



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Date du Jury : **2 juillet 2002**

**PLACE DU MÉDECIN
DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

**DANS LA PRISE EN CHARGE
DE LA SOUFFRANCE DES ADOLESCENTS
DANS UNE COMMUNE RURALE
SOUS INFLUENCE URBAINE**

Corinne BENOIT

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - MÉTHODOLOGIE	5
1.1 Explications	5
1.2 Investigations sur le terrain.....	6
2 - LE CONTEXTE.....	9
2.1 Le contexte général.....	9
2.1.1 Le monde rural	9
2.1.1.1 Définition.....	9
2.1.1.2 Accès aux soins	11
2.1.1.3 Offre de soins.....	11
2.1.1.4 Déterminants de santé publique et monde rural	12
2.1.2 Étude du secteur de Saint Aignan.....	14
2.1.2.1 Son histoire	14
2.1.2.2 Sa géographie.....	15
2.1.2.3 Démographie.....	16
2.1.2.4 Emploi	18
2.1.2.5 Axes de communication.....	20
2.1.2.6 Équipements culturels et socioculturels	21
2.1.2.7 Ressources sanitaires et sociales	22
2.2 L'adolescence : une définition difficile	22
2.2.1 Définition.....	23
2.2.1.1 Repères socio-historiques	23
2.2.1.2 L'adolescence et la société : rites et rituels de passage.....	24
2.2.1.3 Définition contemporaine de l'adolescence.....	26
2.2.1.4 Le développement à l'adolescence.....	27
2.2.2 La souffrance des adolescents, les situations de crise.....	28
3 - ANALYSE	30
3.1 Les adolescents	30
3.1.1 Ce que disent les adolescents.....	30
3.1.2 Les adolescents du collège de Saint Aignan vus au travers des données administratives	33

3.1.3	Le dispositif institutionnel d'aides et de soins auxquels peuvent s'adresser les adolescents.....	34
3.1.3.1	L'hospitalisation.....	34
3.1.3.2	La médecine libérale et les centres de santé.....	35
3.1.3.3	Le dispositif de soins en santé mentale.....	35
3.1.3.4	les centres et les établissements de planification familiale.....	39
3.1.3.5	La prévention.....	40
3.1.3.6	les services téléphoniques.....	41
3.1.4	L'utilisation du système de soins par les adolescents	42
3.2	Les professionnels gravitant autour des adolescents.....	46
3.2.1	Leur représentation de la souffrance des adolescents	46
3.2.2	Comment ils identifient ce mal être	48
3.2.3	Comment réagissent-ils face à ses situations	50
3.2.4	Comment s'articulent –ils avec leurs partenaires, si partenaire il y a!	51
3.3	Les membres des comités de pilotage, des instances décisionnelles des programmes qui servent à planifier la santé au niveau de la région	52
3.3.1	Comment sont pris en compte les adolescents en milieu rural dans le cadre des PRAPS.....	52
3.3.2	Analyse des entretiens semi directifs	54
3.3.2.1	Représentation de la souffrance des adolescents	54
3.3.2.2	Prise en compte du particularisme rural.....	55
3.3.2.3	Les différentes propositions	56
3.3.3	Articulation entre les différentes institutions	57
4	OBJECTIF PROFESSIONNEL.....	60
4.1	Objectifs, actions relevant de l'Éducation Nationale	60
4.1.1	Pour l'ensemble de l'équipe éducative pilotée par les chefs d'établissement avec le soutien technique du mEN.....	60
4.1.2	Par le médecin de l'éducation nationale.....	61
4.2	Objectifs, actions relevant de tierces personnes	63
	CONCLUSION	66

Liste des sigles utilisés

A.V.P. :	Accident de la Voie Publique
C.A.F. :	caisse d'allocation Familiale
C.D.E.S. :	Comité Départementale d'Éducation Spéciale
C.E.S.C. :	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
C.M.P. :	Centre Médico-Psychologique
COP :	Conseiller d'Orientation Psychologue
C.P.E. :	Conseiller Principal d'Éducation
CREDES :	Comité Régional d'Éducation pour la Santé
DDASS. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales
H.C.S.P. :	Haut Comité de la Santé Publique
I.D.E. :	Infirmière Diplômée d'État
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
L.P. :	Lycée Professionnel
m.E.N. :	Médecin de l'Éducation Nationale
MRDCT :	Médecin responsable Départemental Conseiller Technique
M.S.A. :	Mutualité Sociale Agricole
O.M.S. :	Organisation mondiale de la Santé
O.R.S. :	Observatoire Régional de la Santé
PAIO :	Permanence d'Accueil d'Information et d'Orientation
P.J.J. :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.M.I. :	Protection Materno Infantile
P.R.A.P.S. :	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
P.R.S. :	Projet Régional de Santé
S.E.G.P.A. :	Section Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD :	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
T.G.V. :	Train à Grande Vitesse
U.R.C.A.M. :	Union Régionale des Caisses D'Assurance Maladie
ZUP :	Zone Urbaine Prioritaire

INTRODUCTION

Moins visible qu'en ville¹, l'exclusion est un phénomène relativement récent en campagne. L'exode rural qui, traditionnellement, offrait des perspectives est freiné par le chômage généralisé. Surendettement des exploitants agricoles qui s'installent ou se modernisent, misère cachée des plus vieux qui vivent, fermetures d'usines qui faisaient vivre tout un pays, travail au noir : la précarité touche de plus en plus de familles rurales. Pour beaucoup, l'isolement est accru par la disparition des services publics de proximité et le manque de moyens de locomotion. Enfin, nouvelle donne dans le paysage : l'arrivée de populations urbaines défavorisées. Pour faire face à cette population, il ne s'agit donc plus seulement de régler des cas individuels, mais de contribuer à la transformation du tissu social, de bousculer ses pratiques et de s'impliquer de plus en plus dans une dynamique de développement local.

Si le problème de la prise en charge de la souffrance des adolescents en milieu rural n'est pas récent, la prise de conscience par la société de l'existence de cette souffrance, quelle qu'en soit son expression et la mise en œuvre de stratégies pour la combattre ne s'est développée que depuis peu.

Pourtant, à la suite du rapport du Haut Comité de Santé Publique en novembre 1994 sur la santé en France, le ministre délégué à la santé a annoncé la tenue dans chaque région d'une conférence régionale de santé afin de décliner les priorités nationales au niveau régional et de permettre aux différents acteurs de s'approprier ces priorités². Pour la région Centre, région de notre étude, elle s'est tenue le 19 avril 1996, à Orléans. Le travail préparatoire à cette conférence a été basé sur une enquête préliminaire sur les priorités en santé publique choisies dans la liste définie par le Haut Comité de Santé Publique dans son rapport sur la santé en France. Le questionnaire, accompagné de commentaires sur chacune des priorités a été envoyé en novembre 1995 à 240 personnes (40 par département) représentant quatre groupes d'acteurs : les décideurs, les institutionnels, les professionnels de la santé et les associations. Le taux de réponses traitées est de plus de 60 %. Les priorités ressenties les plus souvent citées par ordre de fréquence décroissant sont :

- handicap et dépendance ainsi que dépression et suicide.
- accidents de la voie publique, et les cancers qui ont été cités avec une fréquence moindre.

¹ La gazette des communes, des départements, des régions : 18 janvier 1999

² conférence régionale sur les priorités de santé publique du Centre, Orléans, 19 avril 1996

A l'issue du déroulement de la conférence, des différentes interventions (Haut Comité de Santé Publique, Observatoire Régional de la santé) et du débat avec la salle, deux priorités de santé publique ressortent pour la région Centre : les accidents de la voie publique et les suicides. La population ciblée par ces deux priorités de santé publique correspond donc en grande partie à celle des adolescents.

L'institution scolaire, parce qu'elle accueille la plupart des adolescents est un lieu privilégié où ce mal être peut s'exprimer. Elle dispose en son sein d'un corps de professionnels, les médecins de l'éducation nationale, dont les compétences techniques, le statut et les missions confèrent une pertinence tout à fait particulière dans la lutte et la prévention de cette souffrance. Ce rôle a été accentué par la circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001, parue au BO le 25 janvier 2001, où on lit : *« La mission des médecins de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves et plus largement dans la politique générale du pays en matière sanitaire et en éducation à la santé. L'école est en effet le seul lieu qui permette d'évaluer l'état de santé de l'ensemble de la population des élèves tout au long de leur scolarité », « ils ont aussi un rôle spécifique de repérage, de diagnostic, d'évaluation des situations pathologiques aussi bien d'ordre somatique que psychique, et d'orientation vers les structures de prise en charge adaptées. Ils maîtrisent les connaissances scientifiques relatives à la santé et au développement de l'enfant et de l'adolescent, tant au plan individuel que collectif, ce qui confère une capacité de conseil technique auprès de l'ensemble de la communauté éducative. Leur formation en santé publique leur permet d'identifier les besoins, de conceptualiser, conduire et évaluer les programmes de promotion de la santé. Ils assurent un lien entre le système éducatif et le système de prévention et de soins. Ils sont garants du respect du secret médical qui engage leur responsabilité »* et *« suivre les élèves des établissements de certaines zones (rurales, d'éducation prioritaire(...)) L'éloignement, l'isolement, les réseaux et les zones d'éducation prioritaire, les établissements où la violence reste un phénomène préoccupant, imposent à l'ensemble des services ministériels concernés une mobilisation cohérente et renforcée, ciblée en priorité sur les sites les plus exposés ; les médecins doivent être particulièrement vigilants afin que tous les élèves qui en ont besoin puissent accéder aux soins et bénéficier d'un suivi »*.

Or, il semble que ces compétences ne soient pas toujours reconnues et utilisées au sein de l'institution scolaire, au profit de l'accès aux soins des adolescents dans le monde rural.

A preuve, la difficulté de la prise en charge de ces adolescents en souffrance qui reste si difficile en milieu rural, malgré toutes les nouvelles stratégies de lutte contre la précarité et l'exclusion.

Comme il est de tradition chaque année, peu après la divulgation des chiffres nationaux, le préfet du Loir et Cher convie la presse³ à une présentation des chiffres de la délinquance à l'échelle départementale. En 2001, il constate 13 641 crimes et délits sur le département par l'ensemble des services de police et de gendarmerie confondus et recense donc 976 faits supplémentaires, soit une augmentation de +7,7% par rapport à l'année 2000 (qui elle même révélait une hausse de +6,2 % par rapport à 1999). Ces chiffres bruts cachent de nombreuses disparités : les chiffres de la police nationale, à partir des commissariats confondus de Blois , Vendôme, Romorantin sont en baisse (- 4,2%). «La délinquance a été incitée à se déplacer vers les zones rurales sous l'influence du déploiement de la police de proximité » analyse le préfet (...) « La situation est toujours aussi difficile en vallée du Cher , zone de passage traditionnelle d'une délinquance venue de Tours et , à un degré moindre d'Orléans et de Vierzon ». Quant à l'analyse des faits délictueux, le problème des mineurs ne s'arrange pas, loin de là! Encore une augmentation de +21% de faits commis par les mineurs en 2001. Leur part dans le total des personnes mises en causes augmente régulièrement depuis plusieurs années de façon exponentielle. Elle s'établit à 27,5% en 2001 contre 22,5% en 2000. Les mineurs sont donc les principaux acteurs de l'augmentation des comportements criminels et délictueux. Globalement, le nombre de personnes majeures mises en cause en 2001, est en baisse sensible de -7,1%.

Cette impression de difficulté de souffrance et d'accès aux soins, pour les adolescents scolarisés en milieu rural, semble également prégnante au sein de «notre service »⁴. Deux collègues du services ont été mises en difficulté par le manque de structure et, après conseil auprès de l'Inspecteur d'Académie ont elles mêmes transportés les élèves en souffrance, le Médecin Responsable Départemental et Conseiller Technique auprès de l'Inspecteur d'Académie a du intervenir à plusieurs reprises, en situations d'urgences dans des établissements "ruraux" en renfort des médecins de secteurs devant l'ampleur de la souffrance mesurée sur place. Ce sujet mérite donc d'être étudiée.

Devant ce contexte, nous posons notre question de départ : « ***Pourquoi la prise en charge des adolescents en souffrance reste t-elle si difficile en milieu rural, malgré toutes les nouvelles stratégies de lutte contre la précarité et l'exclusion ?*** »

Devant cette interrogation, je me suis intéressée à trois hypothèses pour tenter de comprendre pourquoi on a moins développé de dispositifs en région rurale, pour la prise en

³ Quoi de neuf...N°46 mars 2002 « délinquance en Loir et Cher : le verdict des chiffres »

⁴ le service a été supprimé avec la circulaire de janvier 2001

charge du mal être des adolescents : tout d'abord, ***je me suis préoccupée de la perception par les professionnels gravitant autour des adolescents, des besoins des adolescents jugés sans problème, parce que loin des villes et de ses dangers.***

Puis, dans un second temps, ***j'ai recherché une explication dans l'étude de la démographie médicale et le particularisme médical en milieu rural.***

Et enfin, ***je me suis interrogée sur la prise en charge des adolescents en milieu rural : les moyens actuels de prévention et de lutte prennent-ils en compte les particularités du monde rural ?***

Mon objectif professionnel sera donc **de déterminer et de préciser les éléments qui justifieraient une prévention différente, une offre de soins adaptée pour la prise en charge du mal être des adolescents en milieu rural.**

Mon objet d'étude est l'étude des facteurs qui font qu'il existe moins de dispositifs en région rurale pour la prise en charge du mal être des adolescents. Pourquoi en a-t-on moins développé ?

1 - METHODOLOGIE

1.1 EXPLICATIONS

Pour vérifier mes hypothèses, j'ai procédé de la manière suivante :
J'ai tout d'abord été confrontée aux difficultés rencontrées dans le travail de tous les jours du mEN , en milieu rural, avec la prise en charge « de la population adolescente » (travail sur un secteur rural en tant que vacataire dans le département du sud de la Vienne, puis en tant que stagiaire dans le sud du département du Loir et Cher.).

Puis, je me suis adressée aux personnes ressources sur mon terrain d'étude : mon maître de stage, ayant pendant 8 ans été responsable du secteur de Saint Aignan et les services sociaux, pour des entretiens exploratoires.

J'ai étudié ma population d'adolescents du collège à travers des données administratives les concernant.

En recherche bibliographique, j'ai consulté

- ✓ Les textes de loi de nos missions de janvier 2001, pour définir mes missions auprès des adolescents , et voir s'il existe une particularité pour le milieu rural
- ✓ Des documents traitant de l'adolescence avec ses différentes facettes
- ✓ Des documents traitant de la ruralité, de ses particularités
- ✓ Les rapports de l'observatoire régional de la santé de la région centre (ORS), de l'observatoire de l'Économie et de Territoires de Loir et Cher, de l'URCAM, de la CAF, du conseil général, de la région centre et du canton de Saint Aignan
- ✓ Les rapports du Haut comité de la Santé Publique
- ✓ Les différents rapports de la conférence régionale sur les priorités de santé publique
- ✓ Les bilans des actions PRS et PRAPS du centre, pour voir s'il existe une prise en compte spécifique du milieu rural, ou si la prise en charge est globale.
- ✓ Les bilans d'actions PRS et PRAPS s'adressant aux adolescents d'autres régions françaises

Puis, j'ai mené des entretiens semi directifs sur le département du Loir et Cher, avec trois guides d'entretiens différents : ⁵

- ✓ Le premier destiné aux adolescents de mon secteur, afin d'identifier leur difficultés, leurs besoins, leur mal être. Définir les caractéristiques des adolescents en milieu rural, et quelle perception ils en ont.
- ✓ Le deuxième, destiné aux professionnels gravitant autour de ces adolescents pour saisir les représentations de ces professionnels du mal être des adolescents.
- ✓ Le troisième, à l'intention de membres des comités de pilotage des PRAPS , PRS, DDASS, MSA, les décideurs, afin de saisir leur représentation de la souffrance des adolescents, savoir si ce qui existe est suffisant, adapté, prend en compte le particularisme rural, les nouvelles orientations.

1.2 INVESTIGATIONS SUR LE TERRAIN

La collecte des informations s'est déroulée sur ma deuxième période de stage sur le terrain, du 25 février au 18 mars 2002.

Après un premier contact téléphonique, nous fixons un rendez vous sur le lieu de travail des professionnels concernés où je me rendais. Cela me permettait également de découvrir les locaux dans lesquels les adolescents évoluent.

J'ai ainsi rencontré 2 groupes mixtes du lycée professionnel, comprenant des internes, des demi pensionnaires et des externes, et trois groupes mixtes de collégiens, de Saint Aignan, mais également des villages aux alentours appartenant au regroupement scolaire. Je ne les ai pas interrogé sur leur souffrance directement, mais les ai invité à réfléchir avec moi sur ce que peut être la souffrance des adolescents, sur leurs camarades qui éprouvent peut être ces difficultés. Ainsi, par ce détour ils sont plus prolixes, parlent plus librement. Il est toujours plus facile de parler des autres que de se dévoiler soi même, même s'ils ramènent la question à eux, à leurs propres expériences, à ce qu'ils vivent. Ils se sentent ainsi protégés, et non victimes d'une agression personnelle.

Je me suis ensuite entretenue avec les professionnels gravitant autour de ces adolescents. Pour les professionnels hors éducation nationale, j'ai recueilli 7 entretiens :

- ✓ 2 de médecins généralistes, un homme et une femme choisis sur les conseils de mon maître de stage
- ✓ une assistante sociale de secteur ayant pris son poste il y a 8 ans

⁵ voir annexe 1

- ✓ l'infirmière du service de protection materno infantile
- ✓ la conseillère conjugale du centre de planification
- ✓ le psychologue du CMP
- ✓ le responsable de la maison des jeunes

L'adjudant chef de gendarmerie, malgré son accord et son intérêt manifesté au téléphone pour mon travail, était toujours absent de la gendarmerie lors de nos rendez vous.

Pour le personnel de l'éducation nationale, j'ai recueilli 12 entretiens :

- ✓ le proviseur du lycée professionnel
- ✓ le principal du collège
- ✓ la principale adjointe du collège
- ✓ le directeur de la SEGPA
- ✓ 2 professeurs anciens dans les établissements de Saint Aignan
- ✓ 2 CPE du LP
- ✓ la CPE du collège
- ✓ l'infirmière travaillant sur les deux structures
- ✓ l'assistante sociale également sur les deux structures
- ✓ le conseiller d'orientation psychologue, sur les deux structures.

Pour les membres des comités de pilotages, j'ai mené 7 entretiens :

- ✓ le conseiller général
- ✓ le médecin de la MSA attaché à la prévention
- ✓ l'infirmière de la DDASS
- ✓ la substitut du procureur chargée des mineurs
- ✓ deux membres du conseil municipal de la mairie de Saint Aignan
- ✓ le directeur du service de protection judiciaire de la jeunesse
- ✓ le médecin conseiller auprès de l'inspecteur d'académie

J'ai également été invitée à la première réunion de travail des membres de l'inspection académique, de la DDASS, du rectorat et du centre de planification, pour réorganiser l'accès aux soins des adolescents en milieu rural .

La durée des entretiens s'est échelonnée de 45mn à 2 heures 15. Tous ces partenaires ont marqué un intérêt pour notre questionnement, jugeant la vie des adolescents en milieu rural difficile.

Nous allons donc, dans un premier temps, nous intéresser au contexte dans lequel cette réflexion a été menée : en étudiant le monde rural, ses particularités. Puis nous

présenterons l'étude de mon secteur d'affectation, et enfin nous nous intéresserons à l'adolescence. Alain Braconnier et Daniel Marcelli dans leur ouvrage « L'adolescence aux milles visages » citent à ce propos la métaphore du coucher de soleil : « Tandis que le soleil se couche quelque part, il se lève ailleurs, et surtout il ne se couche jamais sans se relever : ainsi surgit l'adolescence. ».

Après l'étude du contexte, nous d'analyserons les représentations des adolescents , des professionnels autour de ces adolescents et des institutions pour répondre à notre question de départ : « **Pourquoi la prise en charge des adolescents en souffrance reste t-elle si difficile en milieu rural, malgré toutes les nouvelles stratégies de lutte contre la précarité et l'exclusion ?** ».

Enfin, nous exposerons notre objectif professionnel afin d'aider à l'amélioration de cette prise en charge.

2 - LE CONTEXTE

2.1 LE CONTEXTE GENERAL

La connaissance du secteur constitue notre première démarche de médecin de l'Éducation Nationale. Arrivant dans une nouvelle région, un nouveau département, il est nécessaire d'en avoir une vision d'ensemble afin de pouvoir comprendre et travailler avec les adolescents et leur famille.

Ainsi, nous étudierons le contexte général à travers le monde rural en général que nous tenterons de définir, nous y étudierons l'accès aux soins, l'offre de soins. Nous définirons les déterminants de santé publique, puis nous nous attacherons au secteur de Saint Aignan, son histoire, sa situation géographique, sa démographie, l'emploi, les axes de communications, et les ressources sanitaires et sociales.

2.1.1 Le monde rural

La France, pays rural jusqu'en 1945, s'est depuis fortement urbanisée, d'où une opposition historique entre les territoires ruraux et urbains.

2.1.1.1 Définition

La mobilité des hommes et l'évolution des comportements ont bouleversé l'image traditionnelle du monde rural et rendent ses limites actuelles moins précises. Opposé puis complément de la ville, le monde rural reste peu étudié et mal connu, bien que l'INSEE essaie, encore aujourd'hui, d'en donner une définition statistiquement explicite.

Nous allons retracer les différentes définitions du monde rural dans le tableau suivant.

Date	Définition	Données chiffrées
Avant 1959	Le rural regroupe les communes de moins de 2 000 habitants	Non disponible
Depuis 1959	<p>Le rural se situe en dehors de toute Zone de Peuplement Industriel et Urbain (ZPIU qui est un regroupement d'une ou de plusieurs unités urbaines et de leur zone d'influence.)</p> <p>Commune rurale traditionnelle : faible densité, population en déclin démographique, majoritairement âgée, vivant essentiellement de l'agriculture, et relativement éloignée de l'offre de soins.</p>	Les zones rurales représentent 85% des communes françaises, 26% de la population ⁶ ,
En 1999	<p>Le recours au Zonage en Aires Urbaines (ZAU), fondé sur les migrations alternantes domicile/travail et le nombre d'emplois offerts identifie quatre catégories au sein de l'espace rural :</p> <p>-<u>les pôles ruraux</u> : unités urbaines ou communes rurales, offrant de 2 000 à moins de 5 000 emplois et dont le nombre d'emplois offerts est supérieur ou égal au nombre de résidents actifs.</p> <p>-<u>le rural sous influence urbaine</u> : ensemble des communes rurales et des unités urbaines qui ne sont pas pôle rural et dont 20% ou plus des actifs résidents travaillent dans les aires urbaines.</p> <p>-<u>la périphérie des pôles ruraux</u> : ensemble des communes rurales et des unités urbaines, n'étant ni pôle rural, ni sous faible influence urbaine, et dont 20% ou plus des actifs résident, travaillent dans les pôles ruraux.</p> <p>-<u>le rural isolé</u> : formé de l'ensemble des communes rurales et des unités urbaines n'étant ni pôle rural, ni sous faible influence urbaine, ni périphérie des pôles ruraux.</p>	L'espace à dominante rurale rassemble près d'un quart de la population sur plus des deux tiers du territoire métropolitain.

Cette dernière définition, très détaillée, n'est pas utilisée sur le terrain, et les études reprennent la notion de seuil de 2 000 habitants ou alors de ZPIU.

⁶ les zones rurales représentent également 18 % des généralistes et 1 % des spécialistes sur le territoire français. (source : CREDES)

2.1.1.2 Accès aux soins

L'accès aux soins est un droit fondamental de chacun.

Une circulaire du Ministère des Affaires Sociales du 21 mars 1995 rappelle ce principe : « l'intégration de tous dans le système de droit commun (...) est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine »⁷.

La Convention internationale des Droits de l'Enfant ⁸ stipule, en son article 24, que chaque état signataire doit garantir à l'enfant le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducations. De plus, aucun enfant ne doit être privé du droit d'accès à ces services.

Cependant, il existe des inégalités : elles sont économiques, mais aussi géographiques.

Il existe une grande difficulté d'accès aux soins des plus démunis ⁹, population dont font partie un grand nombre d'adolescents.

Elles sont aussi géographiques. La distance d'accès aux soins a été étudiée en 1990 par V. LUCAS et F.TONNELIER pour le CREDES. Ils notent que la distance d'accès aux soins pour les communes rurales situées dans l'attraction des villes est environ 3 à 4 fois plus élevée que pour les unités urbaines et que la distance est encore plus importante pour les communes situées en dehors de l'attraction des villes.

Le département du Loir et Cher est un des six départements de la région CENTRE, avec une superficie de 6343 km². Il est composé de trois zones urbaines : Blois, Vendôme et Romorantin. Le reste du département se distribue en 196 communes.

2.1.1.3 Offre de soins

Si l'Organisation Mondiale de la Santé définit traditionnellement la santé comme un état de bien-être général, physique, psychique et social, la notion d'accès aux soins recouvre la consommation et l'offre de services médico-sociaux. En revanche, l'appréhension de la part du monde rural en matière de santé n'est pas aisée car derrière les clichés sur la ruralité, il est nécessaire de montrer ce qu'est aujourd'hui le monde rural, ainsi que les spécificités ou inégalités sanitaires qui le caractérisent.

