

LA LETTRE DE L'ORS

de Basse-Normandie

ISSN 1286 5338

Numéro 6

octobre 2002

EDITORIAL

Ce sixième numéro de «La lettre de l'ORS» manifeste le dynamisme de l'Association, son implantation Régionale et l'étendue de son partenariat avec le «monde de la santé».

Cette «Lettre», dont le volume a quintuplé en six ans témoigne du soutien indéfectible des organismes dont le «logo» figure en dernière page ; nous tenons à les remercier ici pour tout l'intérêt qu'ils prennent à l'«observation de la santé» et à la diffusion de ses constats.

Mais cette lettre témoigne également de l'écho grandissant rencontré par l'ORS et ses travaux auprès de nos partenaires, chaque jour plus nombreux.

Le dossier central porte sur «**Les jeunes en Basse-Normandie**». Si la jeunesse représente actuellement le principal sujet de préoccupation des responsables sanitaires, ce n'est pas seulement du fait des problèmes qu'elle peut poser mais c'est surtout parce que sa santé, physique et mentale, conditionne son avenir et donc celui de notre société.

Cette lettre est la dernière de la série d'éditoriaux signés par le président en fonction.

En effet, la vitalité actuelle et la modernisation de l'ORS ne reposent pas uniquement sur la compétence des membres de son équipe mais aussi sur la jeunesse et l'enthousiasme de la plupart d'entre eux. Or si le président a conservé tout son enthousiasme, sa jeunesse pourrait venir à lui manquer.

Ce manque serait d'autant plus fâcheux que l'ORS est à la veille d'une nouvelle mutation : le regroupement, sur un seul plateau, des associations intéressées par la santé et la mise en commun de moyens. Ceci va exiger dans les trois prochaines années un nouvel effort d'adaptation et d'imagination.

Il nous faut donc profiter, début 2003, du renouvellement pour trois ans du conseil d'administration pour mettre en place une équipe de bénévoles apte à mener à bien cette nouvelle étape. Elle devra désigner un nouveau Bureau tenant compte du départ du président et du trésorier actuels.

C'est le moment pour tous les acteurs de santé qui ne l'ont pas encore fait d'entrer à l'ORS comme membre à part entière et de participer ainsi à la prochaine Assemblée Générale.

L'élection des membres du Conseil d'Administration va prendre une importance toute particulière puisque c'est ce conseil qui élira le bureau qui aura à désigner le futur président.

Je remercie nos lecteurs du grand intérêt qu'ils montrent toujours pour nos publications et je leur demande en tant que «dernières volontés du président en exercice» de devenir des «acteurs à part entière» de l'ORS.

Docteur Jean ROBILLARD
Président de l'ORS

SOMMAIRE

Conférence Régionale de Santé,
page 2

Bilan de 5 années de santé publique
à l'ARH,
page 3

— Dossier —

Les Jeunes en Basse-Normandie

Quelle santé pour quelle jeunesse ?
page 4

L'Obésité de l'enfant : épidémiologie,
dépistage, prise en charge,
page 5

De quoi meurent les jeunes bas-normands ?
pages 6 et 7

Les jeunes handicapés en Basse-Normandie,
page 8

Le dopage chez les jeunes sportifs,
page 9

L'Education à la santé à l'école,
pages 10 et 11

Les structures de prise en charge pour adolescents : état des lieux et perspectives au travers des PRS,
pages 12 et 13

La santé des jeunes au travail,
pages 14 et 15

Les structures d'accès aux soins
pour les jeunes,
page 16

Prévention de la délinquance chez les jeunes,
page 17

Orientation des Institutions judiciaires
concernant les mineurs,
page 18

Les médecins libéraux et les jeunes :
Exemple de l'Agenda de l'Ado,
page 19

Etudes ORS de Basse-Normandie :

- Quelle prise en charge pour les malades atteints d'Alzheimer,
- Guide interactif des établissements d'hébergement et services d'aide à domicile pour personnes âgées - GIESPA,
page 20

- Acteurs et actions en éducation pour la Santé,
page 21

La Documentation,
page 22

Bulletin d'adhésion à l'ORS,
page 23

Le nouveau site Internet de l'ORS,
Nous contacter,
page 24

Conclusions du Jury

1) Le jury note avec intérêt l'avancement des travaux du Programme Régional de Santé «Prévention des Cancers».

Il souhaite la mise en oeuvre rapide des projets, et que soient envisagés dès maintenant les relais de ces projets avec les acteurs locaux, associatifs ou institutionnels, afin d'en garantir la pérennisation au-delà du Programme Régional de Santé.

2) Le jury réitère un certain nombre des conclusions de l'année passée :

- **en ce qui concerne l'offre de soins**, il rappelle l'urgence et la gravité des questions liées à la démographie médicale et para-médicale. Il souhaite que soient approfondies les études sur la place des hôpitaux locaux dans le système de soins et soutenues les structures de maintien à domicile. Enfin, il souligne l'insuffisante prise en compte - par le système de soins - des dimensions psychologiques et sociales des questions de santé.

- **en ce qui concerne les actions**, il précise l'intérêt de projets pouvant s'étendre sur 2 à 3 ans sans avoir à renouveler chaque année un dossier administratif lourd à constituer au détriment du projet lui-même.

Un comité de pilotage, extérieur aux promoteurs du projet, pourrait en garantir le suivi et l'évaluation.

3) «Investir pour l'avenir»

Le Jury souhaite, à la lumière des expériences présentées, portant sur l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutiques, ainsi que sur l'accidentologie, que soit mis un accent particulier sur la prévention et l'éducation pour la santé et sur la nécessaire application des lois visant à protéger la santé (loi Evin, code de la route).

Dans ce cadre, dans un souci de pédagogie et de mutualisation des acquis, le jury souhaite que les moyens soient étudiés et mis en oeuvre pour que les expériences régionales soient diffusées et rendues accessibles à tous les acteurs de la région, vecteurs potentiels de l'éducation pour la santé. Ainsi pourra se développer une culture régionale en ce domaine.

4) Le Jury remercie Madame le docteur Marie-Thérèse Valla-Lequeux de l'avoir si bien représenté à la Conférence Nationale de Santé ces six dernières années.

5) Le Jury souligne la nécessité d'un travail plus permanent de la Conférence Régionale de Santé associant régulièrement et au cours de l'année les 73 membres de cette Conférence, selon leurs différents collèges afin de profiter de la richesse de leurs diversités.

Ce bilan s'articule autour de trois chapitres :

- le renforcement de la sécurité sanitaire,
- la déclinaison régionale de la politique nationale de Santé Publique et de ses différents plans,
- les choix régionaux de Santé publique.

Les trois leviers d'action traditionnels de l'ARH (les moyens) que sont :

- la planification (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et carte sanitaire),
- l'allocation des ressources [dotation globale pour les établissements publics et participant au service public dit PSPH et établissements privés dans l'OQN(Objectif Quantifié National)],
- la contractualisation (Contrat d'Objectif et de Moyens),

ont été utilisés en synergie pour impulser ces actions principalement de la façon suivante :

Lors de la procédure de répartition des dotations aux établissements :

- des crédits pérennes, pour les établissements sous dotation globale, ont permis de financer des postes médicaux et non médicaux, lors de la procédure budgétaire annuelle et par le biais également des appels à projet thématiques,
- des crédits non pérennes pour les établissements privés, ciblés sur la sécurité sanitaire et les soins palliatifs (crédits de formation et d'équipement),

En planification, lors de la mise en place des volets prioritaires du SROS (Psychiatrie, Urgences, Cancérologie) avec une montée en charge pluri-annuelle depuis 1999-2000, marquée surtout par la création d'emplois médicaux et non médicaux, Lors de la procédure de contractualisation qui retient systématiquement dans le contrat-type des établissements publics et privés l'obligation pour tout établissement de souscrire aux priorités régionales et nationales de Santé Publique en les déclinant en fonction de leurs spécificités.

Ces moyens ont été utilisés à différents objectifs.

Le renforcement de la sécurité sanitaire ciblé sur :

□ La prise en charge des **Urgences** avec renforcement des effectifs, réfection de certains sites avec création d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, financement de formation et de participation de certains généralistes à l'Urgence...

□ La **lutte contre les infections nosocomiales**, plan pluri-annuel depuis 1995 renforcé par un appel à projet régional sur 3 ans 1998-2000 (2MF/an), mise en place du Réseau Régional Hygiène avec un référent régional au CHU, des équipes (binôme médecin-Infirmière Diplômée d'Etat hygiéniste) au sein de chaque secteur sanitaire, quelques postes de pharmaciens responsables de la stérilisation, et des crédits pour la rénovation des unités de stérilisation,

□ La **sécurité périnatale**, devenue priorité régionale en 2002, mais concernée par anticipation après le regroupement de certains plateaux techniques et le démarrage de la mise aux normes du décret de 98 : essentiellement création de postes médicaux et para-médicaux et programmes de modernisation de sites type mère-enfant.

Les priorités nationales de Santé Publique :

□ Le plan **santé mentale** a permis, par également la déclinaison du volet psychiatrie du SROS et la contractualisation avec les établissements psychiatriques, de renforcer les effectifs médicaux et para-médicaux des structures, de développer les structures externes et d'humaniser les structures d'hébergement,

□ Le plan national de lutte contre le **cancer**, décliné également

dans le cadre de la mise en place du SROS Cancérologie par un appel à projet régional 2000-2001 (2 MF/an) avec constitution d'un réseau régional centré sur le site régional de référence CHU-Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, de créations d'Unités de Consultations Pluridisciplinaires (UCP) par financement de postes médicaux (oncologues) et de secrétariat...

□ Le plan **greffe** (2001-2003) décliné en inter-région avec renforcement des équipes prenant en charge le don d'organes : médecins, IDE, technicien, coordonnateur...

□ Le plan contre les **pratiques addictives** :

- Alcool, soutenu dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS) lutte contre l'alcoolisme,
- Tabac avec le plan lancé le 23 mai 1999,
- Drogues avec le plan triennal (1999-2001) adopté en juin 1999,

avec le financement de médecins " tabacologues " et autres compétences et mise en place de consultations spécialisées type anti-tabac, toxicomanies...

□ Le plan **Douleur** : plan triennal douleur en 1998 complété par un appel à projet régional 1998-2000 permettant de mettre en place un réseau douleur dont le référent est basé au CH de Bayeux, avec la même logique d'organisation : binôme référent médecin-IDE par secteur sanitaire, mise en place d'équipes mobiles et de consultations spécialisées...

□ Le plan **soins palliatifs** : plan national triennal 1999-2001 complété par un appel à projet triennal 1998-2001, mise en place d'un réseau régional avec un référent au CHU et la même logique d'organisation : binôme référent médecin-IDE par secteur sanitaire, mise en place d'équipes mobiles et de consultations spécialisées...

□ Le plan contre l'**hépatite C** avec une cellule régionale au CHU et un réseau régional regroupant les professionnels spécialisés (public et privé),

□ Le plan **lutte contre les exclusions** avec mise en place de 11 PASS (Permanences d'Accès des Soins de Santé) dans le cadre du Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies signé le 30.12.99 par le préfet de Région, et intégration des hôpitaux locaux dans le dispositif de prise en charge des exclus,

□ Le plan **santé des détenus** avec la mise en place d'unités de consultations et d'ambulatoire et un schéma national d'hospitalisation, financement de postes médicaux et de prise en charge de soins essentiellement sur deux sites à proximité de gros centres de détention : le CHU et le CH d'Argentan.

Les priorités régionales de Santé Publique :

Les PRS avec un appel à projet " suite des conférences régionales de santé " qui a permis de financer :

□ En mars 1995, un PRS suicide (1995-2000), programme de prévention du suicide des jeunes,

□ En 1999, un réseau régional hospitalier de prévention, d'éducation et de promotion de la santé animé et coordonné par un médecin du Comité Régional d'Education pour la Santé (CORES) dont le référent régional est le CH d'Alençon, et un PRS " dire l'alcool " lancé le 04.01.99 avec un triple financement santé (443 715 F) / justice / Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire,

□ En 2000, un PRS sur l'Alcool par le financement de projets d'alcoologie de liaison et de formation en interférence avec le plan contre les conduites addictives.

Docteur Martine GUERIN

Chargée de Mission
ARH de Basse-Normandie

LES JEUNES EN BASSE-NORMANDIE

Qui mieux que le Docteur Marie-Thérèse VALLA-LEQUEUX, pédopsychiatre, ancienne directrice de la Guidance à Caen, ancienne présidente de «Echanger Autrement», et vice-présidente de l'ORS pouvait écrire cet éditorial sur la Santé et la Jeunesse ; replaçant le problème dans son contexte général en joignant brillamment analyse et synthèse.

Docteur André FLACHS,
Vice-Président de l'ORS,
Rédacteur en chef de la Lettre de l'ORS

Quelle santé pour quelle jeunesse ?



Entre l'enfance et la maturité, la jeunesse se porte bien pour 85% de ses membres. Pourquoi les adultes, parents, enseignants, et grand public friand de déviances médiatisées, ont-ils tant de craintes à leur sujet ?

Jeunes de dix-à vingt-quatre ans, dont pour certains, l'adolescence n'en finit pas de se prolonger, ils représentent environ un cinquième de la population bas-normande. Ils sont divers dans leurs situations et leurs individualités : scolaires satisfaits ou mal adaptés, apprentis et étudiants inquiets, chercheurs de petits boulots, d'emplois-jeunes, de CES en CDD, aspirant au CDI idéalisé après quelques moments de chômage. Sans oublier la cohorte des juniors handicapés aux difficultés quotidiennes, ni la frange fluctuante de ceux dont le comportement exaspérant et incivil attise les peurs d'une société qui les accuse rapidement de tous ses maux.

Ils habitent en famille, leur pôle d'amarrage essentiel, mais aussi en foyer de jeunes travailleurs, résidence universitaire, internat scolaire, établissement spécialisé, appartement à la stabilité incertaine. Ils résident en ville, zone rurale, quartier péri-urbain où les racines sont plurielles.

