

Chapitre 1

LES RAPPORTS DES JEUNES A LA SANTE

Musette M.S, Hammouda N-E et Benseddik A.

Comme toute entrée en matière et en accord avec les principes de la construction d'un objet scientifique (Bachelard), notre projet s'insère dans la logique du progrès de la connaissance universelle. Dès lors, il convient de rappeler l'apport des sciences sociales, et de la sociologie en particulier dans le traitement de notre thématique. Ensuite, pour traduire les concepts de base de notre projet, quelques précisions sur les « concepts » à instrumentaliser est indispensable.

1. CADRE CONCEPTUEL

L'étude des «représentations sociales» n'est pas nouvelle en soi. Les disciplines des sciences sociales offrent une palette d'interprétations (de sens et significations) en fonction de l'objet d'étude. Pour rappel, Nombreux sont les grandes figures de la sociologie (Max Weber, Karl Marx, Emile Durkheim, Pareto, Bourdieu, Marcuse) qui ont conceptualisé cette notion sous des acceptions diverses sous le couvert de l'idéologie ou de modèle culturel de référence.

De même, des psychologues (Freud, Moscovici, Jodelet) ont tenté une incursion dans les systèmes de valeurs, des normes, des conduites des individus. Des anthropologues (Balandier, Mead, Herzlich) ont bâti toute une théorisation des rôles et de conduites des individus dans leurs rapports sociaux. Ainsi la conceptualisation de cette notion repose essentiellement sur des fondements théoriques, des écoles de pensée qui ont tous concourus, d'une manière ou d'une autre, à la compréhension et à l'interprétation des faits et des comportements observés au sein des sociétés humaines.

A travers l'ensemble de ces approches, nous pouvons admettre que les **représentations sociales** sont définies, d'une manière générale, en tant que système d'idées et de conduites et qu'elles sont spécifiques à la «culture» dominante et sont

indissociables de son système de pensée et de son organisation sociale de manière générale.

De cette définition préliminaire, les représentations sont particularisées en tant que sous-systèmes en fonction de différentes variables comme le sexe, l'âge, la proximité de la maladie, l'appartenance ethnique, la catégorie socioprofessionnelle ou encore le degré d'acculturation.

Ce cadre théorique, esquissé sommairement, offre ainsi une référence très riche et féconde en rapport à la santé, d'une manière générale ou à la maladie, d'une manière particulière.

Ce n'est que récemment que l'anthropologie médicale, discipline dérivée de la «**sociologie de la santé**» (elle-même une science assez jeune) s'est donnée un cadre d'application et des perspectives de recherche (Herzlich) dans le champ des **représentations sociales de la maladie** chez les différents segments de la population ou des acteurs sociaux. Ce sont surtout des catégories particulières (comme la mère ou l'enfant) qui ont fait l'objet d'études approfondies.

Toutefois force est de constater que les **représentations sociales de la maladie chez les jeunes** reste encore un champ vierge, tant que les notions «jeune» et «adolescent» sont abordés différemment par les psychologues et les sociologues (Mendel, Mead). Les rapports des jeunes à la santé sont encore peu étudiés et ce malgré des tentatives de la médecine⁴ de s'ouvrir à la connaissance des «problèmes de santé» de cette population (FNUAP).

1.2. Définitions des Concepts

A la suite de ce rappel du cadre théorique, il nous semble utile d'apporter quelques précisions conceptuelles en particulier sur le sens de «l'adolescence» et sur la

⁴ La première unité hospitalière de consultation pour adolescents fut créée en 1951 à Boston aux Etats-Unis. Cette expérience fut reprise et adoptée, plus tard par plusieurs pays à travers le monde. Aussi, des travaux de recherche, des ouvrages médicaux, des rencontres sur les thèmes de la santé et de la médecine des adolescents se sont-ils multipliés.

configuration de la représentation sociale pour son instrumentalisation.

121. Sur l'adolescence, comme catégorie sociale

L'adolescence est une étape de la croissance et du développement de l'être humain. Elle marque la sortie d'une étape antérieure qui est l'enfance et annonce la rentrée dans une nouvelle étape qui est celle du monde des grandes personnes (des responsabilités, des objectifs à définir,).

Ainsi, l'adolescence en tant qu'étape dans le développement individuel, si elle est courte dans le temps, elle est très importante par les conséquences qu'elle engendre pour la suite du développement.

