



**Master 2 Mention santé publique
Parcours « Enfance, jeunesse :
politiques**

et accompagnement »

Promotion : **2017-2018**

**Politique de jeunesse ou politique de santé ? La
mise en œuvre de l'action publique en direction
des jeunes au sein de l'ARS Bretagne**

MARION GASPAROTTO

Juin 2018

*Sous la direction de
CELINE ROTHE*

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier,

Céline Rothé, pour son accompagnement bienveillant et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail,

Eric Le Grand, d'avoir accepté de présider le jury de la soutenance à laquelle donnera lieu cet écrit,

Virginie Muniglia et l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master ENJEU, de nous permettre de suivre une formation aussi riche et de qualité,

Salima Taymi, pour son investissement tout au long du stage, ses conseils, ses encouragements, sa bienveillance, qui ont rendu cette expérience si formatrice,

Nadine Cambla, Michelle Dolou, Jean-Marc Jaunet, Anaëlle Kerneis, Hélène Kurz, Claire Lerouveau, Anita Mangal, Adrian Mohanu, Myriam Racapé, et l'ensemble de la DAPPS, pour leur accueil chaleureux au sein du service,

L'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ce stage, m'ayant permis de nourrir les réflexions sur la santé des jeunes,

Justine, Laurine, Pauline, pour les moments de soutien tout au long de cette année à la fois riche et intense,

Famille et amis, de m'avoir toujours soutenue et encouragée, depuis les débuts et jusqu'à l'aboutissement de cette dernière année d'étude.

Sommaire

1	Préambule	7
1.1	L'Agence régionale de santé.....	7
1.2	La commande relative à la mission de stage et les autres missions associées.....	8
1.3	L'émergence des premiers questionnements	9
2	Introduction	11
2.1	Lorsque la jeunesse est partout... ..	11
2.2	...et que tout est santé.....	12
2.3	...la rencontre entre jeunesse et santé devient une évidence	12
3	Mise sur agenda d'une politique relative à la santé des jeunes à l'échelle nationale ..	15
3.1	Les années 1980 : considérer l'être en devenir.....	15
3.2	Les années 2000 : accueillir et écouter la souffrance	16
3.3	La santé des jeunes aujourd'hui : à la quête du bien-être	18
4	Mise en œuvre de l'action publique en faveur de la santé des jeunes au niveau régional : analyse d'une immersion au sein de l'ARS Bretagne	21
4.1	L'Agence régionale de santé : lieu de décision et de mise en œuvre des politiques publiques.....	21
4.1.1	La politique de santé en direction des jeunes	22
4.1.2	Un guide pour l'action : le Projet régional de santé	22
4.2	<i>Top-down</i> ou <i>bottom-up</i> ? Une organisation marquée par sa verticalité	24
4.2.1	Le fonctionnement interne.....	24
4.2.2	Les relations externes	25
4.3	L'administration et ses ressortissants : quelle relation ?.....	29

5	Vers une approche transversale des politiques de jeunesse ?.....	33
5.1	La santé des jeunes : un enjeu de transversalité en interne.....	33
5.2	Politique de jeunesse et politique de santé : une difficile rencontre.....	34
6	Conclusion.....	37
	Bibliographie.....	41

Liste des sigles utilisés

ANMDA : Association nationale des maisons des adolescents

ANPAEJ : Association nationale des points accueil-écoute jeunes

ARML : Association régionale des missions locales

ARS : Agence régionale de santé

CLS : Contrat local de santé

COS : Cadre d'orientation stratégique

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRAJEP : Comité régional des associations de jeunesse et d'éducation populaire

CRIJ : Centre régional d'information jeunesse

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DTPJJ : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

HSCP : Haut conseil de la santé publique

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

MDA : Maison des adolescents

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de santé

PAEJ : Point accueil-écoute jeunes

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRS : Projet régional de santé

SNS : Stratégie nationale de santé

SRS : Schéma régional de santé

1 PREAMBULE

Ce travail d'analyse fait suite à une mission de stage de vingt-et-une semaines, réalisée à l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne, au sein de la Direction de la santé publique et de la Direction adjointe prévention et promotion de la santé. Placée auprès de la référente « population enfant, jeune », j'ai intégré le service afin de participer au développement de l'approche populationnelle « jeune » au sein de l'agence.

1.1 L'Agence régionale de santé

Créées en 2010, les ARS sont des établissements publics, rattachés au Ministère des solidarités et de la santé. Autonomes dans leur gestion administrative et financière, elles ont pour mission le pilotage de la politique de santé dans chaque région. L'ARS Bretagne, avec ses quatre cent agents, met en œuvre la politique de santé en région Bretagne. Elle est organisée à partir d'une direction générale, d'une direction des ressources et de trois directions métiers, à savoir la Direction des coopérations territoriales et de la performance, la Direction de la stratégie régionale en santé et la Direction de la santé publique, couvrant ainsi un large champ d'actions (prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire, organisation de l'offre de soin en ville et dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.). Elle dispose également de quatre délégations départementales, l'objectif étant de s'inscrire dans une action « au plus près des besoins de la population » (<https://www.bretagne.ars.sante.fr>).

Afin d'assurer le pilotage de la politique de santé en région, chaque ARS élabore un Projet régional de santé (PRS), arrêté pour une durée de cinq ans. Actuellement en cours de concertation dans la plupart des régions, le PRS de deuxième génération devrait être arrêté, en ce qui concerne l'ARS Bretagne, au cours du mois de juin 2018. C'est dans ce contexte qu'a débuté, il y a six mois, ma mission de stage, l'approche populationnelle « jeune » étant désormais inscrite dans le nouveau PRS. Cela implique de penser différemment la mise en œuvre de l'action en direction des jeunes, ce qui constitue un des enjeux actuels de l'ARS Bretagne. En interne, il s'agit de travailler en transversalité, avec les autres directions métiers ; en externe, il s'agit de définir sa place parmi l'ensemble des acteurs porteurs d'une politique publique de jeunesse. C'est, entre autres, cette actualité qui a donné lieu à la définition d'une mission de stage.

1.2 La commande relative à la mission de stage et les autres missions associées

Afin de mener une réflexion autour de l'approche populationnelle « jeune » au sein de l'agence, la mission proposée s'est appuyée sur un des chantiers du PRS, portant sur la santé des adolescents et des jeunes adultes et consistant à « construire des réponses graduées aux besoins de santé des jeunes et des adolescents ». A partir des réflexions déjà en cours sur le sujet, l'objectif était de faire valider, auprès des acteurs concernés, une organisation des réponses aux besoins de santé des jeunes sous forme de graduation. Par graduation, on entend des réponses allant de l'accueil – écoute jusqu'aux situations les plus complexes, en passant par des accompagnements plus ou moins longs et plus ou moins spécialisés. Le travail s'est organisé en trois étapes, une première ayant pour objectif d'identifier les réponses existantes, une seconde visant à les organiser de façon à mettre en évidence un « modèle » par graduation et le faire valider par les acteurs (rencontrés dans le cadre d'entretiens semi-directifs), enfin, la troisième étant la réalisation d'un document de synthèse, comprenant un état des lieux et des propositions pour la poursuite de l'action.

Au-delà de cette mission principale, j'ai pu être sollicitée à plusieurs reprises pour d'autres missions. Dans le cadre des travaux en lien avec le PRS, j'ai participé à la rencontre du groupe thématique régional « santé des jeunes » et pu présenter, à cette occasion, ma mission de stage et le chantier du PRS y étant associé. J'ai également été mobilisée sur un second chantier du PRS, visant à « réguler les prises en charge de jeunes et adolescents en situation complexe ». J'ai, par ailleurs, assisté à diverses réunions, et notamment aux rencontres avec le rectorat pour l'élaboration d'une convention-cadre, aux réunions d'équipe projet dans le cadre du développement de la nouvelle Maison des adolescents (MDA) de l'Ille-et-Vilaine et aux réunions bilans de plusieurs Points accueil-écoute jeunes (PAEJ), ainsi qu'à deux journées de sensibilisation à la radicalisation à destination des professionnels de santé, organisées par l'ARS.

Dans le cadre de ce stage, j'ai également participé à la vie du service, en étant présente lors des réunions de service et des réunions régionales au cours desquelles sont présents les référents prévention et promotion de la santé des délégations départementales. Une des actualités du service au cours de ma mission étant le lancement d'un appel à projets, j'ai pu assister au déroulement de la procédure, en termes d'organisation en interne pour l'élaboration et la publication de l'appel à projets, puis pour l'instruction des dossiers.

Cette immersion au sein de l'institution, environnement véritablement nouveau me concernant, m'a permis de nourrir les réflexions sur les questions de santé des jeunes et plus largement sur la mise en œuvre des politiques de jeunesse. La confrontation de mes représentations en amont, avec l'expérience d'action au sein de l'institution, m'a permis de soulever de nombreux questionnements et de tenter ainsi de comprendre le fonctionnement de notre système d'action publique.