Ils se déplacent par les transports en commun, bus et trains, sur des deux roues silencieux ou bruyants ; ils goûtent le plaisir de la glisse mais sont aussi piétons et conducteurs de voiture.

Hors l'établissement d'enseignement ou de travail, la rue est un de leurs lieux favoris. Ils sont marqués par le besoin de se sentir membre d'un groupe, fait et défait selon le loisir fédérateur du moment : musiques, sports, cinéma, jeux-vidéo, «teufs» du dimanche, sorties en boîte ou à l'air libre d'une rave-party.



Mal-aise ou mal-être des jeunes ? Nous hésitons à qualifier leur état d'âme ; car ce mal est obligé et transitoire, mais il impose notre attention. La maturation physique majeure qu'est la puberté et le remaniement psychologique des années d'adolescence les rendent vulnérables. Comment naître à soi-même sans se perdre dans le violent rejet des repères fondamentaux initiaux ? Comment y arriver lorsque les repères de l'enfance ont fait défaut ?

Le comportement de risque est leur tentation. Soit dans la solitude angoissée de ne pas se sentir intéressant pour quelqu'un, jusqu'à signifier parfois avec une tentative de suicide qu'on voudrait vivre autrement. Soit par l'entraînement du groupe dans le défi, la compétition, le «faire comme les autres».

Le risque peut être de braver l'interdit du tabac, des boissons alcoolisées, des drogues de toutes sortes, mais aussi les habitudes alimentaires aberrantes, les conduites sexuelles hasardeuses, l'accident de la voie publique, les sports extrêmes.



Pour les jeunes qui ne vont pas bien, l'essentiel de leur galère s'extériorise, côté cour, dans le champ scolaire avec des résultats au profil de Bourse en déroute orchestrés par l'inquiétude familiale ; côté jardin, ce sont les changements de comportement, les ruptures de ligne évolutive, les troubles du sommeil, de l'appétit, les plaintes corporelles.

La santé, pour eux, qu'est-ce ? «Etre bien dans sa peau et bien dans sa tête», répondent-ils à toute les enquêtes, retrouvant ainsi la définition de l'OMS.

Ils sont saturés de recommandations concernant la prévention de leur santé, alors qu'ils ont faim d'échanges avec leurs pairs et leurs aînés sur d'autres interrogations : ça sert à quoi la vie en société ? qu'est-ce que je vais y faire ? c'est quoi aimer quelqu'un ?

Les réponses floues ou «langue de bois» ne les satisfont pas. Ils demandent des témoignages vécus. Ils souhaitent se faire entendre et être reconnus. Ils sont prêts à s'engager. Ils l'ont fait récemment en manifestant par exemple «pour redonner ses lettres de noblesse à la démocratie» (lu sur un tract remis dans la rue à Caen, le 22 avril dernier).

A chaque génération, les jeunes ont à conjuguer le futur. Que ceux qui les précèdent, accompagnent leur espérance leur résistent lorsque c'est nécessaire, se donnent les moyens de comprendre l'actuel présent de chacun d'eux et appliquent eux-même les recommandations qu'ils leur donnent.

Sans oublier que la bonne santé du jeune se façonne dès sa prime enfance en lui donnant suffisamment l'envie d'exister.

Madame le Docteur Marie-Thérèse VALLA-LEQUEUX
Vice-Président de l'ORS,
Pédopsychiatre

L'Obésité de l'enfant : Epidémiologie, dépistage, prise en charge

L'obésité de l'enfant représente un problème de santé publique dont on mesure mal l'émergence actuelle et les **risques** à moyen terme: les complications précoces sont esthétiques et psychologiques, orthopédiques, respiratoires, à type d'essoufflement ou d'asthme vrai, hormonales.

Mais c'est dès cet âge que se constituent les lésions artérielles et la résistance à l'insuline responsables du diabète et des complications cardiovasculaires qui sont les principaux facteurs de mortalité de l'adulte obèse.

Enfin, le risque que l'enfant obèse devienne un adulte obèse est d'autant plus important que la surcharge se constitue précocement et persiste pendant l'enfance; il est de 25-50% avant la puberté, 50-75% après celle-ci.

La **prévalence** actuelle de l'obésité infantile en France est de 13% ; notre région est dans la moyenne nationale comme l'a montré une enquête réalisée dans l'agglomération caennaise à l'occasion du bilan d'entrée en CP ; une étude plus large est en cours dans le département du Calvados, sur l'initiative de la CPAM.

De plus ces chiffres sont en augmentation rapide : 149% en moyenne, mais de 375% pour les obésités graves, dans l'étude de Vol et Cachera de 1980 à 1996.

Il est donc important, dès maintenant, de dépister et de prendre en charge précocement l'obésité de l'enfant.

Cette démarche ne peut être que collective en raison de la multiplicité des facteurs favorisants et donc des interventions possibles ; il s'agit en effet d'une pathologie multifactorielle : les erreurs diététiques simples sont rares ; le comportement alimentaire de l'enfant ne peut être détaché de l'attitude générale de la famille vis-à-vis de l'alimentation, ni des relations intra-familiales ; il comporte grignotage et pulsions alimentaires ; le profil psychologique de l'enfant obèse associe immaturité, intolérance à la frustration, passivité et inactivité physique.



Le **dépistage** réalisé par les médecins et les infirmières scolaires et par les médecins généralistes, repose sur des critères objectifs simples ; l'augmentation précoce du pourcentage de masse grasse de l'organisme, facilement quantifiée par la mesure clinique de l'Indice de Masse Corporelle ($P/T^2 = \text{Poids/Taille au carré}$) et l'existence d'une obésité parentale. Après un premier pic au cours de la première année, on assiste au cours de l'enfance à une remontée des valeurs d'IMC, appelée rebond d'adiposité ; sa survenue avant l'âge de 5 ans est fortement prédictive d'obésité. C'est pourquoi le premier bilan scolaire systématique, réalisé à l'entrée en CP, est crucial. Par ailleurs, le risque d'obésité de l'enfant est multiplié par deux par l'obésité de chacun des deux parents.

Ce dépistage doit être suivi de la **prise en charge** de l'enfant et de sa famille. Le médecin traitant est le mieux placé pour l'assurer. Les buts à atteindre sont simples, rééquilibrer l'équi-

libre énergétique par une meilleure hygiène alimentaire et par l'augmentation de l'activité physique ; par contre la réalisation de ce programme sur le long terme est complexe et coûteuse en temps. Elle passe en effet par la modification de comportements familiaux qui dépassent largement le cadre diététique ; la réussite du traitement dépend de l'acceptation de ces changements par l'enfant et par sa mère, surtout pour les plus jeunes. Elle peut nécessiter l'intervention d'une diététicienne, d'une psychologue, d'une consultation spécialisée dans les maladies de la nutrition ; les travailleurs sociaux peuvent éventuellement être sollicités. L'enfant doit être incité fortement à (re)pratiquer une activité sportive, souvent abandonnée en raison de problèmes orthopédiques, esthétiques ou psychologiques.



Il est donc important que le médecin de famille, qui joue un rôle central dans cette prise en charge, puisse s'entourer d'un **réseau** d'intervenants ayant un même référentiel.

C'est pourquoi nous avons créé, grâce à l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Basse Normandie, l'association **GLOBE** (Groupe de Lutte contre l'Obésité de l'Enfant et de l'adulte) dont l'objectif est d'être un lieu de rencontre pour tous ceux qui se sentent concernés par ce problème et qui constatent la faible efficacité d'une action isolée.

Au sein de cette association nous mettons actuellement en place un réseau opérationnel entre les différents praticiens ; il permettra initialement de participer à la réalisation du code de bonnes pratiques de prise en charge de l'obésité de l'enfant, initiative de l'ANAES* à laquelle nous sommes associés; ainsi les recommandations officielles pourront-elles être validées en fonction de l'expérience de consultation quotidienne.

Sans attendre les conclusions de la réflexion engagée par l'ANAES, la prise en charge peut être facilitée par des consultations alternées entre les médecins libéraux et la consultation de Pédiatrie du CHU; nous espérons que ces échanges amèneront à terme à la réalisation d'un dossier médical partagé autour d'objectifs communs.

Cette approche globale va être confortée par le soutien apporté par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) à deux projets régionaux ; l'un est destiné à faire reprendre la pratique du sport par l'adolescent obèse, dans des conditions adaptées à ses capacités physiques ; ce programme bénéficie également de l'aide active de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports ; l'autre, porté par le Comité Régional d'Education pour la Santé, va réaliser des actions de prévention en milieu scolaire.

Il est souhaitable que des actions collectives prennent le relais de ces initiatives et les amplifient pour limiter le développement épidémique de l'obésité infantile et de ses complications.

Docteur Dominique BOUGLE

Service de Pédiatrie, CHU de Caen, Association GLOBE

* Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

De quoi meurent les jeunes bas-normands ? ...

Les principales causes de mortalité observées en Basse-Normandie entre 1981 et 1999 chez les moins de 20 ans ont été analysées en individualisant 5 classes d'âge : moins de 1 ans, 1 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans et 15 à 19 ans.

Entre 1981 et 1999 (dernières données disponibles), 4443 jeunes de moins de 20 ans sont décédés en Basse-Normandie. Près de la moitié de ces décès sont intervenus au cours de la première année de vie (2075 soit 46,7%).

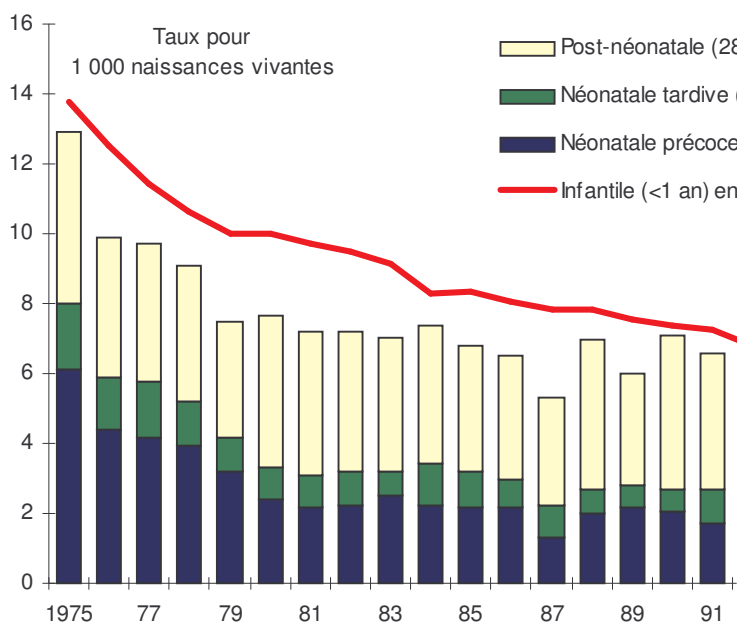
Chez les enfants de moins de 1 an, au premier rang des causes de décès, on trouve les symptômes et signes mal définis (37,0%) avec en particulier la mort subite du nourrisson (580 décès) deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles (388 vs 192). En second lieu, et à part égale, les anomalies congénitales (440 décès) et les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, soit avant 7 jours de vie, (476 décès) représentent respectivement et 21,2% et 22,9% des décès de cette tranche d'âge. Il s'agit principalement des anomalies congénitales de l'appareil circulatoire (244) et des anoxies et autres affections respiratoires (255), les garçons étant là encore plus fortement touchés (sexe ratio de 1,2 et 1,5 respectivement). L'évolution du taux de mortalité infantile en France entre 1981 et 1999 est favorable avec une baisse régulière de 45%. La tendance en Basse-Normandie est similaire avec toutefois, en prenant la France métropolitaine comme référence, une sous-mortalité qui s'estompe. Dans le département de l'Orne, le taux de mortalité en moyenne plus élevé que le taux national dans les années 80 s'est amélioré pour rejoindre le taux régional et national à partir de 1995.

En Basse-Normandie comme en France, la diminution de la mortalité infantile observée avant les années 1980 est essentiellement due à une réduction de la mortalité périnatale (morts-nés et décès avant 7 jours). Depuis les années 1990 elle s'explique surtout par une baisse de plus de deux tiers des morts subites du nourrisson entre 28 et 365 jours de vie (42 en 1991 vs 11 en 1999 en Basse-Normandie) ; ceci est à mettre à l'actif de la campagne de prévention (couchage sur le dos) menée depuis 1993 au niveau national.

Entre 1 et 4 ans, 515 enfants sont décédés (281 garçons et 234 filles). A cet âge, les traumatismes et empoisonnements représentent 47,0% des causes de décès chez les garçons contre 32,5% chez les filles. Un quart sont causés par les accidents de la circulation (la notion de piéton ou passager n'étant pas précisée dans la plupart des cas). Les autres grandes causes de décès à cet âge sont les anomalies congénitales et les tumeurs (13,5% chacune).

Entre 5 et 9 ans, on dénombre, entre 1981 et 1999, 357 décès dont 56,6% de garçons. Là encore et plus majoritairement, on retrouve les traumatismes et empoisonnements en première cause (55% des décès chez les garçons et 43,9% chez les filles). 77% de ces décès sont liés à un accident de la circulation, le mécanisme de l'accident n'étant pas plus explicité que précédemment. Les tumeurs représentent la deuxième cause de décès la plus fréquente avec 21,6% des décès, dont la moitié sont des leucémies.

