondre aux questions que se pose l'adolescent au moment de répondre aux questions posées.

Le questionnaire est particulièrement mal renseigné lorsqu'il est donné directement aux parents sans passer par l'adolescent, lorsque l'adolescent le remplit avant même de recevoir les soins, dans un climat d'attente, lorsqu'il est laissé seul et que le personnel ne semble montrer aucun intérêt pour ce questionnaire.

L'ensemble de ces constatations amène aux conclusions suivantes sur le plan très pratique :

- Le questionnaire ne devrait être proposé aux adolescents qu'après la réalisation des soins somatiques, peu de temps avant le retour au domicile ou avant le transfert en service hospitalier en cas d'hospitalisation.
- Dans l'idéal, ce questionnaire pourrait être rempli par l'adolescent, en présence d'un membre du personnel (infirmier, cadre infirmier, médecin ou tout autre professionnel de santé).
- Dans ces conditions de passation, l'adolescent semble prendre un intérêt réel aux questions, y répond aisément, développe un questionnement personnel sur le sens de certains items et le sens de ses propres conduites.

5. 2. A propos des résultats statistiques

*** Validation externe ou concurrente**

Il apparaît que le questionnaire E.C.R.A. présente une excellente corrélation avec les échelles d'anxiété, de dépression et d'impulsivité déjà validées. Par ailleurs, il discrimine de façon très puissante, comme les autres échelles mais dans un temps très réduit (cinq minutes environ alors qu'il faut en moyenne 90 minutes pour faire passer l'ensemble des échelles d'évaluation psychologique) les adolescents présentant des antécédents d'accidents de ceux n'en ayant pas.

*** Validation interne**

L'étude de la structuration interne de l'E.C.R.A. n'a pas permis de mettre en évidence une dimension commune pour l'ensemble de l'échelle. En effet, de l'analyse factorielle se dégage quatre facteurs principaux qui reflètent vraisemblablement les quatre dimensions que nous avons choisies d'appréhender : la dépression, l'anxiété, l'impulsivité et en lien avec les trois précédentes la consommation de produits. L'E.C.R.A. comme échelle unique n'est donc pas complètement valide à ce jour.

Les résultats de l'analyse de la structuration interne de l'échelle conduisent aux remarques suivantes:

- certains items doivent être rediscutés afin de trouver une meilleure combinaison
- la qualité de certains items semble insuffisante justifiant certaines reformulations.

*** Valeur prédictive de l'échelle**

L'enquête téléphonique prospective, réalisée dix huit mois après l'inclusion des 25 premiers sujets de notre étude, laisse apparaître des résultats prometteurs en terme de prédiction des risques d'accidents en fonction du score obtenu au questionnaire E.C.R.A. En effet, il semblerait, au vu de ces premiers résultats, qu'un score ≥ 5 à notre échelle soit susceptible de prédire un risque de récurrence.

Bibliographie

1. Alvin P., Marcelli D. : Les conduites à risque et les accidents. In : *Médecine de l'Adolescent* de P. Alvin et D. Marcelli, Masson éd., Paris, 2005, 315-322.
2. Arenes J., Janvrin M.P., Baudier F. : Baromètre Santé Jeunes 97/98, Paris : CFES, novembre 1998.
3. Bardou H. : Famille, adolescents, conduites à risque. *Journal de psychiatrie*, 2004, XVII, 7.
4. Blondel P., Fogel-Peigne J., Combes T., Benali A. *L'adolescent polytraumatisé grave en médecine physique et réadaptation*. N°60, 2001. Association nationale des médecins spécialistes de rééducation de médecine physique et de réadaptation (en ligne, www.anmsr.asso.fr).
5. Chiolero A., Schmid H. : Morbidité accidentelle à l'adolescence : une étude représentative auprès des écoliers de 12 à 15 ans en Suisse. *Schweiz Med Wochenschr*, 2000, 130, 1285-90.
6. Choquet M., Marcelli D., Ledoux S. : Les comportements à risque des adolescents. In : *Adolescence et risque* sous la Direction de A. Tursz, Y. Souteyrand, R. Salmi. Syros éd., 1993, 111-128.
7. Choquet M., Ledoux S. : *Adolescents, enquête nationale. Analyses et prospective*. INSERM éd., Paris, 1994.
8. Choquet M., Michaud P.A., Frappier J.Y. : Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In : *La santé des adolescents* de Michaud P.A., Alvin P., Deschamps P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A., Doin éd, 1997, 65-80.
9. Coslin P.G. : *Les conduites à risque à l'adolescence*. Armand Colin éd., Paris, 2003.
10. Diekstra R.F.W., Preventive interventions in adolescence. *Crisis*, 1989, 10, 1-3.
11. Gallagher S.S., Finison K, Guyer B., Goodenough S. : The incidence of injuries among 87000 Massachusetts children and adolescents : results of the 1980-1981 statewide childhood injuries prevention program surveillance system. *Am J Publ Health*, 1984, 74, 1340-7.
12. Granboulan V. : Les conduites à risque. In : *La santé des adolescents* de Michaud P.A., Alvin P., Deschamps P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A., Doin éd, 1997, 426-429.
13. Gullone E., Moore S. : Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of adolescence*, 2000, 23, 393-407.
14. Hachet P. : L'addiction au risque à l'adolescence. *Alcoologie et addictologie*, 2001, 23, 4, 551-557.
15. Jellalian E., Alday S., Spirito A. et al. : Adolescent motor vehicle crashes : the relationship between behavioral factors and self-reported injury. *Journal of adolescent health*, 200, 27, 84-93.
16. Le Breton D. *Conduites à risque*. PUF, 2002.
17. Marcelli D., Mézange F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risque associés. *Revue de Chirurgie Orthopédique*, 1999, 85, 555-562.
18. Marcelli D., Mézange F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risque associés. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2000, 48, 163-174.
19. Marcelli D. : Adolescence : parcours à risque. Actes du Congrès de l'Association « Addiction : prévention, formation, recherche », La Baule, le 15 Mai 2001.