1.3 L'émergence des premiers questionnements

Avant même de débiter la mission, en ayant eu connaissance seulement de sa description, plusieurs questions se sont posées :

- La question de la temporalité : à quelle étape du projet vient s'intégrer la mission de stage et quel est le calendrier du projet ?
- La question de l'échelle territoriale : le niveau d'action est-il régional ? Comment procéder pour agir à cette échelle ?
- La question de l'organisation interne : qui, au sein de l'ARS, travaille sur ce projet ?
- La question du partenariat : quels acteurs externes seront associés à la démarche ? Des professionnels de la santé ? Des professionnels de la jeunesse ?
- La question de la participation des jeunes : est-il prévu d'interroger les jeunes ?

A cette dernière question, il m'a été expliqué que cela relevait davantage des missions d'autres acteurs que de celles de l'ARS. C'est l'une de mes premières représentations à avoir été confrontée à la « réalité » : comment, alors, travailler sur les besoins de santé des jeunes sans interroger ces derniers ? J'ai supposé, dans un second temps, que s'il n'était pas prévu d'aller à la rencontre des jeunes, les acteurs externes associés à la démarche seraient des professionnels « de terrain », accompagnant les jeunes au quotidien. A nouveau, mes représentations ont été déconstruites. L'ARS étant un acteur positionné à l'échelle régionale, les relations se font, en grande majorité, avec les acteurs relevant de cette même échelle. Ces différents questionnements se sont finalement posés à plusieurs reprises tout au long de la mission de stage. Ils seront à nouveau abordés dans le cadre de ce travail d'analyse.

Au-delà de ces premières interrogations, s'est rapidement posée la question du rôle de l'ARS. C'est un établissement financeur mais de quels autres leviers d'action dispose-t-il ? Comment, par ailleurs, l'ARS se retrouve-t-elle mobilisée sur tel ou tel sujet ? Et quelles sont les attentes, en termes d'action, sur cette échelle territoriale particulière qu'est la région ? Cette deuxième phase de questionnements, émergeant dès les premières semaines de mission, met en évidence la tentative de compréhension d'un fonctionnement institutionnel qui apparaît comme étant complexe. Et, le comprendre, c'est pouvoir ensuite tenter d'y prendre place en tant que stagiaire.

La prise en compte de la population « jeune » étant en construction, la question se pose de savoir comment elle est intégrée à cette organisation. Cela revient ainsi à se demander : comment l'ARS Bretagne se saisit-elle des questions de santé des jeunes ?

2 INTRODUCTION

La jeunesse, la santé, sont deux champs d'action bien spécifiques qui, nous le verrons, se rencontrent fréquemment : on parle de la santé à l'école, de celle des jeunes en insertion, de celle des jeunes relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), etc. Pour autant, lorsque l'on pense jeunesse, on ne pense pas toujours santé, et lorsque l'on pense santé, le lien à la jeunesse ne va pas toujours de soi. Qu'est-ce qui, aujourd'hui, rapproche ces deux secteurs d'action publique ? Comment sont-ils articulés et comment cela se traduit-il en termes de mise en œuvre de l'action publique en matière de santé des jeunes ?

2.1 Lorsque la jeunesse est partout...

« Etre jeune, c'est être considéré par les adultes comme des enfants et par les enfants comme des adultes » ; cette définition de la jeunesse, proposée par une étudiante de vingt-deux ans interrogée dans le cadre d'une enquête par micro-trottoir, montre à quel point la dimension sociale est importante lorsqu'il s'agit de parler de jeunesse. Le regard porté sur les jeunes est une construction de chaque société, évoluant dans le temps et dans l'espace. Définir la jeunesse s'avère ainsi être un exercice complexe, ce qui va se traduire sur le plan politique. En France, la politique de jeunesse, à l'échelle nationale, manque non seulement de visibilité mais également de lisibilité (Boulin, 2018). Alors que le quinquennat précédent mettait en avant sa « Priorité jeunesse » (Comité interministériel de la jeunesse, 2013), dans les champs de l'éducation, de la santé, de l'insertion, de la culture, etc., c'est davantage un flou qui caractérise les volontés politiques actuelles en matière de jeunesse. Par ailleurs, la jeunesse, qui partageait précédemment un ministère avec « les sports », se retrouve aujourd'hui quelque peu « cachée », au sein du Ministère de l'éducation nationale. Aurions-nous quelques difficultés à définir nos politiques de jeunesse ? Parfois politiques de loisirs, parfois politiques éducatives, elles n'existent pas, pour le moment, en tant que catégorie spécifique d'action publique. Chaque secteur d'intervention va alors se saisir de la question des jeunes : le travail, la santé, la justice, etc. La jeunesse est ainsi partout, sans toutefois pouvoir être pensée comme un « âge de la vie particulier » (Boulin, 2018, p. 3).

2.2 ...et que tout est santé...

La politique de santé, quant à elle, est davantage visible. Elle est pilotée par le Ministère des solidarités et de la santé au niveau national, qui définit sa Stratégie nationale de santé (SNS) pour cinq ans, et, comme évoqué précédemment, par les ARS dans chaque région. Malgré une certaine visibilité, les « frontières » de la politique de santé ne sont pas pour autant toujours bien lisibles. En effet, depuis la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1946, pour qui la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946, p. 1), tout concerne aujourd'hui la santé (des facteurs les plus proches de l'individu, aux facteurs les plus éloignés, c'est-à-dire aussi bien des déterminants individuels que sociaux, économiques, environnementaux, etc.) C'est dans cette approche globale de la santé que se positionnent également les ARS.

2.3 ...la rencontre entre jeunesse et santé devient une évidence

Face à ces constats, il semblait logique que politiques de jeunesse et politiques de santé finissent par se rapprocher. Depuis une vingtaine d'années, la santé des jeunes est affichée comme étant une priorité politique, notamment depuis la publication d'un rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP) relatif à la santé des enfants et des jeunes (Pommier, Laurent-Beq et Deschamps, 2003). Ce sujet fait aujourd'hui l'objet d'une attention particulière de la part de l'ensemble des pouvoirs publics : « des collectivités locales à l'Europe en passant par les agglomérations, les pays, les départements et les régions, tous les échelons de décision déclarent s'intéresser à cette question » (Amsellem-Mainguy et Loncle, 2010, p. 42). Par ailleurs, la mise en œuvre du parcours éducatif de santé au sein de l'Education nationale, l'élaboration d'une charte de la santé pour les jeunes en insertion sociale et professionnelle, et d'un plan PJJ promotrice de santé pour les jeunes relevant de la PJJ, sont autant d'exemples du rapprochement des questions de jeunesse et des questions de santé.

Pour autant, cet intérêt grandissant pour la santé des jeunes ne s'explique pas par une aggravation de leur état de santé. Amsellem-Mainguy et Loncle (2010) mettent en avant plusieurs éléments permettant d'éclairer cette évolution. En premier lieu, le contexte économique actuel impacte particulièrement les jeunes dans l'accès à l'emploi et au logement, et notamment les jeunes en difficulté sociale. Par ailleurs, le contexte sociétal tend à sanitiser des problématiques qui relèveraient davantage du social. Enfin, proposer

des actions ciblant les jeunes serait plus facile que proposer d'agir en direction d'autres populations (par exemple, les personnes toxicomanes, les personnes immigrées, etc.), ce qui explique en partie l'intérêt porté au public jeune de la part des décideurs publics. Les auteurs avancent également le fait que, même si cet intérêt marqué pour les questions de santé des jeunes est quelque chose de positif, certains éléments relatifs à sa mise en œuvre interrogent : « les méthodes mobilisées pour s'adresser aux jeunes ne sont guère questionnées, le contenu des messages, parfois fort stigmatisant, ne fait que peu l'objet de distanciation, les actions descendantes sont couramment préférées aux démarches de prévention par les pairs, les conséquences de la sanitarisation (à savoir le recul de l'intervention en matière sociale) ne font pas débat... » (Amsellem-Mainguy et Loncle, 2010, p. 43).

A cela s'ajoute la question des moyens, notamment humains, mis à disposition pour mener à bien l'ensemble de ces réflexions, dans le cadre de la mise en œuvre de l'action publique en faveur de la santé des jeunes. Entre une volonté politique affichée et des moyens réellement déployés, de quelles marges de manœuvre disposent les professionnels sollicités pour mettre en œuvre cette politique ? A l'ARS Bretagne, la référente « santé des jeunes » est seule à piloter ce sujet et cela ne concerne qu'une partie de son temps de travail. Qu'est-ce qui est alors attendu d'une ARS pour agir en faveur de la santé des jeunes ? Une telle institution, positionnée dans le champ de la santé, peut-elle se situer dans une approche transversale lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une action en direction des jeunes ?

C'est ce à quoi nous tenterons de répondre, en essayant de mener une réflexion générale, à partir de la situation de stage. Sur un plan méthodologique, l'analyse sera basée sur une démarche d'observation participante, alimentée d'un journal de terrain, ainsi que sur la passation de cinq entretiens semi-directifs, auprès de professionnels rencontrés dans le cadre de la mission de stage¹. Il est à noter que les observations partagées restent subjectives, en ce qu'elles sont construites dans une situation donnée, ne permettant pas de saisir l'ensemble des enjeux, à la fois professionnels, politiques et financiers, guidant la mise en œuvre de l'action publique au sein de l'ARS Bretagne. Elles apportent toutefois un

¹ Entretiens réalisés auprès de professionnels du Conseil départemental de l'Ille-et-Vilaine, du Rectorat de l'Académie de Rennes, de la délégation régionale de l'Association nationale des Maisons des adolescents (ANMDA), de la coordination régionale des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et de la Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP) en région Bretagne

regard extérieur, celui d'un « sujet naïf », au sens expérimental du terme, qui n'a pas connaissance, a priori, de l'organisation dans laquelle il vient prendre place.

