

Description et évaluation d'une activité de conseil et d'écoute menée par des infirmières de santé publique auprès d'apprentis et de gymnasiens vaudois: le programme «jeunesse et santé»

P.-A. Michaud

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

Introduction

Depuis quelques années, afin de répondre plus adéquatement aux besoins de santé des enfants et des adolescents, les services de santé scolaire de plusieurs pays occidentaux ont élargi leur éventail de prestations: aux activités traditionnelles de dépistage et d'examen physique, et aux programmes d'aide pour des jeunes présentant des difficultés d'intégration scolaire d'origine cognitive ou psychologique, ils ont ajouté dans différentes régions des activités d'éducation pour la santé et, plus rarement, ils ont proposé des permanences auxquelles les élèves pouvaient se rendre individuellement pour aborder différents problèmes de santé [1-2]. Le programme-pilote de santé scolaire pour les apprentis et les gymnasiens vaudois, intitulé «Programme Jeunesse et Santé» [3] a été développé dans cette perspective; il répond ainsi le plus adéquatement possible aux désirs exprimés par les jeunes de 16 à 19 ans qui avaient été consultés en 1982 à ce sujet [4]: ce programme, géré par des infirmières de santé publique et des médecins s'adresse à des gymnasiens et des apprentis, ces derniers ne fréquentant souvent les établissements de formation qu'un jour par semaine. Il comporte outre le dépistage de certaines affections spécifiques (HTA, TBC, troubles de la vue) des activités d'éducation pour la santé (groupes de discussion, expositions) et offre plusieurs heures par jour une permanence:

Les élèves ont la possibilité durant les pauses ou entre midi et quatorze heures de venir consulter individuellement et confidentiellement les infirmières sur des problèmes de santé qui peuvent être soit somatiques, soit plutôt de nature psycho-sociale; cette approche se démarque cependant clairement d'une activité de médecin praticien dans la mesure où les infirmières n'assurent qu'un débroussaillage des problèmes et adressent ensuite l'adolescent à leur médecin ou à des services spécialisés si cela paraît nécessaire. La mise sur pied de ce type d'activités pose plusieurs problèmes, d'une part parce que le personnel infirmier n'est pas toujours préparé à affronter certaines situations et d'autre part, parce que ce même personnel doit être en mesure de trouver ses limites par rapport aux problématiques amenées. C'est dire l'importance, dans une situation comme celle-là, d'une évaluation qui renseigne à la fois sur le déroulement et sur l'utilité

de ces permanences; d'ailleurs, si les évaluations de programmes de dépistage et d'éducation pour la santé sont relativement nombreuses à l'heure actuelle [1-2, 5-7], les études portant sur l'activité de conseil des infirmières sont excessivement rares [8].

Les buts de l'évaluation entreprise étaient les suivants:

- décrire de façon aussi exacte que possible pour quels types de problèmes les jeunes venaient demander de l'aide;
- mettre en évidence la nature de l'aide qui leur était apportée;
- apprécier le résultat de l'intervention, à la fois du point de vue du «client» et du point de vue du prestataire de soins.

Méthodologie

Reprenant la méthodologie propre aux enquêtes de soins ambulatoires [9], les infirmières ont élaboré (en plusieurs étapes) une fiche de recueil de données qui fasse la part du pragmatique (il importait qu'elle ne soit pas trop longue à remplir) et des renseignements indispensables. Ce long travail (trois types de fiches ont été testés avant l'adoption du modèle définitif) a permis à tout le personnel de santé de saisir les difficultés inhérentes à une telle évaluation, et de se mettre aussi d'accord sur son fonctionnement durant les permanences: les élèves seraient reçus à leur demande pour un temps variant entre quelques minutes et trois quarts d'heures, et au maximum quatre fois de suite pour le même problème (pour éviter une «médicalisation» de l'activité); on tenterait dans la mesure du possible d'obtenir des renseignements sur leur cadre de vie, et on laisserait entendre qu'une évaluation serait faite dans les mois à venir.

Tous les entretiens et tous les soins conséquents ont fait l'objet d'un enregistrement; en revanche, ont été exclus de cette étude les soins brefs et sans échange véritable, tels que la dispensation de sparadrap ou d'un anti-douleur.