Mortalité infantile en Basse-Normandie selon ses composantes et comparaison globale à la France



... Les principales causes de décès chez les moins de 20 ans

Grandes causes de mortalité expliquant au moins 80 % des décès de chaque tranche d'âge en Basse-Normandie entre 1981 et 1999

Causes de décès chez les moins de 1 an	Effectif	% cumulé
Symtômes, signes et états morbides mal définis	768	37,01%
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	476	59,95%
Anomalies congénitales	440	81,16%
Autres	391	100%
TOTAL	2 075	

Causes de décès de 1 à 4 ans	Effectif	% cumulé
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	208	40,39%
Tumeurs	71	54,17%
Anomalies congénitales	69	67,57%
Symtômes, signes et états morbides mal définis	39	75,15%
Maladie du système nerveux et des organes des sens	33	81,55%
Autres	95	100 %
TOTAL	515	

Causes de décès de 5 à 9 ans	Effectif	% cumulé
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	179	50,14%
Tumeurs	77	71,71%
Maladies du système nerveux et des organes des sens	24	78,43%
Anomalies congénitales	21	84,31%
Autres	56	100%
TOTAL	357	

Causes de décès de 10 à 14 ans	Effectif	% cumulé
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	192	47,06%
Tumeurs	91	69,36%
Maladies du système nerveux et des organes des sens	33	77,45%
Maladies de l'appareil circulatoire	17	81,62%
Autres	75	100%
TOTAL	408	

Causes de décès de 15 à 19 ans	Effectif	% cumulé
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	801	73,62%
Tumeurs	95	82,35%
Autres	192	100%
TOTAL	1 088	

En matière de prévention des facteurs de risque de morbidité liés au jeune âge, les données de mortalité représentent une vision tronquée du travail de prévention restant à réaliser car elles ne permettent d'analyser que la résultante de la triade conditionnelle : facteur de risque / prise en charge médicale / décès. Cependant, et en l'absence d'enquêtes spécifiques de morbidité, les données de mortalité restent la seule source de données validées utilisables. L'utilisation à ces fins des données issues du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) est contestée, car il ne recueille que les incidents ou pathologies ayant donné lieu à une hospitalisation et ceci avec une finesse de description variable. En revanche, l'exploitation du futur Résumé de Passage aux Urgences (RPU), qui doit être généralisé à l'échelon national au premier janvier 2003, devrait être riche d'enseignements sur la morbidité, notamment traumatique et addictive, touchant les jeunes en France et dans les régions.

Entre 10 et 14 ans, on recense 408 décès dont 250 garçons (61,3%). Les causes restent en proportion semblables à celles de la tranche d'âge inférieure : 47,1% sont des traumatismes et empoisonnements, et 22,3% des tumeurs. A cet âge, on note l'apparition du suicide avec une prédominance masculine (13 garçons pour 1 fille en 19 ans), prédominance retrouvée de même pour les tumeurs de l'encéphale (13 garçons et 6 filles).

Entre 15 et 19 ans, les traumatismes et empoisonnements sont encore plus prédominants avec 73,6% des 1088 décès (619 garçons et 182 filles). Les accidents de la route représentent près de 60% de ces décès par traumatismes, ceci aussi bien chez les garçons (365 décès) que chez les jeunes filles (105) ; l'autre grande composante de ces morts violentes sont les suicides (106 garçons et 41 filles). En seconde position et loin derrière, les tumeurs représentent 8,7% des décès à cet âge avec en particulier les leucémies, les tumeurs malignes de l'os, du cartilage et de l'encéphale.

Globalement, la répartition régionale des grandes causes de décès selon les 5 tranches d'âge considérées ci-dessus ressemble à celle de la France. Deux différences sont toutefois à noter :

- une surmortalité régionale par mort subite du nourrisson (164,8/100 000 vs 135,3/100 000 en moyenne sur les 19 années étudiées) évoluant à la baisse parallèlement au taux français,

- une surmortalité régionale par suicide chez les 15-19 ans statistiquement significative : 7,2/100 000 contre 5,3/100 000 en France ($p < 0,001$).

Docteur Bruno LEZIN
Chargé d'études
ORS de Basse-Normandie

Les jeunes handicapés en Basse-Normandie

La prise en charge des enfants handicapés se heurte en premier lieu à la difficulté pour les parents d'obtenir les informations utiles pour connaître leurs droits, les aides possibles et les lieux d'accueil pour leur enfant.

On assiste encore trop souvent au bouche-à-oreille pour avoir des renseignements sur les démarches à effectuer et les organismes à contacter.

Et pourtant, une prise en charge précoce et adaptée de l'enfant améliore grandement le pronostic, d'où l'importance capitale d'une stimulation précoce, favorisant relation et communication. Dans le même temps, il est important de développer l'écoute et l'entraide aux familles afin de les aider dans l'acceptation, de les accompagner dans leurs démarches et de proposer une banque de données d'informations.

De 0 à 6 ans, les enfants peuvent en principe bénéficier d'un accueil non spécialisé en crèche ou en halte garderie mais les parents sont souvent confrontés à des difficultés face à des locaux souvent inadaptés et à un personnel qui n'est pas formé à ce type de prise en charge.

Sur la ville de Caen, un projet de halte garderie mixte voit le jour, avec l'ouverture prochaine d'un accueil adapté à tout type de handicap, mais pour un nombre restreint de places et qui ne permettra pas de satisfaire tous les besoins.

Pour ce qui est des prises en charges spécialisées, il apparaît un cruel manque de structures adaptées. La médecine a fait de considérables progrès, la société, elle, a manqué de se pourvoir en centres adaptés, et en particulier les enfants porteurs d'un polyhandicap ou d'un handicap rare, ou dont l'association de plusieurs déficiences n'entrant dans aucune classification les mène à l'exclusion.

Le devoir d'éducation envers tout enfant est inscrit dans la loi et l'Etat se doit d'offrir à ces enfants l'orientation la mieux adaptée à leurs besoins. Or dans la réalité, beaucoup de parents se trouvent face à l'absence de prise en charge ou à une prise en charge inadaptée et donc dans l'obligation de quitter leur emploi pour faire face aux manques de structures.

Pour certains enfants, il existe un projet «d'intégration scolaire» alors qu'ils ne sont admis que quelques heures par semaine en classe, avec la présence d'une tierce personne. Peut-on parler de scolarisation dans ces conditions ? Or, pour ces enfants, on demande aux parents de signer une acceptation de prise en charge par l'éducation nationale, et ils ne sont donc plus comptabilisés comme étant en attente de structures spécialisées.

Les pouvoirs publics n'ont pas pris la mesure de l'ampleur du problème et personne ne peut prétendre aujourd'hui avancer des chiffres sûrs. Il faut donc réaliser une évaluation précise des besoins et non pas demander aux associations de faire cette enquête comme cela a été fait. Ce n'est sûrement pas leur rôle et elles ne disposent pas de moyens pour le faire ce qui entraîne une sous-évaluation du problème.

Il est important de souligner aussi l'importance du «principe de proximité». Il est temps de se doter de moyens humains et financiers nécessaires afin de trouver des solutions adaptées à chaque enfant et à chaque étape de sa vie car tous ont des capacités d'apprentissage qu'il faut respecter et mettre en valeur. **Faire vivre ces enfants ce n'est pas se limiter à les faire survivre médicalement. Les faire vivre, c'est les éduquer.**

L'association **Handy, Rare et Poly** regroupe des familles de notre région comprenant des enfants atteints de handicaps rares ou de polyhandicaps ainsi que les familles et les amis désirant apporter leur aide et leur soutien. Son objectif est de respecter la personne polyhandicapée dans sa dimension humaine et de se battre pour lui offrir l'orientation la mieux adaptée à ses besoins.

Cette association travaille à développer l'écoute et l'entraide aux familles, à établir un partenariat avec les professionnels en vue de l'éveil et du développement des potentialités de l'enfant, et à proposer des activités de loisirs aux enfants et à leur famille.

Le dopage chez les jeunes sportifs

L'activité sportive est très présente chez les jeunes, puisque 75% des garçons et 50% des filles déclarent pratiquer en dehors de l'éducation physique et sportive. Le sport est non seulement l'activité de loisir la plus pratiquée (avant la lecture, le cinéma, la musique, les activités culturelles»), il est aussi l'activité que les jeunes aimeraient pratiquer davantage (Source : Institut National de Recherche Pédagogique, 1995). En effet, alors que le sport est "souhaité « par 62 % des lycéens, près de un lycéen sur deux (48 %) désire participer à des activités de solidarité, 41 % à des activités d'expression corporelle (théâtre, danse), 32 % à des activités culturelles, 31 % à des activités musicales et 30 % à des activités d'expression (Source : Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire).



Il est très difficile d'évaluer le dopage dans cette tranche d'âge spécifique, les chiffres des contrôles ne pouvant refléter la réalité. Les enquêtes réalisées récemment révèlent cependant deux phénomènes inquiétants (enquête réalisée en région Midi-Pyrénées auprès de lycéens) :

- d'assez nombreux jeunes sportifs déclarent avoir déjà consommé un produit qu'ils considèrent comme dopant (8,5%).
- un pourcentage encore plus important se déclare tenté par le dopage, cette proportion augmentant avec l'âge (13,5%).

On peut noter que si l'on interroge des jeunes déjà inscrits dans une filière d'accès au sport de haut niveau, les chiffres sont moins élevés. Ainsi une enquête réalisée auprès des jeunes inscrits dans les sections sportives scolaires de la région en 1999 (311 réponses sur 451 questionnaires envoyés, soit 69% de réponses), montre que seulement 12% des jeunes sportifs ne sont pas choqués par les conduites dopantes (contre 20% dans l'enquête Midi-Pyrénées), et 3% se déclarent tentés par le dopage.

Par ailleurs on ne peut plus parler du dopage sans le rapprocher des autres conduites addictives, la pratique intensive du sport semblant pouvoir favoriser dans certaines circonstances la consommation de substances licites ou illicites.

La lutte contre ce fléau, devenu véritable enjeu de santé publique, passe par les étapes de la prévention et par la répression.

Les professionnels de la santé et les éducateurs sportifs doivent participer à la prévention primaire. Une formation à celle-ci est prévue auprès des médecins du sport et des éducateurs sportifs par la loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage (inscrite désormais dans le code de santé publique), dès son article 1. Les médecins généralistes peuvent participer à cette prévention, notamment lors de la visite d'aptitude préalable à la délivrance d'une licence sportive.

La prévention secondaire repose actuellement sur l'existence d'un numéro vert "écoute dopage" et sur la création dans chaque région d'une Antenne Médicale de Lutte contre le Dopage (AMLD). Lieu d'accueil, d'écoute, d'aide et de conseils, elle est destinée aux sportifs concernés de près ou de loin par ce fléau. Elle organise des consultations gratuites, confidentielles voire anonymes. Ces consultations sont ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage, ou qui s'interrogent à ce sujet.



Elle a en outre un rôle d'observatoire en liaison avec le Conseil de Prévention et de Lutte contre le Dopage. L'AMLD de Basse-Normandie, l'une des premières à avoir été créée, fonctionne depuis le 8 décembre 2001. Elle est située dans les locaux de l'Institut Régional de Médecine du Sport (parking ouest du CHU de Caen), téléphone 02 31 06 51 25. Son responsable en est le professeur Antoine Coquerel, chef du service de pharmacologie du CHU.

La répression s'oriente vers une augmentation du nombre de contrôles, notamment en période d'entraînement, et sur un ciblage des disciplines à forte dépense énergétique.

En conclusion, on ne peut nier l'existence probable du dopage, même chez les jeunes. Il convient donc de rester vigilant, mais on ne doit pas oublier tous les bienfaits d'une pratique sportive, même compétitive.

Docteur Alain DAIREAUX

Médecin conseiller

Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports de Basse Normandie

L'Éducation à la santé à l'école

L'Éducation Nationale, qui rassemble tous les enfants de deux à dix-huit ans et plus, est très attentive à la santé des élèves qui lui sont confiés. Les responsabilités de l'école en cette matière sont énoncées dans le code de l'éducation, Livre 1, titres II et III. En effet, si la responsabilité première en matière de santé relève des familles, la politique de santé à l'école relève de l'ensemble de la communauté éducative.

Une politique nationale d'éducation à la santé a été redéfinie par une circulaire de mars 2002, et la mise en œuvre en est confiée aux équipes éducatives des établissements scolaires, au sein desquelles les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale ont une place privilégiée de promoteurs d'actions et d'experts. L'éducation à la santé tout au long de la scolarité s'inscrit dans la durée, de l'école maternelle jusqu'au lycée et à l'Université, traitant de sujets adaptés à chaque âge.

Certains thèmes sont cependant jugés prioritaires en fonction de l'évolution de la société, de la pression des familles et des médias, et des jeunes eux-mêmes. La loi du 4 Juillet 2001 fait obligation d'inscrire dans le cursus scolaire **l'éducation à la sexualité**, aussi bien dans les écoles que dans les collèges et les lycées. Dans les collèges, **les rencontres éducatives** permettent de dégager des heures réservées à l'éducation à la santé.



La prévention des conduites à risque est organisée grâce à une structure originale, le **Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)**, crée en 1998, et maintenant présente dans un grand nombre d'établissements scolaires. Le fonctionnement de ce CESC favorise le travail en partenariat avec des organismes ou des associations extérieures à l'école, et permet la collaboration avec les familles. Ainsi l'école s'ouvre-t-elle sur l'environnement social, pour tout ce qui touche au domaine de la santé et la prévention.

L'ensemble des personnels doit concourir à la mise en œuvre de la politique éducative de santé, qui repose sur un travail en équipe pluri-professionnelle où chacun apporte sa compétence propre. Les médecins et les infirmières que l'Éducation Nationale a intégrés en 1985 et 1991, ont vu leurs missions redéfinies par une circulaire en janvier 2001. Le développement d'une dynamique d'éducation à la santé y tient une large place. L'objectif est de donner aux élèves, en plus de ce qu'ils reçoivent dans leur famille, les moyens de s'approprier les don-

nées qui permettent de faire des choix pour eux-mêmes et pour les autres, et de développer leur esprit critique et leur sens des responsabilités. Les actions d'éducation proposées aux élèves visent à les rendre responsables, **autonomes et acteurs eux-mêmes de prévention**.

