

# ملاحم المراهق في الوسط المدرسي

## بولاية القصيرين

المؤلفون : د. عمر بن منصور

د. جلال الهرماسي

د. خالد حسين

د. عبد الحميد قدية

السيد : عبد المنعم البناني

### المقدمة :

تمثل مرحلة المراهقة فترة تحول هامة في حياة الإنسان، حيث تربط بين مرحلة الطفولة وما يكتنفها من استقرار نفسي، واستقبال فترة تحول جسدي ووظيفي وما يتبعهما من تحول نفسي واجتماعي. وفي هذا البحث سنحاول أن نتعرف علي بعض ملاحم المراهق في الوسط المدرسي بولاية القصيرين من خلال رصدنا إلى بعض السلوكيات.

### منهجية البحث :

اعتمد البحث علي استبيان تم إعداده للغرض ، وقد تمكنا من استجواب حوالي 2000 تلميذ تتراوح أعمارهم بين

11 و 20 سنة - مارس - أبريل 2002.

### مراحل البحث :

#### \* المرحلة الأولى : تم خلالها تحديد :

- أهداف الدراسة والمحاور المكونة للاستبيان

- حجم العينة وأسلوب اختيارها.

- خطة العمل

- تصميم الاستبيان

#### \* المرحلة الثانية :

مرحلة جمع المعطيات وقد شاركت فيها كافة الدوائر الصحية خلال شهري مارس وأفريل

#### \* المرحلة الثالثة :

مرحلة تخزين المعلومات ومعالجتها واستخراج الجداول المتضمنة لنتائج البحث .

### تصميم العينة :

تم تصميم العينة باستعمال أسلوب العينة العنقودية الطبقيّة (Echantillon stratifié et par grappe) حيث تم

اختيار عدة مستويات تعليمية هي المرحلة الإعدادية والمرحلة الأولى من التعليم الثانوي . كما تم اعتبار القسم كوحدة

مستقلة (grappe) .

### محاور البحث :

تم تقسيم الاستبيان إلى خمس محاور كبرى ، يحتوي كل محور على جملة من المتغيرات

1. المحور الأول : تعريف مادي واجتماعي للتلميذ موضوع البحث .

2. المحور الثاني : الإدمان ويحتوي على ثلاث عناصر :

1.1. التدخين

2.2. الكحول

3.2. المواد المخدرة

3. المحور الثالث : الحوادث

4. المحور الرابع : السلوك والمعارف الجنسية

5. المحور الخامس : الانتحار والسلوك المخاطر

زيمبabweanu amasana zimbabwe

تم استجواب 1933 تلميذ تتراوح أعمارهم بين 11 و 20 سنة . معدل السن 15.3 سنة 85,1% منهم تتراوح أعمارهم بين 13 و 17 سنة . 52% ذكور و 48% .

معدل عدد الأبناء 5.7 طفل في الأسرة الواحدة 34% من الأمر عدد أبنائها أكثر من 6 .

93% من الأطفال يصفون العلاقة بين الوالدين بالمنسجمة .

18.1% من الأطفال جربوا التدخين على الأقل مرة 49% منهم لازالوا يدخنون .

60.3% بنزوا التدخين في سن تتراوح بين و 13 و 16 سنة .

7.7% جربوا الكحول ، 50.34% منهم لازالوا يتعاطونه .

1.8% جربوا بعض المواد المخدرة 72.7% منهم مدمنون .

43.2% تعرضوا إلى حوادث منهم 81.1% استدعى تدخل الطبيب .

17.2% حصل أن ربطوا علاقة جنسية .

54.6% من التلاميذ ليس لهم معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسيا .

15.9% مرت بخاطرتهم فكرة الانتحار ، 38.4% منهم حاولوا ذلك .

39.5% من المستجوبين قاموا بسلوك مخاطر ، 35% منهم جعلوا أنفسهم في وضع مخالف للقانون .

5005 تلميذ .

11 و 05

شخصيات

\* شخصيات

- 
- 
- 
- 

\* شخصيات

\* شخصيات

شخصيات

شخصيات

1. شخصيات

2. شخصيات

3. شخصيات

4. شخصيات

5. شخصيات

6. شخصيات

7. شخصيات

8. شخصيات

# MODIFICATION HORMONALE DE LA PUBERTE

*Auteurs: Abid A. ; Nagati KH; Jelliti KH.*

La puberté elle définit l'ensemble des modifications marquant le passage de l'enfance à l'adolescence, est une séquence d'événements dont les normes cliniques et chronologiques doivent en premier lieu être précisées, (Jc JOB).

La puberté est une période physiologique caractérisée par une modification hormonale se traduisant cliniquement par une stimulation de la croissance, une maturation fonctionnelle des gonades et un développement des caractères sexuels secondaires dans deux sexes.

## **Système hypothalamo-hypophysaire :**

Il est responsable de la régulation hormonale gonadique. La sécrétion hypothalamique du LHRH va stimuler les cellules gonadotropes hypophysaires ce qui élève le taux des hormones FSH, LH qui stimulent à leur tour les gonades pour entraîner une augmentation plasmatique des hormones sexuelles. Celles ci par feed back négatif vont inhiber la sécrétions hypothalamohypophysaire.

## **CHEZ LE GARCON**

### **Fonction testiculaire :**

**Tubules :** spermatogenèse.

Cellules interstitielles ; Cellules de leydig

### **Synthèse des stéroïdes :**

androgènes, androstène dione, testostérone, œstrogène , oestradiol ...

5 complexes enzymatiques interviennent dans la synthèse hormonale.

