

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



Adolescence et santé mentale

D. DOUMONT
F. RENARD

Décembre 2001
Réf. : 01-15

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1° Introduction

2° Pourquoi travailler sur la santé mentale des adolescents ?

3° Définition(s) du bien-être

4° Représentations, perceptions et expressions du bien-être par les adolescents et/ou les adultes.

5° Quelles sont les demandes d'aide des adolescents ?

**6° Quels sont les indicateurs, les mesures utilisés pour évaluer le bien-être ?
Quels sont les objets d'évaluation ? Comment évalue-t-on ?**

7° Conclusions

8° Bibliographie

UCL – RESO Dossier technique 01-15

Dominique DOUMONT, Florence RENARD ¹
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine,
Université Catholique de Louvain.

Adolescence et santé mentale

1° Introduction

Le CLPS (Centre Local de Promotion de la Santé) de Mons – Soignies s’apprête à démarrer des actions de promotion de la santé auprès des adolescents de la région. Il s’intéresse tout particulièrement à la santé mentale et au bien-être des adolescents.

Ce dossier technique devrait aider les spécialistes de la promotion-éducation santé à comprendre, d’une part, ce que recouvre la notion de bien-être pour les adolescents, et à cerner, d’autre part, les difficultés rencontrées par cette population. Enfin, il devrait apporter des informations sur la question de l’évaluation du bien-être des adolescents.

Les recherches bibliographiques menées sur différentes banques de données documentaires (Medline, Doctes, Current Contents, ...) dans le cadre de ce dossier technique ont été axées :

- sur les concepts de bien-être, de qualité de vie et de santé mentale,
- sur les représentations et perceptions de ceux-ci,
- sur les indicateurs et les mesures utilisés pour évaluer le bien-être
- l’existence ou non d’une demande d’aide de la part des adolescents...

¹ L’analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, F. Libion, P. Meremans, B. Sandrin-Berthon, F. Renard et D. Doumont.
H/Users/Rech/dossierdd/adotext1

2° Pourquoi travailler sur la santé mentale des adolescents ?

- 2001 : année de la santé mentale ...

Avant 2001, très peu avait été réalisé au niveau des campagnes d'information à propos de la santé mentale, si l'on compare les nombreuses campagnes réalisées concernant les cancers, le SIDA ou les affections cardiaques. Pourtant, l'OMS prévoit que les troubles mentaux occuperont demain la deuxième place sur la liste de fréquence des maladies.

Une vaste campagne médiatique d'envergure nationale sur le thème « **La santé mentale : j'en parle !** » a été initiée conjointement par cinq associations, sous le patronage de la Fondation Nationale Reine Fabiola pour la santé mentale. Au travers de cette campagne, « les professionnels du secteur entendaient briser les tabous, l'indifférence et la peur qui entourent leur travail. Leur objectif était aussi de mieux faire connaître les maladies mentales de même que les troubles psychiques y afférents, afin de les faire mieux accepter. Il s'agissait également d'informer correctement sur les réponses qui peuvent y être apportées et sur les possibilités de prévention » (20).

- le spleen des adolescents...

Le mal-être des adolescents est perçu par les nombreux intervenants qui travaillent avec ces jeunes. Or, la plupart des études qui tentent de faire un état des lieux de la santé des adolescents fournissent tant et plus de **données de prévalence, de mortalité et de morbidité** liées à des états dépressifs, à des accidents, à des conduites suicidaires, à des conduites addictives ou autres conduites violentes... Les différents interlocuteurs des adolescents dans leur cadre de vie perçoivent quotidiennement le témoignage d'un **mal-être** moins définissable en terme épidémiologique (23).

Il est vrai que la notion de souffrance psychique des jeunes est vague et d'un repérage beaucoup plus difficile que d'autres problèmes de santé puisque, en amont des conduites socialement repérables telles que conduites addictives ou états dépressifs, il n'existe « **ni observatoire, ni médiateurs, ni même une véritable clinique partagée entre tous les intervenants pour en repérer les signes polymorphes** » (18).

- les comportements à risque ...

Par ailleurs, la santé mentale des jeunes est souvent appréhendée en terme de **comportements à risque** (tabagisme, abus d'alcool, consommation de médicaments excessive, drogues, ...), de conduites dépressives et suicidaires, de pathologies mentales mais également de plaintes psycho-somatiques, au détriment d'une vision plus positive englobant les notions d'épanouissement personnel, de bien-être, d'estime de soi, bref de santé.

- Résultats d'enquêtes nationales et internationales : mitigés, et qui interpellent...