20. Mézange F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent, thèse de Médecine, Université de Poitiers, 1997.
21. Michaud P.A., Blum R.W., Ferron C. : "Bet you I will !" Risk or experimental behavior during adolescence ? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1998 152, 224-6.
22. Michel G. : *La prise de risque à l'adolescence : pratique sportive et usage de substances psycho-actives*. Masson éd., coll. Les âges de la vie, Paris, 2001.
23. Michel G. Purper-Ouakil D., Mouren-Siméoni M.C. Prises de risque chez les jeunes. Les conduites dangereuses en véhicules motorisés. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2002, 50, 583-589.
24. Michel G., Leheuzey M.F., Purper -Ouakil D., Mouren-Siméoni M.C. : L'addiction au risque : une nouvelle forme de dépendance chez les jeunes ?, *Alcoologie et Addictologie*, 2003, 25, 1, 7-15.
25. Pickett W., Garner M.J., Boyce W.F., King M.A. : Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviours a study of 11,329 Canadian adolescents. *SocSci Med* 2002 ; 55 : 1055-68.
26. Rogman W. : Les accidents domestiques et de loisir des jeunes de moins de 25 ans dans l'union européenne : défis pour demain. *Santé publique* 2000, 12, 283-98.
27. Stheneur C. : Les accidents du jeune adolescent. *Journal de psychiatrie*, 2004, XVII, 7.
28. Tursz A. : Problems in conceptualizing adolescent risk behaviors : international comparisons. *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21, 116-27.
29. Thélot B., Darlot J.P., Nectoux M., Isnard H. : Epidémiologie des accidents de sport et de loisir chez les enfants et les adolescents en France. *La santé de l'homme*, 2001, n°354.
30. Special Issue : Adolescents and risk-taking. *Journal of Adolescence*, 2000, 23, 4 (n°spécial : Sports et loisirs : prévenir les accidents).
31. Haut Comité de la Santé Publique : Rapport à la conférence nationale de santé. Santé des enfants, santé des jeunes. Paris, 1997, 7-125.
32. Haut Comité de la Santé Publique : La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, éd. ENSP, février 2000.
33. Les conduites à risque des adolescents. *La lettre de le psychiatrie française*, 2005.
34. Alvin P., Marcelli D. : Les conduites à risque et les accidents. In : *Médecine de l'Adolescent* de P. Alvin et D. Marcelli, Masson éd., Paris, 2005, 315-322.
35. Arenes J., Janvrin M.P., Baudier F. : Baromètre Santé Jeunes 97/98, Paris : CFES, novembre 1998.
36. Bardou H. : Famille, adolescents, conduites à risque. *Journal de psychiatrie*, 2004, XVII, 7.
37. Blondel P., Fogel-Peigne J., Combes T., Benali A. *L'adolescent polytraumatisé grave en médecine physique et réadaptation*. N°60, 2001. Association nationale des médecins spécialistes de rééducation de médecine physique et de réadaptation (en ligne, www.anmsr.asso.fr).
38. Chiolero A., Schmid H. : Morbidité accidentelle à l'adolescence : une étude représentative auprès des écoliers de 12 à 15 ans en Suisse. *Schweiz Med Wochenschr*, 2000, 130, 1285-90.
39. Choquet M., Marcelli D., Ledoux S. : Les comportements à risque des adolescents. In : *Adolescence et risque* sous la Direction de A. Tursz, Y. Souteyrand, R. Salmi. Syros éd., 1993, 111-128.
40. Choquet M., Ledoux S. : *Adolescents, enquête nationale. Analyses et prospective*. INSERM éd., Paris, 1994.

41. Choquet M., Michaud P.A., Frappier J.Y. : Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In : La santé des adolescents de Michaud P.A., Alvin P., Deschamps P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A., Doin éd, 1997, 65-80.
42. Coslin P.G. : *Les conduites à risque à l'adolescence*. Armand Colin éd., Paris, 2003.
43. Diekstra R.F.W., Preventive interventions in adolescence. *Crisis*, 1989, 10, 1-3.
44. Gallagher S.S., Finison K, Guyer B., Goodenough S. : The incidence of injuries among 87000 Massachusetts children and adolescents : results of the 1980-1981 statewide childhood injuries prevention program surveillance system. *Am J Publ Health*, 1984, 74, 1340-7.
45. Granboulan V. : Les conduites à risque. In : La santé des adolescents de Michaud P.A., Alvin P., Deschamps P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A., Doin éd, 1997, 426-429.
46. Gullone E., Moore S. : Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of adolescence*, 2000, 23, 393-407.
47. Hachet P. : L'addiction au risque à l'adolescence. *Alcoologie et addictologie*, 2001, 23, 4, 551-557.
48. Jellalian E., Alday S., Spirito A. et al. : Adolescent motor vehicle crashes : the relationship between behavioral factors and self-reported injury. *Journal of adolescent health*, 200, 27, 84-93.
49. Le Breton D. *Conduites à risque*. PUF, 2002.
50. Marcelli D., Mézange F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risque associés. *Revue de Chirurgie Orthopédique*, 1999, 85, 555-562.
51. Marcelli D., Mézange F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risque associés. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2000, 48, 163-174.
52. Marcelli D. : Adolescence : parcours à risque. Actes du Congrès de l'Association « Addiction : prévention, formation, recherche », La Baule, le 15 Mai 2001.
53. Mézange F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent, thèse de Médecine, Université de Poitiers, 1997.
54. Michaud P.A., Blum R.W., Ferron C. : "Bet you I will !" Risk or experimental behavior during adolescence ? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1998 152, 224-6.
55. Michel G. : *La prise de risque à l'adolescence : pratique sportive et usage de substances psycho-actives*. Masson éd., coll. Les âges de la vie, Paris, 2001.
56. Michel G. Purper-Ouakil D., Mouren-Siméoni M.C. Prises de risque chez les jeunes. Les conduites dangereuses en véhicules motorisés. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2002, 50, 583-589.
57. Michel G., Leheuzey M.F., Purper -Ouakil D., Mouren-Siméoni M.C. : L'addiction au risque : une nouvelle forme de dépendance chez les jeunes ?, *Alcoologie et Addictologie*, 2003, 25, 1, 7-15.
58. Pickett W., Garner M.J., Boyce W.F., King M.A. : Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviours a study of 11,329 Canadian adolescents. *SocSci Med* 2002 ; 55 : 1055-68.
59. Rogman W. : Les accidents domestiques et de loisir des jeunes de moins de 25 ans dans l'union européenne : défis pour demain. *Santé publique* 2000, 12, 283-98.
60. Stheneur C. : Les accidents du jeune adolescent. *Journal de psychiatrie*, 2004, XVII, 7.

