

Considérations sur les adolescents et la médecine préventive

Olivier Jeanneret

Institut de Médecine sociale et préventive de l'Université
Service de santé de la jeunesse du Département de l'Instruction publique, Genève

Résumé

L'évolution sociologique actuelle de l'adolescence et de la jeunesse entraîne des répercussions sur les facteurs de risque, qui ont fait passer au premier plan certains d'entre eux et à l'arrière-plan certains autres. La prévention appliquée aux facteurs actuellement prédominants s'avère difficile, mais le rôle de l'éducation sanitaire primordial.

En outre, pour saisir plus valablement la qualité de l'adaptation progressive à laquelle conduit en règle générale le passage de l'adolescence à l'âge adulte, il manque des critères d'appréciation de ce qu'il est convenu d'appeler la «santé positive», notion capitale pour les groupes d'âge à faibles mortalité et morbidité en particulier.

Une autre tâche qui attend la médecine préventive consiste à tenter de repérer dès cet âge les groupes et les individus à risque élevé vis-à-vis des affections dites dégénératives qui font leur apparition clinique dès la seconde moitié de l'existence.

Enfin, contrastant avec l'intérêt majeur que la science médicale porte aux phénomènes pubertaires, force est bien de reconnaître que l'adolescent, lui, reste souvent un «orphelin» de la médecine générale.

Il appartient aux praticiens et aux Services de santé de coordonner leur action respective en vue d'offrir aux adolescents les prestations rendues nécessaires par cette évolution.

Introduction

Si l'adolescence fait beaucoup parler d'elle depuis plusieurs années — et pas seulement depuis mai 1968 —, il n'apparaît pas que cette catégorie d'âge ait beaucoup attiré l'attention de la médecine en général ni de la médecine préventive en particulier.

Pourtant «aucune raison médicale ni sociologique n'autorise à considérer comme Niemandsland... cette phase si importante et complexe de notre développement» déclare E. Rossi en ouvrant la réunion annuelle des pédiatres suisses de 1967, consacrée précisément à la puberté [22].

Dans des traités classiques de santé publique et de médecine préventive [13, 17], le sujet n'est tout simplement pas abordé. Dans d'autres plus récents, par contre [2, 10], on trouve des chapitres complets et fort bien rédigés.

Cela n'a rien d'étonnant puisque d'autres groupes d'âge ont nécessité de la part des autorités de santé publique une attention prioritaire, tels les nourrissons et les vieillards — et ils l'exigent toujours dans la majorité des pays même industrialisés —; leur vulnérabilité reste vraisemblablement supérieure à celle des adolescents, dans la mesure évidemment où l'on peut apprécier adéquatement cette vulnérabilité par les seuls critères de la mortalité et de la morbidité [15]. Après avoir rappelé la situation de l'adolescence et de la jeunesse dans le contexte sociologique actuel en Occident, nous verrons dans quelle mesure la médecine préventive doit, pour ces groupes d'âge, s'adapter à cette situation, puis nous évoquerons rapidement des problèmes d'organisation.

Place des jeunes dans le monde contemporain

Plusieurs publications récentes [p. ex. 26] montrent la difficulté rencontrée à donner à ce groupe d'âge une définition et une délimitation acceptables en raison de la multiplicité et de la diversité des critères qui entrent en ligne de compte. Cependant, en pratique, du point de vue démographique, il est coutumier de la faire entrer dans la limite des 15 à 24 ans. Pour l'ensemble de la population du globe, les prévisions actuelles font attendre un doublement de son effectif entre 1960 et 2000: il passera de 519 à 1128 millions. En Suisse, il aura fallu attendre un siècle environ pour observer ce doublement: 472 000 en 1860, 833 000 en 1960. En proportion, ce groupe représente 17,1 % de la population totale, soit 1 personne sur 6.

Si des volumes entiers ont été écrits sur la place des jeunes dans le monde contemporain [p. ex. 25], ce qui nous importe ici, c'est de donner un aperçu qui permette de saisir mieux les implications médicales des récents changements. On peut résumer

comme suit les facteurs qui ont entraîné ces changements [26]:

a) transformations dans les structures familiales: besoin d'indépendance des jeunes, se manifestant par une séparation intervenant de plus en plus tôt d'avec le noyau familial;

b) déclin des structures des communautés traditionnelles, dû en partie au fait qu'elles se sont avérées inadaptées aux processus de développement technique et économique;

c) effets propres à ce développement lui-même, se manifestant en particulier par l'urbanisation accélérée et par la disponibilité accrue des moyens de communication et de déplacement;

d) évolution des mœurs, des institutions et des conditions économiques entraînant à la fois une entrée généralement plus tardive que jadis dans la vie active et aussi, paradoxalement, une augmentation sensible du pouvoir d'achat.