Selon Kittel, (cité dans Tableau de bord de la santé – Région de Bruxelles Capitale – Observatoire de la Santé – 2001 – p 46) (21), les résultats de l'enquête nationale de santé de 1997 montrent que 11,4 % de la population bruxelloise de plus de 15 ans est en « **mauvaise santé mentale** ; 8,5 % des personnes interrogées déclarent avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois ; plus de 15 % des bruxellois de plus de 15 ans consomment des psychotropes. De Clercq (U.C.L.) (cité dans Tableau de bord de la santé – Région de Bruxelles Capitale – 2001 – p 46) présentait les résultats d'une enquête menée auprès des jeunes adolescents de 12 à 18 ans, scolarisés de la région Bruxelloise. Il ressortait de cette étude que 23 % des jeunes exprimaient des « **sentiments dépressifs** » (28 % de filles et 17 % de garçons).

En 1998, la France participe à une enquête internationale « Health Behaviour in School aged Children » (HBSC) (19) ayant pour objectifs de mieux cerner et appréhender les comportements de santé, les modes de vie et leur contexte chez les jeunes de 11 à 15 ans. Les résultats de cette enquête doivent servir de base de réflexion pour la mise sur pied d'un programme d'éducation et de promotion de la santé auprès de cette population.

D'après les résultats de l'enquête précitée, les jeunes de tout âge, filles ou garçons, renvoient une **impression de bien-être** : 87,4 % se disent heureux, 73,8 % ont confiance en eux, ne se sentent pas délaissés ni seuls. Toutefois, les résultats de ces dimensions se dégradent entre 11 et 15 ans avec une prédominance pour la perte de confiance (moins de 18,9 % en quatre ans).

L'appréciation de l'image corporelle semble également prendre un sérieux coup dans l'aile ; en effet , 12,8 % des '11 ans' ne se trouvent pas beaux, versus 19,3 des '13 et 15 ans', les plus jeunes sont 31,9 % à vouloir changer quelque chose à leur corps versus 45,9 % des '15 ans'.

Le souci de l'apparence est plus marqué chez les filles. Elles sont également plus nombreuses à se trouver trop grosses (41,9 % versus 19,9 % chez les garçons) et vouloir suivre un régime.

Enfin, il y a « les symptômes flous » fréquemment cités pas les adolescents, (maux de ventre et insomnies).

Il est important de constater que malgré ces considérations, les **adolescents** se trouvent « **plutôt en bonne santé** » (97,1 %).

- Un vide institutionnel ...

Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique 2000 (« La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes ») fournit un tableau documenté de ce que peut être la réalité de la souffrance psychique des « 12-25 ans » et déplore que, face à ces problèmes, il existe un « **vide institutionnel dans notre système de santé et dans notre système social** », vide « qui est perceptible dès la fin de

l'âge pédiatrique et qui ne prend fin qu'à l'âge adulte ». Pour les auteurs, « une telle situation ne peut se pérenniser sans risques majeurs pour l'adolescence ».
(18).

Voici suffisamment d'arguments pour faire émerger à l'avant-plan des préoccupations sanitaires la santé mentale des adolescents.

3° Définition(s) du bien-être

Aucune définition précise du concept de « bien-être » n'est retrouvée dans les articles sélectionnés pour ce dossier technique.

Par contre, le terme de « bien-être » est retrouvé dans certaines définitions de la santé, de la santé mentale ou de la qualité de vie.

L'OMS définit la santé comme « un état de **complet bien-être** physique, mental et social »

« La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de **bien-être subjectif**, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. ... » (24).

L'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». Il est intéressant de constater que cette définition semble se rapprocher au plus près du concept de santé exprimé par les adolescents (23) : en effet, lorsqu'on les interroge sur la santé, les adolescents expriment généralement la définition du concept de santé globale et positive, qui s'oppose au concept de santé vu sous l'angle de non-maladie, plus généralement exprimé par les adultes.

La qualité de vie des adolescents se définirait selon leurs expériences de santé et de vie. Or, la santé, pour les adolescents, « c'est tout à la fois l'acné, la carie dentaire ou la leucémie, la prise de risques excessifs et la consommation de substances nocives, la tentative de suicide et l'anorexie mentale, la qualité des relations avec la famille, les

amis ou l'école, l'inquiétude sur l'environnement et la faim dans le monde, grandir et rester enfant, l'amour et la vie, la mort et la solitude, la recherche de dialogue et de références ou la revendication d'une juste autonomie dans la gestion de son corps et de son âme » (Deschamps, 1992, cité par Renard F. (27)).

En termes de priorités, les valeurs importantes pour les adolescents sont plus liées à la vie relationnelle (amis, sexualité, amour, famille, ...) et matérielle (argent, avenir, métier, ...) qu'à la santé proprement dite, qui arrive en troisième position de leurs préoccupations (Bizel, 1998, cité par Renard F. (27)).

4° Représentations, perceptions et expressions du bien-être par les adolescents et/ou les adultes.