La réflexion sera guidée par un cadre théorique sociologique, et plus précisément de sociologie de l'action publique (Hassenteufel, 2008 ; Lascoumes et Le Galès, 2007), avec un regard porté sur les modalités de mise en œuvre. Afin de situer l'émergence de la prise en compte du public jeune dans le champ de la santé, la première partie de ce travail proposera un bref historique de la mise sur agenda d'une politique relative à la santé des jeunes, au niveau national. La seconde partie sera consacrée à la mise en œuvre de l'action publique en faveur de la santé des jeunes, au sein de l'ARS Bretagne. Enfin, nous interrogerons la transversalité des politiques de jeunesse aujourd'hui, avant de conclure ce travail d'analyse.

3 MISE SUR AGENDA D'UNE POLITIQUE RELATIVE A LA SANTE DES JEUNES A L'ECHELLE NATIONALE

Si les ARS se sont progressivement saisi des questions de santé des jeunes, c'est notamment suite à l'identification de ce sujet comme « problème public » (Hassenteufel, 2008) au niveau national. En effet, alors que le dix-neuvième siècle est marqué par sa période hygiéniste, les préoccupations relatives à la santé des jeunes sont mises de côté au cours du siècle suivant, pour devenir progressivement, à la fin du vingtième siècle, une priorité politique (Boulin, 2018).

L'analyse de la mise sur agenda des questions relatives à la santé des jeunes, des années 1980 à aujourd'hui, permet d'étudier une évolution de société et du regard que celle-ci porte sur sa jeunesse. Précisons, par ailleurs, que les termes « jeunesse » et « adolescence » sont tous deux utilisés dans le champ politique, sans toutefois être toujours bien distingués. L'adolescence étant davantage employée en psychologie et la jeunesse en sociologie (Galland, 2011), la distinction entre ces deux notions fait toujours débat aujourd'hui (Boulin, 2018). Dans le cadre de ce travail, l'une et l'autre de ces notions pourra être employée, en fonction de ce à quoi elle fait référence (auteur, rapport public, dispositif, etc.), sans toutefois chercher à prendre part au débat.

3.1 Les années 1980 : considérer l'être en devenir

Avec la massification scolaire des années quatre-vingt, l'ensemble des jeunes individus vont accéder à « ce statut temporaire, « mi-enfant mi-adulte », « ni enfant, ni adulte » » (Bourdieu, 1984, p. 146), celui d'adolescent, en passant davantage de temps sur les bancs de l'école. Parallèlement, dans le domaine de la santé, on va commencer à considérer ce nouvel âge de la vie. Alors qu'auparavant les services de médecine pour adulte prenaient le relais des services de pédiatrie (à partir de quinze ans), on va chercher à prendre en compte, à partir des années quatre-vingt, les besoins de santé des adolescents et des jeunes adultes (Moro et Brison, 2016). Apparaît ainsi, au cours de ces années, une médecine de l'adolescent.

Sur le plan politique, un premier rapport du HCSP (1997) va mettre en avant la volonté de construire une politique en faveur de la santé des enfants et des jeunes. Les priorités évoquées concernent le développement de l'enfant (en lien avec sa famille, les

professionnels de la petite enfance et l'école), le repérage de la souffrance et des difficultés rencontrées par les enfants et les adolescents, la formation des professionnels intervenant auprès des jeunes (parents, enseignants, professionnels de santé) et le travail en réseau de ces professionnels, le développement de la recherche afin de mieux connaître l'état de santé des enfants et des jeunes, et la définition d'une politique globale, intégrant les dimensions physique mais aussi mentale de la santé, mise en œuvre aux niveaux national et local.

Les questions relatives à la santé des jeunes vont prendre une importance grandissante au cours des années suivantes. Le Grand (2010), dans un article retraçant l'historique de la place de la jeunesse dans la revue *La Santé de l'homme*, parle des « jeunes omniprésents » (p. 69) pour évoquer la période des années deux mille. C'est aussi à partir de ce moment-là que va apparaître la thématique de la souffrance psychique dans les discours.

3.2 Les années 2000 : accueillir et écouter la souffrance

En 2000, le HCSP publie un second rapport portant sur la santé des jeunes, et plus précisément sur la souffrance psychique de ces derniers. Commandé par la Ministère de l'emploi et de la solidarité, il fait suite à un rapport datant de 1997, relatif à la prévention et au soin dans les champs de la santé mentale et de la psychiatrie. Un éclairage plus précis vis-à-vis du public jeune est attendu, notamment en ce qui concerne certains indicateurs de santé (sont évoqués « les conduites violentes, les violences subies, les troubles psychiques associés à la précarité, les tentatives de suicide et les conduites addictives » (p. 1)), la place de la souffrance psychique, en termes de prévention et de prise en charge, et des professionnels intervenant auprès des jeunes (sont mentionnés les « médecins généralistes, psychiatres, professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, professionnels de l'éducation » (p. 1)). Le rapport aboutit à des recommandations, principalement en termes d'amélioration de l'information, de développement d'actions intégrant l'ensemble des professionnels faisant partie du quotidien des jeunes, d'organisation de réponses adaptées aux situations dites « de crise » (en interrogeant la place de la psychiatrie parmi l'ensemble des professionnels des champs de la santé et du social) et de création de structures permettant de répondre aux besoins identifiés (par la recherche notamment).

C'est ainsi que vont se développer, à partir du début des années deux mille, un certain nombre de dispositifs visant à accueillir et écouter la souffrance psychique des

jeunes. Les PAEJ sont créés par une circulaire de 2002², visant à unifier les points d'accueil (destinés aux jeunes, notamment en situation d'errance) et les points d'écoute (destinés aux jeunes et à leurs parents, principalement en lien avec la problématique addictive). Ce nouveau dispositif est destiné aux jeunes, qui rencontrent des difficultés (évoquées dans la circulaire en termes de « conflits familiaux, mal-être, échecs scolaires, conduites à risque, violences, délinquance, fugue, errance... »), et à leurs parents. Les PAEJ ont une fonction préventive, par l'accueil et l'écoute proposés, une fonction de médiation et une fonction de sensibilisation vis-à-vis des conduites à risque. Ils s'inscrivent dans des formes d'interventions dites « légères », en ne délivrant pas de soin.

Parallèlement, des expérimentations de « maisons des adolescents » se développent, faisant émerger l'idée d'un lieu, pluridisciplinaire, centré sur la question adolescente. Progressivement, on va chercher à développer ce concept et, en 2004, la volonté politique sera de mettre en place une MDA par département (www.anmda.fr). Le développement des MDA constituera également un des axes du Plan « Santé des jeunes » (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2008). Ces structures ont principalement pour mission l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des jeunes sur les plans médical, psychologique, éducatif, social et juridique. Elles s'adressent également aux familles de ces jeunes et aux professionnels qui les accompagnent.

Alors que voient le jour ces lieux, ainsi que leurs équipes pluridisciplinaires, spécifiquement dédiés à l'accompagnement des adolescents et des jeunes, c'est, à cette période-là, le regard porté sur l'adolescence, sur la jeunesse, qui évolue : « Il est moins question de rééduquer ou de discipliner que d'être à l'écoute de cette jeunesse. » (Enjolras, 2015, p. 50).

Ce regard porté sur la jeunesse s'inscrit dans une évolution plus globale de la société qui tend à « donner une interprétation psychique sur des phénomènes qui sont avant tout sociaux » (Enjolras, 2015, p. 12), c'est-à-dire à psychologiser, psychiatriser, sanitariser, des questions qui seraient davantage de l'ordre du social. Selon Fassin (2004), ce sont des conséquences d'inégalités, au départ sociales, que l'on interprète en termes de souffrance pour venir apporter des réponses sous forme d'écoute. En ce qui concerne les adolescents, Enjolras (2015) met en garde face au risque d' « élever au rang de la clinique psycho-

² Circulaire DGS/DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

sociale, toute forme de manifestations des adolescents » (p. 119). Selon lui, cela contribuerait à masquer les véritables raisons de ces manifestations, davantage liées à des facteurs socio-économiques et politiques.

La mise en œuvre d'une politique visant à accueillir et écouter la souffrance est qualifiée de « politique contemporaine de la pitié » par Fassin (2004). Il s'interroge alors : « Quels effets produit cette politique ? Ou plus précisément, les inégalités sociales étant ce qu'elles sont, qu'est-ce que cela change de les traduire dans le lexique de la souffrance et d'y répondre par l'institution des lieux d'écoute ? » (Fassin, 2004, p. 185). Nous reviendrons sur cette question qui interroge les limites que peuvent atteindre les politiques de santé mises en œuvre aujourd'hui.

Ces dernières années, la notion de souffrance a progressivement laissé place à celle de bien-être, amenant de nouveau un regard différent sur la jeunesse.