20-22 desmolase

3BOH Stéroïde déshydrogénase  $\Delta$  4-5 isomérase

17 $\alpha$  hydroxylase

17-20 Desmolase

17 $\beta$  OH Déshydrogénasse

## **Transport :**

ces hormones stéroïdes circulent dans le plasma sous formes liées à l'albumine et aux globulines : Testostérone œstradiol binding globuline (TeBG), sex hormone binding globuline (SHBG).

## **Métabolisme :**

Le Testostérone se transforme en un dérivé  $\alpha$  réduit la Dihydrotestostérone qui stimule la croissance, la différenciation sexuelle mâle et la virilisation.

Les androgènes circulants peuvent aussi se convertir en faible quantité en œstrogènes dans les tissus périphériques .

La Testostérone et ses métabolites actifs sont transformés en métabolites inactifs dans le foie et excrétés essentiellement dans les urines (17 cétostéroïdes).

## **Fonction :**

Chez l'embryon mâle, la production de testostérone par le testicule commence à augmenter à 7 semaines et se maintient à une valeur élevée jusqu'à la fin de la grossesse ou elle chute. A la naissance le taux est faible et il s'élève de nouveau à la période néonatale pendant 3 mois et chute de nouveau à des taux bas, vers l'âge de 6 mois à un an se maintient à un taux faible jusqu'à la puberté. Au déclenchement de la puberté vers l'âge de 10 ans le taux de testostérone s'élève et atteint le taux de l'adulte vers l'âge de 17 ans.

Les sécrétions hormonales sont responsables de la formation du phénotype mâle pendant l'embryogenèse.

Le déclenchement de la puberté est annoncé par des élévations des taux de LHRH, des gonadotrophines (FSH,LH) et de la Testostérone associé à une augmentation du volume et maturation des testicules et initiation de la spermatogenèse maturation des organes reproducteurs mâles : verge, prostate, vésicules séminales et épидидymes, un développement du système pileux caractéristique de la puberté masculine : apparition de la barbe, des moustaches, développement d'une pilosité corporelle pubienne à disposition losangique et extension abdominale et thoracique, pilosité axillaire et périnéale , changement de la voix qui est dû au développement du larynx et à l'épaississement des cordes vocales, accélération de la croissance linéaire avec accroissement de la croissance musculaire et du tissu conjonctif.

## Les fonctions essentielles des androgènes sont :

- La régulation de la sécrétion gonadotrope LH
- L'initiation et le maintien de la spermatogenèse
- La formation du phénotype mâle au cours de la différenciation sexuelle
- L'induction de la maturation et du fonctionnement sexuel : libido et activité sexuelle.

Les dates d'apparition de la puberté, la durée et les séquences d'évolution pubertaire sont variables mais restent dans les limites de la variation normale selon les critères de classification corrélant l'âge chronologique et les points de repère anatomiques liés au développement ( Marshal et Tanner ) .

Il suffit donc de distinguer les véritables absences de puberté ou précocité pubertaire

### Puberté normale :

Les dimensions des testicules augmentent à partir de 12 ans en moyenne ( 23 x 17 mm ou 4 ml ) jusqu'à 18 ans ( 42 x 30 mm ou 18 ml ) .

Le développement de la verge, du scrotum et de la pilosité pubienne, qui résulte de la sécrétions androgénique débute en moyenne à  $13 \pm 2$  ans . ( 5 stades de P1 impubère à P5 adulte ) et devient complet en  $3 \pm 1$  ans . La pilosité corporelle et faciale plus tardive

n'est complète qu'auprès plus de 5 ans . La possibilité d'éjaculer apparaît au bout de 2 ans mais la spermatogenèse n'est complète qu'après 4 ans en moyenne . Les autres modifications ( voix, musculature, caractère, acné ) sont très variables selon les sujets. Un élargissement temporaire des glandes mammaires ne dépassant pas 3 cm de diamètre est normal au cours de la puberté chez le garçon . La croissance pubertaire est en moyenne de 8,7 cm la première année et totalise en général  $22 \pm 6$  cm en 5 ans à partir du début clinique de la puberté ... Le poids augmente parallèlement et se rapporte à la taille par l'indice de masse corporelle ( P/T2 ) . La composition corporelle, densité osseuse, et masse musculaire se modifient rapidement .

## Précocité pubertaire :

### Précocité Pubertaire Iso sexuelle :

Le développement sexuel avant l'âge de 9 ans chez le garçon est une précocité iso sexuelle ou puberté précoce . Lorsqu'elle débute par une virilisation et une spermatogenèse, elle est dite puberté précoce vraie ou précocité sexuelle complète , lorsque la virilisation ne s'accompagne pas de spermatogenèse elle est dite pseudo puberté précoce ou précocité iso sexuelle incomplète indiquant la non activation du système hypothalamo-hypophysaire . On distingue donc :

- Les syndromes de virilisation dans lesquels l'activité hypothalamus hypophysaire concorde avec l'âge qui peuvent être dûs à des tumeurs des cellules de Leydig, tumeur sécrétant les gonadotrophines chorionique HCG, tumeurs surrénaliennes, hyperplasie congénitale des surrénales ( 21 hydroxylase ), l'administration des androgènes ou hyperplasie des cellules de Leydig .
- L'activation prématurée de l'axe hypothalamohypophysaire peut être dûe soit à une tumeur du SNC, une infection ou une lésion soit elle est idiopathique il s'agit d'une puberté précoce complète avec une sécrétion des gonadotrophines, une augmentation de LH, et une accentuation de la réponse gonadotrope au LHRH .