Pour la centaine d'adolescents interrogés (7) dans deux écoles de la région Londonienne, « se sentir bien » signifie: être bien dans sa maison, dans son quartier, avoir des amis et de bonnes relations (entente) au sein de la famille et avec les parents, se sentir bien dans son école, avoir des espaces de détente dans son quartier mais aussi à domicile ; pouvoir consacrer du temps aux copains (pour jouer, parler, se confier, partager des loisirs, etc)

Une enquête réalisée en Nouvelle-Zélande auprès d'un public d'enseignants (8) montre que pour ceux-ci, la santé mentale et la maladie mentale relèvent d'un même concept (ex : à la question : « c'est quoi être en santé mentale? », les participants évoquent le stress, la dépression, les traitements, etc...). Le concept de « santé mentale » est donc utilisé pour parler de la maladie mentale.

Le bien-être quant à lui est synonyme de bonheur, de paix avec soi-même, d'estime de soi, de stabilité autour de soi, d'échanges (d'idées,...) positifs avec d'autres personnes, de projets à court, moyen et long termes, de pouvoir se confier et entendre les confidences de copains, de vraies relations d'amitié, de relations sexuelles épanouies, de « bonne » santé, d'être libre de toute dépendance (drogue, tabac, médicaments), d'approche rationnelle de la vie.

L'étude « Santé des jeunes en Communauté française de Belgique » évoque l'incompréhension et l'interpellation des adultes vis-à-vis des jeunes. (9)

Les adolescents d'aujourd'hui sont confrontés à des expériences différentes de celles qu'ont pu vivre leurs parents ; ces derniers ayant d'ailleurs du mal à imaginer les expériences de leurs adolescents (évolution des mentalités, choc des valeurs, multicultures, ...)

Piette et son équipe (9) proposent un tableau reprenant les variables socio-démographiques et les liens avec les déterminants, les comportements et mode de vie , la santé et le bien-être , etc ... (annexe 1).

Ces mêmes auteurs relèvent l'importance de l'impact des comportements adoptés par les adultes sur les adolescents (imitation) : 3 modes de socialisation de comportements sont mis en place :

- la socialisation familiale : parent fumeur → risque de voir adolescent fumeur
- l'initiation amicale : adoption d'un comportement pour entrer (et/ou pour se faire accepter) dans un groupe/une bande
- mode + spécifique aux jeunes : essai pour éprouver de nouvelles sensations/expériences. Selon Piette, c'est face à ces comportements à risque (à voir de façon positive car un comportement d'essai ne signifie pas que l'adolescent va maintenir ce comportement) que les éducateurs pour la santé, les éducateurs, les parents, la société, ... « doivent aider les jeunes à canaliser cette énergie pour qu'elle ne devienne pas destructrice » .

Dans une recherche ⁽¹³⁾ ayant pour objectif d'évaluer l'impact de la maturation pubertaire sur l'image de soi (c'est-à-dire la représentation que les adolescents se font d'eux mêmes),

trois composantes de l'image de soi ont été étudiées :

- l'image du corps (bien-être physique, attrait et efficience)
- perception de la relation avec les pairs du sexe opposé
- représentation de la valeur personnelle (estime de soi)

Les auteurs nous proposent un tableau récapitulatif des dimensions étudiées (annexe 2).

Il semblerait qu'obtenir un bon « score » dans les trois dimensions proposées serait un indicateur de bien-être.

Le document analysé semble dire que les garçons se sentent mieux à la puberté s'ils sont plus développés physiquement. Chez les filles, le stade de développement pubertaire ne semble pas influencer le sentiment de bien-être.

5° Quelles sont les demandes d'aide des adolescents ?

Les articles sélectionnés n'ont pas permis de répondre directement à ces questions.

Pourtant selon les médecins scolaires, qui sont à un poste d'observation privilégié de la santé des adolescents et des jeunes adultes (du fait notamment du caractère obligatoire des consultations médicales), les demandes d'aide sont bien réelles. « **Ces jeunes sont à une période critique de non suivi médical, doublée d'une expression difficile de leur demande** ».

Comment dès lors optimiser l'expression des demandes d'aide et d'écoute chez les adolescents ? Comment, pour le médecin, comprendre les plaintes psycho-somatiques nombreuses (fatigue, maux de tête, maux de ventre récurrents) ? Quelle réponse apporter à la morosité des jeunes ?

Bon nombre de professionnels de la santé et de l'éducation côtoient quotidiennement la souffrance psychique des adolescents qui, tant elle est difficilement palpable, n'est finalement la spécialité de personne. Et les adolescents s'adressent difficilement à des psychologues, à des psychiatres et à des services de santé mentale qui, somme toute, n'offrent qu'une réponse partielle au besoin d'être écouté et reconnu par son entourage. Comment promouvoir le bien-être de nos jeunes ?