La fiche d'évaluation définitive comporte plusieurs volets:

- Renseignements généraux: lieu et date de la consultation, nom de l'infirmière; âge et sexe du consultant, métier (cas échéant), situation géographique, familiale; nombre et durée des entretiens

- Une liste des problèmes pour lesquels le jeune consulte (plusieurs réponses possibles) et qui distingue les soins d'urgence, les activités plutôt informatives ou les interventions plus spécifiquement de conseil et d'écoute thérapeutique.

En plus de son aspect descriptif, cette étude tente d'évaluer les résultats à la fois subjectifs et objectifs des interventions faites dans le cadre des permanences: à cet effet, deux types de recueils de données succincts étaient prévus trois mois après la première consultation:

- Presque tous les adolescents rencontrés étaient recontactés par l'infirmière elle-même, soit par lettre, soit par téléphone, soit dans le cadre d'un bref entretien dans le cadre de l'établissement. L'infirmière demandait à chaque élève s'il s'était senti entendu et compris, s'il avait jugé l'intervention utile, et enfin si un changement (une amélioration) était intervenue depuis.

- Egalement au même moment, c'est-à-dire trois mois après l'intervention, les médecins et institutions auxquels avaient été adressés les jeunes chez qui cela avait été jugé nécessaire étaient contactés et on demandait si une amélioration était intervenue.

Des discussions régulières ont eu lieu durant l'étude pour s'assurer que les modes de remplissage des fiches ne différaient pas trop d'une infirmière à l'autre.

Matériel

969 fiches ont été recueillies en tout durant une période d'une année et demi. La répartition entre garçons et filles est de 50%; il y a en revanche une très forte proportion d'apprentis (86% contre 14% de gymnasiens), qui tient probablement à la répartition de ces deux groupes dans la population desservie (8000 apprentis environ contre 1800 gymnasiens). L'âge moyen du collectif est de 18 ans environ.

Dans cette première analyse, nous avons renoncé à faire usage de façon systématique des critères géographiques et de famille, car ceux-ci manquaient dans une proportion importante des fiches. La répartition des métiers dans le collectif est à peu près la même que celle que l'on retrouve dans la réalité; en d'autres termes, il n'y a pas sur-représentation des problèmes dans certains corps de métier. Mentionnons que quelques infirmières ont une proportion d'élèves consultants beaucoup plus importante que d'autres: tout se passe comme si on pouvait opposer des infirmières un peu «timides» dans l'offre qu'elles font de cette prestation à des infirmières plus «prosélytes», qui ont fait largement connaître l'éventail de leurs activités.

Résultats

Types de problèmes rencontrés:

Le tableau 1 présente la fréquence des motifs de consultation: le pourcentage total est en fait supérieur à 100, puisque les jeunes pouvaient demander un conseil ou de l'aide pour plusieurs problèmes à la fois. Il est également apparu en cours d'enquête que beau-

coup de problèmes se recoupaient: par exemple, un certain nombre d'adolescents présentant des difficultés relationnelles se plaignaient simultanément de fatigue et de troubles du sommeil, ou d'un malaise. C'est dans cette perspective que nous avons essayé de regrouper les motifs dans trois catégories séparées, correspondant grossièrement aux affections psycho-sociales, psycho-somatiques ou plus strictement somatiques. Ce regroupement fait apparaître que 62% environ des jeunes demandent de l'aide pour des problèmes médicaux, 39,4% pour des difficultés plutôt psycho-somatiques, et enfin 45,6% pour un écueil de nature psycho-sociale.

Tab. 1. Principaux motifs de consultation.