Le médecin de l'Éducation Nationale, en sa qualité de référent médical et de conseiller du chef d'établissement, participe à l'élaboration du **projet santé de l'établissement**. Les liens qu'il développe avec les instances régionales et départementales de la santé lui permettent de proposer des projets, en fonction des besoins repérés des élèves, s'intégrant aux programmes régionaux de santé.



L'infirmière de l'Éducation Nationale est plus souvent présente dans les établissements. Elle est fréquemment le **promoteur** des actions inscrites dans les projets d'établissements. Elle en est aussi un des principaux **acteurs**.

Médecins et infirmières assurent la coordination des différents partenaires des actions, à l'intérieur de l'établissement, comme à l'extérieur, notamment avec des associations agréées de l'Éducation Nationale dont l'activité se rapproche des programmes définis dans les établissements.

Ainsi, une **équipe de projet** peut-elle être composée, en totalité ou en partie, de l'infirmière, du médecin, de l'assistante sociale, du chef d'établissement, du conseiller principal d'éducation ; il s'y adjoint à la demande, des enseignants ou des personnels non enseignants, des personnalités extérieures et responsables associatifs, ainsi que des parents d'élèves.

De très nombreuses actions sont ainsi réalisées chaque année au sein de l'Académie de Caen, soit à l'initiative des établissements, soit par association à des actions extérieures. Nous n'en évoquerons ici que quelques unes.

A L'Université de Caen, a eu lieu cette année une campagne d'information sur les risques de l'abus d'alcool et de cannabis, intitulée " S'amuser, ce n'est pas abuser. Si vous ne le savez pas, parlons en ". Il s'agissait d'attirer un grand nombre d'étudiants vers les sources d'information mises à leur disposition, après une sensibilisation organisée par les étudiants eux-mêmes (IUT, section info-com), qui a duré plusieurs semaines. Le **service univer-**

... / ...

L'Éducation à la santé à l'école

Unitaire de médecine préventive (SUMPPS) et ses partenaires (ADIT, D'JUNES, Narcotiques anonymes, gendarmerie, prévention routière ...) ont animé pendant trois jours les deux campus de Caen, en proposant de la documentation, des alcootests, des entretiens en particulier ou en groupe, un café-philosophie, un film-débat ... Des activités plus festives y ont été mêlées: musiques de groupe, mimes, cocktails sans alcool, voiture-tonneau, test au choc. L'évaluation en est difficile, car les étudiants sont très nombreux ; ils passent, reviennent, se laissent interpellés ou non; certains restent longtemps et posent beaucoup de questions; d'autres viennent plus tard au SUMPPS rencontrer plus confidentiellement des médecins ou des infirmières.



Autre exemple : le **forum santé** du lycée professionnel Camille Claudel. ; une journée complète pour parler de la santé. De nombreux ateliers sont proposés aux élèves ; chaque atelier est organisé par une classe responsable, qui en a choisi le thème et l'a préparé avec l'intervenant: petit déjeuner, mal de dos, don du sang, don d'organe, secourisme, tabac, grossesse précoces... Une course sans tabac est organisée : sur un parcours de 2800 mètres autour du lycée, "en marchant, en courant, en papotant, mais sans tabac". Chaque classe doit engager au moins trois élèves, et les professeurs peuvent concourir pour le compte d'une classe. Chaque tour rapporte cinq points. Attribution à l'issue du titre de "**Classe sans tabac**". Il s'agit là d'une façon originale d'aborder de façon festive et entre pairs, les thèmes sérieux qui préoccupent les lycéens.

La **prévention des risques auditifs** est une action proposée par " Papaq production " à tous les collèges et lycées de l'Académie qui s'y sont associés. Il s'agit par l'intermédiaire d'un concert de musiques actuelles de faire prendre conscience de la nocivité des bruits trop intenses et de donner aux jeunes les moyens de s'en préserver sans nuire au plaisir de ces musiques et aux sensations provoquées par les vibrations. Lorsqu'un établissement le demande, un travail est fait avant le concert avec les élèves auxquels on explique le fonctionnement de l'appareil auditif, les causes des lésions de l'oreille liées au son et les conséquences d'une intensité sonore trop élevée. Lors du concert, les élèves déjà sensibilisés participent activement.

Proposée par l'URCAM, une action de sensibilisation à l'**hygiène bucco-dentaire** a été faite auprès des élèves de grande section de maternelle. Une collaboration efficace entre dentistes conseils des CPAM, enseignants, médecins et infirmières de l'Education Nationale a permis cette action. Expérimentale sur quelques sites cette année, elle pourra être étendue, voire généralisée à tous les enfants de cette tranche d'âge.

En grande section de maternelle également, une action de **prévention de la maltraitance** a été faite dans le département de la Manche . Il s'agissait d'apprendre aux enfants à dire NON aux violences auxquelles ils sont confrontés . En association avec le service départemental d'action sociale, un outil " les aventures d'Odilon et Marinette " a été élaboré par des médecins et puéricultrices de PMI, et des médecins de l'Education Nationale. L'évaluation a été très positive, malgré la grande disponibilité que cette action demandait.

Cependant, l'éducation à la santé ne se fait pas seulement par des actions collectives . Elle se fait aussi auprès de chaque enfant, individuellement lors des visites médicales. Les informations et les conseils donnés sont alors particulièrement adaptés à l'élève et répondent aux préoccupations et aux besoins de chacun.

Ainsi, la mission de l'école dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre-t-elle bien dans le processus éducatif concernant l'ensemble des jeunes scolarisés. Elle vise principalement à favoriser l'équilibre et le bien-être mental, physique et social des élèves. La prévention des comportements à risque et l'éducation à la santé dans tous les domaines qui concernent les jeunes aident les élèves à faire leurs choix de vie. **Médecins et infirmières de l'Education nationale y ont un rôle essentiel, mais ils n'agissent pas seuls. Les partenariats les plus divers sont recherchés** pour peu qu'ils soient utiles en fonction des besoins repérés et des programmes établis.

Madame le Docteur Yvonne DOLLEY
*Médecin conseiller du Recteur
Académie de Caen*

A Caen, Capitale Bas-Normande, comme dans d'autres régions de France, la préoccupation du soin spécifique pour les adolescents en difficultés psychologiques n'est pas nouvelle.

Chacun des professionnels concerné s'accorde à penser, depuis au moins 15 ans, la nécessité de structures d'accueil spécialisées, à commencer par des unités d'hospitalisation temps plein. Un petit groupe de professionnels avait mené pendant l'année 92-93, sous l'égide de la DDASS, une enquête-action afin d'évaluer les besoins spécifiques de soins pour les adolescents dans le Calvados et d'étayer la réflexion autour de projets. Cette enquête aboutissait, au delà de la demande la plus insistante «*on veut des lits...*» à une proposition en triptyque :

- **Un centre de consultation spécialisé et intersectoriel pour adolescents,**
- **Une unité d'hospitalisation dite "de crise pour adolescents" de 8 places,**
- **Un foyer d'accueil médico-éducatif de 6-8 places pour des accueils transitoires ne nécessitant pas un environnement hospitalier.**

A/ Les difficultés conceptuelles et pratiques de la création d'unités spécialisées :

1- Tout d'abord arrêtons nous un instant sur les critères administratifs d'accueil en fonction de l'âge, jusqu'à 15 ans et trois mois en pédiatrie, à partir de 16 ans pour les services de psychiatrie adulte, les limites de l'adolescence sont actuellement bien au delà, puisque comme le disait et prédisait déjà Margaret MEAD "*Plus la civilisation est complexe, plus l'adolescence est longue et difficile*".

Ainsi, dans certains services, l'adolescence est conçue comme telle jusqu'à 25 ans, aux confins d'un nouveau sous-ensemble, la post-adolescence de P. BLOS, ou encore "*l'adulescence*", pour faire moderne...

Mais tout de même, la prise en compte des critères d'âge mérite attention : N'y a t'il pas une différence aussi grande entre un pré-adolescent de 12-13 ans et un jeune de 18 ans qu'entre un adolescent de 16 ans et un adulte....

2- La taille d'une unité spécialisée pour adolescents pose également problème, "en ni trop, ni trop peu", car elle doit disposer à la fois d'un nombre de lits suffisant au regard des moyens matériels et humains qu'elle suppose à sa création et être en adéquation avec l'estimation des demandes.

Ainsi, nous étions convenus, à une étape de la réflexion, de l'utilité d'une unité de 8 lits pour adolescents, sans préjuger d'une spécification autre que l'âge pour l'accueil, toute psychopathologie confondue, **en sachant que les gestes suicidaires et les troubles du comportement étaient les signes d'appel les plus fréquents.**



3- Une autre difficulté théorique fréquemment avancée est la cohabitation possiblement difficile entre un adolescent violent et sociopathe et une jeune fille souffrant d'anorexie mentale; on oppose également les cas de pré-adolescents présentant une phobie scolaire et d'autres souffrant d'un accès psychotique aigu, étant entendu que la modeste capacité numérique d'une unité spécialisée souligne et renforce les disparités d'âge et de symptomatologie psychiatrique.

4- Enfin, le constat incontournable que "toute création suscite la demande", interroge l'aspect dynamique d'une unité de soins spécialisée, celle-ci risquant de se trouver "embolisée", du fait de l'hospitalisation de jeunes en difficultés ne disposant pas ou plus d'alternative d'accueil...

B/ Où en sommes-nous actuellement en Basse Normandie ?

Dans chacun des départements de la région, des pratiques et projets sont en cours. Leur singularité, leur originalité respectives témoignent tout à la fois de l'histoire particulière de chaque lieu de soins et des différentes façons d'appréhender le problème. On remarque d'ailleurs, en France, selon les régions et les départements, des réponses fort diverses aux difficultés psychologiques des adolescents. Un groupe régional est actuellement au travail à la demande du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour élaborer une proposition au sujet des structures et des liens nécessaires à l'hospitalisation des adolescents. Ce groupe de travail, en "collège régional", animé par le docteur Erol FRANKO de Cherbourg est composé de psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, directeurs d'hôpitaux des 3 départements. Il nous a paru utile, en outre, de mener cette réflexion avec les juges pour enfants, pour certains cas d'adolescents qui mettent en difficulté les structures d'accueil, qu'elles soient éducatives, judiciaires ou psychiatriques, et en tant que ces jeunes paraissent, dans leur problématique, se situer au carrefour de ces 3 aspects de prise en charge.



Notre "collège régional" de travail différencie ainsi pour la réflexion trois grands groupes d'adolescents :

1- Les adolescents en crise : Crises suicidaires ou troubles du comportement aigus sans présager d'une psychopathologie sous-jacente.

2- Les adolescents présentant un premier épisode psychopathologique, notamment un accès psychotique aigu, mais aussi un trouble de l'humeur, ou un comportement oro-alimentaire perturbé, tel l'anorexie mentale.

3- Les adolescents difficiles (que nous différencions des adolescents en difficultés) se caractérisant par des troubles du comportement récurrents (conduites auto et/ou hétéroagressives, comportements transgressifs répétés, instabilité physique et psychique), mettant à mal leur possibilité d'adaptation socio-scolaire, familiale, institutionnelle.

Dans chaque département, se sont déjà développées des pratiques de travail autour des adolescents, ainsi que des projets. Il convient désormais de valider les pratiques en cours au filtre de la demande et d'évaluer les projets, leur pertinence, spécificité et conditions de réalisation. Il importe également de considérer la répartition territoriale des projets et de faire la part entre ceux à vocation intersectorielle, rayonnement départemental ou régional.

Ainsi, dans la Manche, les équipes de pédopsychiatrie travaillent en lien et en bon esprit avec les services de pédiatrie, les services de psychiatrie adulte et les institutions médico-éducatives du département. La qualité de cette collaboration leur permet, pour le moment, de ne pas envisager la constitution d'unités spécialisées pour adolescents.

Dans l'Orne, un projet d'accueil et de prise en charge des adolescents en difficulté est d'actualité, présenté par l'équipe de pédopsychiatrie d'Alençon en lien avec l'Aide sociale à l'Enfance du département. Y est développé complémentirement, le principe d'une équipe pédopsychiatrique mobile qui interviendrait sur les lieux de crise (groupe familial, institutions médico-éducatives et/ou judiciaires, services de soins)

Dans le Calvados, tant les équipes de pédopsychiatrie de Bayeux que celle de Lisieux ont tissé des liens de travail partenarial avec les services de pédiatrie voisins permettant des réponses satisfaisantes pour une grande part des situations d'adolescents en difficultés psychologiques.

Caen et ses proches environs représentent le bassin de population le plus important de la région bas normande, et si certaines structures répondent déjà efficacement aux demandes de soins pour les ado-

Etat des lieux et perspectives au travers des PRS

lescents, nous allons les lister ci-après, des projets à courts et moyens termes demandent toute l'énergie de leurs promoteurs pour voir le jour.

Plusieurs centres de consultations pour adolescents existent dans l'agglomération Caennaise, ils présentent actuellement la caractéristique commune de couler sous les demandes de rendez-vous et les délais d'attente s'allongent...

Ainsi nous recensons :

1- Le centre EMPA (Ecoute Médico-Psychologique pour Adolescents) recevant en pré-consultation et consultation les adolescents entre 12 et 19 ans et leur famille. Ce centre se situe au Centre Psychothérapique pour Enfants et Adolescents (CPEA), 35, route de Trouville, il dépend du secteur de pédopsychiatrie Caen-Falaise du CHS de Caen.

2- Le centre de Guidance Infantile et son extension BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire), 4, rue Jean de la Varenne à CAEN, est un centre de consultations pour enfants et adolescents de l'A.C.S.E.A (Association Calvadosienne de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence).

3- Le Centre Médico PsychoPédagogique de l'Université, 38, rue d'Hastings à Caen reçoit les enfants et les adolescents. Ce centre présente également une habilitation BAPU.

