

# **SOUTENIR DES JEUNES DANS LA GESTION DE LEUR SANTE : APPROCHE INDIVIDUELLE ET / OU COLLECTIVE?**

**S. Grignard - X. Lechien - Ph. Mairiaux - C. Vandoorne  
Ecole de Santé Publique**

**J.-P. Bourguignon - Dr M.C. Lebrethon  
Centre de Santé de l'Adolescent**

**M. Born  
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education**

**Université de Liège - Belgique**

### Constats à l'origine de l'étude

L'adolescence est sans conteste une période qui favorise la prise de risques : les adolescents entretiennent un rapport particulier avec le risque.

Par ailleurs, plusieurs études montrent que la consommation de soins est au plus bas au moment de l'adolescence (1,2).

D'autres études montrent que les jeunes des divers milieux sociaux sont inégaux devant l'accès aux soins et l'apprentissage de la gestion de leur santé (3). Avalosse (4) développe les processus sous-jacents à ces inégalités : le rapport au corps, à la santé et à la prévention est détérioré par la conception que l'on a des soins, de même que par les attentes en matière de prise en charge de sa santé.

Etre adolescent et appartenir à une catégorie dite en difficulté ou défavorisée diminue donc la probabilité d'être en contact avec des structures de soins. Or, de nombreuses études montrent que les adolescents et jeunes adultes entre 16 et 25 ans, dits en difficulté ou défavorisés, présentent un état de santé détérioré (5,6,7). Les comportements préjudiciables à la santé à long terme et à l'intégration sociale sont plus fréquents et se présentent sous forme cumulative chez ces jeunes (déséquilibre de l'alimentation, consommation de tabac, d'alcool, de drogue et/ou de psychotropes, mauvaise utilisation de la contraception, violence, défis, accidents, ...). Ils sont en outre moins nombreux à se déclarer en forme, en bonne santé, bien dans leur peau.

### Problématisation

Ainsi, si les besoins de santé existent bien chez ces jeunes défavorisés, le plus souvent ils restent non exprimés et ne se traduisent donc pas par une demande de consultation. Cependant, à l'occasion d'enquêtes extensives sur la santé ou d'interventions spécifiques dans des structures d'accueil et de réinsertion, leurs préoccupations à propos de la santé émergent (8,7).

Le rôle des professionnels en matière d'identification diagnostique et de mise en place de dispositifs d'aide est défini, non seulement par la perception des mauvais états de santé de ces jeunes, mais aussi par la nécessité de déclencher des leviers d'intervention chez le jeune lui-même ainsi que dans l'environnement physique et social (9,3). En particulier, l'amélioration des conditions de santé est tributaire, d'une part d'une prise de conscience des besoins de santé et d'autre part de la formulation d'un projet de santé intégré à un projet de vie ou d'insertion sociale.

Dans ce contexte, et sur base de l'expérience tentée par d'autres chercheurs (10,11), l'équipe de recherche voulu savoir quelle pouvait être la place d'un bilan de santé pluridisciplinaire pour favoriser la prise en charge de sa santé par le jeune.

## Hypothèses de travail

- Le bilan de santé pluridisciplinaire permet au jeune d'ajuster les représentations qu'il a de son propre état de santé,
- Le bilan de santé mobilise les adolescents "défavorisés" pour qu'ils prennent en charge leur santé.

## Objectifs

L'objectif de l'étude était de mesurer l'impact d'un bilan pluridisciplinaire et d'une guidance éducative sur la façon dont des jeunes gèrent leur santé. L'objectif sous-jacent était de favoriser chez ces jeunes une prise de conscience de leurs besoins de santé et d'autre part transformer ces besoins en demandes puis en prise en charge grâce à une guidance appropriée.

## METHODES

### Schéma expérimental

La population concernée par la recherche est constituée de 96 élèves issus de neuf classes réparties dans deux écoles professionnelles de la région de Liège (Belgique).

Il y a 61 filles et 35 garçons. Ils ont entre 15 et 21 ans (moyenne 17 ans).