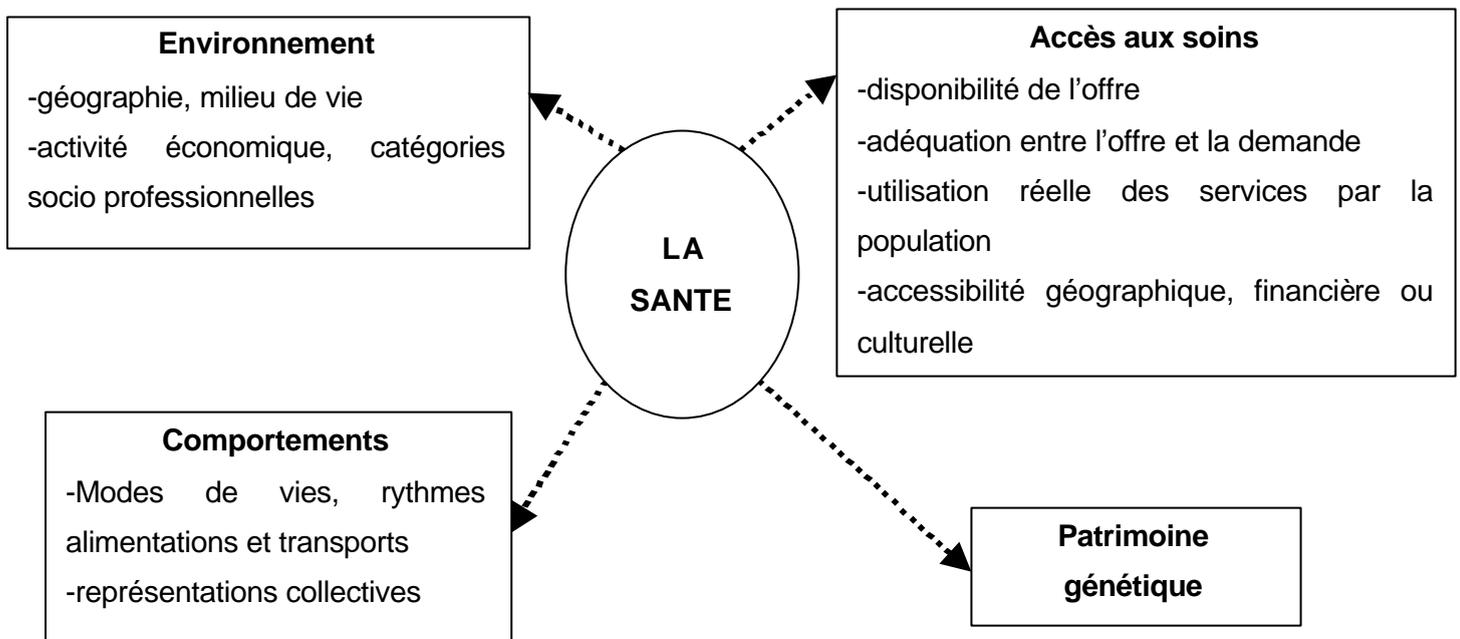
⁷ circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

⁸ convention internationale des Droits de l'Enfant, 1990

⁹ Le PRAPS : analyse de l'existant

2.1.1.4 Déterminants de santé publique et monde rural

Connaître l'état de santé d'une population donnée suppose, au préalable, de définir des déterminants susceptibles d'expliquer les différences ou les inégalités de santé. Ainsi, on distingue traditionnellement quatre catégories de déterminants représentés dans le schéma suivant.¹⁰



Appliqués au monde rural

Il est important d'évaluer la pertinence de ces déterminants (sont-ils quantifiables et fiables quant à leur relation de causalité avec l'état de santé) pour rendre compte d'éventuelles différences d'état de santé entre monde rural et urbain.

Le patrimoine génétique

Du fait des migrations et des brassages de population, aujourd'hui à l'œuvre sur l'ensemble du territoire français, notamment dans la vallée du Cher, ce déterminant ne peut plus rendre compte d'éventuelles spécificités de la population rurale.

L'environnement

¹⁰ Mémoire ENSP de séminaire interprofessionnel : santé et soins de santé : le monde rural a-t-il sa part ? 1999

Intuitivement, le déterminant environnemental paraît primordial pour expliquer les différences de situation entre monde rural et monde urbain. Or, rien n'est moins sûr.

Les activités polluantes se retrouvent dorénavant en ville et en campagne (pollution automobile/ nitrates). De même, il n'est pas possible de dissocier le stress vécu en milieu rural ou urbain. Concernant les catégories socioprofessionnelles, les écarts de santé entre groupes sont plus marqués en milieu urbain qu'en milieu rural ¹¹.

Quant à l'activité économique, elle évolue et se rapproche entre les deux espaces dans la mesure où l'industrie et le tertiaire deviennent les principaux secteurs d'activité en milieu rural. Toutefois, pour les ouvriers et exploitants agricoles, il semble que l'activité continue d'influencer l'état de santé (arthrose, lombalgie, bronchite chronique).

Le comportement

Même si l'on assiste à une homogénéisation des comportements entre mondes rural et urbain, des différences persistent. Par exemple, les rythmes alimentaires continuent à différer¹². Il en est de même pour la perception de l'état de santé entre espaces rural et urbain : la santé est considérée dans le monde rural comme le pouvoir de travailler, alors qu'en milieu urbain il est défini comme un bien être général¹³. On note également une perception plus fataliste des risques de santé chez les ruraux. Ceci n'est pas sans conséquence sur leur état de santé général et effectif, même s'il est difficile de le quantifier. Enfin, des différences existent en matière de demande et de consommation de soins : moindre recours aux spécialistes, dépistage plus tardif et moindre mobilité de la clientèle en milieu rural. ¹⁴

L'accès aux soins de santé

A priori, on peut penser que le déterminant « accès aux soins » révèle d'éventuelles différences entre l'espace urbain et l'espace rural, quantitativement ou qualitativement moins bien équipé. Par exemple, l'éloignement kilométrique est plus important en milieu rural : un urbain parcourt en moyenne 3 kilomètres pour consulter un pédiatre contre 21 pour un rural. L'accès aux soins de proximité (médecin généraliste, infirmière) semble ne pas poser de problème, contrairement à l'accès aux spécialistes, aux équipements lourds, ou aux

¹¹ E. Vigneron : Santé, société, inégalités géographiques en France, Actualité et dossier en santé publique, n°19, juin 1997

¹² Baromètre Santé adulte 95-96, la santé de l'homme, n°333, mars 1998

¹³ J.Arènes et P.Guilbert, Santé et territoires, la santé de l'homme, n°327, janvier-février 1997

¹⁴ J.Arènes et P.Guilbert, Santé et territoires, la santé de l'homme, n°327, janvier-février 1997

urgences.¹⁵ Les généralistes en milieu rural sont néanmoins en suractivité.¹⁶ Enfin, 95 % des spécialistes sont installés dans les pôles urbains.¹⁷

Les données relatives aux déterminants sont donc parfois contradictoires, insuffisantes ou inexistantes pour apprécier les éventuelles différences ou inégalités d'état de santé. La difficulté à établir des différences d'état de santé s'explique aussi par le rapprochement des modes de vie, des représentations culturelles et des niveaux économiques.

2.1.2 Étude du secteur de Saint Aignan

2.1.2.1 Son histoire¹⁸

La ville de Saint Aignan en Berry prit naissance aux environs de l'an 1000, autour de son premier château, une forteresse en bois.

Cette ville frontière possédant l'île des trois Évêques à ses pieds provoque de nombreuses convoitises entre les comtes de Blois et d'Anjou. En 1037, Foulques Nerra s'en empare.

Ce fief concédé à Geoffroy de Donzy, devint en 1538 comté, puis Duché en 1663 avec les ducs de Beauvillier, époque à laquelle le Château « Renaissance » fut construit. La ville vécut une période de prospérité qui engendra la construction de l'Hôtel-Dieu et de nombreuses maisons.

Saint Aignan devint le centre commercial et industriel de la région (draperie, tannerie, bestiaux...) et un important centre administratif....

Saint Aignan aujourd'hui

Aujourd'hui, chef lieu de canton regroupant 15 communes de la Vallée du Cher, Saint Aignan s'ouvre vers le futur et développe le tourisme culturel, sportif, de détente ainsi que son vignoble non moins réputé.

En 1999, nous dénombrons 97 commerçants et artisans, 12 viticulteurs, de nombreux services sont à la disposition des 3 674 Saint - Aignanais. Le groupe ACIAL emploie 290 ouvriers et fabrique des coffres-forts et des armoires métalliques. L'usine Pasquier faisait des vêtements féminins et employait 126 ouvrières. Elle a déposé son bilan en 1996. Depuis plusieurs siècles, les viticulteurs ont su cultiver et exploiter les vignes. L'ancien hôpital est

¹⁵ F.Tonnellier, V.Lucas, distance d'accès aux soins en 1990, CREDES, décembre 1995

¹⁶ Ph Le Fur, C.Sermet, Les généralistes à faible activité des zones rurales et urbaines, CREDES, janvier 1991

¹⁷ S.Rican, M.Simon, La répartition spatiale des médecins : une analyse selon le zonage en aires urbaines, Solidarité et Santé, n°1, 1999.

¹⁸ L'historique de cette région, très riche, peut être consulté en **annexe 2**

converti en locaux administratifs. Avec la maison de retraite de Vau de Chaume et l'IME de Mareuil, il emploie 548 salariés.

Les abattoirs qui avaient été construits en 1861 connaissent une forte activité jusqu'en 1968, puisqu'à cette date on y abat huit tonnes de viande par semaine. Malgré de nombreux aménagements, il est devenu impossible de suivre les directives ministérielles qui sont de plus en plus exigeantes. Ils sont détruits en 1997, après avoir participé à l'activité économique de la commune pendant 132 ans. Il est prévu d'aménager un parking sur l'emplacement laissé vacant.

La caserne des pompiers a été construite en 1970. Elle abrite 1 pompier professionnel, 27 volontaires, 7 véhicules et une barque.

L'école, propriété du comte de la Roche Aymon, devenue insalubre, est achetée par la municipalité qui en décide la démolition en 1998. L'emplacement ainsi libéré n'a pas encore d'affectation.

Le stade de football Philippe Michaud a été construit en 1969. Le terrain de camping a été aménagé au bord du Cher, tout comme la piscine.

Le collège, surnommé « le Titanic », a été inauguré en 1999. 599 élèves le fréquentent. Le lycée d'enseignement professionnel compte 250 élèves, l'école primaire 240, l'école maternelle 129 et l'école privée des Bernardines 66.

2.1.2.2 Sa géographie

La région Centre est composée de six départements : le Cher, l'Eure et Loir, l'Indre, l'Indre et Loire, le Loiret et le Loir et Cher ; Saint Aignan se situe dans le sud du département du Loir et Cher, département d'une superficie de 6343 km². Ce département est divisé par le passage de la Loire, en deux grandes parties, le nord et le sud.

Sa préfecture, Blois, traversée par la Loire, se situe au centre du département. Ses sous-préfectures sont au nombre de deux : Romorantin- Lantenay pour le sud du département et Vendôme pour le nord.

Il y a trois arrondissements, celui de Blois, de Romorantin, et de Vendôme, arrondissements qui sont eux- même divisés en trente cantons.

Le département comprend 291 communes dont 3 urbaines de plus de 10 000 habitants, selon le recensement de l'INSEE de 1999.

Situé au cœur de la Région Centre, à proximité des Châteaux de la Loire, Saint Aignan sur Cher est érigé à flanc de coteaux sur les bords du Cher. Cette citée médiévale

possède une situation géographique très enviée, au carrefour des Trois Provinces Touraine-Sologne- Berry.¹⁹

Saint Aignan est une commune rurale sous influence urbaine, chef lieu de canton. Le canton, d'une superficie de 326,02 km², comprend 15 communes dont 11 font partie du secteur médico – scolaire. Ce sont, outre Saint Aignan, les communes rurales de Châteaueux, Châtillon-sur-Cher, Chémery, Choussy, Couddes, Couffy, Mareuil–sur-Cher, Méhers, Meusnes, Noyers–sur-Cher, Pouillé, Saint–Romain–sur-Cher, Seigy et Thésée.

La Communauté de communes Val de Cher Saint – Aignan regroupe, elle, 10 communes qui correspondent au secteur médico scolaire : Saint Aignan, Noyers sur Cher, Mareuil sur Cher, Châteaueux, Thésée, Pouillé, Couffy, Mehers, Seigy, Châtillon sur Cher,

2.1.2.3 Démographie

La population du canton est de 17 345 en 1999²⁰. Elle a progressé de + 161 (variation absolue) depuis 1990 (17 184). Sa densité de population est de 51,46 habitants/km² contre 49,65 pour le département du Loir et Cher.

La population de la région de Saint Aignan²¹ (La Communauté de communes Val de Cher Saint Aignan) est en croissance continue depuis de longues décennies, en particulier grâce à un solde migratoire constamment positif. Depuis 1990, cette attractivité s'est traduite par un nouvel excédent de près de 500 personnes. Forte de 13 000 habitants, la zone est structurée autour d'un pôle dynamique formé de 2 communes : Saint Aignan et Noyers sur Cher, qui rassemblent 6 150 habitants.

La communauté de communes²² quant à elle, (10 communes) compte en 1999 une population totale de 13 437 , soit une variation de +159 habitants par rapport au recensement de 1990.

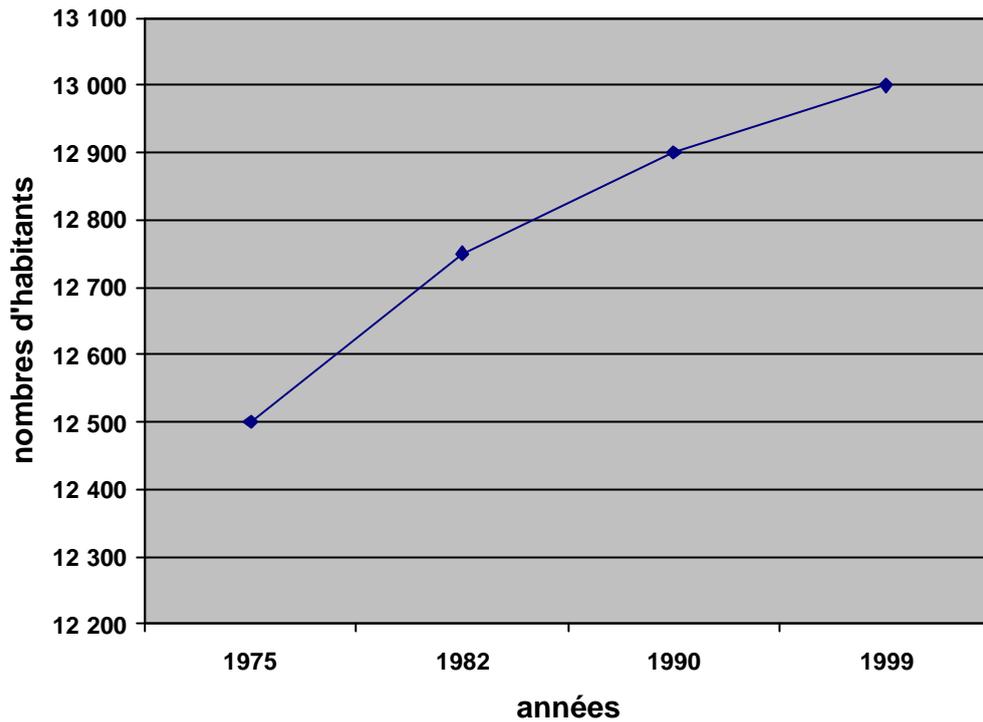
¹⁹ voir la carte géographique **en annexe 3**

²⁰ Source : INSEE – Recensement Généraux de la population (RGP)

²¹ Observatoire de l'Economie et des Territoires de Loir et Cher

²² Les fiches de l'observatoire n°7/ 40-007- avril 2002

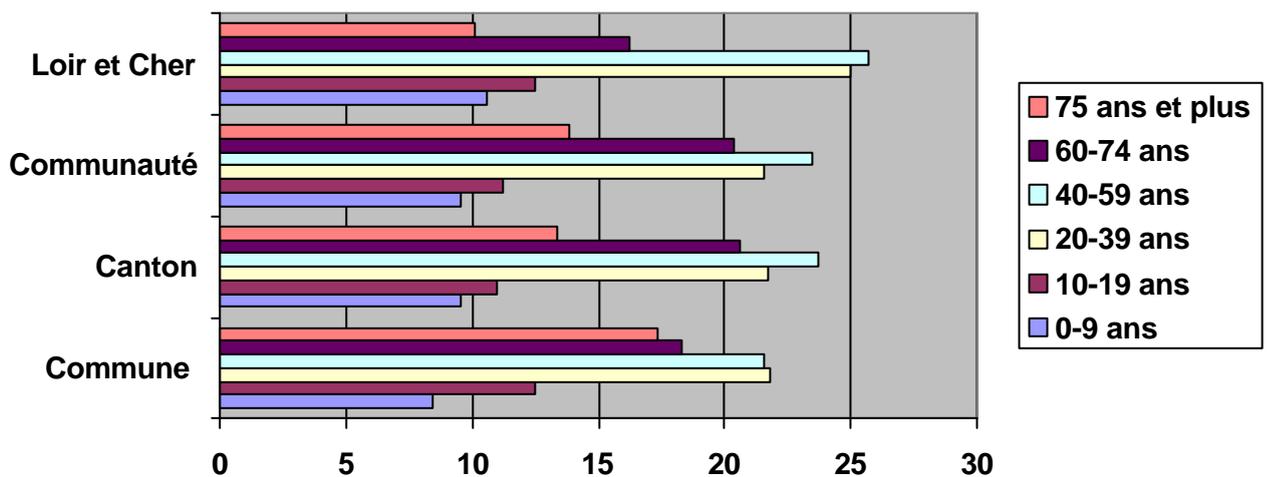
évolution de la population dans la région de Saint Aignan



Répartition de la population par âge²³

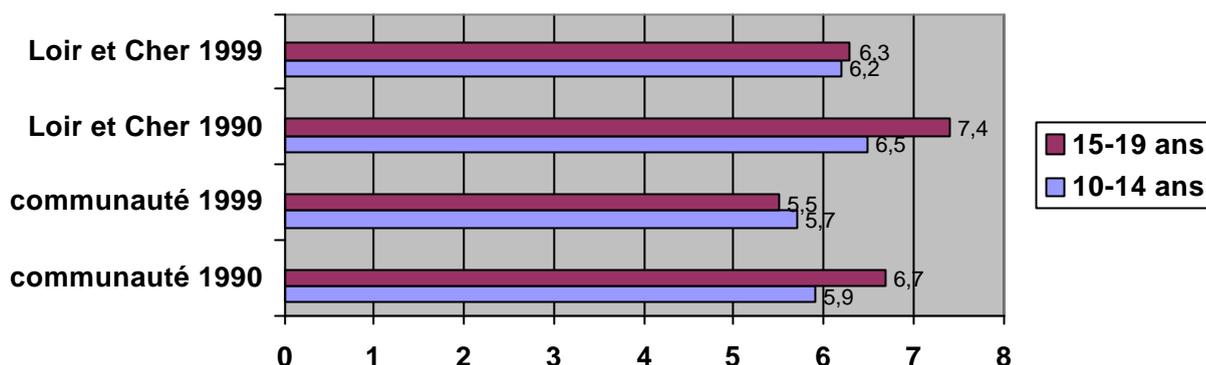
Nous constatons un vieillissement de la population, comparable à celui de la France.

Répartition de la population par âge, en % en 1999



²³ source : INSEE- Recensements Généraux de la Population (RGP).

Evolution de la population adolescente de 1990 à 1999 (en %)

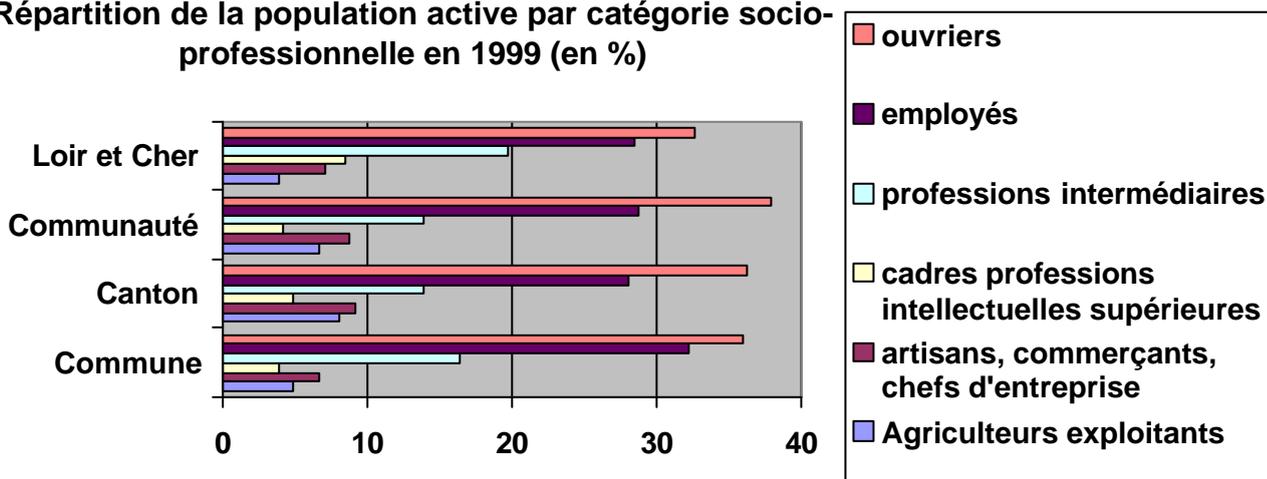


On remarque une nette diminution de la population des adolescents de 15 -19 ans de 1990 à 1999, avec une population de 10-14 ans presque stable. (solde migratoire positif : nombreuses familles avec adolescents arrivant à Saint Aignan).²⁴

2.1.2.4 Emploi

La région de Saint Aignan comprend 5 200 actifs. Ses potentialités sont cependant nettement plus élevées, les échanges étant nombreux avec les autres pôles de la vallée du Cher (Montrichard, Selles-sur-Cher et surtout Romorantin-Lanthenay), mais aussi avec celui de Contres. La communauté de communes peut donc appuyer son développement sur un bassin de main d'œuvre de plus de 30 000 personnes.

Répartition de la population active par catégorie socio-professionnelle en 1999 (en %)



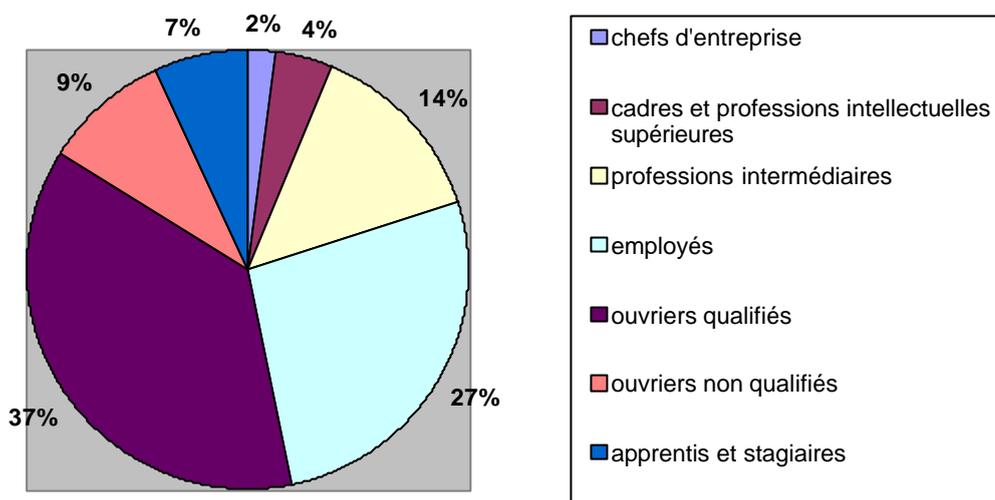
source : INSEE- Recensement Général de la Population²⁵

²⁴ Voir tableau **annexe n°6** : « Taux de scolarisation intra cycle »

²⁵ Les Fiches de l'observatoire. N° 7/40-007- avril 2002

Au plan strictement local, la composition du tissu économique fait une large place aux actifs agricoles et aux salariés de la fonction publique. Pour sa part, le secteur privé (hors agriculture) emploie 1 810 salariés, dont la répartition par catégories socioprofessionnelles est dominée par les ouvriers (46 %) dont la plupart est qualifiée.²⁶

Répartition des salariés* par catégorie socioprofessionnelle



* à temps complet

Dans la région de Saint Aignan, le salaire net annuel moyen s'élève à 14 940 € (98 000 francs) ; (hommes 15 275 € (100 200 francs, et femmes 14 406 € (94 500 francs)). Il est inférieur de 12,5% à la moyenne départementale et de 43,8% à celui constaté en Ile- de - France²⁷

Pour exemple,

- ✓ Cadres et professions intellectuelles supérieures : 31 709 € (208 000 francs)
- ✓ Professions intermédiaires : 18 751 € (123 000 francs)
- ✓ Employés : 14 330 € (94 000 francs)
- ✓ Ouvriers qualifiés : 13 263 € (87 000 francs)
- ✓ Ouvriers non qualifiés : 11 738 € (77 000 francs)

²⁶ source : INSEE – DADS 1998

²⁷ Observatoire de l'Economie et des Territoires de Loir et Cher (chiffres 1998)

2.1.2.5 Axes de communication

La vallée du Cher fut utilisée dès l'antiquité comme voie de communication, comme en témoignent les sites archéologiques de Thésée et de Pouillé.