Motifs	%	Ratio selon le sexe (♂/♀)	Ratio selon formation (appr./gymn.)
Psycho-sociaux			
Problèmes relationnels	11,8	0,5***	1,2
Difficultés de travail	10,2	0,8	
«Déprime»	8,1	0,7**	0,7
Stress	5,9	0,5***	0,5
Fatigue	5,3	0,5***	1,0
Usage de subst. psychotropes	4,3	1,0	1,5
Total	45,6		

Motifs	%	Ratio selon le sexe (♂/♀)	Ratio selon formation (appr./gymn.)
Psycho-somatiques			
Alimentation et poids	18,5	0,4***	1,2
Douleurs abdominales	8,2	1,0	0,8
Céphalées	3,5	1,0	0,7
Malaises	3,3	0,7	0,8
Sexualité	3,3	0,3**	0,6
Troubles du sommeil	2,6	0,7	2 *
Total	39,4		

Motifs	%	Ratio selon le sexe (♂/♀)	Ratio selon formation (appr./gymn.)
Médicaux			
Grippe, viroses	13,4	2,4***	3,2***
Probl. orthopédiques	11,2	1,2	2,3***
Accidents (toutes causes)	9,6	1,9**	1,1
Aff. organes des sens	7,3	0,8	1,2
Aff. appareil circul.	7,0	0,8	0,5**
Aff. peau	6,1	0,4***	1,3
Probl. profess. (mal. et acc.)	5,1	0,7	
Probl. gynécologiques	2,9		0,9
Total	62,6		

Test du chi carré	*	.05
(valeur de p.)	**	.01
	***	.001

Parmi les affections somatiques, on notera sans étonnement que les gripes et autres viroses ainsi que les accidents tiennent une place importante; il s'agit là d'un type de service que beaucoup d'infirmières scolaires rendent: accueil d'un élève qui fait une lipothymie, pansements en cas de plaies, et nous avons déjà signalé que lorsque le contact se limitait à la dispensation ultrarapide d'un sparadrap ou d'un comprimé, il ne faisait pas l'objet d'une fiche.

Parmi les motifs de consultation appelés «psycho-somatiques», on voit l'importance tenue par les problèmes d'alimentation et de poids, notamment chez les filles. Les douleurs abdominales représentent elles aussi un motif fréquent de demande d'aide: cela s'explique peut-être par le fait que le mal de ventre inquiète plus facilement les enseignants ou les élèves qu'un banal mal de tête. Enfin, on voit la place tenue dans les entretiens par des problèmes de nature psycho-sociale; les infirmières ont parfois été confrontées à des situations excessivement graves et sévères, nécessitant l'appui d'un superviseur et d'autres services compétents: tentative de suicide récente, conflit aigu au travail, adolescents battus à la maison, dépression suite à un chagrin sentimental, violences sexuelles. Nous reviendrons sur cet aspect du travail des infirmières dans la discussion.

Ce premier tableau mentionne les différences selon le sexe et le statut (gymnasiens/apprentis). Les résultats obtenus correspondent largement aux hypothèses émises au départ: les filles présentent un excès de consultations pour des raisons psycho-sociales et psycho-somatiques (notamment les problèmes d'alimentation et de poids) et les garçons un excès de consultations pour des accidents. D'une façon générale, les pourcentages entre apprentis et gymnasiens varient peu.

Description de la consultation

La figure 1 donne une idée de la provenance, ou si l'on veut, des initiateurs de la démarche faite par les consultants auprès des infirmières: 40% des adolescents sont venus spontanément, c'est-à-dire qu'ils étaient au courant de la présence de la permanence et qu'ils ont jugé utile de venir demander de l'aide sans y être incités. Un autre 40% a été repéré au moment des dépistages: en effet, tous les gymnasiens et les apprentis de première année sont vus par les infirmières pour une mesure de la tension artérielle qui est une occasion aussi d'engager le dialogue et de recenser les problèmes de santé; les infirmières, lorsqu'elles étaient confrontées à une situation sérieuse, proposaient alors à l'adolescent de revenir pour approfondir le problème; le rythme auquel s'effectuait le dépistage ne se prêtait en effet pas bien à un entretien d'une certaine durée. 10% seulement des jeunes sont envoyés par un membre du corps enseignant; il faut noter cependant que ce pourcentage était en augmentation à la fin de l'étude, car le service commençait à être mieux connu des maîtres et de la direction des établissements. Enfin, 10% des élèves consultent sur la proposition d'autres personnes; il est arrivé par exemple que des parents prennent un premier contact avec le service de santé.