Le schéma expérimental est de type pré-post et implique un groupe expérimental et un groupe contrôle.

Dans ce schéma expérimental, l'équipe de recherche a progressivement laissé aux jeunes de plus en plus de liberté et d'autonomie. Le libre choix des jeunes à chaque étape de la procédure a eu comme conséquences une réduction progressive de l'effectif de l'échantillon expérimental ainsi qu'un éclatement de ce dernier en plusieurs sous-groupes : en effet, tous les jeunes n'ont pas accepté le bilan proposé; d'autres sont venus au bilan mais n'ont pas assisté aux remises de conclusions.

Evaluation de base (mesure d'entrée)			
<b>Groupe A</b> (contrôle)	<b>Groupe B</b> (expérimental)		
	<b>B1</b> - Bilan pluridisciplinaire	<b>B2</b> - Bilan et conclusions	<b>B2</b> - Bilan, conclusions et guidance éducative
Bilan non proposé			
Evaluation de base (mesure de sortie)			

Tous les adolescents concernés ont rempli le questionnaire de départ (évaluation de base ou mesure d'entrée). Ils ont ensuite été séparés en deux groupes (A - contrôle et B - expérimental). Le groupe B s'est vu proposer le bilan pluridisciplinaire suivi d'une remise de conclusions et d'une proposition de guidance éducative.

Les élèves des groupes A et B devaient ensuite être recontactés à la fin de la procédure pour une nouvelle évaluation de base ou mesure de sortie.

## **Instruments**

Le questionnaire (proposé pendant une heure de cours) aborde les thématiques suivantes :

- réseau relationnel et social, ressources perçues du réseau, sentiment de connexion aux autres;
- sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie, estime/image de soi, image du corps;
- connaissances sur la santé, attitudes par rapport à la santé;
- état de santé autoévalué, condition mentale chronique, recours aux services médicaux;
- soin de soi, comportements de protection, soins préventifs, hygiène de vie, activité physique;
- consommation de médicaments, usage de substances;
- situation familiale et matérielle.

## **Bilan pluridisciplinaire**

Le bilan pluridisciplinaire est mené par un médecin (masculin pour les garçons et féminin pour les filles) et par un éducateur à la santé. Il comporte deux volets.

### Volet médical

- dialogue et anamnèse
  - les motivations du jeune à l'égard de l'entretien;
  - sa perception de son état de santé : poids, alimentation, forme physique, plaintes;
  - ses pratiques de prévention et de consommation de différentes substances;
  - des informations sur les maladies et problèmes de santé antérieurs, sur les professionnels de santé consultés, sur les problèmes de santé de la famille.
- examen clinique.

### Volet psychosocial

- les motivations du jeune à l'égard de l'entretien ainsi qu'un retour sur l'examen médical (comment l'a-t-il vécu? qu'est-ce qui l'a étonné? ...);
- les éléments qu'il estime déterminants pour sa santé;
- l'enjeu de sa sexualité dans la vie quotidienne;
- les situations anxiogènes et les solutions mises en place pour y faire face;
- la signification de la prise de risque pour le jeune;
- le mode d'investissement dans ses différents lieux de vie.

Cette première phase fait l'objet d'une prise en charge collective par l'équipe : les jeunes sont amenés par petits groupes au centre de santé, où ils sont alors vus individuellement.