Durant cette étape l'individu se trouve confronté à des transformations physiques et psychiques importantes, donnant naissance à des difficultés d'adaptation qui peuvent être surmontées ou au contraire s'aggravent, et génèrent par la suite différentes sortes de pathologie.

L'adolescence marque la rupture avec l'enfance et la dépendance des parents vers une indépendance progressive, il est membre d'un club, d'un groupe dans le quartier. L'adolescent affronte non seulement les différents problèmes liés à sa croissance mais aussi et en même temps les pressions venant du monde extérieur qui facilitent ou bloquent son développement harmonieux. Il est certain, que la socialisation antérieure a joué un rôle important dans la transmission des valeurs et normes sociales, mais à ce stade de la vie tout est remis en question à cause de son entrée dans le groupe (quartier, classe, club) qui lui impose de nouvelles normes, conduites et valeurs.

Ce qui place l'adolescent dans une situation embarrassante d'acceptation ou de refus des nouvelles normes par rapport aux anciennes. La résolution de ce conflit reste lié au degré de souffrance vécue des relations familiales, des pressions et tensions, du degré d'intérêt que lui accordent ses parents.

Ainsi, le recours aux comportements de suppléance ou de substitution comme les drogues, les fugues, le rejet des valeurs antérieures, ne sont que l'expression d'un malaise vécu par l'adolescent.

Pour les auteurs qui se sont penchés sur l'étude de l'adolescence, certains ont mis l'accent sur les phénomènes de crise. D'autres considèrent qu'il s'agit davantage d'un processus de maturation en rupture avec les étapes antérieures, rendant cette période du développement particulièrement vulnérable.

1.2.1. Sur le sens des représentations sociales.

Se représenter un objet, une situation, un événement, un concept (présent ou absent de notre champ perceptif), c'est faire appel à la mémoire, l'individu cherche ce qu'il possède comme information antérieure stockée en mémoire.

Lorsque l'individu ne possède pas les informations sur le sujet en question, il agit en se référant aux expériences antérieures, si aucun des éléments de réponse n'est trouvé, il s'oriente vers la société, c'est à dire les autres personnes qui sont à ses yeux en mesure de lui fournir les informations et auxquelles il fait confiance. Les représentations sont créées par l'individu, par le groupe et par la société en générale dans une dynamique d'échange et d'influence.

La cohérence des représentations sociales n'est possible que par la volonté individuelle et collective de recherche de vérités nouvelles (informations) et des capacités d'adaptation aux nouvelles situations (abandon des informations anciennes pour les nouvelles).

1211. Les caractéristiques des représentations

1-Au niveau de la structuration

- Transformation sociale d'une réalité en un objet de connaissance qui, elle, est aussi sociale.
- La représentation se construit à l'intérieur d'un processus relationnel.

- Un processus de remodelage de la réalité.
- Les transformations opérées par les représentations se traduisent comme un travail de naturalisation de la réalité sociale.

2-Au niveau du contenu :

- Le contenu est tout d'abord socio-cognitif : il s'agit d'un ensemble d'informations sociales, relatives à un objet social, qui peuvent être plus ou moins variés, plus ou moins stéréotypées, plus ou moins riches.
- Le contenu de la représentation est marqué par son caractère signifiant : la signification passe par les images et les images produisent des significations.
- La représentation à un contenu symbolique

1212. La construction des représentations

Apprendre, c'est construire des représentations et développer des comportements. Ceux-ci serviront à construire ou transformer, matériellement ou symboliquement (notamment par le langage), les contenus de notre univers matériel, social ou culturel. Les représentations sont constructions du monde (y compris de nous-mêmes) et des actions dont ses contenus peuvent faire l'objet. L'ensemble constitue la connaissance qui est action ou représentation, en puissance ou en actes. Connaître, en effet, c'est savoir, c'est à dire pouvoir ajuster une action aux objets sur lesquels elle porte, aux fins qu'on se donne et aux situations dans lesquelles on agit ou bien pouvoir se rendre présente l'idée d'un objet de pensée. Comportements et représentations procèdent d'informations provenant du monde extérieur ou de nous-mêmes.