Au début de l'étude, les infirmières s'étaient fixé comme limite un nombre maximum de trois à quatre consultations par élève ou du moins par situation. Le risque de «médicalisation» s'avère en réalité très faible, puisque 70% des élèves ne sont vus qu'une seule

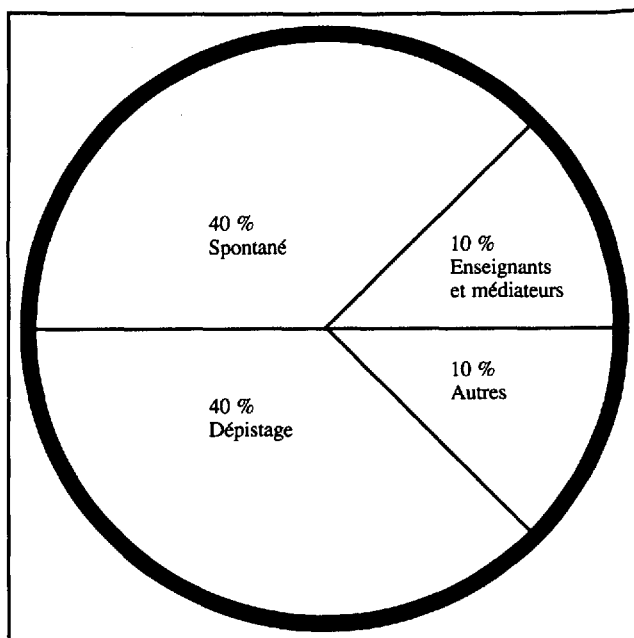


Fig. 1. Origine du premier contact.

fois, et un autre 23% ne sont vus qu'à deux reprises seulement. C'est dire que les élèves qui bénéficient de trois voire quatre entretiens représentent une minorité, minorité en butte à des difficultés généralement psycho-sociales et complexes, qui nécessitent un contact suffisamment riche et confiant pour permettre le transfert à d'autres institutions: ce commentaire est illustré par le tableau 2 qui montre également la durée des contacts en fonction du type de problème présenté: on voit bien que la durée est d'autant plus importante que les difficultés sont de nature psycho-sociale, ce qui n'est guère étonnant. Le tableau 2 démontre également que la majorité des contacts sont relativement courts, de l'ordre de 15 à 20 minutes ou même moins. Enfin, il est intéressant de se demander à quels types de professionnels et d'institutions les adolescents qui nécessitent une prise en charge supplémentaire ont été adressés: 24% environ ont été envoyés directement dans un centre d'urgence, en général lorsqu'il s'agissait d'accidents ou de maladies aiguës et que le médecin

Tab. 2. Volume et durée des consultations en fonction du motif principal.

	Répartit. du Nb. contacts		Répartit. des durées du contact (min.)				
	1 %	> 1 %	< 15 %	15 %	20 %	30 %	> 30 %
Motifs psycho-sociaux	30	70	9	19	34	22	16
Motifs psycho-somatiques	43	57	22	38	18	17	5
Motifs médicaux	69	31	48	32	11	6	9
Valeur de p. au test du chi carré	.001		.001				

traitant n'était pas disponible. Le 60% des suivis a été assumé par le médecin traitant, tandis que 16% de consultants étaient envoyés dans des institutions plus spécialisées parmi lesquelles nous mentionnerons des consultations pour les jeunes (médicales ou psychiatriques), des services d'orientation professionnelle, des bourses du travail, des services sociaux, etc. Il est tout de même important de préciser que, sur le nombre total d'adolescents qui ont consulté, seuls 30% ont eu besoin d'un suivi; pour le 70% restant, le problème a pu être résolu rapidement par l'infirmière elle-même.