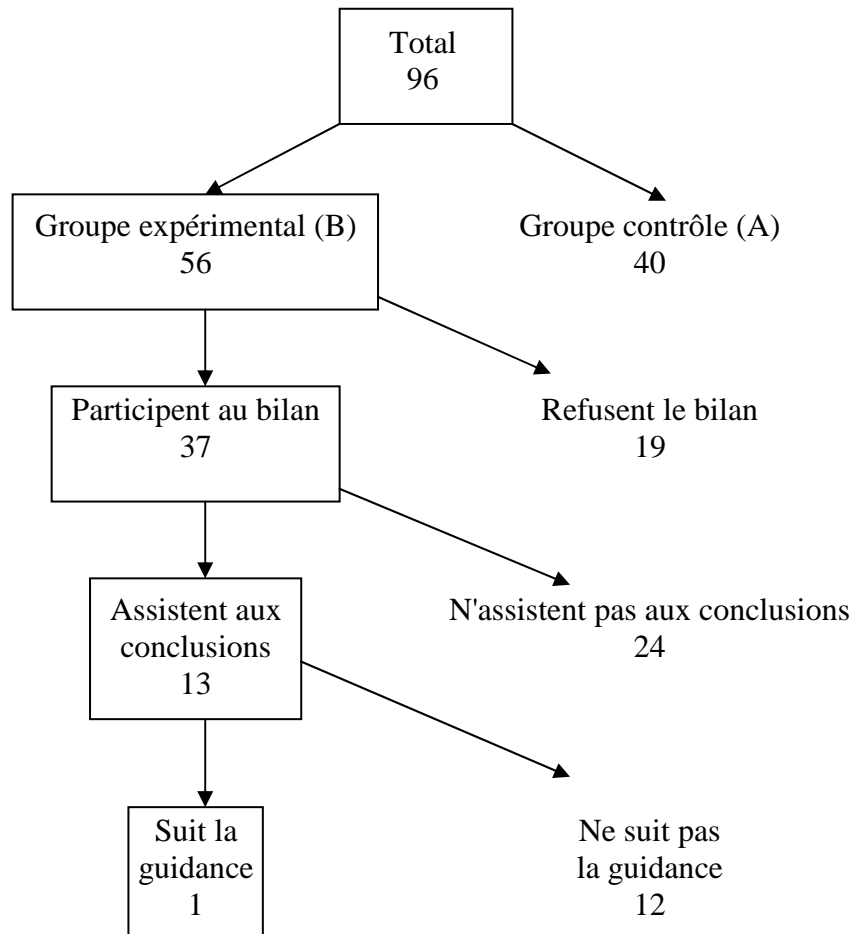
Le jeune peut ensuite, s'il le souhaite, se présenter de façon individuelle à un entretien de remise de conclusions (ayant pour but de refléter les résultats du bilan et de favoriser une prise de conscience des besoins ainsi que des déterminants de santé) puis à une guidance éducative (destinée à identifier les leviers d'intervention, aider le jeune à mieux prendre en charge sa santé et amener progressivement la formulation d'un projet individuel de santé et de guidance).

L'entretien de conclusions est réalisé en deux temps : une préparation par l'équipe de professionnels et un rendez-vous avec le jeune. La préparation par l'équipe pluridisciplinaire a pour but d'intégrer les informations pour cerner :

- les besoins de santé du jeune perçus par les professionnels (versants somatique, mental et social);
- les demandes formulées par le jeune;
- les éléments qui pourraient servir de freins ou de moteur dans une prise en charge autonome de sa santé (en ce compris les relations avec les professionnels de santé et les sources d'information).

## Importante "mortalité" expérimentale

L'effectif de départ s'est progressivement réduit.



## Révision du schéma expérimental

Ce faible taux de participation a remis en question l'opportunité d'une comparaison entre mesure d'entrée et mesure de sortie. La mesure de sortie a été abandonnée car elle n'avait plus de sens au regard de l'effectif final de l'échantillon.

Il n'a donc pas été possible de mesurer l'impact du bilan ni de la guidance.

Par contre, des entretiens de groupe ont été organisés pour explorer les raisons de ce taux d'abandons et recueillir l'avis des jeunes.

### Analyse sur l'ensemble de l'échantillon

Les divers instruments montrent que les indicateurs de santé sont plutôt défavorables (plaintes, consommations diverses, peu d'activité physique, désordres alimentaires, ...) et que le contexte de vie des jeunes est souvent particulièrement "difficile" (parents inactifs, étrangers, faible niveau de qualification, difficultés financières, ...). Ces résultats sont convergents avec ceux d'autres enquêtes et confirment le constat de départ (3,8,27).