122. Les informations intériorisées

Les objets de pensée constitutifs de la connaissance sont faits de représentations provenant de l'intériorisation des informations et des actions matérielles ou mentales que nous exerçons sur leur support la représentation que nous avons de leur contenu. Ces actions sont productrices de schèmes qui, dès qu'ils sont constitués, servent à traiter les informations que nous recevons, à en produire de nouvelles, à utiliser et à mémoriser

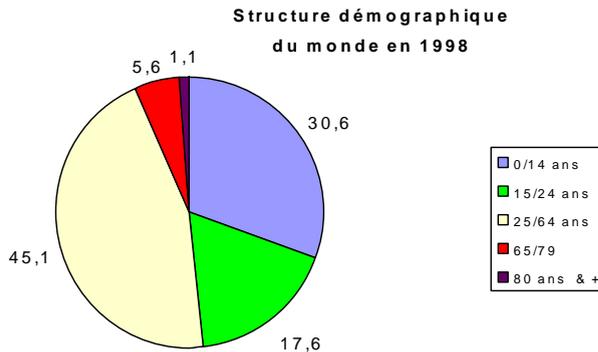
les uns et les autres. Les représentations se transforment par l'intégration du nouveau à l'ancien, et les schèmes évoluent par accommodations successives.

2. LES RAPPORTS DES JEUNES A LA SANTE : UNE PROBLEMATIQUE UNIVERSELLE

Pour comprendre l'universalité de la question Jeune/santé, il est indispensable de revoir la configuration démographique de la planète, les inégalités entre les grands groupes de pays selon les tendances nouvelles de structuration des pyramides d'âge et enfin les termes des maladies du siècle auxquels les populations sont confrontées.

21. La croissance démographique de la planète

En 1960, au plus fort de l'explosion démographique, la population mondiale était de 3 milliards d'individus, 27 ans après (1987) le monde comptait 5 milliards d'habitants et en 1999, soit 12 après, le cap de 6 milliards est passé.



Source : FNUAP, *Etat de la population mondiale 1998 – les générations nouvelles.*

211. Une forte inégalité planétaire

La répartition de la population entre les régions développées et le reste de la planète est la suivante.

Tableau N°
Estimations de la population mondiale de 1998/2025

Unité : en millions

	1998	2025	% en 1988	% en 2025
monde	5929	8039	100,0	100,0
régions développées	1181	1220	19,92	15,18
reste du monde	4748	6819	80,08	84,82

Source : FNUAP, *Etat de la population mondiale, 1998*.

Le taux de la population dans les pays du Nord était presque 20% en 1988, ce taux sera réduit à 15% en 2025. Cette baisse au Nord traduit statistiquement une hausse équivalente dans le reste du monde et amplifie de la sorte l'inégalité entre les régions développées et les pays du Sud avec une bipolarisation entre les classes d'âges.

212. Vieillesse des pays industrialisés et forte jeunesse au sud

En 1998, le nombre des jeunes (15/24 ans) dans le monde était estimé à 1,05 milliards, soit 17% de la population mondiale.

Par ailleurs, on peut observer un monde en développement où les couches jeunes sont de plus en plus massivement représentées et un monde industrialisé de plus en plus vieillissant. C'est en Europe qu'on trouve le pourcentage le plus élevé de personnes âgées de plus de 65 ans - cette tendance sera ainsi pendant au moins 30 ans encore. Par contre c'est toujours en Asie (qui concentre 60% de la population mondiale) qu'on continue de trouver le pourcentage le plus élevé d'adolescents mais on doit aussi noter que plus de 50% de l'augmentation des jeunes a eu lieu en Afrique.

213. Les maladies du siècle

Les pays du Sud, largement dominés par les économies du Nord, avec une forte population juvénile, confrontés au chômage global et une reprise du processus de la pauvreté, sont confrontés non seulement à un véritable problème de prise en charge de la santé, mais aussi à des menaces réelles des maladies du siècle. Parmi l'ensemble des constats relevés par les observateurs, nous nous attarderons sur deux éléments les plus significatifs :

- En l'espace de 20 ans, une trentaine de nouvelles maladies (essentiellement virales) sont apparues sur la terre. La notion de «maladies émergentes » est désormais reconnue par les experts vers la fin des années 80. Mais il aura fallu attendre 1995 pour que l'OMS se donne une structure spéciale de prévention et de lutte.
- L'exemple le plus spectaculaire d'une maladie nouvelle nous est donné par le SIDA transmis par le VIH (Virus Immunodéficience Humaine). Un virus identifié durant les années 1980. Il est établi à présent, par les experts, que notre «négligence, au début de l'épidémie de VIH, a grandement joué en faveur de son extension. »