61. Tursz A. : Problems in conceptualizing adolescent risk behaviors : international comparisons. *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21, 116-27.
62. Thélot B., Darlot J.P., Nectoux M., Isnard H. : Epidémiologie des accidents de sport et de loisir chez les enfants et les adolescents en France. *La santé de l'homme*, 2001, n°354.
63. Special Issue : Adolescents and risk-taking. *Journal of Adolescence*, 2000, 23, 4 (n°spécial : Sports et loisirs : prévenir les accidents).
64. Haut Comité de la Santé Publique : Rapport à la conférence nationale de santé. Santé des enfants, santé des jeunes. Paris, 1997, 7-125.
65. Haut Comité de la Santé Publique : La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, éd. ENSP, février 2000.
66. Les conduites à risque des adolescents. *La lettre de la psychiatrie française*, 2005.

* Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - Centre Hospitalier Henri Laborit - Poitiers.

** ce travail a été réalisé avec la collaboration du C.H.U. de Poitiers, des C.H. de Châtellerault et de Niort.

*** Psychologue, Attachée de Recherche Clinique - Centre Hospitalier Henri Laborit - Poitiers.

i**** Professeur, Unité de biostatistique - Faculté de Médecine et de Pharmacie - Poitiers.

ANNEXES

|

|

Echelle d'Evaluation des Conduites à Risque de l'Adolescent (E.C.R.A.)

1. Vous avez consulté aux urgences à la suite :

- a) d'un accident de sport
- b) d'un accident de la circulation
- c) d'un accident survenu à la maison

2. S'il s'agit d'un accident de sport, l'accident que vous avez subi est-il lié à une pratique régulière et encadrée (entraînement ou compétition sportive, présence d'entraîneurs ou de copains expérimentés) ou au contraire à une pratique individuelle (en dehors d'un club sportif) ?

- a) pratique régulière et encadrée
- b) pratique individuelle

3. Cet accident a-t-il eu lieu :

- a) en présence d'autres adolescents ?
- b) tout seul ?

4. Avant l'accident :

- a) vous avez hésité, réfléchi avant de vous engager dans ce comportement qui a été dangereux pour vous.
- b) ou au contraire, vous avez agi sans penser au risque d'accident, et même si vous y avez pensé vous avez continué

5. Au moment de l'accident étiez-vous protégé (casque, genouillères, ceinture de sécurité, tenue sportive qui convient et en bon état) ?

- a) oui
- b) non

6. Au moment de l'accident :

- a) vous respectiez le cadre et le lieu (par exemple : respect du code de la route).
- b) vous ne respectiez pas le cadre et le lieu (par exemple : rouler sur le trottoir ou le bas côté, faire du skate au milieu des voitures).

7. Consommez-vous régulièrement l'un de ces produits : alcool (bière, apéritif, vin), tabac (cigarettes), haschisch (joints, bhong, douille), ecstasy (pilule pour la fête) ?

- a) oui
- b) non

8. Si oui à la question précédente (question 7), aviez-vous consommé l'un de ces produits (en particulier de l'alcool ou du haschich) juste avant votre accident ?

- a) oui
- b) non

9. Avez-vous été victime d'un ou de plusieurs accidents dans les 18 mois qui viennent de s'écouler ?

- a) oui
- b) non

10. Avez-vous présenté des ivresses à répétition dans les mois avant l'accident ?

- a) oui
- b) non

11. Circulez-vous souvent en excès de vitesse ou “à fond” (en mobylette, en scooter...)?

- a) oui
- b) non

12. Quand vous sortez le soir, faites-vous régulièrement des excès (par exemple : rentrée à des heures tardives, ivresses, disputes, bagarres...)?

- a) oui
- b) non

13. Avez-vous vécu au cours des 12 mois qui viennent de s'écouler des événements de vie douloureux, pénibles (par exemple : déménagement, séparation des parents, décès d'un proche, rupture avec des copains ou un(e) petit(e) ami(e)...)?

- a) oui
- b) non

14. Vivez-vous dans une famille où l'on s'entend mal (disputes, violences, cris, coups, alcoolisme, dépression...)?

- a) oui
- b) non

Avez-vous eu des difficultés à répondre à certaines questions ? Si oui, lesquelles ?
Et pourquoi ?

.....
.....
.....

