Master 2 Promotion de la santé et prévention

Promotion : 2021 – 2022

Septembre 2022

LES DISPOSITIFS DE PREVENTION A DESTINATION DES ADOLESCENTS DE 15 A 18 ANS SUR LE TERRITOIRE DE SAINT-MALO, DINARD ET DINAN :

QUELLE PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS ET AUX DEMANDES DES ADOLESCENTS ?

MELANIE LABOUREYRAS

Sous la direction de

Mme. MARION PORCHERIE

Remerciements

J'adresse mes premiers remerciements à tous.tes les membres de l'équipe salariée et bénévole de l'association Hespéris qui m'ont accueilli et permis de réaliser mon stage à leurs côtés en toute confiance. Merci pour votre accueil, votre aide et votre soutien dans ma mission ainsi que pour tous les moments partagés.
Je tiens également à remercier les structures et les acteurs qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions et qui m'ont toujours accueilli avec bienveillance. Un grand merci également aux adolescents qui se sont investis dans les groupes de discussion et qui ont animé les échanges, malgré un certain sentiment de surprise lors de notre arrivée.

Merci à ma tutrice de stage, Anaïs, pour le travail en duo que nous avons effectué pour l'animation des groupes de discussion ainsi que pour les échanges – studieux ou non – tout au long de ce stage. Merci également à ma compatriote de service civique, Isia, pour son esprit indomptable et pour tous les moments de pause qui m'ont permis de m'évader l'espace de quelques instants.
Merci également à Marion Porcherie, qui a accepté d'encadrer ce travail, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et sa compréhension, autant sur la rédaction de ce mémoire que sur le stage en lui-même.

Merci aussi mes camarades de promo éparpillés un peu partout en France et dans le monde, et à l'équipe encadrante du master 2 Promotion de la Santé et Prévention, sans qui cette année n'aurait pas été aussi agréable. Merci en particulier à ceux et celles avec qui j'ai pu échanger ces derniers temps, lorsque l'un.e ou l'autre faisait face à des difficultés dans son stage et/ou sa rédaction. Pour ne pas les citer, merci à Rym, Claire, Hervé, mes camarades de Bretagne ainsi qu'à mes amies qui m'ont accompagné depuis le premier jour du master, Adèle et Alix.
Un très grand merci aussi à Perrine et Émilie qui ont pris le temps de m'aider dans la rédaction de ce mémoire en m'apportant le regard objectif et neutre qu'il me manquait, notamment lorsque je me sentais submergée par les émotions.

Ce travail représente l'aboutissement d'un parcours universitaire semé de remises en question. Merci à ma famille de m'avoir toujours épaulée malgré leurs désaccords avec certains de mes choix. J'adresse également tous mes remerciements à la personne avec qui partage mon quotidien, Melvin. Merci de m'avoir soutenu durant la rédaction du mémoire, même lorsque plus de 3000 kilomètres nous séparaient.

Liste des abréviations

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de la Santé

CDI : Centre de Documentation et d'Information

CESCE : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté et à l'Environnement

CLS : Contrat Local de Santé

CMJ : Conseil Municipal des Jeunes

CPE : Conseiller Principal d'Éducation

CSAPA : Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTS : Conseil Territorial de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OCTRA : Observatoire Territorial des Conduites à Risque de l'Adolescent

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEJ : Point Accueil Écoute Jeunes

PRS : Projet Régional de Santé

PRSE : Plan Régional Santé Environnement

SNS : Stratégie Nationale de la Santé

SPA : Substances psychoactives

QPV : Quartier prioritaire de la Politique de la Ville

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Listes des figures et des tableaux

Figure 1 : Schéma des déterminants sociaux de la santé (Dahlgnen et Whitehead, 1991).

Figure 2 : Interactions entre demande, besoin et réponse (Monnier et al, 1980 cités dans Bréchat et al, 2020)

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS **1**

CONTEXTUALISATION ET MISE EN PERSPECTIVE DU DIAGNOSTIC **3**

I. LA PREVENTION SANTE **3**

I.1 LA PREVENTION EN SANTE PUBLIQUE 3

I.1.1 Différentes approches de la prévention 3

I.1.2 L'apport de la promotion de la santé 5

I.2 LA PREVENTION EN ACTION 6

I.2.1 Les stratégies, outils et approches en prévention 6

I.2.2 La prévention localisée et dans les milieux de vie 7

II. LES ADOLESCENTS : UNE POPULATION VULNERABLE **8**

II.1 L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE VECTRICE DE CHANGEMENTS 8

II.1.1 Des changements physiques et cognitifs 9

II.1.2 L'adolescence : période vectrice d'une distanciation avec la famille 9

II.2 L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE D'EXPERIMENTATION PROPICE A LA PRISE DE RISQUES11

II.2.1 Les risques liés aux pratiques addictives : 11

II.2.2 Les risques liés à la santé sexuelle 14

III. LE CADRE LEGISLATIF DE LA PREVENTION SANTE A DESTINATION DES ADOLESCENTS **15**

III.1 LE CADRE LEGISLATIF NATIONAL 15

III.2 LE CADRE LEGISLATIF BRETON 16

III.3 LA DECLINAISON DU CADRE LEGISLATIF DANS L'ASSOCIATION HESPERIS 16

PROBLÉMATIQUE **19**

METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET ANALYSE DU MATERIEL RECUEILLI **21**

I. LE TERRAIN D'INVESTIGATION **21**

I.1 LES VILLES DE DINAN, DINARD ET SAINT-MALO : DES CARACTERISTIQUES POPULATIONNELLES 21

I.1.1 La ville de Dinan 21

I.1.2 La ville de Saint-Malo 22

I.1.3 La ville de Dinard 22

I.2 LE TERRITOIRE DE DINAN, DINARD ET SAINT-MALO : LE TERRITOIRE 6 DE DEMOCRATIE SANITAIRE 22

I.2.1 Les Contrats Locaux de Santé de Dinan et de Saint-Malo 23

II. METHODE, OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES ET TRAITEMENT DES DONNEES 24

II.1 LA CARTOGRAPHIE DES ACTEURS 24

II.2 LE RECUEIL DES DONNEES 25

II.2.1 L'entretien individuel semi-directif avec les professionnels travaillant auprès de la jeunesse 25

II.2.2 L'entretien collectif semi-directif avec des adolescents de 15 à 18 ans 25

II.2.3 Les groupes de discussion avec des adolescents de 15 à 18 ans 25

II.2.4 L'observation non participante 26

II.3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES 27

ANALYSE TERRITORIALE DE L'OFFRE, DES BESOINS ET DES DEMANDES EN MATIERE DE PREVENTION POUR LES JEUNES DE 15 A 18 ANS 29

I. L'OFFRE DE PREVENTION A DESTINATION DES JEUNES DE 15 A 18 ANS A SAINT-MALO, DINAN ET DINARD ... 29

I.1 UNE MULTITUDE D'ACTEURS ŒUVRANT POUR LA PREVENTION AUPRES DES ADOLESCENTS DE 15 A 18 ANS 29

I.1.1 Les professionnels de santé 29

I.1.2 Les autres acteurs du domaine de la santé 30

I.1.3 Les professionnels travaillant pour la jeunesse : une implication des acteurs dans tous les milieux de vie 32

I.2 DIFFERENTES APPROCHES DE PREVENTION 34

I.2.1 La prévention collective 34

I.2.2 La prévention individuelle 37

II. LES BESOINS ET LES DEMANDES DES ADOLESCENTS DE 15 A 18 ANS EN MATIERE DE PREVENTION SANTE : LES THEMATIQUES ET LES SUJETS INVESTIS 39

II.1 LES PRATIQUES ADDICTIVES 39

II.1.1 Les consommations de substances psychoactives (SPA) 39

II.1.2 Les consommations sans substance 41

II.2 LA SANTE SEXUELLE 42

II.2.1 La contraception et les grossesses non désirées 42

II.2.2 Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) 43

II.2.3 Les autres problématiques identifiées 43

II.3 LA SANTE MENTALE : 44

III. LES BESOINS ET LES DEMANDES DES ADOLESCENTS DE 15 A 18 ANS EN MATIERE DE PREVENTION SANTE : LES MODALITES ET LES LIEUX D'INTERVENTION 45

III.1 LES MODALITES D'INTERVENTION EN PREVENTION 46

III.1.1 Les pratiques addictives 46

III.1.2 La santé sexuelle 47

III.1.3 La santé mentale 48

III.2 LES LIEUX D'INTERVENTION EN PREVENTION 49

III.2.1 Interventions en milieu scolaire 49

III.2.2 Interventions en dehors du milieu scolaire 50

DISCUSSION 53

I. DISCUSSION DE LA METHODE : LES LIMITES DE L'ETUDE 53

I.1 UNE ETUDE NON EXHAUSTIVE 53

I.1.1 Des populations peu ou pas interrogées 53

I.1.2 Des spécificités qui n'ont pas été exploitées 54

I.2 LA POSTURE DE L'ENQUETRICE AU SEIN DE L'ASSOCIATION HESPERIS 54

II. DISCUSSION DES RESULTATS : L'OFFRE DE PREVENTION ET SES LEVIERS 55

II.1 LA PREVENTION UNIVERSELLE SUR LE TERRITOIRE DE SAINT-MALO, DINAN ET DINARD. 56

II.1.1 Les conduites addictives 56

II.1.2 La santé sexuelle 57

II.1.3 La santé mentale 58

II.2 LA PREVENTION SELECTIVE SUR LE TERRITOIRE DE SAINT-MALO, DINAN ET DINARD 59

II.3 LA PREVENTION CIBLEE 60

II.4 LA PREVENTION PAR LES PAIRS : QU'A-T-ON A APPRENDRE DE CES DISPOSITIFS ? 61

II.4.1 Les leviers de la prévention par les pairs 61

II.4.2 Les freins de la prévention par les pairs 63

II.4.3 Ce que nous retenons de la prévention par les pairs 63

CONCLUSION 65

ANNEXES 67

BIBLIOGRAPHIE 77

AVANT-PROPOS

Les données recueillies pour la réalisation de ce mémoire se sont faites dans le cadre de mon service civique au sein de l'association Hespéris, association régie par la loi 1901. Elle qui agit depuis 2017 pour prévenir et réduire les risques que prennent les adolescents et les jeunes adultes.
L'association Hespéris est une petite structure qui se compose d'un bureau décisionnaire bénévole et d'une salariée. L'association accueille également chaque année deux nouveaux services civiques.
Basée à Chartres-de-Bretagne, Hespéris intervient sur le bassin rennais et, plus largement, sur toute la région Bretagne. De même, l'association Hespéris réalise ponctuellement des interventions dans d'autres régions françaises ainsi que dans les pays frontaliers et francophones.

Néanmoins, à la suite de remises en question et des discussions internes à la structure, Hespéris souhaite savoir s'il serait possible de s'implanter sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Ainsi, mes missions de stage se sont articulées autour de la réalisation d'un diagnostic territorial visant ces trois villes. Le présent mémoire s'appuie en intégralité sur le diagnostic territorial effectué à Saint-Malo, Dinan et Dinard.

CONTEXTUALISATION ET MISE EN PERSPECTIVE DU DIAGNOSTIC

I. La prévention santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé en 1948 comme un « *état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence d'une maladie* ». Perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non un but à atteindre, la santé est un droit fondamental pour toute personne humaine selon la charte d'Ottawa (1986).

L'OMS (2004) reconnait plusieurs déterminants qui influencent l'état de santé d'un individu et/ou d'une population : ce sont les déterminants de la santé (figure 1).

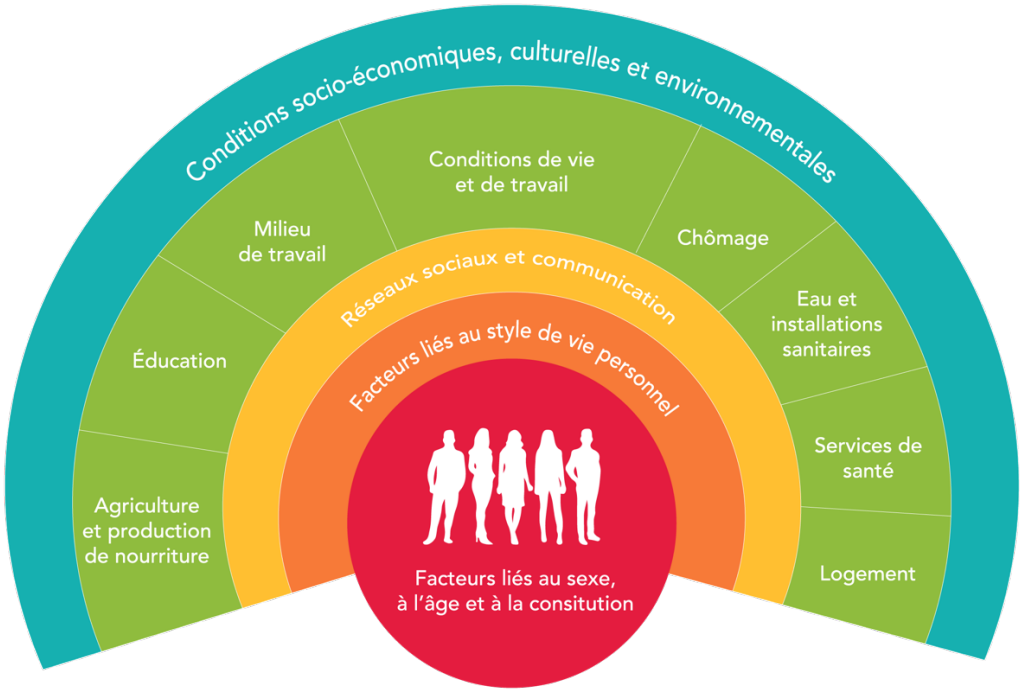


Figure 1 : Schéma des déterminants sociaux de la santé (Dahlgnen et Whitehead, 1991).

I.1 La prévention en santé publique

Venant du latin *praevenire* qui signifie « prendre les devants », la prévention santé consiste à anticiper les phénomènes qui nuiraient à cet état complet de bien-être des individus tel que défini par l'OMS (1948).

I.1.1 Différentes approches de la prévention

L'OMS (1948) définit la prévention comme « *des mesures qui visent non seulement à empêcher la survenue d'un problème de santé telle que la lutte contre les facteurs de risques mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* ».

Dans son approche classique, la prévention s'applique à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. Elle se définit par rapport à des facteurs de risque et a été classifié par l'OMS dans un continuum allant de l'absence de symptômes jusqu'à l'invalidité. L'OMS (1948) distingue alors la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire a pour objectif d'éviter l'apparition de problèmes de santé par la diminution des causes et facteurs de risques. Elle commence lorsque l'individu est en situation de bien-être. La prévention secondaire vise à diminuer le nombre de cas d'une maladie dans une population et agit au début de l'apparition du trouble ou de la maladie. Enfin, la prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer les conséquences, complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ou au trouble.

Dans les années 1980, une nouvelle classification apparait. Gordon (1983) rompt avec la classification clinique de l'OMS et distingue trois niveaux de prévention selon la population cible. On retrouve alors :

- **La prévention universelle** destinée à l'ensemble de la population, sans distinction de l'état de santé ou des spécificités des individus qui reçoivent le message.
- **La prévention sélective** s'exerçant **e**n direction de sous-groupes de populations spécifiques définies selon des critères démographiques ou sociologiques. Avec ce type de prévention, les actions menées sont plus précises et s'adaptent à la population cible.
- **La prévention ciblée** mise en place en fonction de l'existence de facteurs de risque (comme une exposition environnementale ou des facteurs génétiques) à l'intérieur de sous-groupes.

La prévention santé s'appuie sur l'identification et la modification de facteurs de risques. Ces facteurs de risque sont des situations, des états, ou des comportements exerçant une influence néfaste sur la santé. À l'inverse, les facteurs de risque sont « facteurs de protection » lorsqu'ils ont une influence positive sur la vie ou la santé d'un individu et/ou d'une population.

Archimi et Delgrande (2014) distinguent plusieurs catégories de facteurs de risques qui renvoient aux déterminants de santé décrits en 1991 par Dahglnen et Whitehead (figure 1) :

- Les facteurs contextuels dont les normes sociales ou les lois et les facteurs interpersonnels comme la qualité des relations au sein de la famille ou dans le cercle d'amis renvoient aux trois derniers niveaux de déterminants de santé : le contexte global (socio-économique, culturel…), les conditions de vie et les réseaux sociaux et communautaires (figure 1).
- Les facteurs individuels comme les habitudes, les comportements, les attitudes personnelles, eux, s'apparentent aux « facteurs liés au style de vie personnel » (figure 1).

La prévention agit majoritairement sur les facteurs de risques individuels.

Un autre type d'action agit cependant sur l'entièreté de ces facteurs : la promotion de la santé. Si la prévention et la promotion de la santé sont deux notions différentes, elles se recoupent et sont complémentaires (Cambon et al, 2018).

I.1.2 L'apport de la promotion de la santé

Aujourd'hui, la prévention est étudiée et comprise en lien avec la notion de promotion de la santé. Effectivement, en France, le plan « priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie » publié en 2018 implique la prise en compte de ce concept.

En 1986, la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». La promotion de la santé est régie par 5 principes[1] et tente d'agir sur l'entièreté des déterminants de la santé (figure 1)[2]. La notion de promotion de la santé apporte à la prévention deux nouvelles composantes : l'implication des individus sur leur propre santé ainsi que la prise en considération des inégalités sociales de santé.

En premier lieu, en lien avec la promotion de la santé, la prévention s'ancre dans une dynamique d'implication des individus à leur propre bien-être par un processus d'autonomisation et de développement de capacités. Cette dynamique se retrouve dans la mise en œuvre d'actions de prévention, notamment au travers du concept d'éducation pour la santé.

En effet, l'éducation pour la santé est un des axes d'intervention de la prévention. Elle « a pour objectif de faire adopter par les individus qui en bénéficient des comportements favorables à la santé » (Raimondeau, 2020). Se basant essentiellement sur les facteurs individuels cités ci-dessus, elle vise à amener les individus à analyser leurs comportements et comprendre comment ceux-ci influent sur leur santé, particulièrement grâce au développement de compétences psychosociales. Les compétences psychosociales se définissent comme « la capacité d'une personne à faire face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne » (Luis et Lamboy, 2015). Selon l'OMS, ces compétences psychosociales se regroupent en trois niveaux : les compétences sociales (par exemple : savoir communiquer, écouter activement…), les compétences cognitives (comme résoudre des problèmes, avoir un esprit critique) et les compétences émotionnelles (savoir réguler sa colère, son stress…).

---

[1] Le premier est l'inscription de la promotion de la santé dans les politiques publiques. Le deuxième est la modification des environnements et des conditions de vie respectant une approche systémique de la santé. Le troisième vise le renforcement de la participation des individus pour leur santé. Le quatrième est lié au système de santé et vise à soutenir les individus dans leur recherche d'une vie plus saine. Enfin, le dernier concerne le développement de l'information et de l'éducation pour la santé.

[2] À travers la promotion de la santé, la prévention se focalise sur un nombre plus restreint de ces déterminants et agit majoritairement sur « les facteurs liés au style de vie personnel » (figure 1).

En outre, l'éducation pour la santé requiert une participation active de la population cible afin de travailler les représentations que les individus peuvent avoir de leur vie et d'examiner les possibilités d'amélioration de leurs modes de vie et favoriser un bien-être global (Raimondeau, 2020).

Dans un second temps, l'approche globale et la considération de tous les déterminants de la santé en promotion de la santé permettent de rendre compte des inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont « des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux » (Santé Publique France, 2018). Autrement dit, les personnes qui ont une position sociale favorable sont généralement en meilleure santé que celle qui ont une position sociale inférieure. Le principe d'équité dans les actions de prévention prévaut afin de réduire ces inégalités sociales de santé. La classification populationnelle de la prévention décrite par Gordon (1983) prend alors tout son sens. Cette classification permet en effet de prendre en compte les populations plus vulnérables et d'adapter les interventions en prévention. En 2010, Marmot (cité dans Porcherie et al, 2018) propose alors une nouvelle forme d'intervention en santé publique : « l'universalisme proportionné ». Marmot précise que pour diminuer les inégalités sociales de santé, « les actions doivent être universelles mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale ». Cette approche consiste donc à mettre en place des interventions sur toute la population proportionnellement aux besoins des différents individus et/ou groupes sociaux dans un objectif de justice sociale.

Aujourd'hui, la prévention est promue par les instances internationales et nationales en concordance avec la promotion de la santé. Les pratiques en prévention sont donc influencées par ce concept. Effectivement, l'action préventive en France se veut promotrice d'autonomie et a pour objectif de donner les moyens aux individus d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé – notamment au travers de l'éducation pour la santé – et tente de réduire les inégalités sociales de santé. Nous analyserons en détail comment la prévention est mise en œuvre dans la partie suivante.

I.2 La prévention en action

La prévention se décline en stratégies, outils et approches différentes que nous expliciterons ci-dessous. Nous analyserons ainsi la prévention santé aujourd'hui – influencée par l'apport de la promotion de la santé –, notamment comment elle est investie dans plusieurs milieux de vie.

I.2.1 Les stratégies, outils et approches en prévention

Les stratégies opérationnelles en prévention sont nombreuses et variées.

La prévention peut ainsi être passive ou active (Raude, 2013). Passive, elle ne nécessite pas la participation des individus. À l'inverse, la prévention active repose sur la participation de la population et met l'accent sur la responsabilisation des individus sur leur propre santé.

De même, la prévention peut être coercitive ou persuasive. La prévention coercitive modifie l'environnement physique et socioéconomique alors que la prévention persuasive consiste à informer les individus et les populations aux risques de manière à ce qu'ils puissent faire des choix moins nuisibles à leur santé et adopter des modes de vie plus sains (Raude, 2021).

Par ailleurs, les outils utilisés en prévention sont tous aussi nombreux (Raude, 2021).

Dans une approche clinique de la prévention, les outils utilisés sont la vaccination, le dépistage ou le repérage précoce de pathologies physiques ou mentales. En outre, dans une approche en lien avec la promotion de la santé, les outils utilisés peuvent être la communication d'informations, la mise en place de campagne de sensibilisation ou encore l'éducation à la santé notamment avec le renforcement de compétences psychosociales. Ces actions de prévention en lien avec ce concept peuvent d'ailleurs être créées par des acteurs professionnels de la santé et/ou de la prévention mais peuvent également être co-créées avec le public cible des actions : c'est ce que l'on appelle la prévention par les pairs. « L'approche par les pairs s'inscrit dans l'idée de symétrie mais également de réciprocité et d'égalité » (Amsellem-Mainguy, 2014). Cette approche repose sur la construction d'une dynamique relationnelle entre l'individu émetteur du message et l'individu récepteur du message.

Ces stratégies et ces outils peuvent se décliner en deux interventions distinctes. En effet, ils peuvent être utilisés de manière individualisée ou de manière collective (Janvier, 2015).

Les actions de prévention répondant à l'approche individualisée prennent place lors d'entretiens entre deux personnes, généralement un professionnel consulté ou rencontré et un patient, usager, individu. L'éducation à la santé par la communication d'informations ou encore le dépistage peuvent être des outils utilisés en approche individuelle.

Les actions de prévention qui correspondant à une approche collective sont plus larges car l'action a une portée sur plusieurs individus et n'implique pas obligatoirement un échange entre deux personnes mais un échange entre un professionnel émetteur de message et plusieurs récepteurs du message. Les campagnes de sensibilisation ou les ateliers d'éducations pour la santé sont des exemples d'interventions collectives.

I.2.2 La prévention localisée et dans les milieux de vie

Les politiques publiques en France, aujourd'hui, déclinent la Stratégie Nationale de Santé et notamment les actions de prévention à des échelons régionaux, avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou locaux, notamment avec la création de Contrats Locaux de Santé (CLS) (ministère de la santé et des solidarités, 2017).

En outre, Stratégie Nationale de Santé précise dans son axe 1 que des actions de prévention et de promotion de la santé doivent être inclus dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie des

individus. Au sein d'un même territoire (local), on retrouve alors des actions de prévention sur divers lieux de vie.