Au XIXème siècle, le Canal de Berry répond aux nouveaux besoins économiques de la région (transport de charbon, par exemple).

Saint Aignan bénéficie sur ce plan de la proximité de grandes agglomérations :

- ✓ Blois : préfecture du loir et cher : 40 km
- ✓ Tours : 60 km
- ✓ Châteauroux : 69 km
- ✓ Bourges : 80 km
- ✓ Chartres : 139 km
- ✓ Le Mans : 147 km
- ✓ Angers : 170 km
- ✓ Paris : 209 km

Les axes routiers

Deux nationales desservent Saint Aignan : La nationale 76, reliant Nantes à Lyon, et la nationale 675 reliant Paris à Bordeaux.

Les routes départementales sont nombreuses et bien entretenues.

Avec la construction de l'autoroute A 85, reliant l'ouest (Nantes et Angers) à l'autoroute A 71 (Paris, Limoges, Clermont Ferrand, Lyon, l'Italie, la Suisse), et les échangeurs à la porte de saint Aignan, on peut imaginer de nouveaux débouchés pour ce canton. Il ne faut bien sûr pas oublier la proximité de l'Autoroute A 10 Paris- Bordeaux.

Les axes ferroviaires

Saint Aignan est située sur l'axe Lyon – Nantes. La gare de Saint Aignan – Noyers est desservie régulièrement dans la journée vers Tours et Vierzon - Bourges par un train régional.

On note ainsi la proximité des gares T.G.V, à Saint Pierre des Corps : 60km, 35 minutes en train T.E.R..

Les cars départementaux

Saint Aignan est desservi par des transports en commun vers Blois, Tours ou Châteauroux. Mais ces transports sont rares (matin et soir) et onéreux. Saint Aignan – Blois revient à 15 € 20 centimes.

Les axes fluviaux

Ouverte au tourisme, la navigation « Val du Cher » a accueilli 6 243 visiteurs en 2001²⁸ ; ils n'ont plus aucune autre influence dans la région.

Sur les 100 km d'autoroutes existantes (A 10- A 71), les 271 km de routes nationales, les 3160 km de routes départementales, les 4 axes ferroviaires dont le T.G.V. Atlantique, l'aérodrome, entre Blois et Vendôme desservant le département du Loir et cher, le Canton de Saint Aignan semble bien équipé.²⁹

2.1.2.6 Équipements culturels et socioculturels

La seule ressource culturelle et socioculturelle recensée par l'Observatoire d'après l'Inventaire Communal (INSEE 1998)³⁰ est une salle de cinéma. Cette salle était accessible au public le vendredi et le samedi soir, le dimanche après midi. L'éducation Nationale, via le proviseur du LP, la CPE, le médecin, l'infirmière scolaire, et les élèves (internes et les autres régimes), a obtenu son ouverture le mercredi après midi, depuis novembre 2001.

Mais en recherchant les activités, les clubs de la communauté de communes, nous avons retrouvé de nombreuses activités sportives (planche à voile, pétanque, randonnées, tennis, natation, ski nautique, pêche, omnisports, judo jujitsu, mongolfière, hand ball, haltérophilie et musculation, aquagym, billard, canoë kayak, chasse, cyclisme, cyclotourisme, équitation, football, gymnastique, mini golf, tir à l'arc, volley ball, V.T.T. tennis de table, danse classique ou moderne...), artistiques, arts du spectacles, activités de loisirs, arts plastique, musique.

²⁸ Les fiches de l'observatoire n°7/41198- mars 2002, Observatoire de l'Economie et des Territoires du Loir et Cher.

²⁹ Les fiches de l'observatoire, n°7/41198- mars 2002, observatoire de l'économie et des territoires du loir et cher.

³⁰ Les fiches de l'observatoire, n°7/41198- mars 2002, observatoire de l'économie et des territoires du loir et cher.

2.1.2.7 Ressources sanitaires et sociales

D'après les « info santé »³¹ de l'Observatoire de l'Économie et des territoires de Loir et Cher, sont installés à Saint Aignan 10 médecins généralistes, 6 chirurgiens-dentistes, 4 infirmiers libéraux, 7 masseurs-kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 1 pédicure-podologue, 4 pharmacies, 2 taxis-ambulances, 1 acupuncteur, 2 opticiens, 1 laboratoire d'analyses médicales.

A proximité, on retrouve 2 médecins généralistes, 1 chirurgien-dentiste, 1 pharmacie, 1 infirmier, 3 taxi-ambulances.

Le centre hospitalier de Saint Aignan comprend 55 lits de médecine et soins de suite, un service de soins de longue durée, une maison de retraite médicalisée. Il gère également l'institut médico - éducatif et une maison d'accueil spécialisée à Mareuil- sur- Cher.

A Romorantin, on peut consulter soit le CMP, avec des consultations psychiatriques, psychologiques, des ateliers thérapeutiques, un hôpital de jour, soit le SESSAD (accueil de 6 à 20 ans, après notification de la CDES).

Il n'existe plus de structure pour adolescent.

A Blois, on trouve de nombreux médecins spécialistes, ainsi que des laboratoires d'analyses médicales. Le centre hospitalier comprend 1 100 lits et places de jour dont 483 en médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique. A ses côtés, 2 cliniques privées offrent respectivement 88 et 163 lits et places de jour.

Le centre hospitalier régional universitaire de Tours offre 1 800 lits et places de jour. Il regroupe 3 hôpitaux : Hôpital Trousseau, Hôpital Bretonneau, centre régional de transfusion sanguine, Hôpital Clocheville pour enfants avec centre anti -poison.

Il comporte des services chirurgicaux reconnus aux niveaux national et international.

Le centre hospitalier régional d'Orléans comporte 1 600 lits et places de jour.

2.2 L'ADOLESCENCE : UNE DEFINITION DIFFICILE

Selon le rapport de l'OMS de 1999 « santé et développement de l'adolescent, pour une programmation efficace », un être humain sur cinq est un adolescent (âgé de 10 à 19 ans).

L'adolescence est l'âge du changement : entre l'enfance et l'âge adulte, sans appartenir ni à l'un, ni à l'autre, l'adolescent est en transition : il a du mal à se situer par rapport à lui même, par rapport aux autres, par rapport à sa famille et à la société...

Les événements qui marquent, ou ne marquent pas, cette deuxième décennie de l'existence ont un retentissement sur la vie entière qui intéresse à la fois l'individu et la santé publique.

³¹ Les fiches de l'observatoire, n°7/41198- mars 2002, observatoire de l'économie et des territoires du loir et cher.

La notion de jeunes est tout aussi vague,³² car elle gomme, dans une classe d'âge que nous retenons entre 12 et 25 ans, des variables socio-démographiques comme le sexe, l'habitat, la taille de l'agglomération, les filières scolaires, l'origine ethnoculturelle, les professions des parents, les situations des familles, la religion, même si l'influence de celle-ci décroît à l'adolescence dans les pays développés.

Pour étudier l'adolescence, nous allons la définir, par différents aspects : les repères socio-historiques, la place des adolescents dans la société, l'aspect plus contemporain de l'adolescence, et les étapes du développement de l'adolescent. Ensuite, nous aborderons la souffrance des adolescents, les situations de crise.

2.2.1 Définition

L'adolescent, entre famille et société, entre enfance et âge adulte, est au cœur des enjeux de notre société.

2.2.1.1 Repères socio-historiques

L'adolescent, personnage si présent actuellement, est en fait né récemment. Non qu'il n'ait jamais existé : adolescent dérive du mot adolescens (qui croît, qui grandit), prélude de l'adultus (qui a cessé de grandir, de pousser). Ce n'est que vers la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle que l'adolescent moderne a fait son apparition, ce dont témoignent certaines productions littéraires (comme l'*Émile* de Rousseau) ou artistiques (comme le *Figaro* de Mozart). De cet adolescent se dégage le portrait d'un être fondamentalement indéterminé, insatisfait du monde dans lequel il vit, état qui le place en opposition avec le monde des adultes.

D'autres approches s'interrogent sur ce temps particulier, portant trace en chacun d'images romantiques : « Meaulnes³³ avait fermé la fenêtre (...) il repoussa toutes ses choses dans le fond de l'alcôve puis s'étendit sur cette couche pour s'y reposer et réfléchir un peu à l'étrange aventure dans laquelle il s'était jeté. » La littérature, principalement celle du début du siècle, nous montre un adolescent pris entre son foyer, l'école, en quête d'indépendance et de liberté, ouvrant sur une intimité, source d'angoisse et de plaisir. Jean Jacques Rousseau y voyait une étape certes romantique mais dangereuse, pour l'individu lui-même et pour la société. Il proposa d'étaler dans le temps cette période par des apprentissages comme la scolarisation, la socialisation ou l'amour de la nature, afin de domestiquer les pulsions désordonnées propres à cet âge³⁴. On peut remarquer à ce propos

³² La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut Comité de la Santé Publique, février 2000.

³³ Alain Fournier, *Le Grand Meaulnes*

³⁴ Rousseau JJ, 1762. *Emile, ou l'éducation*. Garnier-Flammarion, Paris, 1966 ; 4 : 273-274
Corinne BENOIT – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2002

que Socrate lui-même, au Ve siècle avant J.-C., tenait sur la jeunesse des propos assez négatifs : « notre jeunesse (...) est mal élevée. Elle se moque de l'autorité et n'a aucune espèce de respect pour les anciens. Nos enfants d'aujourd'hui (...) ne se lèvent pas quand un vieillard entre dans une pièce. Ils répondent à leurs parents et bavardent au lieu de travailler. Ils sont tout simplement mauvais. »

C'est probablement dans le droit fil de toutes ces caractéristiques ou représentations fantasmatiques que l'adolescent est finalement devenu ce « héros » du XXe siècle, investi par les idéologies religieuses et politiques qui voyaient en lui une source de reviviscence pour la société. Cet investissement de la jeunesse s'est fait par l'intermédiaire de mouvements divers, dans lesquels le souci d'encadrement semble avoir nettement dépassé celui de laisser les adolescents s'exprimer et trouver leur propre identité. Au cours des dernières décennies, les choses ont certes évolué, d'abord sous l'effet du bond démographique de l'après-guerre ; mais également sont intervenus les remaniements de la période post industrielle, en particulier en zone urbaine, avec un relatif éclatement des valeurs familiales dites traditionnelles et l'apparition de nouvelles morbidités parmi les jeunes. Cela dit, chaque génération a imaginé que l'adolescent des générations précédentes était différent... mais les réelles différences ne sont elles pas surtout imputables à celles des contextes socioculturels ³⁵?

La période adolescente semble avoir toujours représenté peu ou prou une menace pour l'ordre social, voire moral, qu'il conviendrait de réduire. Mais l'adolescent a toujours suscité un attrait voire une fascination chez les adultes du fait du mélange de sa « pureté » et de son éveil sexuel ainsi que de la coexistence ambiguë de sa force vitale et de son attrait pour la mort.

2.2.1.2 L'adolescence et la société : rites et rituels de passage

Pour les sociologues contemporains, nos sociétés sont devenues des sociétés de classes d'âge dans lesquelles l'adolescence occupe une fonction charnière. Il y a donc résonance entre adolescence et rituel de passage.

Les sociétés, dans leur majorité, ont développé des rites de passage et il est probable que plus une société est hiérarchisée, traditionnelle, plus ses rites de passage sont eux aussi hiérarchisés, codifiés, limités dans le temps et dans l'espace. On constate que ses rites sont très différents d'une société à l'autre, on y retrouve régulièrement un certain nombre de constantes, surtout chez les garçons :

- Un moment de séparation avec le milieu familial traditionnel. Les jeunes initiés sont « séparés » et vont ailleurs, cet « ailleurs » pouvant être dans une autre famille, chez

³⁵Médecine de l'adolescent, P. Alvin. D. Marcelli, Masson,2001

un autre membre de la même famille, dans un autre endroit du village ou dans un lieu regroupant d'autres jeunes, dans un autre village ou dans un lieu plus ou moins éloigné du village,...

- Une expérience vécue dans le groupe des «pairs ». Les rituels sont en général collectifs, plus rarement individuels. Ils impliquent un ensemble d'individus d'âge relativement proche ;
- Au moins une nuit passée à l'extérieur, hors du milieu familial, hors du village. Ce temps peut parfois être un peu plus long ;
- Une certaine prise de risque : affronter un danger extérieur, réaliser une performance physique,...Une caractéristique fréquente de cette prise de risque est d'être unique. Dans ce cas, le passage et l'affrontement à ce risque permettent l'accession au statut d'initié et rendent inutile sa répétition.

D'une certaine manière, dans nos sociétés occidentales, on observe l'inverse de ce qui est constaté dans ces modèles de sociétés dites traditionnelles. Sans pour autant idéaliser ceux d'autrefois, il s'est produit une évidente dilution des rituels aussi bien dans leurs définitions ou dans leur forme que dans leur durée au cours de l'adolescence. D'une part, cette période s'étend sur plusieurs années, à présent souvent sur une dizaine d'années. D'autre part, il n'y a plus guère de code établi entre les parents et les adolescents, et la majorité des « rituels sociaux » consensuels des générations précédentes (communion solennelle, départ à l'armée,...) ne concernent maintenant que la minorité d'une classe d'âge.

Cette relative disparition des rituels d'initiation dans nos sociétés est souvent mise en rapport avec l'augmentation des conduites déviantes chez les adolescents, en particulier tout ce qui concerne les accidents ou les attaques plus ou moins conscientes ou délibérées du corps (tentatives de suicide et équivalents, consommations de produits, anorexie mentale, ...) ³⁶. Il importe ainsi de souligner les différences sur lesquelles insistent certains sociologues ³⁷, en distinguant :

- ✓ Une **ritualité traditionnelle**, telle qu'elle a été brièvement esquissée ci-dessus, qui implique la traversée d'une épreuve au cours de laquelle un risque est souvent affronté. Mais cette épreuve est chargée d'une valeur hautement symbolique et s'accompagne généralement de l'acquisition par le jeune d'un nouveau savoir transmis par les aînés. En effet, chose essentielle, si cette épreuve est unique pour chaque jeune, ceci « ne la réduit pas pour autant à une séquence ou à un moment : elle n'est pas une performance mais une ouverture,

³⁶ Médecine de l'adolescent, P. Alvin. D. Marcelli, Masson, 2001

³⁷ Baudry P. Le corps extrême. L'Harmattan, Paris, 1991.

car c'est durant toute son existence que l'initié doit faire œuvre de son initiation »³⁸.

- ✓ Une **ritualité détraquée**, où la prise de risque par l'adolescent s'effectue dans un contexte singulièrement différent. Cette prise de risque, en effet, ne fait plus sens au plan social ni ne s'inscrit dans une trace reconnue par la génération des aînés. Plutôt qu'une initiation, il s'agit plutôt d'une *initialisation*, où « à défaut d'un rapport d'altérité, institutionnellement édifié, il y aurait la mise en jeu d'une altération »³⁹, dépourvue de valeur symbolique partagée entre les générations. Surtout, la prise de risque se caractérise ici par une tendance à la répétition (avec parfois escalade) et s'inscrit en général dans une dynamique de rivalités entre les pairs.
- ✓ Une **ritualité hors limites** enfin, qui s'inscrit dans la clinique de l'excès ou de l'extrême. Véritable défi lancé à la mort, l'important ici est d'être au-delà; dans une escalade de moyens ou d'objectifs.

2.2.1.3 Définition contemporaine de l'adolescence

Il n'y a pas une, mais de multiples définitions de l'adolescence. Toutes, cependant, retiennent la spécificité de cette période unique de la vie comme sa caractéristique dominante. L'adolescence est en effet une période transitionnelle au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore un adulte qu'il est en passe de devenir⁴⁰.

Cette période est en réalité marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques, comportementales et sociales d'individus d'une classe d'âge particulière, elle-même sous l'influence d'un contexte socioculturel donné.

Ainsi, s'il n'existe pas de définition univoque de l'adolescence ni de l'âge de l'adolescence⁴¹, toutes mettent néanmoins en relief la même notion de transition entre le monde de l'enfance et celui de l'adulte. Parler des individus âgés de 10 à 19 ans correspond à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les processus d'autonomisation et de socialisation se prolongeant actuellement souvent au-delà de 18 ou 20 ans, beaucoup parlent des « jeunes » en se référant aux 15-24 ans. Nous utiliserons cette définition dans notre étude.

³⁸Baudry P. Initialisation et ritualisation. In : L'adolescent et la mort, l'esprit du temps (coll. Études sur la mort, n°113), Paris, 1998 : 143-151

³⁹ Baudry P. Initialisation et ritualisation. In : L'adolescent et la mort, l'esprit du temps (coll. Études sur la mort, n°113), Paris, 1998 : 143-151

⁴⁰ Médecine de l'adolescent, P. Alvin. D. Marcelli, Masson, 2001

⁴¹ Michaud P.A., Alvin P. et coll. La santé des adolescents. Approches, soins prévention. Payot, Lausanne, Doin, Paris, Presses de l'université de Montréal, 1997

2.2.1.4 Le développement à l'adolescence

Il est possible de décomposer l'adolescence, ses remaniements psychologiques et ses rapports avec la puberté en trois étapes : un début, un milieu et une fin.⁴²

Le début de l'adolescence

Cette étape (moyenne filles 11-13 ans, garçons 12-14 ans), déclenchée par le début de la puberté, est dominée par les transformations physiques et physiologiques, surtout sexuelles. D'une façon très caractéristique, le jeune adolescent commence à revendiquer un certain espace d'intimité, surtout pour tout ce qui touche son corps, générateur d'une pudeur inédite.

La mi adolescence

Cette période (moyenne filles 13-16 ans, garçons 14-17 ans), « troublée » par excellence, est sous-tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et l'intégration plus ou moins harmonieuse de celle-ci dans le schéma personnel, familial et social. Elle est dominée par la constitution d'une place et d'un nouveau rôle en tant que sujet et la poursuite de la lutte entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance. Ces phénomènes s'exercent partout, en famille mais aussi à l'école, entre amis ou au sein du groupe plus large des pairs du même âge. À ce stade, apparaissent souvent :

- Des contrastes entre une maturité physique volontiers décalée par rapport à la maturité psychoaffective ; entre l'importance prise par l'image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé au sens large ; entre les sentiments d'invulnérabilité ou de toute puissance, et un manque sous jacent de confiance en soi ; entre le besoin de satisfaction ou de gratification immédiate et la difficulté à gérer le temps ou à repousser les échéances ; entre les prises de risque et le manque d'appréciation des conséquences possibles ; entre les expressions d'empathie et les allures d'allure égoïste ; entre les pulsions pour les satisfactions sensorielles ou sexuelles et les inhibitions ou interdits fréquents à la réalisation directe de ces désirs ;
- Des réinvestissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physiques, intellectuelles ou artistiques ;
- Une relative pauvreté des défenses face au stress, les réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit, du repli ou de la morosité.
- La possibilité d'états dépressifs, souvent atypiques, qu'un certain nombre de signes doivent faire suspecter : baisse récente du rendement scolaire, troubles du sommeil, apparition de certaines conduites à risque, isolement social, absence d'ami privilégié,

⁴² Médecine de l'adolescent, P. Alvin. D. Marcelli, Masson, 2001

ou sentiment d'auto dépréciation avec parfois idées de mort, voire passage à l'acte suicidaire.

La fin de l'adolescence

Théoriquement, la fin de l'adolescence (moyenne 17-21 ans) survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique. Idéalement, c'est à partir de cette période que l'identité sexuelle et la capacité de relations intimes affectives et sexuelles sont acquises. Cette étape est normalement celle de l'achèvement d'une identité d'adulte et de l'acquisition d'une relative indépendance matérielle, autorisant une réelle émancipation. Le plus souvent cependant, les impératifs du développement ne sont encore tous réalisés ou autorisés, l'adolescence « psychologique » ou « sociale » se poursuivant encore sur plusieurs années.⁴³

2.2.2 La souffrance des adolescents, les situations de crise

La souffrance des adolescents peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée, elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale.

Pour percevoir cette souffrance, il faut être attentif aux situations à risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une attention particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle.

Cela nécessite d'élever le niveau de vigilance et de compétence des personnels soignants, mais aussi des familles et des enseignants qui entourent les adolescents⁴⁴. Il est très difficile pour ces derniers, en contact permanent avec ces jeunes, de démêler l'écheveau des causes qui conduisent un jour un individu à présenter une telle souffrance ;

Essayons de comprendre cette souffrance. La notion de souffrance psychique des jeunes est vague. On a trop tendance à la confondre avec certains de ses effets montés en épingle, dans la catégorie également floue de « violence des jeunes », qui tend à remplacer dans les médias celle de la délinquance, en intégrant des actes collectifs parfois commis sans profit personnel des acteurs contre des symboles de la vie sociale : bus, métro, murs. Le plus souvent la souffrance est silencieuse, la révolte exprimant plus fréquemment une sortie de souffrance.

⁴³ Alléon A.M., Morvan O., et Lebovici S., Adolescence terminée, adolescence interminable, PUF, Paris, 1985.

⁴⁴ La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut Comité de la Santé Publique, février 2000.

La « crise d'adolescence » peut être définie comme un moment temporaire de déséquilibre qui aboutit à une réorganisation : il s'agit d'une « seconde naissance », d'un second « processus d'individualisation », qui renvoie aux premières expériences de la vie, mais leur donne une autre dimension.

Les situations de crises peuvent elles, être définies comme l'avait fait le professeur Philippe Jeammet en novembre 1999 lors de la conférence régionale de santé d'Ile de France :

« Pour la plupart des jeunes, il ne s'agit pas de situation de crise, mais plutôt d'un mode d'être et de fonctionnement organisé depuis des années, si ce n'est depuis l'enfance qui les conduit à fonctionner sur le mode de l'impulsivité, la rupture, les variations d'humeur, l'intolérance, la frustration, l'incapacité d'attendre, la violence contre eux et contre les autres. Leur recours fréquent aux comportements addictifs a valeur d'autothérapie mais les conduit plus ou moins rapidement à aggraver leur processus d'autodestruction et de coupure du monde adulte. La crise devient alors chronique et représente leur mode habituel de fonctionnement. Le repérage de ce fonctionnement est souvent tardif, il peut apparaître comme une crise, mais il ne fait que traduire un processus déjà ancien. Il apparaît alors flagrant à la société au moment où une rupture sociale est en train de s'opérer. »

Maintenant que nous avons défini le milieu rural, découvert la région de Saint Aignan, et étudié les adolescents, nous allons débiter l'analyse des documents bibliographiques (textes officiels, ouvrages et rapports, articles de périodiques) et des données récoltées lors des investigations sur le terrain, (entretiens semi directifs, réunions,..)

3 - ANALYSE

Dans l'analyse, nous allons nous intéresser dans un premier temps à la perception de la souffrance des adolescents, de sa prise en charge, par des adolescents eux même, puis par celle des professionnels gravitant autour de ces adolescents. Enfin, nous étudierons la perception de la souffrance des adolescents, de la prévention et de l'accès aux soins par les membres des comités des dispositifs institutionnels, des instances décisionnelles.

Ainsi, par l'analyse des entretiens des adolescents et des professionnels gravitant autour des adolescents, récoltés sur le terrain d'investigation nous répondrons à notre première hypothèse « **la mauvaise perception par les professionnels des besoins des adolescents jugés sans problème, parce que loin des villes et de ses dangers** ». En étudiant les dispositifs institutionnels d'aides et de soins auxquels peuvent s'adresser les adolescents, nous dresserons la cartographie des médecins installés dans la région de Saint Aignan. Ainsi, nous répondrons à notre deuxième hypothèse « **la difficulté de prise en charge de la souffrance des adolescents peut être liée à un problème de démographie médicale et à un particularisme médical en milieu rural.** »

Par l'analyse des données récoltés avec les membres des comités de pilotage des dispositifs institutionnels, des instances décisionnelles nous répondrons à notre troisième hypothèse « **Les modes de prise en charge sont inadaptés en milieu rural : les projets, PRAPS ne prennent pas en compte les particularités du monde rural.** »

3.1 LES ADOLESCENTS

Dans ce premier chapitre, nous allons tout d'abord aborder ce que disent les adolescents, puis étudier ceux du collège de Saint Aignan vus à travers des données administratives pour enfin parler des dispositifs institutionnels d'aides et de soins auxquels ils peuvent s'adresser. Dans ce dernier paragraphe, nous ferons l'état des lieux de ce qui est proposé aux adolescents en général, et à Saint Aignan en particulier.

Nous commencerons ainsi à répondre à notre première hypothèse.

Par l'étude des différents dispositifs d'aides et de soins auxquels peuvent s'adresser les adolescents, nous répondrons à la deuxième.

3.1.1 Ce que disent les adolescents

Les adolescents définissent l'adolescence par une tranche d'âge très variable, selon les groupes allant de 9 –10 ans à 25 ans. Ils relèvent les modifications corporelles/pubertaires : « voix qui mue », « formation du corps », les troubles de l'humeur, l'importance de la vie de groupe, des pairs avec les pressions vestimentaires (être branché). Ils parlent

des plaintes liées au sommeil avec le «décalage de phase», le décalage du rythme veille/sommeil physiologique, la fatigue matinale. En effet, le temps moyen de sommeil ne cesse de décroître avec le début de l'adolescence : une tendance à la somnolence diurne s'installe et s'accroît de pair avec le processus de maturation physique et neuro-endocrinien et ce, indépendamment de la durée totale du sommeil. Mais, de toute évidence, la réduction ou non volontaire du temps de sommeil vient potentialiser ce phénomène, le goût naturel et la demande sociale pour les veillées tardives se faisant de plus en plus insistants à cet âge. Un groupe aborde la perception des adolescents par les adultes et se trouve scandalisé par la perception qu'en ont ces derniers : « fauteurs de troubles, violence, insécurité, délinquants, drogués, ... » sont les qualificatifs selon eux trop souvent associés aux adolescents et aux jeunes.