« Chaque jour 8500 enfants et adolescents dans le monde sont infectés par le VIH ... en Afrique, les ravages sociaux et économiques provoqués par le VIH/SIDA au cours de la décennie écoulée sont plus importants que les destructions provoquées par les guerres sur ce continent – alors que le SIDA tuait 2 millions de personnes en 1998, les conflits auraient fait 200 000 victimes en Afrique. La pandémie anéantit des familles, des villages, des professions entières et élimine des groupes d'âge entiers. Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, 22.5 millions de personnes vivent avec le VIH. Aujourd'hui en Afrique subsaharienne comme dans le reste du monde, le VIH/SIDA frappe les plus jeunes, les pauvres et les démunis. » (Unicef, 2000)

22. Le rapport des jeunes algériens à la santé

Le rapport des jeunes à la santé ne se prête pas aisément à l'analyse. C'est un rapport complexe et dynamique qui nécessite une observation permanente pour la saisie des tendances et pour comprendre les changements (continuité ou rupture) qui s'y opèrent. A ce titre nous proposons d'examiner deux points en

particulier : comprendre le contexte social global et cerner les rapports des jeunes à la maladie pour une recherche-action.

Le contexte social en Algérie peut être circonscrit à travers trois paradigmes : d'abord nous assistons à un réveil (certes tardif) des sciences et des analystes de la jeunesse, ensuite nous observons une résistance des normes dominantes qui semble être un frein à toute action globale, et enfin il est noté une sorte de décomposition sociale qui pourrait donner naissance à une nouvelle éthique sociale de la médecine en direction des jeunes.

221. Le réveil tardif des sciences sociales

Les sciences sociales, d'une manière générale, restent encore timides pour décrypter et analyser objectivement le rapport des jeunes à la santé. Certes elles sont nombreuses les études sur les pathologies et les déviations. Il semblerait ainsi que les jeunes ne se laissent voir que sous ces aspects. En Algérie, le rapport des jeunes à la santé, à notre connaissance, n'a fait l'objet d'aucune recherche approfondie. D'ailleurs ce n'est qu'après la révolte d'octobre 1988 que les chercheurs, les analystes et les gestionnaires ont découvert le monde de la jeunesse. Cette découverte s'est accompagnée par une série de rencontres scientifiques autour de la condition juvénile, donc le rapport des jeunes à la santé. Les thématiques traitées lors de ces rencontres, certes intéressantes, restent confinées dans des périmètres connus. Ce constat traduit la faiblesse de notre connaissance du rapport des jeunes à la santé car les représentations sociales de la maladie chez les jeunes restent encore du domaine de l'inconnu, du mystère, à la limite du sacré !

222. Les représentations sociales dominantes

Plusieurs arguments sont avancés pour légitimer cette incapacité des analystes :

- L'organisation du système de la santé exclut la prise en charge des jeunes sinon cette catégorie est assimilée à l'enfance, donc à la pédiatrie.
- Durant la période d'adolescence, il n'existe pas de problème réel de santé. Pour preuve le nombre de jeunes qui viennent à la consultation est statistiquement négligeable.

- La jeunesse algérienne est une population qui semble être en bonne santé. Elle est totalement dépendante de la famille, donc les jeunes ne sont nullement objet d'une exclusion sociale, ni de marginalisation du système de soins.

Ces arguments sont en soi des représentations sociales qui contribuent à l'organisation du système sanitaire en Algérie.

223. La décomposition sociale et naissance d'une éthique nouvelle !

Pourtant, la décomposition sociale, depuis la fin des années 1980, a pratiquement bouleversé toutes les normes sociales. La désacralisation de la vie a anéanti presque tous les efforts de socialité entrepris depuis l'indépendance. Cette situation anémique est particulièrement tragique chez les jeunes. L'effacement des repères, des normes sociales dominantes, des valeurs devant régir le rapport des jeunes à la vie, à la santé, à la société, ont produit un vide inquiétant, laissant surgir çà et là des attitudes d'emprunts ou de transit.

En effet, sur le plan de la santé, toute une génération a été «conditionnée» autour des valeurs de la médecine gratuite, de la santé pour tous. Cet échec n'est pas encore consommé par l'imaginaire et une nouvelle expérience s'élabore. La rupture sociétale opérée sur le plan économique réduit davantage la marge sociale de la santé. Cette fin de siècle sera peut être, pour les jeunes algériens, le début d'une nouvelle ère de socialisation, d'une nouvelle éthique sociale de la médecine – bref d'un nouveau rapport avec la société.