Le traitement d'une précocité sexuelle dûe à une tumeur sécrétant des stéroïdes ou gonadotrophines, à une hyperplasie surrénalienne congénitale ou une lésion identifiable du SNC doit être adapté à la cause.

Pour les cas d'hyperplasie des cellules de Leydig le traitement utilisé est l'acétate de medroxyprogestérone et le kétoconazole dans le but d'abaisser le taux de testostérone.

Le traitement de la puberté précoce vraie idiopathique ou celle liée à une lésion du SNC inopérable, est l'analogue du LHRH .

### Précocité pubertaire hétérosexuelle :

Il s'agit d'une féminisation d'un garçon avant l'âge de la puberté liée à une augmentation des taux des oestrogènes qui est de causes multiples.

## **Puberté tardive ou incomplète :**

Le non déclenchement de la puberté dans les délais limites de la normale annonce soit l'absence de puberté ou une puberté tardive.

### **L'absence de puberté :**

Est due à des pathologies diverses : insuffisance hypophysaire (FSH, LH Testostérone effondrés), hypogonadismes hypogonadotrophiques (syndrome de Kallman) dont les manifestations peuvent varier d'un aspect avec petit testicule pré pubère et gonadotrophine et testostérone effondrées à un aspect où le déficit est partiel avec différents degrés d'augmentation du volume testiculaire et de développement pubertaire . Une forme particulière est caractérisée par des taux de FSH dans les normes et une spermatogénèse normale (syndrome des eunuques fertiles) . Le profil des gonadotrophines allant de l'absence de sécrétions pulsatile de LH à des défauts dans l'amplitude et la fréquence de la sécrétions de LH Le défaut basal semble être l'absence de synthèse ou de libération de LHRH à l'administration de LHRH de synthèse corrige les anomalies et induit la spermatogénèse. La présence de micro phallus d'anosmie et des antécédents familiaux d'hypogonadisme hypogonadotrophiques peuvent permettre d'établir le diagnostic.

Les autres causes de l'absence de puberté sont : l'hypothyroïdie, l'atteinte testiculaire primaire, hypogonadisme où le taux de testostérone est effondré et les taux de FSH, LH sont élevés. Certaines de ces atteintes affectent sélectivement la fonction des cellules de Leydig ou la spermatogénèse ou affecte les 2 aspects de la fonction testiculaire entraînant hypogonadisme et infertilité.

### **Le retard pubertaire :**

Est fréquent en pratique courante surtout dans les régions du centre, ouest et le sud Tunisien en rapport avec une dénutrition et des carences liées à une carence d'apport, mauvaises conditions socio-économiques, infections, parasitoses, et malabsorption. Il s'agit souvent de retard de maturation globale et la taille, l'âge osseux sont concordants et ne nécessite pas de traitement hormonal.

## CHEZ LA FILLE

### **Fonction ovarienne :**

- Follicules
- Thèques internes et externes
- Granulosa
- Corps jaune

Pendant la 3ème semaine de gestation, naissent les cellules germinales primordiales. A la 7ème semaine de la vie fœtale, l'ovaire est différencié. La synthèse d'œstrogène dans l'ovaire débute entre la 8<sup>ème</sup> et la 10<sup>ème</sup> semaine. L'ovaire contient un nombre fini de cellules germinales qui atteint un million à la naissance et 400 000 à la puberté.

Pendant le second trimestre du développement fœtal, les gonadotrophines plasmatiques s'élèvent à des taux équivalents à ceux de la ménopause, l'axe hypothalamohypophysaire subit une maturation après le second trimestre et devient sensible au rétrocontrôle négatif exercé par les hormones stéroïdes circulantes (œstrogènes et progestérone) secrétées par le placenta, les gonadotrophines circulantes diminuent par la suite et deviennent indétectables à la fin de la grossesse.

A la naissance, la baisse des taux des œstrogènes et progestérone d'origine placentaire après section du cordon chez le nouveau né, entraîne une élévation de la sécrétion des gonadotrophines à un taux qui se maintient durant les premiers mois de la vie. Ce taux baisse par la suite sous l'action du rétro contrôle négatif des œstrogènes et progestérone.

### **PUBERTE :**

Au début de la puberté vers l'âge de 10 ans, la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires FSH, LH s'élève sous l'action de l'élévation de la sécrétion de LHRH hypothalamique et entraîne une maturation finale des follicules ovariens. La sécrétion de LH induite par le sommeil est pulsatile. Il apparaît une baisse de la sensibilité des centres hypothalamohypophysaires aux hormones stéroïdes. L'augmentation de la sécrétion d'œstrogène exerce alors un rétrocontrôle positif déterminant une élévation de la libération pulsatile de LH, une ovulation et apparition d'une menstruation (ménarche). La sécrétion de LHRH hypothalamique augmente et stimule la sécrétion de LH entraînant une élévation de la sécrétion d'œstrogène et une modification anatomique de la puberté vers l'âge de 10-11 ans, les premiers

caractères sexuels secondaires apparaissent : développement des bourgeons mammaires (télarche), de la pilosité pubienne (pub arche) et plus tard la pilosité axillaire (adrenarche). L'apparition de cette pilosité est attribuée à l'augmentation des androgènes surrénaliens. Il se produit une accélération de la croissance avec un pic atteint à l'âge de 12 ans. Cette évolution s'étale sur 2 ans en moyenne entre le début d'apparition des bourgeons mammaires et les premières règles (ménarche). Les cycles menstruels sont irréguliers et imprévisibles les premières années du fait des cycles anovulatoires. L'ovulation à partir d'un follicule dominant survient 16 à 23 heures après le pic de LH ou 24 à 38 heures après le début de l'ascension des taux de LH. Après l'ovulation, débute la formation du corps jaune , la granulosa et la thèque restante augmentent de taille.

