

# Soins et besoins de santé des adolescents: une comparaison internationale

P.-A. Michaud

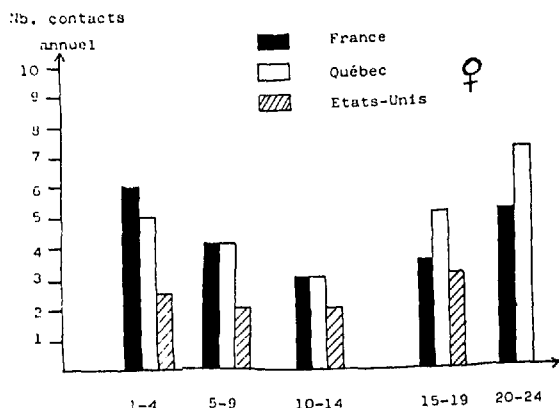
Service de la santé publique et de la planification sanitaire  
Cité-Devant 11, 1014 Lausanne

## Introduction

Depuis 15 à 20 ans, les professionnels de la santé ont pris conscience d'un certain nombre de problèmes qui se posent spécifiquement aux adolescents. Ils se sont livrés à des recherches épidémiologiques sur leurs besoins et leurs soins de santé. Le but de cette présentation est de soulever, à travers une comparaison d'études effectuées en Suisse, en France, au Canada et aux Etats-Unis, les difficultés méthodologiques liées à l'investigation de l'état de santé d'une population.

## Consommation médicale des adolescents

Le tableau ci-dessous illustre le nombre moyen de contacts annuels entre les adolescents et les médecins établis : les chiffres québécois sont établis à partir de l'ensemble de la population, ceux de la France et des Etats-Unis à partir d'un échantillon représentatif des consultations effectuées à l'échelle nationale en pratique libérale.



L'adolescence représente le moment auquel le recours est le plus faible.

La similitude des résultats entre ces trois pays occidentaux est tout à fait frappante.

## Etats et problèmes de santé perçus par les adolescents

Sur le tableau suivant figurent les réponses données par différents groupes d'adolescents à la question "Vous sentez-vous en excellente, bonne ou en médiocre santé ?".

En dépit de quelques nuances de langage (le mot "poor" peut-il être assimilé au mot "médiocre" ?). Les résultats sont tout à fait convergents puisque environ 5% seulement des jeunes interrogés se considèrent comme en médiocre santé, sauf dans l'étude de Deschamps à Nancy qui rapporte un pourcentage un peu plus élevé.

## ETAT DE SANTE PERCU PAR DIFFERENTES POPULATIONS

### D'ADOLESCENTS

	NAT. HEALTH SURVEY (1970) N = 6768	DESCHAMPS & AL (1978) N = 405	KLEIN & AL (1981) N = 242	MICHAUD & AL (1982) N = 960
EXCELLENTE	60	} 85	53	60
BONNE	35		40	35
MÉDIOCRE	5		15	7

## Besoins de santé perçus par les adolescents

C'est dans une perspective globale qu'ont été établis la majorité des questionnaires portant sur les besoins de santé perçus par les adolescents et dont le tableau suivant donne un aperçu :

	Présente enquête (1982) n = 930 %	Parcel et al. (1977) n = 3255 %	Sternlieb et al. (1972) n = 1408 %	Sauvier et al. (1979) n = 277 %	Klein et al. (1981) n = 247 %
<b>Problèmes médicaux</b>					
Acné	24	30	18	18	12
Céphalées	12	13	9	7	12
<b>Problèmes gynécologiques (% des filles)</b>					
Dentition	17	8	10	14	8
Dentition	10	21	27	33	20
<b>Problèmes psycho-sociaux</b>					
Stress, nervosité	40	20	30	20	21
Alimentation et poids	22	23	6	8	18
Tristesse, dépression	20	23	-	-	24
Fatigue, troubles du sommeil	15	16	-	-	23

### ADOLESCENTS DEMANDANT UNE AIDE PERSONNELLE POUR DIFFÉRENTS PROBLÈMES DE SANTÉ: COMPARAISON ENTRE PLUSIEURS ÉTUDES DE DIVERS PAYS.

Toutes ces études ont été réalisées par questionnaires fermés. Les chiffres représentent le pourcentage d'adolescents, sexes confondus, qui ont retenu les différents problèmes proposés.