**Tableau A-1 (a): Comparaison des scores obtenus aux différentes échelles d'évaluation
Population d'étude : adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)**

SUJETS	Sexe	Age	E.C.R.A Urgences	E.C.R.A Bilan psy.	M.A.D.R.S	C.E.S-D	B.D.I.	Echelle d'Hamilton	S.T.A.I. Anxiété état	S.T.A.I. Anxiété trait	Impulsivité Dickman Fonct.	Dysfonct	Impulsivité Plutchik
*1	F	16		6	27	35	18	22	47	73	6	7	40
*2	M	15		8	27	29	19	28	46	48	5	6	38
*3	M	17	4	4	4	14	6	2	30	44	6	4	28
*4	M	16	8	9	6	13	0	7	23	36	8	5	30
5	F	16	3	3	5	1	1	8	28	39	6	1	33
*6	M	16	5	5	7	5	1	8	33	35	8	9	40
*7	M	17	6	6	22	29	6	25	53	38	7	2	35
*8	M	14	2	2	3	5	0	1	27	35	11	4	33
9	F	13	3	3	4	5	0	4	26	29	9	5	31
*10	M	15	5	5	6	7	6	11	32	31	11	5	29
11	F	15	1	1	4	6	0	3	24	22	4	2	25
12	F	13	4	4	6	11	2	3	66	25	8	6	30
13	F	13	2	1	6	4	0	4	28	32	6	5	38
*14	F	13	5	5	12	24	7	18	42	32	3	3	30
*15	M	15	5	6	4	0	0	7	23	23	8	4	25
16	M	14	1	1	4	7	3	4	26	31	6	5	27
*17	M	17		10	14	18	18	8	44	56	4	5	40
*18	M	16	9	9	14	23	7	7	51	43	7	11	42
19	M	17		3	13	9	6	7	38	41	4	2	28

* : accidents à répétitions

**Tableau A-1 (2): Comparaison des scores obtenus aux différentes échelles d'évaluation
Population d'étude : adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)**

SUJETS	Sexe	Age	E.C.R.A. Urgences	E.C.R.A. Bilampsy	M.A.D.R.S	C.E.S.D.	B.D.I.	Echelle d'Hamilton	S.T.A.I. Anxiété- état	S.T.A.I. Anxiété- trait	Impulsivi té Dickman Fonct.	Dysfonct	Impulsi- vité Plutchik
19	M	17		3	13	9	6	7	38	41	4	2	28
20	M	13		2	7	17	2	4	28	32	7	8	27
21	M	16	1	1	4	11	3	4	33	35	7	3	28
22	M	16	1	1	4	8	1	5	32	29	7	2	30
23	F	17		0	9	21	14	8	62	33	7	6	33
*24	M	17		7	21	14	0	14	49	33	10	9	37
*25	F	16		7	22	37	22	23	56	57	7	10	48
26	M	15	2	4	5	4	0	6	22	32	2	7	36
27	F	15		3	6	17	3	8	44	36	9	7	39
28	M	16		6	5	9	0	6	22	26	10	3	33
29	F	15	4	4	0	2	0	2	38	28	7	4	21
30	F	13	3	3	4	7	1	4	30	25	11	7	31
31	M	18	3	3	9	7	2	7	38	33	6	1	26
*32	M	17		7	14	4	0	12	26	23	10	2	28
33	M	17		8	7	2	0	6	33	31	7	2	34
34	F	14	4	4	8	26	12	8	25	34	9	6	30
35	M	15		1	2	0	0	2	23	26	6	6	21
*36	M	18	7	7	22	25	12	23	50	49	10	6	44
*37	M	18	3	2	6	14	1	11	42	37	6	5	36

* : accidents à répétitions

**Tableau A-1 (3): Comparaison des scores obtenus aux différentes échelles d'évaluation
Population d'étude : adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)**

SUJETS	Sexe	Age	ECRA Urgen ces	ECRA Bilan psy.	M.A.D.R.S.	C.E.S.-D	B.D.I.	Echelle d'Hamilton	S.T.A.I Anxiété état	S.T.A.I Anxiété trait	Impulsivité Dickman Fonct.	Dysfonct.	Impulsivi té Plutchik
38	F	17	9	9	9	21	9	14	49	42	8	5	33
* 39	F	15	8	6	11	20	11	12	51	44	5	7	34
* 40	M	18	7	7	6	3	2	6	35	28	8	8	34
41	F	17	2	1	6	5	1	4	28	29	6	7	37
42	F	15	5	4	10	20	5	11	49	35	7	2	36
* 43	F	15	4	4	7	1	5	5	29	26	11	9	42
* 44	M	18	7	7	30	36	35	25	66	63	8	10	40
45	M	13	1	1	11	8	6	8	23	29	6	5	36
46	M	15	1	1	10	16	7	12	51	41	9	7	42
47	F	14	1	1	14	21	12	15	41	42	8	6	39
48	M	14	1	1	4	11	0	7	25	27	7	7	37
49	M	15	1	1	4	24	14	11	33	36	9	2	28
50	F	16	0	0	6	14	0	13	42	38	10	1	32
51	M	14	3	3	16	17	8	13	45	47	7	10	28
52	F	12	2	2	0	3	1	6	22	28	7	0	25
* 53	M	17	2	6	31	25	5	18	33	40	3	5	35
Moyennes													
* Antéc. N=22	5 F-17 G	16,29		6,04	14,36	17,32	8,23	13,32	40,36	40,64	7,36	6,18	35,73
Pas Antéc. N=31	16 F-15 G	15,11		2,58	6,51	10,77	3,64	7	34,64	32,68	7,16	4,52	31,55

* : accidents à répétitions

Tableau A-2 : Types d'accidents, Types de traumatismes.
Population d'étude : adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)