23. La marginalisation de la jeunesse

La marginalisation de la jeunesse est-elle un épiphénomène ou s'inscrit-elle dans une logique profonde – celle de «crise» ou de «rupture» entre deux générations ? Tout d'abord, la question de la jeunesse en Algérie peut être effectivement posée en terme psychanalytique à la manière de Freud⁵ ou de Marcuse dans la

⁵ Cf. Mendel Gérard : La crise des générations – étude psychanalytique, 2^e édition Payot – 1971, Paris

mesure ou l'enjeu réel entre les deux acteurs (générations) est celui de l'*héritage*.

La notion de «crise de génération», dans son acception sociologique, se définit non pas par des «conflits» mais par une confrontation permanente entre deux acteurs sociaux – qui sont pour nous, les «jeunes» d'une part et les «aînés» (ayant tous les pouvoirs de décisions) d'autre part - ayant conduit, à un moment donné, à une rupture de *liens sociaux*. Les scènes de violence dans les rues d'Alger - en octobre 1988⁶ - constituent les formes d'expression de cette rupture sur le fond des désillusions de l'aventure «socialiste» des décideurs.

3. OBJECTIFS & HYPOTHESES DE TRAVAIL

L'étude des rapports de la jeunesse algérienne à la santé impose une certaine restriction du cadre d'analyse afin de cerner avec un maximum de précision les questions soulevées. Mais d'abord, il y a lieu de fixer des objectifs et des hypothèses de travail.

Objectifs

Cinq objectifs peuvent être fixés à notre recherche-action.

- ❑ Explorer, comprendre et agir sur les représentations sociales de la maladie chez les jeunes – tant au niveau des discours que de la pratique face à la santé en générale et à deux pathologies particulières – à savoir la toxicomanie et le VIH/SIDA.
- ❑ Il s'agit aussi, pour nous de procéder à une évaluation de l'expérience des Cellules d'Ecoute Jeune-Santé. Cette évaluation (plus qualitative) a pour objet de fixer la nature de la demande des soins des jeunes par l'établissement d'une typologie dominante et des «cas particuliers» qui pourraient se manifester en milieu juvénile.

⁶ Cf. notre article «La jeunesse algérienne et la violence urbaine : Octobre 88 dix ans après» in *Emeutes et Violences au Maghreb – une perspective comparée*, édition Kharthala, 1999, Paris.

- ❑ De même, dans la mesure du possible, instaurer une action préventive, au niveau des établissements du secteur de la jeunesse – avec une cellule de « premiers soins » .
- ❑ Il s’agit, à travers la réalisation de ce projet, de produire aussi un document didactique qui peut servir de référence, à la formation des personnels de la santé, d’une manière générale, et à la population juvénile en particulier sur les rapports des jeunes à la santé.
- ❑ Enfin, un dernier objectif, non moins important, qui se dégage à travers notre projet, c’est la formation d’un groupe de cadres de la jeunesse aux techniques de sondage (conception, passation, saisie de données et traitement informatique) et au Focus Group dans la saisie des rapports des jeunes à la santé.

Ce cadre général des représentations sociales de la maladie chez les jeunes permet alors une intervention multiple qu’il serait illusoire de cerner dans tous ses compartiments. Notre contribution sera modeste et nous limiterons notre intervention sous un angle précis mais de manière rigoureuse à travers l’étude d’une catégorie ciblée de la population juvénile.

Deux hypothèses de base nous serviront de fil conducteur à la réalisation de cette recherche-action.

- Les jeunes, imprégnés des notions profondes de la culture algérienne, au sens large du terme, sont confrontés à l’envahissement des valeurs de la modernité. Les normes sociales dominantes jusqu’ici sont mises en question. La situation « anémique » des années 90 risque d’enclencher un mouvement de fond dans la reproduction sociale des valeurs liés à la vie, à la santé et à la maladie.
- La connaissance des représentations sociales des jeunes est certes intéressante mais elle resterait insuffisante et incomplète si les parcours thérapeutiques ou itinéraires des jeunes face aux maladies ne sont pas cernés. Le système de santé publique offre peu d’espace aux jeunes. Ces derniers vont alors emprunter des voies informelles pour exposer ses

sensations et chercher, par ces biais, l'assistance nécessaire pour l'entretien de sa santé.