Pour les adolescents en particulier, l'école reste un des milieux de vie le plus investis par la prévention (Santé Publique France, 2019). Étant donné le nombre d'élèves scolarisés, sa position d'interface avec la société et les familles, ainsi que son objectif d'éducation, l'école est reconnue depuis des années comme un des meilleurs lieux pour offrir des actions de prévention (Guiet-Silvain et al, 2011). Néanmoins, dans une perspective de promotion de la santé visant la réduction des inégalités de santé, l'école n'est pas le seul lieu investi par la prévention pour les adolescents sur un territoire donné. Certains adolescents, marginalisés, présentant des fragilités, en particulier ceux présentant des ruptures sociales importantes (en situation de déscolarisation) ne sont pas touchés par les actions en milieu scolaire. La prévention spécialisée, service rattaché à l'Aide Social à l'Enfance (Guillaumey, 2007), tente de répondre alors à leurs besoins et de construire une offre de prévention spécifique à ces individus.

En outre, dans sa compétence d'action sociale, les villes peuvent également jouer un rôle et intervenir en prévention (ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, 2020).

Les politiques publiques identifient l'adolescence comme un moment de vie où il est nécessaire de mettre en place diverses actions de prévention afin de réduire les risques pris par les adolescents et promouvoir des comportements favorables à leur vie et leur santé. Néanmoins, il convient tout d'abord d'expliciter le concept d'adolescence avant d'étudier les stratégies de prévention mises en œuvre pour les adolescents.

II. Les adolescents : une population vulnérable

En France, même si les adolescents se sentent globalement en bonne santé (Santé Publique France, 2019), ces derniers sont définis comme un public vulnérable. Cette vulnérabilité vient de fragilités diverses dues aux multiples changements connus à l'adolescence et à l'expérimentation d'un soi nouveau et inconnu qui peut mener à des prises de risques. En outre, il est important de préciser que les comportements qui s'installent à cette période et les facteurs de risques influençant ces comportements conditionnent l'avenir des adolescents. Cela fait de ces derniers des cibles pertinentes aux interventions de prévention.

II.1 L'adolescence : une période vectrice de changements

Pour Littré, « *l'adolescence succède à l'enfance et commence avec les premiers signes de la puberté* ». Venue du latin *adolescentia* qui signifie « grandir vers », l'adolescence est la période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte. Elle implique de nombreux bouleversements.

L'OMS définit l'adolescence comme « la progression entre l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires (puberté) et la maturité sexuelle et génétique, le développement de mécanismes mentaux adultes et d'une identité adulte et la transition entre une entière dépendance socioéconomique et une relative indépendance » (OMS, 2022). L'adolescence est donc une période unique du développement humain où les individus connaissent de grands changements biologiques, sociaux et psychologiques qui ont des conséquences sur la manière dont ils pensent et prennent des décisions.

II.1.1 Des changements physiques et cognitifs

Un des changements est celui de la puberté qui déclenche une modification du niveau d'hormones. Cela entraine une « poussée de croissance » caractérisée par une augmentation de la taille, des capacités musculaires, de la force et un changement de forme du corps. Elle est également marquée par une maturation de l'appareil reproducteur féminin et masculin et l'apparition de caractères sexuels secondaires définis selon la classification de Tanner (cité dans Cannard, 2019).

Par ailleurs, de nombreuses études montrent que l'adolescence est une période de maturation cérébrale où la matière grise et la matière blanche sont en constante évolution (Holzer et al, 2011). Effectivement, le cerveau, l'intellect et le système mésolimbique continuent de se développer de la petite enfance à l'adolescence. Ceci a un impact sur la motivation, les émotions, la cognition et la socialisation (Dumontheil, 2021). En outre, la période de l'adolescence voit apparaitre la pensée abstraite et la pensée critique chez les individus (Pommepuy, 2022).

Selon Pommepuy (2022), ces changements physiques et cognitifs ne sont pas sans conséquence et nécessitent un ajustement constant de la part des adolescents qui crée alors une fragilité psychologique et, donc, une vulnérabilité.

Outre les changements physiques et cognitifs, l'adolescence est une période de modification relationnelle et de construction identitaire où le jeune crée de nouveaux liens en dehors de la cellule familiale, essaie de se distinguer de cette dernière, s'autonomise et chercher à être reconnu par le groupe qu'il a choisi (Papagiorgiou, 2016).

II.1.2 L'adolescence : période vectrice d'une distanciation avec la famille

En ce sens, des changements relationnels majeurs sont expérimentés.

L'adolescence marque en effet la fin de l'idéalisation des parents où l'adolescent remet en question ce qu'il avait comme figure d'exemples. Pommepuy (2022) définit cette distanciation de la cellule familiale par une volonté d'autonomisation. L'adolescent recherche moins de contact physique avec ses parents, il recherche un espace privé, s'y replie et investit davantage son groupe d'amis. Pour autant, l'adolescent est toujours sous l'autorité parentale. Se crée alors une dichotomie interne où l'adolescent rejette et dépend de ses parents.

Pommepuy (2022) distingue deux schémas dichotomiques. Dans la meilleure des situations, cette période est vectrice d'un conflit nécessaire et bénéfique au développement de l'individu qui permet l'apprentissage de la négociation, la différenciation et, de ce fait, des relations plus horizontales entre l'adolescent et le(s) parent(s) (Annexe 1). Dans la pire des situations, cette période crée un conflit dysfonctionnel entre la quête de réassurance de l'adolescent et la recherche de contrôle de la part des parents qui serait vecteur d'une rupture violente puis d'un apaisement (Annexe 1).

Pour Zimmerman et Brodard (2014), la majorité des adolescents connaissent un fonctionnement optimal du conflit générationnel où les ruptures violentes sont rares. Selon eux, même si ce schéma dysfonctionnel ne concerne qu'une minorité, une attention particulière doit lui être portée, car elle s'engage davantage dans des comportements à risque et/ou éprouve des difficultés psychologiques qui ont un impact conséquent sur son développement. Ainsi, les adolescents qui s'intègrent dans ce schéma dysfonctionnel ont plus de chance d'adopter des comportements néfastes pour leur santé.

Cependant, l'adolescence reste pour la plupart des individus une période de mimétisme aux pairs qui peut les conduire à adopter des comportements nuisibles pour leur santé. Effectivement, l'adolescent, dans sa volonté d'autonomie, s'engage davantage dans le groupe de pairs. Mak et al (2018, cité dans Pommepuy, 2022) précisent que le groupe de pairs permet à l'adolescent de se construire une nouvelle identité, à cheval entre son identité enfantine et son identité créée. La socialisation[3], qui était avant tout familiale, devient une socialisation par les pairs. La cherche d'individualité se fait donc via ce groupe. Cela rend l'adolescent plus prompt à adopter certains comportements par mimétisme, sans penser aux conséquences qu'ils peuvent avoir sur sa santé.

Aujourd'hui, ce processus de socialisation par les pairs passe aussi par les médias sociaux. En effet, ces derniers jouent un rôle important dans la construction identitaire des adolescents puisqu'ils font défiler de nombreux modèles de comportements et de consommation des pairs à la minute (Balleys, 2018). C'est dans ce contexte que la prévention par les pairs est développée pour les adolescents. En effet, Amsellem-Mainguy (2014) précise que l'attrait de la prévention par les pairs pour les adolescents est d'autant plus important que ces derniers « sont attentifs au regard de leurs pairs mais aussi aux messages largement diffusés par les médias, qui participent également à leur socialisation ».

Les changements physiques et cognitifs connus par l'adolescent se déroulent en même temps que l'individu s'autonomise et se socialise par les pairs. Période vectrice de changements de toutes sortes, l'adolescence constitue une phase de la vie où l'individu est en recherche de soi. Oscillant

[3] La socialisation est définie en sociologie comme plusieurs mécanismes de transmission de la culture ainsi que la manière dont les individus reçoivent cette transmission et intériorisent les valeurs, les normes et les rôles au sein d'un groupe ou d'une société (Castra, 2013).

entre acceptation et rejet d'eux-mêmes et des autres, les adolescents peuvent être emplis de conflits et de contestations qui les rendent vulnérables. Par ailleurs, cette recherche de soi amène de multiples expérimentations, bénéfiques ou nocives pour leur développement.

II.2 L'adolescence : une période d'expérimentation propice à la prise de risques

Comme nous l'avons décrit précédemment, les changements connus à l'adolescence créent un climat propice à l'adoption de comportements à risque. L'adolescence est, en effet, une période d'exploration où les jeunes adoptent de nouveaux comportements qui sont susceptibles d'influencer positivement ou pas la santé physique, psychique ou sociale, sur du long ou du court terme (Coleman, 2011). Les comportements à risque font donc partie intégrante de la période de l'adolescence, le risque étant perçu comme « une matière première pour se construire » (Le Breton, 2013).

Expérimentation de ses limites, prises de risques, transgressions d'interdits et croyance en sa propre immortalité, associés à une projection difficile des conséquences sur sa santé future des comportements adoptés sont les caractéristiques de l'adolescence selon l'INPES (2009).

En France, les pouvoirs publics ont identifié les principaux comportements à risque susceptible d'entrainer des troubles irréversibles pour le devenir des adolescents, des maladies et/ou la mort. Parmi ces derniers, on retrouve les pratiques addictives (consommation de substances psychoactives ou non), la sexualité et la violence envers soi et envers les autres (Santé Publique France, 2019 ; OMS, 2021; Observatoire territorial des Conduites à Risque de l'Adolescent, 2022), qui sont les deux thématiques centrales de l'association Hespéris.

II.2.1 Les risques liés aux pratiques addictives :

« Les pratiques addictives incluent la totalité des conduites addictives et des comportements de consommation : cela signifie que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion » (ANPAA, 2015). Elles concernent la consommation de substances psychoactives (SPA) et les addictions comportementales (INSERM, 2014). Chez les adolescents, les pratiques addictives peuvent avoir un impact sur leur développement et entraver leur parcours de vie, constituant ainsi une perte de chance pour l'avenir (INSERM, 2014).

Tout d'abord, nous nous concentrerons sur les pratiques addictives liées aux consommations de substances psychoactives.

Parmi ces substances psychoactives, on retrouve les substances licites comme l'alcool et le tabac, sous toutes ses formes (cigarette électronique, tabac chauffé…) et les substances illicites comme le cannabis, mais aussi la cocaïne, l'héroïne et d'autres drogues.

En France, la consommation de substances psychoactives est responsable de 130 000 pertes humaines chaque année. Le niveau élevé d'usage de ces substances à l'âge adulte, entrainant des problématiques d'addictions, s'explique majoritairement par une entrée précoce dans leurs consommations (Goullé et Morel, 2020).

- *Le tabac*

Selon le rapport de l'enquête ESCAPAD (OFDT, 2022), le tabac est la substance psychoactive la plus consommée quotidiennement en France et la seule drogue licite donnant lieu à un taux d'usage quotidien important dès l'adolescence. En 2019, on estime que 12,6 millions de français (métropolitains) fument quotidiennement, et environ 450 000 n'ont pas encore l'âge légal d'achat autorisé (18 ans). Outre les risques de cancer, de maladies cardio-vasculaires ou de maladies respiratoires chroniques sur le long terme, le tabagisme est aussi à l'origine de diminution des capacités sexuelles, de la fertilité, d'une altération de l'épiderme, de la muqueuse buccale et nasale mais aussi de diverses carences en vitamine B et C (Santé Publique France, 2019).

- *L'alcool*

L'enquête ESCAPAD (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), 2022) recense près de 4 millions d'expérimentateurs de boissons alcoolisées (bière, cidre, vin, spiritueux, etc.) avant l'âge légal d'accès (18 ans). C'est la substance la plus répandue à l'adolescence.

La consommation d'alcool peut être nocive pour l'individu. À court terme, elle favorise les comportements à risque ou violents et diminue la maitrise de soi. À court terme et en grande quantité, c'est la cause principale de traumatismes et décès prématurés pour les adolescents (OMS, 2021). À long terme, une consommation d'alcool excessive affecte l'espérance de vie du consommateur et est à l'origine de dysfonctionnements biologiques et de maladies graves (OMS, 2021).

- *Le cannabis*

Avec 5 millions d'usagers en 2017, dont 700 000 jeunes de moins de 18 ans (OFDT, 2019), le cannabis demeure la première substance illicite consommée en France métropolitaine. À 16 ans, les jeunes Français présentent les niveaux d'usage parmi les plus élevés d'Europe (Spilka et al., 2021).

La consommation de cannabis a également des effets néfastes sur la santé de son consommateur. À court terme, elle compromet les capacités motrices et sensorielles, rend les apprentissages difficiles et nuit à la santé mentale en entrainant un état d'euphorie et/ou d'anxiété. À long terme, elle endommage les poumons et crée une accoutumance ou une dépendance. Pour les jeunes en particulier, le cannabis ralentit la maturation du cerveau et une consommation fréquente accroit les problèmes de santé mentale (Gouvernement du Canada, 2022).

- *Les autres drogues*

D'après le rapport ESCAPAD (OFDT, 2022), l'expérimentation des substances illicites[4] autres que le cannabis est difficile à estimer. La principale explication est que ces autres drogues sont généralement peu diffusées en population adolescente : 93 % des adolescents n'en ont jamais pris et n'en prendront probablement jamais. Dépendamment de la drogue consommée, les risques pour la santé sont variables. Problèmes de santé mentale, addictions et détérioration de différents organes vitaux font partie des conséquences d'une consommation de ces drogues sur le long terme. De même, les consommateurs de ces drogues sont plus exposés à avoir des comportements violents.

Les autres consommations n'impliquant aucune ingestion de produits quelconque (jeux vidéo, argent…) sont, elles aussi, néfastes pour la santé. Si, majoritairement, elles n'engendrent pas des conséquences physiques directes, elles entrainement de lourdes répercussions psychologiques pour le consommateur.

L'INSERM (2014) définit les consommations sans substance en addictions comportementales (Obradovic, 2021 ; Achab, 2019). Elles sont donc incluses dans la thématique des pratiques addictives. Ces addictions comportementales sont classées en 3 niveaux : elles peuvent être des pratiques sociales ou récréatives, des pratiques à risque ou problématiques (abus) ou des pratiques pathologiques ou excessives (dépendance). C'est à partir de l'usage problématique que se font ressentir les conséquences de ces consommations : l'isolement, la perte de contrôle et le conflit avec l'entourage en sont des marqueurs. L'INSERM (2014) précise que l'adolescent ressent rarement de la souffrance, à l'inverse de son entourage.

- *Les jeux d'argent et de hasard :*

Bien qu'il soit interdit pour les mineurs de jouer aux jeux d'argent et de hasard, cette pratique est largement répandue dans la population adolescente. En 2017, le rapport d'enquête ESCAPAD (OFDT, 2022) montre que 4 jeunes sur 10 ont joué au moins une fois au cours des 12 derniers mois à des jeux de hasard ou d'argent.

Les jeux d'argent et de hasard ont des conséquences négatives sur la santé, notamment lorsque les joueurs perdent le contrôle de leur pratique au risque de pertes financières importantes, de conséquences sociales, familiales et sur leur santé mentale (Santiago et al, 2019).

- *Les écrans :*

En 2019, on recense 92% des Français qui utilisent quotidiennement Internet et y passent en moyenne 4 heures et demie par jour, voire 6 heures par jour pour les jeunes entre 13 et 18 ans (L'abécédaire des Institutions, 2019). Or, cette apparition des écrans dans la vie quotidienne a des effets néfastes sur le développement du cerveau (concentration, problème d'attention) et sur le

[4] Les autres drogues illicites sont nombreuses : on recense le LSD, les produits à inhaler, l'héroïne, l'ecstasy et la MDMA, la cocaïne, les champignons et les amphétamines.

sommeil. Par ailleurs, indirectement, cette consommation quotidienne d'écrans altère le sommeil et expose l'adolescent à des risques de cyber harcèlement.

- *Les jeux vidéo :*

En 2016, d'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les jeux vidéo seraient le « produit culturel » le plus vendu au monde. 3,8 millions de Français s'y adonnent quotidiennement. Parmi les usagers, les adolescents restent les premiers consommateurs (TNS SOFRES, 2014). Si le jeu vidéo est avant tout une source de plaisir, il devient néfaste pour le bien-être du consommateur si son usage est excessif. En effet, l'utilisation excessive des jeux vidéo détériore les relations, amicales comme familiales, peut avoir des conséquences sur la scolarité et les finances des individus.

II.2.2 Les risques liés à la santé sexuelle

L'OMS décrit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité » (ministère de la Santé et de la Prévention, 2022). Par cette définition positive de la santé sexuelle, nous comprenons qu'elle comprend la notion d'épanouissement dans la sexualité avec la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exempte de coercition, de discrimination et de violence. La sexualité est le fait d'utiliser son corps pour prendre du plaisir, seul ou avec d'autres personnes.

Encadrée légalement, la sexualité n'est pas normative : elle est expérimentée (ou pas) différemment selon chacun et chacune (Onsexprime, 2022). Les questions liées à la sexualité sont variées et nombreuses. Influencée par divers facteurs, la sexualité englobe l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir (OMS, 2019).

L'adolescence constitue une période de transition, de découverte de soi et de son corps. Ainsi, elle mène souvent à de nouvelles expérimentations dans le domaine de la sexualité : c'est généralement le moment des premiers sentiments amoureux et des premières expériences sexuelles. D'après le Baromètre santé (2016), l'âge médian du premier rapport sexuel en France serait aux alentours des 17 ans, pour les filles comme pour les garçons[5].

Ces expérimentations peuvent être positives mais peuvent comporter des risques pour l'intégrité mentale et physique de l'individu (OTCRA, 2022). Parmi ces risques, on retrouve la grossesse non désirée, la contraction d'infections sexuellement transmissibles, la prostitution, le non-respect du consentement et les violences liées au genre.

[5] 17 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles.

L'adolescence est une période de transition et de construction identitaire propice à l'expérimentation et l'autonomisation. Ces expérimentations, en lien avec les pratiques addictives ou la sexualité, et cette autonomie peuvent néanmoins avoir des conséquences négatives pour la santé des adolescents, sur le court terme comme sur le long terme.

C'est dans cette optique que l'association Hespéris a fait du public adolescent sa cible d'intervention. Hespéris s'ancre ainsi dans un cadre législatif de prévention à destination des adolescents que nous explicitons dans la dernière partie de cette introduction.

III. Le cadre législatif de la prévention santé à destination des adolescents

Nous détaillerons dans cette partie quel est le cadre législatif encadrant les actions de prévention à destination des adolescents de 15 à 18 ans, et donc les actions de l'association Hespéris. Nous commencerons par expliquer le cadre législatif national puis le cadre législatif breton où se situent les villes de Saint-Malo, Dinan et Dinard.

III.1 Le cadre législatif national

> « La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » (ministère des solidarités et de la santé, 2017).

En France, l'axe 1 de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) vise la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie (ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Cet axe est divisé en trois objectifs : la promotion des comportements favorables à la santé, la promotion des conditions de vie favorables à la santé (conditions de travail et maitrise des risques environnementaux) et la mobilisation d'outils de prévention dans le système de santé.

Le premier et le troisième objectif de cet axe concernent particulièrement les adolescents. En effet, la SNS (2017) dresse plusieurs constats. D'une part, en 2010, 2% des femmes et 0,4% des hommes de 15 à 19 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. D'autre part, les violences intrafamiliales et conjugales ont des conséquences graves sur le développement des jeunes. Enfin, la précocité des usages de produits psychoactifs ou d'écrans à l'adolescence augmente les chances de développer une addiction.

Ainsi, la SNS prévoit des priorités spécifiques pour les adolescents qui sont déclinées dans chacune des régions au sein d'un Schéma Régional de la Santé (SRS).

III.2 Le cadre législatif breton

Le (SRS) 2018-2022 breton précise que les âges charnières constituent des périodes de vulnérabilités. À l'adolescence, ces vulnérabilités sont liées aux fragilités physiques, cognitives, psychologiques et sociales décrites ci-dessus. Ainsi, le Schéma Régional de la Santé breton identifie des actions de prévention spécifiques aux adolescents qu'il est nécessaire de développer et mettre en place.

Le chantier 4 de l'objectif 8 du SRS concerne particulièrement la population adolescente et vise notamment à promouvoir la santé des adolescents et des jeunes adultes ainsi qu'à prévenir les comportements défavorables à la santé en répondant à six objectifs. On retrouve la prévention des conduites addictives, la diminution des risques qui y sont liés et l'action en faveur de la santé sexuelle des adolescents.

Par ailleurs, le SRS précise que ces objectifs s'insèrent dans une dynamique de promotion de la santé qui vise la concertation des multiples acteurs agissant auprès de la jeunesse et la lutte contre les inégalités de santé. En outre, ils s'ancrent sur deux stratégies complémentaires : l'universalisme proportionné afin de s'adresser à l'ensemble des jeunes et la prévention par les pairs, qui est définie comme une modalité d'intervention particulièrement probante pour cette population.

Décliné du national au régional, le cadre législatif structure les actions de prévention et les acteurs de la prévention sur le territoire breton. L'association Hespéris s'intègre ainsi à ce cadre et tente d'apporter des réponses aux problématiques des adolescents identifiées par ces politiques publiques.

III.3 La déclinaison du cadre législatif dans l'association Hespéris

L'association Hespéris est une association qui mène des actions de santé publique auprès du public jeune (de 15 à 25 ans) autour de leurs prises de risques, notamment de leur consommation de produits psychoactifs et de leur sexualité.

Se positionnant dans une posture *d'aller vers,* l'association développe la prévention par les pairs, avec l'accueil de services civiques (jeunes de 16 à 30 ans) qui ont l'âge de leur public cible et l'universalisme proportionné en essayant de développer des actions de prévention universelle et ciblée pour les publics présentant des vulnérabilités. « L'aller vers est une démarche du travail social pour les personnes qui ont décroché, les personnes les plus marginalisées » (Avenel, 2021). La démarche *d'aller vers* pour la jeunesse prend place notamment dans les dispositifs de prévention spécialisée, où les intervenants sociaux agissent auprès de jeunes en situation de rupture sociale et/ou familiale. Hespéris reprend ainsi cette démarche pour l'ensemble de son public cible (l'association ne vise pas seulement les publics les plus marginalisées, mais bien tous les jeunes de 15 à 25 ans) et les intervenants d'Hespéris vont à la rencontre dans jeunes dans leur milieu de vie

(notamment scolaire et festif) pour échanger avec eux, sans jugement ni stigmatisation. De même, ils mettent en place des actions de prévention universelle sur les réseaux sociaux, en particulier sur Instagram via des *posts*, des *storys* ou des *podcasts.*

- *Les stands de prévention en milieu festif*

Héspéris intervient en milieu festif en *aller vers*[6] ainsi qu'en installant des espaces de prévention et de réduction des risques. Ces espaces sont des lieux d'accueil et d'informations à destination du public festif. Leurs interventions en milieu festif peuvent se déployer partout en France. Dans les faits, elles se concentrent particulièrement sur la région Bretagne, région dans laquelle Hespéris a son siège associatif. Ces actions sont reliées à des actions de prévention ciblée.

- *Les maraudes en milieu scolaire*

Relevant de la prévention universelle, Héspéris met en place des déambulations sur le principe *d'aller vers* en milieu scolaire, notamment autour et à l'intérieur du lycée de Bréquigny, un lycée dans le sud de la ville de Rennes qui accueille près de 3500 élèves. Ces maraudes sont l'occasion d'aborder les consommations et les pratiques à risque des jeunes et de transmettre des informations fiables en fonction des demandes de chacun. De même, si cela s'avère nécessaire, ces déambulations permettent d'orienter les personnes vers des lieux ressources comme l'infirmière du lycée, le CeGIDD, le planning familial ou autre…

- *L'utilisation des réseaux sociaux*

Héspéris est très présent sur les réseaux sociaux et propose des actions de prévention universelle sur différentes plateformes. Une majeure partie du travail des services civiques et/ou stagiaires concerne l'alimentation des réseaux sociaux, notamment Instagram en créant des contenus informatifs et éducatifs. Par ailleurs, l'association crée régulièrement des séries de *podcasts* sur divers thèmes comme la santé mentale, la consommation, la sexualité, etc.