Les experts du HCSP (Haut comité de la santé publique) ⁽²⁵⁾ soulignent l'urgence qu'il y a à bouleverser les réponses institutionnelles - devenues à bien des égards obsolètes - fournies aujourd'hui par les institutions psychiatriques, médico-sociales et scolaires. « Face à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, nul n'est prophète, concluent-ils ». Aucun professionnel n'est compétent tout seul. « Dans ce domaine, le savoir ne vient plus comme autrefois d'en haut, mais des échanges, des rencontres et des concertations entre les intéressés : les professionnels de toute discipline, les familles et les adolescents eux-mêmes ».

Comme le précisait déjà Huerre en 1994 quand il évoquait les professionnels travaillant avec des adolescents ⁽²⁶⁾, « l'équipe devrait être constituée de pys, médecins somaticiens, travailleurs sociaux, infirmiers, pédagogues ; chacun apportant sa compétence au service d'une évaluation globale susceptible de donner à l'adolescent une meilleure représentation de ses difficultés et de l'aider à mieux trouver les réponses extérieures éventuelles adaptées ».

Il attirait également notre attention sur le fait que si réagir immédiatement au moindre signe « différent » ou « dérangent » présenté par un adolescent pouvait « porter préjudice » à celui-ci, il fallait veiller à ne pas tomber dans l'écueil inverse où tant que les manifestations ne rentrent pas dans un cadre pathologique et/ou de marginalité pré-établi, l'adolescent « en demande » risquerait de rester non entendu...

6° Quels sont les indicateurs, les mesures utilisés pour évaluer le bien-être ? Quels sont les objets d'évaluation ? Comment évalue-t-on ?

* Morrow V., a réalisé une recherche de type empirique ⁽⁷⁾ utilisant la méthode qualitative en vue d'explorer le concept de « capital social ».

L'évaluation portait sur l'investigation des perspectives que les adolescents dégagent en fonction de leur contexte social et environnemental afin de voir si ce contexte influence leur bien-être en général.

Trois méthodes qualitatives ont été utilisées pour explorer les expériences subjectives des enfants concernant leur entourage, leurs expériences au quotidien et la nature de leur réseau social :

- expressions écrites : « qu'est-ce qui est important pour moi et pourquoi ? Depuis combien de temps je connais mes copains ? C'est quoi un « ami » ? Qu'est-ce

que je fais quand je ne suis pas à l'école ?, Qu'est-ce que j'aimerais faire plus tard quand je serai « grand » ?

- méthodes de visualisation en groupe et en individuel utilisées auprès d'enfants volontaires (prise de photos par eux + explications du pourquoi de ces photos, de leur importance pour eux, etc).
- discussions de groupe pour explorer comment ces enfants perçoivent leur ville, leur école, le réseau social et comment ils se positionnent individuellement par rapport à cela mais aussi voir quelles sont leurs attentes et demandes concernant leur environnement social (ex : demande de participation active dans la prise de décisions au sein de l'école, ... ; propositions d'aménagements dans le quartier, la rue, etc.)

Le dispositif mis en place concernait 2 écoles secondaires d'une ville au Nord de London . Au total 102 enfants de 12-13 et 14-15 ans ont participé à l'enquête.

L' auteur (7) part du principe que les amis, l'entraide mutuelle, le degré d'investissement de chaque personne au sein de la communauté, le sens du civisme, le fait d'avoir une identité sociale et communautaire connue et reconnue, sont des éléments importants dans la perception d'un bien-être au sein d'une population.

Cette recherche permet de travailler le concept d'empowerment auprès des enfants et des adolescents, elle permet également de prendre mieux en compte les demandes, les besoins de ces derniers en évitant au maximum le « filtre du regard des adultes » ...

* Dans une recherche menée en Nouvelle Zélande (8) et qui avait pour but de voir comment les professeurs se positionnent face à la santé mentale et à la maladie mentale, l'objet d'évaluation était la linguistique utilisée quand « on » parle de santé mentale et de maladies mentales.

La méthode d'analyse des discours utilisée était celle de Potter and Wetherell's (1987) et portait sur l'analyse des discours de professeurs sur base d'entretien (linguistique qu'ils utilisent pour parler de la santé mentale et de maladies mentales) :

- les mots utilisés par la médecine et la psychologie,
- les mots véhiculés par les médias
- les mots utilisés en promotion santé (approche socio-écologique)

Huit professeurs (coordinateurs de santé) travaillant dans des écoles du secondaire ont été interviewés. Ces entretiens se sont faits sur leur lieu de travail (écoles). Tous les entretiens ont été enregistrés.

Un guide d'entretien très large (8) a été utilisé avec 2 questions clés :

- C'est quoi la santé mentale , Comment décrivez-vous une personne en santé mentale ?
- Mêmes questions à propos de « la maladie mentale » + quelle expérience avez-vous avec une personne atteinte de la maladie mentale ?