«Autant de déséquilibres qui introduisent dans la vie des jeunes des facteurs de désorganisation tout en leur donnant l'occasion de s'affirmer. Le monde moderne réserve aux jeunes une place d'une dimension nouvelle, tant en considération de la force numérique de la jeunesse qu'en raison du rôle spécifique qu'elle est capable de jouer dans les transformations qu'exige la poursuite du développement.» [26]

Implications pour la santé

Déséquilibres, facteurs de désorganisation, besoin de s'affirmer entraînent inévitablement de nouvelles attitudes, presque toujours des modifications du comportement et souvent des habitudes capables d'influer sur la santé, positivement ou négativement.

S'il est habituel de constater que, d'une manière générale, ce groupe d'âge n'exige que peu de prestations en matière de santé [11, 15], rien ne permet d'affirmer que l'ampleur

et la cadence de ces modifications n'entraîneront pas, à plus ou moins long terme:

– soit une augmentation des besoins (plutôt qu'une diminution),

– soit de nouveaux besoins,

– soit toutes les deux éventualités.

Comme les données épidémiologiques de base manquent encore, il est assurément trop tôt pour chercher à faire un bilan. Cependant, on peut tenter de brosser le tableau provisoire de quelques implications tout en mesurant son caractère forcément approximatif.

Par souci de concision, nous nous limiterons à trois facteurs faciles à identifier: les véhicules à moteur, le complexe tabac – alcool – médicaments – drogues et le comportement sexuel.

a) Les véhicules à moteur

On a comparé la satisfaction du besoin d'exploration chez le nourrisson au moment où il découvre le processus de la marche à celle de l'adolescent qui commence à se servir d'un engin motorisé à deux ou quatre roues.

Comme le rappelle *Logan*, au Royaume-Uni [15]:

– si les accidents in toto représentent les deux tiers des causes de décès chez les garçons et les jeunes hommes, ceux qui surviennent chez les jeunes «cyclomoteuristes» comptent pour 66 % de tous les accidents fatals du trafic entre 15 et 18 ans;

– alors que le taux de mortalité générale des filles de 15 à 19 ans a baissé de moitié durant la décade précédente, celui des adolescents masculins du même groupe d'âge est resté, de ce fait, stationnaire pendant la même période;

– *Lee* [14] a calculé que l'adolescent affronte un risque de 2,5 % environ chaque année d'être tué ou sérieusement blessé en circulant à vélomoteur.

Ainsi le vélomoteur «symbole de force et

d'indépendance du jeune qui se libère de la tutelle familiale» [15] constitue-t-il un exemple redoutable d'un agent pathogène trop souvent léthal: cyclomoteur dès 14 ans; motocyclette, légère ou lourde, dès 18 ans; voiture de sport, de plus en plus répandue chez les étudiants.

Devant le grand nombre de décès d'adolescents et de jeunes dans les accidents du trafic (chacun de nous en connaît dans son entourage proche ou lointain), quel peut être le rôle de la prévention? Si l'on tient à rester réaliste, il faut chercher à réduire la fréquence et la sévérité des accidents par un meilleur entraînement et des mesures techniques de protection et non point s'imaginer que l'on va pouvoir éliminer totalement ce risque en soi. A cette fin, et de toute évidence, le médecin à lui seul n'a que peu de moyens d'action. Mais avec l'aide des autorités, des instances et associations particulièrement concernées, des ingénieurs du trafic, des constructeurs de véhicules à moteur, voire des assurances, il peut beaucoup plus; encore faut-il inciter les bénéficiaires de ces mesures à se sentir concernés.

b) Le complexe cigarettes, alcool, médicaments, drogues

Autant il peut paraître arbitraire, voire téméraire, d'envisager ensemble ces facteurs si divers par leur essence et par leurs effets biologiques, autant s'aperçoit-on en parcourant la littérature récente [p. ex. 7] à quel point leur usage par l'adolescent et le jeune adulte procède de mécanismes psycho-sociologiques analogues qu'il faudrait décrire, mais dont nous nous bornerons à énumérer les quatre principaux:

- imitation du comportement de l'adulte (pour l'alcool et les cigarettes, par identification virile);
- bravade vis-à-vis de l'autorité adulte qui interdit et punit;

— pression de l'entourage contemporain à ne pas «être différent»¹ pression qui se manifeste aussi dans la diffusion de la mode vestimentaire par dessus toutes les frontières nationales de l'Occident, voire au-delà;

— attrait de la nouveauté, valable surtout pour les drogues à la mode et illustré particulièrement par la toxicomanie à la colle [12], restée l'apanage des adolescents et jeunes adultes, à notre connaissance.