### **Synthèse hormonale :**

- Les cellules thécales et celles du stroma convertissent le cholestérol en androgènes (androstène dione et testostérone)
- Les cellules de la granulosa riches en enzymes aromatasé responsables de la transformation des androgènes en œstrogène
- Le corps jaune forme principalement la progestérone et la 17 OH progestérone

La LH agit au niveau de la première étape de la régulation de la biosynthèse des hormones stéroïdes (transformation du cholestérol en prégnérone) et active les enzymes suivantes pour la synthèse de progestérone et androgènes alors que la FSH agit au niveau de la régulation finale (transformation des androgènes en œstrogène).

Le principal œstrogène, le plus puissant sécrété par l'ovaire est l'œstradiol

L'œstrone est sécrété aussi par l'ovaire, mais la source principale d'œstrone est la transformation de l'androstène dione dans les tissus périphériques.

L'œstriol (16 OH œstradiol) dérivé de l'œstrone et de l'œstradiol par 16 hydroxylation est l'œstrogène le plus abondant dans les urines.

### **Fonction :**

- **Les œstrogènes** favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, la croissance utérine, l'épaississement de la muqueuse vaginale,

la filance de la glaire cervicale, le développement du système canaliculaire des glandes mammaires.

- **Progestérone** : principale hormone sécrétée par le corps jaune a des effets progestationnels, induction d'une activité sécrétoire dans l'endomètre de l'utérus oestrogénisé pour l'implantation de l'œuf fécondé, inhibition des contractions utérines, augmentation de la viscosité de la glaire cervicale, le développement de la glande mammaire , l'augmentation de la température corporelle basale (effet thermogène ).

- **Androgènes** : déhydroépiandrostènedione, androstènedione, testostérone, dihydrotestostérone synthétisées principalement dans les cellules du trauma et de la thèque. Le principal androgène ovarien est l'androstènedione dont une partie est convertie en œstrogène dans les cellules de la granulosa ou en testostérone dans les tissus interstitiels et les tissus périphériques. Seuls les vrais androgènes (testostérone et dihydrotestostérone) induisent une virilisation chez la femme .

### **Cycle menstruel normal :**

Sa longueur est définie par la durée entre le 1<sup>er</sup> jour de saignement et le début des règles suivantes (en moyenne  $28 \pm 3$ ). La durée moyenne du flux menstruel est de  $4 \pm 2$  jours. Il est fait d'une phase folliculaire (ou prolifération et d'une phase lutéale ou sécrétoire . La sécrétion de FSH est inhibée par l'élévation du taux d'œstrogène (rétrocontrôle négatif). A l'opposé la sécrétion de LH est supprimée au maximum par des petites quantités d'œstrogène et augmente en réponse à une élévation constante d'œstradiol (rétrocontrôle positif)

A la fin du cycle les taux plasmatiques d'œstrogène et de progestérone chutent et les taux de FSH augmentent.

Au début du cycle (développement folliculaire), le taux d'œstradiol augmente (cellules de la granulosa ) réalisant un pic pré ovulatoire et la LH commence à s'élever à la 2<sup>ème</sup> moitié de la phase folliculaire et réalise un pic pré ovulatoire (rétrocontrôle positif ) alors que le taux de FSH diminue.

Juste après l'ovulation la sécrétion d'œstradiol chute .La FSH subit une faible augmentation et la progestérone commence à s'élever à partir de la moitié du cycle.

Au début de la phase lutéale les gonadotrophines FSH, LH diminuent et la progestérone augmente.

Vers la fin de la phase lutéale les taux de progestérone et d'œstrogène chutent et les taux de FSH s'élèvent à nouveau pour initier le développement du follicule suivant.

### **Puberté normale :**

Le développement des seins (télarche ) est classé en stade 1 à 5), il est aussi mesuré par le diamètre basal des glandes mammaires. Il débute à  $10,5 \pm 2$  ans et devient complet en 2 à 3 ans.

Le développement de la pilosité pubienne et axillaire débute un peu plus tard et se complète en 2 à 3 ans, il est classé en stades (stade 1 à 5) .

La première menstruation (ménarche) se produit en moyenne à  $12,8 \pm 2,4$  ans en moyenne 2 ans après l'apparition des seins .

La croissance pubertaire est en moyenne de 6,8 cm la première année et atteint 14 à  $16 \pm 5$  cm en 4 ans à partir du début de la puberté associée à une augmentation de la densité osseuse.

### **Retard et absence de puberté :**

L'absence de signe pubertaire dans les 2 années suivant les moyennes n'est pas en soit anormale, il peut ne traduire que la variabilité physiologique ceci nécessite un contrôle clinique périodique, croissance, âge osseux, signes pubertaires...

Au delà de 12 ans et demi, l'absence de développement sexuel conduit à envisager 3 éventualités :

- \* Retard simple ou puberté différée constitutionnel ou secondaire à une maladie générale.

- \* Insuffisance gonadotrope hypothalamohypophysaire .

- \* Anomalie primitive des gonades.

L'orientation diagnostique est donnée par les dosages sanguins de FSH, LH

### **Retard simple de la puberté :**

Il est moins fréquent chez la fille (25% des cas) , il affecte la croissance, la maturation osseuse et le développement sexuel. La concordance entre ces 3 éléments est le meilleur argument du diagnostic clinique . Une variété particulière est le retard isolé de la ménarche son pronostic est bon. La plus part

sont constitutionnels. La puberté peut aussi être différée liée à des causes nutritionnelles des carences, par anorexie, troubles du comportement alimentaire, pathologies chroniques, excès d'activité sportive.