Un grand nombre de jeunes expriment également une souffrance importante :

- difficultés familiales (mésentente parentale, abandon, violences, ...) et / ou scolaires (difficultés d'apprentissage, comportement violent, ...);
- plaintes (céphalées, lombalgies, nervosité, angoisse, dépression, ...);
- insatisfaction corporelle;
- sentiment d'être en mauvaise santé.

Les jeunes ont donc fait part de difficultés importantes, et pourtant cette souffrance n'a pas donné lieu à une demande de suivi professionnalisé puisque, comme vu ci-dessus, le taux de participation au bilan puis à la guidance s'est avéré très faible!!!

Il y a donc un écart entre état de santé (objectivé et ressenti) et demande de suivi, avec une souffrance qui est bien présente mais qui ne donne pas lieu à une prise en charge par un professionnel de santé.

### Analyses de cas

Au-delà des constatations relatives aux indicateurs de santé, les analyses de cas réalisées ont mis en lumière deux caractéristiques qui ont retenu l'attention de l'équipe de recherche.

#### Sur le versant négatif

On note chez certains jeunes une position particulière par rapport au risque.

- la recherche délibérée de risques est plus fréquente,
- les risques encourus sont plus "dommageables",
- le jeune recherche les situations où il peut prendre des risques et relever des défis car le risque est vécu comme "*le piment nécessaire à la vie*",
- le jeune n'a pas de barrière "interne", une limite qui l'empêcherait d'aller trop loin.

#### Sur le versant positif

Certains jeunes présentent des facteurs protecteurs (de type réseau social, équilibre scolaire ou familial, ressources adultes, ...). Ainsi, malgré la présence d'indicateurs par ailleurs "défavorables", ces jeunes semblent bénéficier d'un équilibre, d'un cadre qui favorise leur santé à long terme et leur intégration sociale.

Ce qui est "inquiétant" est surtout le fait que certains jeunes se situent exclusivement sur le versant négatif.

### Raisons de la faible participation

Les jeunes ont identifié un groupe de raisons liées au contexte de la recherche.

Leurs motivations pour participer sont essentiellement externes (pour vous aider, parce qu'il le fallait, pour manquer les cours, pour faire plaisir au professeur, par curiosité, ...). Personne ne vient pour "mieux se prendre en charge". Ils n'ont donc pas perçu l'intérêt potentiel de la procédure pour eux-mêmes : ils ont eu le sentiment d'avoir été "utilisés" pour quelque chose qui ne pouvait leur être d'aucune utilité personnelle.

Un autre groupe de raisons sont liées au bilan lui-même; elles pourraient être présentes lors d'un bilan de santé dans un contexte autre que la recherche.

- Les jeunes n'étaient pas "en demande", soit qu'elle n'était pas présente (et là intervient la distinction entre demande et besoin) soit qu'elle n'ait pas pu s'exprimer dans le contexte que nous leur avons proposé.
- Les jeunes n'ont pas pu instaurer avec l'équipe de chercheurs une vraie relation de confiance. Or, d'après eux, on ne peut vraiment confier ses problèmes qu'à quelqu'un en qui on a vraiment confiance.
- Les jeunes ont éprouvé une certaine angoisse face à la procédure proposée, qui leur était inhabituelle et assez intrusive, avec des questions parfois personnelles.
- Le moment était mal choisi, par rapport aux examens de fin d'année et à la période de vacances (peu propice à la régularité nécessaire à l'aspect "guidance").

### Suggestions sur des modes d'intervention

Bien que la participation à la procédure proposée (conclusions du bilan - guidance) ait été très faible, on a noté pendant les entretiens de groupe une participation active des jeunes. Ils se sont impliqués dans ces entretiens, et ont par exemple fortement réagi aux quelques résultats du questionnaire qui leur ont été livrés. Il s'agit là d'une condition qui pourrait favoriser leur expression : les faire réagir, en groupes, aux résultats d'un questionnaire individualisé (tout en préservant l'anonymat de chacun puisque les résultats sont globalisés).

Ils ont également marqué un vif intérêt pour les thématiques de santé : la santé (au sens large) est un thème qui les touche et sur lequel ils sont intarissables, pour peu qu'ils soient mis dans des conditions favorables. Ils ont une vision assez élargie de la santé.