Certes, on ne saurait prétendre que ces mécanismes soient propres à l'adolescent: les deux premiers s'observent couramment chez l'enfant et les deux derniers chez l'adulte, même moins jeune. Mais il semble bien que les adolescents et les jeunes les vivent d'une manière particulièrement intense, encore qu'à des degrés différents, d'une collectivité à l'autre.

C'est précisément dans cette différence que réside une des principales difficultés pour l'action préventive: il n'est pas possible, à partir d'une étude épidémiologique même très bien faite [cf. p. ex. 1, 9] portant sur une collectivité donnée, de transposer l'interprétation des résultats à une autre collectivité, tant le dosage des pressions, qu'elles soient commerciales, culturelles, sociales, familiales ou personnelles, diffère de l'une à l'autre.

En outre, rien n'empêche de supposer qu'à l'intérieur d'une même collectivité, ce même dosage varie si considérablement d'un individu à l'autre que toute mesure éducative adéquatement basée sur des motivations moyennes peut manquer son but si elle est offerte collectivement.

C'est dire que dans ce domaine la tâche de la médecine préventive, qui s'exerce principalement sous la forme de l'éducation sanitaire, paraît à la fois ardue et délicate: ardue

¹ Dans certains collèges des USA, celui qui refuse le «voyage» par le LSD est traité de «chicken»; entendez «poule mouillée».

parce qu'elle va plutôt à contre-courant de la majorité de ces pressions et parce qu'elle doit choisir entre l'usage de deux moyens extrêmes: la menace¹ et la publicité dont on connaît bien le succès dans la vente des cigarettes par exemple; délicate pour les deux principaux motifs suivants: d'abord son efficacité se mesure dans les faits et l'on sait bien qu'entre le changement d'attitude obtenu et la décision personnelle effective se place tout un enchaînement souvent négligé [27]; ensuite parce que le constat d'échec entraîne aussi bien le découragement des éducateurs que l'hésitation des promoteurs (instances privées ou officielles) à poursuivre le support financier de cet effort éducatif.

C'est ainsi qu'un des arguments les plus volontiers accepté par les adolescents et les jeunes contre l'usage de la cigarette, la diminution des performances sportives, n'est admis et, partant, efficace, que dans la mesure où l'activité et l'effort physiques représentent encore pour eux une valeur généralement haut placée.

c) Comportement sexuel

Le schéma représenté à la figure 1 tente de donner une vue d'ensemble des principaux facteurs que, dans la littérature récente, on invoque pour expliquer l'évolution actuelle de ce comportement.

Du point de vue psycho-sociologique, il faut, ici aussi, se garder de simplifications abusives à la faveur desquelles bon nombre d'adultes estiment pouvoir maintenir leur point de vue de censeurs.

Ceux qui connaissent bien les adolescents [23, 24] leur reconnaissent un code de moralité qui leur est propre dans lequel la fidé-

¹ Si la tendance actuellement observée se poursuit (aux USA), près d'un million de jeunes actuellement à l'école mourront du seul carcinome bronchique avant d'atteindre l'âge de 70 ans [8].

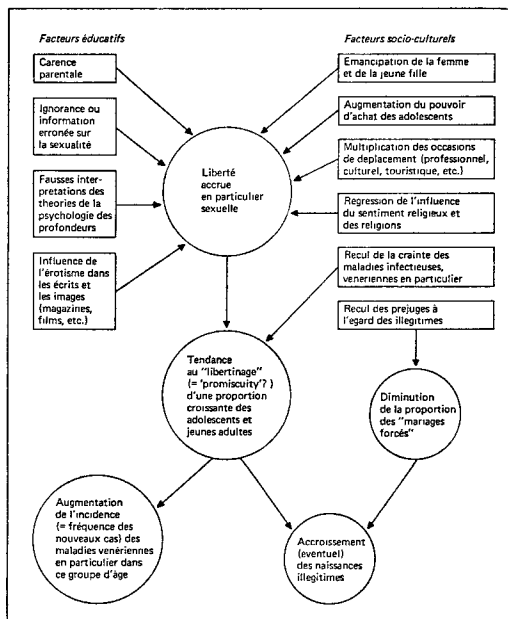


Fig. 1 Essai de représentation schématique des facteurs susceptibles d'expliquer l'accroissement actuel des cas de maladie vénérienne et de grossesse illégitime chez les adolescents et les jeunes adultes.