* Une enquête ⁽⁹⁾ a été menée par l'ULB – PROMES sur base d'un protocole de recherche internationale « Health Behaviour of Schoolaged children » (HBSC) patronnée par l'OMS Europe.

Dans cet article, les auteurs présentent les données recueillies en 97-98 concernant uniquement la santé des jeunes en Communauté Française de Belgique (CFB).

Ils distinguent 6 grandes classes de données :

- les comportements de protection (usage de la ceinture de sécurité, hygiène dentaire, consommation de fruits/légumes/sucres)
- les conduites à risque (ex : tabac)
- les relations sexuelles et la prévention face au sida
- la perception de la santé et l'usage de médicaments
- les accidents
- l'école comme lieu de vie

L'évaluation portait sur l'étude des changements de comportements dans le temps au niveau de la santé (physique, affective et sociale) et du bien-être en général. Elle était quantitative et longitudinale.

Afin de pouvoir comparer les données entre les différents pays participants, les chercheurs ont utilisés :

- des « taux standardisés » pour montrer l'évolution d'un paramètre ajusté pour la proportion de filles/garçons, type d'enseignement et âge.
- des « odds ratios » ou rapports de cotes qui permettent d'estimer le « risque » qu'ont les garçons par rapport aux filles de fumer, ou d'utiliser la ceinture de sécurité indépendamment d'autres facteurs tels que l'année de l'enquête, l'âge, ...)

Une collecte des données est réalisée tous les 2 ans auprès jeunes scolarisés de l'enseignement secondaire, ensuite les données sont comparées à celles des autres pays participants à ce protocole.

Le dispositif mis en place consiste en la distribution d'un questionnaire auto-administré en classe auprès de l'échantillon tiré au hasard. Les élèves remplissent le questionnaire à l'école et le rendent sous enveloppe fermée.

* Cairns E., et al ⁽¹⁵⁾ explorent l'origine de l'amélioration du bien-être psychologique des adolescents à partir de 16 ans (phénomène naturel lié à l'âge, passage du milieu scolaire au milieu professionnel ou anxiété liée à la période des examens et qui disparaît ensuite).

La population étudiée en 1984 concerne 2890 adolescents d'Irlande du Nord susceptibles de quitter l'école, soit 10 % de cette population. L'échantillon respecte la répartition entre les différentes catégories d'établissements scolaires.

Les auteurs utilisent le General Health Questionnaire pour mesurer le bien-être psychologique (liste de 12 symptômes auxquels on répond par oui ou par non).

Ils concluent sur le fait que l'amélioration du bien-être psychologique entre 16 et 19 ans est un phénomène à la fois naturel et conjoncturel (dû à l'anxiété qui accompagne la période des examens et la sortie du système scolaire).

* Goodman E. et al ⁽¹⁷⁾ explorent l'influence du sexe (gender) et de la classe sociale sur la perception de l'état de santé chez des adolescents de 16 ans.

Une population de 50 adolescents des classes sociales supérieures et moyennes et de 48 adolescents de la classe ouvrière a été étudiée.

Les auteurs exploitent le questionnaire SF-36 (Medical Outcomes Survey 36-Item Short Form Health Survey) pour mesurer la perception de l'état de santé global (physique, psychologique et social). Ce questionnaire comporte 8 échelles dont 3 ont été retenues pour mesurer le bien-être psychologique : santé mentale, fonctionnement émotionnel (emotional role functioning), fonctionnement social (social role functioning).

Trois autres indicateurs ont été retenus pour mesurer le bien-être psychologique : l'optimisme, la maîtrise de soi et le sentiment d'efficacité sociale (social self-efficacy). Les auteurs ne précisent pas les questions utilisées pour mesurer ces indicateurs.

Notons toutefois que les adolescentes des classes supérieures et moyennes obtiennent le plus mauvais score de « santé globale perçue » et les adolescents de ces mêmes classes ont le meilleur score. Le sexe et l'interaction sexe/classe sociale influencent le score de santé globale à la fois par le bien-être psychologique et par la santé physique perçue. En revanche, la classe sociale à elle seule n'influence pas le score.

* Shucksmith et al ⁽¹⁶⁾ étudient l'influence des différents styles de parents (permissivité, problèmes relationnels, autorité, autoritarisme) et des différentes situations familiales (composition et statut socio-économique de la famille) sur l'intégration scolaire et le bien-être psychologique des adolescents.

L'étude concerne 1008 filles et 1027 garçons écossais de 13 ou 14 ans, 1134 filles et 1142 garçons de 15 ou 16 ans.

Pour ce faire, ils utilisent le General Health Questionnaire pour mesurer le bien-être psychologique (liste de 12 symptômes auxquels on répond par oui ou par non).