Follow-up de l'intervention (trois mois plus tard)

A) Evaluation auprès des élèves

Sur le total des adolescents interrogés, 99% (!) ont estimé qu'ils avaient été entendus et compris par l'infirmière, 87% environ ont estimé que l'intervention avait été utile, 10% exprimant une opinion mitigée et 3% répondant résolument non. Enfin 80% environ du collectif estime qu'un changement est intervenu. Il s'agit là naturellement de données subjectives et sujettes à des biais dans la mesure où c'était l'infirmière elle-même qui effectuait cette évaluation. Il est apparu cependant, au cours de l'élaboration de l'enquête, que ce contact supplémentaire représentait une source très importante de renseignements pour l'infirmière (une forme de feed-back) et que mieux valaient des résultats un peu biaisés mais utilisables pratiquement par l'équipe que des chiffres provenant d'une tierce personne non impliquée; dans bien des cas les infirmières ont pu reprendre le dialogue avec les adolescents non satisfaits et essayer de comprendre ce qui s'était passé.

Par ailleurs, il faut bien reconnaître que ces chiffres n'expriment qu'une part assez grossière de la variété et de la complexité des problèmes rencontrés. Chacune des équipes travaillant dans les différents établissements a reçu une fois ou l'autre des témoignages très vivants de jeunes, parfois spontanément et plusieurs mois plus tard, qui tenaient à donner des nouvelles de leur situation. Ce genre de témoignage émanait évidemment plutôt d'adolescents qui avaient consulté pour des problèmes de nature psycho-sociale, nécessitant l'intervention parfois de services extérieurs ou quelques entretiens d'une certaine durée; l'évolution de certaines situations concrètes a démontré à l'équipe qu'il était parfois possible, même à travers des interventions limitées dans le temps, de faire évoluer une problématique rapidement comme si, dans certains cas, un «coup de pouce» donné au bon moment pouvait faire redémarrer l'évolution momentanément entravée d'un adolescent.

B) Evaluation auprès des institutions

33% des jeunes rencontrés en permanence ont été adressés ultérieurement à un autre service. L'évaluation objective porte sur un groupe d'un peu plus de 300 jeunes. Par rapport à la distribution de

départ des motifs de consultation, on assiste à une sur-représentation des problèmes médicaux dans le groupe des adolescents qui ont fait l'objet d'un suivi: cela se comprend aisément si l'on songe que, dans toute une série de situations comme des accidents, des malaises ou des problèmes orthopédiques, une intervention médicale ultérieure se justifiait. En revanche, les problèmes psychosociaux et psycho-somatiques sont plutôt sous-représentés, ce qui fait penser que les infirmières ont permis aux jeunes de régler eux-mêmes ce genre de problèmes.

Le tableau 3 donne une idée de l'évaluation qui a été faite auprès des services concernés selon les grandes classes de motifs de consultations. Une partie non négligeable des consultants n'a pas suivi les conseils qui avaient été donnés par l'infirmière et a renoncé à faire appel à d'autres institutions: c'est surtout le cas pour les affections psychosomatiques ou psycho-sociales. Dans la même perspective, l'utilité du suivi proposé est inversement proportionnelle à la charge psychologique des problèmes. Il en va de même des changements qui sont intervenus. Ces résultats démontrent la difficulté dans laquelle se trouvent les infirmières, comme d'ailleurs les professionnels de santé intervenant dans d'autres cadres, lorsqu'il s'agit de proposer à un jeune qui vient de s'ouvrir de ses problèmes, de changer à nouveau d'interlocuteur; de l'avis de l'équipe, ces pourcentages devraient pouvoir être améliorés dans le futur grâce à une meilleure formation aux techniques d'entretien.

Tab. 3. Evaluation faite après trois mois auprès des institutions auxquelles ont été adressés les adolescents, selon le motif des consultations.

	Parmi ceux qui se sont présentés		
	% d'adolescents qui se sont présentés	% d'adolescents pour lesquels l'intervention a été jugée utile	% d'adolescents chez lesquels un changement est intervenu
Aff. psycho-sociales	63	77	64
Aff. psycho-somatiques	69	80	72
Aff. médicales	83	93	84
Test chi carré (p.)	.01	.001	.005

Discussions et implications

Avant de discuter les principaux résultats de cette étude, nous aimerions nous arrêter sur quelques problèmes méthodologiques qui ont été déjà brièvement évoqués.