lité par exemple aurait remplacé la chasteté: «des préceptes tels que virginité, chasteté, vices, déshonneur, semblent bien trop inflexibles et impersonnels pour garder une signification valable pour nos jeunes. Ils les ont remplacé par une moralité personnelle dont sincérité et raison forment la base. Ceci promet de favoriser un développement sexuel plus sain chez l'adolescent. Appréciations calmement ce changement et considérons tout «dilemme sexuel de l'adolescent» comme le nôtre plutôt que le leur.» [23]

En fait, chez beaucoup d'adolescents et d'adolescentes¹ mais non chez tous, la séquence classique: amour romantique suivi

¹ Cf. l'héroïne du roman de Christine de Rochefort: Les enfants du siècle.

à plus ou moins longue échéance de relations sexuelles, est inversée et «l'évolution sexuelle de certaines jeunes filles se produit par une série de rapports ou d'aventures sexuels sans valeur (affective) les amenant graduellement à des relations plus... stables et émotionnellement complètes» [4].

Quelles que soient les explications sur le plan de la médecine préventive, deux implications majeures non seulement persistent mais prennent un peu partout une ampleur impressionnante: les maladies vénériennes et les grossesses illégitimes.

Ayant déjà traité de la première dans un article précédent [11], c'est à la seconde que nous nous arrêtons un instant.

Comme dans d'autres pays occidentaux, le taux britannique des *naissances illégitimes* — nombre de celles-ci rapporté à 1000 femmes célibataires — n'a cessé d'augmenter depuis la dernière guerre et il rejoint celui d'il y a un siècle [15]. Cependant, la proportion des naissances légitimées par le mariage semble croître, de même que la proportion des naissances illégitimes rapportées à l'ensemble des naissances.

Au Royaume Uni toujours, la moitié des premières naissances survient chez des femmes de moins de 24 ans. Or, sur ce total:

- une naissance sur quatre est illégitime,
- une autre naissance sur quatre survient dans l'espace de huit mois après le mariage [15].

C'est dire la part qui revient aux adolescentes et aux jeunes adultes.

Remarquons toutefois que l'intervention de nouveaux facteurs est susceptible de modifier ces tendances. A ceux présentés à la figure 1 s'ajoutent maintenant les moyens anticonceptionnels dont l'usage devient à la fois plus simple, plus sûr et plus généralement admis. A cet égard, il serait indiqué de refaire les sondages de *Logan* et *Goldberg* [16] et de *Schofield* [24] pour tenter de comparer cet usage avec ce qu'il était il y a

5 ou 15 ans dans les mêmes échantillons d'adolescents.

Ainsi une grande prudence sera toujours plus de rigueur dans l'interprétation de l'évolution future des taux et proportions des naissances illégitimes puisqu'il s'agit de la résultante de forces toujours plus nombreuses et agissant généralement en sens contraire.

Ici encore, c'est par l'*éducation sanitaire* que doit intervenir la médecine préventive. Si le thérapeute peut se charger d'une prévention tertiaire lorsqu'il met en garde l'adolescent qu'il soigne pour une maladie vénérienne, si l'accoucheur veut bien indiquer à la mère célibataire comment éviter une nouvelle grossesse avec autant de persuasion qu'il prend pour informer une primipare mariée comment espacer les naissances éventuellement souhaitées par la suite, c'est bien à l'éducation sexuelle dispensée par les parents ou à défaut par l'école que revient la responsabilité d'informer objectivement et à temps les adolescents; tout éducateur sait combien leur attention est vite éveillée par le contenu des magazines et des films — quand ce n'est pas par les émissions de la télévision réservées aux adultes.

A l'école, la position de l'éducateur doit respecter les convictions des élèves, ce qui n'est pas toujours aisé. Cependant on peut valablement exposer les indications des anticonceptionnels sur le plan de la démographie du Tiers-monde par exemple, pour en montrer la portée vitale pour la collectivité.