Quand on aborde avec eux la santé et le bien être, on retrouve ces adolescents refusant les règles des adultes, leurs interdits, les contraintes sociales, réclamant leur autonomie,... ainsi, il la définissent comme : « se sentir bien », « faire ce qu'on veut », « être grand , fort, beau et sportif », « pas d'alcool, pas fumer », « nous laisser dormir », « plus de fête », « plus de liberté, plus de choix », « pas trop de règles », critiquant ce qui est proposé par l'adulte, « Saint Aignan c'est mort », « pas assez de loisirs, pas de sport », « l'internat, c'est nul, on n'y fait rien... », « le cinéma c'est ringard »...

Il faudra en tenir compte dans nos propositions et donner à l'adolescent l'occasion d'exploiter au mieux ses propres ressources, ses initiatives. Selon la Fédération des maisons de jeunes en Belgique francophone⁴⁵ « des animateurs travaillent avec les jeunes à l'analyse de leur société, les poussent à s'interroger sur les valeurs et les repères qui la fondent. Ils les aident à reconstruire de nouveaux modèles qui offrent une perspective de changement et d'amélioration de leur environnement, que ce soit par la parole, l'organisation de fêtes de quartier ou à travers le théâtre, la musique ou le sport. Selon nous, ces démarches, qui se situent dans le champ culturel, doivent être réinvesties et encouragées. »

Nous avons ensuite abordé le mal être des adolescents, leurs tracas, leurs soucis. Leur description est très large, très vraie et très pudique : « ne se sent pas bien dans son corps, dans son esprit », « pas bien dans sa peau », « mal au crâne » est la plainte somatique la plus souvent citée avec le mal de dos, « pas de communication », « le dégoût de la vie », « le suicide », « la colère », « la tristesse »... Certains adolescents désignent alors des camarades en affirmant : « sa façon de marcher », « lui, il reste tout seul dans son coin »...

⁴⁵ Observatoire- revue d'action sociale et médico-sociale 30/01 page 16

En réfléchissant à comment un adolescent en souffrance peut avoir de l'aide, ils en ont tous conclu qu'il faut aller vers « quelqu'un » pour parler. Mais là pas de consensus : la plupart se retourneraient vers un ami(e) ; d'autres vers une personne de confiance « tout se sait ici, à Saint Aignan, tout le monde se connaît », quelqu'un qui saurait se taire, l'infirmière de l'établissement a alors été citée, puis les professeurs, les adultes référents de l'éducation nationale. Les parents ont été cités par un ou deux adolescents, mais ont été décriés par les autres.

Là aussi, nous avons un gros travail à entreprendre pour que les adolescents puissent trouver des interlocuteurs formés et professionnels dans leurs établissements ruraux.

Ils ont ensuite abordé les avantages ou non à vivre à la campagne. Là encore, après plusieurs débats, ils ont conclu que les habitudes sont différentes (transports, proximité des commerces, des loisirs « en ville ça bouge », des pairs), et qu'au début il faut s'adapter ! Certains dangers sont mis sur le compte de la ville, comme la pollution, le bruit, les dangers en général, (alors que Saint Aignan est une plaque tournante pour les drogues⁴⁶), d'autres sur le compte de la ruralité, comme la monotonie, le manque de modernité et de culture, les accidents de la voie publique, très nombreux et meurtriers sur les routes de campagne du canton ⁴⁷ ...

Pour l'accès aux différentes structures de soins, ce sont surtout les filles qui se sont exprimées, en affirmant qu'en milieu rural tout devenait très difficile, en parlant de centre de planification : proximité, plages d'ouvertures (le vendredi matin, tous les quinze jours de 9 heures à 12 heures pour le centre de planification de Saint Aignan), et surtout anonymat, en ville ils ne nous connaissent pas. Cette idée a également été reprise pour les consultations des médecins traitants, où l'anonymat (histoire de la famille...) semblerait être un atout.

Il faut cependant être vigilant au "nomadisme médical" qui empêche tout suivi des adolescents.

La souffrance des jeunes, dont certains effets sociaux sont repérables à partir d'indicateurs scolaires, policiers, judiciaires, psychiatriques, reste toutefois d'une définition floue, puisqu'il n'existe ni observatoire, ni médiateur, ni même une véritable clinique partagée⁴⁸ entre les intervenants auprès des jeunes et par les jeunes eux-mêmes. Les

⁴⁶ d'après les affirmations du Conseiller Général du Canton, et le principal du collège.

⁴⁷ D'après les affirmations du Conseiller Général du canton

⁴⁸ ce que nous montrerons dans le chapitre suivant

signes sont polymorphes. Cette souffrance est même souvent l'objet d'un déni de la part de ceux qui la vivent, puisqu'elle ne reçoit pas autour d'eux de légitimité sociale.

Pourtant, lorsqu'une clé particulière est offerte aux jeunes pour parler d'eux mêmes, ils consultent souvent en groupe sous un prétexte légitime : la prise de produits dans la consultation de Cochin, la gynécologie à la clinique de l'hôpital Jean Verdier ou sur la ligne d'écoute Fil santé jeunes, permanence téléphonique qui a vu son usage décupler lorsque le mot « santé » y a figuré.

3.1.2 Les adolescents du collège de Saint Aignan vus au travers des données administratives

Pour identifier leurs difficultés, nous avons étudié par les données « administratives » notre population d'adolescent.⁴⁹

- L'évolution des effectifs du collège de 1993/94 à 2001/2002
- Les catégories socio- professionnelles des parents des adolescents scolarisés
- Un tableau récapitulatif des C.S.P. défavorisées, des sans emploi, des taux de redoublement, des âges moyens des élèves (6^{ème} et 3^{ème}), des taux de réussite au brevet, des évaluations en 6^{ème}, des orientations des 7 établissements du bassin de Romorantin, et de 2 établissements de proximités.
- Le taux de scolarisation intracycle

L'analyse des données administratives nous montre que l'effectif du collège en 2001/2002 après une chute libre est comparable à celui de 1993/1994. Les catégories socio-professionnelles des parents des élèves sont comparables à celles de la communauté de commune. Le taux de redoublement des élèves en 6^{ème} et 4^{ème} est nettement inférieur à celui de la moyenne départementale. Par contre, pour les classes de 5^{ème} et 3^{ème}, il tend vers la moyenne départementale. L'âge moyen des élèves en 6^{ème} et en 3^{ème} est pour la première supérieure à celui du département et pour la seconde inférieure. Le taux de réussite au brevet est inférieur à celui du département. Les élèves du collège sont en proportion plus souvent ½pensionnaires que ceux du département. Les élèves boursiers sont également plus nombreux que dans le reste du département, majoritairement au premier taux. Le taux d'élèves orientés en 3^{ème} vers une seconde générale est nettement inférieur à celui du département.

Le conseiller d'orientation psychologue me confie ses données statistiques de l'an dernier, et m'explique : « la représentation de beaucoup de familles de la réussite sociale de la région de Saint Aignan du fait de sa ruralité, (ne pas partir trop loin, un bon métier à la

⁴⁹ voir l'annexe 4

campagne...) ne correspond pas aux valeurs véhiculées par le système scolaire, ce qui crée des tensions, dont les adolescents sont victimes. (Les familles renforçant leur position, et les enseignants également).

3.1.3 Le dispositif institutionnel d'aides et de soins auxquels peuvent s'adresser les adolescents

Il existe en France tout un dispositif d'aide et de soins auquel peuvent s'adresser les jeunes. Il s'agit d'une part des structures ouvertes à toute la population (hôpitaux, médecine libérale...), mais aussi des institutions destinées spécifiquement aux jeunes (santé scolaire, services d'aide téléphonique...) ⁵⁰

3.1.3.1 L'hospitalisation

En général

Le système hospitalier français régi par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 assure une mission de diagnostic et de soins dans les établissements publics de santé (environ 1 077) et dans les établissements de santé privés (environ 2 700).

Selon les cas, en fonction de leur âge ou de leur pathologie, les adolescents peuvent être hospitalisés ou suivis en consultations :

- Soit dans le service des adultes : médecine générale ou médecine spécialisée (psychiatrie, cardiologie, gynécologie-obstétrique...)
- Soit dans les services de pédiatrie : unités de grands enfants de pédiatrie générale ; unités de pédiatrie spécialisée (psychiatrie, cardiologie, endocrinologie, dermatologie, neurologie).

Ceci n'est pas sans poser problème, c'est pourquoi certains établissements hospitaliers ont pu créer des structures spécifiquement destinées aux adolescents.

La première unité exclusivement réservée aux adolescents ouverte en 1982 à l'hôpital Bicêtre par le Pr Courtecuisse, est dirigée actuellement par le Pr Alvin. Il s'agit d'une structure qui reste originale : réservée aux patients filles et garçons de 13 à 19 ans, l'unité d'hospitalisation de 20 lits (plus de 400 admissions par an, dix jours de séjour moyen) est étroitement couplée à une consultation externe spécifique (3 000 consultations par an). L'équipe soignante, pluridisciplinaire et spécialement entraînée, réunit pédiatres, infirmier(e)s, psychothérapeutes, gynécologues, assistantes sociales, animatrices , etc...

Les adolescents réclament une compétence médicale intégrée qui sache traiter les maladies somatiques tout en abordant l'impact des modifications pubertaires et sexuelles, les difficultés émotionnelles, les crises familiales et les problèmes sociaux d'insertion. Les

⁵⁰ Actualité et dossiers en santé publique n°10 mars 1995

patients et patientes adolescents doivent être reconnus et accueillis comme individus à part entière et bénéficier du droit au secret médical. Néanmoins, un travail parallèle nécessairement important est fourni auprès des parents et des familles. Enfin, le service utilise largement le travail en réseau avec les structures extra hospitalières (médicales, socio-éducatives...)

A Saint Aignan,

aucune de ces structures de diagnostic et de soins n'est retrouvée.

3.1.3.2 La médecine libérale et les centres de santé

En général

Les jeunes ne représentent pas une partie numériquement importante de la clientèle des généralistes.⁵¹

Des initiatives nouvelles voient le jour, comme celle de médecins généralistes formés à la médecine de l'adolescent et qui développent une consultation spécifique qui privilégie le relationnel, la médecine globale et la prise en compte de l'adolescent dans son environnement familial. La consultation de l'adolescent doit lui garantir le secret même si ensuite il ne demande pas à l'utiliser.

A Saint Aignan,

on dénombre 10 médecins généralistes, 6 chirurgiens dentistes et un laboratoire d'analyses médicales. Aucun des médecins en place, ne possède un diplôme de médecine de l'adolescent, ou un projet particulier pour cette population. Le médecin généraliste qui faisait des consultations d'alcoologie a arrêté cette prise en charge en décembre, faute d'être rémunéré décemment et de motivations : « lassée du bénévolat »

3.1.3.3 Le dispositif de soins en santé mentale

En général

Ce dispositif s'est incontestablement étoffé⁵² et largement développé au cours de ces vingt cinq dernières années. Des équipes spécialisées ont répondu à un besoin qui était jusque-là pour une part négligé, celui de la tranche d'âge 15/21 ans, pour laquelle les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile paraissaient trop inscrits dans des approches plus centrées sur l'enfant, et les secteurs de psychiatrie générale pour lesquels la prise en compte des troubles mentaux de l'adulte dépassait déjà largement les moyens affectés.⁵³

⁵¹ actualité et dossier en santé publique n°10 mars 1995

⁵² Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985

⁵³ actualité et dossier en santé publique n°10 mars 1995

Par ailleurs, à la diversification par catégories d'âge, s'associe souvent une diversification par pathologies, en particulier en ce qui concerne les prestations proposées : pour exemple le centre Abadie à Bordeaux⁵⁴ qui accueille des jeunes (15 –34 ans) en souffrance de la région Aquitaine et leur propose une prise en charge particulière et coordonnée s'attachant à assurer un suivi.

Une autre question concerne la diversification des activités selon le statut des jeunes. Ainsi, de nombreux lycéens et étudiants sont en difficulté. Leurs signes d'appel sont multiples et trompeurs. Les parents, comme les professionnels enseignants, éducateurs, intervenants médico-sociaux sont bien souvent désemparés face à ces manifestations, ne sachant démêler une crise passagère d'adolescence de la pathologie naissante.

La psychiatrie du secteur public, organisée en secteurs de psychiatrie générale (pour les sujets ayant un minimum de 16 ans) et de psychiatrie infanto-juvénile, répond aux missions et obligations réactualisées par la circulaire du 14 mars 1990.

Le Centre médico-psychologique (CMP) occupe, pour les adolescents, une place prépondérante, assurant une double fonction, comme le rappelle la circulaire du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents : « accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs ». Le CMP constitue le pivot d'un dispositif de secteur, dans lequel d'autres structures de soins peuvent s'articuler (hôpital de jour, CATTP, placement familial...) et varient selon les endroits.

Dans le dispositif public, il faut signaler les services d'urgences des hôpitaux généraux qui accueillent, en particulier, les adolescents suicidants.

À ce dispositif, il faut associer des structures et des services dont la tutelle varie selon les lieux, mais qui participent à l'ensemble du dispositif médico-social et social concernant cette tranche d'âge. Il s'agit des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dont les liens avec l'éducation nationale sont privilégiés, mais pour lesquels il est recommandé une participation étroite à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé mentale. Il s'agit également des établissements médico-éducatifs prenant en charge des adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou une inadaptation socioculturelle et des lieux de vie ou lieux d'accueil, structures d'accueil non traditionnelles permettant des séjours de rupture ou d'alternance.

A Saint Aignan,

Saint Aignan dépend de l'inter secteur sud du département du Loir & Cher, département qui compte 3 inter-secteurs :

- Inter-secteur nord à Vendôme,
- l'inter-secteur central de Blois,

⁵⁴ Dr Xavier Pommereau, quand l'adolescent va mal, l'écouter, le comprendre, l'aimer.

- et l'inter-secteur sud à Romorantin.

En 1996, la DDASS avait commandé à l'inter-secteur sud un projet pour l'organisation d'une structure d'accueil et de soins spécialisés pour les adolescents. En effet, la conférence régionale sur les priorités de santé publique du Centre, de 1996, avait mis en évidence deux priorités de santé publique : les accidents de la voie publique et les suicides.

- 1^{ère} priorité : **dépression suicide**

« Deuxième cause de mortalité pour cette tranche d'âge, la dépression des adolescents a des caractéristiques propres à cette période de la vie qui n'est plus sous l'égide du principe du plaisir et pas encore installée dans le principe de réalité. Centrée autour de la crise d'identité marquée par une émancipation et une conquête de l'autonomie, elle est source d'éléments dépressifs. Inhérentes même à sa conquête, les expressions en sont variables : troubles du comportement, colères, phobies scolaires, instabilité, troubles alimentaires, voire actes impulsifs (passage à l'acte, mais aussi conduites à risque comme fugues, petite délinquance ou abus de drogue) (...). Actuellement, le chômage, la précarité socio-économique, la consommation excessive de drogues, d'alcool et de tabac, le stress psychosocial, l'isolement (la forte ruralité de la région accentue ces phénomènes d'isolement) représentent des facteurs de vulnérabilité. Face à une situation qui s'aggrave de façon préoccupante, il importe de proposer des mesures essentielles en matière de prévention et de prise en charge spécifique »⁵⁵

- 2^{ème} priorité : **accidents de la circulation**

« Les accidents de la circulation représentent une « hécatombe inacceptable » en nombre de tués et de blessés. (...). Il est clair que le coût social et économique est très important. Ce sont bien sûr des souffrances inutiles, des décès prématurés, illégitimes, des handicaps parfois définitifs et une importante cause de mortalité des jeunes. C'est un indicateur d'immaturation sociale et un défi pour la région Centre ».⁵⁶

En s'interrogeant sur les conditions des accidents de la route chez les adolescents, c'est la notion de prise de risque, d'appel au secours qui est alors fréquemment retrouvée tout comme dans les tentatives de suicide.

Suite à cette requête, un groupe de quelques professionnels (éducateurs, pédopsychiatres et psychologues) s'est lancé dans ce projet. Ces structures n'étaient pas encore réfléchies hors des grandes citées urbaines. Entre le premier projet et l'ouverture véritable de la structure, 4 années s'écoulèrent

La structure d'accueil et de soins était organisée en trois points :

⁵⁵ Conférence régionale sur les priorités de santé publique- Orléans, le 19 avril 1996- Rapport de synthèse.

⁵⁶ Conférence régionale sur les priorités de santé publique- Orléans, le 19 avril 1996- Rapport de synthèse.

- une unité de consultation, de lieu d'accueil, de lieu de soins psychiatriques et psychologiques pour les 12-18 ans en ville (Romorantin)
- un 2^{ème} pôle ; le point accueil et permanence téléphonique. Ce pôle n'a jamais fonctionné
- une 3^{ème} unité d'hospitalisation à plein temps ; 5 lits dans le service de pédiatrie réservés aux adolescents et gérés entre les pédiatres et les pédopsychiatres et leurs équipes en partenariat, pour une prise en charge globale.

Cette structure, en accord avec la DDASS, excluait de sa prise en charge les psychoses déficitaires et les psychopathies qui étaient rattachées à la psychiatrie adulte.

Cette structure fonctionna avec succès d'après le ressenti des différentes personnes de terrain que j'ai pu interroger. Mais des statistiques de trois années de fonctionnement sont là pour conforter ce ressenti : en effet, si on s'intéresse au taux de récurrence de tentative de suicide, il est ⁵⁷

- au niveau national à 60% sans soins (prise en charge par le médecin généraliste, l'hôpital, sans nommer la tentative de suicide)
- avec des soins minimums à 30 à 40 %
- après des soins, pour le Dr Pommereau, à 15%
- et, pour le service, inférieur à 5%, on a publié 3% : Avec le protocole de travail en réseau, la détection a été en nette augmentation, et le service voyait de nombreux adolescents avant le passage à l'acte. « Les adolescents nous parlaient d'autres jeunes qui n'allaient pas bien, et les amenaient à consulter. »

Les statistiques concernant l'anorexie ne sont pas exploitables vu le trop faible effectif d'adolescents.

Parallèlement, le travail en réseau s'était développé avec les mEN, les assistantes sociales scolaires, les infirmières scolaires, les personnes gravitant autour des adolescents : des réunions de travail, des informations sur les adolescents, les outils de repérages, pour les adultes dans les collèges et les lycées qui en faisaient la demande...

Puis, avec le changement de pédopsychiatre, chef de service, une approche différente des adolescents, « approche non plus psycho affective, en travaillant l'anamnèse, mais dérive des pratiques psychiatriques médicales, en travaillant les symptômes (traitement médicamenteux) » cette structure périclita.

A ce jour, et depuis avril 2002, le chef de service du CMP de Romorantin a démissionné : occupant seul le poste de psychiatre alors que les 4 autres postes sont désespérément vacants depuis quelques années. Le suivi des adolescents déjà en cours se

⁵⁷ Adolescents, enquête nationale, M.Choquet,S.Ledoux, éditions inserm,1998

poursuit tant bien que mal, par le psychologue, les infirmiers spécialisés, les éducateurs, en attendant un chef de service, et de nouveaux projets.

3.1.3.4 les centres et les établissements de planification familiale

en général

Ces deux types de structures ont des missions communes^{58 59} :

- l'accueil, l'information et l'orientation de la population en matière de maîtrise de la fécondité, sexualité, contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du sida ;
- la préparation à la vie de couple et à la vie parentale
- les entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse.

Les établissements d'information et de planification familiale sont financés par l'État et gérés par des associations (pour exemple, le planning familial). Ils assurent une mission d'accueil et de conseil en direction des personnes en situation difficile.

Les centres de planification familiale sont surtout situés dans les zones urbaines. Financés par les conseils généraux dans le cadre du dispositif de PMI, ils sont gérés soit par le département lui-même, soit par une municipalité, parfois par un établissement hospitalier ou bien par une association.

La clientèle de ces centres est majoritairement composée de jeunes.⁶⁰ Outre des séances d'information collectives, ces centres offrent, gratuitement, des consultations médicales relatives à la contraception ; ils peuvent, dans le cadre de leur activité de prescription contraceptive, assurer le dépistage et le traitement anonymement et gratuitement de certaines maladies transmises par voie sexuelle.

A Saint Aignan,

le centre de planification réouvert cette année après 7 ans de fermeture, fonctionne avec une conseillère conjugale uniquement (pas de prescription médicale), le vendredi matin de 9 heures à 12 heures (pendant les heures de cours des adolescents), tous les quinze jours. (la prise en charge de situations d'urgence est complètement impossible.)

⁵⁸ Décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale

⁵⁹ Décret n°93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

⁶⁰ Actualité et dossier en santé publique n°10 mars 1995

3.1.3.5 La prévention

En général

- **La santé scolaire**

C'est l'axe fort de la prévention. Les missions des infirmières et des médecins de l'éducation nationale⁶¹ ont pour but de favoriser la réussite scolaire de l'enfant, en veillant à son équilibre et à son épanouissement ;

Outre les bilans systématiques, tel le bilan au moment de l'entrée à l'école primaire et le bilan dit « d'orientation professionnelle » à la sortie du collège, le médecin de l'Éducation Nationale est orienté vers des actions personnalisées, menées à la demande de l'équipe éducative, des parents ou des élèves eux mêmes. Ces actions sont particulièrement tournées vers les publics prioritaires que sont les adolescents en souffrance, le milieu rural ;

Le médecin de l'Éducation Nationale sait aussi répondre aux actions mises en place dans le cadre de PRS et PRAPS, étant également médecin de santé publique.

- **Les centres médico-sportifs**

Agréés par les directions jeunesse et sports, ils sont généralement gérés par des municipalités ou des associations. Ils réalisent des bilans préventifs pour permettre la pratique du sport dans des conditions garantissant la santé par le sport et l'épanouissement de l'individu. Ceci est particulièrement important quand on reconnaît l'accident de sport comme première cause de morbidité chez les jeunes.

- **La médecine du travail.**

Un certain nombre de jeunes de 15 à 24 ans sont déjà dans le monde du travail et à ce titre ils bénéficient de la médecine du travail, médecine préventive obligatoire s'adressant aux salariés et dont l'organisation et le coût relèvent des entreprises.

- **Situations précaires**

Ne dépendant souvent d'aucune des médecines préventives ci-dessus, les jeunes en stage ou en contrat précaire qui sont souvent parmi les plus fragiles (problèmes sociaux, basse qualification) risquent d'être privés d'un bilan qui leur serait pourtant utile. C'est pourquoi certaines initiatives ont été prises telles les visites médicales des stagiaires de la formation professionnelle organisées depuis 1985 par le ministère de la santé. Mais certains groupes restent encore à l'écart et doivent être pris en compte.

- **Les structures d'éducation pour la santé**

Les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé sont des structures susceptibles de rassembler l'ensemble des partenaires concernés par l'éducation

⁶¹ circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001, paru au BO le 25 janvier 2001

pour la santé. Ils sont aidés au niveau national par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES).

A Saint Aignan,

A part le médecin de l'Éducation Nationale, qui a été stable pendant 8 ans, jusqu'à l'année dernière, aucune autre structure n'existe à Saint Aignan. Le poste du médecin ayant été pourvu par un médecin stagiaire, sans doublure faute de candidat, la prévention n'a pu être effective durant toute l'année scolaire.

3.1.3.6 les services téléphoniques

Le système d'aide, d'écoute et d'orientation par téléphone s'est largement développé. Les numéros verts dont l'appel est gratuit pour le demandeur tels que « Sida info service » ou « drogue info service » reçoivent une petite proportion d'appels de jeunes.

C'est surtout « Fil santé jeune » confié à l'École des parents et des éducateurs, financé par la Cnamts, qui permet des réponses adaptées à la tranche d'âge 13-25 ans, particulièrement dans le domaine de la santé dans son acceptation la plus large.

Travaillant dans un souci de respect de chacun, il est proposé aux jeunes, à partir du collège, une écoute anonyme et gratuite, des informations concrètes (suivies éventuellement d'orientation) dans différents domaines que sont : la santé (accès aux soins, prévention des conduites à risque : suicide et passage à l'acte, alcoolisme, toxicomanie licite et illicite, déviance, marginalité, violence, agressions subies ou agies, puberté, sexualité, contraception, prévention MST et Sida, information sur les maladies, les médicaments et les lieux de soins, vaccinations, hygiène, urgences), la psychologie (difficultés affectives et relationnelles, soutien psychologique, conflits (parents, professeurs, pairs couples), angoisse, dépression, interrogations, incertitudes) mais aussi d'autres informations : couverture sociale, mesures sociales, prestations familiales, aide sociale..., hébergement, accueil, fugue, information sur la loi (respect de l'ordre public, racket, abus sexuel...), conseil en orientation scolaire et pré-professionnelle.

Ouverte tous les jours, de 8 heures à 24 heures, cette ligne a pour finalité de promouvoir la santé des jeunes et de contribuer à leur adaptation à une société en pleine mutation. Son action est à la fois globale et respectueuse de l'individu.