3.3 La santé des jeunes aujourd'hui : à la quête du bien-être

En 2015, les ministres de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et de la ville, de la jeunesse et des sports, rédigent une lettre de mission qui donnera lieu, en 2016, à la publication du rapport « Mission bien-être et santé des jeunes » (Moro et Brison, 2016). La santé y est abordée en termes de « bien-être » et « mal-être », termes employés à cent vingt reprises au cours du rapport. Les objectifs poursuivis, quant à eux, sont également centrés sur cette question du bien-être / mal-être : « Augmenter le bien-être de tous les jeunes » (p. 11) ; « Identifier le mal-être des jeunes de 11 à 21 ans » (p. 12) ; « Traiter ce mal-être de manière globale » (p. 12), etc. Est également mise en avant la volonté de créer du lien entre les domaines du soin et de l'éducation, les rapporteurs étant, par ailleurs, issus de ces deux champs d'intervention. Pour la mise en œuvre de ce plan, un co-pilotage est attendu, au niveau régional, par les ARS et les rectorats. Les premières actions définies concernent, entre autres, les expérimentations de remboursement des consultations psychologiques, la publication d'un nouveau cahier des charges pour les MDA dites « de deuxième génération » ou encore la création d'un corps unique de psychologues de l'Éducation nationale. Ces quelques mesures sont l'illustration d'une évolution de la place accordée au champ « psy », sans toutefois que les premiers concernés, à savoir les psychologues, soient véritablement associés aux réflexions.

Que nous disent ces évolutions du regard que la société porte sur sa jeunesse ? Alors que la recherche continue à souligner le fait que la plupart des jeunes vont bien, ce qui fait l'objet d'un récent ouvrage dirigé par le Professeur Philippe Jeammet, intitulé *Adolescents d'aujourd'hui ils vont bien, merci* (Jeammet, 2015), comment expliquer la prédominance du bien-être dans les discours ? Qu'est-ce que l'on cherche véritablement à faire lorsque l'on parle de favoriser ce « bien-être » auprès de l'ensemble des jeunes ?

Ce que va mettre en avant Enjolras (2015), c'est finalement que cette omniprésence du bien-être dans les discours, notion qui « met en valeur un idéal d'épanouissement aussi difficile à définir que la notion même de bonheur » (p. 55), s'apparenterait à une forme de contrôle de la jeunesse : « [...] pour viser le bien-être, il faudrait que les adolescents acquièrent l'envie de faire : envie de travailler, envie de réussir comme le prolongement d'envie, conformes à des idéaux de réussite sociale et comme marqueurs de cette même réussite. » (p. 56).

Cette responsabilité individuelle dans l'atteinte du bien-être, au sein d'une société où tout devient possible, est perceptible dans cet extrait du Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes (2016) : « Croire dans la jeunesse du 21ème siècle, c'est lui permettre de s'épanouir, de se construire comme citoyenne, dans la sérénité et la confiance, au sein d'une société qui n'oublie personne. C'est offrir une éducation qui exige de chacun effort et dépassement de soi, mais qui voit aussi derrière l'élève, un enfant ou un adolescent parfois fragile, à écouter, à accompagner, à rassurer, à protéger. » (p. 6).

L'image qui domine alors est celle d'une jeunesse à protéger, que l'on se doit d'accompagner, aussi bien dans le domaine de la santé que dans les autres domaines de sa vie. Pour Enjolras (2015), c'est une forme de pouvoir sur les adolescents qui « se juge et se mesure à l'aune du bonheur et du bien-être » (p. 65).

C'est dans ce contexte sociétal que va commencer à être pensée la santé des jeunes au sein des ARS, créées, nous l'avons vu, en 2010. Comment cette politique est-elle mise en œuvre ? C'est ce que nous allons aborder dans la partie qui suit, à partir de l'exemple de l'ARS Bretagne.

4 MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION PUBLIQUE EN FAVEUR DE LA SANTE DES JEUNES AU NIVEAU REGIONAL : ANALYSE D'UNE IMMERSION AU SEIN DE L'ARS BRETAGNE

Penser la santé des jeunes ne peut se faire, et nous l'avons vu, en dehors d'un contexte politique et sociétal plus général. Au-delà de ce contexte, c'est le fonctionnement de notre système d'action publique qui vient influencer les modalités de mise en œuvre d'une politique. Pour tenter de clarifier ce qui se joue entre ces différents éléments, nous allons à présent porter notre regard sur le fonctionnement d'une institution, l'ARS Bretagne, dans son action en direction du public jeune. Que fait l'ARS sur le sujet de la santé des jeunes ? Comment procède-t-elle ? Quelles sont les limites qu'elle rencontre face à ce fonctionnement ? L'ensemble de ces questions, soulevées tout au long de la mission de stage, seront développées dans cette deuxième partie.

4.1 L'Agence régionale de santé : lieu de décision et de mise en œuvre des politiques publiques

Une des particularités des ARS est leur dimension à la fois politique et administrative, c'est-à-dire qu'elles sont à la fois un lieu de décision et de mise en œuvre des politiques publiques. Si l'on s'en réfère au modèle d'analyse séquentiel proposé par Anderson (Hassenteufel, 2008), on peut analyser les politiques publiques selon un découpage en plusieurs étapes, parmi lesquelles la décision et la mise en œuvre. La décision regroupe deux sous étapes, à savoir la mise sur agenda effective, c'est-à-dire celle qui consiste à formuler les politiques publiques (après la sélection, par les autorités publiques, d'un « problème » public), et l'adoption d'une politique publique, consistant à formuler des propositions d'actions. L'étape de mise en œuvre, quant à elle, correspond à l'application de la politique publique par l'administration (Hassenteufel, 2008).

Bien que le modèle séquentiel ait fait l'objet de critiques, il permet de fournir un cadre à l'analyse. L'intérêt de cette approche, lorsque l'on s'intéresse au fonctionnement d'une ARS, est qu'elle permet de soulever une première ambiguïté : les acteurs administratifs, en participant à l'élaboration du PRS, prennent part à la fois à la phase de décision et de mise en œuvre des politiques publiques. Nous pouvons, dès lors, nous interroger sur l'impact que cela peut avoir en ce qui concerne les modalités de mise en

œuvre de ces politiques. Avant de nous intéresser plus précisément à ce questionnement, revenons sur la politique de santé des jeunes développée à l'ARS Bretagne.

4.1.1 La politique de santé en direction des jeunes

Lorsque les ARS sont créées en 2010, l'élaboration du premier PRS va permettre de se saisir de la notion de « parcours », dans l'idée de proposer des actions ciblant un public spécifique (Moro et Brison, 2016). Même si le public « jeune » n'est pas choisi par l'ensemble des ARS, nombreuses d'entre elles vont considérer que c'est un sujet dont il faut se préoccuper (souvent en lien avec les questions relatives aux addictions, à la santé mentale, aux troubles du comportement et au suicide). Ce sera le cas de l'ARS Bretagne qui, au sein de son PRS 2012-2017, affiche la volonté d'agir en direction des jeunes, dans son axe relatif à la prévention et à la prise en charge des conduites addictives.

En 2013, une référente « population enfant, jeune » est désignée au sein de l'agence. Un premier plan consacré à la santé des enfants et des jeunes est proposé, avec l'idée d'un pilotage par l'ARS et la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), mais, pour diverses raisons, ce plan n'aboutira pas. L'ARS va alors recentrer sa démarche sur le développement de dispositifs d'accueil et d'écoute tels qu'évoqués précédemment, à savoir les MDA et PAEJ. Elle assurera, dès lors, le suivi de ces dispositifs.

Les réflexions en direction du public jeune se poursuivent menant, en 2016, à l'inscription de l'approche populationnelle « jeune » au sein du PRS de deuxième génération, prochainement adopté, couvrant la période 2018-2022.

Aujourd'hui, l'objectif n'est plus de créer de nouveaux dispositifs mais plutôt de penser le développement d'actions futures au regard de l'existant.

4.1.2 Un guide pour l'action : le Projet régional de santé

Le PRS se compose d'un Cadre d'orientation stratégique (COS), d'un Schéma régional de santé (SRS) et d'un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) (<https://www.bretagne.ars.sante.fr>). Le COS (actuellement en concertation) fixe les objectifs de l'agence, pour une période de dix ans, en cohérence avec la SNS. Les jeunes y sont mentionnés comme étant une « population spécifique » (au même titre que les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes en

situation de précarité). Le SRS (également en phase de concertation) décline les orientations du COS, en définissant les travaux à engager pour une période de cinq ans. Le PRAPS, quant à lui, définit les actions à mener en direction des personnes en situation de précarité, pendant cinq ans, l'objectif étant de leur permettre de recourir au système de santé dans le cadre du droit commun.

Le PRS constitue ainsi un instrument d'action, guidant ensuite la mise en œuvre de la politique publique définie. Concernant la politique en direction du public jeune, le SRS, dans son axe dédié à la santé périnatale, des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, comporte trois chantiers visant à agir auprès des adolescents et des jeunes adultes.

Le premier s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et de prévention des comportements défavorables à la santé, en abordant le sujet des addictions, de la sexualité, de la souffrance psychique, de la vaccination et des risques auditifs.