Dans un rapport intitulé: «Sex and the College Student» le «Groupe for the advancement of psychiatry» préconise ceci: «L'option qui consiste à offrir une information sur la contraception et non sur les contraceptifs eux-mêmes serait en accord avec le respect de l'autonomie de l'étudiant et placerait dans ses mains la responsabilité de se servir ou non de cette information» [5].

Cette position définit exactement celle adoptée à Genève par les médecins enseignants de la section «Education sanitaire» du Service de santé de la jeunesse, chargée par le Département de l'Instruction publique de l'information sexuelle dans les écoles publiques.

Orientation récente vers de nouvelles tâches

Les considérations qui précèdent illustrent les rôles largement nouveaux que la médecine préventive peut jouer auprès des adolescents et des jeunes adultes. En d'autres termes, elle se doit de sortir de l'ornière de ses tâches classiques (dépistage des affections contagieuses, de la tuberculose principalement, des handicaps somatiques, etc.) faute de quoi elle risque de se retrouver singulièrement distancée par les événements.

Dans cette optique, le moment semble venu de se demander si, ici aussi, l'appréciation traditionnelle de la santé par des critères négatifs classiques ne conduit pas à estimer à tort les adolescents fort bien lotis puisque caractérisés par une faible mortalité (et en baisse, du moins pour le sexe féminin), et par une morbidité basse et en régression, donc apparemment par des besoins restreints en matière de santé. Avec *Logan* [15], on peut se poser la question de savoir si ce n'est pas «...au point de vue plus large de la place que les adolescents et les jeunes adultes occupent dans la société actuelle que leur santé doit être considérée, non pas tellement à la lumière des différentes causes de décès que sous l'aspect de leur croissance et de leur nutrition, de leur santé mentale — déterminée non seulement par la fréquence des névroses mais aussi plus positivement par l'emploi efficace de leurs potentialités — et de leur capacité à établir avec autrui des rapports de coopération, du succès de leur émancipation vis-à-vis de la

tutelle parentale, de leur stabilité face aux changements et du réalisme de leurs projets d'avenir».

Ainsi devra-t-on renoncer à l'optimisme classique et admettre que l'adolescent a besoin de la médecine préventive. A notre connaissance, ceux qui semblent l'avoir le mieux compris parmi les «praticiens de la médecine préventive» sont d'une part les médecins du travail, d'autre part les médecins des services de santé universitaires.

Cette même distinction apparaît dans une récente publication officielle française avec une autre terminologie: «Ainsi la conception «protectionisme» de la santé exclusivement fondée sur le développement des sciences médicales a-t-elle été complétée par une conception «dynamique» impliquant une transformation des modes de préparation de la jeunesse à la vie» [18].

De toute évidence, la difficulté réside avant tout dans la carence remarquable de critères d'appréciation objectifs de la santé positive.

Une seconde tendance pourrait charger la médecine préventive d'une tâche redoutable en particulier à l'adolescence: celle qui incite de plus en plus les chercheurs [cf. 20] à supposer que c'est bien avant l'âge de 25 ou 35 ans que se déroule la phase prépathogénique de bon nombre d'affections dégénératives prédominantes dans la seconde moitié de la vie: certaines formes de tumeurs malignes, d'athéromatoses en particulier coronariennes et aortiques; la sclérose multiloculaire, etc.

L'identification précoce des populations, des groupes et des individus les plus exposés à très longue échéance pourrait donc représenter un champ d'activité à la fois nouveau, considérable, prometteur et peut-être difficile à faire accepter des intéressés: sous nos latitudes et longitudes, nul autant que le sujet sain ne défiera le médecin de lui prouver le bien-fondé de sa «prophétie» et nul moins que lui n'acceptera de modifier ses habi-

tudes en fonction d'un risque qui lui paraît trop lointain!

Organisation pratique de la médecine préventive à l'intention des adolescents et jeunes adultes

Au temps où les médecins de famille suivaient chaque membre de celle-ci de sa naissance à sa mort, la question ne devait guère se poser, nous semble-t-il.