### **Impubérismes hypothalamohypophysaire ou hypogonadismes hypogonadotrophiques :**

Ils varient de l'absence complète au développement partiel ou dissocié des caractères sexuels secondaires. Les taux de FSH, LH sont abaissés ainsi que les stéroïdes plasmatiques.

Les autres causes sont les hyperprolactinémie, hypopituitarisme avec déficits multiples, syndromes malformatifs ; Prader Willi, Laurence Moon (obésité, petite taille, hypogonadisme), anorexie mentale grave, syndrome des eunuques fertiles (déficit isolé en LH).

Impubérisme gonadique (hypogonadismes hypergonadotrophiques) caractérisé par l'absence du développement sexuel et les taux élevés de LH et FSH.

Les causes sont les anomalies chromosomiques : Syndrome de Turner (45 . XO, dysgénésie gonadique, petite taille, ...)

### **Précocités sexuelles :**

Avances sexuelles non pathologiques : C'est la puberté qui débute dans les 2 années, qui précèdent les âges moyens de la puberté (à partir de 8 ans et demi). Le risque est l'accélération de la maturité osseuse et ainsi la réduction de la taille adulte.

Le développement prématuré isolé des seins (télarche prématurée) sans élévation des oestrogènes et des gonadotrophines, la réponse de la FSH à la LHRH est forte.

Le développement prématuré isolé de la pilosité pubienne .

Précocités pubertaires vraies surviennent avant l'âge de 8 ans, moins fréquentes chez les filles, l'accélération de la croissance et la maturation osseuse est précoce avant même le développement sexuel. La FSH et la LH sont élevées , la réponse à la LHRH est accrue surtout pour la LH. La mensuration échographique des ovaires, de l'utérus est très utile dans tous ces cas. Les étiologies sont surtout tumorales cérébrales bénignes ou malignes. Le traitement repose sur les analogues de la LHRH qui bloquent la sécrétion pulsatile des gonadotrophines.

# LA CONSULTATION D'ADOLESCENTOLOGIE

*Auteur: Pr. Hela Chelli*

*CENTRE DE MATERNITE ET DE NEONATOLOGIE*

*DE TUNIS*

**SERVICE <A> du Pr.CHELLI HELA**

La consultation d'adolescentologie a démarré au Centre de Médecine Scolaire et Universitaire en 1994.

Pour démarrer, un pédopsychiatre et un gynécologue ont assuré cette consultation une fois par semaine .

Les consultantes sont adressés soit par un médecin, soit par les sage-Femmes ou les infirmières scolaires, elles sont accueillies tous les jours par un médecin présent au centre de médecine scolaire qui les examine et programme les rendez-vous avec les spécialistes.

Nous rapportons notre expérience de la consultation de gynécologie :

-Nombre de consultantes de 1994 à 2001 = 1500 consultantes

-La moyenne d'âge est de 20ans, les extrêmes étant de 7 à 25 ans

-Les principaux motifs de consultations sont en rapport avec les troubles des règles et les anomalies de la glande mammaire.

-Les motifs cachés tel que la vérification de l'hymen et les questions sur la sexualité ont pu être dévoilés grâce à une écoute et à une étude du comportement de la consultante.

-Les demandes de contraception ou d' interruption de grossesse non désirée sont exceptionnelles.

**Cette consultation a été la première pierre pour construire la vraie consultation d'adolescentologie. Notre recommandation serait de l'élargir aux autres spécialités. Les jeunes qui en ont besoin doivent trouver un espace accueillant, avec du personnel d'accueil toujours présent, prêt à l'écoute, sachant répondre à l'urgence et des médecins spécialistes en adolescentologie et travaillant en groupe**

# CONNAISSANCE ET ATTITUDE DES JEUNES SUR LA SANTE A TRAVERS LA 2 EME CONSULTATION DES JEUNES

*Auteurs : Mme Alya Mahjoub Zarrouk; Mlle Yosra Bakhrout;*

*Dr Zakia Aissa Karoui ; Dr Amor Ben Youssef*

**Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire**

La consultation Nationale des jeunes avait pour principal objectif d'évaluer la perception des jeunes des services que leurs offrent les ministères en vue de mieux orienter les plans de développement et de les adapter aux besoins spécifiques de cette importante tranche de la population .

Cette action pilotée par le ministère de la jeunesse de l'enfance et des sports a associé l'ensemble des ministères et s'est déroulée en deux phases .

- La première phase : Enquête par questionnaire individuel auprès de 10.000 jeunes des différents niveaux d'instruction pour évaluer leurs connaissances, attitudes, perceptions, et attentes .
- La deuxième phase : l'analyse des données par les ministères et leur traduction en actions répondant aux attentes et questionnements des jeunes dans le cadre du X<sup>ème</sup> plan .

Cette consultation comportait 11 volets : la famille, la santé, la formation professionnelle, le travail, l'environnement, le temps libre, l'information et les nouvelles techniques de communication, le sentiment d'appartenance, la mondialisation, la vie associative et la société civile .

La santé a été le 3<sup>ème</sup> volet et les questions y afférentes se sont intéressées à la perception des jeunes :

- de leur propre santé physique, mentale.
- des conduites à risque qui, selon eux, menacerait – le plus – la société, telles que : le tabac, l'alcool, la drogue ...
- du système de santé : public et privé

- de leurs connaissances de certains fléaux sociaux : les MST – Sida, les maladies contagieuses, l'usage des médicaments, la nutrition, les premiers soins et secours.
- Leurs principales sources d'information en matière de santé et celles qu'ils souhaitent avoir .