Les résultats de l'étude relatifs au bien-être psychologique ont permis de dire que :

- Les symptômes de souffrance psychologique apparaissent de façon plus marquée chez les adolescents issus de familles où il existe des problèmes relationnels entre les parents et les enfants, quels que soient la composition et le statut socio-économique de la famille (familles où les adolescents disent qu'ils déçoivent leurs parents, que les attentes de leurs parents sont trop élevées, que leurs parents critiquent leurs amis, que les relations avec les parents sont pauvres, peu encourageantes, qu'ils passent peu de temps en famille).
- Dans les familles où les parents font preuve d'autorité (mais pas d'autoritarisme), les adolescents ont le meilleur score de bien-être psychologique, quels que soient la composition et le statut socio-économique de la famille. Les adolescents issus de ces familles disent que les attentes de leurs parents sont raisonnables, que leurs parents ne critiquent pas leurs amis, que les relations avec leurs parents sont bonnes, que leurs parents s'intéressent à ce qu'ils font et les encouragent, que leurs parents veulent savoir où ils passent leurs soirées, qu'ils tiennent compte de l'avis de leurs parents pour choisir leurs activités ou la façon de s'habiller, qu'ils passent beaucoup de leur temps en famille.

L'étude menée par le « Center for Disease Control and Prevention » (CDC) d'Atlanta ⁽¹²⁾ avait pour objet de vérifier si l'appartenance au sexe féminin ou masculin influence la perception du bien-être chez les adolescents.

Les chercheurs ont exploré, à l'aide d'un questionnaire auto-administré, les dimensions suivantes :

- la mauvaise estime de soi
- le sentiment d'être physiquement peu attirant
- le sentiment de désespoir
- le sentiment d'incompétence
- la consommation d'alcool et de médicaments
- les idées suicidaires

Dans les résultats de l'étude, il apparaît que les filles ont plus fréquemment une mauvaise estime d'elles-mêmes, se sentent plus fréquemment peu attirantes et peu compétentes, en particulier dans le domaine de l'activité physique et sportive.

Nutbean D. ⁽¹⁾ propose une liste d'indicateurs de santé chez les adolescents. Certains touchent la santé mentale et une certaine forme de bien-être.

- l'évaluation de comportement
- la prévalence des comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool, accès à des services de santé, ...)
- le 'bon' choix des aliments
- la pratique d'activités physiques
- la satisfaction dans la vie
- les orientations futures
- la capacité de résistance aux menaces et aléas de la vie (vulnérabilité et efficacité personnelle)
- la capacité de se prendre en charge
- l'estime de soi
- les objectifs de vie (existence de projet de vie)
- l'Intégration sociale
- la perception de performance et d'auto-accomplissement

Dans un souci de mieux saisir la réalité que vivent les adolescents, Lamoureux M-C.⁽²⁾ a réalisé une étude sur les habitudes, les milieux et les conditions de vie de 1900 jeunes adolescents âgés de 12 à 17 ans.

Lamoureux M-C. propose cinq dimensions importantes de la vie des jeunes au travers desquelles elle essaye de mesurer l'état de bien-être des adolescents et de comprendre les facteurs susceptibles d'influencer cet état. Il s'agit :

- de la situation familiale (relation avec les parents, violence intra-familiale, ...),
- de la vie scolaire et amicale,

- de la vie amoureuse et sexuelle,
- des habitudes de vie (alimentation, cigarette, alcool, drogue, ...)
- d'autres aspects de la vie comme la détresse psychologique, les tentatives de suicide, l'avenir ...

Toutefois, même si cette étude (descriptive) avait pour objectif d'augmenter les connaissances sur l'état de bien-être des adolescents, elle ne propose d'une part aucune définition précise du bien-être et d'autre part n'apporte que des informations « très générales » bien qu'intéressantes sur la santé des adolescentes.

Waters E., et al. (4) proposent un questionnaire (Child Health Questionnaire) auto-administré d'évaluation de l'état de santé et de bien-être des adolescents portant sur 80 items dans 12 domaines différents : fonctionnement physique, rôle socio-émotionnel, rôle socio-comportemental, rôle socio-physique, douleur, comportements, santé mentale, estime de soi, santé générale, activités familiales, cohésion familiale, changement de santé.

Hansagi H. et al (5) ont mené une étude longitudinale qui examinait l'interaction éventuelle entre le divorce des parents et le bien-être de l'adolescent. Lors du recrutement de jeunes hommes suédois au service militaire obligatoire, les facteurs pris en compte dans l'évaluation du bien-être - non défini dans l'article - étaient : d'une part les facteurs psychologiques, sociaux, comportementaux et de santé, et d'autre part l'usage éventuel de drogues ou de substances. A ces questionnaires s'ajoutaient un test de capacité intellectuelle ainsi qu'un entretien psychologique structuré. Le suivi a été déterminé 18 ans plus tard à l'aide des registres nationaux (causes de décès et soins psychiatriques).