[6] En effet, les acteurs de l'association sont amenés à déambuler sur les lieux de vie des festivaliers (campings ou campus festivalier) pour échanger et/ou distribuer du matériel de prévention.

PROBLÉMATIQUE

Deux missions m'ont été confiées pendant mon stage au sein de l'association Hespéris. La première, globale, consistait à participer aux activités quotidiennes de l'association incluant les maraudes en milieu scolaire, les stands de prévention en milieu festif et la création de podcasts sur le thème de la santé sexuelle. La seconde, spécifique, était la réalisation d'un diagnostic des besoins des jeunes en matière de prévention sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard.

L'objectif général du diagnostic était de connaitre et définir les besoins des jeunes (15-25 ans[7]) en matière de prévention sur le territoire Saint-Malo, Dinan et Dinard et leurs alentours afin de savoir si l'association pourrait se délocaliser. Plus précisément, ce diagnostic interroge les besoins en prévention des adolescents et jeunes adultes par rapport à leurs pratiques à risque (consommation de produits psychoactifs et sexualité).

Pour comprendre en profondeur les enjeux de la population étudiée, nous avons établi une distinction entre les jeunes de 15 à 18 ans qui sont mineurs et les jeunes de 18 à 25 ans, majeurs. Une différence de taille est à noter entre ces deux populations : c'est l'entrée dans l'âge adulte.

En France, l'entrée dans l'âge adulte s'établit à 18 ans et 1 jour. La majorité légale est importante puisqu'elle confère à la personne concernée la liberté entière de ses choix et la rend civilement responsable de ses actes. Si la vie est un continuum et qu'avoir 18 ans ne représente qu'une étape de vie parmi d'autres, les problématiques des individus et la manière dont elles sont prises en charge entre 15 et 18 ans et entre 18 et 25 ne sont pas les mêmes. En effet, les jeunes qui n'ont pas les mêmes cadres de vie et donc n'ont potentiellement pas les mêmes besoins en santé. Ainsi, nous avons scindé l'objectif général en deux objectifs distincts :

1. D'une part, il s'agissait de connaitre les besoins **des jeunes de 15 à 18 ans** en matière de prévention sur le territoire étudié. Nous voulions donc connaitre la consommation des jeunes (lieux et pratiques) ainsi que recueillir l'avis des jeunes sur la prévention, les dispositifs existants et les futurs dispositifs possibles et/ou souhaités.
2. D'autre part, il s'agissait de connaitre les besoins **des jeunes de 18 à 25 ans** en matière de prévention sur le territoire étudié. Là encore, nous souhaitions connaitre les lieux et les pratiques de consommation des jeunes, recueillir leur avis sur la prévention, les dispositifs existants et leurs attentes sur de futurs dispositifs.

[7] À plus ou moins 1 an.

Ainsi, dans le cadre de ce stage, nous sommes partis de la question de recherche suivante: **est-il pertinent pour une nouvelle association de prévention santé des jeunes de s'implanter sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard ?**

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons réalisé un choix dans le public que nous souhaitions étudier. Considérant que l'adolescence est un moment charnière dans la construction d'une vie d'adulte, nous nous sommes concentrés sur les besoins des jeunes de 15 à 18 ans en matière de prévention, avant leur entrée dans la vie d'adulte, donc à la fin de leur adolescence.

L'âge dans l'adolescence est questionné depuis l'apparition du concept au XIXème siècle. Néanmoins, elle varie selon les auteurs et l'angle avec lequel ils étudient le concept d'adolescence. Par exemple, pour l'OMS (2022), l'adolescence commence dès 10 ans et termine à 19 ans et incluant ainsi la puberté, qui se situerait aux alentours des 10 ans pour les filles et des 12 ans pour les garçons.

Cloutier (1996), présente l'adolescence sous plusieurs dimensions. Ainsi, nous choisirons d'aborder l'adolescence selon sa dimension juridique avec comme critère de fin l'âge de la majorité, lorsque l'adolescent acquiert un rôle indépendant dans la société (Cloutier cité dans Cannard, 2019 ; Dumontheil, 2021).

Finalement, nous étayerons la question de recherche citée ci-dessus dans le cadre de ce mémoire et tenterons de répondre à la problématique suivante : **les dispositifs de prévention à Saint-Malo, Dinan et Dinard sont-ils pertinents par rapport aux besoins de santé identifiés et aux attentes de la population ?**

Notre étude se divisera en trois parties. D'une part, nous présenterons la méthodologie utilisée pour recueillir et analyser les données servant de base d'analyse à ce travail. D'autre part, nous présenterons une analyse du territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard en étudiant distinctement l'offre de prévention existante, les demandes des adolescents de 15 à 18 ans en matière de prévention ainsi que les besoins des adolescents de 15 à 18 ans en matière de prévention. Enfin, nous terminerons ce travail par une discussion sur les limites et les biais de l'étude ainsi que sur les résultats de l'analyse territoriale menée.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE ET ANALYSE DU MATÉRIEL RECUEILLI

Pour répondre à la problématique, une analyse qualitative a été privilégiée.

> « L'analyse qualitative a pour but de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels, en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue » (Mays et Pope, 1995).

Pour cette étude, il était nécessaire d'interroger les perceptions des individus sur les dispositifs de prévention existants et sur les pistes d'amélioration qu'ils souhaiteraient apporter.

Tout d'abord, nous analyserons et décrirons le terrain d'investigation – les villes de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Ensuite, nous expliciterons la méthode utilisée pour recueillir des données. Cette méthode repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs et de groupes de discussion qui explorent les thématiques de santé exploitées par l'association Hespéris – la santé sexuelle et les pratiques à risque. En fonction des discours reçus, nous avons néanmoins élargi nos thématiques et pris en compte la santé mentale dans notre étude. Pour finir, nous étayerons la méthode utilisée et la matrice qui nous a servi de référence pour l'analyse des données.

I. Le terrain d'investigation

En nous basant sur des recherches bibliographiques, nous avons réalisé une étude exploratoire visant à décrire les villes de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Nous cherchions à comprendre les caractéristiques globales de ces villes, en particulier les populations qu'elles accueillent et les problèmes de santé que peuvent rencontrer ces dernières.

I.1 Les villes de Dinan, Dinard et Saint-Malo : des caractéristiques populationnelles

Pour comprendre les réalités des trois villes et de leur agglomération sur lesquelles le diagnostic s'implante, nous avons étudié ces villes et leurs caractéristiques populationnelles.

I.1.1 La ville de Dinan

Dinan est une commune urbaine située dans le département des Côtes-d'Armor composée de 14 407 habitants en 2019. Depuis 2018, Dinan possède son agglomération qui regroupe 64 communes et 99 000 habitants. Bénéficiant du rayonnement de trois pôles importants bretons (Rennes, Saint-Brieuc et Saint-Malo), la croissance de la population est de +0.7% par rapport à la croissance de la population bretonne (INSEE, 2022).

En 2019, les tranches d'âge les plus représentées à Dinan sont les 60 à 74 ans suivis de près par les 45 à 59 ans. Les jeunes, de 15 à 29 ans représentent seulement 15,5% de la population de Dinan (INSEE, 2022). La structure par âge de Dinan Agglomération est sensiblement la même que celle de la ville de Dinan : 31,7% de la population est âgée de 60 ans et plus et la population âgée de 0 à 19 ans

est la moins représentée du territoire. Les personnes âgées étant majoritaires à Dinan et Dinan Agglomération, une des priorités du territoire est le vieillissement de la population et l'isolement des personnes âgées. Néanmoins, d'autres préoccupations peuvent faire l'objet d'une attention particulière, notamment la jeunesse.

I.1.2 La ville de Saint-Malo

Ville portuaire, Saint-Malo est une commune située dans le département d'Ille-et-Vilaine qui comprenait 46 803 habitants en 2019 (INSEE, 2022). Depuis 2001, Saint-Malo a son agglomération qui compte 18 communes et près de 80 000 habitants (Site de Saint-Malo Agglomération, 2022).
En 2019, les tranches d'âge les plus représentées à Saint-Malo sont les 60 à 74 ans à 23.4% puis les 45 à 59 ans à 19,3%. Les jeunes entre 15 à 29 ans ne représentent que 15,7% de la population (INSEE, 2022). À Saint-Malo aussi, la population est relativement âgée. Néanmoins, la jeunesse est un public important pour Saint-Malo Agglomération, notamment sur les questions des addictions, de la santé sexuelle et de la santé mentale (ARS Bretagne, 2019).

I.1.3 La ville de Dinard

Commune d'un peu plus de 10 000 habitants, Dinard est situé en face de la ville de Saint-Malo et est séparé de cette dernière par le canal de la Rance. Dinard fait partie de la communauté de commune de la Côte d'Émeraude, composée de 9 communes et 24 423 habitants.
À Dinard aussi, les catégories d'âge les plus représentés sont les 60-74 ans suivis des 75 ans et plus. Par ailleurs, la catégorie concernant les personnes âgées entre 15 et 29 ans ne représente que 11,4% de la population de Dinard en 2019 (INSEE, 2022) contre 15,7% en 2008. Dinard connait donc une population vieillissante.

I.2 Le territoire de Dinan, Dinard et Saint-Malo : Le territoire 6 de démocratie sanitaire

Bien qu'elles ne dépendent pas du même département, les trois villes citées ci-dessus font partie du territoire 6 de démocratie sanitaire de l'ARS Bretagne. Les territoires de démocratie sanitaire, chacun constitué d'un Conseil Territorial de Santé (CTS), visent à mettre en cohérence le projet de leur ARS – ici, l'ARS Bretagne -, des professionnels et des collectivités territoriales. Son objectif est de prendre en compte l'expression de tous les acteurs du système de santé sur un territoire, et particulièrement celle des usagers (ARS Bretagne, 2022).

Le territoire de démocratie sanitaire n°6 de Bretagne est composé de deux pôles urbains, Dinan et Saint-Malo, d'importantes zones rurales et d'une large bande de littoraux. La population, s'approchant des 260 000 habitants, se concentre sur la zone littorale et la ville de Dinan (PRS, 2018). Relativement représentatif des villes qui le composent, ce territoire de santé possède une population vieillissante. En 2013, 23% de sa population avait moins de 20 ans et 31% avaient 60 ans et plus.

Ce territoire de santé est le mieux doté de la région en médecins généralistes libéraux. À l'inverse, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique en exercice mixte et la psychiatrie sont des spécialités médicales nettement sous dotées par rapport aux moyennes régionales.

En 2018, le Projet Régional de Santé (PRS) concernant ce territoire identifie deux problèmes majeurs que les acteurs du territoire souhaitent adresser au travers d'actions de prévention. D'un côté, la mortalité prématurée évitable en relation avec des comportements à risque, notamment avec de la consommation d'alcool, de tabac et au sida, est élevée. D'un autre côté, la mortalité prématurée par suicide est supérieure au niveau national.

Ce territoire voit évoluer deux Contrats Locaux de Santé : un relatif à Dinan Agglomération et un autre relatif au Pays de Saint-Malo.

I.2.1 Les Contrats Locaux de Santé de Dinan et de Saint-Malo

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) visent à consolider le partenariat sur les questions de santé et à renforcer la qualité de la politique de santé mise en œuvre au niveau local, dans le respect des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) et en articulation avec le programme Régional Santé-Environnement (PRSE).

Pour établir leur Contrat Local de Santé, Dinan Agglomération et le Pays de Saint-Malo ont tous deux réalisé un diagnostic territorial en 2019 pour établir les priorités de santé de leur population, et les priorités de santé spécifiques aux adolescents.

- *Le CLS de Dinan* (Dinan Agglomération, 2019)

Comprenant 96 261 habitants, le CLS de Dinan Agglomération inclut la ville de Dinan et 63 communes avoisinantes. En 2015, seulement 23,1% de la population était âgée de moins de 20 ans. En 2017, Dinan Agglomération recense 10 856 personnes âgées entre 10 et 19 ans.

Le territoire de Dinan Agglomération est similaire au territoire breton et est caractérisé par une surmortalité par suicide supérieure au niveau national, chez les hommes comme chez les femmes. L'indice de mortalité liée à l'alcool est également supérieur au niveau national mais inférieur à la moyenne bretonne. Toutefois, les professionnels ont noté des consommations de produits psychoactifs problématiques, notamment la consommation d'alcool et de cannabis.

Dinan Agglomération a identifié une problématique chez les adolescents : des problèmes de violences, notamment le cyber-harcèlement sont prégnants sur leur territoire.

Par ailleurs, le CLS de Dinan précise qu'un besoin d'actions de prévention, en particulier dans le champ des addictions et du mal-être chez les jeunes.

- *Le CLS de Saint-Malo* (ARS Bretagne, 2019)

Comprenant 170 365 habitants, le CLS du Pays-de-Saint-Malo inclut la ville de Saint-Malo et la ville de Dinard ainsi que plusieurs communes environnantes dont 68 dans le département d'Ille-et-Vilaine et

3 communes dans le département des Côtes-d'Armor. En 2013, 19 123 personnes étaient âgées entre 10 et 19 ans sur le territoire.

Saint-Malo et Dinan recensent, sur leur territoire, les mêmes problématiques repérées par la région : les problèmes de mortalité prématurée liés à des comportements à risque, notamment une consommation d'alcool et aux suicides sont supérieurs à la moyenne nationale.

Pour le public spécifique des adolescents, le CLS de Saint-Malo a identifié des problématiques de souffrances psychiques ainsi qu'une diminution de l'âge des premières expérimentations de produits psychoactifs et une augmentation des problématiques d'addiction, notamment en milieu festif.

En outre, le CLS de Saint-Malo identifie une offre de prévention insuffisante sur l'entièreté de leur territoire et dans le quartier prioritaire de la politique de la ville.

Bien que le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard soit caractérisé par une population vieillissante, une attention particulière est portée à la population adolescente par les acteurs du territoire.

II. Méthode, outil de recueil des données et traitement des données

Nous avons souhaité interroger un maximum d'acteurs agissant sur le territoire en faveur de la santé des jeunes. Ainsi, nous avons effectué une cartographie des acteurs agissant en faveur de la prévention sur le territoire pour distinguer les acteurs qu'ils seraient intéressants de questionner. À la suite de cela, nous avons sollicité un certain nombre d'acteurs et réalisé des entretiens semi-directifs avec des professionnels travaillant auprès de la jeunesse ainsi que des groupes de discussion avec notre public cible, les adolescents de 15 à 18 ans. Pour compléter cela, nous avons effectué deux observations non participantes.

II.1 La cartographie des acteurs

Afin de déterminer quels acteurs essentiels nous devions interroger, nous avons tout d'abord réalisé deux cartographies des acteurs : un pour le territoire de Saint-Malo et Dinard et un pour le territoire de Dinan (Annexe 2). Nous avons identifié des acteurs spécialisés dans trois thématiques de prévention distinctes : la santé sexuelle, les pratiques addictives et la santé mentale. Nous les avons regroupés sous le terme « acteurs par thématiques ». Nous avons également identifié les acteurs de prévention dans différents milieux de vie, en faisant la distinction entre le milieu scolaire, l'extérieur du milieu scolaire – qui peut s'apparenter au milieu local – ainsi que le milieu spécifique aux populations plus vulnérables, dont les Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV). Ces acteurs sont assimilés au nom « les acteurs par milieux de vie ». En outre, les professionnels de santé comme les médecins urgentistes et les libéraux sont également des professionnels de santé pouvant pratiquer de la prévention ciblée. Nous les avons tout de même mis de côté puisque leur fonction première reste le soin et non la prévention.

Des interactions existent entre « les acteurs par thématiques » et les « acteurs par milieux de vie », notamment lorsqu'ils se rencontrent à des réunions conduites par le Contrat Local de Santé.

II.2 Le recueil des données

À la suite de la réalisation de cette cartographie, nous avons recueilli des données à travers des entretiens semi-directifs, des groupes de discussion et des observations non participantes.

II.2.1 L'entretien individuel semi-directif avec les professionnels travaillant auprès de la jeunesse

La méthodologie qualitative menée a compris plusieurs entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs du territoire travaillant auprès du public adolescent. À travers ces entretiens, nous avons voulu comprendre les problématiques de santé que les professionnels ont relevées sur leur territoire, les besoins des adolescents identifiés par rapport à ces problématiques et l'offre de prévention qu'ils ont mis en place ou qu'ils souhaiteraient mettre en place pour répondre à ces besoins.

29 professionnels ont été sollicités et 19 ont été interviewés (Annexe 3). Trois des entretiens réalisés ont impliqué plus d'un professionnel : un entretien a été réalisé avec deux infirmières scolaires (entretien 1), un autre avec une Conseillère Principale d'Éducation (CPE) et une infirmière scolaire (entretien 3) et un dernier entretien a accueilli trois éducateurs spécialisés (entretien 9). Tous les entretiens ont duré entre 25 minutes et 1 heure et demie et ont été enregistrés.

Pour mener ces entretiens, un guide a été élaboré à partir des premiers questionnements et des lectures exploratoires. Ce guide a été une trame pour tous les entretiens effectués avec les professionnels et a été adapté en fonction du ou des professionnels interrogés (Annexe 4).

II.2.2 L'entretien collectif semi-directif avec des adolescents de 15 à 18 ans

Un entretien collectif avec deux adolescents âgés de 17 et 18 ans a été mené lors d'une séance du Conseil Municipal des Jeunes (CMJ) au pôle jeunesse de la mairie de Saint-Malo, un samedi matin. Avec seulement deux participants, de sexe masculin, il a duré plus d'une heure.

II.2.3 Les groupes de discussion avec des adolescents de 15 à 18 ans

Pour compléter la phase d'entretiens semi-directifs, des groupes de discussion avec plusieurs adolescents âgés de 15 à 18 ans du territoire ont été réalisés en binôme avec l'animatrice de prévention de Hespéris. « Un groupe de discussion est une technique impliquant l'utilisation d'entretiens de groupe approfondis dans lesquels les participants sont sélectionnés parce qu'ils ont des intérêts communs » (Thomas et al, 1995).

Pour ce faire, nous avons conçu un guide d'entretien avec cinq questions (Annexe 5). Nous avons donc questionné les adolescents sur la prévention et la réduction des risques, les thématiques de cette prévention ainsi que les modalités des dispositifs de prévention. À travers ces questions,

nous avons souhaité savoir comment les élèves visualisent la prévention santé déjà existante et comment ils souhaiteraient l'améliorer.

Nous avons ambitionné d'avoir une parité (fille/garçon et âge) dans les groupes de discussion afin d'avoir une vision globale des attentes des jeunes. Finalement, nous avons pu mener deux groupes de discussion avec des élèves d'un lycée à Saint-Malo.

Le premier groupe de discussion mené a été constitué de 12 élèves d'un même lycée. Majoritairement féminines (10 sur 12), en classe de première ou de terminales, les élèves de ce groupe de discussion ont été interrogés lors d'une de leur classe de théâtre. Le groupe de discussion a duré 40 minutes.

Le second groupe de discussion a été mené dans une salle de classe, à la place d'un cours de français. Ce groupe de discussion a été constitué d'une demi-classe de seconde (12 personnes), à peu près paritaire (7 garçons et 5 filles). Il a duré 45 minutes.

II.2.4 L'observation non participante

Deux observations non participantes ont également été réalisées. L'observation est « méthode essentielle pour donner accès à ce qui se cache, ou encore à saisir ce qui ne se dit pas ou « *ce qui va sans dire* » » (Chauvin et Jounin, 2012).

Dans un premier temps, une observation non participante a été effectuée lors de la dernière séance du dispositif des « correspondants santé » créé par l'association Addictions France. Ce dispositif a été créé et mis en place dans certains lycées des Côtes-d'Armor dès l'année scolaire 2011-2012. Il vise à former des lycéens pour faire passer de l'information en termes de prévention et d'accès aux soins auprès de leurs pairs, les autres lycéens (Merrien et Riverain, 2012). Lors de cette observation, le Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Planning Familial agissant respectivement sur la thématique des pratiques à risque et sur la santé sexuelle se sont présentés aux « correspondants santé » et à l'équipe pédagogique qui les encadre. Cette observation nous a permis d'avoir des clefs de compréhensions sur les liens entre ce que nous nommons précédemment « les acteurs par thématiques » et « les acteurs par milieux de vie » ainsi que de comprendre comment les professionnels agissant en faveur de la prévention se présentent aux adolescents.

Dans un second temps, une présentation du pôle jeunesse d'une des municipalités étudiées a été donnée à la suite d'un des groupes de discussion. À cette occasion, deux professionnels travaillant au pôle jeunesse ont présenté les outils et le matériel qu'ils mettent à disposition des jeunes de la ville. Ainsi, cela a permis de savoir concrètement ce qui est mis à disposition des adolescents et ce qui est utilisé – ou non – par les adolescents du territoire.

Nous référerons ces observations en notes de bas de page lorsque nous les utiliserons dans la présentation des résultats et/ou de la discussion.

II.3 Traitement et analyse des données

Après avoir récolté les données sur le terrain, nous avons retranscrit partiellement les entretiens, en anonymisant les propos recueillis, et assemblé les notes prises lors des groupes de discussion et des observations.

L'analyse de ces données a été réalisée en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons analysé la parole des professionnels pour étudier leurs similitudes et différences. Ensuite, nous avons analysé la parole des adolescents pour comparer leurs ressentis sur la prévention réalisée – les thématiques et les modalités – ainsi que leurs demandes et leurs attentes pour une prévention future.

À la suite de cela, nous avons utilisé la matrice des interactions entre demande, besoin et réponse établie en 1980 par Monnier et al (figure 2) (cités dans Bréchat et al, 2020) pour croiser les données que nous avons récoltées et établir nos 3 axes d'analyse qui se déclinent entre l'offre en matière de prévention, les besoins en matière de prévention et les demandes relatives à la prévention.

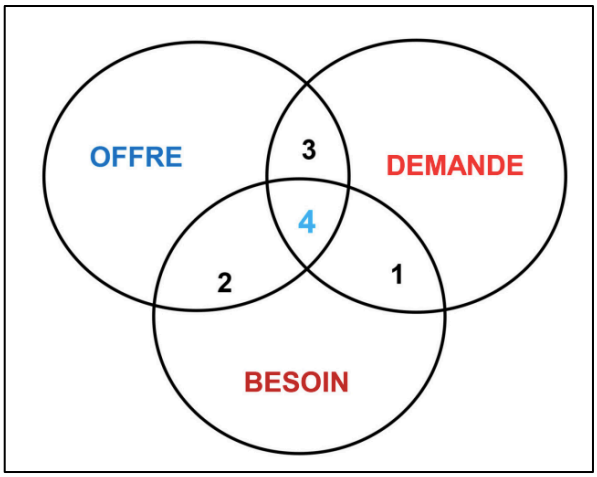


Figure 2 : Interactions entre demande, besoin et réponse (Monnier et al, 1980 cités dans Bréchat et al, 2020)

Selon cette matrice (Bréchat et al, 2020), les besoins sont déterminés par les professionnels de santé. La définition de « besoin » se réfère à des normes professionnelles et scientifiques. Dans ce mémoire, les besoins sont compris au travers des problématiques identifiées sur le territoire étudié. Les demandes, que nous appelons aussi « attentes », émanent de la population et sont conditionnées par la perception que la population a de sa propre santé. Dans ce mémoire, elles sont identifiées par les demandes que les jeunes ont exprimées lors des groupes de discussion. L'offre, elle, coïncide avec les réponses apportées par le système de santé, ou la société de manière générale. Ici, elle réfère donc aux dispositifs et actions existantes à Saint-Malo, Dinan et Dinard.

Dans cette étude, la situation 1 réfère à une insuffisance de dispositifs de prévention. Les besoins sont identifiés, les demandes correspondent, mais l'offre mise en place n'est pas formulée ou mal formulée. La situation 2 renvoie à une situation de sous-consommation d'un dispositif de prévention.

Les services mis en place se fondent seulement sur les besoins et les messages ne passent pas. La situation 3 correspond à une présence de dispositifs, une demande de la part d'une population, mais sans que les besoins aient été identifiés. Il y a donc une nécessité de réadapter ou reconvertir les dispositifs. La situation 4, elle, réfère à la situation d'équilibre où l'offre de prévention est en adéquation avec les besoins et les demandes.