Notre communication abordera les résultats, fort édifiants de cette évaluation et commentera tout en proposant quelques solutions pour consolider les acquis et corriger les insuffisances révélées .

En effet, si 70 % des jeunes jugent leur état de santé physique « excellent », seulement 56 % jugent que leurs état de santé mentale est « Bon » .

- La majorité des jeunes jugent que l'alcool, le tabac, le suicide, menacent la société .
- La plupart des jeunes ignorent tout des systèmes de santé et de la couverture sociale
- 23,7 % des jeunes déclarent n'avoir aucune information sur le Sida .
- Seulement 40 % des jeunes ont des connaissances sur les moyens de contraception .

Les programmes d'éducation à la santé et les services ciblant les adolescents et les jeunes ont donc encore plusieurs défis à relever . La conjugaison des efforts des différents intervenants auprès des jeunes est indispensable en sus du renforcement de la mobilisation des équipes de santé .

# L'ADOLESCENCE ET LA QUESTION DE L'IDEAL

*Auteurs : A. Bouden ; F. Amri ; M. B Hlayem*

## **1/ Introduction :**

L'adolescence constitue un moment important dans le développement psychique d'un individu . Cette période correspond au bouleversement pubertaire qui réactualisé entre autre le complexe d'œdipe infantile sur le mode du conflit avec les parents . Elle s'exprime alors à travers une « crise » ou une « folie pubertaire » les troubles psychiques à l'adolescence sont donc spécifiques et circonscrits à cet âge de la vie, ils peuvent toutefois être à l'origine de certaines pathologies de l'adulte .

## **2/ L'Adolescent et Son Corps :**

L'adolescence est une période de la vie comprise entre l'enfance et l'âge adulte . Elle débute avec la puberté , est caractérisée par des transformations physiologiques et corporelles .

L'éveil de la sexualité, les transformations de l'image du corps confrontent le sujet à de nombreuses interrogations identitaires : l'indenté sexuée mais aussi l'indenté en général .

La puberté est dominée par la maturation des organes génitaux externes et internes et par le développement des caractères sexuels secondaires .

Le corps se sexualise et accède aux capacités de réalisation sexuelle et de reproduction . La taille comme le poids peuvent être source de perplexité et de préoccupations anxieuses . Une grande taille comme un retard de croissance peuvent entraîner une perturbation au niveaux des repères identitaires ( par rapport au groupe de pairs, par rapport aux modèles et idéaux aux quels il s'identifie ). Le visage, la chevelure, la peau s'offrent également au regard de l'autre, ceci va motiver les stations prolongées et répétées devant le miroir .

### **Chez la fille :**

- Changement d'aspect des organes génitaux ( horizontalisation et pigmentation de la fente vulvaire, développement des petites lèvres, du clitoris et pilosité pubienne )
- Augmentation du volume des seins

- Premières menstruations
- Par ailleurs le plan psychologique :
  - La puberté renforce l'identification à la mère
  - L'éveil de la sexualité réveille la problématique œdipienne : l'absence de pénis et les règles renvoient à la castration symbolique comme punition des désirs incestueux de l'œdipe .
  - La croissance des seins représente le signe le plus symbolique de l'avènement de la féminité . Ils peuvent être source de honte, de gêne ou de fierté en fonction des attentes esthétiques de l'adolescente et de la problématique sexuelle éventuelle .

Ainsi une préparation de l'adolescente est nécessaire afin de vivre la puberté comme une étape physiologique développementale et structurante ; dialogue dédramatisant avec la mère ou à défaut avec les pairs, personnel médical ou éducatif .

#### **Chez le Garçon :**

Sur le plan physiologique on assiste à l'augmentation du volume des organes génitaux externes : augmentation du volume des testicules, plissement et pigmentation de la peau du scrotum, accroissement en longueur et en diamètre de la verge .

Sur le plan psychologique le garçon peut s'interroger sur les dimensions de sa verge et du volume des testicules, ceci peut entraîner chez certains des comparaisons avec les pairs .

Les premières émissions de sperme spontanées ou provoquées sont sources de perplexité et de culpabilité . Les tabous culturels et certaines croyances viennent renforcer ce vécu .

L'adolescent peut craindre de ne pouvoir contrôler son excitation sexuelle et que ses érections ne soient remarquées notamment par les parents .

La mue de la voix, une pilosité « visible », un corps masculin ( hanches étroites, épaules larges ) sont des événements qui viennent conforter l'adolescent dans son identité sexuée ( adolescents qui se rasent pour accélérer la pilosité, pratique de sport, de body building etc. ) .

La puberté comme pour la fille réveille, la problématique œdipienne et ses aléas, mais aussi renforce pour le garçon l'identification à son père .

## \* Corps Idéal du Moi :

Le sentiment d'imperfection esthétique, d'anormalité fonctionnelle fragilise l'estime de soi et alimente une souffrance narcissique durable mais normale à l'adolescence .

Pendant l'enfance l'idéal du Moi se nourrit des modèles identificatoires tout puissants ( héros qui habitent l'imagerie de l'enfant ) et peut s'accommoder d'éventuels défauts ou insuffisances corporelles desidealisation .

A l'adolescence, la désidéalisation des images parentales et du Moi infantile vont faire que le sujet va rechercher de nouvelles identifications pour nourrir son idéal du Moi / tops modèles, sportifs, vedettes de cinéma ou de la chanson .