Outre ces centres de consultations proprement dits, existent d'autres lieux d'écoute et d'accueil pour les adolescents dans l'agglomération Caennaise, notamment :

- **L'école des parents et des éducateurs**, 5, rue Daniel Huet
- **L'association D'JUNES**, 8, rue Saint Vincent de Paul*

Une des difficultés locale concerne l'hospitalisation des adolescents pour lesquels les structures spécifiques sont embryonnaires ou encore à l'état de projet :

Notons tout d'abord que les adolescents relevant possiblement de soins hospitaliers sont accueillis :

- soit à l'accueil des urgences pédiatriques du CHR Clémenceau (avant 16 ans)
- soit par le service des Urgences Psychiatriques du CHU de Caen, qui dispose d'une équipe d'accueil psychiatrique spécifique depuis 1992.

Les unités d'hospitalisation existantes recevant les adolescents à partir d'un projet spécifique sont, pour le moment, au nombre de deux :

1- L'unité pour adolescents en crise, sous la responsabilité du Professeur HOUZEL, est partiellement ouverte au CHR, soit 4 lits depuis avril 2001, en lien avec un service de pédiatrie . Cette unité préfigure le projet d'un service hospitalier pour adolescents en crise de 8 lits à l'horizon 2004, la crise suicidaire étant un signe de souffrance malheureusement très fréquent à cet âge...

2- L'UCPU (Unité de Crise et de Post-Urgence) **du Centre Esquirol**, unité intersectorielle de 10 lits existant depuis plus de 3 ans, dont le projet est de recevoir les patients, quel que soit leur âge, à partir de 15 ans, pour toute situation de crise, hors pathologie psychiatrique avérée. Bon nombre d'adolescents suicidants y sont ainsi accueillis, et font un travail d'élaboration de la crise avec leur famille, en quelques jours d'hospitalisation.

Il n'en demeure pas moins que le nombre d'adolescents en difficultés psychologiques stigmatise le manque de moyens hospitaliers de prise en charge spécialisée. Ils sont généralement accueillis dans les services de psychiatrie adulte du C.H.S. de Caen et du Centre Esquirol.

C'est pourquoi, nous avons pris l'option d'engager un travail conjoint au sujet de ces adolescents avec les services de Psychiatrie

adulte, pour développer, **au sein du CHS de Caen, un pôle intersectoriel, à savoir un lieu de jour et une équipe d'accompagnement à l'hospitalisation de ces jeunes**, plutôt que d'individualiser une unité d'hospitalisation proprement dite. Ce projet est approuvé par les autorités de tutelle, il fait partie intégrante du projet d'établissement du C.H.S, sa mise en place dépend de son financement.

Dans cet esprit, enfin, nous avons, il y a trois ans, ouvert une formation au sein du CHS, destinée prioritairement aux soignants, autour de "la psychodynamique et psychopathologie de l'adolescence".

Enfin et corollairement au fait que les perspectives de la prise en charge des adolescents s'organisent maintenant dans notre département autour des 3 axes différenciés, **l'adolescent en crise, les adolescents difficiles, et l'adolescent débutant un processus psychopathologique**, Madame le Professeur DOLLFUS, chef de service du centre Esquirol au CHU porte le projet d'une unité spécifique de 8 lits pour la prise en charge précoce d'un premier accès psychopathologique dans l'adolescence, un épisode psychotique notamment.

C/ Rêvons un peu...

Au delà des projets en cours de réalisation afin d'améliorer le cadre de soins médico-psychologiques pour les adolescents dans la région, un nouvel esprit de conception partenariale s'instaure, décloisonnant les fonctionnements spécifiques des services de pédiatrie, des pratiques pédopsychiatriques, des services de psychiatrie adulte et du secteur médico-associatif.

Avec l'allongement du temps "adolescence" au delà de 20 ans et le fait qu'à cette période de remaniement de la personnalité, se révèlent fréquemment quelques grandes affections psychiatriques de l'adulte, l'idée que "l'adolescent en difficultés psychologiques pourrait être l'affaire de tous", en respectant les champs de compétences, pourrait faire progresser l'organisation de leur accueil et des soins.

Nous n'en sommes pas encore à concevoir concrètement "des ponts partenariaux" entre les différents acteurs du soins et de l'éducatif autour des adolescents, mais gageons que de telles propositions transdisciplinaires apparaîtront prochainement.

Les adolescents vont bien pour 85 % d'entre eux. Rêvons que les 10 à 15 % de ceux qui souffrent de mal-être psychologiques puissent un jour, être accueillis :

- Dans une unité, sorte de "Maison de l'Adolescence" proposant sur son site, des consultations spécialisées, des modalités d'accueil en libre service et des possibilités d'hospitalisation de jour lorsque l'intensité psychopathologique le nécessiterait.
- Dans un collège et/ou lycée en convention de travail avec une équipe éducative et médico-psychiatrique, permettant en complément d'une scolarité secondaire aménagée, un accueil et un encadrement en internat médicalisé.
- Dans un centre éducatif qu'il soit "renforcé ou fermé", où s'associeraient les compétences de l'éducateur, de l'infirmier, du psychologue et des médecins somaticien et psychiatre, autour des adolescents difficiles légitimant une telle prise en charge.

Nous le savons, "le lieu idéal d'accueil et de soins" pour les adolescents en difficulté psychologique n'existe pas. L'idée prospective d'un travail partenarial associant différenciation structurelle et complémentarité fonctionnelle est peut-être une piste intéressante.

Docteur Patrick GENVRESSE
Chef de service Pédopsychiatrie
CHS Caen

* cf page 16 de ce numéro (NDLR).

La santé des jeunes au travail en Basse-Normandie

1. Qui sont-ils ?

La Basse-Normandie ne se différencie pas des autres régions françaises. La plupart des «jeunes» sont toujours dans le système scolaire. 90 % des 15 à 19 ans sont élèves ou étudiants.

En 2001, sur les 101 280 jeunes bas-normands dans cette classe d'âge, on comptait seulement 6 787 actifs ayant un emploi.

La proportion augmente largement dans la tranche d'âge des 20-24 ans, puisque ce sont 33 956 jeunes qui étaient employés sur 88 165 au total.

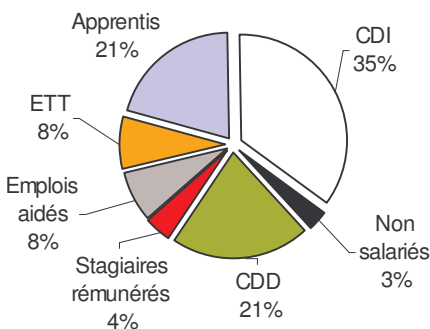
Dans la classe d'âge des 15-19 ans, ce sont très majoritairement (65 %) les garçons qui sont déjà «actifs», selon le terme consacré. Même dans celle des 20-24 ans, les filles, plus nombreuses à prolonger leur scolarité, sont toujours sous représentées.

D'année en année, l'âge de début de l'activité professionnelle recule.

Les problèmes posés par la mise au travail d'enfants ou de très jeunes adolescents ont donc pour la plupart disparu, mais les modalités de la formation professionnelle ou de certaines formes d'emploi doivent faire maintenir une certaine vigilance quant à leur répercussion sur la santé de ces adolescents ou jeunes adultes.

2. Dans quels types d'emplois ?

Sur les quelques 40 000 moins de 25 ans employés en Basse-Normandie en 2001, la très grande majorité étaient en contrats formation ou en contrats précaires.



CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CDD : Contrat à Durée Déterminée
Emplois aidés : CES, Contrats de qualification, emplois jeunes
ETT : Travailleurs intérimaires

Les apprentis sont les plus jeunes. 2 % ont 15 ans, 35 % 16 ans, les 63 % restant ont 17 ans et plus.

La formation se fait en alternance, en Centre

de Formation des Apprentis (CFA) pour la partie théorique, avec une très large part de formation pratique chez un «maître» employeur avec lequel est passé un contrat.

On les trouve majoritairement dans les métiers de bouche, la restauration, l'hôtellerie, le bâtiment, puis à un degré moindre l'agriculture, la réparation automobile, la vente, la coiffure. L'industrie ne représente toujours que quelques pourcents des contrats. Les diplômes préparés sont, malgré les possibilités de formation supérieure, essentiellement les CAP et BEP, voire BAC Professionnel.

Exception faite des non salariés qui travaillent dans leur famille, la quasi totalité des jeunes accédant à un emploi ont au moins 18 ans.

CES, emplois jeunes, on les retrouve dans des associations, administrations, fonction publique territoriale où ils exercent des fonctions très diverses d'assistance aux personnes, d'entretien d'espaces verts, d'auxiliaires dans la restauration, les services sociaux, le tertiaire... Les contrats sont de 6 mois à 18 ou 24 mois.

À côté se retrouvent les emplois aidés, contrat de qualification jeunes, contrats d'adaptation, contrat d'orientation, durant de 6 à 24 mois chez des employeurs privés avec des temps de formation substantiels.

Les contrats à durée déterminée peuvent être de durée variable de quelques jours à 18 mois. Ce sont souvent des travaux saisonniers ou des remplacements.

Les postes offerts aux plus jeunes ne demandent généralement pas de qualification : manœuvre, manutentionnaire, aide de cuisine..., ou correspondent rarement aux diplômes obtenus.

Les missions d'intérim sont aussi souvent courtes et ne requièrent

pas ou peu d'expérience professionnelle, les emplois qualifiés étant occupés par des professionnels.

Seuls les plus âgés accèdent à des contrats à durée indéterminée. Et ceci souvent après des années de «petits boulots», de multiples contrats, les ayant maintenu dans une situation de précarité et donc de vulnérabilité par rapport à la société dans laquelle ils souhaitent s'insérer.

3. Quelle protection ?

Il n'y a pas en France de travail des enfants, exception faite des enfants du spectacle pour lesquels une réglementation particulière existe.

Tout le reste est encadré par les dispositions législatives et réglementaires du code du travail concernant les différentes formes de contrat, et les articles relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. Ces dispositions s'étendent d'ailleurs aux jeunes travaillant dans leur famille mais aussi à ceux fréquentant les lycées d'enseignement professionnel publics ou privés.

Datant pour certains du début du siècle, ces articles du code du travail obligent les employeurs à «veiller au maintien des bonnes mœurs et à l'observation de la décence publique», et interdisent des travaux présentant des causes de danger ou excédant les forces.

Certaines interdictions concernent les jeunes de moins de 16 ans, mais la plupart touchent les moins de 18 ans. Pour le code du travail, au-delà, on n'est plus «jeune».



Sont ainsi interdits tous travaux qui pourraient blesser le jeune dans son sens moral ou son psychisme, mais aussi les activités pouvant le blesser dans son intégrité physique : limitation du port de charges (20 kg pour les garçons, 10 kg pour les filles), travaux sur machines dangereuses, travaux en élévation à moins d'une aptitude médicale reconnue, exposition à des risques physiques ou chimiques, que les jeunes soient directement affectés sur ces postes ou qu'ils soient admis dans les locaux.

Les horaires de travail et le travail de nuit sont eux-mêmes encadrés. Des dérogations existent notamment pour les apprentis qui peuvent être autorisés au cours de leur formation professionnelle à utiliser les machines et appareils dont l'usage est proscrié ou à exercer des activités par ailleurs interdites. De même, des modifications d'horaires de travail peuvent être admises selon les professions.

Ces autorisations sont accordées par l'inspecteur du travail après avis favorable du médecin du travail.

4. Les contraintes

Malgré cet encadrement réglementaire, les jeunes, et notamment les apprentis se plaignent souvent de conditions de travail difficiles.

Les tâches qui leur sont confiées sont souvent peu intéressantes (nettoyage des ateliers, manutention...) ou sont celles que les anciens ne souhaitent plus assurer. On voit, par exemple, sur des postes à risques de troubles musculo-squelettiques, se succéder des jeunes en contrat à durée déterminée.

Plusieurs études récentes menées par les médecins du travail permettent de mesurer ces contraintes de travail, allant parfois jusqu'à l'abus.

Si la moitié des apprentis ne dépassent pas la durée légale du travail, 20 % vont bien au-delà et on trouve encore des jeunes travaillant 10, voire 12 heures ou plus par jour. Les dépassements sont fréquents dans certaines professions comme la boulangerie ou la restauration, malgré une adaptation particulière de la réglementation. Levers précoces pour prises de travail matinales (6 heures voire avant) dans les professions de bouche, couchers tardifs en service bar et restaurant, récupérations quotidiennes ou hebdomadaires pas toujours respectées.

La santé des jeunes au travail en Basse-Normandie

Ces cas ne sont pas rares et obèrent des capacités de récupération des jeunes. Ceux-ci ont parfois également de longs temps de trajet, souvent effectués en 2 roues... et une vie sociale qui s'ajoutant au travail peut entraîner de grosses dettes de sommeil.

Le port de charges de 20 kg et plus est habituel chez plus de 50 % des apprentis, quelques uns portant régulièrement des charges d'une cinquantaine de kilos dans les professions du bâtiment et les métiers de bouche notamment.

De nombreuses activités entraînent des postures contraignantes dans le bâtiment et la station debout prolongée des métiers de la vente, de la coiffure sont parfois aussi très mal ressenties.

Bien que la réglementation soit restrictive, nombre de jeunes sont exposés à des produits chimiques pouvant entraîner des intoxications aiguës (solvants chlorés, pesticides...) ou des effets retardés (silice, benzène des carburants, poussières de bois...). La protection technique ne permet pas toujours de maîtriser le risque et le port de protection individuelle est parfois aléatoire.

Quant à l'accidentabilité traditionnellement plus forte chez les jeunes au travail, elle touche entre 12 et 15 % des jeunes par an. Ces accidents sont plus fréquents chez les jeunes en dette de sommeil ou ayant des amplitudes quotidiennes de travail très longues.

Le manque d'intégration dans le collectif de travail les prive souvent des conseils des «anciens». Les consignes de sécurité sont parfois négligées pour une prise de risque plus en rapport avec le psychisme des adolescents.

5. La surveillance médicale

Quel que soit le type de contrat, le jeune sera vu en visite d'embauche par un médecin du travail.