— En dépit de nombreuses discussions consacrées à l'élaboration de la fiche puis à la bonne manière de la remplir, il est apparu clairement que des biais, liés à la conception que les infirmières se faisaient de leur travail, ont influencé les résultats. Une publica-

tion ultérieure sera d'ailleurs centrée sur les variations interindividuelles de la perception et des prestations de chacune des infirmières. Il importe donc d'interpréter les résultats avec un certain recul. Les biais sont apparus dans l'appréciation des motifs de consultation et également dans la perception des résultats de chacune des interventions. Comme le souligne l'auteur d'une étude similaire [8], il faut prendre connaissance des résultats d'une telle étude dans le cadre conceptuel global des recherches-actions, plutôt que de vouloir faire une étude scientifique rigoureuse.

- Dans cette perspective, on doit reconnaître que notre recherche ne permet pas de répondre à la question finalement fondamentale de savoir si l'état de santé des adolescents a réellement été amélioré grâce à notre intervention. La réponse à une telle question nécessiterait la mise en place d'indicateurs complexes et nombreux et la présence d'un groupe de contrôle... ce qui explique peut-être que nous n'avons pas trouvé dans la littérature de travaux qui répondent véritablement à cette question. Un travail réalisé il y a une dizaine d'années a essayé de mettre en relation l'activité des infirmières de santé publique et l'absentéisme scolaire, mais on est en droit de se demander si l'absentéisme scolaire est un bon indicateur de la santé des élèves [10].

Que dire de nos résultats ?

Tout d'abord, avec un nombre d'environ 1000 consultations sur une période d'une année et demi, pour une population totale de 8 à 9000 élèves, on peut dire que ce service de conseil et d'écoute répond visiblement à un besoin. On voit bien par ailleurs que cette permanence n'entraîne pas une «médicalisation» excessive, puisque seuls 10 à 15% des élèves y ont fait appel. La disponibilité des infirmières dans l'établissement représente pour le corps enseignant et la direction une sécurité notable si l'on songe que les apprentis effectuent tout au long de la journée des travaux qui les exposent à certains risques.

Par ailleurs, une proportion importante de jeunes viennent consulter pour des difficultés de nature plus chronique ou situationnelle (que nous avons convenu d'appeler psycho-somatique et psycho-sociale): il est rassurant de voir que les apprentis et les gymnasiens ont compris qu'ils pouvaient utiliser également les permanences pour ce type de soucis. L'étude sur les besoins de santé des adolescents effectuée en préalable à la mise en place du programme avait en effet démontré [4] l'importance tenue par ces préoccupations chez les jeunes de 16 à 19 ans; c'est à cette catégorie d'individus en difficulté que les infirmières ont consacré à la fois le plus de consultations et le plus de temps, dans la majorité des cas avec succès: on peut par exemple évoquer le cas d'un élève qui était en train d'échouer pour des problèmes de concentration et qui, à la suite des entretiens et d'un bilan en milieu spécialisé, a réussi son examen.

Les évaluations effectuées tant auprès des élèves que des institutions auxquelles certains d'entre eux ont été adressés sont bonnes voire très bonnes, puisque 70 à 80% des problèmes ont été par la suite partiellement ou entièrement résolus.

Il est difficile de comparer notre étude avec d'autres travaux. Il existe des descriptions anecdotiques du travail des infirmières de santé publique mais le seul travail évaluatif que nous connaissions a été fait au Canada voici quelques années [8]; les possibilités de comparaison sont cependant limitées par le fait que la population qui était touchée était en général beaucoup plus jeune; cela explique sans doute que, au Canada, les problèmes de type psycho-social ne représentaient qu'environ 15% du nombre total des consultations, alors que les problèmes liés aux organes des sens (vision, audition) étaient extrêmement nombreux. Il est par contre passionnant de réaliser que ces auteurs se sont heurtés aux mêmes difficultés méthodologiques que nous avons rencontrées et qu'ils semblent les avoir résolues à peu près de la même manière, mis à part le fait que l'évaluation était posée en termes de problèmes «résolus - non résolus» au lieu de la notion «d'amélioration» dont nous avons fait usage. L'évaluation faite quatre mois après le premier contact dans l'étude canadienne aboutit à un chiffre de 72% de jeunes satisfaits des services, chiffre légèrement inférieur à celui que nous avons obtenu.

Quelles sont les implications de notre étude ?