Les attributs physiques du modèle tiennent une place importante dans sa sélection par l'adolescent .

### • Les Troubles Rencontrés dans ce Cadre :

#### 1- Le Break-down :

Selon Laufer ( auteur de cette théorie ), le changement corporel pubertaire est central dans la dynamique psychologique de l'adolescent : va-t-il le refuser ou l'intégrer psychiquement ? Une cassure ( Break-down ) peut résulter selon cet auteur d'une non-intégration d'une représentation de soi comme mâle ou femelle . La puberté oblige le moi à assumer une sexualité génitale . L'échec dans cette épreuve peut induire un trouble psychique d'allure psychotique mais qui n'est pas la psychose ( par exemple une jeune fille qui s'habille en garçon mais qui sait très bien qu'elle est une fille, exprime en fait sa peur de la sexualité et de persécuteurs externes : regards « trop pénétrant », impression que les autres la regardent, la critiquent, parlent d'elle, etc. ) .

#### 2- Les Perceptions Pathologiques de L'image du Corps :

##### a/ Les Dymorphophobies :

Définies comme « des préoccupations anormales concernant l'esthétique du corps », les dymorphophobies normales sont fréquentes et particulièrement banales chez l'adolescent, entretenues par les modifications pubertaires . Les vérifications

répétées et inquiétantes qu'induisent ces modifications ne menacent pas durablement la conscience de soi et le rapport au réel est conservé .

Il arrive toutefois que l'adolescent reste englué dans ces préoccupations corporelles et évoque une inquiétante étrangeté par rapport à ce corps dans le quel il ne se retrouve plus . Les stations de plus en plus longues et fréquentes devant le miroir peuvent conforter sa conviction d'une transformation monstrueuse d'une partie de son corps . Ces préoccupations peuvent aussi être dissimulées par des plaintes somatiques répétées ou une demande de chirurgie plastique insistante injustifiée .

#### **b- Anorexie mentale et boulimie :**

Cette affection comporte un trouble profond de l'image du corps, du corps idéal, ainsi qu'un déni de perception de la réalité de ce corps, toujours « trop gros » malgré la cachexie ... L'amaigrissement est le but recherché, sinon avoué des restrictions alimentaires pour tenter d'effacer les signes de la différenciation sexuelle pubertaire et retrouver ou garder un corps infantile asexué ( refus du corps féminin ) . Le trouble débute toujours par une restriction volontaire de l'alimentation ( sans diminution de l'appétit ) justifiée par une prise de poids ou autres rationalisations ( perte de l'appétit ) accompagnée d'amaigrissement et d'aménorrhée .

La boulimie se définit par une pulsion irrésistible de manger avec excès, par la peur morbide de devenir gros et par la tentative d'éviter la prise de poids par l'usage de purgatifs ou en provoquant des vomissements ou les deux à la fois, la boulimie peut être associée à l'anorexie comme elle peut se voir isolément .

#### **3- La tentative de suicide :**

La tentative de suicide à l'adolescence se distingue par son impulsivité, par son caractère réactionnel à un événement stressant à forte charge affective ( excès d'autoritarisme parental, déception amoureuse, mauvais résultats scolaires, etc. ) et par l'usage de moyens « doux » prélevés dans la pharmacie familiale ( médicaments prescrits souvent à l'un des parents ) ou produits toxiques à usage ménager prélevés dans la cuisine . Cette connotation symbolique du choix du produit, la pression sur l'entourage familial ( appel à l'aide, chantage, évitement d'un conflit ) par laquelle l'adolescent cherche à rétablir la relation, l'absence d'un désir de mort franc sont remarquables .

Dans la majorité des cas, aucun diagnostic psychiatrique précis n'est porté pour

Certains auteurs tel que F. La dame, la tentative de suicide traduit l'échec dans les tentatives d'individuation lorsque l'adolescent ne parvient pas à accéder à l'idéal de lui-même ( trop élevé ) qu'il s'est fixé .

#### **4- La prise de toxiques :**

L'usage occasionnel de produits toxicomanogènes apparaît fréquent à l'adolescence et n'implique pas nécessairement le passage à une toxicomanie avérée . Cette conduite agile fait partie des nombreuses ( expérimentations ) spécifiques à cette tranche d'âge . Le rôle des pairs souvent organisés en groupes dans l'initiation de cette pratique, est habituel . Le cas particulier de l'inhalation de colle ou de solvants organiques : « sniffing » mérite d'être souligné, grande est sa fréquence en milieu scolaire chez les adolescents et les préadolescents .

En Tunisie et malgré l'absence d'une évaluation épidémiologique rigoureuse l'inhalation de solvants semble être la conduite toxicomaniaque la plus fréquente et souvent la première forme d'abus de toxique chez ceux qui développent ultérieurement une toxicomanie avérée .

L'association à un échec scolaire et à d'autre troubles du comportement est habituelle . Dans la majorité des cas, cette manifestation disparaît plus au moins spontanément après quelques mois ou années de pratique, sans être remplacée par une toxicomanie avérée . Cette interruption est souvent contemporaine à l'apaisement de la dynamique de crise de l'adolescence et de l'entrée dans les projets professionnels ou pré-professionnels c'est dire qu'elle dépend de la conjonction de facteurs psychologiques et socio-familiaux .

### **III/ L'Adolescent et Sa Famille :**

L'adolescent induit, dans des conditions normales, un changement radical dans la relation du sujet à sa famille . Ce changement s'effectue par étapes successives, au cours d'un processus qui de la fin de l'enfance au début de la maturité le conduit d'une relation de dépendance très forte à sa famille, à une relation ( marquée par le fait que l'enfant construit son identité dans le sentiment d'appartenance à sa famille ), à une relation d'indépendance et d'autonomie. Le sujet

a alors acquis une liberté interne à l'égard de son appartenance familiale, liberté suffisante pour conduire sa vie adulte et éventuellement fonder une famille .