Les résultats obtenus montraient que le divorce parental est associé à un plus faible bien-être psychologique et social à l'adolescence et à une morbidité psychiatrique (alcoolisme , schizophrénie, ...) et une mortalité accrues à plus long terme.

Simeoni et al. (22) ont exploité un questionnaire d'évaluation de qualité de vie auprès de 2941 adolescents du Sud de la France.

Ce questionnaire de 42 questions (Questionnaire de qualité de vie VSP-A « Vécu et santé perçue de l'adolescent »), rempli par l'adolescent, permet de mesurer le retentissement de l'état de santé de l'adolescent sur sa vie quotidienne, dans l'ensemble de ses composantes physiques, psycho/émotionnelles et sociales. (annexe 3).

Plus précisément, il permet une mesure standardisée des éléments suivants :

- bien-être psychologique
- énergie/vitalité
- activités de loisirs
- relations amicales
- relations avec les parents
- vie scolaire

Il fournit également un score global de qualité de vie liée à la santé. Chaque dimension permet le calcul d'un score variant de 0= « très mauvais » à 100= « très bon ».

Les principales caractéristiques du questionnaire sont les suivantes :

- ⇒ Il s'agit du premier instrument de mesure de la qualité de vie des adolescents en langue française.
- ⇒ Le VSP-A est un indicateur de la qualité de vie lié à la santé des adolescents qui est :
 - Générique, c'est-à-dire applicable à une population malade ou non
 - Multidimensionnel : 6 à 8 dimensions sont explorées selon la forme du questionnaire ; 3 formes sont disponibles
 - Auto-administré
 - Construit et validé en France à partir de plus de 200 entretiens individuels semi-dirigés et 8 focus-group
- ⇒ Ce questionnaire a été validé, dans sa forme de 40 items (6 dimensions), auprès de 3000 adolescents :
- ⇒ Ce questionnaire est utilisé à des fins de :
 - description (discriminant : adolescents malades et en bonne santé),
 - d'évaluation (sensible) et de pronostic (prédictif d'une diminution de l'état de santé)

7° Conclusions

Selon Peckle B.C., (cité par Joliot et Deschamps) (23), « Si l'on considère l'éducation à la santé en particulier, et l'éducation en général, dans son sens le plus noble, éduquer ne revient-il pas à amener une personne à comprendre ce quelle a de bon en elle, et à le développer ? ».

Le rôle de l'éducateur pour la santé est d'aider les adolescents à trouver leurs chemins pour vivre heureux, via l'empowerment (renforcer les idées et les actions positivement, les aider à découvrir les opportunités futures, encourager les adolescents à se confier auprès d'adultes mais aussi auprès d'amis qui se « sentent bien dans leur tête »).

Cette notion d'empowerment est proche du concept de résilience très en vogue pour l'instant, qui suggère de porter un regard plus positif sur les êtres humains et sur l'existence.

En amenant l'adolescent à repérer et à exploiter le potentiel qui est en lui, en lui permettant ainsi de surmonter les difficultés rencontrées, en lui apprenant « à voir la vie avec d'autres yeux, à l'aimer et à choisir à tout moment les comportements qui contribuent à lui permettre de la vivre en santé » (Castillo, in Bury 1988, cité par Renard (27)), la promotion de la santé - au sens large - a certainement une place énorme à prendre.

Il faut sensibiliser, informer et former les adultes s'occupant d'adolescents.

L'adolescent doit être perçu dans sa globalité tout en tenant compte de ses facteurs individuels et environnementaux ; la multiplicité de compétences professionnelles pourrait être un gage d'amélioration de prise en charge des adolescents...

Il faut prendre l'habitude « d'intégrer » les jeunes adolescents dans la conception des programmes de promotion de « leur santé »...

Il faut donner les moyens nécessaires aux médecins scolaires (observateurs privilégiés) afin qu'ils puissent assurer l'identification mais également et surtout le suivi des adolescents à risques.

Enfin, il faut offrir mais surtout renforcer les services d'aide à la jeunesse, modifier les institutions scolaires et médico-scolaires qui n'ont pas toujours su s'adapter aux « dernières mutations liées à l'adolescence ».

Vaste programme...