Sujets	Sexe	Age	Types d'accidents	Types de traumatismes
* 1.	F	16	domestique	Contusions
* 2.	M	15	domestique	Contusions
* 3.	M	17	circulation	Contusions
* 4.	M	16	sport	Plaie avec suture
* 5.	F	16	circulation	Polytraumatismes
* 6.	M	16	circulation	Plaie sans suture
* 7.	M	17	domestique	Contusions
* 8.	M	14	sport	Contusions
9.	F	13	scolaire	Plaie avec suture
* 10.	M	15	circulation	Polytraumatismes
11.	F	15	sport	Entorse
12.	F	13	sport	Contusions
13.	F	13	sport	Fracture
* 14.	F	13	sport	Trauma crânien
* 15.	M	15	sport	Plaie avec suture
16.	M	14	circulation	Polytraumatismes
* 17.	M	17	circulation	Plaies avec suture
* 18.	M	16	circulation	Trauma crânien
19.	M	17	sport	Fracture
20.	M	13	circulation	Fractures
21.	M	16	circulation	Plaie avec sutures
22.	M	16	sport	Fracture
23.	F	17	circulation	Fracture
* 24.	M	17	circulation	Double fracture
* 25.	F	16	sport	Double fracture
26.	M	15	circulation	Plaie avec sutures
27.	F	15	circulation	Polytraumatismes

* : accidents à répétitions

**Tableau A-2 : Types d'accidents, Types de traumatismes,
Population d'étude : adolescents ayant effectué un bilan psychologique approfondi (N = 53)**

Sujets	Sexe	Age	Type d'accidents		Type de traumatisme
28.	M	16	circulation		Plaie avec sutures
29.	F	15	sport		Entorse
30.	F	13	sport		Contusions
31.	M	18	circulation		Plaie avec sutures
* 32.	M	17	circulation		Plaies avec sutures
33.	M	17	circulation		Plaie avec sutures
34.	F	14	circulation		Fracture
35.	M	15	circulation		Fracture
* 36.	M	18	domestique		Fracture
* 37.	M	18	circulation		Fracture
38.	F	17	circulation		Traumatisme crânien
* 39.	F	15	domestique		Fracture
* 40.	M	18	circulation		Plaie avec sutures
41.	F	17	circulation		Fracture
42.	F	15	domestique		Entorse
* 43.	F	15	circulation		Fracture
* 44.	M	18	domestique		Contusions
45.	M	13	sport		Fracture
46.	M	15	circulation		Plaie sans suture
47.	F	14	circulation		Fracture
48.	M	14	sport		Contusions
49.	M	15	sport		Fracture
50.	F	16	circulation		Contusions
51.	M	14	scolaire		Fracture
52.	F	12	domestique		Contusions
* 53.	M	17	travail		Plaie sans suture

* : accidents à répétitions

**Tableau A-3 : Devenir de notre population d'étude en terme de récurrences d'accidents.
Adolescents recontactés par téléphone 18 mois après la passation de l'E.C.R.A.
(sont indiqués en gras les scores ≥ 5 à l'E.C.R.A.)**

SUJETS	Sexe	Age	ECRA Urgences	ECRA Bilan psy.	Récidive d'accidents au cours des 18 mois suivants	Nature du (des accidents)
* 1.	F	16 ans		6	oui	multiples accidents
* 2.	M	15 ans 1/2		8	oui	multiples accidents
* 3.	M	17 ans	4	4	?	
* 4.	M	16 ans	8	9	non	changement du contexte familial (a)
5.	F	16 ans 1/2	3	3	non	/
* 6.	M	16 ans 1/2	5	5	?	
* 7.	M	16 ans 1/2	6	6	oui	multiples accidents accidents domestiques, sports, circulation
* 8.	M	14 ans	2	2	oui	petits accidents en sport sans gravité
9.	F	13 ans 1/2	3	3	?	
* 10.	M	15 ans	5	5	oui	accidents en sport entorses +++, accident de voiture (conduite accompagnée)
11.	F	15 ans 1/2	1	1	?	
12.	F	13 ans 1/2	4	4	non	/
13.	F	13 ans 1/2	2	1	non	/
* 14.	F	13 ans	5	5	oui	accidents de sport +++ sans gravité
* 15.	M	16 ans	5	6	?	
16.	M	14 ans	1	1	non	
* 17.	M	17 ans 1/2		10	oui	multiples accidents de différente nature
* 18.	M	16 ans	9	9	?	
19.	M	17 ans		3	non	/
20.	M	13 ans 1/2		2	non	/
21.	M	16 ans 1/2	1	1	non	/
22.	M	16 ans	1	1	non	/
23.	F	17 ans		0	non	/
* 24.	M	17 ans		7	oui	ne sait plus combien exactement
* 25.	F	16 ans		7	oui	exclusivement des accidents de sports (entorses)

* : accidents à répétitions

(a) A l'enquête téléphonique l'adolescent a précisé que lors de la passation de l'E.C.R.A. 18 mois plus tôt, ses parents traversaient un épisode de conflictualité importante.

L'ADOLESCENT À L'ADOLESCENCE D'INTERNET

*Dr Anne TONELLI Médecine de l'adolescent,
Dr Patricia BLONDEL, Directeur Médical
(Clinique Edouard RIST – Fondation Santé des Etudiants de France)*

- **Comment protéger (le faut-il et jusqu'où ?) les adolescents des contenus préjudiciables auxquels ils peuvent être exposés lors de leur navigation sur le Web ?**
- **Comment concilier « les règles du jeu » parfois contradictoires de l'Education Nationale avec celle d'un établissement sanitaire, en particulier le droit privé de la chambre d'hôpital ?**
- **Comment repérer les adolescents en souffrance à travers leur utilisation de l'Internet ?**

Les auteurs s'efforcent de répondre à ces deux questions à la lumière de leur expérience sur l'utilisation d'Internet pour les adolescents de la Clinique Edouard RIST .

Etablissement sanitaire de Soins de Suite et Réadaptation , dédié à la prise en charge Soins-Etudes des Adolescents malades ou accidentés.

Dans un premier temps , les auteurs exposent et comparent les résultats de deux enquêtes sur les usages d'Internet par les adolescents :

- un sondage IFOP : la délégation interministérielle à la famille (29.09.05 : les usages d'internet par les adolescents). Sur un échantillon de 401 personnes utilisant internet, extrait de 482 personnes représentatives de la population française âgées de 12 à 17 ans (en annexe, les résultats de l'enquête)
- Une enquête sur l'utilisation de l'Internet par les adolescents de la clinique E. RIST dans les services de médecine interne, cancérologie, pneumologie et rééducation fonctionnelle (en annexe, le questionnaire).