Mais les écoutants de cette ligne⁶² constatent l'extrême inégalité d'implantation sur le territoire national des points d'accueil spécifiques, notamment en matière de tentatives de suicide. Ils constatent que les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont du mal à identifier et à leur faire connaître des services locaux, notamment en milieu

⁶² La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Haut Comité de la Santé Publique, février 2000.

rural. Bref, ils constatent, à travers les demandes, une inattention des institutions en question.

Ce chapitre nous montre que les dispositifs d'aides et de soins auxquels peuvent s'adresser les adolescents sont quasi inexistantes sur notre secteur, ou lorsqu'ils existent ne sont pas adaptés. Il nous faudra par contre réfléchir comment développer le partenariat avec les médecins généralistes, et comment les inclure dans une prise en charge globale des adolescents.

3.1.4 L'utilisation du système de soins par les adolescents

Contrairement aux idées reçues, la consommation de soins des jeunes n'est pas nulle, même si cette tranche d'âge est celle qui a le moins recours aux soins.⁶³

Les enquêtes de Marie Choquet⁶⁴ ont montré que parmi les scolaires, seulement un sur quinze n'a pas consulté durant la dernière année. Les scolaires consultent plus que les jeunes de même âge sortis du système scolaire (stagiaires).

Étudions le nombre et la densité des professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants et par zone d'emploi au 1^{er} janvier 1999.⁶⁵

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Chirurgiens dentistes		infirmiers		Masseurs kiné	
	nombre	densité	nombre	densité	nombre	densité	nombre	densité	nombre	densité
BLOIS	170	95,9	136	76,7	100	56,4	133	75,0	119	67,1
VENDOME	66	97	45	66,2	31	45,6	41	60,3	42	61,8
ROMORANTIN	75	107,6	25	35,9	30	43,1	57	81,8	44	63,2
LOIR & CHER	311	98,7	206	65,4	161	51,1	231	73,3	205	65,1
Région CENTRE	2261	92,7	1746	71,5	1223	50,1	1426	58,4	1363	55,9
FRANCE	67341	115,1	494428	84,5	37795	64,6	54144	92,5	39923	68,2

Nous voyons immédiatement que la région de Saint Aignan, dépendant du bassin d'emploi de Romorantin est globalement très pauvre en spécialistes, et en dessous de la

⁶³ Actualité et dossier en santé publique n°10 mars 1995

⁶⁴ Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

⁶⁵ Plan Régional de l'Assurance Maladie (PRAM), Région centre, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Année 2001

moyenne nationale pour les généralistes, bien qu'au dessus des moyennes départementale et régionale.

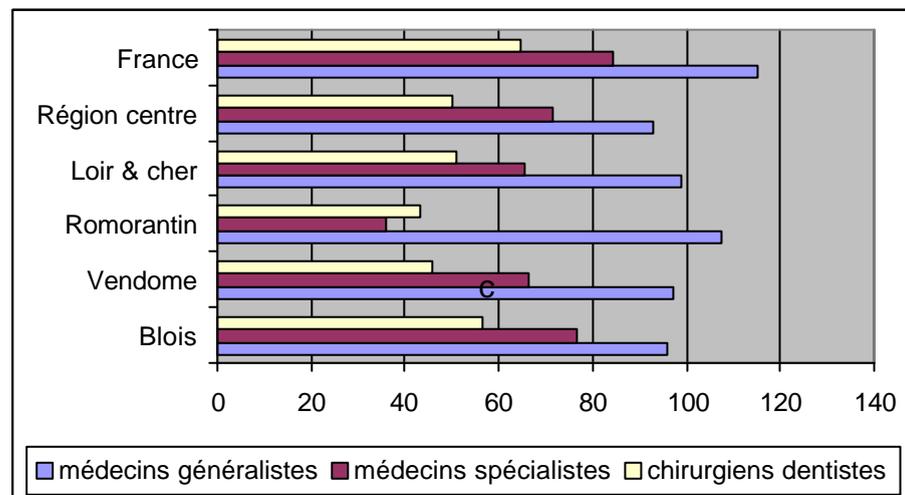
Selon les résultats obtenus par l'étude des URCAM⁶⁶, la région Centre va connaître une diminution de densité de médecins généralistes : elle voit baisser les effectifs de ses médecins tandis que la population croît fortement.

S'agissant des médecins spécialistes, l'étude de l'URCAM prévoit une baisse de la densité des médecins spécialistes de la région Centre : cette dernière deviendra l'une des 3 régions ayant les plus faibles densités de spécialistes.

Toutes les études empiriques qui ont pu être conduites sur les flux sanitaires de toute nature, sans exception, permettent de retrouver un principe fondamental de la géographie :

« l'atténuation de mouvement avec la distance »⁶⁷. Pour les adolescents cela devient d'autant plus vrai qu'ils ne bénéficient que de peu de moyens de transports pour se rendre dans les villes, et que ces transports sont onéreux.

Densité des professionnels de santé, les plus fréquemment consultés par les adolescents pour 100 000 habitants.



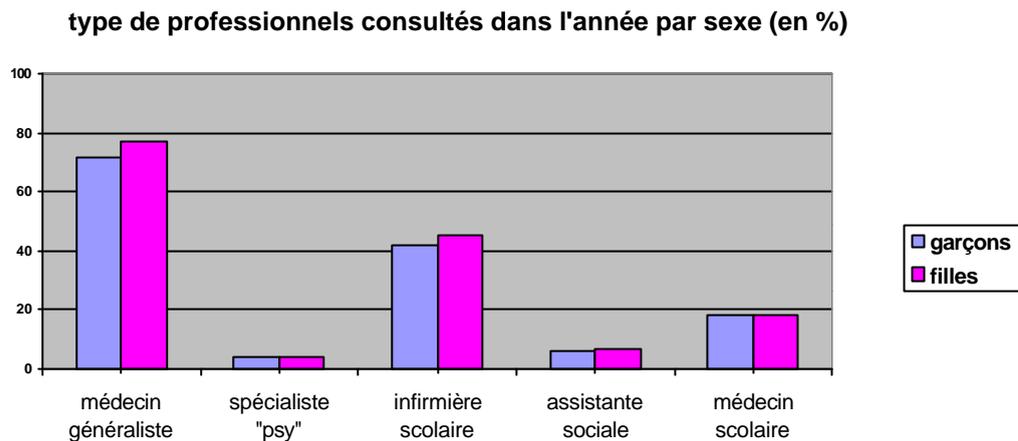
Par cette cartographie de l'implantation médicale, analyse de l'offre et des difficultés de recours, nous répondons à notre deuxième hypothèse : « **la difficulté de prise en charge de la souffrance des adolescents peut être liée à un problème de démographie médicale et à un particularisme médical en milieu rural** ».

⁶⁶ La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé-septembre 2000

⁶⁷ Géographie de la santé en France, F. tonnelier, E. Vigneron, Presse universitaire de France, 1999

Le professionnel le plus consulté est le médecin généraliste (75% des scolaires et 64% des stagiaires l'ont consulté au cours de l'année précédente). Mais les professionnels de santé que voit le jeune sont nombreux (dentiste, gynécologue, dermatologue, infirmière de santé scolaire, psychologue) rendant le recours aux soins très fragmenté.

Les jeunes n'ignorent pas non plus l'hôpital et un sur deux a fait l'expérience d'une hospitalisation. Les services qui les accueillent sont divers. Ceci ajoute au morcellement des soins, d'autant que les liens entre l'hôpital et les autres acteurs de santé sont rares, aboutissant à une absence de suivi.



Les jeunes qui ont des difficultés (dépressivité, idées suicidaires, expérimentation de drogues, comportements violents...) consultent plus que les autres.

Il s'agit essentiellement du médecin généraliste ou de l'infirmière scolaire. Les motifs de consultation se rapportent alors aux plaintes somatiques ou aux affections aiguës, et il importe que les professionnels ne répondent pas seulement au symptôme mais décodent la demande en terme de mal être. En effet, si le jeune éprouvant des difficultés cherche de l'aide auprès des acteurs de santé, il le fait souvent auprès de professionnels divers et pas toujours de façon appropriée, mettant alors en lumière l'absence de cohérence des réponses ;

On peut noter que certains professionnels, en particulier ceux du champ « psy » sont peu consultés : ainsi, 35% des suicidants seulement ont rencontré un psychiatre ou un psychologue. L'image négative de la psychiatrie gêne les actions de prévention de soins, de même que le cloisonnement entre soins psychiatriques et somatiques.

Cette demande plus importante des jeunes en difficulté ne doit pas faire oublier qu'une proportion non négligeable de ceux qui présentent des troubles graves ne consultent pas : environ 10% parmi les scolaires, et plus du double parmi les jeunes sortis du système scolaire.

Intéressons nous au vécu des jeunes face aux acteurs de santé. Le jeune souhaite trouver un professionnel qui exerce une médecine globale ; ⁶⁸ les médecins généralistes et les pédiatres répondent à cette définition ; ces derniers, s'ils sont assez rarement consultés, sont l'objet d'une grande satisfaction de la part des jeunes car ils donnent des consultations plus longues, permettant la discussion et l'échange, établissant une relation de confiance. En revanche, les spécialistes qui font une médecine d'organe ne sont pas appréciés au même niveau. Seuls les gynécologues qui s'intéressent à l'individu, échappent à cette critique.

La place que tiennent psychiatres et psychologues appelle des interrogations. En effet, si la demande est grande, la réponse n'est guère satisfaisante : les jeunes établissent difficilement une relation de confiance et le contact aboutit rarement à un suivi qui paraît pourtant nécessaire.

Le rôle du service de santé scolaire est donc majeur. Il fait partie intégrante de la vie de l'adolescent qui y a recours en première intention ; plus de la moitié des adolescents le connaissent, l'ont utilisé, parfois fréquemment. Les gros utilisateurs semblent appartenir aux populations qui ont le moins accès aux soins libéraux. L'interprétation est cependant difficile compte tenu de la disparité de couverture en matière de santé scolaire.

Les parents ont aussi une place centrale : ils sont les destinataires des premières plaintes, ils prennent rendez-vous auprès des praticiens et accompagnent leurs enfants. Ceci n'est pas dommageable à la qualité des consultations, le degré de satisfaction étant plus élevé quand les jeunes consultent en présence de leurs parents (surtout avant 18 ans). Cette remarque rejoint le choix préférentiel des jeunes pour le « médecin de famille » connu d'un membre de la famille et qu'il a déjà consulté lui-même.

L'hospitalisation est souvent un moment pénible. Les adolescents reconnaissent la compétence de l'hôpital, mais c'est une rupture dans la vie sociale et relationnelle, d'autant plus ressentie qu'elle s'adresse à des jeunes plus vulnérables : adolescente enceinte, adolescent ayant un problème de santé mentale. Ces derniers dont le séjour est plus long et plus pénible, se sentent moins bien informés que l'ensemble des hospitalisés. L'hospitalisation est vécue comme un moment entre parenthèses, les jeunes ont peu de liens avec l'extérieur, ils reçoivent des visites de leurs parents, pas toujours de leurs amis. La continuité des soins avec le médecin de ville n'est pas systématiquement assurée, sauf pour les jeunes hospitalisés pour maladie chronique.

Ainsi, le jeune connaît le système de soins dans ses aspects préventifs (santé scolaire, centre de planification familiale), dans ses aspects curatifs médecine libérale essentiellement effectuée par le généraliste mais aussi les spécialistes (gynécologue, dermatologues, dentistes).

⁶⁸ Les adolescents face aux soins. A consultation, l'hospitalisation. Inserm U 169, ministère des affaires sociales et de l'intégration. Rapport 1991.

Il l'utilise, comme le montrent les enquêtes⁶⁹ (de 4 à 6 consultations par an selon l'ensemble des professionnels considérés) mais de façon morcelée et pas toujours appropriée, révélant ainsi les difficultés des acteurs à décoder la demande derrière le symptôme, le manque de cohérence des réponses dans la prise en charge, ce qui aboutit à l'absence de suivi médical des adolescents souffrants.

3.2 LES PROFESSIONNELS GRAVITANT AUTOUR DES ADOLESCENTS

En rencontrant ces professionnels, nous avons voulu saisir la représentation qu'ils ont de la souffrance des adolescents, et comment ils se positionnent professionnellement face à elle.

Pour ce faire, nous étudierons leur représentation du mal être des adolescents, comment ils peuvent identifier ce mal être, comment ils réagissent face à ses situations, et enfin comment ils s'articulent avec leurs partenaires.

Au terme de cette étude, nous pourrons ainsi répondre avec les éléments de l'analyse faite dans le chapitre précédent à notre première hypothèse.

3.2.1 Leur représentation de la souffrance des adolescents

Chaque professionnel a selon ses propres enjeux, ses propres objectifs, une représentation bien différente de la souffrance des adolescents.

Ainsi les professeurs suivent les « notes des contrôles », les CPE « les conduites des adolescents (isolement) », les problèmes de comportement, la violence, la transgression du règlement intérieur », le directeur de la SEGPA quant à lui parle « d'orientation réussie ou difficile car pas envie de grand chose », le principal « cherche à repérer les déviances, les incivilités, les vols, la violence », la principale adjointe « est, elle, sensible à l'absentéisme » tout comme le proviseur qui y associe « l'isolement, l'alcoolisme et le tabagisme, la drogue, les joints », l'infirmière « le perçoit à travers une grosse demande de soins, de maux variés au collège, de pleurs, de fatigue au lycée, de prise de risque, de violence, d'attaque de son propre corps », le conseiller d'orientation psychologue, lui, parle de « dysfonctionnement scolaire ».

On se rend compte là qu'avant de travailler en partenariat, et tout en respectant les enjeux de chaque professionnel, il faut tout d'abord que la souffrance des adolescents soit définie à l'intérieur de l'éducation nationale.

La ruralité ne semble pas modifier pour la majorité ce mal être, sauf peut être pour le directeur de la SEGPA, qui parle d'un « problème de communication, de déplacement, de

⁶⁹ Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquêtes nationale. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.

temps, d'ouverture d'esprit sur le monde, sur ce qui pourrait être leur vie ». Mais n'est ce pas aussi lié à la population particulière des élèves des classes de SEGPA ? « En effet, sur les 12 élèves d'une classe de SEGPA, on ne retrouve qu'un élève avec un QI à 81, 2 ont un QI à 91 et pour les 9 autres élèves leur QI est >100. Ce sont donc des élèves en souffrance, vivant un échec scolaire massif. Leur orientation en SEGPA est bien souvent le résultat de leur souffrance. »

L'infirmière quant à elle relève « des comportements alimentaires particuliers qu'elle rattache à la ruralité et moins de relations sociales ».

Ils relèvent tous, par contre, l'importance d'une relation de confiance, d'une disponibilité, d'une relation d'écoute et d'aide aux adolescents qui doit passer par des relais, des personnes compétentes. Chacun a sa place à tenir, son rôle à jouer, en respectant l'autre.

Plusieurs professionnels ont également souligné l'importance du « retour » des personnes compétentes, « de réunions, de bilans pour améliorer le suivi, se tenir informé dans les limites du secret professionnel de chacun ».

Le travail en partenariat semble donc être un élément essentiel.

A noter qu'un seul interlocuteur (l'infirmière) m'a parlé des parents et de leur place auprès des adolescents.

Pour les personnes rencontrées hors de l'Éducation Nationale, là encore les représentations sont très variées : violence, conduites addictives, « complexe du homard »⁷⁰...mais un point qu'ils évoquent tous avec force, est l'importance du travail préalable ou non avec les parents, la rencontre des parents, l'établissement d'un dialogue avec eux : « redonner aux parents leur place auprès de leur adolescent ». Bien que tous ne soient pas d'accord pour admettre que Saint Aignan est « en zone rurale », ils affirment ensemble que la distance séparant leur commune des structures culturelles, et de soins est un véritable handicap.

Certains s'étonnent de ma réflexion sur la souffrance des adolescents de Saint Aignan, ayant tout prévu pour les adolescents : « nous avons une maison d'accueil que nous avons installée, nous avons créé beaucoup d'associations sportives que nous gérons, c'est ce que nous privilégions ». Ils s'étonnent, un peu malgré tout, du peu de fréquentation par les adolescents de ces structures. N'ont-ils pas tout simplement oublié de mettre l'adolescent au cœur du projet, de l'associer, de lui donner un peu d'autonomie... ?

⁷⁰ Emprunté à Françoise DOLTO

Un partenariat très intéressant a débuté cette année, pour des actions envers les jeunes : « le collège ouvert ».

Le principal a effectivement ouvert son collège 2 fois une semaine pendant les vacances scolaires de février et d'avril à des activités culturelles et sportives. Il espère ainsi donner une autre image de son collège, et favoriser le dialogue avec les parents. « Il existe un lien important entre la pratique d'une activité physique et la qualité de vie perçue. D'où la nécessité de relier des actions de prévention à des activités physiques et culturelles et de favoriser à travers le sport, le théâtre, la musique, la danse, comme le hip-hop, le rap, ou autre, l'acceptation et l'apprentissage des limites de la loi et des liens d'identité. »⁷¹

3.2.2 Comment ils identifient ce mal être

Par les entretiens de terrains que nous avons menés, nous avons mis en évidence qu'il existe une multiplicité de petits signes d'alerte repérables par chaque catégorie professionnelle, mais que ces signes n'ont pas reçu la légitimité d'une sémiotique médicale. Ils restent à l'état d'une description floue de l'individu sans toujours de signification pratique dans une politique d'accompagnement des adolescents.

L'école repère très tôt :

- Les difficultés d'apprentissage : de la parole, de la lecture entre 5 et 9 ans. À cet âge, les parents acceptent plus ou moins facilement certains diagnostics comme la dyslexie. (professeurs des écoles)
- Les fléchissements scolaires, retards, absences non motivées (CPE, équipe de direction)
- Les élèves qui ne mangent pas ou peu (CPE, professeurs, infirmière)
- Ceux qui ne restent pas en place en classe (professeur, CPE)
- Des rires n'importe quand pour perturber la classe (professeur)
- Les difficultés et l'absentéisme du lundi matin (CPE, équipe de direction)
- Le tabagisme, la consommation de produits considérés comme nuisibles à la santé, licites ou illicites (CPE, équipe de direction, infirmière, COP, assistante sociale)
- L'illettrisme (professeur, équipe de direction)
- L'anorexie, la boulimie, l'insomnie (l'infirmière)
- La violence (CPE)
- Le déni de souffrance, qui peut au contraire être constaté : « je ne ressens rien », « je ne suis pas fou » (l'infirmière)

⁷¹ La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut comité de la Santé Publique, février 2000

- La désespérance, qu'il faut distinguer de la dépression et qu'il ne faut pas psychiatriser, car elle n'est pas réversible avec des médicaments, mais avec l'amélioration de la situation. (l'infirmière)
- L'inhibition affectivo-cognitive : par exemple, le refus de ressentiment et le refus de le reconnaître, donc pas d'avenir possible car pas même de présent (le COP)
- Ne pas être bien à la maison, ne pas être bien à l'école (CPE)
- Le renfermement sur soi (pas d'expression de tendresse, même dans la sexualité) (l'infirmière)
- Se calfeutrer dans ses vêtements quand il fait chaud (les professeurs, la CPE)
- La tentative de suicide (l'infirmière, l'équipe de direction)
- Le vocabulaire des adolescents : « j'ai la haine », « je suis cassé » (un professeur)
- Les petits signes repérés par les kinésithérapeutes qui s'occupent de la rééducation des adolescents accidentés, dont beaucoup de souffrance psychique passe par le corps. (Ces adolescents sont nombreux en milieu rural, AVP)
- Les signes repérables des adolescents en prison
- Les associations de comportement : drogue, tabac, alcool, accidents accrus (la CPE, l'infirmière, l'équipe de direction)
- Une moindre qualité de vie perçue et déclarée, l'exposition aux risques (l'infirmière, l'équipe de direction)

A noter que la violence, qui n'est pas forcément un des symptômes de la souffrance, pas plus que la souffrance psychique n'est à assimiler à une sociopathie⁷²

Toutefois, plusieurs professionnels interviewés, tout comme plusieurs intervenants du rapport du Haut Comité de la Santé Publique⁷³ rapportent des violences qu'on n'observait pas il y a encore quelques années. Apparues depuis trois ou quatre ans, elles pourraient coïncider avec l'usage de psycho-stimulants comme les amphétamines, les benzodiazépines, l'ecstasy. Les benzodiazépines seraient associées à la plupart des actes de délinquance, qu'elles mettent comme dans une parenthèse.

⁷² La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut comité de la Santé Publique, février 2000

⁷³ La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut comité de la Santé Publique, février 2000

Cette accumulation montre que la prévention ne peut être thématique mais seulement globale, et que ces petits signes repérables par les professionnels gravitant autour des adolescents doivent pouvoir circuler dans tout le réseau.

De plus,⁷⁴ il est important de renforcer pour cela les « compétences psychosociales », selon la terminologie de l’OMS, des adolescents, pour qu’ils sachent formuler et comprendre que cela va mal.

Il faut non seulement aider à identifier les petits signes, mais aider à les formuler.

3.2.3 Comment réagissent-ils face à ses situations

Cela est très variable selon les individus, leur propre sensibilité ; il n’existe pas de consensus et de toute façon, les situations pouvant être tellement diverses et variées, un consensus paraît bien impossible à élaborer.

Le COP dispose d’une série de batteries de tests, qu’il tente de mettre en place dès l’entrée au collège ou au LP, pour « faire du repérage précoce, sans pour autant que la souffrance soit exprimée, voire consciente ». L’utilisation de ces outils lui permet, à partir d’une auto évaluation, de repérer les élèves en difficulté de concentration, d’apprentissage, de production et donc de quantifier les besoins de réussite, le locus, la concentration, au lieu d’attendre un signalement.

Un enseignant m’avoue que lui, « avait tendance à médicaliser l’échec scolaire, face à l’échec de certains de ces élèves, qui est le reflet de son propre échec, ». Il exprime le besoin de thérapie pour ces derniers. Il parle également « de la souffrance des adolescents induite par l’école et par certains de ces acteurs », souffrance dont il ne sait pas trop quoi faire.

Une autre enseignante me relate son expérience de l’an dernier, « et comme on est à la campagne, je me suis débrouillée toute seule ». Elle s’est fait prendre au piège par une adolescente anorexique, et comme les vacances scolaires arrivaient, elle lui a donné son propre numéro de téléphone. Malheureusement, ce professeur a été appelé un matin tôt par son élève, qui lui avouait avoir pris des médicaments en dose massive...

D’autres personnes de l’équipe éducative disent ne pas voir, d’autres encore orientent vers l’infirmière dès qu’ils pensent avoir détecté le moindre petit élément. Ainsi, l’infirmière a vu en urgence un jeune adolescent, hors de son temps de travail sur l’établissement. En discutant avec lui, il lui a expliqué que sa chienne venait de mourir, et qu’il était triste...

Les deux équipes de direction, lorsqu’elles sont sollicitées, répondent en général par des sanctions : exclusion temporaire, définitive, conseil de discipline.

⁷⁴ La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut comité de la Santé Publique, février 2000

Les CPE quant à elles, rencontrent beaucoup les élèves, essaient de les écouter un maximum, de dialoguer avec eux, de les éduquer au civisme, de les faire se respecter.

L'IDE organise des actions d'éducation à la santé, régulièrement, sur différents thèmes qu'elle juge importants. Elle reçoit également les élèves, les écoute, les accompagne dans leurs démarches, et fait la liaison avec les familles.

Harmoniser un peu les pratiques, discuter des problèmes rencontrés par les adolescents, permettrait peut être à toute l'équipe éducative de travailler véritablement ensemble, au grand jour, sans rester avec ses inquiétudes et ses angoisses. Imaginer peut être des réunions avec les professionnels concernés par ces adolescents autour d'un noyau comprenant la CPE, l'assistante sociale, le mEN, l'IDE, et un membre de l'équipe de direction, constitution « d'une équipe d'adultes relais. »⁷⁵

3.2.4 Comment s'articulent –ils avec leurs partenaires, si partenaire il y a !

Ils s'articulent tant bien que mal avec les autres partenaires de l'éducation nationale, en cheminant pour la plupart du temps de la manière suivante : un professeur vers la CPE et c'est la CPE qui trie : vers l'IDE si elle juge que c'est « un problème médical », vers l'assistante sociale si c'est « du social », vers le conseiller d'orientation psychologue (COP) si c'est « du scolaire ou de l'orientation » et souvent ne sachant pas trop, vers les trois, sans les prévenir. Comme l'IDE et l'assistante sociale sont géographiquement éloignées, elles non plus ne communiquent pas toujours et chacune de son côté « agit pour le mieux » ! L'infirmière peut juger nécessaire d'en parler au médecin, trop peu disponible...Le COP, partageant son bureau avec l'assistante sociale, ne la rencontre que très peu ...et on arrive à une prise en charge non pas globale, mais pluri-professionnelle non articulée, parfois contradictoire, où rapidement l'adolescent est perdu et ses parents encore plus.

Les problèmes de discipline, d'absentéisme, reviennent généralement à l'équipe de direction, qui elle, refait appel à l'infirmière ou au médecin.

Les partenaires hors éducation nationale sont quasi inexistantes, sauf une CPE qui tente une ouverture vers l'éducateur de la maison des jeunes, qui se dit « très frileux d'accepter, vu ses expériences préalables dans l'établissement », le COP vers la chambre des métiers.

Il regrette de ne pouvoir faire appel à la mission locale (BLOIS), et à la PAIO (Romorantin)

Les CPE affirment « qu'en ville, ce travail avec des partenaires extérieurs serait bien plus facile, parce que plus nombreux ». Est ce véritablement un facteur facilitateur ?