8° Bibliographie

1. Nutbeam D., (1997), Indicators of adolescent health : Expanding the framework for assessing health status among young people, Promotion & Education, 1997/4, Vol. IV, pp 10-14
2. Lamoureux M-Ch., Gariépy M-H., (1997), Le profil régional et sous-régional de l'état de bien-être des adolescent(e)s de la région des Laurentides, Connaître et surveiller pour agir sur la santé des populations, 4es Rencontres du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé – REFIPS, 18, 19 et 20 juin 1997, Montréal, pp 205-213.
3. Hodgson R, Abbasi T., et al (1996), Effective mental health promotion : a literature review, Health Education Journal, 1996, 55, pp 55-74.
4. Waters E., Salmon L., et al.(2001), The health and well-being of adolescents : a school-based population study of the self-report child health questionnaire, Journal of Adolescent Health, 2001, 29, pp 140-149.
5. Hansagi H., Brandt L., et al. (2000), Parental divorce : psychological well-being, mental health and mortality during youth and young adulthood, European Journal Of Public Health, 2000, 10, pp 86-92.
6. Laurendeau M-C., Perreault R. et al. (1991), A participative culture-based intervention for promoting mental health among Quebec youth : “Clip et vous”, American Journal of Health Promotion, September/October 1991, Vol. 6, n°1, pp 35-45
7. Morrow V. , (2001), Using qualitative methods to elicit young people’s perspectives on their environments : some ideas for community health initiatives, Health Education Research, 2001, Vol. 16, n° 3, pp 255-268
8. Tuffin A., Tuffin K., et al.(2001), Frontline talk : teachers’ linguistic resources when talking about mental health and illness, Qualitative Health Research, July 2001, Vol. 11, n° 4, pp 477-490
9. Piette D., Prévost M., et al. (1997), Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994, Vers la santé des jeunes en l’an 2000, Diffusion par la Communauté française de Belgique, D/1997/8119/1, 68p.
10. Navarro F.J., Piette D., et al. (1996), La santé mentale des jeunes bruxellois, Education Santé, Décembre 1996, n° 113, pp 4-7

11. McMunn A., Y. Nazroo J., et al. (2001), Children's emotional and behavioural well-being and the family environment : findings from the health survey for England, *Social Science & Medicine*, August 2001, Vol. 53, Issue 4, pp 423-440
12. Harriett Light, (2000), Sex differences in indicators of well-being in adolescents, *Psychological Reports*, 2000, 87, pp 531-533
13. Bariaud F., Rodriguez-Tomé H., et al, (1999), Effets de la puberté sur l'image de soi des adolescents, *Archives Pédiatriques*, 1999, 6, pp 952-957.
14. Gauze C., M. Bukowski W., et al, (1996), Interactions between family environment and friendship and associations with self-perceived well-being during early adolescence, *Child Development*, 1996, 67, pp 2201-2216.
15. Cairns E., McWhirter L., et al, (1991), The development of psychological well-being in late adolescence., *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 1991, Vol. 32, n° 4, pp 635-643
16. Shucksmith J., Hendry L.B., et al, (1995), Models of parenting : implications for adolescent well-being within different types of family contexts, *Journal of Adolescence*, 1995, Vol. 18, pp 253-270
17. Goodman E., C. Amick B., et al (1997), Influences of gender and social class on adolescents' perceptions of health, *Arch. Pediatr Adolesc. Med*, September 1997, Vol. 151, pp 899-904.
18. Rapport Haut Comité de la santé publique, (2000), La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Ministère de l'emploi et de la solidarité, HCSP, Février 2000, 111 p.
19. Dressen C, Godeau E., et al,(2000), Les années collège : Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France, *Baromètre*, éditions CFES, 2000, pp21-38.
20. Goorden T. (2000), 2001 sera l'année de la santé mentale, *Journal du médecin*, 20 octobre 2000, n° 1298.
21. De Spiegelaere M., Wauters I. et al., (2001), Tableau de bord de la santé – Région de Bruxelles Capitale, *Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale*, 2001, pp 46-48
22. Simeoni M-C., Sapin C., and al, (2001), Health-related quality of life reported by french adolescents : a predictive approach of health status, *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28, pp 288-294.
23. Joliot E., Deschamps J.P. (1997), La mesure de la qualité de vie des adolescents : un nouvel outil d'évaluation de leurs besoins de santé pour une nouvelle approche éducative, *Promotion & Education*, 1997/4, Vol. IV, pp.7-9.

24. Perreault R. , Larendeau M-C., (1994), La place de la prévention en santé mentale, La santé de l'homme , Mars-Avril 1994, n° 310, pp 12-15.

25. J.-Y.N. (2000), Le spleen des nouveaux adolescents - Extrait du journal le Monde – 23 avril 2000 – <http://www.lemonde.fr>

26. Huerre P. (1994), Ados : la crise, c'est la santé ?, La santé de l'homme , Mars-Avril 1994, n° 310, pp 16-19.

27. Renard F. (2001), La qualité de vie des adolescents transplantés du foie : un projet d'éducation pour la santé comme contribution à la (re)construction d'une identité « en santé », sept 2001, Mémoire de synthèse dans le cadre de l'obtention du diplôme de Licenciée en sciences de la santé publique – orientation promotion de la santé/éducation pour la santé, UCL, non publié, 31 p.