Ces deux hypothèses, l'une sur les discours et l'autre sur les pratiques ne se prêtent pas aisément à la vérification. La jonction entre le discours et la pratique est souvent contradictoire dans la mesure où le premier ne s'accompagne pas nécessairement du second et vice versa. Cette contradiction, propre à l'ensemble des représentations sociales permet cependant de suivre et de comprendre la dynamique du rapport des jeunes à la maladie et à la santé d'une manière générale.

La confirmation/infirmation de ces hypothèses suppose, dès le départ, la détermination des couloirs d'accès dans le monde juvénile et dans ses représentations sociales. La saisie de l'ensemble des représentations sociales est une tâche complexe. Nous proposons d'entrer dans l'univers des représentations des jeunes garçons, à partir de l'âge de 15 ans, sous trois angles.

- La culture de la santé des jeunes est un indicateur ayant une puissance explicative profonde des représentations sociales. La connaissance/méconnaissance des conduites à tenir devant un problème de santé ou d'urgence est fonction d'abord du capital culturel et ensuite des conditions socio-économiques des familles. Cette piste nous conduit inévitablement à cerner la perception juvénile du rôle et la place des «premiers soins» en matière de prévention.
- La « rapport à la drogue » ou la toxicomanie en milieu juvénile offre un deuxième pallier d'observation et de compréhension des représentations sociales. Il est un préjugé bien établi que ce fléau est prédominant chez les jeunes des milieux sociaux défavorisés dans les zones urbaines.

Différentes formes de sensibilisation ont été organisées sur ce phénomène, mais la pratique demeure. La répression dans ce domaine ne peut aboutir à l'éradication de la pratique. La vulnérabilité des jeunes peut expliquer le maintien et l'extension de ce phénomène ou nombreux sont les acteurs sociaux (dans l'économique et dans la santé) qui favorise la consommation de la drogue et autres psychotropes.

- Le troisième palier d'observation des représentations est constitué par un autre fléau qui menace déjà la population juvénile., à savoir le VIH/SIDA. La culture dominante, organisée autour des valeurs traditionnelles et/ou de l'Islam, constitue certes un rempart contre ce fléau. L'ouverture médiatique, l'anomie ambiante désacralisant ces valeurs constituent un risque patent en milieu juvénile.

Ces trois paliers serviront ainsi comme niveau privilégié de notre recherche-action. Les approches développées pour la réalisation de nos objectifs et la validation ou non des hypothèses de travail sont multiples, et méritent qu'on s'y attarde.

4. APPROCHES METHODOLOGIQUES

Pour la réalisation de notre projet, il nous semble prudent de procéder sur trois plans d'intervention. Il y a lieu d'abord d'**explorer** le champ des représentations sociales de la maladie chez les jeunes. Ensuite, il s'agira de **comprendre** de quelle manière ces représentations évoluent dans le temps. Et enfin, il conviendra d'entreprendre une action (**agir**) en direction d'un segment précis de la population juvénile.

4.1. APPROCHES GLOBALES

511. Champ de l'étude

Le champ de l'étude couvre le territoire national – selon l'implantation des établissements de la jeunesse et selon la dispersion des cellules d'écoute. Les représentations sociales de la maladie feront l'objet **d'une analyse comparative entre les strates urbaines et rurales.**

Entreprendre une recherche à l'échelle nationale est extrêmement coûteux et nécessite une mobilisation importante de moyens. Notre contribution peut se faire à un niveau réduit mais suffisamment significatif. C'est dans cet esprit que nous avons opté pour les jeunes adhérents des établissements du Ministère de la Jeunesse et des Sports. A travers cette clientèle, une base de données brutes existent et **peut être actualisée.**

Deuxième avantage de cette clientèle, c'est la possibilité d'entreprendre une étude d'évaluation qualitative des actions des Cellules d'Ecoute installées par le secteur de la Jeunesse. Cette possibilité ouvre la voie ainsi à une première exploration de la demande juvénile en matière d'assistance et de soins.

Echantillonnage

La population ciblée est composée de jeunes âgés de 15 ans révolus en janvier 1999 ou précisément **les jeunes nés en 1984**.

Choix de la population-cible

L'enquête sera conduite auprès d'un échantillon de **jeunes garçons**. Le choix du sexe obéit à une option de rigueur et de faisabilité, de même qu'à la particularité des problèmes spécifiques à l'étude du genre. Une étude globale (filles et garçons) imposerait une méthodologie vaste selon le régime pubertaire.