En se référant à cette matrice d'analyse, nous présenterons tout d'abord l'analyse du territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Nous nous focaliserons dans un premier temps sur l'offre de prévention pour interroger dans un second temps, les besoins et les demandes des acteurs enquêtés au niveau des thématiques et des sujets abordés par la prévention. Nous terminerons cette analyse par l'étude des modalités d'intervention de la prévention, toujours selon les besoins et les demandes exprimés.

ANALYSE TERRITORIALE DE L'OFFRE, DES BESOINS ET DES DEMANDES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION POUR LES JEUNES DE 15 À 18 ANS

I. L'offre de prévention à destination des jeunes de 15 à 18 ans à Saint-Malo, Dinan et Dinard

Dinan Agglomération et le Pays de Saint-Malo mettent en œuvre des actions de prévention à différentes échelles et dans plusieurs milieux de vie pour les adolescents de 15 à 18 ans.

Dans cette partie, nous chercherons à comprendre comment l'offre de prévention s'articule précisément sur le territoire. Nous recenserons les acteurs investis dans la prévention et nous étudierons deux approches de prévention différente : la prévention individuelle et la prévention collective.

I.1 Une multitude d'acteurs œuvrant pour la prévention auprès des adolescents de 15 à 18 ans

En se basant sur la cartographie des acteurs réalisée et les données d'entretiens, nous avons relevé plusieurs acteurs agissant dans une logique de prévention des risques auprès des jeunes de 15 à 18 ans. On retrouve d'un côté les professionnels travaillant dans le domaine de la santé et de l'autre, les professionnels travaillant dans l'accompagnement des jeunes.

I.1.1 Les professionnels de santé

Plusieurs professionnels de santé réalisent des actions de prévention de manière régulière.

Ce n'est pas le cas de la médecin scolaire interrogée qui, malgré la ligne politique visant à faire de l'école un lieu promoteur de santé, se concentre sur les élèves présentant une pathologie médicale. Elle résume sa pratique par *« des consultations qui tournent autour de problématiques de santé mentale lourdes et complexes ou de pathologies médicales »*[8].

Néanmoins, c'est le cas de certaines professionnelles de santé du territoire analysé. Ces dernières, en particulier une médecin spécialisée en médecine adolescente (entretien 5), des infirmières scolaires (entretien 1 à 3) et une infirmière en CSAPA (entretien 4), affirment pratiquer des actions de prévention quasi quotidiennement. D'une part, ces professionnelles précisent qu'elles sont amenées à communiquer des informations sur les risques liés aux modes de vie, donc aux pratiques, aux comportements ou aux habitudes de vie. Une médecin déclare « *moi j'essaie d'insister pour* [que les adolescents] *aient un bon rythme de vie avant de prescrire des médicaments […] puis l'information des risques reste au premier plan* » (entretien 5). D'autre part, ces professionnelles sont susceptibles de faire de la sensibilisation et participer à des campagnes de communication au sein de leur structure sur une thématique spécifique en santé. Une infirmière scolaire précise « *en ce*

[8] Extrait d'échanges de mail avec un médecin scolaire dans le territoire étudié.

moment on travaille sur la mise en place d'une action contre les violences diverses. On prépare de grandes affiches qui vont recouvrir les murs de trois bâtiments » (entretien 2).

Pour finir, certaines de ces professionnelles et notamment les infirmières scolaires déclarent également participer à des actions d'éducation à la santé, en particulier les actions d'éducation à la santé sexuelle pendant des temps de classe ou des temps de repos, uniquement pour les internes (entretien 1 et 2).

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls à participer à des actions de prévention. D'autres acteurs sur le territoire que nous avons interrogés interviennent et offrent des interventions à destination des adolescents de 15 à 18 ans.

I.1.2 Les autres acteurs du domaine de la santé

Certains acteurs du territoire qui ne sont pas professionnels de santé sont aussi investis dans le domaine de la santé. Il s'agit notamment de structures associatives comme le Planning Familial, Psycomédie, Addictions France, Liberté Couleurs ou La Chamaille.

- *Le planning familial*

L'association féministe du Planning Familial est présente à Saint-Malo et Dinan mais dépend de deux départements différents : le département d'Ille-et-Vilaine et celui des Côtes-d'Armor. Ses missions sont diverses. Il œuvre pour l'accès à toutes et tous à des services de santé sexuelle et reproductive dont l'accès à l'avortement, au dépistage, à la contraception, à de l'information et à de l'écoute. Le Planning Familial met notamment à disposition des adolescents des consultations gratuites accessibles aux adolescents. L'association intervient également sur le territoire en créant des ateliers pour le public adolescent, soit en Mission Locale soit au sein d'établissements scolaires, dans une démarche d'éducation populaire et d'éducation à la santé[9]. Ces ateliers se veulent participatifs et se basent sur les connaissances des adolescents avec pour objectif de développer les compétences psychosociales des jeunes.

- *Psycomédie*

L'association Psycomédie est composée d'une psychologue sociale et d'un comédien professionnel. Elle met en place diverses interventions sous forme d'ateliers participatifs et ludiques dans l'objectif de changer les représentations et les comportements, informer, trouver et adapter des solutions avec le public par l'émotion. Parmi les thématiques pouvant être abordées, la vie affective et sexuelle et les pratiques addictives sont les plus investies. Psycomédie peut agir au sein des lycées ou dans les Missions Locales en mettant en place ces ateliers auprès et avec les jeunes.

[9] Selon Poujol (1994), l'éducation populaire est un projet de démocratisation de l'enseignement dans le but de compléter l'enseignement scolaire et former les citoyens. Cette éducation permet entre autres l'émancipation des individus et le renforcement de l'empowerment des publics (Verrier, 2019).

- *Association Addictions France*

Association Addictions France réalise des actions de prévention et de réduction des risques auprès des jeunes, en milieu festif, scolaire et hors milieu scolaire des formations auprès de professionnels. L'association intervient particulièrement sur la thématique des pratiques addictives avec substances (alcool, tabac, cannabis, médicaments et autres drogues illicites) et sans substance.

Sur le territoire, l'association forme des élèves au repérage et à l'accompagnement d'autres élèves en difficulté dans une optique de pair-aidance avec le programme « correspondants santé ».

- *Liberté Couleurs*

L'association Liberté Couleurs agit depuis 1999 dans le domaine de la prévention des conduites et des comportements à risque, partout en Bretagne. Les actions mises en place par Liberté Couleurs respectent une démarche d'éducation à la santé responsable en prenant en compte l'individu dans sa globalité. Elle suit une logique d'autonomisation des individus où les jeunes sont acteurs de leur propre projet. Sur le territoire, l'association Liberté Couleurs a mis en place un programme intitulé « la norme c'est toi » co-construit avec des adolescents du territoire. Ce programme, lui aussi intégré à une dynamique de pair-aidance, vise à former un certain nombre d'élèves sur la thématique de la santé sexuelle et sur l'animation d'ateliers. L'objectif est que ces élèves animent eux-mêmes les ateliers auprès de leurs pairs. Globalement, ces ateliers interviennent en classe de seconde.

- *La Chamaille*

La Chamaille est un service de prévention spécialisée accueillant des jeunes de 6 à 18 ans. Ses interventions portent sur différentes thématiques, dont la santé. Intervenant sur la thématique de la santé mentale et favorisant l'accompagnement au quotidien des jeunes, La Chamaille agit également en faveur de la prévention des comportements à risque, dont la consommation de substances psychoactives. La Chamaille intervient à la fois dans une logique *d'aller vers* et dans une logique de *laisser venir*[10]. Effectivement, les éducateurs spécialisés de cette structure ont des temps où ils vont à la rencontre des jeunes sur leurs lieux de socialisation (parcs, quartiers ou autres) pour initier une conversation avec les jeunes, leur parler de leur vie, de leur santé et de leurs droits. Enfin, ils instaurent des temps d'accueil pour les jeunes dans leur local et proposent des entretiens plus personnalisés et adaptés aux demandes des jeunes.

- *Étudiants – services sanitaires*

Depuis 2018, la prévention est au cœur des formations soignantes. Passant par la promotion de comportements favorables à la santé, l'objectif du service sanitaire est de familiariser tous les futurs

[10] Ces notions sont explicitées par l'ANPAA (2015). Selon l'ANPAA « *l'aller vers* est une forme d'action où les professionnels vont à la rencontre des jeunes ». *Le laisser venir*, au contraire, « correspond au fait que les professionnels aient un espace d'accueil dans le milieu de vie des jeunes où ces derniers peuvent venir ».

professionnels de santé aux enjeux de la prévention universelle et de la promotion de la santé en assurant des actions de prévention auprès de divers publics (ministère de la Santé et de la prévention, 2022). Sur le territoire étudié, les services sanitaires développent plusieurs actions de prévention, notamment sur la thématique de vie affective et sexuelle et de la consommation de produits psychoactifs (entretien 1, 2 et 6), sous la forme, là encore, d'ateliers participatifs.

- *Élèves lycéens – pair-aidants*

Nous considérons les élèves du programme des « correspondants santé » comme des acteurs à part entière de la prévention sur le territoire. En effet, ce programme « *ce sont des élèves qui sont formés par eux [Association Addictions France] pour être à l'écoute de leurs camarades, faire du repérage d'élèves à l'écart ou en souffrance, consommateurs ou autre, dans tous les cas en apparent mal être pour les amener vers des professionnels du lycée* » (entretien 1). Un autre des objectifs du programme est d'accompagner les correspondants santé sur la construction d'outils de prévention, en fonction des envies des adolescents (entretien 7). Une chargée de prévention cite notamment « *de la distribution de nourriture pour les publics en situation de précarité, la mise en place de protections hygiéniques gratuites toute l'année* » (entretien 7).

I.1.3 Les professionnels travaillant pour la jeunesse : une implication des acteurs dans tous les milieux de vie

Dans une optique de prévention dans tous les milieux de vie, les professionnels du territoire cités ci-dessus, qu'ils soient professionnels de santé ou pas, sont en contact avec d'autres acteurs accompagnateurs de la jeunesse. Ils interagissent les uns avec les autres, dans le cadre des CLS (entretien 14 et 15) ou au sein de structures d'appartenance (notamment dans les lycées).

On retrouve ainsi une implication des professionnels, autres que les professionnels de santé, en milieu scolaire en faveur de la prévention des comportements à risque. Une CPE évoque le travail interdisciplinaire réalisé dans son lycée : « *dans le domaine de la prévention, il y a tout un travail entre nous et les infirmières, les collègues professeurs des différentes filières et le reste des acteurs de l'établissement* » (entretien 4). On retrouve cette idée dans nos entretiens avec d'autres infirmières qui voient la prévention au sein de leur établissement de manière globale, en partenariat avec tous les acteurs de leur structure. « *Je travaille avec la direction, en lien avec les collègues de vie scolaire : les surveillants, les CPE… Parce qu'ils sont là au quotidien et ils ont une approche pédagogique qui n'est pas la même que la mienne. Les profs aussi, encore ce midi j'étais avec eux … c'est hyper important d'avoir leur point de vue, ça change tout* » (entretien 2).

De plus, les professeurs, notamment dans les filières professionnelles, sont des acteurs de la prévention à part entière. Effectivement, les programmes de sciences de la vie et de la terre (SVT) en enseignement professionnel comportent un volet relatif aux pratiques à risque et leurs

conséquences. « *Après, dans les filières professionnelles, ce sont des thématiques qu'ils abordent en classe de SVT* » (entretien 3).

Par ailleurs, les structures d'accompagnement des jeunes, spécialisées dans diverses thématiques comme l'insertion professionnelle, l'engagement citoyen ou la lutte contre les violences et l'accès aux droits s'impliquent dans les questions de santé et dans la prévention des comportements à risque. Ils sont régulièrement en contact avec les autres acteurs du territoire spécialisés dans la prévention santé comme le Planning Familial, La Chamaille ou avec les professionnels de santé du territoire. C'est le cas des Missions Locales, notamment avec leur dispositif « Point Accueil Écoute Jeune » (PAEJ) (entretien 8, 9 et 19), de l'association Steredenn mais aussi des foyers jeunes travailleurs. C'est également le cas des municipalités qui s'engagent, plus ou moins fortement, dans des actions de prévention auprès des jeunes mineurs (entretien 12 et 16).

Il est possible d'identifier une tendance dans les approches en prévention en fonction du métier des professionnels enquêtés.

En effet, les uns réalisent majoritairement de la prévention ciblée lorsqu'ils reçoivent des jeunes en entretien qui leur font part d'une demande spécifique. Cela peut être le cas des professionnels de santé par exemple. Les autres peuvent réaliser des actions de prévention sélective notamment lorsqu'elles s'adressent à des jeunes en situation de vulnérabilité comme cela peut être le cas lorsque les interventions se déroulant au sein d'une Mission Locale. Elle est aussi universelle lorsque l'action de prévention est à destination de tous les adolescents sans prendre en compte leur état de santé, comme c'est le cas avec les ateliers de prévention en lycée. Néanmoins, cela reste une tendance. Certains professionnels peuvent pratiquer de la prévention universelle et de la prévention ciblée ; d'autres de la prévention sélective et de la prévention ciblée.

Il est néanmoins important de comprendre que même si leur métier et leur posture professionnelle les amènent à pratiquer un certain type de prévention, tous ces acteurs travaillent en collaboration, se rencontrent régulièrement et peuvent être plus ou moins impliqués dans les actions mises en place par les uns ou les autres. Globalement, la majorité des acteurs de la prévention se rencontrent lors de réunions animées par les CLS (entretien 14 et 15). En effet, les chargées de projet en charge des CLS que nous avons interrogés indiquent que des groupes de travail sur des thématiques comme la santé sexuelle ou les pratiques addictives existent et font se rencontrer différents acteurs du territoire qui agissent sur ces mêmes thématiques. Par ailleurs, les acteurs sont susceptibles de travailler ensemble lors d'interventions en milieu scolaire en particulier. Par exemple, lors de la dernière séance du programme des « correspondants santé », une professionnelle

travaillant au CSAPA ainsi qu'un représentant du Planning Familial 22 se sont présentés aux élèves et ont co-animés la séance avec la chargée de prévention[11].

Deux approches en prévention sont tout de même identifiables et distinctes : l'approche individualisée et l'approche collective.

I.2 Différentes approches de prévention

Il est vrai que les acteurs cités ci-dessus peuvent pratiquer de la prévention collective et/ou de la prévention individualisée. Une infirmière scolaire résume cette dichotomie comme suit : « *tu as la rencontre avec le jeune quand il vient te voir et tu as la rencontre avec le jeune quand c'est toi qui vas le voir notamment lors des actions* » (entretien 1).

I.2.1 La prévention collective

Une partie de la prévention se déroule de manière collective sous plusieurs formes et dans plusieurs milieux. On retrouve ainsi des actions territoriales mises en place par les municipalités et des actions en milieu scolaire.

- *Les interventions de prévention mises en place en milieu scolaire*

Des interventions collectives sont instaurées en milieu scolaire, qui est un des milieux les plus pertinents pour faire de la prévention pour les adolescents de 15 à 18 ans.

Dans ce milieu, on distingue deux interventions différentes qui se différencient par leur caractère obligatoire ou non. D'un côté, on retrouve des interventions pendant un temps de classe, où les jeunes sont obligés d'être présents. D'un autre côté, il existe des interventions développées sur des temps informels où les jeunes choisissent, ou non, de participer.

Pendant les temps de classe, les actions de prévention peuvent prendre la forme d'ateliers de sensibilisation participatifs ou de théâtre-forum. Peu importe la forme qu'elles prennent, ces interventions ont pour objectif de développer certaines compétences psychosociales, notamment de favoriser l'échange entre les jeunes et de leur communiquer des informations autour d'une thématique précise.

La thématique – pratiques addictives, vie affective et sexuelle, utilisation des réseaux sociaux ou autre – est décidée en amont des ateliers, par les référents santé de l'établissement, les infirmières et le(s) partenaire(s) animateur(s) (entretien 1, 7 et 13). Majoritairement, un niveau de classe correspond à une thématique. Une infirmière scolaire détaille « *La prévention sur la sexualité on a décidé en CESCE (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté et à l'Environnement) qu'il fallait la faire au niveau des secondes, les addictions au niveau des premières et de faire de la prévention*

[11] Extrait de l'observation réalisée lors de la dernière séance du dispositif des correspondants santé au sein d'un lycée sur le territoire.

routière sur les terminales » (entretien 1). On retrouve ce découpage dans tous les établissements qui ont été étudiés (entretien 1 à 3).

Ces ateliers sont réalisés par des acteurs venant du milieu associatif départemental, comme l'association Liberté Couleurs ou Association Addictions France mais aussi par des structures locales comme Psycomédie. En outre, ces ateliers peuvent être animés par des pairs (lycéens ou étudiants en santé réalisant leur service sanitaire), toujours en partenariat avec l'infirmière scolaire ou un adulte référent, généralement présent tout le long de l'intervention.

Si elles ont pour objectif de transmettre certaines informations, elles sont adaptatives au public cible. Les animateurs restent à l'écoute de leur public et peuvent rediriger les échanges sur d'autres sujets ou d'autres problématiques en fonction des demandes des jeunes (entretien 1, 2 et 7).

Lorsque ces interventions ne se déroulent pas pendant un temps de classe, les actions de prévention prennent une forme différente. Elles peuvent prendre la forme de stands de prévention lors d'une semaine thématique, de panneaux d'affichage informatifs ou de sensibilisation (entretien 1, 2 et 3). Une des infirmières scolaires interrogées explique : « *Ce n'est pas parce qu'ils ne viennent pas à l'infirmerie qu'ils ne fument pas ou quoi. Donc on essaie de les toucher avec des expositions dans le couloir par exemple, on a fait plusieurs expositions cette année, des expositions de sensibilisations* » (entretien 3).

Ces actions peuvent aussi prendre la forme d'échanges et de partage, sur le même principe des actions menées en temps de classe. À ce moment-là, elles se déroulent pendant le temps du midi, dans un lieu précis, par exemple le Centre de Documentation et d'Information (CDI) (entretien 16).

- <u>*Les interventions de prévention mises en place à l'extérieur du milieu scolaire*</u>

Les acteurs du territoire peuvent également développer des interventions de prévention, particulièrement en fonction des besoins relevés par les professionnels, à l'extérieur du milieu scolaire. Cela concerne majoritairement les professionnels de santé, les autres professionnels travaillant dans le domaine de la santé et les élus territoriaux.

En effet, les élus municipaux en charge de la jeunesse ont mis en place des moments d'accueil et d'échanges accessibles aux adolescents et/ou à leurs parents sur différentes thématiques. Ces moments peuvent prendre la forme d'ateliers mais sont adaptatifs à la demande et aux échanges formalisés au cours de l'atelier[12].

Ces moments peuvent aussi prendre la forme de ciné-débats, principalement portés par des associations locales. C'est le cas du film « Lola vers la mer » mis en place par le Planning Familial qui retrace le parcours d'une jeune femme transgenre et qui permet ainsi l'établissement d'une action de prévention visant à informer les adolescents sur les questions de transidentité et à prévenir la

[12] Extrait d'une conversation informelle avec un élu en charge du Conseil Municipal des Jeunes (CMJ)

violence faite contre soi et/ou contre autrui. Plus largement, cela permet d'accomplir de la sensibilisation sur la thématique de la vie affective et sexuelle (entretien 2 et 6).

Par ailleurs, les acteurs territoriaux mettent également en place des actions de réduction des risques respectant le principe de *laisser venir* (ANPAA, 2015). Effectivement, les services jeunesse des municipalités possèdent des locaux où des outils de prévention comme des préservatifs internes, externes sont en libre-service[13].

Lors de moments où la prise de risque peut s'avérer plus importante ou plus propice (par exemple lors de moments festifs), les municipalités ont la possibilité d'installer des stands de prévention en mettant à disposition plusieurs outils de prévention (préservatifs, éthylotests etc). Un élu partage lors d'un entretien avec deux jeunes du Conseil Municipal des Jeunes (CMJ) que la mairie avait effectivement prévu un stand de prévention lors de la fête de la musique ainsi qu'un dispositif *d'aller vers* où une des intervenantes se déplaçait sur la plage afin de distribuer à ceux qui le souhaitent ces outils de prévention[14].

Si les actions énoncées ci-dessus sont des actions de prévention universelle et ciblée, les acteurs du territoire mettent également en place des actions de prévention sélective.

En effet, pour les adolescents en situation de vulnérabilité, notamment les habitants des QPV, une association pratique des déambulations sur le principe *d'aller vers* afin de créer du lien et minimiser les ruptures (ruptures sociales, familiales, avec les structures de droit commun). Lors de ces déambulations, les professionnels sont susceptibles d'échanger autour des pratiques des jeunes qu'ils croisent, notamment autour de leur vie relationnelle, dont leur vie sexuelle, ainsi que sur leurs consommations et leur santé mentale.

Que ce soient des actions collectives sur le territoire ou en milieu scolaire, la majorité des actions analysées dans cette étude s'inscrivent dans le cadre de la prévention universelle telle que définie par Gordon (1983). En effet, elles s'adressent à n'importe quel adolescent de 15 à 18 ans quel que soit son état de santé et offre la même intervention pour tout le public cible. Les déambulations dans les QPV sont les seules actions collectives pouvant relevées de la prévention sélective selon Gordon (1983) car elles visent une population adolescente possédant des facteurs de risques plus importants que la moyenne, notamment les adolescents déscolarisés.

« *Après* [la prévention] *ce n'est pas que dans du collectif, on le fait aussi de manière individuelle, on profite d'un peu de temps dans les rendez-vous* » précise toutefois une infirmière scolaire (entretien 3).

---

[13] Extrait des observations faites avant et après la réalisation d'entretiens semi-directifs.

[14] Extrait d'une conversation informelle avec un élu en charge du CMJ (entretien 16).

I.2.2 La prévention individuelle

Une infirmière travaillant sur le territoire résume la différence entre l'approche collective et l'approche individuelle comme suit : « *Quand ils* [elle cite une association de prévention juste avant] *reçoivent 20 ou 25 jeunes, la parole n'est pas la même que sur de l'individuel. Le message ne va pas être ciblé vers eux même s'il peut résonner individuellement* » (entretien 4). Ici, l'infirmière réfère à un manque de sensibilité de certains individus qui ne se sentiraient pas concernés (sur le moment) par les thématiques investies et/ou l'atelier mené. Selon elle, ce n'est pas le cas de la prévention individuelle.

Sur le territoire analysé, une partie de la prévention se réalise donc de manière individualisée, par un entretien en duo entre le jeune et l'adulte rencontré, qui peut être soit un professionnel de santé soit un adulte référent, accompagnateur, conseiller ou éducateur.

Ce type de prévention prend place lorsqu'un adolescent ou sa famille s'adresse à un professionnel pour un problème spécifique. Cela peut être le cas de la conseillère du Planning Familial pour des questions relatives à la vie affective et sexuelle ou de l'infirmière du CSAPA pour des questions relatives à la consommation de produits psychoactifs ou à la consommation de produits sans substances (entretien 4 et 6). Cela est également vrai pour les infirmières scolaires, la médecin spécialisée dans l'adolescence ou la référente Point Accueil Écoute Jeune (PAEJ) à la Mission Locale pour toutes questions relatives à la santé des adolescents dans sa globalité (entretien 1, 2, 3, 5 et 8).

Cependant, la prévention individuelle peut se dérouler différemment notamment en milieu scolaire et lors des déambulations en QPV. Effectivement, les infirmières ou les éducateurs spécialisés peuvent être amenés à connaitre une situation préoccupante par un tiers. « *Quand on nous signale qu'il y a un élève qui semble aller pas bien on le convoque ou on va le chercher* » (entretien 1). Cette idée est également partagée par d'autres infirmières sur le territoire : à travers une liste d'élèves en « *situation préoccupante* » (entretien 2), les infirmières prennent rendez-vous avec ces élèves afin de suivre leur vie et l'évolution de leur état de santé (entretien 2 et 3). Lors de déambulations, les éducateurs spécialisés n'attendent pas non plus que le jeune s'adresse à eux pour un problème particulier mais devancent les questionnements de ces derniers (principe *d'aller vers)* (entretien 9).