Les auteurs présentent alors les différents modes d'accès d'Internet mis en place à la Clinique Edouard RIST et les moyens de prévention qui existent afin de protéger les patients des contenus préjudiciables auxquels ils peuvent être exposés lors de leur navigation sur le Web.

Au-delà de la mise en œuvre des dispositifs classiques de filtrage « pare-feux » plus ou moins sophistiqués pour bloquer les sites dangereux (violences, racisme et pornographie...) ,se pose la vraie question de l'éducation à l'utilisation d'Internet dans les trois modes d'accès possibles :

- Dans la chambre du patient ,munie d'une borne internet. Le patient utilise son propre ordinateur sous la responsabilité parentale. Le contrôle que l'on a de ces navigations sur le Web est très médiocre.

- Au CDI en journée : il existe 4 postes informatiques. Les adolescents peuvent utiliser ces postes sous la responsabilité de l'éducation nationale.
- Au CDI en soirée : les adolescents peuvent alors utiliser les postes informatiques sous la responsabilité des éducateurs et animateurs de la clinique

Les auteurs exposent alors les forces et les faiblesses de ces différents modes d'accès.

Chacun de ces modes d'accès obéit à des règles du jeu différentes, voire contradictoires , quand il s'agit de conjuguer le cadre institutionnel de l'Education Nationale avec le cadre Sanitaire de l'établissement et le droit privé dans la chambre du patient.

Problématique d'autant plus complexe que nombre d'adultes, qu'il soient des professionnels de la Clinique ou les parents de ces adolescents connaissent encore mal Internet , oscillant entre deux tendances, la « diabolisation » de l'outil ou le « laisser-faire par ignorance.

Dans un dernier temps, les auteurs essayent de cerner les adolescents possiblement en souffrance à travers leur utilisation d'internet.

Dans leur expérience, il existe quelques indicateurs : le temps passé sur le net, la nature des sites visités, le mode d'utilisation du « net » seul ou en groupe.

L'addiction à Internet rejoint alors la problématique des troubles des conduites chez l'adolescent, l'outil Internet étant un révélateur parmi les autres.

Pour conclure, si l'on veut aider les adolescents à se protéger des contenus préjudiciables auxquels ils peuvent être exposés , une démarche éducative qui vise à expliquer, écouter l'adolescent, le sensibiliser aux dangers de l'outil sans diaboliser sera plus efficace que l'interdit abrupt. Démarche qui n'exclura pas le rappel à la Loi.

La présence de l'adulte pendant une partie des ses recherches sur le web, l'installation de l'ordinateur dans un lieu « ouvert » sont également aidants.

Il faut par ailleurs savoir reconnaître l'adolescent qui devient pathologiquement « accroc d'Internet », et mettre en place une prise en charge adaptée impliquant autant que faire se peut les parents .

Les usages d'Internet par les adolescents - 2ème vague

Sondage Ifop - La Délégation Interministérielle à la Famille • 29 septembre 2005

Fiche technique

Echantillon de **401** personnes utilisant Internet, extrait d'un échantillon de 482 personnes représentatif de la population française âgée de 12 à 17 ans. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, profession du chef de famille) après stratification par région. Les interviews ont eu lieu par téléphone au domicile des personnes interrogées. Du 8 au 10 septembre 2005.

- A -

Usages et pratiques d'Internet

Les principaux lieux de connexion à Internet

Question : Dans quels lieux utilisez-vous Internet le plus souvent ?

	En premier	Total des citations
	(%)	(%)
A la maison	83	91
Au collège ou au lycée	8	84
Chez un ami, un voisin, un parent	5	81
Dans un lieu public comme un cybercafé, un espace public numérique, une bibliothèque...	4	15
Dans un autre lieu	-	-
- Ne se prononcent pas	-	-
TOTAL	100	(*)

(*) Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner plusieurs réponses

La pièce du domicile familial où l'on surfe le plus souvent

Question: Chez vous, dans quelle pièce avez-vous le plus l'habitude de surfer ?

	Ensemble (%)
Dans le séjour, la salle à manger	34
Dans le bureau	25
Dans votre chambre	23
Dans un autre lieu	10
Je n'ai pas de connexion Internet à la maison (réponse non suggérée)	8
- Ne se prononcent pas	-
TOTAL	100

Le moment de la journée où l'on se connecte le plus souvent

Question: Chez vous, à quel moment de la journée êtes-vous le plus souvent connecté à Internet ?

	Ensemble (%)
Le matin	8
L'après-midi	35
En début de soirée, c'est-à-dire entre 19h et 22h	47
Après 22h	10
- Ne se prononcent pas	-
TOTAL	100

Les activités pratiquées sur Internet

Question: Quelles sont les activités que vous pratiquez le plus souvent sur Internet ?

	Ensemble (%)
Rechercher des informations	89
Lire et envoyer des e-mails, des messages électroniques	79
Discuter sur une messagerie instantanée	63
Discuter sur des chats, des forums	45
Jouer en ligne	41
Télécharger des fichiers (musicaux, vidéos,...)	39
Effectuer des achats, des réservations en ligne	25
TOTAL	(*)

(*) Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner plusieurs réponses

L'existence d'un modérateur sur le ou les chats ou forums fréquentés

Question: A votre connaissance, y-a-t-il un modérateur, c'est-à-dire une personne chargée de vérifier le contenu des messages, sur le ou les chat(s) ou forum(s) que vous fréquentez?

Base: personnes discutant sur des chats ou des forums, soit 179 individus.	Ensemble (%)
Oui	48
Non	49
- Ne se prononcent pas	3
TOTAL	100

La possession d'un blog

Question : Possédez-vous un blog ?