Le second, ayant fait l'objet de la mission de stage, propose d'aborder les réponses aux besoins de santé des jeunes de manière graduée, dans un double objectif : « assurer un accueil et une écoute de qualité et accessible aux jeunes et à leur entourage », d'une part, et « faciliter l'accès des jeunes aux prises en charge », d'autre part. Pour ce faire, le travail consiste à associer les acteurs intervenant auprès des jeunes afin de construire des réponses allant des accompagnements les plus « simples » aux plus « complexes », l'objectif étant d'améliorer le repérage, l'orientation et la prise en charge. Sont mentionnées les problématiques en lien avec les addictions, la sexualité, la souffrance psychique et les troubles du comportement alimentaire.

Le dernier chantier concerne les jeunes en situation dite « complexe », c'est-à-dire des jeunes qui nécessitent des prises en charge multiples et coordonnées. Trois axes de travail sont retenus à ce sujet : l'un concernant la mise en place d'espaces de concertation autour de ces situations, le second visant à développer des formations croisées entre acteurs (issus des champs de la santé, du social, de l'éducatif et de la justice), et le troisième relatif à la mise en place d'équipes ressources autour de ces situations.

L'ARS met en œuvre sa politique de santé en direction des jeunes en élaborant, ensuite, un plan d'actions à partir des chantiers définis dans le PRS.

4.2 *Top-down* ou *bottom-up*? Une organisation marquée par sa verticalité

L'une des caractéristiques de notre système politique français, à laquelle les ARS n'échappent pas, est la verticalité du fonctionnement, ce qui va avoir des conséquences en termes de mise en œuvre de l'action publique. Par la notion de verticalité, on entend une organisation basée à partir de plusieurs niveaux (ici, national, régional, départemental, local), chaque niveau étant considéré comme ayant un impact sur le niveau inférieur (dans une perspective allant du haut vers le bas, c'est-à-dire du national vers le local). A l'inverse, l'approche *bottom-up* (du bas vers le haut) considère davantage les interactions entre les différents acteurs sur un territoire donné (Hassenteufel, 2008).

L'ARS, en étant positionnée à l'échelle régionale, occupe une place particulière, ce qui va se traduire aussi bien dans son fonctionnement interne que par ses relations externes. Par ailleurs, son rôle de décideur et de financeur n'est pas sans conséquences sur ces relations.

4.2.1 Le fonctionnement interne

Plusieurs niveaux territoriaux sont concernés, en interne, par les questions relatives à la santé des jeunes : le niveau national, une référente « santé des jeunes » étant nommée au Ministère, le niveau régional, une équipe projet étant constituée sur ce sujet au siège de l'ARS, et le niveau départemental, les délégations départementales étant également activement impliquées sur ce sujet. Le niveau local, quant à lui, est considéré comme faisant partie de cette organisation par le biais des Contrats locaux de santé (CLS). Portés de manière conjointe par les délégations départementales de l'ARS et les collectivités territoriales, ces contrats définissent des actions à mettre en œuvre au niveau local, à partir des besoins identifiés par les acteurs de terrain. Ils peuvent ainsi porter un intérêt aux questions relatives à la santé des jeunes mais cela n'est pas une nécessité. Précisons également que l'ARS, au niveau du siège, n'est pas en lien avec ces CLS.

En effet, chacun de ces niveaux va avoir des relations uniquement avec le ou les niveaux les plus à proximité. Ainsi, l'ARS, au niveau du siège, est en lien avec le Ministère et les délégations départementales. Cette organisation donne une impression de verticalité, avec une administration qui n'atteint pas le « terrain ». La particularité de cet échelon régional est de devoir se positionner entre les spécificités territoriales identifiées par les délégations départementales, d'une part, et les orientations nationales, d'autre part. Aussi,

il m'aura été rappelé, à plusieurs reprises, que la SNS était « notre document de référence »³.

Cette position particulière du niveau régional a constitué l'une de mes premières difficultés : comment agir de manière pertinente sur l'ensemble de la région, sans connaître les spécificités territoriales, et en répondant aux besoins de tous les jeunes bretons ? Ce niveau de mise en œuvre apparaît comme étant complexe et semble coexister avec un second niveau de mise en œuvre, davantage local. L'analyse des relations que l'ARS entretient avec ses partenaires externes va également dans le sens de ce constat.

4.2.2 Les relations externes

La santé des jeunes est un sujet qui fait intervenir de nombreuses relations partenariales, impliquant plusieurs institutions, aussi bien publiques qu'associatives, présentes à différentes échelles territoriales.

Dans le cadre des travaux en lien avec le PRS, un groupe de travail a été mis en place. Piloté, tout comme l'équipe projet interne, par la référente « santé des jeunes », il se compose d'acteurs relevant des institutions suivantes : Conseil régional, conseils départementaux, Rectorat, Direction territoriale de la Protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ), Observatoire régional de santé (ORS), Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), Centre régional d'information jeunesse (CRIJ), représentants régionaux de l'Association nationale des Maisons des adolescents (ANMDA) et de l'Association nationale des Points accueil-écoute jeunes (ANPAEJ), services de médecine préventive des universités, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

La composition de cet espace de travail amène un double constat : d'un part, les acteurs associés aux travaux de l'ARS font partie, en majorité, d'institutions publiques ou associatives de niveau régional ; d'autre part, il s'agit davantage d'acteurs relevant du champ de la santé que de celui de la jeunesse (on pourrait associer, par exemple, les associations d'éducation populaire ou encore les missions locales).

Dans le cadre de ma mission de stage, j'ai rencontré une partie de ces acteurs en entretiens semi-directifs. Ces entretiens avaient pour objectif, à partir du « modèle » d'organisation des réponses sous forme graduée, de comprendre les relations entre les

³ Journal de terrain, le 20 novembre 2017

acteurs œuvrant pour la santé des jeunes et d'identifier à la fois les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées sur le terrain. L'analyse des discours des professionnels interrogés met en avant la difficulté à identifier ce qui pose problème dans les réponses à apporter aux besoins de santé des jeunes. Cela amène plusieurs réflexions, à la fois sur le fait que ces acteurs interviennent à une échelle régionale, et d'autre part sur la position de l'ARS comme décideur et acteur de la mise en œuvre des politiques publiques.

Sur le premier point, c'est le décalage entre les informations recueillies lors de réunions auprès de professionnels « de terrain » et dans le cadre de ces entretiens qui interpelle. En effet, alors que les professionnels au contact des jeunes au quotidien font état des difficultés qu'ils rencontrent (des situations de jeunes de plus en plus complexes, des difficultés à orienter dues à une insuffisance de réponses sur certains territoires, un manque de moyens pour proposer des accompagnements adaptés, etc.), peu d'éléments sont avancés lors des temps d'échanges avec les acteurs régionaux. Une des professionnelles finit même par dire, en fin d'entretien, que « *ceux qui demandent au fond trouvent toujours une réponse* »⁴. Ce propos est d'autant plus paradoxal que la structure dans laquelle elle intervient possède une liste d'attente d'un an en moyenne pour l'obtention d'un premier rendez-vous.

Ces professionnels, « référents » régionaux de différentes structures, ont-ils un intérêt particulier à mettre en avant le fait que, dans leur structure, globalement tout va bien ? Aurais-je récolté les mêmes informations en me présentant comme étudiante plutôt que comme stagiaire de l'ARS ? Le fait que l'ARS soit à la fois décideur et acteur de la politique à mettre en œuvre, mais aussi qu'elle soit un financeur important, n'est sans doute pas sans conséquence sur les discours de ces professionnels interrogés. L'un d'eux aura, par ailleurs, précisé, que le fait d'être « représentant » régional permet d' « *être un interlocuteur privilégié avec les instances régionales telles que l'ARS, le Rectorat, la PJJ* »⁵.

Pour les différentes structures présentes sur le territoire, il est en effet intéressant d'avoir une représentation régionale. Il semble aussi cohérent que l'ARS échange avec ces personnes-là, qui ont pour mission de centraliser l'information, en étant à la fois les interlocuteurs des instances régionales, mais aussi des professionnels sur le terrain.

⁴ Entretien réalisé le 8 mars 2018

⁵ Entretien réalisé le 1^{er} mars 2018

Toutefois, dans le cadre de ma démarche, l'objectif était de construire ensemble un modèle de réponses graduées aux besoins de santé des jeunes, répondant au mieux aux réalités de terrain. Je m'attendais ainsi à ce que le modèle présenté en entretien soit critiqué, « déconstruit » puis « reconstruit ». Mais aucun élément en ce sens n'a été apporté. Dans l'ensemble le modèle est « validé », un élément étant toutefois mis systématiquement en avant, à savoir l'importance de considérer un continuum de réponses, avec des zones qui se recouvrent : « *L'idée est de mettre en évidence des zones de recouvrement. La réalité et la complexité des situations prédisposent à cela.* »⁶ ; « *C'est important que plusieurs structures puissent répondre aux mêmes missions [...]. C'est ça aussi l'idée de réponse graduée. [...] il ne faut pas forcément un seul interlocuteur.* »⁷. On en conclura une forme de « oui... mais... », sans savoir si véritablement le modèle proposé fait sens au regard des situations vécues sur le terrain.