Lors d'un entretien individuel entre un jeune et un professionnel, l'adulte référent a pour mission d'apporter la solution à l'adolescent en fonction des demandes que le jeune exprime. « *En fait, il n'y a pas de généralité. C'est vraiment en fonction du besoin de l'élève. Il faut s'adapter aux besoins et aux intérêts de l'enfant* » (entretien 3). Néanmoins, la relation entre le professionnel et l'adolescent ne se limite pas à l'apport d'une unique solution. En effet, le professionnel peut interroger les modes de vie de l'adolescent, avec plus ou moins de réussite selon la réceptivité du jeune. Par exemple, une infirmière scolaire raconte qu'un des élèves de son établissement est venu

la voir pour une consommation de drogues dures pendant le week-end car il considère avoir encore des effets secondaires. Elle explique alors que « *quand ils viennent pour ce genre de question, on creuse un peu et dépendamment de ce qu'ils nous disent on les suit ou on les redirige vers le CSAPA ou une autre structure* » (entretien 1). Nous comprenons ici que les infirmières scolaires tentent de comprendre le comportement à risque dans sa globalité pour visualiser quelle est l'utilisation et quelle est l'utilité du produit pour le jeune (entretien 1, 2 et 4). Ainsi, l'objectif de l'entretien individuel est, d'une part, de répondre au problème présenté par l'adolescent mais il s'insère aussi dans une dynamique plus approfondie de diagnostic du bien-être du jeune.

> « *Il y a toujours la première demande. Puis derrière il y a la demande implicite et puis les besoins qui sont moins perçus par la personne […] Même s'ils viennent pour autre chose, il faut faire un point global, ça permet de détecter des choses et de parler plus librement* » (entretien 5).

C'est notamment le cas des professionnels travaillant auprès de la jeunesse mais qui ne sont pas spécialisés dans le domaine de la santé. Une conseillère en Mission Locale expose : « ce sont *un peu des devinettes ou des suppositions, le jeune n'est pas toujours ouvert à discuter de ça. Des fois, c'est à nous à aller creuser quand on suspecte* » (entretien 11).

Pour conclure, nous comprenons que l'entretien individuel permet une prévention personnalisée, adaptable aux besoins et aux envies du jeune reçu. Elle n'est pas imposée mais ne relève pas toujours d'une volonté du jeune non plus, notamment lorsque les parents prennent rendez-vous pour leur enfant (entretien 4, 5 et 8). L'approche individuelle s'insère à la fois dans une prévention sélective et dans une prévention ciblée (Gordon, 1983). Elle est sélective lorsque le professionnel s'adresse à un adolescent faisant partie d'un groupe particulièrement exposé et ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne. À Saint-Malo, Dinan et Dinard, cela réfère aux adolescents déscolarisés et/ou venant d'un QPV. Elle est ciblée lorsque le professionnel discute avec un adolescent qui a un facteur de risque supplémentaire ou qui possède des signes d'appel à l'aide. Sur le territoire, cela concernera tous les jeunes de 15 à 18 ans qui consultent un professionnel pour un problème de santé lié à un comportement ou des modes de vie délétères pour sa santé.

Une offre de prévention sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard concernant les thématiques de la santé sexuelle et des pratiques addictives est mise à disposition et/ou imposée aux adolescents de 15 à 18 ans. Nous tenterons maintenant de savoir quels sont les besoins identifiés par les professionnels et les demandes des adolescents concernant les actions de prévention. Nous questionnerons d'abord si les thématiques et les sujets abordés dans ces thématiques sont pertinents selon les acteurs enquêtés puis nous interrogerons quelles sont les modalités d'intervention et les lieux d'intervention pertinents selon les professionnels et les adolescents sondés.

II. Les besoins et les demandes des adolescents de 15 à 18 ans en matière de prévention santé : les thématiques et les sujets investis

Dans cette partie, nous analyserons les thématiques investies par la prévention. Les pratiques addictives, la santé sexuelle et la santé mentale seront interrogées au regard du discours des professionnels et celui des jeunes enquêtés. Ici, nous questionnerons si les thématiques investies – ou voulant être investies – et les sujets abordés au sein de ces thématiques correspondent aux besoins relevés par les professionnels ainsi qu'aux demandes formulées des jeunes.

II.1 Les pratiques addictives

Une médecin qui travaillait dans un service d'urgence sur le territoire analysé explique voir « *passer pas mal de problématiques ado notamment d'addictions diverses* » (entretien 5).

De manière générale, Saint-Malo, Dinan et Dinard sont des villes concernées par toutes les problématiques de consommations. Parmi les adolescents du territoire, on retrouve des buveurs d'alcool, des fumeurs de tabac et de cannabis ainsi que des consommateurs d'autres drogues illicites. D'ailleurs, tous les élèves interrogés ont cité « *l'alcool* » et la « *drogue* » comme deux thématiques de prévention et réduction des risques importantes (groupes de discussion 1, 2 et entretien 16).

II.1.1 Les consommations de substances psychoactives (SPA)

Les adolescents de 15 à 18 ans ont des pratiques à risque et des consommations de substances psychoactives spécifiques que nous résumons dans cette partie.

- *La consommation de SPA parmi les lycéens*

Parmi les lycéens, les professionnels attestent d'une consommation d'alcool festive et massive. En explicitant une de ses interventions sur la réduction des risques, une infirmière rend compte de la consommation des élèves interrogés en soirée, pendant le week-end. Elle développe : « *j'ai fait une intervention avec eux et l'intitulé c'était ''une soirée chez Max''. Et dans l'imaginaire il y en a très peu qui boivent que du coca hein et ceux qui boivent ils ne savent même pas où ils finissent d'ailleurs* » (entretien 1). Cependant, pour les jeunes, cette consommation n'est pas excessive. Un jeune expose « *on boit tous pour être un peu plus extravertis […] on reste toujours à la limite, ça va* » (entretien 16).

Par ailleurs, peu de fumeurs de tabac ont été recensés sur le territoire étudié. Malgré une apparition nouvelle de la cigarette électronique, le nombre de fumeurs de tabac a diminué au sein des lycées selon les acteurs enquêtés. Une CPE précise : « *Moi je n'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de personnes qui fument des cigarettes, il y en a mais voilà pour un gros lycée ben ce n'est pas beaucoup…* » (entretien 3).

En outre, une consommation de cannabis importante et régulière des lycéens a été remarquée par les professionnels et les jeunes sur le territoire. Une infirmière précise avoir « *des collégiens qui*

arrivent au lycée et qui sont déjà accro » (entretien 1). Les lycéens interrogés aperçoivent régulièrement des consommateurs de cannabis devant le lycée (entretien 16). De surcroit, une banalisation de la consommation de cannabis est distinguée par les professionnels (entretien 1 à 5). Ce constat est partagé par certains jeunes. Alors que nous questionnions les jeunes sur les thématiques qu'ils souhaiteraient aborder lors d'actions de prévention, une jeune répond « *les drogues, le cannabis, c'est banalisé alors que c'est un problème* » (groupe de discussion 1).

Le cannabis semble être la seule drogue illicite consommée en grande quantité et de manière quotidienne selon les jeunes comme les professionnels. Des consommations de substances illicites existent parmi les lycéens, notamment en soirée, mais elles restent rares selon les professionnels. Les jeunes sondés semblent être d'accord avec ce constat : « *on n'a jamais vu de drogues dures … jamais entendu parler autour de nous* » partage un lycéen (entretien 16). Néanmoins, une infirmière explique que certaines consultations portent tout de même sur des consommations de drogues illicites en soirée (autre que le cannabis). Elle énonce « *lorsqu'un jeune vient nous voir sur des consommations de cocaïne, c'est parce qu'il s'est fait peur et qu'il a l'impression d'avoir encore des effets secondaires* » (entretien 1). Nous comprenons à travers ces échanges que si les adolescents de 15 à 18 ans ne sont pas nombreux à essayer des drogues illicites autres que le cannabis, lorsqu'ils le font, ils sont peu sensibilisés aux risques et aux effets secondaires de leur consommation.

- *La consommation de SPA parmi les adolescents déscolarisés*

Les diverses consommations décrites ci-dessus se retrouvent également parmi les adolescents déscolarisés de 15 à 18 ans. Les problématiques de consommation de cannabis et d'alcool festif sont particulièrement prégnantes sur le territoire selon les professionnels sollicités (entretien 9 et 14). Concernant la consommation de cannabis, les professionnels parlent également d'une banalisation. Un éducateur spécialisé détaille être contraint d'accepter que les jeunes consomment du cannabis devant lui tant la consommation est banalisée dans les lieux publics (entretien 9).

De même, les consommations de drogues illicites autres que le cannabis sont réservées pour des moments festifs, tout comme l'ont relevé les professionnels travaillant auprès de lycéens.

La consommation de tabac, en revanche, semble plus importante parmi les jeunes déscolarisés. « *La consommation de tabac se voit […] et j'ai même l'impression qu'elle a augmenté depuis le COVID-19* » partage un conseiller en Mission Locale (entretien 10).

Pour tous les adolescents du territoire, de nombreux professionnels distinguent cependant l'usage *récréatif* de l'usage *thérapeutique* (entretien 4). En effet, certaines consommations, notamment des consommations d'alcool et de cannabis, sont associées à des troubles anxieux, des troubles du sommeil et/ou un mal-être. Une infirmière enquêtée résume cette distinction.

> « *Il y a la pression des pairs dans le sens où voilà c'est l'âge où ils testent… […] mais y'en a qui nous disent « ben voilà moi je dors comme ça » […] À cet âge si le cannabis apaise ça pose question* » (entretien 4).

Comme nous l'avons dit précédemment, les consommations de SPA ne sont pas les seules pratiques addictives existantes. Les consommations sans substances font également partie de cette catégorie.

II.1.2 Les consommations sans substance

La seule problématique de consommations sans substance parmi les lycéens (entretien 1 à 3) et les adolescents déscolarisés (entretien 10) relevée par les professionnels du territoire est la consommation d'écrans et de réseaux sociaux. Une médecin affirme que « *c'est une problématique qui ressort beaucoup les écrans* » (entretien 5).

Selon les professionnels interrogés, cette consommation d'écrans est associée à d'autres problématiques de santé notamment des problèmes de sommeil ou des problèmes de phobie scolaire, liée à du cyber-harcèlement vécu ou attesté (entretien 3 et 5). Parmi les adolescents déscolarisés, les professionnels associent également cette consommation d'écrans à des difficultés d'insertion professionnelle (entretien 10).

Les élèves interrogés semblent mitigés dans leur perception des risques par rapport aux réseaux sociaux et aux écrans. D'un côté, la problématique des écrans et des conséquences de ces derniers ne semble pas les concerner : aucun d'entre eux n'a cité « les écrans » parmi les thématiques importantes de prévention et de réduction des risques qui pourraient exister. En revanche, les élèves semblent conscients des risques liés à l'utilisation des réseaux sociaux puisque le « *cyber-harcèlement* » et les « *fausses relations sur les réseaux* » sont des thématiques qui sont ressorties lors des groupes de discussion (groupes de discussion 1 et 2).

Pour résumer, des besoins concernant les sujets à aborder au sein de la thématique des pratiques addictives lors d'actions de prévention ont été relevés par les professionnels. Elles concernent les consommations de substances psychoactives, notamment les consommations excessives d'alcool et les consommations « test » d'autres drogues illicites en contexte festif, la banalisation de la consommation de cannabis quotidienne ainsi qu'un usage de substances psychoactives dit *thérapeutique* pour certains adolescents du territoire. Ces thématiques sont également reconnues pertinentes selon les adolescents questionnés.

Néanmoins, une différence majeure est identifiée entre le discours des jeunes (leurs demandes) et celui des professionnels concernant leur consommation d'alcool. Faisant une distinction entre l'alcool et la drogue, la majorité des élèves questionnés ne considèrent pas qu'ils consomment trop d'alcool ou de manière néfaste pour leur santé. Ils considèrent être à la limite du risque.

Ici, les besoins distingués par les professionnels et les demandes des adolescents ne sont pas en adéquation. Cette différence est également remarquée lorsque nous abordons la thématique de la consommation d'écrans. Selon les professionnels, cette thématique semble intéressante pour mener des actions de prévention, contrairement aux adolescents interrogés.

Ces différences de points de vue reflètent une perception du risque différente. En effet, les professionnels voient une consommation à risque là où les jeunes ne la voient pas. Si cela ne change pas l'avis des jeunes sur l'importance de réaliser des actions de prévention sur ces thématiques, cela peut changer la manière dont ces thématiques sont abordées.

II.2 La santé sexuelle

Outre des pratiques addictives, le territoire étudié est également marqué par des problématiques de santé sexuelle de la part des adolescents de 15 à 18 ans. Des besoins et des demandes en prévention sur le territoire concernent la contraception, les infections sexuellement transmissibles mais aussi les stéréotypes liés à la sexualité et le consentement.

II.2.1 La contraception et les grossesses non désirées

Les professionnels interrogés discernent des problèmes de contraception et de grossesses non désirées parmi les lycéens comme les adolescents déscolarisés. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse qu'un certain nombre d'adolescents sur le territoire ont des relations sexuelles non protégées. Un des élèves interrogés affirme qu'autour de lui *« il peut y avoir des comportements à risque sur la sexualité, par exemple quand il y en a qui ne mettent pas de préservatifs* » (entretien 16).

En effet, il est régulier que des adolescentes s'adressent aux professionnels consultés pour des tests de grossesse ou des contraceptions d'urgence. « *On a beaucoup de demandes »* précise une conseillère du Planning Familial (entretien 6). Elle ajoute *« que tel comportement est plus le choix de l'un ou de l'autre* » en précisant « *on se rend compte que la capote, finalement, c'est plutôt le choix de l'un que de l'autre* » (entretien 6). Ce constat est partagé par une majorité des professionnels enquêtés sur le territoire : les problèmes de contraception semblent être associés à une problématique de consentement négocié au sein des relations entre les filles et les garçons (entretien 1, 2, 5 et 6). Ce phénomène a notamment été constaté par un des CLS. Une chargée de CLS explique : « *il y avait une augmentation des agressions sexuelles par des mineurs. Sur les agressions, consentement etc., je pense qu'il y a du boulot encore* » (entretien 14).

Outre les questions de contraception et de grossesse non désirées, des besoins et des demandes de prévention sur le sujet précis des infections sexuellement transmissibles sont reconnus.

II.2.2 Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Sur le territoire analysé, certains professionnels ont repéré une absence d'intérêt des jeunes pour le dépistage d'IST ou du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) (entretien 2 et 6). Une conseillère du Planning Familial expose :

> « *Les chiffres VIH/Clamydhia sur les 15-25ans c'est en train d'exploser mais moi je vois bien quand on fait un test de grossesse ou une contraception d'urgence et que j'en parle* [des tests de dépistage], *elles me disent "oui oui" pour me faire plaisir mais je ne les revois jamais et le CPEF ne les voit pas non plus, je le sais* » (entretien 6).

Les adolescents sollicités lors des groupes de discussion ont toutefois cité les IST et le VIH comme des thématiques importantes sur lesquelles la prévention devrait agir (groupes de discussion 1 et 2).

Par la suite, d'autres problématiques diverses entrainant des besoins et des demandes de prévention ont été relevées sur le territoire.

II.2.3 Les autres problématiques identifiées

Différents sujets préoccupent les jeunes et les professionnels interrogés. Il est vrai que la représentation des corps, des genres et des orientations sexuelles ainsi que les stéréotypes liés à la sexualité sont des sujets sur lesquels les acteurs enquêtés souhaiteraient des actions de prévention.

Dans un premier temps, des problématiques de représentation des corps, de stéréotypes liés à la sexualité ont été relevées, notamment parmi les lycéens du territoire étudié. Une infirmière scolaire décrit sa consultation type : « C'est *souvent une fille qui a un amoureux puis lui il veut conclure et elle ne se sent pas bien, elle ne sait pas si elle veut puis elle a peur de son corps […]et puis tu as le mec qui vient nous voir tout penaud en disant c'est ce soir je ne sais pas comment faire etc…* » (entretien 1). Une médecin et une infirmière scolaire ont toutes deux associé ces problèmes à la consommation régulière de contenus pornographiques (entretien 2 et 5). Selon elles, l'accès à des images sexuellement explicites joue un rôle particulier dans la construction des représentations de la sexualité. Les représentations sont, selon les professionnels, génératrices d'anxiété pour certains des adolescents du territoire, notamment en amont des premières expériences sexuelles. Néanmoins, une fois les premières expériences passées, les jeunes se rendent compte que la pornographie ne représente pas forcément une sexualité réaliste. Une infirmière scolaire illustre ce constat expliquant ce qu'un jeune lui a partagé. Elle le cite : « *Ben oui tu penses que le sexe c'est le porno au début puis quand tu le fais tu vois bien que ce n'est pas le cas* » (entretien 2).

Par ailleurs, à Saint-Malo, Dinan et Dinard, de multiples questionnements sur la transidentité ont été formulés, notamment parmi les lycéens (entretien 1, 2, 6 et 8). « *La question du genre c'est l'intimité […] « est-ce que je veux vivre dans un corps de fille ou de mec » et il y en a énormément qui se posent la question, je suis bluffée* » explique une infirmière scolaire (entretien 1). Ce constat est

également partagé par les jeunes enquêtés. Un jeune affirme « *il y en a beaucoup autour de nous* » en référence aux questionnements sur la transidentité (entretien 16).

Pour conclure, sur le territoire étudié, les besoins en matière de prévention recensés par les professionnels en matière de santé sexuelle s'axent principalement sur les rapports sexuels non protégés. Selon eux, ces derniers sont intrinsèquement liés à une problématique de violence sexuelle, plus précisément, de consentement négocié. Par ailleurs, certains professionnels consultés remarquent un manque d'intérêt pour les IST et des problèmes d'acceptation de soi, du corps et de l'intime. La plupart de ces thématiques sont également ressorties lors de nos échanges avec les jeunes. Les demandes des jeunes enquêtés en prévention sont donc en adéquation avec les besoins de prévention recensés par les professionnels sondés.

II.3 La santé mentale :

La détresse et le mal-être psychologique, entrainant une rupture sociale ou des prises de risques, sont deux problématiques prégnantes sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard sur lesquels des besoins en matière de prévention se font ressentir d'après les professionnels interrogés. Une infirmière scolaire fait part de cette réalité en expliquant : « *le fait qu'il y ait des adolescents qui souffrent de dépression ce n'est pas nouveau mais le fait qu'il y en est autant, ça c'est nouveau. C'est un problème systémique, il y a un truc qui ne va pas quoi* » (entretien 2).

En effet, tous les professionnels enquêtés du territoire sont inquiets du nombre d'adolescents exprimant une détresse psychologique. Selon eux, les jeunes sont nombreux à développer un « mal être », notamment depuis la crise sanitaire (entretien 1, 2, 4, 5, 9, 12, 13 et 14). Une chargée de prévention au sein d'un CLS partage « *que le problème qui ressort en ce moment et de façon prédominante c'est la santé mentale des jeunes […] »* (entretien 15).

Lors des groupes de discussion, les problèmes de santé mentale ont également été mis en avant par certains des élèves interrogés. En effet, les mots « *dépression* », « *stress* » et « *anxiété* » sont ressortis en grand nombre lorsque nous leur avons posé la question « *qu'est-ce que la santé selon vous ?* » (groupes de discussion 1 et 2).

De surcroit, ce mal-être psychologique semble avoir un fort impact sur la vie des adolescents. D'un côté, il déclenche des comportements qui mettent en péril leur scolarité et leur futur. Une infirmière scolaire fait part de ses inquiétudes :

> « *J'avais remarqué que ça augmentait déjà d'année en année mais avec le Covid ils sont restés chez eux et c'est vraiment difficile. Ils font de grosses crises d'angoisse, ils ont des sensations de malaise, d'étouffement, pas moyen de quitter la maison, ça part au clash dans la voiture avec les parents, devant le lycée ils n'arrivent pas à descendre»* (entretien 1).

Selon cette infirmière, le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard connait une vague de mal-être de la part des lycéens qui entraine diverses phobies, en particulier liées à l'école et à la sociabilité. Plusieurs élèves questionnés ont notamment fait part de ces conséquences. Une élève précise « *on a beaucoup de stress et d'anxiété, avec l'orientation et tout ça* » (groupe de discussion 1).

D'un autre côté, ce mal-être ne gêne pas seulement la scolarité des adolescents. Il semble amener de nombreuses prises de risques. La majorité des professionnels interviewés explique recevoir régulièrement des adolescents âgés de 15 à 18 ans ayant des propos suicidaires ou des actes d'automutilation (entretien 1, 2, 3 et 5). Une infirmière expose :

> *« On voit beaucoup de scarifications puis ils ont des propos suicidaires. Ça m'est arrivé d'avoir une élève qui vient me voir et qui se pose sur la chaise sans même fermer la porte et qui me dit « là je viens te voir parce que je veux sauter par la fenêtre » et ça c'est au moins une fois par semaine* […] *il y a eu des tentatives de suicide, des prises de médicaments, c'est grave* » (entretien 2).

Cette affirmation est également partagée par les autres professionnels interrogés qui font un lien entre mal-être psychologique et comportements à risque comme le suicide et l'automutilation. Pour autant, ces conséquences et ces comportements à risque n'ont pas l'air d'inquiéter les adolescents interrogés. Lorsque nous avons échangé sur le risque suicidaire avec deux adolescents, l'un d'entre eux a répondu « *c'est le lycée, donc la santé mentale ce n'est pas toujours au top mais de là à penser au suicide, non, en tout cas pas autour de moi* » (entretien 16).

Pour résumer, la santé mentale est une thématique où des besoins et des demandes ont été formulés par les acteurs enquêtés. Au sein de la thématique de la santé mentale, les besoins en matière de prévention et les demandes des jeunes sont similaires : le stress, l'anxiété, les phobies scolaires sont des sujets perçus comme pertinents. Une légère différence concernant la thématique du suicide et des actes suicidaires est remarquée. Effectivement, les professionnels identifient des besoins en matière de prévention qui ne coïncident pas avec les demandes des jeunes.

L'interrogation de la pertinence des thématiques – et des sujets précis investis à l'intérieur de ces thématiques – par rapport aux besoins et aux demandes en matière de prévention est essentielle. Cependant, il est également nécessaire de questionner la pertinence des modalités de prévention par rapport aux besoins et aux demandes relevés.

III. Les besoins et les demandes des adolescents de 15 à 18 ans en matière de prévention santé : les modalités et les lieux d'intervention

Dans cette partie, nous analyserons les modalités d'intervention en prévention concernant les pratiques addictives, la santé sexuelle et la santé mentale aux vues des données récoltées lors de nos entretiens et de nos groupes de discussion. Ici, nous questionnerons donc les besoins et les demandes des adolescents en matière de modalités d'intervention. Nous interrogerons dans un

second temps les milieux de vie où s'ancrent les actions de prévention et leur pertinence par rapport aux besoins et aux demandes.

III.1 Les modalités d'intervention en prévention

Pour répondre aux problématiques de santé décrites dans la deuxième partie de notre analyse, des besoins en matière de modalités d'intervention en prévention ont été identifiés par les professionnels. Ainsi, nous tenterons de mettre en perspectives ces besoins en termes de modalités par rapport aux attentes des jeunes.

III.1.1 Les pratiques addictives

Concernant les pratiques addictives, des besoins en matière de modalités d'intervention ont été identifiés par les professionnels.

D'un côté, pour les pratiques addictives incluant des consommations de substances psychoactives, les professionnels se positionnent sur de la prévention incluant une communication sur les conséquences des modes de vie et des consommations.

En effet, une infirmière exprime que les adolescents *« ne comprennent pas comment le corps fonctionne »* (entretien 1). Une autre infirmière complète que les jeunes ont besoin *« de comprendre les conséquences même familiales, sociales [d'une addiction] »* (entretien 4). Ainsi, la prévention axée sur l'information des conséquences d'une consommation sur le corps, le cerveau mais aussi des conséquences sociales est pertinente selon les professionnels. Une partie des adolescents interrogés confirment le discours des professionnels. Une adolescente partage « *il faut en parler, c'est un problème avec des conséquences graves* » (groupe de discussion 1).