Cette visite pratiquée avant la signature du contrat pour certains apprentissages a souvent vocation d'examen d'orientation. Il permet pour des jeunes au projet professionnel incertain, ou pour ceux présentant des contre-indications absolues, de modifier l'orientation initiale et de rechercher avec le jeune une voie différente.

Lorsque le contrat est conclu, le rythme de surveillance est au moins d'une fois par an, voire 2 ou 3 visites selon l'état général du jeune et les contraintes du poste.

Le médecin du travail s'attache essentiellement à l'étude des conditions de travail et à la prévention des risques professionnels. Il conseille l'employeur sur les techniques et les produits, l'aide dans son évaluation des risques, participe à la mise en œuvre du plan de prévention et son attention est particulière pour les postes accueillant des jeunes.

Individuellement lors des examens médicaux, ou collectivement sur le lieu de travail, de stage ou au CFA, il informe les jeunes sur les risques professionnels et les moyens de s'en prévenir en utilisant les techniques et les protections collectives ou individuelles appropriées (stages gestes et postures, protection contre le bruit, les produits...).

Notre région mène d'ailleurs une expérience originale d'orientation – surveillance des stagiaires Etat et Région de la formation professionnelle, qui sans cela ne bénéficieraient pas du suivi et des conseils des services de santé au travail.

6. Les pathologies rencontrées

Les pathologies dorso-lombaires sont fréquentes chez ces adolescents en cours ou en fin de croissance. Les lombalgies sont rencontrées chez près de la moitié des apprentis et chez les jeunes exerçant dans des postes peu qualifiés.

Les gestes répétitifs entraînent plus rapidement que chez l'adulte l'apparition de tendinites des membres supérieurs.

Les audiogrammes montrent souvent des hypo-acousies sur les 4000 hertz, parfois déjà accentuées du fait d'une exposition professionnelle... et extra-professionnelle.

Si des dermatites de contact sont assez peu fréquentes chez les jeunes, nombre d'allergies respiratoires (coiffure, boulangerie...) peuvent déjà entraîner une réorientation parfois bien mal acceptée.

Mais la pathologie émergente est autre : la plus fréquente est l'asthénie. 1/3 des jeunes rencontrés se disent fatigués, en dette de sommeil, stressés. Peu expérimentés, les jeunes n'ont pas encore mis au point des stratégies défensives leur permettant de se protéger contre les nuisances physiques ou organisationnelles.

Les difficultés inhérentes à l'adolescence se doublent chez de nombreux jeunes d'une difficulté réelle à l'insertion dans le monde du travail.

Une orientation pas toujours réussie, une multiplication des «petits boulots» souvent plus ressentis comme une succession d'échecs que comme des acquis professionnels, et la précarité quotidienne ne permettent pas de se projeter sur l'avenir. Tous ces facteurs sont souvent le lit d'un fatalisme désabusé poussant parfois à une consommation de produits plus ou moins licites : tabac, cannabis, et plus rarement alcool.

L'extrême banalisation de la consommation régulière de cannabis est d'ailleurs un phénomène nouveau, posant des problèmes d'apprentissage et de vigilance au travail dont il faudra se préoccuper.



7. Prévention

Accéder au monde du travail est certainement le meilleur moyen pour un jeune de se glisser dans ce monde des adultes qu'il envie mais qui l'effraie.

Le choix d'une profession est donc capital et il est déterminant pour l'acceptation des contraintes d'un emploi quel qu'il soit, que celui-ci soit à l'image de ce que le jeune en pensait. La connaissance du futur métier permettra donc d'éviter des erreurs d'orientation malheureusement si fréquentes.

Important aussi est l'accueil fait au jeune dans l'entreprise. La notion de respect, si réclamée par les adolescents, doit être de mise chez les employeurs : respect de la réglementation, et plus largement respect des personnes afin que les premières expériences professionnelles ne soient pas vécues comme une période négative.

La plupart des maîtres d'apprentissage l'ont d'ailleurs compris, puisque 85 % des jeunes se disent satisfaits de leur formation et que la plupart des «emplois jeunes» ont une opinion positive sur leur intégration professionnelle.

Quant aux problèmes plus terre à terre de risque professionnel, ils devront faire l'objet d'une information efficace dans la formation qualifiante ou dès l'intégration dans le poste. De nombreux médecins du travail interviennent déjà dans les CFA ou avec les organismes de formation dans cet esprit.

Conclusion

La photographie des jeunes au travail est en demi teinte.

D'une part, de nombreux jeunes encore exclus du monde du travail traînent de stage en petits boulots, certains à la limite de la déviance comportementale.

D'autre part, une montée en force des formations par alternance permettant des intégrations professionnelles réussies.

Les troubles de santé observés chez les jeunes, santé physique, mentale, sociale ne sont de toutes façons que le reflet exacerbé de ceux des adultes en proie à une mutation du travail peu favorable à l'individu.

Madame le Docteur Maryvonne GOURNAY

*Médecin Inspecteur Régional du Travail
de Basse-Normandie*

Les structures d'accès aux soins pour les jeunes

ASSOCIATION D'JUNES

Une structure d'accès aux soins pour les jeunes



L'Association D'JUNES (Dynamique Jeunes pour Une Nouvelle Ecoute Santé) a été créée en 1995. à l'initiative de partenaires locaux œuvrant auprès du public jeune 10/25 ans sur des champs d'actions différents (santé, éducation, formation, emploi) mais complémentaires. Elle est agréée par le Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales en tant que **Point Accueil Jeunes**.

La finalité de l'Association vise à promouvoir une démarche plus autonome vers la santé en favorisant les changements de comportement dans la perspective plus générale d'une meilleure insertion sociale et professionnelle.

Dans cette optique, l'association a une démarche de santé globale visant le bien-être physique, psychologique et social. Cette démarche implique un travail en réseau avec différentes structures (santé, social, éducation, culture) permettant une meilleure circulation de l'information et ainsi une complémentarité dans les réponses.

Pour mener à bien ce projet d'éducation et de promotion à la santé, D'JUNES propose :

1) un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation en matière de santé (ouvert du lundi au vendredi, de 10h - 12h/15h - 18h)

2) des permanences spécifiques d'écoute individuelle animées par un médecin gynécologue et une psychologue clinicienne. Ces permanences s'inscrivent dans la prévention du mal-être et des conduites à risque et ont pour objectif d'accompagner le jeune dans une démarche de soins, (lorsque le diagnostic le nécessite), vers l'extérieur auprès des praticiens compétents.

3) des séances d'information et de sensibilisation santé animées avec le service d'action sanitaire et sociale et de prévention de la CPAM et l'IRSA.

Cette action est le fruit d'un partenariat avec la Mission Locale et le Conseil Régional et cible le public 16/25 ans en formation professionnelle.

Ces séances ont pour objectifs de sensibiliser les participants à leur propre santé et de faciliter l'accès aux soins.

4) la mise en place d'actions d'éducation et de prévention santé à la demande des jeunes ou des professionnels.

Dans ce cadre, plusieurs types de structures sont concernées :

- Collèges, Lycées
- Foyers de Jeunes Travailleurs, Maisons des Jeunes et de la Culture,
- Centres de loisirs, Point Info Jeunesse
- Organismes de formation

Deux projets sont plus particulièrement développés dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé «La relation amoureuse et la sexualité» et «Les conduites addictives».

5) un appui technique proposé à des équipes de travailleurs sociaux ou d'animateurs, pouvant se traduire par une aide au montage de projet ou par la mise en place d'une formation effectuée en partenariat avec les structures compétentes.

L'association D'JUNES touche environ 2000 jeunes par an. L'accueil est anonyme et gratuit.

Association D'JUNES
8 rue Saint Vincent de Paul - BP 1014
14020 CAEN CEDEX 3
Téléphone : 02.31.34.89.88

Il est important de préciser que d'autres structures œuvrent pour faciliter l'accès aux soins des jeunes mais aussi des adultes.

Voici quelques exemples d'actions :

A.M.C.E. (Association Médicale Contre l'Exclusion)

79 rue du Général Moulin - 14000 CAEN
Tél. : 06.11.02.17.60

L'AMCE exerce sa mission auprès des populations défavorisées depuis cinq ans. Les consultations médicales se font au cabinet médical situé à la Boussole - 36 quai Hamelin à Caen. En cas d'impossibilité de déplacement des malades, le médecin d'astreinte se rend dans les foyers. Il existe des consultations de spécialistes notamment de dermatologues.

Les soins sont gratuits et les médicaments sont fournis par Pharmaciens Sans Frontières.

Un projet de cabinet dentaire est en cours de réalisation et devrait aboutir en 2003.

Le Relais Croix Rouge

51 rue Gémare - 14000 CAEN
Tél. : 02.31.86.89.20

C'est dans le cadre du PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) que s'inscrit l'action du Relais Croix Rouge associant la Croix Rouge Française, la Congrégation de la Miséricorde et la Fondation de la Miséricorde.

Le Relais Croix Rouge a pour vocation d'aller à la rencontre des personnes démunies afin de les aider à accéder à la prévention et aux structures de soins de droits communs dans les meilleures conditions.

Le Relais Croix Rouge est créé depuis octobre 2000.

L'activité est composée de 3 missions majeures :

- accompagnement et suivi social
- accompagnement sanitaire
- soins infirmiers proprement dits.

CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)

Boulevard Weygand - 14000 CAEN
Tél. : 02.31.45.79.41

Depuis plusieurs années, la C.P.A.M. du Calvados n'est plus seulement un organisme de règlement de prestations, mais développe une politique d'Action Sanitaire et Sociale et de prévention. Afin de mener à bien cette politique, elle a regroupé au sein d'un même service, le Service d'Action Sanitaire et Sociale (SASS), trois secteurs d'intervention:

- les aides exceptionnelles
- DETRES (Détection et Traitement de l'Exclusion Sociale)
- L'Education pour la santé.

Madame Savoye
Association D'JUNES

Prévention de la délinquance chez les jeunes

Lorsque l'on reprochait à Socrate de corrompre la jeunesse, on invoquait la part d'esprit critique que le sage tâchait d'insuffler à ceux qui, à son exemple, s'engageaient sur la voie escarpée du questionnement. S'insurgeant contre tant d'outrecuidance, les critiques d'alors craignaient qu'en fait d'irréligiosité, un mal plus général en vienne à s'insinuer jusqu'au cœur même du corps social, une forme d'épidémie à la Gorgias en quelque sorte.

Comme souvent, et avec les précautions d'usage, l'emprunt à l'Antiquité permet de mesurer la permanence de l'exemple. Lorsqu'elles sont liées, la question de la jeunesse et celle de la morale civique demeurent toujours susceptibles de tension.

Poser le problème de la prévention de la délinquance chez les jeunes à un policier, c'est aussi bien le solliciter sur le sentiment qu'il recueille de l'implication des jeunes gens dans la commission des actes de délinquance que se proposer de l'accompagner dans sa réflexion sur les causes de ce phénomène et le rôle de la Police en termes de participation à l'élaboration de solutions durables.

(Re) créer du lien

Oser est plus important qu'innover.

Le concept de Police de Proximité permet de décliner les missions de Police autour des axes traditionnels que sont la prévention, la dissuasion et la répression, sans pour autant isoler leur mise en œuvre au sein de savoir-faire parfaitement distincts voire antinomiques.

Le policier du XXI^{ème} siècle doit être en mesure de se réappropriier la totalité des fonctions qui fondent sa légitimité.

Si la proximité est naturellement conçue comme davantage d'immersion au sein de la vie de la Cité, le fonctionnaire de Police doit se montrer capable d'appréhender le lien social (*à la consolidation duquel sa qualité de « Gardien de la Paix » le prédispose à participer activement*) aussi bien que le fil conducteur qui rend cohérente son action au quotidien. La faculté d'analyser le rapport des jeunes à la délinquance s'inscrit également dans une telle optique, puisque l'on ne saurait prétendre s'interroger sur ces problématiques sans agréger à la réflexion la question du comportement, de l'exemplarité et de la responsabilité de l'adulte.

Choisir de convoquer Socrate, cet initiateur d'intelligence, au début de la présente contribution n'était pas innocent.

L'étude des statistiques permet d'établir une large participation des mineurs dans les faits de délinquance violente (*dans le ressort des Circonscriptions de Police du Calvados et pour l'année 2001, 45,5 % des mis en cause pour des vols avec arme blanche, 54,6 % pour les vols avec violences sans arme, 57,5 % pour les mauvais traitements à enfant*) et de dégradations (*53,4 % des mis en cause pour les atteintes à la chose et à l'ordre public, 43,9 % pour les incendies de biens privés*).

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les chiffres. En procurant une idée de la réalité, ils ne manquent pas de renvoyer l'observateur à la part de responsabilité collective dans la dégradation des rapports au sein de la société. Car, en effet, qui se montre aujourd'hui totalement respectueux de l'autre ? qui se montre capable de dire le bien ? qui se sent assez assuré pour s'opposer à la violence ? qui sait simplement dire « non » ?

On peut convenir qu'aux yeux du policier s'offre le spectacle peu engageant d'une friche éducative. Mais il y aurait beaucoup d'hypocrisie à désigner le phénomène sans se sentir solidairement impliqué.

Or donc, Socrate questionnait. Non seulement ce questionnement ne semble plus à l'ordre du jour mais, le serait-il, il manquerait singu-

lièrement de perspective. En quoi pouvons-nous puiser l'enthousiasme ?

Se demande-t-on comment bien vivre ensemble ? Et pourquoi vivre en société ? Comment reconnaître en autrui un alter ego ? Comment créditer le moindre bien matériel de la valeur due à la peine prise pour sa confection, des privations consenties en vue de son acquisition ?

C'est assurément un lieu commun de déclarer que la délinquance, et particulièrement la violence, ne sont pas un mode d'expression anodin. La violence est une négation.

Prévenir chez les jeunes le recours à de tels comportements est à la fois une question d'audace ... et de volonté de travailler en partenariat.