Ainsi, par l'analyse des données des adolescents et des personnels gravitant autour d'eux, nous récusons notre première hypothèse : « **Il existe une mauvaise perception par les professionnels des besoins des adolescents jugés sans problème , parce que loin de la ville et de ses dangers. »**

En étudiant les professionnels consultés le plus fréquemment par les adolescents, l'analyse de l'offre des soins et des difficultés de recours, nous pouvons affirmer par contre notre deuxième hypothèse : « **la difficulté de prise en charge de la souffrance des adolescents peut être liée à un problème de démographie médicale et à un particularisme médical en milieu rural. »**

Abordons maintenant les moyens que se donnent les acteurs pour travailler ou non ensemble.

3.3 LES MEMBRES DES COMITES DE PILOTAGE, DES INSTANCES DECISIONNELLES DES PROGRAMMES QUI SERVENT A PLANIFIER LA SANTE AU NIVEAU DE LA REGION

Nous tentons ainsi de répondre à notre troisième hypothèse : « **Les modes de prise en charge sont inadaptées en milieu rural : les projets, PRAPS, PRS ne prennent pas en compte les particularités du monde rural. »**. Les modes de prise en charge de la souffrance des adolescents existant en ville ne sont pas adaptés aux caractéristiques des adolescents ruraux ?

Nous menons donc une approche plus systémique qui renvoie à l'action des acteurs : comment les acteurs se donnent les moyens de travailler ou non ensemble.

Nous rechercherons tout d'abord où se situent les actions, ce qui est fait au niveau de la population rurale, les actions destinées à la ville..., puis par les entretiens semi directifs de membres de comités de pilotages, nous ferons le point sur la prise en compte du particularisme rural, voir si ce qui existe est suffisant, adapté, les nouvelles orientations ; et enfin, nous croiserons les actions menées par les différentes institutions et ministères, afin de comprendre les articulations, le partenariat.

3.3.1 Comment sont pris en compte les adolescents en milieu rural dans le cadre des PRAPS

Établi au niveau régional, le PRAPS est un ensemble construit d'actions concrètes, argumentées, évaluables, mises en œuvre au niveau local suivant les problèmes et les

⁷⁵ La prévention des toxicomanies chez les adolescents, Yves Gervais, l'Harmattan

particularités, dans lesquels s'impliquent tous les partenaires de l'action sociale (c'est le volet santé de la loi contre les exclusions⁷⁶). Ces actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi, sont mises en œuvre dans chaque département pour une première période de trois ans.

Le PRAPS s'inscrit dans la continuité du Programme Régional de Santé « accès aux soins des personnes en situation de précarité », défini par la Conférence Régionale de Santé en 1996, 1997, 1998.

Les deux premières conférences Nationales de Santé ont reconnu le suicide, notamment chez les adolescents, comme faisant partie des 10 priorités de santé publique en France. Quatorze régions, dont la région Centre, l'ont aussi reconnu comme une priorité régionale de santé publique. Parmi celles-ci, 9 régions ont déjà élaboré une programmation régionale de prévention du suicide. La région Centre n'en fait pas partie. Ce programme « prévention du suicide » est le projet développé en 2002.

Le programme de santé « diabète » a été mis en place. Il vise à prévenir l'obésité, à connaître et à éduquer les habitudes alimentaires et à promouvoir l'activité physique. Le PRS « suicide » a été établi en juin 2001. Les différents groupes de travail ont produit de nombreux rapports, mais l'articulation entre ces travaux semble difficile.

Actuellement, l'ORS du Centre analyse « la prise en charge des suicides en région Centre. Dans ce rapport⁷⁷, nous allons nous intéresser aux établissements dits « envoyeurs » dont font partie les établissements scolaires. On apprend ainsi que 15 % des établissements scolaires seulement citent spontanément le médecin scolaire comme « le professionnel assurant la prise en charge d'un adolescent en souffrance ». 31% des établissements scolaires ont recours aux psychiatres libéraux. « Ces spécialistes sont plus souvent sollicités dans les communes de moins de 3000 habitants que par les autres ». Seulement 7 % des établissements scolaires signalent l'existence d'un protocole ou d'une procédure concernant la prise en charge des adolescents exprimant des idées suicidaires. La famille est plus souvent associée dans les collèges de petite taille (moins de 500 élèves) que dans les collèges plus grands. Pour le suivi ultérieur à la crise, les établissements scolaires ont des pratiques de suivi complètement différentes des autres établissements institutionnels. Ils assurent un suivi psychiatrique ou médical moins souvent que les autres établissements (respectivement 11% et 14% contre 60 et 45% dans les autres établissements). En revanche, ils mettent en œuvre plus souvent que les autres un dialogue avec les adolescents (72% contre 26% dans les autres établissements) et contactent plus

⁷⁶ loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, visant à garantir l'accès aux droits fondamentaux aux personnes les plus démunies, en situation ou menacées d'exclusion.

⁷⁷ PRS Suicides, Enquête sur la prise en charge des suicides en région Centre, Observatoire régional de la santé du Centre, Mai 2002

souvent la famille (21% contre 2% pour les autres établissements). Pour les difficultés rencontrées, 64% des établissements scolaires présentent le manque de personnel interne comme une difficulté. On note que les grands établissements scolaires de 1200 élèves et plus citent plus souvent cette difficulté que leurs homologues de plus petite taille. 54% des établissements scolaires souhaitent recevoir une formation pour améliorer la prise en charge de ces adolescents en difficulté. 88% des établissements scolaires annoncent établir éventuellement un contact avec les équipes de soin. A la sortie du patient, 66% des établissements scolaires publics se disent éventuellement informés du projet de suivi d'un adolescent hospitalisé pour tentative de suicide. (...)

Toutes ces constatations dénoncent l'immense travail à accomplir pour aboutir à une prise en charge efficace et globale des adolescents en difficulté en milieu rural. En effet, les actions de santé déclinées par les PRAPS ont permis de faire l'état des lieux, de déterminer des actions au niveau régional, puis départemental. Le ciblage n'est pas assez précis pour que ces actions soient adaptées à chaque particularité du département, notamment au milieu rural.

Abordons maintenant, le point de vue des acteurs rencontrés.

3.3.2 Analyse des entretiens semi directifs

Malgré leur position plus administrative, la majorité des professionnels interviewés sont très proche du terrain, et connaissent bien les difficultés qu'on y rencontre.

Nous nous intéresserons à leur représentation de la souffrance des adolescents, à leur perception de la prise en charge du particularisme rural, et nous concluons par leurs propositions.

3.3.2.1 Représentation de la souffrance des adolescents

La premier élément important à apparaître est celui de l'adolescent rural isolé, n'ayant que peu d'autonomie dans ses déplacements, dépendant des parents, non confronté aux réalités du monde.

Pour le substitut du procureur, elle relie la souffrance des adolescents ruraux, « au milieu carencé dans lequel ils évoluent : carences matérielles, culturelles, affectives, éducatives , et rapproche le milieu rural des ZUP. »

Elle dénonce le peu de signalements, de vigilance en milieu rural et l'explique par « la proximité des gens, le manque d'anonymat » . Ainsi, elle note « beaucoup d'adolescents en souffrance du fait de maltraitances, incestes inter générations qu'on retrouve plutôt en milieu rural. »

Le directeur de la PJJ, ancien instituteur, décrit l'adolescent en souffrance, « comme un être à qui manque le désir, qui n'a plus sa capacité d'investir dans la vie, d'où un déficit

de l'existence. ». Pour lui, ce qui en découle c'est « un grand isolement, il n'entre plus en relation avec les autres, ne possède plus de projet, plus de goût pour apprendre, plus de désir d'aimer. Cela s'accompagne par un désordre alimentaire, et par la consommation de produits divers. ». Il parle ainsi « d'appivoiser les adolescents, pour les amener au dialogue. » Par contre, il ne note pas de différence entre les villes et les zones rurales.

Il décrit les indicateurs précoces des futurs adolescents en souffrance (de la délinquance), comme étant « l'échec scolaire et l'absentéisme scolaire ».

Il l'explique ainsi : « Pour se constituer, un individu doit avoir une identité. S'il est bon écolier, il peut l'investir. Par contre, s'il investit une identité de mauvais collégien, il doit l'assumer : il sera alors un bon délinquant, un bon meneur, ou alors s'investit dans la déprime. Repérer tôt les mauvais écoliers semble essentiel et permet d'intervenir sur un certain nombre : bien faire les devoirs, apprendre les leçons. Selon les parents cette aide est très inégale : un parent de mauvais élève est lui même un parent en échec, d'où la conduite agressive des parents à l'école. » Il me demande alors de réfléchir au soutien scolaire, à l'aide aux devoirs. « amener les parents à faire cela, pour permettre aux parents de jouer leur rôle, leur permettre de reprendre leur crédibilité, de réinvestir leur autorité parentale. »

3.3.2.2 Prise en compte du particularisme rural

Pour le médecin responsable départemental et conseiller technique auprès de l'inspection académique, le particularisme rural n'est absolument pas reconnu, ce qui conduit à « des actions de prévention se déroulant généralement dans un contexte d'urgence ». En ville, les équipes médico-sociales sont complètes et présentes dans les établissements, alors qu'en milieu rural, les équipes sont souvent incomplètes, leur présence est beaucoup plus occasionnelle (1/2 journée par semaine) du fait principalement de la pénurie de professionnels, des indemnités de trajet...

Pour cet aspect, on retrouve les mêmes difficultés pour les éducateurs de la PJJ, qui se déplacent moins dans les zones rurales : manque de personnel, de temps...

Tous s'accordent à dénoncer le manque d'associations d'aide, à caractère social, subventionnées par le conseil général, très nombreuses en ville, mais inexistantes en milieu rural.

Le directeur de la PJJ, parle, lui, de la prise en compte du particularisme rural *par les adolescents*, là où les vols et les délits sont bien plus facile à réaliser, sont facilités par l'isolement, par l'absence de leur domicile des habitants travaillant en ville.

L'infirmière de la DDASS résume la prise en charge en milieu rural comme « en milieu rural , on manque de tout ».

3.3.2.3 Les différentes propositions

Tous ces professionnels soulèvent les limites, mais seuls, le MRDCT et le directeur de la PJJ émettent des propositions. Est ce par leur statut particulier ? Le MRDCT a été médecin de secteur rural durant de longues années sur le secteur de Saint Aignan, et le directeur de la PJJ est un ancien instituteur.

Pour le médecin responsable départemental et conseiller technique auprès de l'inspecteur académique, le but serait de mettre en place des dispositifs, des moyens, des stratégies pour permettre la prise en charge des adolescents, sans urgence, d'une manière globale et sécurisante. Prenons l'exemple du centre de planification de Saint Aignan.

Sa réouverture a été perçue comme un grand progrès pour la région. Malheureusement, très vite, l'ensemble des professionnels gravitant autour des adolescents se sont rendu compte que cette structure n'était pas adaptée. En effet, ouvert le vendredi matin de 9h à 12h, tous les quinze jours, et fonctionnant avec les permanences d'une conseillère conjugale, les limites de la structures sont vite atteintes.

Nous avons ainsi été confrontés à des situations de suspicion de grossesse, où la loi du 4 juillet 2001 relative au droit à la contraception n'a pu être respecté ; l'adolescente n'ayant pu se rendre dans un centre de planification et bénéficier de façon gratuite et anonyme de l'aide nécessaire.

Autre situation, qui a motivé un projet académique dans le département du Loir et Cher devant des difficultés d'accès aux soins des adolescents en milieu rural. Il s'agit des suspicions de grossesse. Une fois le test urinaire réalisé et lu, il est nécessaire de dater la grossesse, afin d'envisager sa prise en charge : discussion d'une interruption volontaire de grossesse ou non. Si, malgré la médiation du professionnel, l'adolescente ne veut pas en parler à ses parents, le préalable du texte de loi dit : « libre choix, sans en référer aux parents ». Il nous faut donc respecter la parole de l'adolescente si elle ne veut pas dialoguer avec sa famille.

En milieu rural, ce préalable engendre des situations difficiles. Emmener l'adolescente pendant des heures de cours à 45 km pour faire une échographie ? et je n'ose envisager pour une interruption volontaire de grossesse ! qui ? comment ? l'autorité parentale n'est pas déléguée !

Bien sûr, vous me direz que « dater une grossesse », ce n'est pas une situation d'urgence. Mais il faut penser à la souffrance de cet adolescente qui après une prise de risque consciente ou non, se trouve là complètement démunie, seule face à sa détresse.

Face à deux situations rocambolesques, heureusement d'issue favorable pour les adolescentes, l'inspecteur de l'académie du Loir et Cher a demandé à son médecin

conseiller, le 4 mars 2002, de travailler sur ce problème en collaboration avec la DDASS, le centre de planification de Blois, le conseil général.

Après de nombreuses réunions, des contacts pris avec le Docteur Romano médecin conseiller auprès du ministère de l'Éducation Nationale, une ébauche de solution semble se présenter : établir une convention avec un ou des médecin(s) généraliste(s) des communes rurales où est implanté un établissement scolaire secondaire, pour que l'adolescente puisse s'y rendre anonymement et gratuitement. Le prix de la consultation, ainsi que le transport ultérieur au centre de planification pour une échographie serait pris en charge par le conseil général. Ce travail se faisant bien sûr en partenariat avec l'équipe médico-sociale de l'établissement. Mais là encore, il faut contacter le conseil de l'ordre des médecins, les médecins généralistes...

Pour le directeur de la PJJ à partir de son interprétation des indicateurs précoces des futurs adolescents en souffrance (de la délinquance), comme étant « l'échec scolaire et l'absentéisme scolaire », il nous propose d'aider les parents à réinvestir leur autorité parentale par le partage de l'aide aux devoirs, de l'intérêt porté à la scolarité de leurs enfants. Recentrer l'enfant et l'adolescent avec sa famille au cœur de notre réflexion, pour leur permettre de devenir de réels acteurs.

« Réaliser l'école des parents pour que les parents reprennent leur responsabilité de parents, leur autorité parentale. Ceci n'est pas uniquement le problème de l'Éducation Nationale, c'est un problème de citoyenneté ».

Pour parvenir à la réalisation de ces propositions, propositions mobilisant de nombreux partenaires, abordons les liens entre les différentes institutions.

3.3.3 Articulation entre les différentes institutions

Entre les différents ministères abordés (justice, agriculture, santé, éducation nationale, conseil général), tous œuvrent pour l'amélioration de la prise en charge des adolescents, mais pas toujours de manière très coordonnée.

Le conseiller général, médecin généraliste à Saint Aignan, nous explique que les adolescents « sont une compétence d'État, et non pas de département », que le département intervient de façon indirecte dans les politiques des villes et des zones urbaines, « en subventionnant des associations qui ont comme mission d'occuper les jeunes ». Ces actions ne concernent donc pas la région de Saint Aignan. Il admet cependant que dans sa commune, les mêmes problèmes sont rencontrés qu'en ville : « collège, plaque tournante de drogue », « la recrudescence de la violence », et conclut « le mal être des adolescents n'est que le reflet du mal être de la société. »

Pour le médecin de la MSA, les actions de prévention ne sont menées que pour leurs adhérents, salariés et exploitants agricoles de 16 à 65 ans. Depuis 2001, ils intègrent les médecins généralistes dans leurs actions. Ils organisent une réunion cantonale par trimestre, réunion d'information, où notre tranche d'âge ne participe que très peu, malgré une sensibilisation que eux jugent bonne (une animatrice cantonale qui bat la campagne, des élus cantonaux..)

Les 3 ministères suivants travaillent, eux, en étroite collaboration :

- Le Ministère de l'Éducation Nationale, le ministère de la Justice et le Conseil Général ont élaboré une convention pour la prévention et le suivi des enfants et des adolescents. Le médecin responsable départemental et conseiller technique de l'inspection académique centralise tous les signalements de quelque origine qu'ils soient, et les transmet pour une procédure judiciaire ou administrative. Cette organisation permet un retour des informations, qui sont alors transmises au médecin scolaire sur le terrain. Ce dernier peut alors adapter son travail, dialoguer avec les éducateurs...pour une prise en charge globale.
- Le ministère de l'Éducation Nationale et le Ministère de la Santé, outre la prise en charge des enfants et adolescents suivis en CDES qu'ils se partagent, se réunissent en situation de crise, (gestion de maladies infectieuses, ...) , et ont largement collaboré pour réfléchir à la mise en place d'une structure offrant les services d'un centre de planification, en milieu rural.

Le Ministère de la Santé, par l'intermédiaire des DDASS, impulse des politiques de santé, distribue les crédits en fonction des orientations prises, et coordonne les actions. Il s'articule donc avec des partenaires stratégiques (conseil général ; CPAM, MSA, ville, police, tribunal, protection judiciaire de la jeunesse...) puis des partenaires techniques.

L'Éducation Nationale, appartient tantôt à l'un , tantôt à l'autre de ces deux groupes. Pour exemple, une expérience difficile : quelques collèges ruraux se sont positionnés dans le cadre du conseil d'administration et du CESC pour monter des actions santé, prévention sécurité (toxico, comportement à risque, violence...). Ils ont ainsi construit un programme d'action, mais entre la représentation du corps enseignant et l'état des lieux existait un tel décalage, que la DDASS a refusé le projet. Ceci illustre les difficultés avec l'inspection académique, où les établissements bénéficient d'une certaine autonomie, contre-balancée par le service de santé scolaire.

Nous possédons maintenant les éléments nécessaires pour répondre à notre troisième hypothèse. Effectivement, les modes de prises en charges seraient inadaptées en milieu rural : les projets, les PRAPS ne tenant pas compte des particularités du monde rural.

Au terme de cette analyse, nous pouvons affirmer, pour répondre à notre question de départ **« pourquoi la prise en charge des adolescents en souffrance reste-t-elle si difficile en milieu rural, malgré toutes les nouvelles stratégies de lutte contre la précarité et l'exclusion ? »**

que cette difficulté semble liée

1. **À un problème de démographie médicale et à un particularisme médical en milieu rural,**
2. **Aux modes de prise en charge inadaptées en milieu rural : les projets, PRAPS ne prennent pas en compte les particularités du monde rural.**

Par contre, elle ne peut s'expliquer par **« la mauvaise perception par les professionnels des besoins des adolescents jugés sans problème, par ce que loin de la ville et de ses dangers. »**

Nous souhaitons tirer de cette étude de la perception des troubles de l'adolescent en milieu rural et de sa prise en charge, non pas des idées nouvelles, mais des idées de propositions constructives et applicables sur le terrain rural.

4 - OBJECTIF PROFESSIONNEL

D'après le rapport du Haut Comité de la Santé Publique de février 2000 traitant de la souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, « le meilleur moyen de démêler les causes qui conduisent un jour un adolescent à présenter un état de souffrance, de crise, consiste à pouvoir reconstruire l'histoire de vie de l'adolescent avec un autre de ses intervenants familiaux. Si l'on peut reconstruire, avec lui, sa biographie la plus complète, cela permet d'espérer comprendre l'enchaînement des interactions et des événements qui l'ont marqué et l'ont prédisposé à cette souffrance. »

Nous réfléchissons tout d'abord aux objectifs relevant de professionnels de l'Éducation Nationale, puis à ceux relevant de tierce personnes, en gardant bien sûr à l'esprit les intrications fortes entre ces partenaires.

4.1 OBJECTIFS, ACTIONS RELEVANT DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Nous aborderons en premier lieu les propositions globales pour tout le personnel intervenant dans les établissements, puis celles plus spécifiques qui relèvent du mEN.

4.1.1 Pour l'ensemble de l'équipe éducative pilotée par les chefs d'établissement avec le soutien technique du mEN

Le premier travail de prévention à faire dans un établissement est certainement de retravailler avec les adolescents et toute l'équipe éducative le règlement intérieur, pour le rendre compréhensible, obtenir l'adhésion des adultes et des adolescents. Pour rendre les adolescents responsables, il pourrait peut-être être intéressant de retravailler les sanctions pour remplacer l'exclusion par exemple, par des travaux d'intérêts généraux pour l'établissement.

Pour les adolescents faire de leur établissement un véritable espace de vie.

Définir une politique de santé et de prévention pour tous les partenaires, politique pilotée par l'équipe de direction de l'établissement, où chaque professionnel trouverait sa place, pour mobiliser toute l'équipe éducative, et ne pas vivre au jour le jour.

Réfléchir à la méthode du lycée professionnel de Fougères (Ile et Vilaine), qui a élaboré un repérage des adolescents avant qu'ils expriment leur souffrance : « repérer les décrocheurs ».

Ceci implique de faire un projet global de prévention, de l'inscrire au conseil d'administration. Pour que cette proposition soit reconnue par l'ensemble des partenaires, la formation d'un CESC dans les établissements me paraît nécessaire.

S'appuyer sur les compétences spécifiques de chaque intervenant, pour s'articuler de manière harmonieuse dans l'établissement.

Inclure les parents dans nos réflexions en ouvrant le collège, en étant attentif à leurs propres soucis, et peut-être recréer du lien entre ces adolescents et la population majoritaire de Saint Aignan, population vieillissante comme nous l'avons vu, pour renouer des relations inter-générationnelles. « Il est important de mieux cerner les besoins des parents (soutien, accompagnement, information) dans la perspective d'améliorer la prise en charge des jeunes en difficulté et de considérer les parents comme des partenaires à part entière dès qu'un projet éducatif est mis en place. Les modalités de ce partenariat sont à considérer⁷⁸ en accord avec les professionnels, les parents et les jeunes. »

Pour aboutir, ce projet doit être un véritable projet d'établissement mobilisant l'ensemble du personnel. (y compris ATOSS)

4.1.2 Par le médecin de l'éducation nationale

Mettre l'adolescent, avec ses besoins, ses demandes, ses particularités au centre de la réflexion.

Se positionner dans l'établissement auprès des adultes mais également auprès des adolescents (délégués en début d'année, se présenter dans chaque classe) en se présentant, en présentant ses missions, sa spécificité.

S'impliquer dans les établissements, par des permanences régulières et effectives, pour développer une communication autant avec les adolescents qu'avec les professionnels.

Faciliter l'accès à cette permanence par des rendez-vous planifiés, mais aussi par des consultations entre 12 et 13 heures 30, moment où les adolescents sont disponibles.

Participer à des parcours découverts, être disponible tout en restant à sa place de mEN.

Faire connaître aux différents intervenants autour des adolescents, ce qu'est un adolescent, ses difficultés, ses enjeux pour éviter des maladresses qui font perdre la confiance des adolescents et empêchent tout suivi et toute aide.

⁷⁸ La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Haut Comité de la Santé Publique, Février 2000

Être le garant de l'harmonisation des « petits signes » de repérages, discutés en équipe.

Définir un langage commun face à la souffrance des adolescents et notamment « définir la notion d'urgence ».

Veiller à l'établissement de contrats d'intégration, lorsqu'un adolescent bénéficie d'un suivi extérieur (suivi psychologique, maladie chronique) pour « faciliter » sa scolarité, et que l'élève se sente reconnu dans l'établissement : le mEN par sa position dans l'éducation nationale, pivot de la santé des élèves, dédramatise, travaille avec l'école pour répondre aux besoins de l'adolescent, répond pour les différentes adaptations nécessaires. Il assure la liaison avec le spécialiste qui a la notion de la maladie. Souvent, les parents n'ont pas conscience de ce rôle-là du mEN, et ne recourent pas à l'aide de ce professionnel.

Le Haut Comité de la Santé Publique affirme que la santé mentale est la seule pathologie de notre société actuellement, pathologie fortement ressentie par les professionnels chez les adolescents en souffrance. Le mEN doit donc réfléchir comment dans notre milieu scolaire améliorer la santé mentale, mélange de développement, de processus éducatifs, de processus affectifs. Comment guider les parents, les enseignants, pour améliorer les habiletés et les talents individuels... affiner la guidance. Il nous faut donc nous poser la question des programmes de prévention.

Ce travail présente un gros investissement de départ.

Mais par ce travail partenarial, l'enseignant qui repère, se sentant véritablement concerné, sera d'autant plus réceptif pour accepter cette guidance.

Impulser une politique d'écoute dans l'établissement, par la création « d'une équipe d'adultes relais », et veiller à être le garant d'une confidentialité nécessaire à sa bonne marche. Par ces réunions, réussir à harmoniser nos pratiques, éviter de mettre un professionnel en souffrance.

Ces équipes d'adultes relais, pourraient être renforcées par « des permanences d'écoute », outre celles du mEN, celles d'infirmiers dépendant de la structure pédo-psychiatrique et qui se déplaceraient dans les établissements. La circulaire du 11 décembre 1992, émanant du ministère de la santé définit les missions du secteur public en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : elle met l'accent sur la priorité accordée au travail de prévention au sein de la collectivité, sur les lieux où se trouvent habituellement les enfants et adolescents. (prévention, mais également amener les adolescents en souffrance à consulter).

Pour éviter des dérives, le rôle du mEN coordinateur est essentiel. Ces permanences d'écoutes devraient se dérouler dans un cadre bien défini, avec une convention signée entre

l'éducation nationale et l'inter-secteur de psychiatrie. Dans le département de la Vienne, ce type de réseau entre les psychiatres et les enseignants fonctionne depuis plusieurs années.

Aller vers les différents partenaires, notamment les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité, très proches des familles et que les adolescents rencontrent le plus souvent, pour mener ensemble une politique globale de prévention. Par une dynamique partenariale de terrain, éviter le morcellement du suivi. Si le projet académique du Loir et Cher se concrétise, ce partenariat sera d'autant renforcé, que le mEN, après le bilan médical, le diagnostic (...), sera en première ligne pour travailler avec l'adolescente, pour l'accompagner. Pour cela bien sûr, il faut qu'il ait été prévenu, et en général, ce n'est pas l'adolescente en grande souffrance, qui pourra le faire.