Un tel changement ne se fait pas sans crise, sans tensions et incertitudes. Cette crise doit être comprise sous l'angle d'un processus évolutif individuel ( séparation- individuation ) mais aussi sous celui d'une crise des modalités relationnelles à l'intérieur de la famille .

Le caractère conflictuel des relations de l'adolescent avec ces parents est inévitable, voire même nécessaire à sa quête d'indépendance . Cependant, lorsqu'il atteint une grande intensité ou se fige dans une impasse ( souvent amplifiée par des réponses parentales négatives ou rigides ), les symptômes les plus bruyants peuvent apparaître .

### **1/ L'agressivité en milieu familial :**

L'agressivité intra -familiale est essentiellement dirigée contre les parents ( agressivité verbale essentiellement, rarement physique ) mais aussi à l'égard des membres de la fratrie . Cette agressivité ne fait l'objet d'une demande de soins que lorsque les dommages deviennent conséquents . La famille souvent dépassée par ces troubles se réfère au praticien le désignant en quelque sorte comme un substitut à la loi .

Cliniquement , l'hétéro agressivité à l'adolescence se caractérise par son caractère brutal, impulsif et le plus souvent réactionnel à une frustration ou une contrariété . Il peut s'agir d'actes clastiques avec bris d'objets ou de colères violentes, d'agressivité verbale voire de coups et blessures . Ces réactions agressives sont toujours motivées, même si les motifs semblent le plus souvent dérisoires .

Il est rare dans notre pays que l'agressivité physique soit dirigée contre les parents ( à la différence de nombreux pays développés ), l'adolescent se présente alors comme un caractéropathe rigide voire un pré-psychotique désireux de réparer une carence d'autorité parentale surtout paternelle .

### **2/ Les fugues :**

Sont assez spécifiques de l'adolescence et sont le plus souvent brutales et impulsives . Elles surviennent habituellement dans un contexte de conflits et peuvent devenir une modalité répétitive de résolution des tensions .

Même si la fugue ne s'intègre pas dans un contexte psychopathologique particulier, elle peut dans certains cas permettre au sujet une prise de distance par rapport à ses images parentales ainsi qu'une affirmation de soi au moment où il vit un doute identitaire et recherche de nouveaux modèles identificatoires . Très souvent l'adolescent cherche à travers la fugue ( mouvement centrifuge ) de rétablir une communication défectueuse ou rigide avec ses parents (mouvement centripète )

#### **IV/ L'Adolescent et la Société :**

L'adolescence comme statut social n'apparaît qu'à la fin du XIX ° siècle avec la conscription et le service militaire et va se consolider au XX ° siècle avec les progrès de la scolarisation . plusieurs auteurs ont soutenu l'idée que l'adolescence est un fait de société sans par ailleurs la réduire à un seul statut social .

Il est vrai que dans les sociétés traditionnelles, les rituels d'initiation canalisent et répriment la crise d'opposition des adolescents . Lorsque les rituels d'initiation ou leurs équivalents disparaissent, l'adolescence émerge comme fait social sur le mode de la révolte ou de l'inversion des valeurs établies . L'adulte ne soutient plus le jeune dans sa gestion de la puberté, le maintenant dans la dépendance ( financière et de formation professionnelle ) tout en prônant la nécessité d'une autonomie précoce . C'est de ce paradoxe qu'émergeraient les difficultés .

##### **1- Les rituels traditionnels d'initiation :**

La plupart des sociétés dites traditionnelles comportent des rituels codés, réglés et institués de passage de l'enfance à l'âge adulte autour de la puberté . Le caractère officiel de l'accès au statut et à l'identité d'adulte est toujours souligné . Ce caractère est protecteur car porteur de signification symbolique et parce qu'il situe le sujet dans un système d'identifications et de repères stables et cohérents .

Les anthropologues dégagent trois phases essentielles du schéma initiatique : la séparation avec le groupe familial, la phase de réclusion, le retour dans la société à travers une seconde naissance symbolique .

##### **2/ L'initiation aujourd'hui :**

Les sociétés actuelles n'offrent plus un modèle implicitement accepté par une large majorité et sont elles – mêmes en quête de nouveaux modèles identificatoires . Ainsi c'est aux adolescents de « bricoler » leurs propres rites de passages avec tous

les excès et les dérapages que cela implique, souvent dans un vécu de crise familiale et sociale .Ainsi pouvons-nous comprendre qu'une dimension psychopathologique puisse accompagner cette démarche .

Le plus souvent cette initiation se fait au sein de la bande, l'adolescent en quête identificateur, va multiplier les expériences et les rencontres . Le groupe d'adolescent constitue cet espace privilégié où les réactions communes, les lois et les intérêts régissent le fonctionnement de la bande . La bande est aussi le champs social restreint, où l'adolescent essaie divers rôle grâce aux relations qu'il va y nouer. L'originalité et les caractéristiques particulières du groupe participent à la séparation et à l'individualisation de l'adolescent . Le rapport de l'adolescent au vêtement, au fétiche, à la parure, au marquage par le tatouage ainsi que son soucis de se démarquer par un style de langage ont été traduits comme le soucis de nier le manque et d'affirmer une toute-puissance toutefois sur un fond d'insécurité . Certains auteurs y voient un rituel spontané de passage..