Police Nationale et Gendarmerie sont en mesure d'aider à l'établissement du diagnostic. Or, elles ne détiennent qu'une partie des réponses et l'efficacité de ces réponses dépend de leur articulation avec les actions conduites par les autres partenaires sociaux.

En rencontrant les jeunes gens sur leur lieu de vie, en participant aux réunions organisées à l'initiative du milieu associatif, en se déplaçant dans les écoles avec la piste routière, en sensibilisant sur le racket, l'usage des stupéfiants, le policier, à la place qui est la sienne et avec les moyens qui sont les siens, privilégie la responsabilisation et stimule en vue d'une prise de conscience.

Prévenir, c'est proposer, inviter à prendre conscience, susciter l'intérêt, appeler l'adhésion.

Ad augusta per angusta

Chacun dans leur domaine, mais toujours les uns en liaison avec les autres (et il convient à cet égard de se signaler par une grande propension à l'ouverture), enseignants, éducateurs, policiers, magistrats, médecins, bref, tous les intervenants sociaux, œuvrent quotidiennement à l'intégration des plus jeunes dans une société complexe où il ne faut craindre ni de faire preuve d'exigence ni d'en inculquer le goût.

Le plus petit dénominateur d'une telle mobilisation échappe aux simplifications abusives. Les moyens à mettre en œuvre pour tendre à une véritable concorde sociale font l'objet de conceptions multiples. Il n'en demeure pas moins qu'au creux de la notion de prévention prévaut une intuition : l'exemplarité pourrait bien se révéler déterminante pour peu qu'elle soit mise en œuvre, par chacun de nous, dans sa sphère professionnelle.

Commençons à nous demander si l'amour du travail bien fait, la passion qui pousse à s'investir au service des autres n'est pas au fondement même de toute prévention.

Pour replacer l'humain au centre des préoccupations de nos contemporains, il convient de réapprendre à parler de nos engagements, de la valeur que nous reconnaissons aux êtres et aux choses.

« Réponds-moi, sans reprendre les termes de ma question, imite plutôt ce que je fais » (Phédon 105 b 5-6).

Alors Socrate revient, avec la question de l'agir bien, interrogeant ces « jeunes » que l'on considère avec tant de condescendance ou de distance : ceux qui sont nos enfants et les compagnons de nos enfants.

Monsieur Jean-Marc URVOIS

Capitaine de Police

Chef des Bureaux d'Etat-Major

à la Direction Départementale de la Sécurité Publique du Calvados

Organisation des Institutions Judiciaires concernant les mineurs

La Justice s'intéresse à la jeunesse en ce que les jeunes de moins de 18 ans sont incapables d'agir juridiquement et nécessitent de par leur personnalité un statut protecteur.

Le principe est clair : le mineur est sous la responsabilité des titulaires de l'autorité parentale. **“ L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émanicipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité ”** (article 371-1 du code civil – loi n°2002-305 du 4 mars 2002).



Les parents sont les premiers éducateurs et ce n'est qu'à titre exceptionnel, que l'Etat, notamment par ses institutions judiciaires, peut s'arroger le droit d'intervenir en cas de défaillance des parents dans l'exercice de l'autorité parentale. Ce sont donc ces diverses situations dérogoratoires qui intéressent le présent article.

1- Le JUGE DES TUTELLES et l'absence d'autorité parentale

Si l'un des père et mère décède ou se trouve privé de son autorité parentale par son impossibilité de manifester sa volonté en raison de son incapacité ou de son absence ou de toute autre cause, l'autre parent exerce seul cette autorité.

Si les deux parents décèdent ou sont dans l'impossibilité ci dessus décrite, une tutelle doit être ouverte auprès du juge d'instance dans le ressort duquel le mineur concerné a son domicile. Le tuteur désigné sera un des proches de la famille ou à défaut le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du département. Le tuteur prend soin de la personne du mineur, le représente dans tous les actes de la vie civile et administre ses biens.

Ainsi, dans les cas où un mineur se retrouve sans aucun parent, la priorité de la justice sera de saisir le juge des tutelles afin de désigner un représentant légal qui suppléera l'absence de titulaire de l'autorité parentale.

2- Le JUGE AUX AFFAIRES FAMILIALES, arbitre des désaccords des titulaires de l'autorité parentale

«Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale» (article 372 du code civil - loi n°2002-305 du 4 mars 2002). Ils doivent se mettre d'accord pour les choix fondamentaux (choix religieux, orientation scolaire, choix thérapeutiques importants,...); pour les actes usuels de la vie, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre .

Si les parents ne parvenaient pas à s'accorder, la pratique qu'ils avaient antérieurement leur tiendrait lieu de règle. A défaut d'une telle pratique, ou en cas de contestation, un des parents peut saisir le juge aux affaires familiales (JAF) qui tranchera après avoir tenté de les concilier.

En cas de séparation des parents, le juge statue sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale en prenant en considération la pratique des parents, les sentiments exprimés par le jeune, l'aptitude de chacun des parents à assumer ses devoirs et à respecter ceux de l'autre, les expertises et enquêtes sociales ordonnées.

Nous voyons ainsi que le JAF intervient afin d'arbitrer les conflits entre les titulaires de l'autorité parentale qu'ils soient séparés ou non ; il peut être saisi par l'un des deux parents ou par le procureur de la république.

3- Le JUGE DES ENFANTS : l'autorité parentale sur l'enfant en danger

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) ou de retrait de l'enfant de son milieu familial peuvent être ordonnées par le juge des enfants si les parents refusent la mise en oeuvre de mesures proposées par l'ASE. En effet, si les parents sont demandeurs de telles mesures, le conseil général (ASE) peut prendre des mesures similaires.

Ce magistrat est saisi par le jeune lui-même, les parents, les gardiens de droit ou de fait de l'enfant ou par le procureur de la république. Aucune autre personne ou institution n'est habilitée, en vertu du code de procédure civile, à solliciter directement le juge des enfants ; le médecin, le chef d'établissement scolaire, l'ASE,... doivent signaler les situations d'enfants en danger dont ils peuvent avoir connaissance au procureur (substitut des mineurs), seule institution juridiquement autorisée à saisir le juge.

Avant de prendre sa décision, le juge ordonne le plus souvent des mesures d'investigations, d'enquête sociale afin de parfaire sa connaissance de la situation. En urgence, le service éducatif auprès du tribunal (SEAT) peut effectuer une enquête rapide .

Ensuite, après un débat judiciaire contradictoire, le juge des enfants apprécie souverainement s'il y a lieu ou non d'ordonner une mesure éducative pour l'exécution de laquelle il pourra requérir le service public de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ou le secteur privé habilité. Toutefois, lorsque le magistrat décide du placement d'un jeune dans un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, il ne peut le faire qu'avec un avis médical circonstancié (article 375-9 du code civil – loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

4- Une autorité parentale évanescence

A l'heure où l'on ne cesse de parler de la parentalité, force est de constater l'évolution législative vers une plus grande autonomie de l'enfant, vers une plus grande reconnaissance juridique du mineur sans doute au détriment des prérogatives de l'autorité parentale .

D'incapable juridique, le mineur devient un sujet de droit. Il peut saisir le juge des enfants pour demander des mesures de protection ; il est entendu par le juge aux affaires familiales lors du divorce de ses parents .

Si ses intérêts sont en opposition avec ceux de ses parents, un administrateur ad hoc est désigné pour protéger les droits du jeune. Le recours à ce tiers est même possible quand le mineur est victime d'une infraction pénale et lorsque la protection de ses intérêts n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux ou par l'un d'entre eux . Les parents sont ainsi, par la désignation du mandataire ad hoc, dépossédés de leur pouvoir de représentation des intérêts de leur enfant.

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse et à la contraception va dans le même sens en ce qu'elle permet , pour échapper au désaccord des parents , à la jeune femme de se faire accompagner par une personne majeure de son choix afin de réaliser les démarches prévues dans le code de santé publique pour l'interruption de grossesse.

La loi n°2002-35 du 4 mars 2002 (article 17 II) prévoit le même processus pour les mineurs étrangers qui, sans représentant légal sur le territoire français, demandent à se voir reconnaître la qualité de réfugié politique : un administrateur ad hoc est désigné afin de les assister dans ces démarches administratives et juridictionnelles.

Monsieur Xavier PAVAGEAU

Substitut des Mineurs - Tribunal de Caen



L'Agenda de l'ado a été conçu en 1999 par l'Académie de Rennes et l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne,

- avec la participation d'élèves de troisième, de responsables éducatifs, de médecins libéraux et scolaires, de parents,...

- avec la collaboration scientifique et technique du Pr Alvin, Chef du service de médecine pour adolescents du CHU Kremlin Bicêtre, d'Evelyne Brisou-Pellen, écrivain, de Loïc Schvartz, illustrateur,...

- avec le soutien du ministère de l'Education Nationale.

- Une diffusion nationale à partir de l'édition 2002-2003.
- **Une diffusion testée en Basse-Normandie sur 11 collèges sous l'impulsion de l'académie de Caen et de l'Union régionale des médecins libéraux de Basse-Normandie.**
- Une diffusion ciblée sur les élèves de 3^{ème}.
- Une diffusion gratuite.

Pourquoi un agenda ? Parce que c'est un support utilisé au quotidien par les élèves.

Les trois objectifs de l'Agenda de l'Ado sont :

- proposer aux adolescents un outil éducatif conforme à leurs centres d'intérêt,
- favoriser le dialogue entre les adolescents et leur entourage,
- proposer aux équipes d'établissement un support éducatif.

Un thème est abordé chaque mois,

avec des réponses, des conseils et des réflexions adaptés :

- Vivre ensemble
- Stress
- Image de soi
- Alcool - drogue - tabac
- Alimentation
- Sport
- Maltraitance
- Sexualité
- Brevet

Le support

- 384 pages en quadrichromie
- poids : 440 gr
- couverture : 300 gr
- intérieur en papier satiné : 80gr
- jaquette transparente
- marque page



URML de Basse-Normandie

Dr N. Nabet - E. Hugues - 02.31.34.21.76

ACADEMIE de Caen

Dr Y. Dolley - 02.31.30.15.00 poste 116

Dr M.-F. Blanchetière - 02.31.45.95.29

Dr C. Duchemin - 02.33.32.51.47

Dr V. Onufryk - 02.33.06.92.29

Quelle prise en charge pour les malades atteints d'Alzheimer en Basse-Normandie

La maladie d'Alzheimer résulte de lésions dégénératives cérébrales se révélant par des troubles progressifs de la mémoire des faits récents ; elle entre dans le cadre général des démences dont le mécanisme physiopathologique peut être vasculaire ou dégénératif (on parle de «maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés»).

En appliquant la valeur moyenne nationale estimée à partir des résultats de l'enquête PAQUID¹ (4,3 pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus), la **prévalence**² de l'ensemble des **démences** en Basse-Normandie serait de 10 600 personnes en 2000 (sur 247 000 personnes composant cette tranche d'âge³). Cet effectif est cohérent avec l'estimation faite pour la région sur la base des résultats de la même étude : entre 8 300 et 11 000 personnes seraient atteintes de démence en Basse-Normandie en 2000 (entre 11 000 et 14 000 à l'horizon 2010)⁴. La prévalence de la **maladie d'Alzheimer** est estimée à 3,1 % au niveau national dans la population âgée de 65 ans ou plus et représenterait entre 50 % et 70 % de l'ensemble des démences selon les estimations, soit entre 4 150 et 5 500 personnes atteintes en 2000 dans la région. Du fait de sa nature dégénérative, la maladie d'Alzheimer voit sa prévalence augmenter exponentiellement avec l'âge, ce qui explique sa progression avec le vieillissement des populations (selon les études PAQUID et EURODEM, 1999).

En ce qui concerne l'**incidence**⁵, on estime, toujours sur la base de l'étude PAQUID, que le nombre de nouveaux cas annuels de démence est de 16 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus et de 12 pour 1 000 pour la maladie d'Alzheimer, soit respectivement 3 950 et 2 960 nouveaux cas en 2000 en Basse-Normandie.

Préoccupation majeure de santé publique pour les années à venir par l'accroissement du nombre de cas, les démences posent un réel problème de prise en charge tant en institution qu'à domicile où les familles sont trop souvent seules à faire face.

C'est pourquoi la Fondation Médéric Alzheimer a demandé à la Fédération nationale des ORS de réaliser dans toutes les régions un recensement des structures et modalités existantes de prise en charge spécifique des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés ; à ce recensement s'ajoute celui des éventuels dispositifs existants d'aide aux aidants (famille, entourage, bénévoles, professionnels).

Pour que ce recensement soit homogène dans toutes les régions et harmonisé dans sa réalisation, un groupe d'ORS associé à la Fédération Nationale des ORS⁶ a élaboré une méthode et un outil de recueil d'informations, qui seront utilisés dans toutes les régions après avoir été testés par cinq ORS (Alsace, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Provence Alpes Côte d'Azur).

La méthode repose sur une enquête par voie postale et auprès de personnes ressources dans les quatre champs suivants :

1. les établissements d'accueil pour personnes âgées
2. les centres ou lieux spécialisés
3. l'aide aux aidants
4. les études locales sur les démences et leur prise en charge

L'évaluation de la faisabilité de la méthode de recueil est en cours (second semestre 2002) sur la base des fiches de synthèse des informations établies pour les cinq régions test (une fiche par département et une fiche récapitulative au niveau régional).

¹ Salamon R., Dartigues J.F., Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer : l'expérience PAQUID, Bull Acad Natle Méd, 1999.

² Prévalence : nombre total de cas présents à un moment donné.

³ Estimation de population au 1er janvier 2000.

⁴ Lezin B., Estimation du nombre de personnes atteinte de démence en Basse-Normandie», Bruno Lezin, ORS, 2001, (étude financée par le Conseil Régional).

⁵ Incidence : nombre de nouveaux cas survenus dans un temps donné.