Le choix de la catégorie de la population repose sur une phase de l'adolescence particulière – marquée généralement par une période dite de « *crise* » où les garçons présentent des marques de ruptures avec le noyau familial, notamment avec la découverte de la sexualité et de l'affectivité. Le processus de socialisation autour des valeurs de la famille est perturbé et l'ouverture vers le *groupe* est dominante. Le groupe intervient avec ses valeurs et ses pratiques.

De même à cette période, on assiste généralement à une certaine maturité sexuelle chez les jeunes. C'est aussi l'âge, à partir duquel, la passation scolaire s'organise : certains seront exclus (orientés vers la vie active) et d'autres seront orientés vers le palier du secondaire. Enfin, les exclus entrent pour certains, à cet âge précis, dans le monde du travail ou l'apprentissage professionnel.

L'échantillon est composé de double corps

-  **De la clientèle des cellules d'écoute**
-  De la clientèle des établissements de la jeunesse.

Notre recherche a été conduite auprès d'un échantillon

- De 1500 jeunes garçons nés en 1984 adhérents des établissements de la Jeunesse – pour l'enquête Jeune-Santé
- De 1000 jeunes pour le sondage sur le SIDA
- Des 150 Points et Cellules d'Ecoute Jeune-Santé

A travers l'analyse des cas présentés auprès des cellules d'écoute, nous obtiendrons une première lecture de la nature de la demande des soins des jeunes. Cette première lecture nous permettra alors de mieux préciser nos interrogations sur un **deuxième échantillon qui fera l'objet d'un suivi durant la période de l'étude.**

La taille de ces échantillons pour nos enquêtes nous semble **largement représentative** et peu coûteuse pour une étude exploratoire (donc qualitative) des représentations sociales de la maladie chez les jeunes. Mais les résultats ne sont ainsi nullement représentatifs pour la population juvénile algérienne dans sa totalité.

Techniques d'investigation

Une double technique a été retenue en fonction de la population cible.

- Pour l'évaluation des Cellules d'Ecoute, l'étude est conduite à travers un questionnaire spécifique portant sur les types de consultations et les caractéristiques de la clientèle. Une moyenne de cinq cas par Cellule (soit au total 450 cas) nous semble suffisante pour l'établissement d'une typologie qualitative.
- Quant à la saisie des représentations sociales de la maladie, la technique d'investigation, la moins coûteuse et pertinente, revient au sondage d'opinion.
 - Un premier sondage vise à cerner, de manière globale, les discours et les pratiques des jeunes sur le plan de la maladie et de la santé.
 - Ensuite un autre sondage d'opinion a été conduit sur le VIH/SIDA au niveau de la Wilaya de Bejaia.

4.2. APPROCHES SPECIFIQUES MISES EN OEUVRE

D'une manière succincte, nous présentons dans cette section les différentes actions engagées par notre équipe pour la mise en œuvre des approches retenues.

La pre-enquête (février – juin 1999)

Une pre-enquête sur les rapports Jeune-Santé a été conduite de février à juin 1999 sur l'ensemble du territoire national – avec la contribution du Centre National d'Informations de la Jeunesse et des Sports (CNIJS). Trois outils ont été conçus (en français et en arabe) et adressés aux 48 CIAJ d'Algérie.

- Un Guide d'entretien – avec consigne de réalisation de trois entretiens par Wilaya
- Une Fiche Base de Sondage Clientèle des jeunes garçons nés en 1984
- Une Fiche d'informations pour l'ensemble des Cellules d'Ecoute.

Les résultats obtenus au moins de juin – date butoir fixé par nos soins – ont été assez satisfaisants – avec des réponses provenant de **36 Wilayate**, soit un taux de couverture de 75% des Wilayate – représentant 87% des établissements du secteur de la Jeunesse et des Sports. De manière succincte, après étude de la qualité des données recueillies, nous avons enregistré comme documents exploitables - 82 entretiens, 58 Fiches des cellules d'Ecoutes et seulement 28 Fiches de base de données.

A partir de ces résultats, nous avons modifié notre démarche pour la base de sondage. De même, la faiblesse des réponses sur les « parcours thérapeutiques des jeunes » nous a conduit à engager une série d'entretiens complémentaires au niveau de la région Centre. L'exploitation des entretiens nous a permis de concevoir un **Questionnaire Omnibus Jeune-Santé**.

Organisation d'un Atelier Technique (mars 2000)

Pour la mise au point et la discussion des travaux réalisés sur la base documentaire et des observations, notre équipe a organisé un Atelier technique sur les rapports Jeune - Santé au niveau du CREAD avec la participation des cadres du secteur de la jeunesse et des analystes.