Tout d'abord, si l'on se repère aux études sur les besoins de santé des jeunes [4], il apparaît que ce type de service, fourni «à la demande», correspond largement aux attentes par rapport à un service de santé. Nos résultats, pris globalement, nous incitent à poursuivre la mise à disposition des permanences d'écoute et de conseil, pour répondre d'une part aux problèmes urgents qui peuvent se poser dans des centres professionnels ou des gymnases, et aussi pour donner à des individus en difficulté une forme de dépannage qui leur permette de poursuivre leur route et d'améliorer leur état de santé. On a vu que la majorité des adolescents consultaient soit spontanément, soit à la suite du contact avec l'infirmière lors d'un examen de dépistage. C'est dire l'importance de ce contact de départ qui permet de mieux situer l'esprit dans lequel les infirmières de santé publique travaillent; il ne fait aucun doute à nos yeux que si les infirmières s'étaient contentées de distribuer des papiers dans les classes sans avoir l'occasion de rencontrer directement les élèves, elles auraient été beaucoup moins connues dans l'établissement et elles auraient perdu une occasion importante de se familiariser avec les problèmes rencontrés dans la vie courante par les gymnasiens et les apprentis.

L'autre implication notable de l'étude est liée à la masse d'informations qu'elle livre aux infirmières travaillant sur le terrain: chacune d'entre elles a eu l'occasion ainsi de réfléchir, en remplissant les fiches de

données, à la manière dont elle travaillait et à l'importance des décisions qu'elle prenait; chacune d'entre elles a pu en examinant les résultats, prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses: c'est dire qu'une telle recherche constitue pour une équipe un outil de formation et de perfectionnement.

Enfin, cette étude met en lumière les difficultés importantes auxquelles se heurte un programme de santé qui souhaite offrir à des adolescents des services dans une perspective bio-psycho-sociale; elle ouvre la voie à d'autres recherches dont on aura de plus en plus besoin à l'avenir pour établir des priorités dans le domaine de la santé scolaire.

Remerciements

Nos vifs remerciements vont tout d'abord à l'équipe des infirmières de l'Unité «Jeunesse et Santé»; sans leur travail enthousiaste et consciencieux, cette étude n'aurait pas vu le jour. Ils s'adressent également au Dr J. Martin, médecin cantonal, qui nous a prodigué tout au long de notre travail ses conseils et ses encouragements, et qui nous a fait part, tout comme le Dr F. Paccaud, de ses critiques sur ce manuscrit. Ils vont enfin aux autorités, aux directions et aux enseignants des établissements concernés, qui nous ont dès le départ accordé l'appui et la confiance dont nous avons besoin.

Résumé

Le programme «Jeunesse et Santé» propose depuis 1983 diverses prestations de santé aux apprentis et gymnasiens vaudois: dépistages, éducation pour la santé. Cet article décrit l'activité d'écoute, de soins et de conseils individuels que les infirmières ont menée dans le cadre de permanences dans chaque établissement. Durant 1 an et demi, 969 jeunes ont été rencontrés pour des motifs de nature médicale (40%), psycho-somatique (30%) ou psycho-sociale (30%). La majorité ont consulté spontanément (40%), ou suite à un examen de dépistage (40%). 297 adolescents ont été adressés pour une suite de traitement à des institutions spécialisées (médecins traitants, permanences, services sociaux, etc.). Une évaluation faite trois mois plus tard révèle que les jeunes consultants sont en large majorité satisfaits (>90%). Un sondage effectué auprès des institutions montre que les prises en charge pour affections psycho-somatiques et psycho-sociales sont moins facilement couronnées de succès. L'article conclut sur l'intérêt et les limites d'une telle recherche descriptive et évaluative.

Zusammenfassung

Aufbau und Evaluation einer Beratungsstelle für Lehrlinge und Gymnasiasten.