L'importance du travail en liaison en partenariat semble primordiale, pour réussir à la prise en charge globale des adolescents.

4.2 OBJECTIFS, ACTIONS RELEVANT DE TIERCES PERSONNES

Comme le soulignait déjà le Professeur Louis Christians à l'université de Lille en 1954 : *« il faudrait former des spécialistes de l'adolescence ; ce serait des pédiatres ayant des notions de médecine du travail et de médecine sociale. Ils auraient la charge des adolescents, non pas jusqu'à un âge arbitrairement arrêté, mais jusqu'au moment où ils auraient acquis la certitude qu'ils sont adultes . »*

En effet, reflet de la société de son époque, la médecine a tardé à reconnaître l'intérêt de l'enfance⁷⁹. On constate aujourd'hui ce même retard pour les adolescents. En 1960, on pouvait déplorer l'absence totale de structure d'accueil pour les adolescents malades, ce vide matériel se prolongeant par l'inexistence de toute tentative de réflexion concernant les réalités de leurs besoins dans le domaine de la santé. Ceci n'est plus tout à fait exact aujourd'hui, puisqu'en 1997, Le Haut Comité de la Santé Publique⁸⁰, a été saisi pour mener une réflexion sur l'organisation de la prévention et des soins dans le domaine de la psychiatrie. Sans méconnaître les besoins de la population générale, dans son premier rapport, le HCSP s'intéresse plus particulièrement à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Cet intérêt a été motivé, par la réorganisation de la prise en charge de la souffrance psychique, et par les évolutions souhaitables des modalités d'intervention des différents professionnels, en premier lieu, par l'évolution de certains

⁷⁹ le terme de pédiatrie n'apparaît qu'en 1872

⁸⁰ La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes, Haut Comité de la Santé Publique, février 2000

indicateurs de santé, en particulier les conduites violentes, les violences subies, les troubles psychiques associés à la précarité, les tentatives de suicide et les conduites addictives.

Toutefois, « les programmes officiels de médecine ne comportent strictement rien sur l'adolescent. Le futur médecin doit se contenter d'un enseignement sur la puberté dont le contenu esquive d'ailleurs soigneusement tout ce qui risquerait de déborder, de si peu que ce soit, d'une description des aspects morphologiques et biologiques de la métamorphose pubertaire. »⁸¹. Le premier diplôme inter universitaire créé en 1992 demeure optionnel.

Il serait donc important de former les futurs médecins généralistes en première ligne à l'adolescence et à ses multiples facettes.

La réouverture d'un inter secteur de psychiatrie, tel qu'il a déjà été défini et travaillé semble incontournable. Le partenariat développé pourrait s'étoffer par l'intervention de personnel spécialisé de l'inter secteur dans les établissements pour le dépistage, en réalisant « des permanences d'écoute. ». Il ne s'agit pas « de faire rentrer la psychiatrie dans les établissements », mais de permettre aux adolescents de trouver des adultes formés et disponibles pour s'entretenir avec eux, des adultes qui pourraient également faire partie du noyau « des équipes adultes relais », à la recherche de solutions « multi-inter partenariales » et globales. L'éthique de cette prévention est à travailler sérieusement.

Une enquête est actuellement en cours par l'ORS du Poitou- Charente, où une prévention de ce type est en place depuis quelques années. Le Dr Chabot responsable de l'étude ne dispose pas encore à ce jour de résultats diffusables.

Par une dynamique partenariale, assurer un accueil rapide, anonyme et gratuit pour les adolescentes en cas de suspicion de grossesse.

Réfléchir à une méthode pour mieux cibler les actions dans le cadre des PRS, afin de les adapter au monde rural.

Réfléchir au sein de l'Éducation Nationale à la création de postes de mEN non seulement dans les départements « urbains », mais également dans les départements « ruraux » où le mEN est le pivot de la santé des adolescents et des élèves en général.

Réfléchir au sein du gouvernement à la spécificité des mEN au sein de l'institution dans l'Éducation nationale. Il connaît parfaitement les réalités et se place en expert pour dénoncer les distorsions entre les avis de médecins spécialistes et la réalité d'un

⁸¹ Courtecuisse V, in l'adolescence- les années métamorphose, op.cit.

établissement secondaire. Son rattachement institutionnel lui a nettement facilité la reconnaissance par les autres professionnels de sa place d'expert .

Même si elles sont nombreuses et préoccupantes, les difficultés de cet âge de la vie sont parfois évitables. Pour cela, nous avons tous en tant que partenaires dynamiques des responsabilités étroitement mêlées et un rôle particulier à tenir :

- En premier lieu, **les jeunes eux-mêmes** : ils nous montrent qu'ils attendent avant tout de leurs parents une disponibilité, un temps pour discuter avec eux, et ensuite que les adultes les aiment, les écoutent. Ils sont capables de grandir en comprenant leurs propres problèmes et en sachant se faire aider en cas de période difficile, incertaine , si les adultes qui les entourent sont attentifs.
- Deuxièmement, **les adultes de proximité** (professionnels gravitant autour des adolescents) et surtout les parents qui occupent une place privilégiée. Leur influence est grande s'ils ne se limitent pas aux seules fonctions de nourrir, enseigner, éduquer, ou soigner, mais suppose aussi d'être attentif aux variations de comportement de l'adolescent. Ils doivent apprendre à reconnaître les signaux de détresse pour en parler aux jeunes, car ce sont des troubles qui réapparaissent, qui persistent sur une longue durée et qui s'ajoutent à d'autres troubles.
- Enfin, **les institutions**, de plus en plus appelées à travailler en réseau les unes avec les autres, se faire confiance, doivent pouvoir être évolutives et souples pour inventer des réponses adaptées aux souffrances toujours différentes selon les individus, leur histoire et leur milieu de vie. Les professionnels sont parfois contraints d'étendre leur champ d'activité ou de collaborer avec d'autres partenaires pour dénouer des situations touchant à la fois des adolescents et leurs parents, dont les conflits personnels se mêlent et se confondent.

CONCLUSION

La région de Saint Aignan, par cette approche de ces adolescents, nous montre qu'on ne peut pas aborder le monde rural dans son ensemble, et que par certains aspects, elle est très proche de certains quartiers urbains.

La distance d'accès aux structures de soins, culturelles (...) urbaines semble la plus contraignante, mais par l'exemple du centre de planification, nous nous rendons compte que le « copier-coller » de structures urbaines ne répond pas à la demande des adolescents ruraux.

Il nous faut donc réfléchir à des aménagements particuliers, mobilisant différentes institutions, de nombreux partenaires pour offrir à nos adolescents la possibilité de s'épanouir. Ces réflexions entrent dans le cadre des PRS et de la politique actuelle de décentralisation. Par les PRAPS et les PRS nous atteignons une politique régionale et départementale, mais qui n'arrive pas encore à prendre en compte les particularismes des cantons, des communautés de communes, des communes.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dont nous avons tardivement pris connaissance pour ce mémoire, par la réorganisation de la prévention, « organisation régionale de la santé », chapitre IV, article 35 à 44, semble prendre en compte cet aspect.

Ce travail m'a également permis de faire la connaissance de l'ensemble des partenaires de terrain gravitant autour des adolescents, mais aussi de nous faire connaître, médecins de l'Éducation Nationale, de présenter notre travail et nos multiples missions, de découvrir leur mode de fonctionnement avec les adolescents, de réfléchir ensemble à la prise en charge globale des adolescents en milieu rural, milieu spécifique de part sa localisation, ses habitudes et sa population.

Mais pour qu'il puisse véritablement être reconnu dans ses fonctions, le mEN doit s'investir vers une démarche de santé publique. Cette démarche s'appuiera sur ⁸²

- les caractéristiques de la population (pour nous secteur rural et qualité d'accès aux soins),
 - les besoins de santé exprimés (par nos entretiens avec les partenaires et la population concernée, les adolescents),
 - la participation active des parents et de l'ensemble des professionnels
- pour une prise en compte et une prise en charge adaptée des différentes expressions de la souffrance des adolescents.

⁸² Dr Brigitte TASTET, Médecin conseiller Technique auprès du recteur de Créteil.

Et, pour compléter notre démarche de santé publique, il nous faudra réfléchir et mettre en place un processus d'évaluation permettant d'optimiser notre démarche vers une stratégie de prise en charge des adolescents, de l'individuel au collectif et qui mobilisera la communauté dans son ensemble.

Bibliographie

Les textes officiels

1. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985
2. Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, visant à garantir l'accès aux droits fondamentaux aux personnes les plus démunies, en situation ou menacées d'exclusion.
3. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
4. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
5. Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001, paru au BO le 25 janvier 2001
6. Décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale
7. Décret n°93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.
8. convention internationale des Droits de l'Enfant, 1990

Les ouvrages et les rapports

9. Braconnier A., Marcelli D.. *L'adolescence aux mille visages*. Edition Odile Jacob.1998.
10. Vigneron E. *Santé, société, inégalités géographiques en France*, Actualité et dossier en santé publique, n°19, juin 1997
11. Brandily M., Brun S., Coz J, M., Henquel C., Lecommandoux A.M., Pezechke C., Queverue A., Robin V., Sarris A.. Mémoire ENSP de séminaire interprofessionnel. *Santé et soins de santé : le monde rural a-t-il sa part ?* Ecole nationale de la Santé Publique. Rennes. FRA. 1999
12. Guyonnet R. *Saint Aignan mille ans d'histoire* ; 1987
13. Fournier A. *Le Grand Meaulnes*, Edition Fayard, collection de poche.
14. Rousseau JJ, 1762. *Emile, ou l'éducation*. Garnier-Flammarion, Paris, 1966 ; 4 : 273-274
15. Alvin P., Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Masson,2001
16. Baudry P. *Le corps extrême*. L'Harmattan, Paris, 1991.
17. Baudry P. *Initialisation et ritualisation*. In : L'adolescent et la mort, l'esprit du temps (coll. Études sur la mort, n°113), Paris, 1998 : 143-151
18. Michaud P.A., Alvin P. et coll. *La santé des adolescents. Approches, soins prévention*. Payot, Lausanne, Doin, Paris, Presses de l'université de Montréal, 1997

19. Alléon A.M., Morvan O., et Lebovici S. *Adolescence terminée, adolescence interminable*. PUF, Paris, 1985.
20. Pommereau X., *quand l'adolescent va mal, l'écouter, le comprendre, l'aimer*. Edition J'ai Lu 7147/5, Paris, 1998.
21. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents, enquête nationale*. éditions inserm, 1998
22. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Inserm, La documentation Française, Paris, 1994.
23. Tonnelier F., Vigneron E.. *Géographie de la santé en France*. Presse universitaire de France, 1999
24. Gervais Y. *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*, l'Harmattan, 1995
25. *Conférence régionale sur les priorités de santé publique du Centre*, Orléans, 19 avril 1996
26. Tonnelier F., Lucas V. *distance d'accès aux soins en 1990*, CREDES, décembre 1995
27. Le Fur P, Sermet C. *Les généralistes à faible activité des zones rurales et urbaines*, CREDES, janvier 1991
28. *Les fiches de l'observatoire n°7/ 40-007-* avril 2002 Observatoire de l'Économie et des Territoires du Loir et Cher.
29. *Les fiches de l'observatoire n°7/41198-* mars 2002, Observatoire de l'Économie et des Territoires du Loir et Cher.
30. Haut Comité de la Santé Publique. *La souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes*. Paris : la documentation Française, février 2000.
31. Hardouin J.B. *PRS Suicides, Enquête sur la prise en charge des suicides en région Centre*, Observatoire régional de la santé du Centre, Mai 2002
32. *Plan Régional de l'Assurance Maladie (PRAM), Région centre*, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Année 2001
33. *Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation*. Inserm U 169, ministère des affaires sociales et de l'intégration. Rapport 1991.

Les articles de périodiques

34. *La gazette des communes, des départements, des régions* : 18 janvier 1999
35. *Quoi de neuf...* N°46 mars 2002 « délinquance en Loir et Cher : le verdict des chiffres »
36. Baromètre Santé adulte 95-96, *la santé de l'homme*, n°333, mars 1998
37. Arènes J. et Guilbert P., Santé et territoires, *la santé de l'homme*, n°327, janvier- février 1997
38. Rican S., Simon M., La répartition spatiale des médecins : une analyse selon le zonage en aires urbaines, *Solidarité Santé*, n°1, 1999.

39. Observatoire- *revue d'action sociale et médico-sociale* 30/01 page 16
40. Actualité et dossiers en santé publique n°10 mars 1995
41. La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé- septembre 2000

Liste des annexes

1. Guide d'entretien : interview semi directif de groupes d'adolescents
2. guide d'entretien : interview semi directif des professionnels
3. Guide d'entretien : interview semi directif des membres des comités de pilotage, PRS, PRAPS, DDASS, MSA
4. L'histoire de Saint Aignan
5. Carte de Saint Aignan, et de sa communauté de commune
6. Caractéristiques administratives des adolescents du collège de Saint Aignan.

GUIDE D'ENTRETIEN :

Interview semi directif de groupes d'adolescents

Bonjour !

Je suis médecin stagiaire de l'éducation nationale.

Pour cette année scolaire, je suis nommée dans votre académie et votre département. Mon secteur comprend différents établissements.

- ❖ Les écoles maternelles (GS)
- ❖ Les écoles primaires
- ❖ Les collèges
- ❖ Le lycée professionnel

Et ceci sur le secteur de Saint Aignan, Montrichard et Selles / Cher.

Comme je vous le disais tout à l'heure, je suis stagiaire c'est à dire que je partage mon temps de travail entre le Loir et Cher (et les établissements scolaires), et l'ENSP à Rennes.

Comme vous, j'ai des cours et des travaux à rendre.

Dans le cadre de ces travaux, je viens vous rencontrer aujourd'hui, pour discuter avec vous, pour que vous me racontiez les difficultés que vous rencontrés, pour essayer de mieux vous connaître, de mieux comprendre vos besoins.

Thèmes à aborder :

L'adolescence

- **C'est quoi l'adolescence,(vie de groupe, importance des pairs, modifications pubertaires, sexuels, troubles de l'humeur) ?**
- **Si je vous parle de santé, de bien être, ça vous fait penser à quoi ?**
- **Vous connaissez peut être des copains, des jeunes qui ont des soucis, des tracas, des problèmes, des préoccupations, qui vivent des moments difficiles ?**
- **Qui ne vont pas bien**

Le mal être des adolescents

- **Un tracas, pas bien aller, pour vous c'est quoi ? (mal au dos, ..., l'acné ; les odeurs, le look, trop gros , maigre, grand, petit, les filles, les garçons, les amis, la vie amoureuse, les parents, l'acte sexuel, se protéger, la grossesse, l'homosexualité, les résultats scolaires)**
- **Vous pourriez un peu me raconter ce qu'ils disent, ce qu'ils ressentent**
- **Ce qu'ils font**
- **Comment vous vous en êtes rendu compte**
- **Comment expriment ils leurs tracas (larmes, violence, tabac, prise de risque, grossesse, anorexie- boulimie, repli sur soi, dépression, phobie scolaire ...)**

La prévention, la prise en charge

- **Ils peuvent en parler, à qui ?**
- **Vous avez peut être déjà habité ailleurs, en ville ! Vous pensez qu'habiter à la campagne, à Saint Aignan, rend les choses différentes pour les jeunes ?**
- **Etre à 40 km de Romo, de Blois, et à 70 km de Tours ?**
- **Vous avez des adresses, des numéros de tel pour contacter , avoir de l'aide ?**
- **Qu'est ce que vous pensez qu'on pourrait leur proposer ?**
 - **Dans l'établissement**
 - **Dans la commune**
 - **Vous avez entendus parler de programme d'accès aux soins,**

Relances :

Si je vous ai bien compris

Vous avez dit,

Vous disiez tout à l'heure,

Pourriez vous préciser

Je vous remercie de m'avoir permis de vous rencontrer, et je prend note de toutes vos remarques. Je vous tiendrai informé des conclusions de ce travail, dès que possible.

GUIDE D'ENTRETIEN :

interview semi directif des professionnels

Bonjour !

Je suis médecin stagiaire de l'éducation nationale.

Pour cette année scolaire, je suis nommée dans votre académie et votre département. Mon secteur comprend différents établissements.

- ❖ Les écoles maternelles (GS)
- ❖ Les écoles primaires
- ❖ Les collèges
- ❖ Le lycée professionnel

Et ceci sur le secteur de Saint Aignan, Montrichard et Selles / Cher.

Comme je vous le disais tout à l'heure, je suis stagiaire c'est à dire que je partage mon temps de travail entre le Loir et Cher (et les établissements scolaires), et l'ENSP à Rennes.

Afin de valider mon année de stage, j'ai différents travaux à rendre ; et notamment un mémoire à rédiger et à soutenir sur le thème de la souffrance des adolescents en milieu rural, l'accès aux soins, la prévention..

C'est dans le cadre de ce travail, que je viens vous rencontrer aujourd'hui : Par votre fonction, vous êtes amenés à rencontrer des adolescents, à les côtoyer.

J'aimerais m'entretenir avec vous, et que vous me racontiez, comment:

dans un premier temps,

- **identifier le mal être des adolescents en milieu rural (la représentation qu'ils en ont)**

puis,

- **dans quel cadre vous les rencontrez, comment vous, vous travaillez avec eux...**

et enfin comment,

- **vous vous articulez avec les autres partenaires, pour ce travail.**

Thèmes à aborder :

L'adolescence, et ses difficultés

- Pour vous, c'est quoi l'adolescence ? un ado qui va mal ?
- Vous en connaissez qui ne vont pas bien ?
- Comment identifier le mal être des adolescents ?
 - Et la violence,
 - Les suicides ?
 - Les prises de risques ?
 - Les conduites addictives ?
 - Les conduites à problèmes : vol, fugue, absentéisme scolaire ?
 - La perception qu'ils ont de soi
 - Leur aisance dans leur vie, leur corps, leur famille
- Comment manifestent ils le plus souvent leur mal être pour vous ? (3 conduites)
- Y a t-il des modifications dans ce que vous pouvez observer à saint Aignan ?

Votre pratique professionnelle

- Vous pourriez me raconter dans quel cadre vous les rencontrez ?
- Lorsque vous les rencontrez, ils vous parlent de leur souffrance, de leurs tracas ? ou alors vous vous l'abordez ?
- Vous avez déjà exercés vos fonctions en ville ? eu des expériences en ville avec des adolescents ?

Ressentez vous une différence entre les adolescents habitants en ville et ceux de Saint Aignan ?

- En cas de soucis, vers qui pensez vous qu'ils puissent se tourner ?, à qui font ils confiance ?
- Qu'est ce que vous, vous pouvez leur proposer pour les aider ?

Pour ce faire, vous avez un réseau de partenaire ? sur lequel vous pouvez vous appuyer ?

Vous rencontrez des difficultés ?

Qu'est ce que vous pensez qu'on pourrait leur proposer ?

(mesures déjà prises, PRAPS, PRS, activités culturelles, sportives, artistiques,)

Relances :

Si je vous ai bien comprise,

Vous avez dit,

Vous disiez tout à l'heure

Pourriez vous préciser,

Je vous remercie de m'avoir reçu, et je prend note de toutes vos remarques.

Je vous tiendrai informée des conclusions de ce travail, dès que possible.

GUIDE D'ENTRETIEN :
interview semi directif des membres de comités de pilotage
PRS , PRAPS , DDASS , MSA

Bonjour !

Je suis médecin stagiaire de l'éducation nationale.

Pour cette année scolaire, je suis nommée dans l'académie d'Orléans -Tours et dans le département du Loir et cher

. Mon secteur comprend différents établissements.

- ❖ Les écoles maternelles (GS)
- ❖ Les écoles primaires
- ❖ Les collèges
- ❖ Le lycée professionnel

Et ceci sur le secteur de Saint Aignan, Montrichard et Selles / Cher.(le sud du département)

Comme je vous le disais tout à l'heure, je suis stagiaire c'est à dire que je partage mon temps de travail entre le Loir et Cher (et les établissements scolaires), et l'ENSP à Rennes.

Afin de valider mon année de stage, j'ai différents travaux à rendre ; et notamment un mémoire à rédiger et à soutenir sur le thème de la souffrance des adolescents en milieu rural, l'accès aux soins, la prévention..

C'est dans le cadre de ce travail, que je viens vous rencontrer aujourd'hui : Par votre fonction, vous êtes amenés à réfléchir à des projets pour les adolescents, à les mettre en place, et même parfois à côtoyer les jeunes.

.

J'aimerais m'entretenir avec vous, et que vous me racontiez, comment:

dans un premier temps,

- **identifier le mal être , la souffrance des adolescents en milieu rural**
(la représentation qu'ils en ont)

puis,

- **comment vous pouvez réfléchir à des mesures adaptés pour les ados des villes , ceux de la campagne , ou alors des mesures identiques pour les deux ?
(particularisme rural)**

et enfin

- **si vous entrevoyez de nouvelles orientations, qu'est ce que imagineriez qu'on pourrait créer**

Thèmes à aborder :

L'adolescence, les difficultés à l'adolescence

- Pour vous, c'est quoi l'adolescence ? un ado qui va mal ?
- Comment identifier le mal être des adolescents ?
Et la violence,
Les suicides ?
Les prises de risques ?
Les conduites addictives ?
Les conduites à problèmes : vol, fugue, absentéisme scolaire ?
La perception qu'ils ont de soi
Leur aisance dans leur vie, leur corps, leur famille
- Comment manifestent ils le plus souvent leur mal être pour vous ? (3 conduites)
- Y a t-il des modifications dans ce que vous pouvez observer à saint Aignan ?

Votre pratique professionnelle, les actions mises en place

- Y a t-il un particularisme de cette prise en charge d'ado en ville ou à la campagne ?
- Vous pourriez me raconter , me citer, ce qui existe déjà ?
- C'est suffisant ?
- C'est adapté ?
- Y a t-il des articulations, un partenariat, entre vos travaux et

- ✓ les projets académiques
- ✓ les PRAPS
- ✓ les PRS
- ✓ les actions du conseil général
- ✓ les actions de la MSA

- Qu'est ce que vous pensez qu'on pourrait leur proposer d'autre, d'innovant, d'attractif ? nouvelles orientations ?

Relances :

Si je vous ai bien comprise,
Vous avez dit,
Vous disiez tout à l'heure
Pourriez vous préciser,

Je vous remercie de m'avoir reçu, et je prend note de toutes vos remarques.
Je vous tiendrai informée des conclusions de ce travail, dès que possible.

L'histoire de Saint-Aignan

L'histoire de Saint Aignan est ancienne. Elle commence en l'an 450.

Cette région appartenait alors au peuple gaulois des Bituriges, les Berrichons aujourd'hui. C'est à cette époque que l'évêque d'Orléans, sut tenir tête à Attila avec l'aide d'Aetius, général romain.

Saint Aignan sous l'ancien régime, ou du Moyen âge à la Révolution

En vérité, c'est vers l'an 1000 que commence véritablement l'histoire de Saint Aignan avec le premier seigneur, Geoffroy de Douzy, et l'arrivée des chanoines venus de l'abbaye de Saint Martin de Tours. Ils lui consacrent l'église qu'ils construisent sur le coteau qui surplombe le cher : l'église des « crots », c'est à dire des grottes, à la fin du 11^{ème} siècle. C'est vers la fin du 10^{ème} siècle que s'élève le premier château.

Dès lors, les premières habitations se groupent autour de ces deux premières constructions. Il faudra encore attendre cinq siècle pour que le nom de Saint Aignan apparaisse, vers l'an 1500. Le dernier duc disparaîtra en 1794, sous la révolution ;

L'origine de l'hôpital de Saint Aignan est ancienne. Déjà en 1287, on voit mentionné la « maison Dieu » sur un parchemin en latin ;

En 1698, sera construit l'hôtel Dieu « des Beauvillier ». Cette famille sera liée à l'histoire de Saint Aignan pendant presque trois siècles, de 1537 à 1794.

Ils ont fait bâtir à leurs frais « une maison saine « grande et commode qu'ils ont entièrement meublée. Ce qui leur en coûte plus de 60 000 livres pour loger, nourrir, traiter les pauvres malades et pour y tenir les écoles des garçons et des filles en lieux séparés et dont les entrées sont différentes.

Il semblerait que cet hôpital ne reçoive que des gens bien portants, car il est dit qu'on n'y acceptera « aucun des malades qui seraient atteints de paralysie, de maladies honteuses, incurables ou contagieuse, ni d'enfants en dessous de 10 ans, non plus que les femmes grosses ». Malgré ces restrictions , « les malades seront visités au moins une fois par jour par un médecin, apothicaire et chirurgien, et s'ils ne font pas leur devoir, les religieuses en avertiront les sieurs administrateurs »

En 1668, l'hôpital s'agrandit et se modernise grâce à la générosité du Prince de Chalais et de la Comtesse de Choiseul. On achète notamment du matériel chirurgical, mais il manque une salle d'opération.

La maternité ouvre en 1913, mais les accouchements sont faits au milieu des malades contagieux.

En 1940, un bloc opératoire est aménagé dans les locaux de la chapelle, qui était fermée au culte depuis 1932. Les chirurgiens venaient de Blois. Si cette activité chirurgicale a rendu de grands services pendant la guerre, sa pratique était aussi dangereuse qu'utile. Le service a donc été fermé à partir de 1950

Le centre hospitalier actuel, a été construit en 1975.