	Ensemble (%)
Oui	27
Non	72
- Ne se prononcent pas	1
TOTAL	100

- B -

Les échanges parents-enfants à propos d'Internet

La fréquence des échanges avec ses parents au sujet de son blog

Question : En avez-vous parlé avec vos parents (de votre blog) ?

	Ensemble (%)
Base: personnes possédant un blog, soit 107 individus	
TOTAL souvent / de temps en temps	58
Souvent	30
De temps en temps	28
TOTAL rarement / jamais	42
Rarement	22
Jamais	20
- Ne se prononcent pas	-
TOTAL	100

La fréquence des échanges avec ses parents au sujets d'Internet

Question : D'une manière générale, parlez-vous de vos activités sur Internet avec vos parents?

	Ensemble (%)
TOTAL souvent / de temps en temps	63
Souvent	33
De temps en temps	30
TOTAL rarement / jamais	37
Rarement	18
Jamais	19
- Ne se prononcent pas	-
TOTAL	100

Les sujets liés à Internet et sur lesquels on échange avec ses parents

Question: De quoi parlez-vous précisément ?

Base: personnes parlant de leurs activités sur Internet avec leurs parents, soit 323 individus.	Ensemble (%)
Des activités que vous pratiquez	91
Du temps que vous y consacrez	55
Des risques potentiels liés à l'utilisation d'Internet	48
Des personnes que vous avez rencontrées sur Internet	44
- Ne se prononcent pas	3
TOTAL	(*)

(*) Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner plusieurs réponses

Les raisons pour lesquelles on ne parle pas d'Internet avec ses parents

Question: Pourquoi ne parlez-vous pas avec vos parents de vos activités sur Internet ?

Base: personnes ne parlant pas de leurs activités sur Internet avec leurs parents, soit 78 individus.	Ensemble (%)
Je pense que cela ne les intéresse pas	68
Je ne le souhaite pas	40
Ils ne le souhaitent pas	12
Autres	4
TOTAL	(*)

() Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner plusieurs réponses
- En raison de la faiblesse des effectifs, les résultats ne peuvent être ventilés -*

- C -

Le contenu des pages web et leur contrôle

La présence d'un logiciel de contrôle parental dans l'ordinateur familial

Question: A votre connaissance, l'ordinateur familial est-il équipé d'un logiciel de contrôle parental ?

Base: personnes utilisant Internet à la maison, soit 364 individus.	Ensemble (%)
Oui	56
Non	36
- Ne se prononcent pas	8
TOTAL	100

L'efficacité du logiciel de contrôle parental

Question: Et diriez-vous que ce logiciel est... ?

Base: personnes utilisant Internet à la maison et dont l'ordinateur familial est équipé d'un logiciel de contrôle parental, soit 203 individus.	Ensemble (%)
Efficace	76
Efficace mais facilement contournable	19
Inefficace	4
- Ne se prononcent pas	1
TOTAL	100

La confrontation à des propos ou des images choquants sur Internet

Question: Avez-vous déjà été confronté à des propos ou des images choquants, violents ou à caractère pornographique sur Internet ?

	Ensemble (%)
Oui	33
Non	67
- Ne se prononcent pas	-
TOTAL	100

L'attitude adoptée après avoir été confronté à des propos ou des images choquants

Question: Qu'avez-vous fait ensuite ?

Base: personnes ayant déjà été confrontées à des propos ou des images choquantes sur Internet, soit 144 individus.	Ensemble (%)
J'en ai parlé avec un ami	46
J'en ai parlé avec l'un de mes parents	42
J'en ai parlé avec mon frère ou ma soeur	21
J'en ai parlé avec un enseignant	4
J'en ai parlé avec un autre adulte	3
Je n'en ai pas parlé	21
Autres	-
TOTAL	(*)

(*) Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner plusieurs réponses

La diffusion sur Internet d'information personnelles

Question: Sur Internet, avez-vous déjà indiqué, vous concernant ou concernant votre famille...?

	Ensemble (%)
Vos loisirs, hobbies, goûts	58
Vos coordonnées: nom, adresse, mail, téléphone du domicile ou portable...	44
Vos dates et lieu de naissance	40
Des informations relatives à vos parents: profession, loisirs, situation familiale...	18
Un numéro de carte bancaire	8
D'autres types d'informations	1
Nsp/aucun	25
TOTAL	(*)

(*) Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner plusieurs réponses

Résultats de la première vague

Contact :

Frédéric DABI

Département d'Opinion Publique

Tél : 33 (0)1 45 84 14 44

Fax: 33 (0)1 45 85 59 39

Ce document présente les résultats d'une étude réalisée par l'Ifop. Elle respecte fidèlement les principes scientifiques et déontologiques de l'enquête par sondage. Les enseignements qu'elle indique reflètent un état de l'opinion à l'instant de sa réalisation et non pas une prédiction.

Aucune publication totale ou partielle ne peut être faite sans l'accord exprès de l'Ifop.



Etes vous :

Un garçon

Une fille

Quel est votre age ? ans

1 – Avez vous internet dans votre chambre à E. RIST ? Oui Non

2 – Où utilisez vous internet le plus souvent ?

3 – A quelle heure ?

4 – Pendant combien de temps ?

5 – Est-ce que vous téléchargez ? Oui Non

6 – Allez vous sur des forums de discussion ? Oui Non

7 – Allez vous sur des sites de jeux ? Oui Non

8 – Etes-vous allé sur des sites interdits ? Oui Non

de quels types ?

9 – Est-ce que vous y retourneriez ? Oui Non

et pourquoi ?

REVES PIEGES : UNE LONGUE HISTOIRE

Dr Eric REGNAUT (DRASS Picardie, Amiens)

L'histoire de « rêves piégés » commence en 1990. A l'époque le projet naît sous l'impulsion d'un partenariat entre le Service de Santé Scolaire du Pas de Calais, le collège de Marquion et l'association des groupes musicaux picards.