À quelques exceptions près, la prévalence rapportée de ces différents sujets de préoccupation est assez similaire : ainsi celle des céphalées ne varie qu'entre 7 et 18%, celle de l'acné entre 18 et 30%. Pour des problèmes somatiques, cela est compréhensible, mais il existe aussi une certaine concordance pour des difficultés psycho-sociales comme la déprime ou la fatigue.

### Problèmes méthodologiques

- La comparaison des études de consommation médicale est entachée de différents biais : le terme de "contact" ne recouvre pas toujours les mêmes prestations : dans les études québécoises et celles des Etats-Unis, les radiographies et les anesthésies ne sont pas comptées comme contact, et il n'est pas précisé non plus si une simple injection faite par un médecin, en dehors de toute anamnèse ou acte diagnostique, est considérée comme tel. L'étude française porte sur la médecine strictement extra-hospitalière, comme l'étude américaine, alors que les statistiques québécoises englobent certains actes effectués en milieu hospitalier.

- Les sources des données ne sont pas les mêmes : l'étude québécoise a été effectuée à partir des relevés de l'assurance qui est étatisée, tandis que les chiffres français et américains sont établis en extrapolant des résultats obtenus dans un échantillon "randomisé" de praticiens installés.

- Dans les publications disponibles, la distinction entre le sexe n'est pas toujours faite, et les catégories d'âge sont choisies de façon diverses : tranches de 5 ans, de 15 ans, ...

Pour ce qui est des recherches portant sur l'état et les besoins de santé perçus, la difficulté n'est pas moins grande.

- Le mode de recueil des données varie : questionnaires distribués en masse, entretien téléphonique, interview personnelle, autant de mode de faire qui peuvent influencer la qualité des réponses.

- Le libellé des questions est évidemment d'autant plus variable que plusieurs langues sont en jeu : ainsi la conception nosologique de la santé et des problèmes de santé qui sous-entend l'élaboration de tels questionnaires est avant tout issue d'un cadre d'adultes professionnels de la santé.

- La ressemblance des chiffres dans ces recherches ne traduit-elle donc pas plus une ressemblance entre ceux qui les concevaient qu'entre les populations étudiées ?

### Conclusion

Dans presque toutes ces études, de très nombreux adolescents disent présenter des problèmes de santé pour lesquels ils souhaiteraient une aide ou qu'ils aimeraient voir résoudre. Et pourtant, la consommation médicale à cet âge est la plus basse, et les 5 à 10% des jeunes interrogés qui s'estiment en médiocre ou en mauvaise santé, ne sont pas forcément ceux qui consultent.

D'un point de vue épidémiologique, cette constatation éclaire toute la différence entre des besoins réels, perçus et la formulation d'une demande d'aide.

Sur le plan santé publique, elle appelle une réflexion plus poussée sur la mise en place et le développement de structures médicales et non médicales adaptées spécifiquement à la mentalité et aux besoins des adolescents.

Il serait utile de pouvoir disposer, à des fins de comparaisons, d'études sur la santé réalisées à un échelon international, un peu sur l'exemple des études faites sur la croissance et mises sur pied par l'OMS. De telles études devraient répondre à certaines conditions :

- 1) Etre similaires quant aux critères de sélection des échantillons, aux modes de recueil des données et de présentation de résultats.
- 2) Etudier simultanément les aspects perceptifs et objectifs de la santé, comme l'ont fait Brunswick et al.
- 3) Comporter des questions fermées et ouvertes, afin de dépasser les difficultés nosologiques liées à des conceptions divergentes de la santé.
- 4) Aborder l'évolution de la santé, des besoins et de la demande dans une perspective longitudinale, ce qui permettrait probablement de répondre à quelques-unes des questions que nous avons posées en cours d'exposé.

### Summary

From a comparison between canadian, american, french and swiss studies on health needs and care of adolescents, the author discusses the difficulties one has to resolve when measuring health status and health care utilization of a population

### Références

- Goldberg et al. Indicateurs de santé et sanométrie. Rev. Epidémiol. et Santé Publ. 27, 133-152 (1979).
- Michaud et al. La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits. Praxis 72, 1545-1553 (1983).
- Brunswick et al. Adolescent Health in Harlem. Am J Publ Health, suppl. Oct(1982)