Lors de cette journée, nous avons eu l'opportunité non seulement de prendre note du rapport du Ministère de la Jeunesse et des Sports mais aussi de discuter les apports des études engagées par les membres du GRAS d'Oran, par les médecins épidémiologistes du CHU Parnet et Mustapha d'Alger, par les sociologues de l'Université d'Alger, des membres du Mouvement Associatif.

A cette occasion, nous avons aussi écouté les actions engagées par l'ONUSIDA (PNUD) et par le Professeur Benthall, anthropologue britannique de passage à Alger.

Les résultats de cet Atelier ont été ainsi triplement bénéfiques pour notre étude.

- D'abord, à la suite de nos exposés, chaque membre de l'équipe a eu à apporter des correctifs à son travail.
- Ensuite, des projets de Conventions ont été discutés et par la suite établis entre notre équipe et le Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Enfin, un projet de Convention avec l'ONUSIDA a été discuté puis établi par la suite avec l'ONUSIDA / PNUD - CREAD.

Formation aux Techniques de Sondages (mai – novembre 2000)

Dans le cadre de la réalisation des objectifs de notre projet, nous avons réalisé une Formation aux Techniques de Sondages à l'intention de 50 cadres de la Jeunesse – profils Psychologues & Sociologues – exerçant au niveau des CIAJ – soit un cadre par Wilaya.

La Formation s'est déroulée, avec un volume de 96 heures de cours théoriques et de travaux pratiques d'initiation aux traitements informatiques des données. Les résultats obtenus sont très satisfaisants :

- La conception d'un Fichier National des Adhérents a été faite et traduite comme instruction par Circulaire Ministérielle pour application sur l'ensemble du territoire national. Ce Fichier nous servira comme Base de Sondage pour l'extraction de notre échantillon des jeunes garçons nés en 1984 aux fins des sondages d'opinion programmés dans notre projet.
- Au terme de la Formation, 31 candidats ont été admis et sont à présent les Correspondants du CREAD pour la supervision de nos sondages sur le terrain.
- Cette formation nous a permis non seulement d'engager d'autres chercheurs en qualité de formateurs mais aussi de mobiliser des ressources financières complémentaires pour la stimulation de notre équipe.
- Enfin, les documents didactiques réalisés pour cette formation constituent la matière première indispensable pour la mise au point de notre produit de recherche – objectif N° 4 de notre projet.

Formation au FOCUS GROUPS – SIDA (juin-novembre 2000)

Durant la même période, nous avons aussi assuré une formation sur la technique « FOCUS GROUPS » appliquée au SIDA à l'intention de 50 médecins et psychologues exerçant dans les Cellules d'Ecoute (un cadre par Wilaya) du Ministère de la Jeunesse dans le cadre d'une Convention avec l'ONUSIDA du PNUD.

Cette Formation a été conduite en deux temps avec un stage théorique bloqué durant quatre jours à Alger pour les 50 Stagiaires. Un groupe de 15 médecins a eu à animer, sous notre supervision, des Focus Groups durant deux semaines bloquées durant la saison estivale au niveau de la Wilaya de Bejaia. Un troisième regroupement a eu lieu au mois de novembre pour 36 médecins afin de valider la formation avec une série de simulation de Focus Groups à Alger. Les résultats, comme pour la première formation, ont été très satisfaisants :

- Le FOCUS GROUPS appliqué au SIDA est venue affiner les résultats de notre pre-enquête sur les représentations sociales de cette pathologie en Algérie.
- Cette formation a été conduite avec le concours des épidémiologistes, sociologues & psychologues comme formateurs. Des ressources financières complémentaires ont ainsi été mobilisées.
- Au terme de cette formation, une masse énorme d'informations qualitatives a été collectée – non seulement à travers les documents didactiques produits, mais aussi avec l'enregistrement vidéo d'au moins 12 heures d'animation. Une exploitation de ces données nous a permis de confectionner notre **Questionnaire du Sondage d'Opinion sur le VIH-Sida**.
- Enfin, non moins négligeable, les 36 médecins ont été admis à l'examen final au mois de novembre 2000. Ce réseau de médecins est présentement qualifié pour conduire des Focus Groups au niveau national. Un nouveau stage de perfectionnement a été organisé en 2002 au profit des médecins pour la réalisation de sondage d'opinion.