300 jeunes du collège se mobilisent pour écrire leur ressenti face à la liberté et aux dépendances sous forme d'ateliers d'écriture et d'ateliers autour de la santé.

6 mois après, un texte issu de leur réflexion est produit, celui-ci est mis en musique et un disque 45 tours vinyl est pressé à 2000 exemplaires afin d'être distribué dans toute l'Académie.

La chanson s'appelle « rêves piégés », son refrain nous dit « laisse pas piéger tes rêves sans matin qui se lève, laisse pas piéger nos rêves », expression des jeunes de l'époque.

L'année suivante le projet s'étend sur la Picardie. En partenariat avec le Service de Santé scolaire de la Somme et le collège Arthur Rimbaud d'Amiens, l'action continue donnant naissance à une cassette audio comprenant une dizaine de chansons écrites par les collégiens, des musiciens de la région et débouchant sur un spectacle produit à Amiens en fin d'année scolaire, en collaboration avec Théâtre 80. L'action est un succès auprès des jeunes mais aussi des parents et habitants du quartier. L'équipe qui encadrerait le projet à l'époque, ne savait pas que l'aventure ne faisait que commencer.

Une démarche participative d'éducation pour la santé

De 1992 à 1997, la démarche employée auprès de nombreux collèges de Picardie et du Nord Pas de Calais est la suivante :

Travail en une dizaine d'ateliers avec les jeunes sur leurs préoccupations et représentations de la santé, apport d'informations et écriture de textes avec mise en musique, productions d'affiches et dessins ou de toute création pouvant s'incorporer dans un spectacle. Celui-ci est proposé en fin d'action aux autres jeunes de l'établissement, aux partenaires, voire aux parents.

Progressivement, d'une approche centrée sur les toxicomanies, l'action s'intéresse à la santé globale. L'idée est de donner la parole aux jeunes sur leur quotidien, les problèmes de santé mais aussi de société qui les concernent, d'échanger entre jeunes et adultes, de créer à leur tour des messages et les diffuser vers d'autres.

La dimension de valorisation de contribution à l'estime de soi est l'un des axes forts de cette démarche.

L'action bénéficie de nombreuses évaluations notamment en 1995 et 1997 lors de la réalisation d'un programme auprès de 20 établissements du Nord Pas de Calais.

En 1998, une mallette pédagogique comprenant la cassette audio et un guide méthodologique est produite en collaboration avec le CRES de Picardie. Le projet est désormais porté par l'Association Nationale pour la Protection de la Santé de Tergnier.

Une insertion dans la Politique Régionale de Santé

Depuis 1999, l'action continue régulièrement à être présentée dans la région et régions limitrophes. Elle associe des collèges et lycées, mais aussi désormais d'autres structures comme le Centre Educatif « la cordée » de Soissons en 2003, où une pièce de théâtre musical rédigée en lien avec toute l'équipe éducative est présentée, ou le Centre Social de Condé sur Escaut (59), en 2004, où les jeunes ont pu participer à la production d'un CD intitulé « des mots pour les maux ».

Depuis 2001, un partenariat s'est officialisé avec les Missions Locales de Picardie dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS) « santé des enfants et des jeunes » et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) avec des actions remarquées auprès des Missions Locales de la Haute Somme (Péronne, Albert) et de Picardie Maritime (Abbeville).

L'action s'articule dans le cadre des travaux des PRS, sur des territoires ou des actions de formation, mais aussi des examens de santé des centres de l'Assurance Maladie sont organisés pour les jeunes en insertion.

Ceci donne une cohérence à tout le dispositif partenarial impulsé par le groupe de travail « jeunes de 16 à 25 ans » des PRS. En 2004, l'action s'est étendue auprès des Missions Locales de l'Aisne et de l'Oise.

Quelle dimension préventive ?

Si l'on se réfère à la classification de l'OMS sur les niveaux de prévention l'action se situe indéniablement dans le champ de la prévention primaire (éviter l'apparition des problèmes de santé) mais aussi probablement dans le champ de la prévention secondaire (repérage de jeunes en difficulté, aide et soutien, orientation, conseil) puisque la parole des jeunes révèle parfois des signes d'appel lors des travaux en atelier. La dimension « d'éducation par les pairs » ou plutôt « entre pairs » est omniprésente et soulignée dans les différentes actions comme un des facteurs de réussite.

Quelle évaluation ?

Cette démarche ne peut fonctionner qu'avec le partenariat actif de la communauté éducative scolaire (CPE, enseignants...) et le service de promotion de la santé en faveur des élèves.

Diverses évaluations de cette démarche ont été réalisées depuis 15 ans

portant notamment sur les aspects de processus (déroulement des activités), résultats (connaissances apportées mais aussi opinions, pratiques), impact (effets indirects de l'action comme l'impulsion de nouvelles actions émanant des jeunes eux-mêmes, mise en place de points écoutes).

Ces évaluations ont été parfois portées par des évaluateurs externes mais aussi par les jeunes eux-mêmes (évaluation participative), auprès des participants, jeunes et adultes, des enseignants, des autres jeunes.

Les constats rejoignent ceux de la problématique générale de l'évaluation en éducation pour la santé (comment estimer qu'un changement de comportement est lié à une politique, un programme et à telle action ?), il en ressort de toute façon que ce type de démarche est très apprécié par les jeunes et contribue probablement à un moment donné à réfléchir dans un sens positif par rapport à la santé et donc sur ses propres comportements.

En conclusion, l'apport de cette démarche est avant tout de réfléchir ensemble sur la vie et la santé, débattre entre jeunes et adultes, s'interpeller, s'aider (notamment entre jeunes) valoriser les jeunes en difficulté, construire ensemble et c'est bien dans ce sens qu'elle se situe dans une dimension de promotion de la santé.