Seit 1983 bietet das Programm «Jugend und Gesundheit» den waadtländischen Lehrlingen und Gymnasiasten verschiedene Leistungen (z. B. Reihenuntersuchungen, Gesundheitserziehung) an. Der Artikel beschreibt, wie die Krankenschwestern im Rahmen ihrer Tätigkeit in jeder Anstalt, die Jugendlichen angehört, gepflegt und persönlich beraten haben. Im Laufe von 18 Monaten wurde das Gespräch mit 969 Jugendlichen aufgenommen, und zwar aus ärztlichen Gründen (40%), psycho-somatischen Gründen (30%) oder psycho-sozialen Gründen (30%). Die Besprechungen fanden spontan (40%) oder nach einer Reihenuntersuchung (40%) statt. In 297 Fällen wurden Jugendliche zur Weiterbetreuung an Fachkräfte über-

wiesen (Ärzte, Permanenzen, Sozialdienste usw.). Eine nach drei Monaten gemachte Auswertung zeigt, dass die grosse Mehrheit (über 90%) damit zufrieden ist. Eine Untersuchung bei den Fachkräften oder Anstalten ergibt, dass die Betreuung für psycho-somatische oder psycho-soziale Leiden nicht ganz soviel Erfolg hat. Es wird noch erwähnt, dass eine solche Beschreibungs- und Bewertungsforschung wohl ihren Nutzen, aber auch ihre Grenzen hat.

Summary

A health promotion program for students and apprentices and its evaluation

Since 1983 apprentices and students 16-19 years of the Canton of Vaud (Switzerland) have been offered various activities in the frame of a school-based health promotion program called "Jeunesse et Santé" (screening, health education...). This paper focuses on the description and the evaluation of emergency care and counseling activities runned by nurses in each school. During one and a half year, 969 adolescents have presented themselves for medical reasons (40%), or for problems of psycho-somatic (30%) or psycho-social (30%) nature. Most of the pupils have consulted either spontaneously (40%) or after a screening procedure (40%). 297 youngsters have been sent to another institution for further evaluation and treatment (personal physician, outpatient clinic, social services). Three months after the first consultation, the nurses have contacted both the adolescents and the institutions for an evaluation: A large part of the pupils are satisfied with the help they have received (>90%). However the follow-up seems more difficult to organize and less effective for the adolescents that have presented themselves with psycho-social problems. The paper ends with the advantages and the limitations of an ambulatory research runned in the frame of school health activities.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. L'évaluation des programmes de santé scolaire. Copenhague, 1977; 34 p.
- [2] Blum R.W., Pfaffinger K., Donald W.B., A School-Based Comprehensive Health Clinic for Adolescents. J. School Health, 1982; 52: 486-490.
- [3] Michaud P.-A., Martin J., Un projet de service de santé scolaire pour les adolescents de 16 à 19 ans. Med & Hyg, 1984; 42: 437-442.
- [4] Michaud P.A., Martin J., La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans: leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits. Praxis 1983; 72: 1545-1554.
- [5] Lapointe C., Duval B., Turcotte B., Determining and Costing Outcome Measures of School Screening Programs. Can J. Publ. Health, 1984; 75: 281-284.
- [6] Cross A.W., Health Screening in Schools. Part I & II. J. of Pediatrics, 1985; 107: 487-494 and 653-661.
- [7] Coates T.J., Petersen A.C., Perry C., Promotion Adolescent Health: A Dialog on Research and Practice. Academic Press, New York, 1982; 465 p.
- [8] Stark A.J., Siddons P.J., The Public Health Nurses School Caseload: Can We Measure Outcomes? One Agency's Experience. Can J. Publ. Health, 1983; 74: 208-214.
- [9] Martin J. et al., Prestations de soins ambulatoires (PNR 8). Med. Soc. & Prev., 1982; 27: 275-322.
- [10] Long G.V., Hiiman C., Johansson M.S., Williams C.A., Tuthill R., Evaluation of a School Health Program Directed to children with History of High Absence. Am. J. Publ. Health, 1975; 65: 388-393.
- [11] Gilbin P.T., Poland M.L., Primary Care of Adolescents. J. Adol. Health Care, 1985; 6: 387-391.
- [12] Michaud P.-A., Annaheim J., Genton A., L'évaluation d'un programme de santé scolaire pour les apprentis et les gymnasiens vaudois: outils méthodologiques. Med. Soc. & Prev., 1986; 31: 194-197.