Par ailleurs, une infirmière explique qu'il est aussi important *« de comprendre et d'interroger l'usage d'un produit »* (entretien 4). Plus que communiquer sur les risques et les conséquences de la consommation de substances, nous comprenons qu'il est donc fondamental de pouvoir favoriser un échange avec le ou les jeune(s) pour faire une action de prévention efficace selon les professionnels enquêtés. Cela se reflète également dans le discours des jeunes. Ils précisent « *non on ne se pose pas la question de notre usage de drogues… on devrait* » (entretien 16).

De plus, un éducateur spécialisé précise que cet échange ne doit *« ni moraliser ni banaliser »* les consommations des adolescents (entretien 9).

D'autre autre côté, la communication sur les conséquences des pratiques addictives sans substance est également perçue comme une modalité pertinente de l'action de prévention. Selon la majorité des professionnels questionnés, il est intéressant de communiquer sur les risques de l'utilisation des réseaux sociaux, comme le cyber-harcèlement ou les fausses relations, les faux profils (entretien 4, 5, 13 et 16). Si ces sujets sont intéressants selon les lycéens interrogés, la prévention

basée sur l'information des risques leur semble moins pertinente. Ces derniers détaillent vouloir « *des actions qui favorisent les échanges et la discussion autour de la notion d'aide* » (groupe de discussion 1).

En outre, selon les professionnels, les actions de prévention devraient également mettre en avant les effets néfastes de la consommation excessive d'écrans sur le sommeil ou sur le cerveau (entretien 5). Comme nous l'avons vu précédemment, les élèves sondés n'ont pas relevé cette thématique comme une thématique essentielle en prévention. Aucune indication sur les modalités d'intervention n'a donc pu être discutée.

Pour résumer, aucune distinction entre les modalités d'intervention pour les consommations SPA et les consommations sans substance n'a été identifiée par les professionnels interrogés. Sur ces deux thématiques, les professionnels sondés trouvent l'information sur les conséquences et l'interrogation de l'usage du produit essentiel. Cela ne reflète que partiellement les demandes des adolescents en matière de modalités de prévention car l'information sur l'entraide n'est pas comprise dans les besoins identifiés par les professionnels. Néanmoins, nous pouvons nuancer ces propos. En effet, lorsque les adolescents n'ont pas conscientisé les risques d'une pratique (comme la consommation d'alcool en soirée par exemple), aucune modalité d'intervention n'est proposée.

III.1.2 La santé sexuelle

Pour répondre aux problématiques liées à la santé sexuelle, des modalités d'intervention ont été proposées par les jeunes et les professionnels. Ces modalités s'axent particulièrement autour de la distribution de matériel de prévention et de réduction des risques ainsi que sur la création d'espaces d'échange sur ces divers sujets.

- *Les espaces d'échanges sur la santé sexuelle*

Plusieurs thématiques dans la santé sexuelle questionnent les jeunes, qui s'adressent régulièrement en entretien individuel aux professionnels du territoire.

Dans un premier temps, il est vrai que plusieurs adolescents ont partagé leurs envies d'avoir des échanges sur « *les relations* » (groupe de discussion 1). Effectivement, ils précisent souhaiter avoir de la prévention sur la santé sexuelle basée sur l'intimité, le relationnel et non sur « *la perte de la virginité* », « *la pénétration* » (groupe de discussion 1). Ainsi, en matière de prévention santé sexuelle, les demandes des adolescents seraient d'échanger sur les relations de manière très large. Cependant, selon les professionnels, il parait tout de même essentiel de parler de sexualité et, en particulier, des premières expériences sexuelles puisque ces dernières peuvent être une source d'angoisse pour une partie des adolescents du territoire (entretien 1 et 6).

Dans un second temps, les lycéennes enquêtées expriment un fort intérêt et des questionnements sur la santé sexuelle et reproductive. Les infirmières scolaires consultées partagent

que ce sont un des premiers motifs de consultation (entretien 2 et 6). Une infirmière scolaire expose : « *on a des questions sur les cycles hormonaux, sur la contraception aussi ça arrive d'avoir des questions sur les IVG dans ce grand thème là* » (entretien 2).

Par la suite, de nombreux questionnements sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle ont été recensés sur le territoire. Des jeunes expliquent vouloir des espaces d'échanges avec un professionnel lors des actions de prévention afin de rompre avec la vision hétéronormée car ils précisent : *« on ne connait rien sur les autres relations* » (groupe de discussion 1).

Enfin, les interrogations sur les violences sexuelles sont fréquentes. Une infirmière scolaire précise « *ce n'est pas qu'un élève* » (entretien 2). Cette constatation a été confirmée par nos échanges avec les adolescents (groupe de discussion 1) qui expriment être intéressés pour avoir des discussions et des échanges sur les relations toxiques, en ligne ou pas.

Ainsi, les jeunes demandent à échanger et avoir des informations en santé sexuelle. Des lycéens interrogés précisent toutefois que cette communication d'informations devrait être centrée sur le plaisir. Une adolescente précise : « *on devrait d'abord adresser le plaisir puis après les risques* » (groupe de discussion 1). Néanmoins, les échanges ne sont pas les seuls besoins et demandes identifiés.

- *La distribution de matériel de prévention*

En effet, les adolescents expriment des demandes concrètes concernant la mise à disposition d'outils de prévention. Que que ce soit au lycée, au Planning Familial, ou en Mission Locale, les jeunes sont toujours « *preneurs de préservatifs* » (entretien 2, 6 et 10). Un élu en charge du pôle jeunesse explique également que, lorsque le pôle jeunesse était mieux situé dans la ville (en centre-ville) et, donc plus accessible aux adolescents, le nombre de préservatifs diminuait rapidement (entretien 16). De même, lors de stands de prévention en milieu festif, de multiples préservatifs ont été distribués et donnés (entretien 16).

Pour résumer, les besoins et demandes en santé sexuelle sur le territoire s'axent autour de la communication d'informations et d'échanges sur différents sujets – comme la transidentité, les IST ou la contraception, le consentement, les notions de respect et d'égalité, l'orientation sexuelle – ainsi que sur la mise à disposition de matériel de prévention et de réduction des risques.
Il est également intéressant de relever que les besoins et les demandes des jeunes interrogés sur le territoire concordent et aucune divergence significative n'a été observée.

III.1.3 La santé mentale

Les problématiques en santé mentale repérées par les acteurs interrogés, que ce soit les professionnels ou les jeunes, impliquent des modalités d'intervention précises.

Selon les professionnels interrogés, les besoins en matière de modalités d'intervention s'axent autour du repérage précoce, de l'orientation et de l'accompagnement vers le soin. Une infirmière relate : « *face à cette urgence, on propose un accompagnement médical* ». Elle complète « *mais là le temps d'attente est très long* » (entretien 2).

Toutefois, les élèves interrogés qui ont cité « *la santé mentale* » comme une thématique qu'ils souhaitent aborder précisent que les actions de prévention sur la santé mentale devraient avoir pour objectif de « *rendre visible tous ces troubles* » (groupe de discussion 1). Ils citent en particulier « *la phobie scolaire* », et « *l'orientation* ». Ainsi, les lycéens enquêtés expriment davantage des demandes de sensibilisation concernant les problématiques de santé mentale.

De manière générale, une différence a été perçue entre les besoins et les demandes des jeunes sur les modalités d'intervention concernant la santé mentale : là où les jeunes demandent des actions de sensibilisation, les professionnels expriment des besoins de repérage précoce et d'orientation vers le soin.

III.2 Les lieux d'intervention en prévention

Dans un second temps, nous proposons un élargissement dans notre réflexion sur les modalités d'intervention. Outre les détails des modalités d'intervention en fonction des thématiques étudiées, nous interrogerons dans cette partie les lieux d'intervention de la prévention et les modalités mises en œuvre dans ces lieux. Cette analyse s'est majoritairement réalisée par rapport aux demandes exprimées par les jeunes. En effet, les professionnels interrogés n'ont pas réellement remis en question les lieux d'intervention qu'ils ont investis.

Nous avons divisé les pistes de réflexion des élèves entre les interventions potentielles qui peuvent être mises en place dans le milieu scolaire et les interventions pouvant être mises en place à l'extérieur du milieu scolaire : sur le territoire (notamment les villes) ou les réseaux sociaux.

III.2.1 Interventions en milieu scolaire

Les élèves consultés considèrent que le milieu scolaire est un milieu pertinent pour mettre en place des actions de prévention (groupe de discussion 1 à entretien 16).

Des précisions ont été amenées lors des groupes de discussion réalisés. Effectivement, les élèves interrogés s'accordent pour dire que les interventions où la présence est obligatoire sur des temps formalisés sont davantage efficaces que des interventions basées sur le principe de libre adhésion. En effet, les actions de prévention ne correspondent pas aux demandes des jeunes. C'est le cas des ateliers mis en place sur des temps informels. Les élèves (entretien 16) précisent « *il faudrait que ce soit imposé* » en discutant des ateliers qui se sont déroulés au CDI de 13 à 14h. De même, le temps

du midi ne semble pas convenir « *Moi j'ai qu'une heure de pause le midi et flemme de manger un sandwich … faut pas que ce soit sur le temps du midi parce qu'on mange* » (entretien 16).
C'est également le cas des stands de prévention dans les couloirs et des affiches sur des thématiques comme les violences conjugales : ces derniers ne sont pas en adéquation avec les demandes du public cible. Un des élèves interrogés dit *« je passe dans le couloir, je marche, je ne vais pas m'arrêter pour regarder les affiches* ». Un autre précise : « *c'est moins percutant qu'une personne qui nous parle pendant une heure* » (entretien 16). Il ajoute également « *elles étaient toutes mélangées les unes entre elles, on avait des affiches sur les violences conjugales à côté d'affiches sur le gaspillage alimentaire* ». Il termine en précisant « *qu'elles ont été déchirées le lendemain* » (entretien 16). Effectivement, ces actions ne sont que peu pertinentes par rapport aux demandes des jeunes qui ne souhaitent pas prendre de leur temps libre pour se sensibiliser (entretien 16).

Par rapport aux ateliers obligatoires, les élèves sondés ne semblent pas préférer une mise en œuvre particulière (ciné-débats, théâtre-forum, discussion, présentation power point) ni un interlocuteur spécifique plutôt qu'un autre pour les interventions en milieu scolaire. « *Ça peut être n'importe qui du moment que la personne connait son sujet* » (entretien 16). Un élève détaille qu'il faut qu'il puisse répondre aux questions et donner d'autres informations supplémentaires (groupe de discussion 2). Certains élèves précisent néanmoins qu'il ne faudrait pas une personne trop vieille « *parce qu'ils ne nous comprennent pas »* (groupe de discussion 2). En outre, une partie des jeunes enquêtés affirment que le témoignage d'une personne concernée serait appréciable et complèterait une intervention de prévention réalisée par un adulte (groupe de discussion 2 et entretien 16). « *Le témoignage c'est différent parce que ça sera centré sur lui… c'est plus percutant parce que ça parait réel* » (entretien 16).

Enfin, une précision est amenée par la majorité des adolescents interrogés afin de faciliter la prise de parole et de ne pas être gênés. Selon eux, il faudrait qu'une partie de ces interventions se déroulent en petit comité (groupe de discussion 1 et entretien 16).

Concernant le nombre de séances qu'ils souhaiteraient, leurs réponses oscillent entre 1 fois par an, mais sur chacune des thématiques (groupe de discussion 1) ou plusieurs fois par an sur une thématique, en changeant de thématique chaque année (groupe de discussion 1 et entretien 16).

Le milieu scolaire n'est pas le seul milieu de vie accueillant des adolescents. En effet, des actions de prévention sont implantées ailleurs sur le territoire.

III.2.2 Interventions en dehors du milieu scolaire

Cependant, les interventions en dehors du milieu scolaire sont considérées comme moins pertinentes selon les élèves interrogés car elles ne sont majoritairement pas obligatoires. Néanmoins, certains élèves expriment qu'elles peuvent compléter des interventions obligatoires.

D'un côté, les élèves ont exprimé un moindre intérêt pour les interventions de prévention mises en place par les collectivités ou les associations locales dans la ville.

Effectivement, les ciné-débats ne sont pas considérés comme de réels temps de sensibilisation, peu importe le sujet. Un des élèves explique « *ce n'est pas le sujet c'est juste que je ne vais pas faire une soirée ciné-débat comme sortie avec mes potes le soir* » (entretien 16). De même, lorsqu'un élu en charge du pôle jeunesse avait organisé un temps d'échanges entre les parents et leurs enfants en visioconférence sur la problématique des écrans, un lycéen exprime que lui n'y participerait pas du tout (entretien 16).

Une nuance est à apporter. Effectivement, la mise en place de stands lors de moments clefs comme lors du 14 juillet semble apprécier des adolescents sondés (entretien 16). « *Un stand c'est mieux parce qu'on sait qu'il y aura une personne à qui on peut parler si on en a besoin* » (entretien 16). De même, avoir des outils de prévention comme des éthylotests ou des préservatifs est estimé par les élèves qui affirment qu'ils se servent s'ils considèrent en avoir l'utilité (groupe de discussion 1 et entretien 16).

D'un autre côté, les élèves sont également mitigés sur l'utilité de la prévention sur les réseaux sociaux (groupe de discussion 2 et entretien 16). Une partie des élèves a affirmé qu'ils pourraient regarder des réels[15] ou des posts d'informations écrits et courts s'ils tombaient dessus. C'est le cas de deux élèves présents lors d'un entretien collectif et 6 élèves sur 12 lors du groupe de discussion 2. Les plateformes Instagram et TikTok sont notamment citées parmi les plateformes les plus pertinentes selon certains jeunes (entretien 16). Néanmoins, lorsque cette modalité leur a été proposée, aucun des élèves n'a été enthousiaste car ils « *parleraient moins sur les réseaux qu'en vrai* » (entretien 16). Or, les élèves du groupe de discussion 1 ont néanmoins décrit vouloir des interventions et des actions de prévention où il serait facile de parler. Ainsi, nous pouvons comprendre que les réseaux sociaux ne sont pas toujours un outil de prévention pertinent selon les jeunes.

Selon les jeunes interrogés, le milieu scolaire est le milieu à privilégier pour mener des actions de prévention. En outre, les jeunes consultés considèrent que les actions de prévention obligatoires (ou ils sont obligés d'assister) représentent le meilleur moyen pour toucher la majorité d'entre eux. Globalement, les actions où la présence n'est pas obligatoire, qu'elle se déroule en milieu scolaire ou pas, ne semblent pas appréciées par ces derniers.

Aux vues des résultats précédents incluant les besoins et les attentes des adolescents en matière de prévention, nous souhaitons interroger l'offre de prévention existante sur le territoire.

---

[15] Les réels sont de vidéos multi-clips de 15 secondes avec du son et des effets développés par la plateforme Instagram (Site officiel d'Instagram, 2020).

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode : les limites de l'étude

Une des limites les plus importantes est le respect des critères d'âge. Effectivement, notre étude porte sur les adolescents de 15 à 18 ans. Pour un des milieux analysés – le milieu scolaire – apposer ce critère d'âge fut relativement facile. À plus ou moins un an, la majorité des lycéens ont entre 15 et 18 ans. Ce fut moins le cas lorsque nous avons interrogé les professionnels travaillant auprès d'adolescents déscolarisés qui rencontrent des jeunes âgés entre 8 à 25 ans[16]. Ainsi, il a été difficile de catégoriser les besoins et les demandes précises des adolescents de 15 à 18 ans. Nous pouvons considérer que lorsque nous discutons de ce public, la catégorie d'âge représentée est 15-25 ans.

Deux autres limites sont également identifiables sur cette étude : le manque d'exhaustivité et la présence de biais liés à la posture professionnelle. Nous les analysons en profondeur ci-dessous.

I.1 Une étude non exhaustive

I.1.1 Des populations peu ou pas interrogées

Les résultats présentés ci-dessus sont à nuancer à la lumière des biais d'exhaustivité de notre échantillon.

D'une part, nous n'avons pas pu interroger tous les acteurs du territoire. L'enquête en question a interrogé 21 professionnels du territoire et plus d'une trentaine de jeunes. Néanmoins, certains acteurs n'ont pas été interrogés, soit parce qu'ils n'ont pas répondu à nos sollicitations, soit parce que le temps ne nous a pas permis de les solliciter.

De nombreux professionnels agissant sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard auprès des adolescents de 15 à 18 ans n'ont pas été questionnés. De même, tous les établissements scolaires du territoire n'ont pas été inclus dans notre analyse. Ainsi, les actions de prévention réalisées en milieu scolaire décrites ci-dessus concernent uniquement les établissements de santé questionnés. D'autres actions de prévention peuvent exister mais nous n'en avons pas tenu compte.

Par ailleurs, certains professionnels du territoire étudié travaillant ou pouvant travailler auprès du public adolescent plus vulnérable n'ont pas été interrogés. Effectivement, les publics en situation de handicap, en situation de délinquance et/ou habitant en milieu rural et n'étant pas inclus dans un établissement scolaire ou une structure d'accompagnement dans les villes de Dinan, Saint-Malo ou

[16] Pour les Missions Locales, la catégorie d'âge de leur public est comprise entre 16 et 25 ans. Pour l'association de prévention spécialisée enquêtée, les critères d'âge sont entre 8 et 25 ans.

Dinard n'ont pas été pris en compte. Le manque de discours concernant la prévention sélective est une des limites importantes de l'étude.

Enfin, l'entièreté des adolescents que nous avons interrogés était des lycéens. De même, ils étaient ou sont scolarisés dans le même établissement scolaire.

I.1.2 Des spécificités qui n'ont pas été exploitées

Pour le reste, des spécificités dans les besoins et les demandes des jeunes ont été distinguées lors des entretiens et des groupes de discussion. Par exemple, lors des groupes de discussion, les filles se sont montrées plus intéressées pour avoir des actions de prévention sur la santé sexuelle et la santé mentale par rapport aux garçons. À l'inverse, les garçons ont plus tendance à s'intéresser aux pratiques addictives, notamment avec substances psychoactives. Cette tendance se retrouve dans les entretiens avec les professionnels, et notamment les infirmières scolaires.

Ces données seraient intéressantes à exploiter puisqu'elles ont un impact sur l'effet que peuvent avoir les actions de prévention. Si les uns se désintéressent d'un sujet et les autres d'un autre sujet, il est important de modifier les interventions collectives de prévention pour qu'elles touchent tout le monde de manière égale.

Pour les raisons citées ci-dessus, cette étude présente un manque d'exhaustivité. Cependant, l'étude menée présente également des biais liés à la posture d'enquêtrice.

I.2 La posture de l'enquêtrice au sein de l'association Hespéris

En effet, dans cette étude, nous nous sommes placés à l'extérieur du territoire. Cette position nous a permis d'avoir un regard neutre sur les actions de prévention mises en œuvre sur ce territoire. Néanmoins, cette position extérieure au territoire nous a empêché de comprendre en profondeur les interactions existantes des professionnels entre eux et des professionnels avec le public adolescent. Se basant uniquement sur la parole des acteurs enquêtés, cette étude manque d'objectivité.

En outre, être affiliée à une association de prévention localisée à l'extérieur du territoire analysé a entrainé des limites importantes lors de nos entretiens avec les professionnels. En effet, une majorité des acteurs ont questionné nos motivations à mener des entretiens. Ainsi, nous avons dû préciser que l'association Hespéris a souhaité étudier la pertinence d'une implantation sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Or, à la suite de cela, certains acteurs nous ont identifiés comme des « concurrents » (entretien 1) ou comme de potentiels « collaborateurs » et cela a pu impacter leurs réponses, notamment lors de la question « *quelles pistes d'amélioration pourriez-vous apporter à la prévention au sein de votre structure ?* » (Annexe 4). Lors d'un entretien, une conseillère en Mission Locale avait tendance à demander quelles actions Hespéris mettait en place pour décrire les actions qu'elle souhaiterait mettre en place au sein de sa structure (entretien 11).

Cela a également entrainé des limites lors de nos groupes de discussion avec les jeunes. En effet, une présentation personnelle – de l'animatrice de prévention de l'association Hespéris et de moi-même – et une présentation de l'association ont été effectuées au début de chaque groupe de discussion et au début de notre entretien collectif semi-directif. Or, cela a pu motiver certaines réponses de la part des lycéens, notamment sur les thématiques importantes à aborder. Nous avons tenté de parer à ce biais en posant des questions génériques à la suite de nos présentations afin de laisser le temps aux adolescents interrogés de murir une réflexion globale sur la prévention et pouvoir ensuite répondre aux questions plus précises sur les thématiques qu'ils souhaiteraient aborder et les modalités d'intervention qui leur paraissent pertinentes. Néanmoins, il est probable que notre position d'affiliation à l'association Hespéris a créé un biais dans le discours des lycéens questionnés.

Pour finir, lors des groupes de discussion, les élèves interrogés n'ont pas été prévenus en avance de l'objet de l'intervention que nous réalisions. Ainsi, ils n'ont pas pu réfléchir aux problématiques qui allaient être soulevées lors de cette intervention. D'un côté, cela a amené de la spontanéité dans les échanges mais il est vrai que les échanges ont pu manquer de profondeur.

II. Discussion des résultats : l'offre de prévention et ses leviers

Globalement, il est reconnu que l'offre de prévention sur le territoire étudié est insuffisante (Dinan Agglomération, 2019 et ARS Bretagne, 2019). Les CLS régulant l'offre de santé à Saint-Malo, Dinan et Dinard ont tous deux identifié un besoin de développer la prévention.

D'une part, certains acteurs de prévention agissent sur le territoire mais ne sont pas localisés sur ce même territoire. Une chargée de prévention travaillant pour un CLS précise que le territoire « *est un peu loin de tout, donc c'est pour ça que c'est compliqué pour eux* [associations régionales] *d'intervenir* » (entretien 14). L'éloignement de certaines associations freine les actions de prévention. D'autre part, depuis la crise de la COVID-19, les professionnels sondés font part d'un manque d'actions de prévention. Une conseillère conjugale travaillant sur le territoire explique « *on reste en post-COVID, on reprend tout juste une activité* » (entretien 6). Au sein des lycées, la prévention a également été mise en suspens lorsque les établissements étaient fermés. Une infirmière partage « *avant le COVID ça tournait bien mais là c'est tombé à l'eau un peu* » (entretien 1).

Dans cette partie, nous tenterons d'analyser la prévention sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard à travers la classification de Gordon (1983) et au travers du prisme de la promotion de la santé afin de comprendre si l'offre de prévention répond aux besoins et aux demandes des adolescents dans leur globalité. Nous nous attacherons à relever les leviers de la prévention existante et d'en tirer des conclusions pour améliorer les actions sur le territoire.

II.1 La prévention universelle sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard

La prévention universelle, en particulier en milieu scolaire, est la prévention la plus développée sur le territoire considéré. En outre, les acteurs de la prévention consultés sont tous intéressés par le renforcement de ce type d'action. Cela est un vrai levier à l'implantation de nouveaux dispositifs et/ou à l'amélioration des dispositifs existants.

Des actions de prévention universelle ciblant les pratiques addictives, la santé sexuelle et la santé mentale sont réalisées. Dans cette partie, nous analyserons l'offre de prévention universelle sur ces trois thématiques, notamment en milieu scolaire puisqu'il est reconnu comme le milieu le plus pertinent pour mener des initiatives de prévention.

II.1.1 Les conduites addictives

À Saint-Malo, Dinan et Dinard, nous constatons diverses actions de prévention universelle sur la thématique des pratiques à risques à destination des jeunes de 15 à 18 ans, en milieu scolaire[17]. Ces actions sont intéressantes selon les adolescents et les professionnels.

Ces actions de prévention sont majoritairement proposées sous la forme d'ateliers participatifs. Ces ateliers semblent pertinents puisqu'ils permettent de communiquer des informations qui semblent manquer aux jeunes sur leur corps, le fonctionnement de ce dernier ainsi que sur les conséquences des consommations sur leur santé physique, mentale et leur vie sociale. De plus, ces ateliers permettent de questionner les jeunes sur l'usage qu'ils peuvent avoir d'un ou plusieurs produits. Cette réflexion sur l'usage des produits est essentielle, or, les adolescents ne l'ont pas acquise selon les professionnels et les jeunes interrogés.