C'est, par ailleurs, l'échange avec une professionnelle « de terrain », dans le cadre de la formation à l'EHESP, qui m'a amenée à interroger cet éventuel décalage entre les informations qui remontent jusqu'à l'ARS et celles qui « restent » sur le terrain. Ainsi, en interrogeant cette professionnelle, psychologue de fonction, j'apprends qu'elle n'a aucune relation avec l'ARS, que ce soit au niveau du siège ou des délégations départementales. Elle me dira, par ailleurs, à propos d'un projet qu'elle et son équipe ont soumis auprès de leur direction, s'être entendue dire : « *ce n'est pas dans les priorités de l'ARS* ». L'ARS semble ainsi être perçue, par cette professionnelle, comme une organisation de décision, qui définit des priorités pour financer des projets, sans tenir compte des réalités sur le terrain. Or, l'ARS, de son côté, met en place des groupes de travail dans l'objectif de construire de manière collective la politique à mettre en œuvre.

Il semble y avoir une incompréhension de part et d'autre, avec de fortes représentations sur les manières d'agir de chacun, et une communication qui ne parvient pas à « franchir » les différentes échelles territoriales. C'est également ce que soulignent Pommier et Laurent-Beq (2004) dans leur étude : « Les acteurs de terrain se sentent par ailleurs peu soutenus par les acteurs politiques. De ce fait, il est parfois difficile de décliner des politiques régionales au niveau local, aucune concertation ou rencontre n'ayant été

⁶ Entretien réalisé le 1^{er} mars 2018

⁷ Entretien réalisé le 8 mars 2018

organisée en amont ou aucune communication n'ayant été mise en œuvre entre ces différents échelons, politiques et technique. » (p. 89).

Par ailleurs, pour en revenir à la question du financement, elle fait intervenir une forme de verticalité dans les relations et contribue à renforcer ces représentations. Les structures financées par l'ARS par le biais de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), par exemple, doivent « rendre des comptes » vis-à-vis de leur activité, par la réalisation de rapports d'activités et de bilans annuels auprès de l'ARS. Ce sentiment de verticalité s'observe aussi avec la modalité de financement par appel à projets. C'est l'administration qui va juger de la pertinence de tel ou tel projet et lui attribuer, ou non, des financements. Tout cela pose la question de la légitimité de la décision. Dans le cadre du stage, j'ai pu étudier plusieurs dossiers dans le cadre de l'appel à projets. Je me suis retrouvée dans l'incapacité de juger lesquels étaient de « bons » ou de « mauvais » projets.

Au-delà de ces différents constats faisant intervenir la question des « niveaux » d'action, le deuxième élément ayant retenu notre intérêt au début de cette analyse était la présence, en majorité, d'acteurs relevant du champ de la santé. En effet, aussi bien par la composition du groupe de travail que lors des échanges en entretien, ce sont les professionnels de santé qui sont mis en avant.

Aussi, dans le cadre des entretiens, le lien sera systématiquement fait avec le secteur médical, et plus particulièrement psychiatrique (ce qui peut, en partie, être induit par le « modèle » de réponses graduées présenté). Seule une professionnelle m'évoque le rôle que peuvent jouer des acteurs ne relevant pas du domaine de la santé : « *Les assistants d'éducation sont souvent oubliés et pourtant constituent une ressource auprès de laquelle un jeune peut se confier. Les associations, les festivals, peuvent être associés sur comment ils peuvent avoir une connaissance du dispositif, pour savoir comment orienter les jeunes qui peuvent se montrer en difficulté.* »⁸.

Si les professionnels de la jeunesse sont, pour le moment, peu associés aux réflexions relatives à la santé des jeunes, qu'en est-il des jeunes eux-mêmes ?

⁸ Entretien réalisé le 6 mars 2018

4.3 L'administration et ses ressortissants : quelle relation ?

S'intéresser à la mise en œuvre de l'action publique, c'est s'intéresser au public vers qui on dirige les effets, à savoir ici les jeunes. Nous avons évoqué les acteurs associés aux travaux mis en œuvre à l'ARS, parmi lesquels de nombreux professionnels, mais les jeunes demeurent absents. Ils ne sont, en effet, pas du tout en lien avec l'ARS et ne sont associés ni aux actions ni aux réflexions dans le cadre de la politique à mettre en œuvre. On peut même supposer qu'ils ignorent tout de cette politique, ce que souligne l'étude de Pommier et Laurent-Beq (2004).

Alors que l'ARS est peu en lien avec le niveau local, atteignant difficilement les acteurs « de terrain », elle l'est encore moins avec le public auprès duquel elle souhaite agir, à savoir les jeunes. Cela met en avant une limite importante à l'action : comment faire pour les jeunes, sans les jeunes ? Comment savoir quels sont véritablement leurs besoins ? Comment adapter l'action à leurs pratiques ?

L'une des principales difficultés rencontrées dans le cadre de ma mission de stage a été celle-ci. Je devais penser pour les jeunes, sans avoir une idée claire des problématiques qui pouvaient se poser à eux. A ce sujet, un échange avec la chargée de mission du développement de la nouvelle MDA de l'Ille-et-Vilaine a été particulièrement éclairant. Celle-ci a intégré, dans sa démarche de diagnostic territorial, des focus groups avec les jeunes.

Les éléments recueillis sont intéressants : parmi eux, on retiendra, par exemple, que pour les jeunes, le médecin généraliste n'est pas une ressource identifiée (en cause, la trop grande proximité avec le milieu familial, le souci étant également de devoir présenter la carte vitale). Il en va de même pour l'école : les jeunes ne l'identifient pas comme une ressource pouvant leur apporter une écoute, notamment par crainte que les échanges avec les enseignants ou autres professionnels soient rapportés aux parents. Or, les professionnels interrogés lors des entretiens mettent systématiquement en avant le rôle essentiel du médecin généraliste et du milieu scolaire. Non pas que cela soit erroné, il s'agit davantage de chercher à comprendre par quels moyens ces acteurs pourraient être identifiés par les jeunes comme d'éventuelles ressources, avant de considérer cela comme étant acquis. A noter également que, parmi leurs ressources principales, les jeunes identifient leur famille et leurs pairs. Or, si l'accompagnement des familles est systématiquement abordé par les professionnels lors des entretiens, le rôle joué par les pairs n'est à aucun moment soulevé.

Pourtant, c'est un sujet de plus en plus présent au cœur des réflexions aujourd'hui. Tout un champ de la recherche porte sur les questions de prévention par les pairs et a déjà montré tout l'intérêt de ce type de démarche (Le Grand, 2014). Il serait intéressant, à présent, de penser la mise en œuvre de ces modalités d'action. C'est notamment une des volontés affichées au sein du nouveau PRS.

Finalement, un simple échange avec une professionnelle ayant entrepris une toute autre démarche, associant le public concerné par son action, aura permis d'apporter quelques éléments essentiels pour penser la suite de l'action de manière pertinente. Même si l'ARS, de par sa position régionale, peut difficilement interroger et associer les jeunes de manière directe, elle peut le faire par l'intermédiaire d'acteurs locaux.

L'enquête menée par Pommier et Laurent-Beq (2004) vient conforter cette idée. Leur démarche est intéressante en ce qu'elles interrogent à la fois des décideurs, des professionnels de santé, des professionnels de jeunesse, des représentants de parents d'élèves et des jeunes (âgés de 15 à 25 ans). Elles identifient plusieurs instances, au niveau local, permettant d'instaurer la participation des jeunes. Parmi elles, on retrouve les conseils municipaux de jeunes, les commissions de jeunes ou encore les dispositifs « initiatives jeunes ». De manière moins « formelle », certaines communes mettent également en place des dispositifs qui visent à favoriser l'échange entre le niveau politique et les habitants.

En effet, bien que méconnaissant la politique de santé mise en œuvre, les jeunes évoquent le souhait de pouvoir être impliqués dans les réflexions. Les auteures citent ainsi les propos suivants : « *C'est trop entre professionnels, il faudrait peut-être qu'ils pensent aux jeunes, car en fait, ils font ça pour nous et on est même pas au courant...* » (Pommier et Laurent-Beq, 2004, p. 86).

Alors que l'analyse de l'organisation de l'ARS semble faire émerger deux « niveaux » de mises en œuvre (un régional et un local), le discours des jeunes interrogés par Pommier et Laurent-Beq (2004) met, quant à lui, en avant, l'existence de deux « mondes » parallèles, celui du public, les jeunes, et celui des professionnels, en insistant sur l'importance de fonctionner davantage ensemble.

Des réflexions pourraient ainsi être menées, à la fois sur le rapprochement des échelons local et régional et, de la même manière, sur celui des jeunes avec les politiques mises en œuvre à leur égard : « L'échelon communal s'avère également très propice à

l'exercice de la citoyenneté et, donc, à la participation des jeunes à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique les concernant, y compris dans le domaine de la santé. »
(Pommier, Laurent-Beq et Deschamps, 2003, p. 82)

5 VERS UNE APPROCHE TRANSVERSALE DES POLITIQUES DE JEUNESSE ?

La politique relative à la santé des jeunes, mise en œuvre au sein de l'ARS Bretagne, se caractérise par un travail majoritairement réalisé au niveau régional et avec des acteurs issus du champ de la santé. Par ailleurs, elle ne propose pas, à l'heure actuelle, d'espace permettant aux jeunes d'être impliqués dans cette politique.