Ce rôle de conseiller de l'adolescent, si bien décrit entre autre par K. D. Roger [21], quel médecin peut et veut bien l'assumer actuellement:

- *le pédiatre?* Il ne semble pas dans les usages, chez nous du moins, que les parents, leurs adolescents voire l'intéressé lui-même soient unanimes sur l'opportunité de faire suivre régulièrement l'adolescent par lui; c'est du moins l'impression générale que nous donne l'expérience des bilans de santé effectués chez tous les adolescents genevois fréquentant les écoles publiques dans leur 15^e année;
- *le médecin omnipraticien?* Dans les régions où il s'est maintenu, on peut supposer que, dans la mesure où il donne des soins aux enfants d'âge scolaire par exemple, il continuera à le faire pendant leur adolescence et plus tard aussi; mais on peut se demander aussi s'il a encore du temps à consacrer à cette catégorie de clients qui ne parlent volontiers qu'à ceux qui ont le loisir de les écouter;
- *l'interniste?* Pour autant qu'il n'est pas «sous-spécialisé», il tend à prendre en ville la place de l'omnipraticien, quoique ses prestations restent moins étendues; à ce titre, les hypothèses du paragraphe précédent peuvent être valables pour lui aussi;
- *le psychiatre?* A plusieurs égards, le médecin «somaticien» peut se sentir désorienté par les troubles et les préoccupations d'adolescents et il en arrive assez

souvent à souhaiter l'avis, voire l'appui du psychiatre: il reste à savoir dans quelle proportion des cas le patient lui-même accepte d'être référé à ce consultant, quelle que soit la manière dont on lui présente la nécessité de cette consultation;

- *les divers autres spécialistes?* Peu d'entre eux paraissent souhaiter prendre en charge l'adolescent en tant que personne, ce qui paraît conforme à leur éthique et à leur formation.

Même si ce bref tour d'horizon nous avait démontré que tous les médecins étaient disposés à suivre des adolescents et qu'ils se sentent préparés à le faire, il reste à déterminer si les adolescents, ou du moins la majorité d'entre eux, ressentent la nécessité d'être suivi, en dehors d'affections médicales ou chirurgicales nécessitant indiscutablement des soins à court ou moyen terme [19].

Bien que des informations sûres manquent à notre connaissance, on peut, sans crainte de se tromper grossièrement, répondre plutôt par la négative, du moins en ce qui concerne notre pays – il serait trop long de développer ici les raisons qui motivent cette impression générale.

L'enseignement à tirer dès maintenant de ces constatations provisoires est double: d'une part, à ces impressions globales et subjectives doivent succéder des connaissances précises que peut seule apporter une enquête conduite selon les impératifs méthodologiques de l'épidémiologie et de la sociologie; et à cet égard les observations à caractère minoritaire auront une portée aussi grande que celles qui concernent la majorité; d'autre part, aussi longtemps que les prestations d'ordre préventif à cet âge ne seront pas attribuées en fait aux médecins privés, il faudra bien qu'elles soient assumées par des instances différentes, telles les services de santé pour collégiens, gymnasiens, étudiants, apprentis, jeunes travailleurs, dans la plupart des pays.

Conclusions

Une fois de plus, on constate donc la regrettable dichotomie entre médecine préventive et médecine curative. L'avenir nous dira si les formules de prestations complètes («Comprehensive Medical Care») telles que les offrent les Polycliniques pour adolescents qui se développent aux Etats-Unis («Adolescents Clinics») [3, 6] représentent une formule utilisable et acceptable dans nos conditions.

En attendant, il reste aux Services de santé qui viennent d'être mentionnés la responsabilité d'évoluer dans les deux directions indiquées plus haut:

- a) l'établissement de critères scientifiquement acceptables dans l'évaluation de la santé positive en tenant compte autant des impératifs d'adaptation que des impératifs de dépistage;
- b) la participation aux recherches épidémiologiques visant à identifier, chez les adolescents déjà, les groupes et les individus les plus exposés aux affections dégénératives dès la seconde moitié de la vie, dans l'optique d'une prévention secondaire plus spécifique à longue échéance;
- c) il s'en ajoute une troisième qui ressort de nos considérations sur l'organisation des mesures préventives: ces mêmes services doivent faire un double effort immédiat portant d'abord sur la personnalisation de l'examen et de l'entretien avec l'adolescent; ensuite sur le maintien de la responsabilité primordiale du médecin traitant pour toute décision, règle qui doit être absolue chez les handicapés et les cas de maladie au long cours, comme épilepsie, hémopathies, myopathies, cardiopathies, diabète, nucoviscose, etc.