Correspondant à la situation d'équilibre 4 de notre schéma d'analyse des interactions entre demandes, besoins et réponses (figure 2), nous étudierons la pertinence de cette offre de prévention et les freins associés.

Si ces ateliers reposent sur la participation des jeunes, ils s'apparentent à de l'information préventive ponctuelle et des actions de prévention *one shot.* Or, ces dernières s'avèrent peu probantes selon Emmanuel Benoit (2017). La pédagogie utilisée est intéressante puisque les stratégies d'animation se basent sur l'expérience, la coopération et la participation des jeunes, qui sont des critères d'efficacité de la prévention (Chambon et Morel, 2015). Toutefois, pour être efficaces, Chambon et Morel (2015) indiquent que les actions de prévention des pratiques addictives doivent s'inscrire dans le temps, dans un continuum d'interventions nombreuses et coordonnées. Ils citent notamment Roussel et Doumont (2008) qui ont établi une corrélation entre l'implantation d'un programme dans la durée (sur plusieurs années), un temps d'intervention important (plus de 10 heures par an) et l'obtention

[17] Tous les lycées n'ont pas mis en place des actions de prévention sur les pratiques addictives. Néanmoins, nous baserons notre analyse sur les actions qui nous ont été décrites.

de résultats sur le long terme. Ce constat rejoint une demande des adolescents. Effectivement, parmi les élèves interrogés, la plupart ont précisé qu'il serait nécessaire de faire des actions de prévention plus tôt puisque leur consommation débute avant l'année de leur Première mais qu'elles devraient tout de même être effectuées au lycée (groupe de discussion 1).

Par ailleurs, nous avons remarqué que la perception des risques diffère entre les professionnels et les jeunes. Ce contraste de perception du risque entre les professionnels et le public cible est une donnée importante dans la réalisation d'actions de prévention. Chambon et Morel (2015) argumentent que la prévention basée sur l'information des risques et des dangers ne suffit pas à dissuader les consommations, notamment à cause de la perception du risque qui n'est pas communément partagée entre les adultes émetteurs du message et les jeunes récepteurs du message. Cela limite grandement l'effet que peut avoir la prévention sur son public cible puisque ce dernier peut plus facilement ne pas se sentir concerné par le discours proposé (Chambon et Morel, 2015).

Même si ces ateliers correspondent à la situation d'équilibre 4 de notre schéma d'analyse (figure 2), des limites sont identifiables et des améliorations pourraient être apportées.

II.1.2 La santé sexuelle

Ensuite, des actions de prévention sur la thématique de la santé sexuelle à destination des jeunes de 15 à 18 ans, en milieu scolaire, sont exécutées[18].

Les actions de prévention qui concerne la thématique de la santé sexuelle intéressent les adolescents. Parmi les élèves questionnés sur les thématiques de prévention et de réduction des risques qu'ils souhaiteraient aborder, cette thématique est souvent revenue parmi les premières citées (groupes de discussion 1, 2 et entretien 16). Parmi les interventions possibles, nous retrouvons des ateliers de prévention animés par des pairs[19]. À la place de ces interventions, d'autres ateliers peuvent être accomplis par les infirmières scolaires ou par des associations. En plus de cela, un des membres de l'équipe encadrante peut également réaliser des ateliers similaires lors de temps informels comme entre 12h et 14h.

Parmi ces actions de prévention, nous discuterons seulement des ateliers obligatoires car ils correspondent à la situation 4 de notre schéma d'analyse (figure 2)[20].

---

[18] Deux types d'actions sont généralement choisies parmi les actions citées. Il est également possible que certains lycées ne mettent en place qu'une seule action, en fonction de leur volonté d'investir la prévention.

[19] Nous nommons « pair » le porteur de l'intervention qui se reconnait par sa ressemblance avec le « pair » bénéficiaire de l'intervention (Gesmond, 2016). Pour les adolescents, le « pair » sera donc jeune.

[20] En revanche, il est important de préciser que les autres actions menées permettent la création d'environnements favorables à la santé et le respect du continuum d'actions coordonnées (Chambon et Morel, 2015). Une conseillère travaillant au Planning Familial confirme cela. Selon elle, « *les affiches ça a l'air de rien mais ça pose un contexte* » (entretien 6).

La majorité de ces ateliers suivent le principe de l'éducation pour la santé dont nous avons parlé auparavant. Ils sont participatifs, partent des connaissances des jeunes présents à l'atelier afin de valoriser ces derniers. En outre, ils sont adaptables et adaptés en fonction des échanges possibles. L'objectif principal de ces ateliers est le développement des compétences psychosociales. Pourtant, lorsqu'ils ne s'inscrivent pas dans le dispositif de l'association bretonne de prévention par les pairs, ils s'apparentent eux aussi à de la prévention *one shot* peu probante (Benoit, 2017). Une conseillère d'une des associations locales en est consciente et explique « *ce qu'il manque c'est du temps. On est une association prestataire mais on fait que des one-shot, c'est chiant* » (entretien 6). Elle compare notamment ces actions aux actions qu'elle peut mener avec une autre association locale (visant les adultes) et partage « *On a un groupe au sein de* [nom d'association] *et là on se voit une fois par mois sur 6 mois et ça change tout parce qu'on a le temps de se connaitre, on a le temps de la déconstruction, d'appréhender ce qu'on a dit après chaque séance* » (entretien 6).

Si ces ateliers correspondent aux besoins des jeunes identifiés par les professionnels et aux demandes qu'ils ont formulés, un dispositif de prévention par les pairs « la norme c'est toi » se démarque des autres. En effet, la prévention par les pairs se révèle être un atout important lors de l'animation des ateliers. Lorsque nous abordons ce dispositif, une infirmière exprime :

> « *Nous quand on leur pose des questions on voit qu'ils sont tout de suite moins réceptifs quoi. Et là ça vient de quelqu'un qui a presque son âge et ça change tout* » (entretien 1).

La prévention par les pairs répond davantage aux besoins et demandes d'échanges et de discussions identifiés par cette étude. De plus, elle permet aussi aux adolescents formés d'avoir une action de prévention renforçant le sentiment d'auto-efficacité et développant plusieurs des compétences psychosociales, deux leviers importants de l'éducation à la santé (Tessier, 2010).

II.1.3 La santé mentale

À Saint-Malo, Dinan et Dinard, peu d'actions de prévention universelle en milieu scolaire sur la thématique de la santé mentale ont été déployées.

Un dispositif a été développé localement sur une des villes étudiées et consiste à mettre en place des ateliers de sophrologie et/ou de relaxation. Cette action est en adéquation avec les besoins identifiés par les professionnels mais les modalités ne conviennent pas aux adolescents, notamment parce que ces ateliers sont proposés pendant un temps libre. En effet, ces ateliers de sophrologie n'ont touché que peu de personnes. Une infirmière affirme « *il fallait faire le tour des dortoirs pour dire aux internes d'y aller et même comme ça ils ne venaient pas vraiment* » (entretien 1).

Une autre action a été implantée sur plusieurs établissements du territoire par une association nationale pour répondre aux problématiques de santé mentale (entretien 7). Il s'agit du dispositif de pair-aidance des « correspondants santé ». Selon, cette chargée de prévention, ce dispositif est

pertinent et permet aux élèves « correspondants santé » d'acquérir un mieux-être via la formation de « correspondants » et du lien particulier qu'ils tissent avec la chargée de projet et les autres animateurs des ateliers. En effet, certains des élèves correspondants santé se sont impliqués dans ce dispositif pour « *trouver des réponses à leurs questions* » (entretien 7). Elle précise d'ailleurs qu'elle peut être amenée dans le cadre de ses fonctions à accompagner ces correspondants dans des structures de soin en fonction de leur besoin. De même, les correspondants santé trouvent une certaine autonomie et développent leur pouvoir d'agir en créant des outils utiles à leur communauté (entretien 7).

Toutefois, elle détaille « *douter des répercussions sur les autres élèves* » (entretien 7), en indiquant que 5 séances sur l'année ne suffisent pas pour créer une équipe en charge de repérer des problématiques autres que les leurs, orienter et accompagner vers le soin les autres élèves.

En outre, les demandes des élèves sur la problématique de santé mentale s'axent autour de la visibilité et de la déstigmatisation des troubles anxieux, du stress (particulièrement en lien avec l'orientation) (groupe de discussion 1) et cela manque au dispositif.

Si les actions de prévention universelle en milieu scolaire sont les actions les plus développées sur le territoire, elles dépendent fortement de la dynamique des établissements scolaires. Des différences d'implication entre les établissements du territoire existent. De même, un manque de continuum dans les actions de prévention est remarqué avec une prévalence importante des actions *one shot* qui sont pourtant moins probantes que des actions de prévention sur le long terme. Les dispositifs de prévention par les pairs semblent pertinents et plus adéquats pour répondre aux besoins et aux demandes des jeunes de 15 à 18 ans mais des améliorations doivent être apportées.

II.2 La prévention sélective sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard

Les actions de prévention sélective, qui s'adressent à des personnes en situation de vulnérabilité ne sont pas nombreuses sur le territoire analysé, que ce soit sur la thématique des pratiques addictives, de la santé sexuelle ou de la santé mentale. Néanmoins, de nombreux professionnels interrogés ont fait part de leur volonté de réaliser dans leur structure des actions de prévention et de réduction des risques pour leurs jeunes déscolarisés. Une conseillère en Mission Locale a particulièrement partagé son envie de développer des interventions de sensibilisation au sein de sa structure car « *nous n'en faisons plus* » (entretien 11).

Des dispositifs, même s'ils sont peu nombreux, existent tout de même. Effectivement, une partie des actions de prévention sélective se déroulent en *aller vers*, par des déambulations d'éducateurs spécialisés ou par des déplacements des conseillers de Mission Locale. L'autre partie est basée sur le principe de *laisser venir*, comme lors de consultations au sein du PAEJ. Elles se font

alors soit en entretien collectif soit en entretien individuel et s'axent peu sur de la prévention des risques mais davantage sur la prévention des ruptures sociales ou familiales. Il est donc difficile de quantifier et qualifier la prévention sur les thématiques étudiées.

Ainsi, les actions de prévention à destination du public adolescent vulnérable sont peu présentes sur le territoire. Il est essentiel d'en développer davantage pour respecter l'universalisme proportionné dans le développement de la prévention (Marmot, 2010).

II.3 La prévention ciblée

Enfin, des actions de prévention ciblée sont réalisées lors de moments de prise de risques comme lors de soirées organisées par les municipalités ou lors de festivals. Elles sont également réalisées lorsqu'un adolescent présente des signes d'appel à l'aide ou lorsque l'adolescent présente un mode de vie délétère pour la santé, au niveau des pratiques addictives et/ou de la santé sexuelle. Ces actions sont pertinentes et respectent un continuum dans les actions de prévention. En effet, elles s'inscrivent dans la promotion de la santé, pour une prévention des comportements à risque dans tous les milieux de vie et pour tous les publics.

En outre, ces actions sont en adéquations avec les demandes des adolescents. Deux adolescents ont confirmé qu'ils prendraient des préservatifs ou bien qu'ils accepteraient des préservatifs de la part d'un professionnel s'ils considèrent en avoir l'utilité sur le moment (entretien 16).

Néanmoins, elles ne répondent pas aux besoins des jeunes de 15 à 18 ans qui consomment particulièrement en soirée entre eux, dans des lieux privés. Le dispositif des « correspondants santé » prend alors tout son sens puisqu'il permet une formation des pairs en prévention qui pourrait se répercuter sur l'ensemble des adolescents, à condition qu'un des « correspondants santé » soit présent au moment festif en question. Une chargée de prévention affirme :

> « *Si j'arrive à leur donner des billes pour prendre en charge autrui en situation festive, par exemple tu ne laisses pas un copain ivre dormir dans une chambre tout seul … parce qu'à tout moment il peut basculer dans un coma éthylique… il faut ouvrir la bouche, pourquoi faut l'ouvrir … tu vois, déjà tu sauves des vies.* » (entretien 7).

Sous le prisme de la prévention par les pairs, la prévention ciblée parait d'autant plus cohérente puisqu'elle répond à des besoins et des demandes selon les acteurs interrogés.

Pour résumer, un manque d'actions de prévention sur les thématiques citées caractérise le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard notamment les actions de prévention sélective.

Concernant les actions de prévention universelle, les actions développées au sein des établissements ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins et les attentes des jeunes. Si les actions *one-shot* peuvent être cohérentes puisqu'elles répondent aux besoins de discussions et d'échanges identifiés sur le territoire, elles sont peu probantes et ne permettent pas le développement de plusieurs compétences psychosociales ni un réel accompagnement des adolescents de 15 à 18 ans.

Par ailleurs, les actions de prévention ciblée, elles, paraissent cohérentes et en adéquation avec les besoins et les demandes des jeunes.

Un des leviers d'action qui se distingue sur le territoire étudié est la prévention par les pairs. En effet, la formation des pair-aidants semble totalement adéquate par rapport aux besoins et aux demandes en matière de prévention universelle. En outre, ces dispositifs de prévention par les pairs permettent une prévention ciblée, dans une logique de réduction des risques, lorsque les pairs-aidants s'emparent d'outils clef en main et les utilisent sur et/ou avec leurs pairs.

II.4 La prévention par les pairs : qu'a-t-on à apprendre de ces dispositifs ?

La prévention par les pairs est un des leviers d'action de prévention universelle qui se distingue sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Nous étudierons les leviers et les freins de cette modalité afin de proposer des pistes d'amélioration générales à l'offre de prévention du territoire.

II.4.1 Les leviers de la prévention par les pairs

Il est vrai que la prévention par les pairs renforce la pertinence des actions de prévention.

Lors d'ateliers de prévention basés sur le principe d'éducation à la santé[21] ou d'actions diverses, la présence de pair-aidants apporte deux composantes facilitatrices dans la relation entre l'émetteur et le récepteur du(des) message(s). D'un côté, cette présence favorise les échanges. De l'autre, elle permet une même perception du risque entre les individus émetteurs[22] et les individus récepteurs des messages et pallie alors la tendance réfractaire des adolescents aux messages de prévention normatifs (Bissege, 2014).

Néanmoins, aux vues des échanges avec les professionnels lors des entretiens semi-directifs, nous nous focaliserons sur les retombées de ces dispositifs sur les pair-aidants.

Tout d'abord, il est important de préciser que la prévention par les pairs permet une formation pour les pair-aidants qui correspond aux demandes et aux besoins en matière de prévention universelle des adolescents sondés. En effet, pour les lycéens pairs-aidants, ces dispositifs offrent un accompagnement sur le long terme, en milieu scolaire et sur des temps formalisés.

De plus, ces formation, comprises en tant qu'action de prévention universelle, semblent probantes puisqu'elles permettent aux pair-aidants volontaires d'avoir de réels repères en prévention et sur la santé de manière générale. Une chargée de prévention interrogée explique :

---

[21] Amsellem-Mainguy (2014) nomme cette modalité « éducation par les pairs »

[22] À l'intérieur de la catégorie des « pair-aidants », Amsellem-Mainguy (2014) distingue deux formes de pairs-aidants. D'un côté, il y a les « pairs multiplicateurs » qui sont chargés de diffuser dans leur milieu de vie un certain nombre d'informations et de recommandations. Les pairs du dispositif « La norme c'est toi » s'apparente à des pairs multiplicateurs. D'un autre côté, on retrouve les pairs « entraidants » qui sont formés pour écouter leurs camarades et jouer un rôle de repérage. Le dispositif des « correspondants santé » se base sur cette forme de pair-aidance.

> *« J'ai recensé qu'ils [les « correspondants santé »] étaient super contents du projet, ils apprenaient des choses, trouvaient des réponses à leurs questions… Il y avait un lien de confiance qui se tissait entre eux et moi, ils voyaient l'équipe éducative de manière différente et développaient des repères au sein de l'établissement qu'ils n'avaient pas avant... c'est hyper favorable ça »* (entretien 7).

Ce constat est partagé par Amsellem-Mainguy (2014) qui affirme que la prévention par les pairs crée un enrichissement personnel pour les pairs investis.

De même, dans certains cas, cela peut même amener un changement d'attitudes pour les pair-aidants. L'exemple donné par cette chargée de mission, qui explique que ses pairs-aidants peuvent la solliciter pour arrêter certaines consommations qu'ils considèrent néfastes après leur formation, est parlant (entretien 7).

En outre, cette formation permet le développement de l'autonomie des pairs-aidants. Nous entendons « autonomie » comme « la capacité des individus à pouvoir assumer intellectuellement leur propre existence tout en contribuant à la dynamique de la société » (LeGrand, 2014)[23]. Effectivement, en développant leurs compétences psychosociales et en impliquant les pair-aidants dans la création ou la co-création d'outils avec des professionnels, ces derniers développent leur capacité à s'assumer et contribuent à une dynamique citoyenne au sein de leur territoire et/ou de leur établissement scolaire. C'est notamment le cas lorsque les élèves mettent en place de la distribution gratuite de protections hygiéniques ou de la collecte de denrées pour les populations précaires sur leur territoire avec le dispositif des « correspondants santé » (entretien 7). C'est également le cas avec le programme « la norme c'est toi », où les adolescents s'investissent dans des programmes d'éducation à la santé au sein de leur établissement scolaire (entretien 1).

De manière générale, pour les pairs-aidants, ce type de dispositif ne se contente pas de renforcer les connaissances et transmettre des informations comme une action de prévention *one shot* pourrait le faire. Avec ces multiples séances sur l'année, un accompagnement par une personne référente en qui « les correspondants santé » peuvent avoir confiance, et avec cette dynamique de création et/ou co-création d'outils, la formation des pair-aidants permet le renforcement de l'esprit critique, de la confiance en soi et l'affirmation de soi, trois compétences psychosociales importantes.

À la fin de l'adolescence (de 15 à 18 ans), le principe d'autonomisation et le renforcement de ces compétences psychosociales est d'autant plus important que les individus sont dans un processus de construction identitaire (Amsellem-Mainguy, 2014 ; Le Grand et Lemonnier, 2014).

Ainsi, les pair-aidants bénéficient d'une action de prévention complète, sur le long terme, avec un suivi régulier – par un ou plusieurs professionnels – qui s'apparente d'un côté à une action probante

[23] Dans sa définition, Le Grand (2014) décrit également une capacité à pouvoir s'assumer financièrement. Parce que nous étudions une tranche de la population mineure, nous avons fait le choix de supprimer cette composante dans la définition choisie.

en prévention et, d'un autre côté, à ce que les adolescents et les professionnels souhaitent comme actions de prévention universelle (pour tous les adolescents).

II.4.2 Les freins de la prévention par les pairs

La prévention par les pairs admet néanmoins certains freins ou certaines limites. En effet, si les répercussions pour les pair-lycéens des actions de prévention menées par les pair-aidants ne sont que très peu quantifiables, nous pouvons tout de même affirmer que ces dernières ne correspondent pas totalement aux besoins et aux demandes formulées par les acteurs enquêtés.

Par exemple, lorsque les pair-aidants mettent en place de la distribution de protections hygiéniques dans le cadre du dispositif des « correspondants santé », cette action ne répond pas aux demandes des adolescents rencontrés, et notamment à leur envie de recevoir de l'information ou des outils de prévention lors de moments formalisés et obligatoires.

Un autre exemple peut être formulé lorsque les pair-aidants animent des ateliers d'éducation à la vie affective et sexuelle en classes de seconde. En effet, même si l'atelier en question se déroule dans de meilleures conditions qu'un atelier animé par un professionnel – notamment parce qu'il permet d'échanger davantage et plus librement – les demandes des jeunes de recevoir plusieurs ateliers sur une même thématique plusieurs fois dans leur parcours scolaire en lycée n'est pas respectée.

Ainsi, les bénéfices de la prévention par les pairs sur les pair-lycéens ne permettent pas de situer les actions réalisées par les pair-aidants dans la situation 4 d'équilibre entre les besoins, les demandes et les offres de prévention (figure 2).

II.4.3 Ce que nous retenons de la prévention par les pairs

Ces freins et ces leviers nous amènent à proposer des pistes d'amélioration pour l'offre de prévention universelle pour les adolescents de 15 à 18 ans.

Compte tenu des bénéfices de la formation des pairs-aidants sur ces derniers (en particulier l'apport d'informations et de repères en prévention) ainsi que du fait qu'elle correspond aux besoins et aux demandes relevés dans cette étude, nous pourrions nous demander si cette formation ne devrait pas être une offre de prévention universelle à part entière pour la totalité des adolescents. Selon les thématiques, cela permettrait en outre de répondre à la commande nationale et aux lois françaises imposant aux établissements scolaires plusieurs séances d'éducation à la santé par an et tout au long de la scolarité (Site Légifrance, 2021).

En effet, la séance de présentation des compétences psychosociales, la séance réflexive sur une thématique – santé mentale, pratique addictive ou santé sexuelle – ainsi que la séance de présentation de référents santé sur le territoire et/ou au sein de l'établissement scolaire, pourraient être incluses au sein d'un dispositif de prévention universelle à part entière, obligatoire pour tous les

adolescents de 15 à 18 ans. Ce dispositif apporterait alors une réponse aux besoins et aux demandes des adolescents de 15 à 18 ans identifiés dans cette étude. D'autres séances – comme le montage de projet ou l'animation d'ateliers – pourraient néanmoins être proposées pour ceux et celles qui souhaitent s'investir davantage.

Nous proposons ici un changement de paradigme des dispositifs existants de prévention par les pairs qui passeraient de l'éducation informelle à l'éducation formelle tout un conservant la possibilité de mettre en place de l'éducation informelle pour les élèves qui le désirent[24].

Un tel dispositif connait plusieurs avantages.

Effectivement, la conservation de séances basées sur le volontariat (sur le montage de projet ou l'animation d'ateliers) permettrait de maintenir les bénéfices de l'actuelle prévention par les pairs pour les pair-aidants, en particulier le renforcement de l'autonomie à travers la co-création d'outils et le développement de compétences psychosociales. De même, cela permettrait de conserver les bénéfices de la prévention par les pairs pour les pair-lycéens et, donc, le bénéfice du « faire avec » (et non « du fait pour ») qui est un des leviers à la réussite des dispositifs de prévention, notamment pour la population adolescente, globalement réfractaire aux messages normatifs ou moralisateurs (Bissege, 2014). Par ailleurs, cela permettrait de maintenir des actions de prévention ciblée et notamment une responsabilisation entre pairs, lorsque des prises de risques sont expérimentées dans l'entre soi (par exemple, lors de moments festifs).

De manière plus large, cela permettrait également le développement d'environnements favorables à la santé – et donc une inscription des actions de prévention dans le champ de la promotion de la santé - avec une prise en compte de la parole des jeunes dans le développement d'outils et/ou d'actions citoyennes dans leur(s) milieu(x) de vie.

Un tel dispositif répondrait aux demandes des adolescents interrogés et aux besoins identifiés par les professionnels questionnés en conservant les effets bénéfiques des actions de prévention déjà mises en place. Cela nécessite cependant une politique volontariste en faveur de la prévention au sein des établissements scolaires et des équipes travaillant dans ces établissements.

Un même type de dispositif pourrait également s'implanter dans certaines structures accueillant des adolescents plus vulnérables comme une Mission Locale ou une association de prévention spécialisée et viendrait ainsi renforcer les actions de prévention sélective sur le territoire étudié.

[24] Citant la Commission de concertation sur la Politique de la Jeunesse, Legrand et Lemonnier (2014) définissent l'éducation formelle et l'éducation informelle. La première est alors une éducation dans le système éducatif hiérarchisé, chronologique allant de l'école primaire à l'université. À l'inverse, la seconde est une activité éducatrice organisée en dehors du système formel.

CONCLUSION

À travers ce mémoire, nous avons cherché à analyser les dispositifs de prévention à destination des adolescents de 15 à 18 ans sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Nous avons inclus la perception des professionnels travaillant auprès de jeunes de cette catégorie d'âge et la perception des adolescents en référant ces dernières par « les besoins » et « les demandes ».