Pour autant, l'ARS Bretagne affiche clairement la volonté d'œuvrer en faveur de la santé des jeunes, par l'inscription de ce sujet au sein du nouveau PRS en tant qu'approche populationnelle. Précisons que cela n'est pas le cas de toutes les ARS en France, certaines continuant à aborder la question des jeunes au sein de différentes thématiques, de manière segmentée.

Par cette démarche, l'ARS Bretagne cherche à répondre à un enjeu de transversalité, en premier lieu, en interne. Elle s'interroge également sur la place qu'elle peut occuper parmi l'ensemble des acteurs porteurs d'une politique publique de jeunesse. Ici, c'est la question des moyens, notamment humains, mis à disposition qui interroge. Cela était soulevé au début de ce travail : l'ARS, dans sa situation actuelle (c'est-à-dire une référente « santé des jeunes », sur une partie de son temps de travail, positionnée au siège) peut-elle véritablement proposer d'autres modalités de mise en œuvre que ce qu'elle fait déjà aujourd'hui ? C'est ce que nous allons tenter de clarifier dans cette dernière partie.

5.1 La santé des jeunes : un enjeu de transversalité en interne

L'inscription de l'approche populationnelle « jeune » au sein du nouveau PRS a permis la mise en place d'une équipe projet spécifique sur ce sujet, transversale à plusieurs directions adjointes (hospitalisation et autonomie, démocratie en santé et qualité, santé environnement, offre ambulatoire) et thématiques de travail (autisme, vie affective et sexuelle, santé mentale). Il s'agit d'un premier enjeu auquel l'ARS souhaitait répondre en définissant un axe spécifiquement dédié à la santé des jeunes dans le PRS.

Le sujet est ainsi davantage visible, avec une référente thématique bien identifiée, aussi bien au siège qu'au sein des délégations départementales. Il y a quelques mois, une première réunion portant spécifiquement sur ce sujet a ainsi eu lieu entre professionnels du siège et des délégations départementales. Ce temps d'échange est apparu comme

particulièrement intéressant et utile pour tous. Le manque de temps et la nécessité permanente de prioriser les missions ne permettent malheureusement pas de proposer un temps comme celui-ci de manière régulière, au regret de tous. Force est de constater ainsi que ce sujet a toute sa place au sein de l'ARS, tant il interpelle les professionnels, aussi bien au siège que dans les délégations départementales.

Cette transversalité, en interne, ne peut aller au-delà du champ de la santé. Aussi, il est intéressant de s'interroger également sur la possible transversalité en externe, en considérant, cette fois, la santé au sein d'un ensemble plus global de politiques ciblant la jeunesse.

5.2 Politique de jeunesse et politique de santé : une difficile rencontre

Agir en transversalité consiste à mobiliser différents acteurs « qui interviennent directement ou indirectement auprès des jeunes pour les amener à travailler de manière commune et transversale » (Halter, 2007, p. 45). La question de la transversalité se pose ainsi pour l'ARS, qui met en œuvre une politique publique en direction des jeunes. Or, nous l'avons vu, l'approche populationnelle « jeune » au sein de l'ARS reste très marquée par sa dimension santé. Comment penser les actions de façon plus transversale ? Quels éléments viennent, aujourd'hui, limiter une telle mise en œuvre ?

Au niveau de l'ARS, il pourrait être envisagé d'associer, dans le cadre du groupe de travail constitué sur la santé des jeunes, des acteurs issus du champ de la jeunesse : les missions locales, par exemple, ont une représentation régionale à travers l'Association régionale des missions locales (ARML) ; de même, les associations d'éducation populaire sont représentées, pour une grande partie d'entre elles, par le Comité régional des associations de jeunesse et d'éducation populaire (CRAJEP) ; pour ce qui est de l'Education nationale, au-delà des personnels de santé, déjà présents, les personnels éducatifs pourraient également être associés.

C'est ce vers quoi tend la réflexion par réponses graduées inscrite dans le PRS. En effet, sur un premier niveau de réponses (accueil, écoute et orientation), l'ensemble des acteurs intervenant auprès des jeunes sont considérés comme ayant un rôle important à jouer. Aussi, associer ces acteurs dans les réflexions et la mise en œuvre d'actions futures, constitue un enjeu nouveau pour l'ARS.

Mais au-delà des travaux pilotés par l'ARS, c'est la question d'une possible approche politique globale de la jeunesse qui vient se poser. En l'absence d'une politique de jeunesse clairement identifiée au niveau national, ce sont plusieurs secteurs d'action publique qui vont se saisir de la question des jeunes, comme c'est le cas de l'ARS dans le champ de la santé. Mais ces différentes institutions se posent la question aujourd'hui de savoir comment parvenir à travailler ensemble, sur un sujet dont elles se préoccupent de plus en plus.

Le fonctionnement actuel de notre système d'action publique, par un processus très descendant, comme nous avons pu le voir, n'est pas aidant lorsqu'il s'agit de penser la mise en œuvre de façon transversale, et ce d'autant plus que les questions de jeunesse sont portées par tout un ensemble d'acteurs.

A travers l'exemple de l'ARS, ce que nous pouvons constater, c'est finalement qu'il existe différents espaces pour l'action en direction des jeunes. Il y a, d'une part, les administrations publiques relevant de l'Etat, chacune dans son domaine d'action bien spécifique (l'ARS, la DRJSCS, l'Education nationale, la PJJ). Il y a également les collectivités territoriales qui, elles aussi, vont intervenir dans un ou plusieurs domaines d'action concernant les jeunes (le champ de la formation professionnelle revient ainsi à la région, celui de la prévention des risques ou encore de l'aide sociale à l'enfance, au département (Halter, 2007), mais ces collectivités peuvent également définir des priorités dans d'autres domaines). Les communes vont, quant à elles, pouvoir intervenir dans les différents champs d'action (éducation, sports, loisirs, logement, action sociale, etc.), la jeunesse n'étant toutefois pas une compétence obligatoire. Enfin, la jeunesse est également portée, et en grande partie, par le milieu associatif.

L'action en direction des jeunes fait ainsi intervenir des acteurs divers, à des échelles territoriales multiples, et au fonctionnement qui diffère selon les institutions. Comment se repérer dans ce large champ d'action ? Comment faire en sorte d'atteindre la finalité des actions poursuivies, à savoir faire en sorte que l'ensemble des jeunes puisse évoluer sereinement dans notre société ?

Ce flou caractérisant les politiques de jeunesse aujourd'hui met en difficulté aussi bien les jeunes que les professionnels qui les accompagnent. Par ailleurs, il ne permet pas de penser la jeunesse de façon globale, ce qui vient limiter la pertinence de l'action. En effet, si, comme nous avons pu le voir, tout peut relever du domaine de la santé (et nous

pourrions, de la même manière, considérer que tout relève du domaine de l'éducation, par exemple), n'aurions-nous pas tout intérêt à décloisonner nos actions ? C'est ce que Pommier, Laurent-Beq et Deschamps (2003) viennent interroger : « La France n'a-t-elle pas besoin d'une politique globale de la jeunesse que d'une politique de santé des jeunes ? Une politique globale intégrant les domaines cités ci-dessus [scolarité, formation, emploi, intégration sociale, logement, perspectives de vie] dans un tout qui, de manière naturelle, intégrerait la prise en compte des déterminants de santé et les mesures sanitaires proprement dites. On pourrait alors parler d'une véritable politique de promotion de la santé... » (p. 100).

Vaste chantier que de penser une approche globale de la jeunesse dans la situation actuelle. Toutefois, c'est vers cela que tendent les volontés des différents acteurs œuvrant auprès des jeunes, ce qui conforte tout l'intérêt de mener des réflexions à ce sujet. C'est notamment la question de la coordination de l'ensemble des domaines d'action concernant les jeunes qui vient se poser.

6 CONCLUSION

Si la santé des jeunes préoccupe les pouvoirs publics, et la santé dans sa dimension mentale notamment, comme nous avons pu le voir avec les notions de souffrance psychique et, plus récemment, de bien-être, c'est parce que 12% seulement des décès à cet âge de la vie sont dus à des maladies, quand 71% sont des accidents et des suicides (Pommier et Laurent-Beq, 2004). Notre société actuelle ne peut que souhaiter éviter ces événements dramatiques et faire en sorte que sa jeunesse se sente bien. Mais de quels leviers disposons-nous pour y parvenir ?

C'est une question qui s'est posée sans cesse tout au long de cette immersion au sein de l'ARS : que vais-je bien pouvoir faire pour améliorer la réponse aux besoins de santé des jeunes ? Par mon parcours d'étude antérieur, dans le champ de la psychologie, je sais à quel point certains jeunes peuvent aller mal et ressentir le besoin d'être accompagnés. J'ai aussi vu des professionnels s'investir au quotidien pour tenter d'aider au mieux ces jeunes. Parfois cela est une réussite, ce qui renforce l'envie de poursuivre les efforts investis, parfois c'est plus difficile. Mais la question que je me pose aujourd'hui, c'est, comment agir par la mise en œuvre d'une politique publique, tout en étant au plus près de ces réalités de terrain ?