Finalement, les jeunes ont émis certaines suggestions pour améliorer ce genre de procédure. Ces suggestions allaient dans le sens de démarches plus progressives et plus collectives : prendre le temps de connaître les élèves en passant par exemple une journée entière avec eux, mieux les informer sur les buts de l'étude, leur fournir un espace de parole libre, voire un cours dans lequel ils pourraient s'exprimer sur leurs préoccupations, être attentifs à leurs problèmes "profonds", ... Ils attendent surtout une écoute attentive, un intérêt pour leurs problèmes.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Par rapport à la problématique de départ, qui était de favoriser la prise en charge par le jeune de sa santé (identification de l'état de santé, émergence chez le jeune d'une prise de conscience de cet état de santé puis d'une demande de suivi, ...), plusieurs questions restent sans réponse...

- Sur quels mécanismes doit-on jouer pour favoriser l'identification de leviers d'intervention?
- Comment faire émerger une demande? Comment susciter une prise en charge qui soit adéquate, adaptée au jeune et respectueuse de celui-ci, qui corresponde au jeune et à sa perception de la santé?
- Quelle est la place d'un bilan de santé, procédure très individualisée, dans notre volonté de favoriser la prise en charge de leur santé par des jeunes particulièrement fragilisés?

Les données recueillies par la présente étude montrent qu'il est nécessaire d'adopter une stratégie d'approche différente, mais... laquelle?

Les différentes pistes dégagées par cette étude peuvent être résumées par l'image d'un double aller-retour.

D'une part, un aller-retour entre des méthodes d'intervention individuelles et collectives, qui devraient pouvoir être utilisées en synergie, de façon complémentaire. D'autre part, un aller-retour entre le regard, la perception du professionnel et le regard du jeune.

Les divers obstacles rencontrés lors de cette recherche ne doivent pas faire renoncer à toute action de promotion de la santé chez ces jeunes. Cette étude a démontré que les jeunes sont demandeurs d'un espace de parole, d'un lieu d'écoute où ils pourraient se confier sans être jugés. Certains jeunes suggèrent des groupes de parole, d'autres suggèrent la présence continue d'un interlocuteur "santé" (au sens large) au sein de l'école, qu'ils pourraient aller consulter quand ils le trouvent nécessaire. Quoi qu'il en soit, ils ont besoin d'être écoutés et entendus; et ils l'expriment.



## Bibliographie

1. Deschamps JP. Ces jeunes sont sans soins... ou la "non-santé" des adolescents et jeunes adultes en France. Rev.Fr.Aff.Soc. 1987;41(hors-série).
2. Mizrahi A. Aspects économique et sociologique des consommations médicales des jeunes. Paris: CREDES, 1996.
3. Lheureux C, Halley des Fontaines V. Les jeunes en difficulté et leur santé : bibliographie annotée. Paris, 1996.
4. Avalosse H. Santé et inégalités sociales. Bruxelles: Mutualités Chrétiennes, 1996.
5. Choquet M, Choquet Y. Fugue à l'adolescence : approche épidémiologique. Adolescence 1994;23:81-8.
6. Deschamps JP, Ferron C, Bon N. Santé et adolescence : prendre soin de la jeunesse. Prévenir 1992;23:115-21.
7. Piette D, Prévost M, Boutsen M et al. Vers la santé des jeunes en l'an 2000 : une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. Bruxelles: ULB-Promes, 1997.
8. Lefilleul MF, Gosselin J. Le difficile accès aux soins des jeunes en difficulté. Paris: Le Frene, 1990.
9. Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. 1995.
10. Féard S, Spycquerelle Y, Hette M, Fournier B. Evaluation après 6 mois de l'influence d'un examen de santé auprès de jeunes en difficulté. Santé Publique 1991;(3-4):101-4.
11. Michaud C, Minervini MJ, Csaszar-Goutchkoff M, Moreau C, Henry Y. Dispositif en faveur de la santé des jeunes en stage d'insertion professionnelle dans le Doubs. Santé Publique 1995;(1):19-28.