En 1699, Saint Aignan vivait et travaillait : on y comptait 30 commerçants, 15 drapiers, 2 tailleurs, 2 chapeliers, 3 cordonniers, 4 sabotiers, 1 gantier, 1 maçon, 1 menuisier, 3 charpentiers, 2 serruriers, 7 tonneliers, 3 cabaretiers, 3 pêcheurs, 2 meuniers, 5 maréchaux des forges, 2 médecins, 6 maîtres chirurgiens, 1 procureur, 1 greffier, 1 huissier, 2 notaires, 5 avocats, 7 prêtres. En 1790, Saint Aignan est une ville prospère. On y compte 250 artisans, et commerçants.

A partir de 1793, les choses se gâtent : L'arbre de la liberté est scié dans la nuit du 16 au 17 janvier. C'est le début de la Terreur.

Les vives manquent, le stockage spéculatif du blé, le marché noir, la « cupidité des gens de la campagne » sont sévèrement punis et certains sont emprisonnés. La disette durera jusqu'en 1810.

Pendant 763 ans, l'histoire de Saint Aignan a donc été liée à celle de la noblesse et à participé à l'histoire de France de par la qualité de certains de ses seigneurs : Les Donzy, puis les Chatillon, Les Chalon, les Husson, les Beauvillier. Avec la chute de l'Ancien Régime, s'éteignit la lignée des ducs de Beauvillier et de Saint Aignan. Car même s'il restait une fille, Colette du nom, elle devait le perdre en épousant le marquis Antoine de La Roche Aymon. Elle est la trisaïeule du marquis Raoul de La Roche Aymon, père de l'actuel marquis, Hély.

De l'empire à la Première Guerre mondiale

Les années ont passées... La révolution est terminée et même si la vie est dure, la cité, forte de ses 2985 habitants, retrouve son calme.

La sécurité revenue, une voiture tirée par un cheval transporte régulièrement les voyageurs à Blois tous les deux jours. La municipalité expédie les affaires courantes. Nous ne retiendrons que les délibérations qui concernent l'hygiène : »il est interdit aux particuliers de jeter dans les rues des ordures et des urines, aux bouchers et aux marchands de volailles de laisser se répandre le sang ou les tripes des bêtes qu'ils tuent » !

On étudie le tracé de la route départementale 675 pour le substituer à l'ancien chemin de Blois.

Abandonnant la République pour l'Empire, le délaissant pour applaudir la royauté restaurée, acclamant de nouveau Napoléon avant de pavoiser pour le retour de Louis XVIII, nos édiles, ont su s'accommoder avec beaucoup de souplesse et de sagesse aux différents régimes qui se sont succédé de 1804 à 1815.

A partir de 1828, la construction du canal du Berry attise la rivalité croissante entre le port de Noyers, commune voisine, et celui de Saint Aignan.

La voie ferrée Tours – Vierzon est mise en circulation en 1869. après bien des discussions, son tracé fut celui de la vallée, le plus logique en fait, mais qui a l'inconvénient de délaisser Romorantin.

Le début de la troisième République voit la construction de deux établissements scolaires : une école de filles et une de garçons à Noyers, ce qui représente une avance de quinze ans par rapport à ce qui se faisait alors.

Constant Ragot est maire de Saint Aignan de 1841 à 1922 , c'est à dire pendant 41 ans. Elu député en 1893, il deviendra plus tard questeur de la chambre.

Cet administrateur d'élite domine et oriente toute l'histoire de la cité pendant un demi siècle et , à bien des égards, la cité garde les traces de son passage. Elle lui doit en particulier les quais construits en 1912, l'école primaire et l'école supérieure de garçons devenue lycée d'enseignement professionnel jusqu'en 1969.

Homme de progrès, il a fait de saint Aignan la deuxième ville de France éclairée à l'électricité en 1885 : une petite usine fournissait une faible lumière tremblotante.

Mais le temps passant, un nouveau personnage va faire son apparition dans le paysage politique de Saint Aignan, de politique nationale et internationale : Joseph Paul-Boncoeur.

Né à Saint Aignan, fils d'un médecin de Saint Aignan, petit fils d'un juge de paix, Joseph Paul-Boncoeur est avocat. Elu député en 1909, il est nommé ministre du travail en 1911, dans le gouvernement Maurice Berteaux.

Mais déjà la France entre en guerre contre l'Allemagne ;

La première guerre mondiale

Noël est modestement fêté à l'hôpital dans une pièce ornée des pavillons belges et français, tandis que dehors flottent les drapeaux des cinq nations alliées.

Loin du front, les enfants des écoles font de la charpie avec des petits bouts de tissus ou de coton qu'il fallait effiler, et des bandes de pansements.

A partir de 1918, les soldats américains basés à Noyers franchissaient chaque jour le cher pour venir se distraire à Saint Aignan. A partir de 16 heures les cafés étaient bondés. La bière, mais aussi le vin coulait à flots. Les plus raisonnables pouvaient aller au cinéma ou au théâtre dans un baraquement en bois.

Le 14 juillet 1918, le maire décide qu'en « témoignage de reconnaissance et d'admiration pour les soldats héroïques des deux républiques sœurs qui restent les champions des Droits et des Libertés du monde », il convient de « célébrer dignement leur fête nationale » et de voir « flotter aux fenêtres les drapeaux des deux nations unies ».

La victoire, après quatre ans de misères, de peines, de douleurs et la disparition de 85 jeunes Saint - Aignanais, tombés au champs d'honneur...

L'après guerre

Pendant cette période de paix, les élus vont se consacrer entièrement à l'embellissement de la ville et à l'amélioration du cadre de vie des Saint – Aignonais.

En 1929, on installe l'eau courante et le chauffage central à l'hôpital pour remplacer « les poêles qui fournissaient beaucoup de poussière, une température inconstante »

L'électrification rurale est terminée depuis 1933.

Dans les écoles primaires, le mobilier a été remplacé par un mobilier flambant neuf pour accueillir 413 élèves, dont 62 à l'école maternelle. Les repas servis aux 45 enfants fréquentant la cantine se sont améliorés puisque « un plat de légumes variés » a été rajouté à l'unique soupe servie auparavant...C'est un résultat « très brillant et presque inattendu » écrit monsieur le Maire, qui tient à remercier en particulier les « institutrices et les instituteurs qui exercent une surveillance constante »

L'école primaire supérieure n'a pas été oubliée puisqu'on y a construit un « vaste laboratoire » où les cultivateurs pouvaient s'adresser pour les analyses des vins, et aménagé un « vaste atelier doté de machines perfectionnées : scie à ruban, tour à bois... »

Pour lutter contre les incendies, les sapeurs pompiers reçoivent une moto – pompe et il est prévu d'installer une sirène à la mairie.

A partir de 1934, on commence à rendre carrossable les chemins qui desservent les villages et toutes les rues sont goudronnées. Ces travaux et ceux qui sont prévus devront permettre « la suppression des taudis et la guerre sans merci à la tuberculose ».

Les ordures ménagères sont enlevées tous les jours et dans toutes les rues ;

On construit le bureau de poste actuel.

La circulation commençant à devenir important et génératrice d'inconfort dans le centre ville, les transports poids lourds sont déviés.

La Seconde Guerre mondiale

La paix est de nouveau menacée et la Deuxième Guerre mondiale éclate en septembre 1939.

Les premiers éléments de la Wehrmacht parviennent aux abords de saint Aignan au début de l'après midi du 19 juin 1940. C'est le début de l'occupation.

L'occupation

Dans les heures qui suivirent les accrochages se multiplièrent. Le 20 juin, la Wehrmacht attaque la ville. 13 hommes, militaires et civils, sont tués ; Le château est une cible privilégiée : le grand salon est en ruine, la petite bibliothèque dévastée, le toit de la collégiale est transpercé par un obus.

Le 29 juin, conformément aux conventions de l'armistice signé par Hitler et Pétain, un poste de contrôle est installé. Il fonctionnera pendant quelques semaines avant d'être transféré sur la rive droite du Cher, qui deviendra ligne de démarcation. Dès lors, chaque passage est strictement contrôlé dans les deux sens.

« Le partage de la France en deux zones bien distinctes, ainsi que les réquisitions opérées dans chacune d'elles, mais principalement dans celle occupée par les Allemands, entraîne des restrictions sévères dans le domaine alimentaire, ainsi d'ailleurs que dans toutes les branches de l'activité économique. »

Pendant l'automne 1940 et le printemps 1941, d'assez nombreux prisonniers de guerre français échappés d'Allemagne ou du nord, ainsi que des civils juifs, regagnent nos lignes en franchissant le Cher : C'est le début de la Résistance.

La Résistance

A la même époque, entre 1943 et 1944, les premiers jeunes gens de la région de Saint Aignan à prendre la maquis furent, comme partout ailleurs, les réfractaires au Service du Travail Obligatoire en Allemagne, inspiré par les autorités d'occupation et relayé par l'administration française à partir de février 1943.

Des embuscades sont alors tendues, un commando détruit une prise d'eau interdisant ainsi l'approvisionnement des locomotives des trains roulant pour l'armée allemande. Le maquis du secteur effectue également plusieurs captures plus ou moins mouvementées de soldats de l'armée allemande...

Le 5 septembre, les premiers Américains en mission de reconnaissance entrent dans Saint Aignan, mais il faut attendre le 4 novembre 1944 pour avoir l'assurance que la région est définitivement débarrassée de l'armée d'occupation.

Saint Aignan aujourd'hui

La paix revenue, la ville va prendre peu à peu, l'aspect que nous lui connaissons aujourd'hui. En 1999, nous dénombrons 97 commerçants et artisans, 12 viticulteurs, de nombreux services sont à la disposition des 3 674 Saint - Aignonais. Le groupe ACIAL emploie 290 ouvriers, et fabrique des coffres-forts et des armoires métalliques. L'usine Pasquier faisait des vêtements féminins et employait 126 ouvrières. Elle a déposé son bilan en 1996. Depuis plusieurs siècles, les viticulteurs ont su cultiver et exploiter les vignes. L'ancien hôpital est converti en locaux administratifs. Avec la maison de retraite de Vau de Chaume et l'IME de Mareuil, il emploie 548 salariés.

Les abattoirs qui avaient été construits en 1861, connaissent une forte activité jusqu'en 1968, puisqu'à cette date on y abat huit tonnes de viande par semaine. Malgré de nombreux aménagements, il est devenu impossible de suivre les directives ministérielles qui sont de plus en plus exigeantes.

Ils sont détruits en 1997, après avoir participé à l'activité économique de la commune pendant 132 ans. Il est prévu d'aménager un parking sur l'emplacement laissé vacant.

La caserne des pompiers a été construite en 1970. Elle abrite 1 pompier professionnel, 27 volontaires, 7 véhicules et une barque.

L'école, propriété du comte de la Roche Aymon, devenue insalubre, est achetée par la municipalité qui en décide la démolition en 1998. L'emplacement ainsi libéré n'a pas encore d'affectation.

Le stade de football Philippe Michaud a été construit en 1969. Le terrain de camping a été aménagé au bord du Cher, tout comme la piscine.

Le collège, surnommé « le Titanic », a été inauguré en 1999. 599 élèves le fréquentent. Le lycée d'enseignement professionnel compte 250 élèves, l'école primaire 240, l'école maternelle 129 et l'école privée des Bernardines 66.

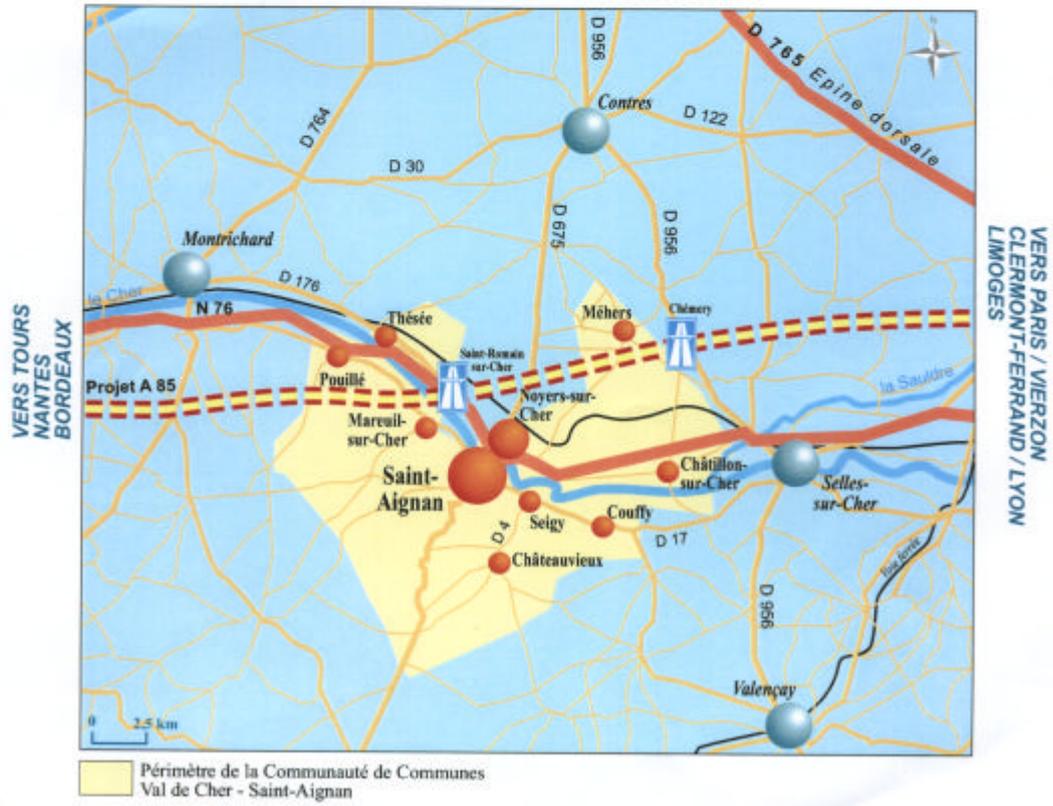
Le zoo du parc de Beauval, inauguré il y a 22 ans, est le deuxième pôle d'attraction du Loir et Cher. Il accueille chaque année 400 000 visiteurs. Impliqué dans 27 EEP (programmes Européens pour les espèces menacées, créés, financés et gérés par les zoos) et désireux d'aller plus loin, Beauval s'investit dans la préservation de la faune en finançant des programmes d'étude et de conservation dans différents pays.

Au terme de ce long voyage à travers les siècles, il semble raisonnable de dire que peu de villes de l'importance de Saint Aignan peuvent se prévaloir d'un passé et d'une histoire aussi riche.



**La Communauté de communes
Val de Cher - Saint-Aignan**

VERS BLOIS / A 10



N° 041 0714D Collège Joseph PAUL-BONCOUR SAINT-AIGNAN-SUR CHER

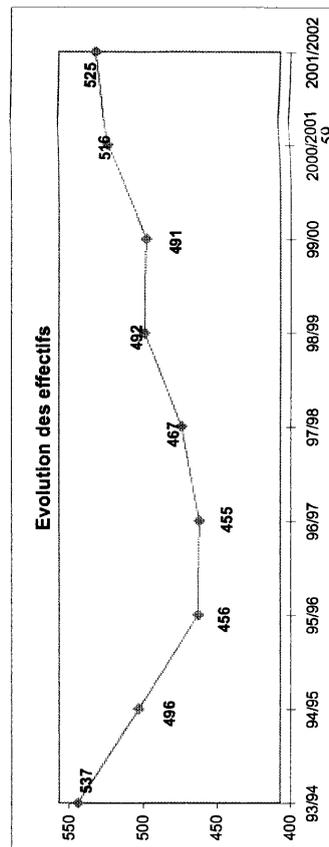
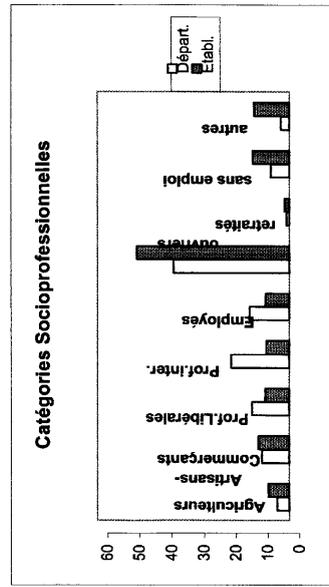
Boulevard Jean Moulin 41110 Saint-Aignan sur Cher Tel : 02.54.75.23.06 Fax : 02.54.71.60.00 ce.0410714d@ac-orleans-tours.fr

<p>Principal : NAUD Alain</p> <p>Principal Adjoint : DUPLUS Amick</p> <p>Directeur de SEGPA : DI ROSA Jean-Charles</p> <p>Conseiller principal d'éducation : GABILLET Isabelle</p> <p>Documentaliste : FISSON Dominique</p> <p>Gestionnaire : HURTAULT Ginette</p>	<p>Nombre de postes d'enseignants définitifs : 36 postes</p> <p>Nombre de postes de surveillants : 4,5 postes et 12 HDP</p> <p>Emplois-Jeunes : 2</p> <p>Infirmière : HOEL Lydia (50 %)</p> <p>Assistante sociale : MAUNY Claire (40%)</p>	<p>Communes du secteur de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Châteauneuf - Couffy - Mareuil sur Cher - Saint-Aignan - Saint Romain sur Cher - Seigy - Thésée - Noyers sur Cher - Pouillé
--	---	--

CSP	Départ.	Etabl.
Agriculteurs	3,80	6,60
Artisans-Commerçants	8,50	9,60
Prof.Libérales	11,70	7,50
Prof.intermédiaires	18,20	7,20
Employés	12,40	7,40
ouvriers	36,30	47,70
retraités	0,80	1,40
sans emploi	5,70	11,50
autres	2,60	11,10

Nb d'élèves inscrits	348
transférés	483

ANNEES	CM2	6ème	5ème	4ème	3ème	4ème T	3ème T	Total	SEGPA	DP	Inenes
92/93	147	145	169	98	122			534		462	
93/94	107	156	149	127	105			537		447	
94/95	111	115	152	114	115			496		412	
95/96	126	117	113	122	104			456		374	
96/97	128	130	116	91	118			455		379	
97/98	123	144	125	109	89			467		388	
98/99	119	135	143	106	108			492	57	450	
99/00	132	124	137	131	99			491	100	511	
2000/2001	142	138	120	129	129			516	110	543	
2001/2002	137	148	142	109	126			525	100	543	



LES 7 ETABLISSEMENTS
DU BASSIN DE ROMORANTIN
et les 2 établissements de proximité (bassin de Blais)
- Indicateurs -

	Département	Saint-Aignan	CC1	CC2	CC3	CC4	CC5	CC6	CC7	CC8	Moyenne Bassin de ROMORANTIN
C.S.P défavorisées	45,4	62,8	53,8	56,1	62,3	48,4	48,8	48,6	45,8	49,9	54,4
Sans emploi	6,5	12,6	9,9	5,8	8,9	4,20	4,10	6	6,80	6,7	7,35
Boursiers	22,72	35,85	26,2	23,96	27,03	20,54	21,08	23,16	17,99	17,97	25,4
Demi-pensionnaires	73,38	86,74	73,79	81,4	41,05	63,84	65,37	75,89	86,62	90,70	63,86
Population étrangère	4,88	3,8	7,4	2,10	20,50	4,30	3,10	1,50	2,90	2,6	6,1
Laux redoublement 6 ^{ème}	7,5	4,6	5	5,80	2,40	7	11,90	9,30	2,50	4,4	6,57
Laux redoublement 3 ^{ème}	4,2	4,9	0	1,70	4,10	4,40	3,30	4,10	0,80	2,5	3,21
Age moyen des élèves en 6 ^{ème} (>11 ans)	25,24	29,71	22,31	34,92	23,96	28	24,39	28,57	22,58	35,87	27,40
Age moyen des élèves en 3 ^{ème} (<14ans)	33,23	36,43	46,53	36,36	37,19	33,33	42,73	30,69	34,01	34,04	37,60
Laux de Réussite Brevet	*78,08	64,24	69,41	58,49	56,25	76,54	69,77	66,32	72,32	71,74	65,86
Evaluation français 6 ^{ème} % d'échec	31	31,4	32,70	33,30	36,80	29,80	34,90	31,70	34	31,10	32,94
Evaluation maths 6 ^{ème} % d'échec	34,5	38,8	37,30	35,20	42,70	33	37,90	33,60	35,20	36,50	36,92
Orientation élèves 3 ^{ème} en seconde (G.T.)	62	57,4	54,30	45,6	51,60	67,20	47,80	56,10	69,20	55	54,28

*73,9% série collège

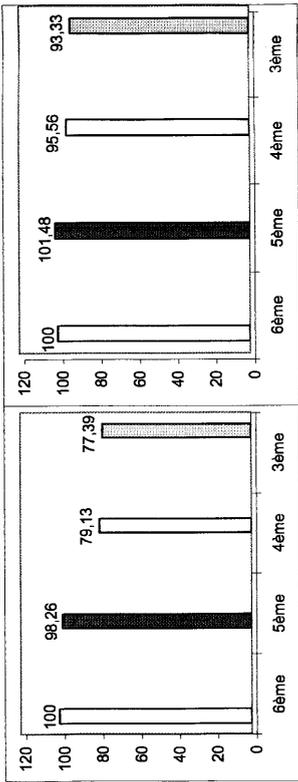
Collège Joseph PAUL-BONCOUR SAINT-AIGNAN-SUR-CHER 2001-2002

Langues Vivantes	
Anglais 1	552
Anglais 2	40
Allemand 1	73
Allemand 2	31
Espagnol 2	164

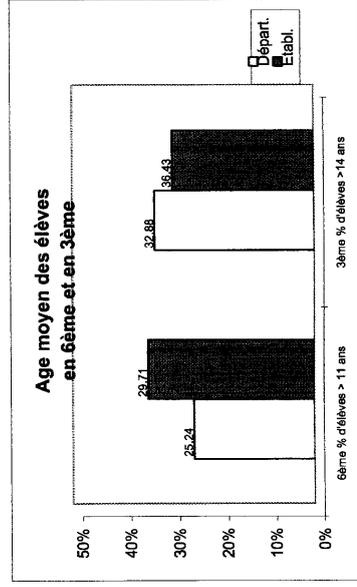
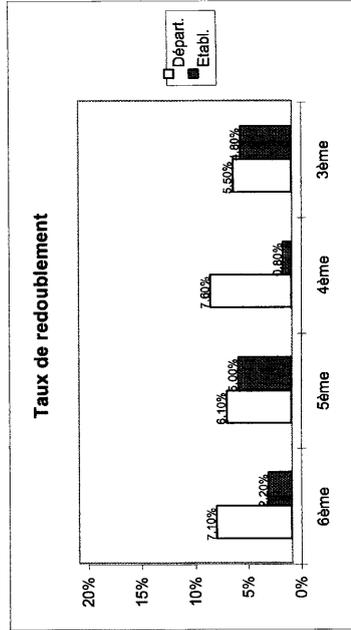
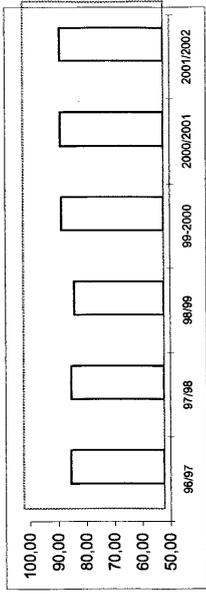
Options proposées	
Latin	39
Grec	0

Taux de réussite au Brevet	71,80%
Moyenne départementale	80,80%
Proportion de 1/2 pensionnaires	86,88%
Moyenne départementale	71,10%

Taux de scolarisation intracycle
 Le collège conserve-t-il ses élèves de la 6ème à la 3ème ?
 Le 1er graphique représente l'effectif (en % sur une base 100) et les niveaux qui lui sont rattachés de N+1 à N+3, le second l'effectif (en % sur une base 100).

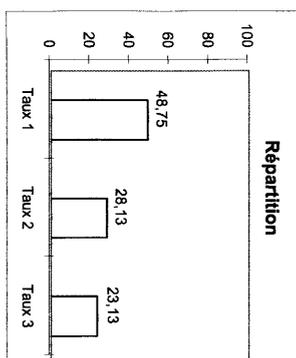
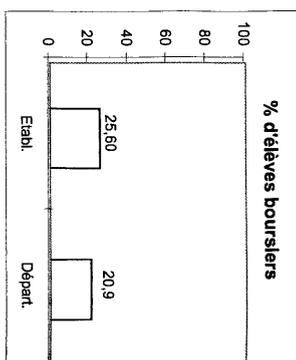


Variation du nombre de 1/2 pensionnaires en %	
96/97	83,30
97/98	83,08
98/99	81,96
99-2000	86,46
2000/2001	86,74
2001/2002	86,88



Collège Joseph PAUL-BONCOUR SAINT-AIGNAN-SUR CHER 2001-2002

Bourses nationales



	2001 - % d'élève									
	% d'élèves CSP sans emploi	% de population étrangère	taux de redoubt. en 3ème	taux de redoubt. en 3ème	% d'élèves de 6ème > 11 ans	% d'élèves de 3ème > 14 ans	% d'élève au Brevet	orientation de 3ème en Sde	Evaluations nationales 6ème (Français)	Evaluations nationales 6ème (Maths)
Etabl.	11,50	2,90	2,20	4,80	34,46	29,37	28,20	48,40	25,60	34,50
Départ.	5,70	4,8	7,10	5,50	24,99	32,97	19,20	57,40	28,04	33,50