⁶ Groupe composé des ORS suivants : Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Lorraine, PACA et la FNORS

Docteur Albert COLLIGNON

Médecin de santé publique

Madame Elen LEGENDRE-CHATIZEL

Chargée d'études

ORS de Basse-Normandie

Guide interactif des établissements d'hébergement et Services d'aide à domicile pour personnes âgées en Basse-Normandie

L'ORS vient de mettre en ligne sur son site un **Guide Interactif** des **Etablissements d'hébergement** et **Services d'aide à domicile** pour **Personnes Agées** en Basse-Normandie (**GIESPA**).

Etabli sur la base des réponses à une enquête réalisée par l'ORS en 2001 à la demande du Conseil Régional, ce guide constitue un système d'information actualisable concernant l'ensemble des établissements d'hébergement et des services d'aide à domicile existant en Basse-Normandie. Il permet d'effectuer des recherches selon les caractéristiques des prestations offertes ou selon un critère géographique de localisation ou de couverture (commune, canton, circonscription d'action sociale).

Il offre en outre la possibilité aux établissements et services de mettre à jour directement les informations les concernant : cet outil de recherche est accessible sur le site de l'ORS-BN :

<http://www.orsbn.org>

Guide Interactif
des Etablissements d'hébergement et Services d'aide à domicile
pour Personnes Agées en Basse-Normandie



Une réalisation de l'ORS de basse-Normandie
avec la participation du Conseil Régional de Basse-Normandie

2002

Monsieur Sébastien PROVOT

Animateur en nouvelles technologies

Docteur Bruno LEZIN

Chargé d'études

ORS de Basse-Normandie

Acteurs et actions en éducation pour la santé

Introduction

L'action d'éducation pour la santé peut permettre une diminution de la mortalité prématurée (décès avant 65 ans). Plus de la moitié de ces décès pourraient être évités par des actions sur les systèmes de soins ou les facteurs de risques individuels : soit pour la Basse-Normandie, 58% des décès masculins et 52% des décès féminins. Aussi, l'Etat a-t-il demandé à chaque DRASS de lancer un Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS), ayant pour ambition d'organiser une action publique d'éducation pour la santé, en s'appuyant notamment sur un état des lieux quantitatif et qualitatif des ressources humaines existantes. La DRASS a chargé l'ORS de réaliser l'état des lieux des acteurs et actions en éducation pour la santé.



Matériel et méthode

L'enquête a été réalisée par voie postale en mars 2002 auprès de 818 organismes inscrits dans le domaine social ou médico-social en Basse-Normandie. Tous étaient amenés, en fonction de leur propre perception de l'éducation pour la santé, à déterminer si tout ou partie de leur activité s'intégrait dans une démarche éducative pour la santé, et ce au cours des cinq dernières années précédant l'enquête. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire et analysées par le logiciel SPAD 5.0.

Résultats

174 structures ont répondu dont 137 ont déclaré avoir participé de manière directe ou indirecte, ponctuelle ou régulière, à la réalisation d'actions d'éducation pour la santé.

Parmi les 137 organismes ayant réalisé des actions au cours des cinq dernières années :

- 52% ont bénéficié d'un financement.
- 72% ont un statut associatif.
- Moins d'1/3 font de la promotion de la santé leur mission principale.
- Les organismes qui visent particulièrement les jeunes et l'action, s'orientent vers les MST-SIDA, la contraception, la sexualité et la toxicomanie. L'éducation pour la santé des populations âgées et précaires concerne plutôt l'accès aux soins. Enfin celle des adultes et populations professionnelles se concentre autour du sujet alcool.
- 9 organismes sur 10 travaillent en partenariat. Les partenaires s'investissent dans la réalisation de l'action et/ou dans son financement.
- En 2001, 11 bénévoles et 6 salariés, soit 4 équivalents temps plein en moyenne par organisme, intervenaient dans ces actions.
- Seulement 11% des organismes réalisent des actions dans l'ensemble de la région, 57% à l'échelon départemental et 32% ont une zone d'activité infra-départementale. C'est dans la Manche qu'il y a eu le plus d'actions réalisées.

69% des organismes n'ont pas réalisé toutes les actions qu'ils projetaient de faire par manque de temps et/ou de moyens matériels, manque de financement, de personnel et de partenaires.

Parmi les 37 organismes n'ayant pas réalisé d'actions mais souhaitant le faire :

- 77% souhaiteraient travailler en partenariat et rechercher une collaboration financière.
- Ils aborderaient la santé globale et le bien être, la violence et maltraitance, l'alcool et la nutrition. Leurs cibles seraient les familles/enfants, la population générale, les jeunes et les handicapés ainsi que les personnes âgées.
- 2 organismes réaliseraient des actions à l'échelon régional, 21 en réaliseraient au niveau départemental et 12 au niveau infra-départemental. Ce serait dans le Calvados qu'il y aurait le plus de projets d'actions non réalisés.

Conclusion

En raison du nombre important de petites associations qui existent dans notre région dans le domaine social et médico-social, ainsi que des grandes institutions, il est quasiment impossible d'appréhender toutes les activités en éducation pour la santé. Cette enquête a néanmoins permis de mieux connaître les principaux acteurs et les actions au cours de ces cinq dernières années, ce qui la justifie pleinement. La multiplicité des intervenants aux statuts très divers ainsi que les nombreuses actions ponctuelles, révèle un manque de coordination entre les acteurs.

Mettre en place un programme d'éducation pour la santé, demande à chacun, financeurs et organisateurs, de parler un même langage et d'avoir les mêmes objectifs. D'autant que la difficulté de l'éducation pour la santé n'est pas tant de faire évoluer les connaissances, mais les attitudes et les comportements.

DOCUMENTATION RECENTE



Le service de documentation est ouvert :
tous les jours de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h :

Appeler pour prendre rendez-vous :

Laurence BURNOUF au 02.31.436.650 ou écrivez-lui l.burnouf@libertysurf.fr

La Lettre de l'ORS est adressée gratuitement sur demande. Pour la recevoir, contacter l'ORS par courrier, téléphone, télécopie ou mail.

AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA, L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants évolution, COLLEC-TION SCIENCES SOCIALES ET SIDA, 2002, 112 pages

AIDES, Usage de drogues : Réduction des risques, accès aux soins, désir d'enfant, substitution, prévention, hépatites, VIH, droits, REMAIDES NUMERO SPECIAL, 2002, 47 pages

BAUDIER F., La prévention du tabagisme en France au cours des années 1997-1999, SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE - SANTE PUBLI-QUE N°4, 2002, p. 403-410

BEH, Séroconversions professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France, le point au 30 juin 2001, N°12, 2002, 4 pages

BEH, Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens, N°18, 2002, 4 pages

BEH, Sécurité sanitaire, tatouage et piercing, des pratiques professionnelles à risques, N°4, 2002, 4 pages

BINDER P., CHATAUD F., BALIMA S., SAILLARD C., TAUGOURDEAU R., CHOQUET M., Enquête de santé perçue auprès de 3800 adolescents d'un département français : aspects méthodologiques, SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE - SANTE PUBLIQUE N°4, 2002, p. 367-378

CARTON M., GOLDBERG M., LUCE D., Exposition professionnelle aux poussières de bois. Effets sur la santé et valeurs limites d'exposition, RESP VOL. 50 N°2, 2002, p. 159-178

COLVEZ A., CARRIERE I., CASTEX A., FAVIER F., Recherche d'une typologie des consommations médicamenteuses des personnes âgées vivant à domicile, RESP VOL. 50 N°2, 2002, p. 121-134

COMITE REGIONAL D'EDUCATION POUR LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE, Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : Contribution à l'élaboration d'un langage commun, 2002, 101 pages

COMMISSION DE LA SECURITE DES CONSOMMATEURS, Sports d'hiver : les avalanches et le hors-piste. Une norme pour la location de skis. Guide : apprendre la montagne pour des vacances cool, CSC DOSSIER N°47, 2002, 4 pages

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Le rôle du médecin face aux maltraitances, MEDECINS N°5, 2002, 16 pages

COPPIETERS Y., PIETTE D., Approche qualitative de la prise de conscience du risque professionnel chez les adolescents, SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE - SANTE PUBLIQUE N°4, 2002, p. 379-388

COULOMB S., DUBURCQ A., MARCHAND C., PECHEVIS M., Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001, OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANES, 2002, 86 pages

DREES, La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire, ETUDES ET RESULTATS N°155, 2002, 8 pages

DREES, Les fonds d'aide aux jeunes : bilan de l'année 2001, ETUDES ET RESULTATS N°173, 2002, 8 pages

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La santé en France 2002, 2002, 410 pages

INSEE BASSE-NORMANDIE, La population active bas-normandes aux recensements de la population de 1990 et 1999. De profonds bouleversements sur le marché du travail, CENT POUR CENT BASSE-NORMANDIE N°106, 2002, 6 pages

INSTITUT DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES SUR LES BOISSONS, 1. Alcool et humeur : déprime et/ou euphorie ? 2. Toxicité et dommages sur la cellule nerveuse induits par l'éthanol, RECHERCHE ET ALCOOLOGIE N°23, 2002, 4 pages

INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES, Séparation et divorce : quelles conséquences sur la réussite scolaire des enfants ?, POPULATION ET SOCIETES N°379, 2002, 4 pages

LEBEAU B., La réduction des risques à l'épreuve de la cocaïne, SOCIETE EUROPEENNE TOXICOMANIES HEPATITES SIDA - THS LA REVUE VOL IV N°13, 2002, p. 737-740

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, La campagne de sensibilisation et de prévention des maltraitances et des violences sexuelles : «Se taire, c'est laisser faire», 2002

OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances en 2002, TENDANCES N°19, 2002, 4 pages

SUESSER P., LETRAIT S., WELNIARZ B., Carnet de santé de l'enfant, VIH et confidentialité : pratiques et attitudes des médecins et des familles, SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE - SANTE PUBLIQUE N°4, 2002, p. 389-402

TUBIANA M., Les adolescents et le tabac, SOCIETE EUROPEENNE TOXICOMANIES HEPATITES SIDA - THS LA REVUE VOL IV N°13, 2002, p. 757-762

URML DE BASSE-NORMANDIE, La pratique médicale dans les hôpitaux locaux de Basse-Normandie. Opinions et propositions
2002, 70 pages

URML - URCAM - ARH DE BASSE-NORMANDIE, Les problématiques de la démographie médicale en Basse-Normandie, 2002, 8 pages

Demande d'adhésion à retourner complétée à

Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

«Immeuble Le Trifide»
18 rue Claude Bloch
14050 Caen Cedex 4

Fax : 02.31.436.650

Article 5 des Statuts : Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le Conseil d'Administration qui statue lors de chacune de ses réunions sur les demandes d'admissions présentées.

Nom :

Prénom :

Organisme :

Adresse :

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

Téléphone :

Fax :

souhaite adhérer à l'ORS de Basse-Normandie en qualité de :



Personne physique (cotisation annuelle de 15 euros)

ou

Personne morale (cotisation annuelle de 100 euros)

Cette adhésion permet :

- D'être en contact avec d'autres acteurs de santé publique.
- D'avoir un accès privilégié à notre documentation (11 000 références).
- De recevoir en priorité nos bulletins, publications, rapports d'études, rapports d'activités.
- De participer aux travaux de l'ORS.
- De délibérer lors des assemblées générales annuelles.

Le nouveau site Internet de l'ORS

Notre site a changé d'adresse : <http://www.orsbn.org>

Comme vous avez pu le constater, le site Internet de l'ORS a changé. Nous avons tout d'abord acquis un nouveau nom de domaine plus parlant et plus facile à retenir : www.orsbn.org. L'extension «org» a été choisi du fait de notre statut d'association.

La charte graphique du site a également évolué. En effet le site actuel est plus convivial et permet une plus grande facilité pour accéder directement aux informations.

En page d'accueil, vous trouverez également une rubrique «Actualités» dans laquelle sont mises régulièrement à jour les principales informations régionales et nationales sur la santé, ainsi que les nouvelles données publiées ou à venir sur notre site.

Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Accueil Contact

Santé

- Les PRS
- Le PRAPS
- Le SROS

Indicateurs

- Score-Santé
- Le TBR
- L'Atlas
- Le GROG

Ressources

- Personnes âgées

Bienvenue

Le Site de l'ORS est consacré à la santé en Basse-Normandie

Actualités

10ème congrès national des Observatoires Régionaux de la Santé 15 et 16 mai 2003 à Clermont-Ferrand
détail

NOUVEAU!

Découvrez le Guide des établissements d'hébergement et services d'aide à domicile personnes âgées en Basse-Normandie
cliquez ici

Site optimisé i.e 5 affichage 800*600

En vertu de l'article 34 de la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

Monsieur Sébastien PROVOT
Animateur en nouvelles technologies de l'information et de la communication

Vous pouvez nous contacter : contact@orsbn.org

Directeur des Etudes : Albert Collignon - a.collignon@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Responsable-administratif : Mauricette Lefebvre-Margueritain - m.lefebvre@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Chargés d'études : Laurence Burnouf - l.burnouf@orsbn.org Tél. : 02.31.436.650 (documentaliste)

Isabelle Grimbert - i.grimbert@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Elen Legendre-Chatizel - e.legendre@orsbn.org Tél. : 02.31.436.650

Bruno Lezin - b.lezin@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Animateur en nouvelles technologies : Sébastien Provot - s.provot@orsbn.org Tél. : 02.31.436.650

Cette Lettre est éditée avec la participation et le soutien des organismes suivants :



Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

"Le Trifide", 18 rue Claude Bloch
14050 Caen Cedex 4

Directeur de la publication :
Dr Jean Robillard, Président

Rédacteur en chef :
Dr André Flachs, Vice-Président

Président du Conseil Scientifique :
Pr André Thouin

Maquette :
Laurence Burnouf

Impression :
Dauphin Com.Imprim'
Rue de la Haie au Blanc - BP 20
14370 Moulton
(tirage à 6 000 exemplaires)