Bibliographie

- [1] *Biener K.*: Genußmittel und Suchtgefahren im Jugendalter. Medizinische und Pädagogische Ju-

gendkunde, Band 5. S. Karger Basel-New York 1968.

- [2] *Clark D. W.* and *Mac Mahon B.*, ed.: Preventive medicine. Little, Brown Co. Boston 1967.
- [3] Conference on adolescence: Summary of Proceedings. Denver, Colorado (15-16 April, 1961), mimeogr. 58 pp.
- [4] *De Syon M.*: Exposé sur le point de vue psychodynamique du problème. Séminaire sur les relations sexuelles précoces, Genève 1967, non publié, dactyl., 5 pp.
- [5] *Farnsworth D. L.*: Sexual Morality: campus dilemma, in *G. L. Usdin*, ed.: Adolescence care and counseling, J. B. Lippincott Co. Philadelphia-Toronto 1967, pp. 51-60.
- [6] *Gallagher J. R.*: Medical care of the adolescent. 2nd ed. Appleton-Century-Crofts New York 1966.
- [7] *Goulding R.*: Adolescent drug dependence: an expression of an urge, in *C. W. M. Wilson*, ed.: The pharmaceutical and epidemiological aspects of adolescent drug dependence. Pergamon Press Oxford-London-Edinburgh, etc. 1968, pp. 505-515.
- [8] *Guthrie E. H.*: What's happened since the Surgeon General's report on smoking and health? Amer. J. Publ. Hlth. 56, suppl. 4-5 (1966).
- [9] *Holland W. M.* and *Elliott A.*: Cigarette smoking, respiratory symptoms and anti-smoking propaganda. *Lancet* *I*, 41-43 (1968).
- [10] *Hobson W.*, ed.: The theory and practice of public health. 2nd ed. Oxford University Press London-New York-Toronto 1965.
- [11] *Jeanneret O.*: Problèmes médico-sociaux des adolescents (mortalité, morbidité, suicide et maladies vénériennes). Päd. Fortbildungskurse, vol. 23, pp. 113-155. Karger Basel-New York 1968.
- [12] *Laury G. V.*: L'inhalation de la colle: une toxicomanie juvénile. *Méd. et Hyg.* 24, 728-729 (1966).
- [13] *Leavell H. R.* and *Clark E. G.*: Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiological approach. McGraw-Hill Book Co. New York-Toronto-London 1958.
- [14] *Lee J. A. H.*: Cité par *R. F. L. Logan* [15] (1963).
- [15] *Logan R. F. L.*: Health problems of adolescents and young adults, in *W. Hobson* [10], pp. 297-306.
- [16] *Logan R. F. L.* and *Goldberg E. M.*: Cité in *Logan* [15] (1953).
- [17] *Maxcy K. F.* and al.: Preventive medicine and public health. 8th ed. Appleton-Century-Crofts New York 1956.
- [18] Ministère de la Jeunesse et des Sports. Jeunes d'aujourd'hui. La documentation française, p. 243, Paris 1967.
- [19] OMS: Les problèmes de santé des adolescents. Org. Mond. Santé Sér. Rapp. techn. 343 (1966).
- [20] OMS: Recherches en pédiatrie. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Org. Mond. Santé Sér. Rapp techn. 400 (1968)

- [21] *Rogers K. D.*: Adolescence, in: *D. W. Clark* and *B. Mac Mahon* [2], pp. 671–674.
- [22] *Rossi E.*: Einführung, in: *E. Rossi*, ed.: *Physiologie und Pathologie der Pubertät*. Päd. Fortbildungskurse, vol. 23, pp. 1–2. Karger Basel-New York 1968.
- [23] *Roy R. S.*: The changing adolescent, in *G. L. Usding*, *Adolescence care and counseling*, pp. 16–30. J. B. Lippincott Co. Philadelphia-Toronto 1967.
- [24] *Schofield M.*: *The sexual behavior of young people*. Longmans London 1965.
- [25] *Seidmann P.*: *Moderne Jugend als Herausforderung und Problem*. Rascher Zürich 1963.
- [26] UNESCO: *Rapport sur la jeunesse*. Doc. 15 C/ 1965, dactyl., 33 pp.
- [27] *Young M. A. C.*: *Studies related to smoking in adults*. Health Educ. Monogr. 23, 60–61 (1967).

Adresse de l'auteur:

Prof. *O. Jeanneret*, Institut de Médecine sociale et préventive, 12, rue de Candolle, CH-1205 Genève