Après vingt-et-une semaines de stage, expérience grandement enrichissante, l'écrit que je propose pour finaliser ma mission émet quelques propositions pour la poursuite de l'action. Ces pistes de réflexion ont été permises par l'échange avec des professionnels, qui ont accepté de m'accorder une partie de leur temps, que l'on sait si précieux. Ces échanges ont toujours été d'un grand intérêt me concernant. La réalisation, par la suite, de ce travail de réflexion, m'a amenée à réaliser que, finalement, les propositions auxquelles j'aboutissais étaient les mêmes, à peu de chose près, que celles du HCSP il y a vingt ans.

Aussi, on propose, aujourd'hui encore, d'associer l'ensemble des professionnels faisant partie du quotidien des jeunes, de former les professionnels du milieu éducatif, de la santé et du social, qui interviennent auprès des jeunes, de favoriser le travail en réseau de ces professionnels, et d'améliorer l'information. Qu'est-ce qui explique, malgré la multiplication, depuis, de rapports et d'actions, que ces éléments soient ceux qui ressortent à nouveau aujourd'hui ? S'agit-il d'un décalage entre les volontés affichées et les moyens

véritablement mis en œuvre pour y répondre ? Ou alors le problème est-il ailleurs, dépassant le seul domaine de la santé ?

Si l'on se remémore les travaux de Fassin (2004), celui-ci mettait en avant la tendance à traduire des inégalités avant tout sociales en problématiques de santé. N'aurions-nous pas tout intérêt à considérer le problème à l'envers et à tenter de pallier au mieux à ces inégalités plutôt que chercher continuellement à y répondre par le soin ?

Ce que dit également Enjolras (2015), et qui nous aura par ailleurs été rapporté par l'un des professionnels interrogés, c'est la tendance à interpréter sous forme de souffrance le moindre comportement de l'adolescent : *« Il y a une véritable inflation des demandes familiales, pédagogiques, de réponses médico-psychologiques et particulièrement pédopsychiatriques, pour accueillir des désordres ponctuels dont la seule réponse n'est pas le « psy. »⁹*.

Ces constats viennent mêler la question de la santé et celle du social. Pourquoi avons-nous cette tendance à mobiliser la sociologie pour expliquer les problèmes de notre société et la psychologie pour y répondre ? N'aurions-nous pas plutôt intérêt à réduire la frontière entre ces deux disciplines, l'une focalisant sur l'individu, « le dedans », l'autre sur le social, « le dehors » (Enjolras, 2015) ?

Les propos de ce professionnel viennent conforter cette idée : *Il y a alors une grande absence dans la complémentarité des réponses qui sont proposées aux adolescents et à leurs parents, il s'agit d'un accueil anthropologique. C'est l'idée que l'adolescence est aussi une production sociétale, anthropologique. Certains adolescents font partie des dommages collatéraux d'une évolution anthropologique qui fait vaciller la question de l'autorité, des rapports à la frustration, du rapport au numérique, des nouveaux modèles familiaux, etc. Tout cela peut amener des signes, des symptômes, dont l'origine est tout sauf psychiatrique. »¹⁰*

De la même manière, quand une professionnelle de l'Education nationale m'exprime que *« l'école n'est pas un lieu de soin »¹¹*, a-t-elle seulement dans l'idée que l'école, avant de chercher à répondre au mal-être de certains jeunes qu'elle accueille, peut être en partie à

⁹ Entretien réalisé le 1^{er} mars 2018

¹⁰ Entretien réalisé le 1^{er} mars 2018

¹¹ Entretien réalisé le 19 mars 2018

l'origine de ce mal-être ? Le domaine des sciences de l'éducation étudie grandement la question et montre qu'aujourd'hui encore, l'école reste un lieu de reproduction d'inégalités sociales, que l'on interprète de plus en plus en termes de difficultés de l'élève (Roiné, 2014).

L'ensemble de ces réflexions vient conforter la volonté commune des acteurs intervenant auprès des jeunes de parvenir à œuvrer de manière plus transversale aujourd'hui. C'est en considérant chaque jeune dans sa globalité, en tant qu'être évoluant dans un contexte familial, social, politique, économique, ou encore culturel, particulier, que l'on pourra parvenir à apporter des réponses aux problématiques que les jeunes peuvent rencontrer.

Par ailleurs, l'action en direction des jeunes doit aussi considérer ces derniers en tant qu'acteurs des changements les concernant, mais aussi concernant la société toute entière dans laquelle ils évoluent. L'un des paradoxes qu'aura permis de soulever ce travail, c'est cette représentation d'une jeunesse que l'on souhaite « protéger » mais que l'on rend tout de même responsable de son accès au bien-être, sans toutefois considérer qu'elle peut aussi avoir des responsabilités dans la mise en œuvre de l'action publique. Les représentations sociales de la jeunesse, à tendance stigmatisantes, restent encore très marquées, aussi bien auprès des jeunes eux-mêmes que pour l'ensemble des adultes qui les entourent.

Notre propos s'achèvera ainsi par cette interrogation de Pommier, Laurent-Beq et Deschamps (2003) : « Comment, dans ces conditions, les jeunes pourront-ils élaborer des images positives de la santé et participer à des projets avec des adultes qui leur font si peu confiance ? Comment les professionnels et les politiques peuvent-ils eux aussi développer des approches positives et transversales si leur idée de la jeunesse est à ce point problématique ? » (p. 78).

Bibliographie

- Amsellem-Mainguy, Y. et Loncle, P. (2010). Introduction. *Agora débats/jeunesses*, 54, 41-45
- Boulin, A. (2018). Les politiques publiques en direction des adolescents. *Les fiches repères INJEP*, 37, 1-4
- Bourdieu, P. (1984). La « jeunesse » n'est qu'un mot. In *Questions de sociologie* (pp. 143-154). Paris : Les Editions de Minuit
- Comité interministériel de la jeunesse. (2013). *Priorité jeunesse*. Repéré à http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/CIJ_Rapport_21_fevrier_2013.pdf
- Enjolras, F. (2015). *Santé mentale et adolescence : entre psychiatrie et sciences sociales*. Nîmes : Champ social éditions
- Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La Découverte
- Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse*. Paris : Armand Colin
- Halter, J.-P. (2007). Politiques territoriales de jeunesse et transversalité. *Agora débats/jeunesses*, 43, 44-54
- Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin
- Haut comité de la santé publique (HCSP). (1997). *Santé des enfants, santé des jeunes*. Paris : Editions ENSP
- Haut comité de la santé publique (HCSP). (2000). *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Rennes : Editions ENSP
- Jeammet, P. (2015). *Adolescents d'aujourd'hui ils vont bien, merci*. Montrouge : Bayard
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2007). *Sociologie de l'action publique*. Paris : Armand Colin
- Le Grand, E. (2010). Quand la santé des jeunes m'était contée ! La jeunesse dans la revue La Santé de l'homme. *Agora débats/jeunesses*, 54, 61-73

Le Grand, E. (2014). L'éducation pour la santé par les pairs dans les débats actuels. *Cahiers de l'action*, 43, 23-29

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. (2008). *Présentation du Plan « Santé des jeunes »*. Repéré à https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_jeunes.pdf

Moro, M.-R. et Brison, J.-L. (2016). *Mission bien-être et santé des jeunes*. Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_bien-etre_et_sante_des_jeunes_partie_1.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. Repéré à <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. (2016). Repéré à http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf

Pommier, J. et Laurent-Beq, A. (2004). Analyse d'une politique régionale de santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine. *Santé publique*, 1, 75-93

Pommier, J., Laurent-Beq, A. et Deschamps, J.-P. (2003). Pour une politique de promotion de la santé des jeunes. In Loncle, P. (Ed.), *Les jeunes. Questions de société, questions de politique*. (pp. 77-100). Paris : L'Harmattan

Roiné, C. (2014). L'élève en difficulté : retours sur une psychologisation du social. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 66, 13-30

GASPAROTTO	Marion	6 juillet 2018
<p align="center">Master 2 mention santé publique Parcours : « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnement »</p>		
<p align="center">POLITIQUE DE JEUNESSE OU POLITIQUE DE SANTE ? LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION PUBLIQUE EN DIRECTION DES JEUNES AU SEIN DE L'ARS BRETAGNE</p>		
<p align="center">Promotion 2017-2018</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Ce travail d'analyse fait suite à une immersion de vingt-et-une semaines au sein de l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne, dans le cadre d'une mission de stage autour des questions de santé des jeunes. Il retrace brièvement la mise sur agenda, au niveau national, d'une politique relative à la santé des jeunes, au cours des vingt dernières années. Il interroge, ensuite, la mise en œuvre de l'action publique en direction des jeunes, à travers l'exemple de l'ARS Bretagne. L'ARS affiche, en effet, sa volonté d'agir en faveur de la santé des jeunes, en inscrivant ce sujet en tant qu'approche populationnelle de son nouveau projet régional de santé, arrêté prochainement, pour la période 2018-2022. Elle souhaite répondre, ainsi, à un premier enjeu de transversalité en interne et s'interroge également sur son positionnement par rapport à l'ensemble des acteurs porteurs d'une politique de jeunesse. La dernière partie de ce travail interroge ainsi la transversalité des politiques de jeunesse aujourd'hui, face à l'intérêt de considérer la jeunesse dans une approche globale.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Jeunesse – Santé – Action publique – Agence régionale de santé</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique, l'Université Rennes 1 et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		