Dans un premier temps, nous avons présenté les différents dispositifs mis en place sur le territoire, en milieu scolaire et à l'extérieur du milieu scolaire. Nous avons également pris en considération les adolescents les plus vulnérables, notamment les adolescents qui sont déjà en situation de déscolarisation, en situation de rupture familiale et/ou de rupture sociale, afin de respecter l'universalisme proportionné qui vise l'équité en santé publique.

À la suite de cela, nous avons présenté les besoins et les demandes en prévention des adolescents du territoire en matière de thématiques et de sujets abordés au sein de ces thématiques. De légères divergences entre les besoins et les demandes ont été identifiées, notamment dans les champs des pratiques addictives et de la santé mentale.

Ensuite, nous avons présenté les besoins et les demandes des adolescents en fonction des modalités d'intervention. Les résultats de cette analyse se résument à un souhait, celui de favoriser des actions de prévention en milieu scolaire, sur des temps obligatoires.

L'offre de prévention sur le territoire ne répond pas totalement aux demandes et aux besoins des adolescents relevés par les acteurs enquêtés. Étudiée sous l'angle de la classification de Gordon, nous avons analysé l'offre de prévention universelle, sélective et ciblée de manière distincte. L'offre de prévention universelle est la plus répandue sur le territoire qui se caractérise par un manque de prévention sélective criant. L'offre de prévention ciblée est aussi investie sur le territoire et elle s'avère pertinente selon les besoins et les attentes identifiés.

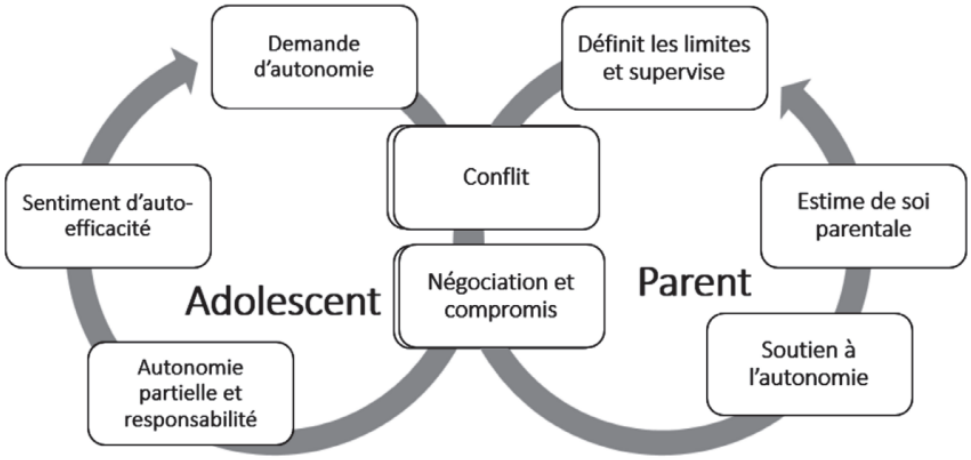
Concernant la prévention universelle, certains dispositifs comme les dispositifs de prévention par les pairs des « correspondants santé » ou « la norme c'est toi » instaurés par des associations bretonnes sont les dispositifs les plus probants sur le territoire étudié. Il est vrai qu'ils répondent à des besoins et des demandes identifiés. Ces dispositifs se révèlent d'autant plus intéressants pour les pair-aidants puisque la formation qui est offerte à ces derniers permet une approche plus englobante et plus probante. À l'inverse, les actions mises en place par les pair-aidants pour leurs pairs, elles, ne correspondent pas réellement aux attentes et aux besoins des jeunes.

Ainsi, nous proposons en dernière partie de ce travail des clefs d'amélioration pour la prévention universelle – avec une possibilité de répercussions en prévention ciblée – en se basant sur la formation reçue par les pair-aidants au sein des dispositifs de prévention par les pairs développés

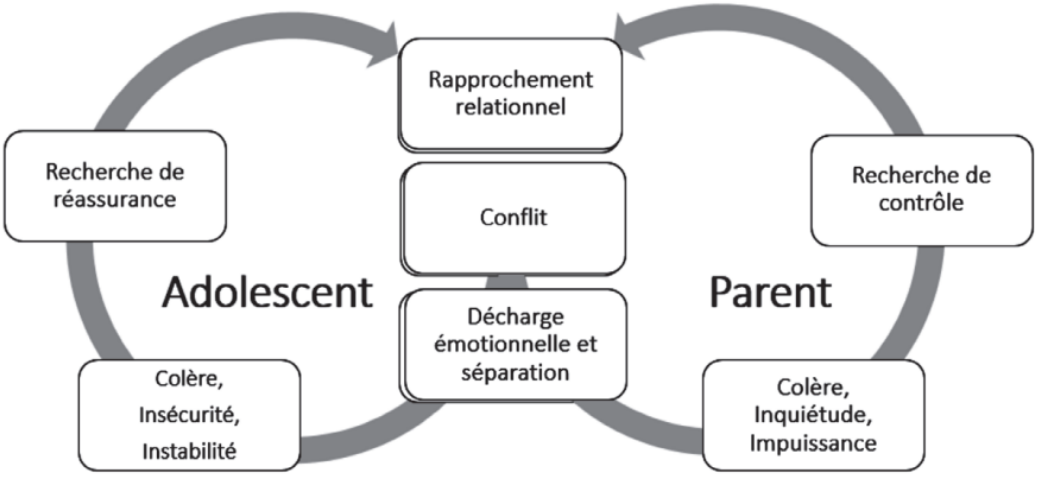
sur le territoire. Cependant, cela nécessite une politique volontariste des établissements scolaires en faveur de la prévention et un investissement des équipes pédagogiques. Sans cet investissement de la structure et du personnel de cette structure, de tels dispositifs ne pourraient se révéler probants. De ce fait, la sensibilisation et la mobilisation des professionnels de l'éducation nationale en faveur de la prévention et la promotion de la santé est essentielle. Sur le principe des services sanitaires pour les étudiants en santé, nous pourrions imaginer une formation similaire pour les étudiants souhaitant devenir professionnels de l'Éducation Nationale.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Le fonctionnement optimal et dysfonctionnel du conflit générationnel selon Pommepuy (2022)

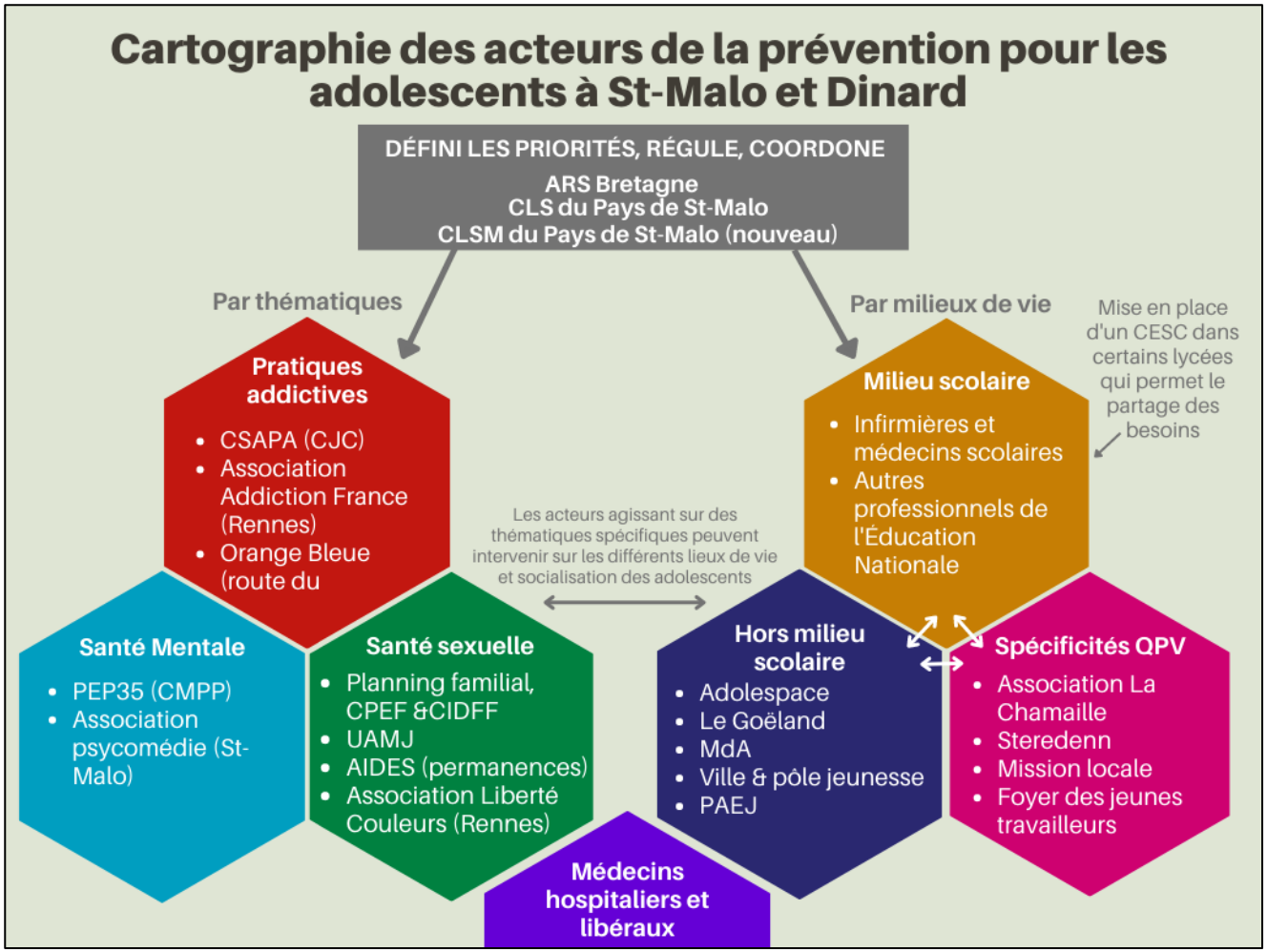


Fonctionnement optimal du conflit générationnel (Pommepuy, 2022)



Fonctionnement dysfonctionnel du conflit générationnel (Pommepuy, 2022).

<u>Annexe 2</u> : cartographie des acteurs de la prévention à Saint-Malo, Dinan et Dinard



Cartographie des acteurs de la prévention pour les adolescents à Dinan
DÉFINI LES PRIORITÉS, RÉGULE, COORDONE
ARS Bretagne
CLS de Dinan Agglomération
Par thématiques
Par milieux de vie
Mise en place d'un CESC dans certains lycées qui permet le partage des besoins
Pratiques addictives
• CSAPA (CJC)
• Association Addiction France (St-Brieuc)
Milieu scolaire
• Infirmières et médecins scolaires
• Autres professionnels de l'Éducation Nationale
Les acteurs agissant sur des thématiques spécifiques peuvent intervenir sur les différents lieux de vie et socialisation des adolescents
Santé Mentale
• Association psycomédie (St-Malo)
Santé sexuelle
• Planning familial & CPEF (St-Malo ou St-Brieuc)
• Association Liberté Couleurs (Rennes)
Hors milieu scolaire
• Atelier 5bis & ville
• Adolespace
• Steredenn
• PAEJ (en construction)
Spécificités QPV
• Association La Chamaille
• Steredenn
• Mission locale
Médecins hospitaliers et libéraux

<u>Annexe 3</u> : Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels du territoire travaillant auprès de la jeunesse

ENTRETIENS	NOMBRE DE PROFESSIONNELS PRÉSENTS LORS DE L'ENTRETIEN	PROFESSIONS	STRUCTURE AFFILIÉE	VILLE(S) D'INTERVENTION
Entretien 1	2	Infirmières scolaires	Lycée La fontaine des eaux	Dinan
Entretien 2	1	Infirmière scolaire	Lycée Jacques Cartier	St-Malo
Entretien 3	2	Infirmière scolaire et CPE	Lycée Maupertuis	St-Malo
Entretien 4	1	Infirmière coordinatrice	CSAPA	Dinan & St-Malo
Entretien 5	1	Médecin généraliste	Adolespace	Dinan & St-Malo
Entretien 6	1	Conseillère conjugale	Planning familial	St-Malo
Entretien 7	1	Chargée de projet prévention	Association Addictions France	Dinan
Entretien 8	1	Conseillère conjugale	PAEJ (Mission Locale)	St-Malo
Entretien 9	3	Éducateurs spécialisés	La Chamaille	Dinan
Entretien 10	1	Conseiller	Mission Locale	Dinan
Entretien 11	1	Conseillère	Mission Locale	St-Malo
Entretien 12	1	Élu sport et jeunesse	Ville	Dinard
Entretien 13	1	Chargée de projet prévention	Ville	Dinan
Entretien 14	1	Animatrice territoriale de santé	Contrat Local de Santé	St-Malo

Entretien 15	1	Animatrice territoriale de santé	Contrat Local de Santé	Dinan
Entretien 16	2	Lycéens (17 et 18 ans)	Conseil Municipal des Jeunes	St-Malo

<u>Annexe 4</u> : Guide d'entretien pour les professionnels de santé interrogés (entretiens semi-directifs)

Présentation du travail :

Je suis étudiante à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) en master 2 de promotion de la santé et prévention. Dans le cadre de mon stage de fin d'année, je réalise un service civique au sein de l'association Hespéris qui m'a missionné de réaliser un diagnostic des besoins en prévention chez les jeunes dans la région de Saint-Malo, Dinan, Dinard.

L'objectif de cet entretien est d'approfondir nos connaissances sur la réalité de la prévention chez les jeunes autour de Saint-Malo, Dinan et Dinard sur les thématiques des consommations de produits psychoactifs et de la sexualité

→ Demander accord enregistrement

→ Tout sera anonymisée : aucun nom, ou élément permettant l'identification de la personne ne sera cité dans l'analyse.

→ *« Si une de nos questions vous gêne, n'hésitez pas à nous le dire, à ne pas répondre. Vous êtes totalement libre de ne pas évoquer un sujet, de ne pas y répondre, il n'y a aucun souci »*

<u>Présentation de l'enquêté</u> :

- Pouvez-vous vous présenter ?
    - Parcours professionnel
    - Missions actuelles
- Quelle relation entretenez-vous avec la direction de l'établissement ?
- Quelle relation entretenez-vous avec les différents professionnels de l'établissement ?
    - Professeurs
    - Autres
- Quelle relation entretenez-vous avec les différents professionnels du territoire ?
    - CLS
    - Autres professionnels médicaux
    - Autres professionnels de la prévention santé ?

<u>Présentation de l'établissement</u>

- Depuis combien de temps êtes-vous [profession] dans cette structure ?
- Combien d'élèves accueillez-vous par an/semaine/mois ?
- Quel service de santé / quel service social proposez-vous aux jeunes au sein de la structure ?

- Y'a-t-il d'autres professionnels du secteur médico-social qui travaillent au sein de cette structure et quelles sont leurs missions ?

Relation avec les élèves

- Si vous aviez à décrire votre relation avec les adolescents, comment serait-elle ?
- De combien d'adolescents vous occupez-vous de manière globale en tant [profession] ?
    - Par jour / De manière régulière / de manière temporaire
- Avez-vous eu échos de certains problèmes liés aux consommations de produits psychoactifs ou liés à la sexualité au sein du territoire ou de votre structure ?
    - Lesquels ?
    - Que faites-vous lorsque vous êtes au courant de ces problèmes ? Quelle est votre marche à suivre typique ?
    - Y a-t-il d'autres problématiques que vous avez identifiés ?
- Y-a-t-il des suivis personnalisés avec des jeunes ?
    - Si oui, pour quelles problématiques ?
    - Dans ce cas-là, quelles sont vos relations avec les autres professionnels de l'établissement ?
        - Existe-t-il une différence avec vos relations habituelles avec ces derniers ?
    - Dans ce cas-là, quelles sont vos relations avec la famille ?

La prévention auprès des adolescents

- Parlez-vous de santé au sens large du terme donc santé psychique, physique avec vos jeunes ?
    - À tout le monde ? À des personnes en particulier ?
    - Abordez-vous la question des comportements à risque : consommation d'alcool, de drogue, de tabac, sexualité ?
        - Si oui, comment ?
            - Attendez-vous que ça vienne d'eux-mêmes ?
            - Vous faites de la prévention avant même que ça vienne d'eux ?
        - Si non, pourquoi ?
- Savez-vous si des actions de prévention sont mises en place au sein de la structure ?
    - Qui les met en place ?
    - Comment sont-elles mises en place ?

    - Qui en bénéficie ?
    - Pensez-vous qu'elles répondent à de réels besoins ?
    - Pensez-vous qu'elles sont adaptées aux besoins des jeunes ?
    - Comment pourraient-elles être améliorer ?
- Pensez-vous qu'il serait nécessaire de compléter ces actions ?
    - Si oui, comment ?
    - Si non, pourquoi ?
- (Si ce sont les professionnels qui font la prévention)
    - Selon vous, le fait que vous soyez rattaché au lycée est-elle bénéfique pour des actions de prévention ?
    - Selon vous, avoir des actions de prévention par des personnes extérieures au lycée srait une plus-value ou pas ?
    - Pensez-vous que les élèves devraient être plus investis dans la construction d'une action de prévention ?
- Savez-vous si des actions de prévention sont mises en place sur le territoire / dans la ville

<u>Annexe 5</u> : Guide d'entretien pour les groupes de discussions avec les élèves (en collaboration avec l'animatrice de prévention de l'association Hespéris)

INTRODUCTION DE PRÉSENTATION (10 min)

Présentation personnelle : chacune se présentent

Présentation de l'association : actions dont les maraudes, stands en milieu festif, formation et sensibilisation auprès des entreprises et des écoles d'enseignement supérieur

ÉTAPE 1 (30min) → On demande si quelqu'un est volontaire pour écrire les résultats au tableau

→ On met « prévention » et le mot « réduction des risques » : quelles thématiques pour des actions de prévention ?

→ Nuages de mots : On propose un débat : « à quoi ça leur fait penser ? »

→ Est-ce que vous voyez une différence entre le soin et l'éducation à la santé/la prévention ?

→ Les faire parler : pourquoi ? quelle différence ?

ÉTAPE 2 (20min)

→ On leur demande de faire un choix dans les thématiques : rangement par ordre de préférence (15min)

→ On leur demande comment ils aimeraient aborder ces thématiques (15min)

BIBLIOGRAPHIE

Articles scientifiques :

Achab, S. (2019). « Repères pour les praticiens concernant les troubles d'addiction aux jeux vidéo en ligne ». *Le Courrier Des Addictions*, 4, 9-11. Disponible à partir de l'URL : https://archive-ouverte.unige.ch/unige:134719

Amsellem-Mainguy, Y. (2014). « Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? ». *Cahiers de l'action*, 43, 9-16. https://doi.org/10.3917/cact.043.0009

Balleys, C. (2018). « Comment les adolescents construisent leur identité avec YouTube et les médias sociaux ». *Nectart*, 6, 124-133. https://doi.org/10.3917/nect.006.0124

Castra, M. (2013). « Socialisation. *Sociologie, les 100 mots de la sociologie »*. Disponible à partir de l'URL : http://journals.openedition.org/sociologie/1992

Dumontheil, I. (2021). « La régulation du comportement et des émotions pendant l'adolescence. » *Neuroeducation*, 7(1), https://doi.org/10.24046/neuroed.20210701.1

Gonthier, F. (2008). « La justice sociale entre égalité et liberté ». *Revue française de science politique*, 58 (2), 285-307. https://doi.org/10.3917/rfsp.582.0285

Gordon, R.S., (1983). « An operational classification of disease prevention». *Public health report*, 98 (2), p. 107.

Guiet-Silvain, J., Jourdan, D., Parayre, S., Simar, C., Pizon, F. & Berger, D. (2011). « Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale». *Carrefours de l'éducation*, 32, 105-127. https://doi.org/10.3917/cdle.032.0105

Guillaumey, C. (2007). « Éducation et prévention spécialisée ». *Pensée plurielle*, 14, 85-93. https://doi.org/10.3917/pp.014.0085

Holzer, L,. Halfon, O,. & Thoua, V. (2011). « La maturation cérébrale à l'adolescence ». *Archives de pédiatrie.* https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.01.032

Le Grand, É. (2014). « L'éducation pour la santé par les pairs dans les débats actuels ». *Cahiers de l'action*, 43, 23-29. https://doi.org/10.3917/cact.043.0023

Lemonnier, F. & Le Grand, É. (2014). « Éducation populaire et éducation pour la santé par les pairs, des liens intrinsèques ». *Cahiers de l'action*, 43, 17-22. https://doi.org/10.3917/cact.043.0017

Mays, N. & Pope, C. (1995). « Qualitative Research : Rigour and qualitative research ». *BMJ*, 311(6997), pp. 109-112.

Merrier, D,. &Riverain, S. (2019). « Des "correspondants santé » dans les lycées des Côtes-d'Armor ». *La Santé de l'homme,* 421, 22-23. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

Obradovic, I. (2021). « Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France (2000-2020) ». *Psychotropes,* 27, 35-64. https://doi.org/10.3917/psyt.273.0035

Porcherie, M., Le Bihan-Youinou, B. & Pommier, J. (2018). « À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé ». *Santé Publique,* 1, 25-32. https://doi.org/10.3917/spub.184.0025

Raude, J. (2013). « Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions ». *Communication & langages*, 176, 49-64. https://doi.org/10.3917/comla.176.0049

Santiago, A., Carré, A., Miranda, R., Benyamina, A., & Luquiens, A. (2019). « La santé à l'ère du numérique ». *Médecine/sciences*, 35(10), 787-791. https://doi.org/10.1051/medsci/2019151

Spilka, S. & Beck, F. (2021). « Retour sur 20 ans de quantification des usages de drogues chez les adolescents ». *Psychotropes,* 27, 65-86. https://doi.org/10.3917/psyt.273.0065

Thomas L, MacMillan J, McColl E, Hale C & Bond S. (1995). « Comparison of focus group and individual interview methodology in examining patient satisfaction with nursing care ». *Social Sciences in Health* 1, 206–219.

Tessier, s. (2010). « Éducation pour la santé et prévention ». *Informations sociales*, 161, 5, 22-30. https://doi.org/10.3917/inso.161.0022

Verrier, C. (2019). « Éducation populaire ». *Christine Delory-Momberger* éd., Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique (pp. 209-211). Toulouse: Érès. https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0209

Ouvrages :

Breton, L. D., *Une Breve Histoire de l'Adolescence* (1re éd.), Du 81 Behar J.C (coll. « brève histoire »), 2013, 138p.

Cannard, C, *Le développement de l'adolescent : L'adolescent à la recherche de son identité* (3e éd.), De Boeck Supérieur (coll. « ouvertures psychologiques », 2019, 464p.

Coleman, J, *The nature of adolescence.* (4e éd.), Routledge (coll. « Adolescence and Societies Series »), 2011, 288p.

Chapitres d'ouvrage :

Benoit, E. (2017). « Chapitre 6. La prévention en addictologie : utile ou inutile : Le paradoxe français », dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et B, Cyrulnil (dir), *Santé mentale et société*, Paris, Dunod, 2017, p.59-72. https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2017.02.0059

Bréchat, P-H., Marin, P., Raimondeau, J., « Chapitre 11. Planification en santé » dans J. Raimondeau, P-H. Bréchat, G. Huteau, P. Marin et P. Naty-Daufin, *Manuel de santé publique,* Rennes, Presses de l'EHESP, 2020, p. 313-338. https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0339

Chambon, J. & Morel, A, « 48. Efficacité de la prévention » dans A. Morel, J-P. Couteron et P. Fouilland (dir.), *Addictologie : En 49 notions*, Paris: Dunod, 2015, p. 543-555. https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2015.01.0543

Chauvin, S., & Jounin, N. « 7. L'observation directe » dans *La posture sociologique* dans S. Paugam (dir.), PUF, Quadrige , 2012, p. 143-165. https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0143

Pommepuy, N., « Chapitre 6. Adolescence, crise familiale » dans S. Dupont*, Le cycle de vie des familles contemporaines,* Relations, Erès, 2022, p. 131-152. https://doi.org/10.3917/erès.dupon.2022.01.0131

Raimondeau, J. « Chapitre 12. Interventions en santé publique : prévention, promotion de la santé » dans J. Raimondeau, P-H. Bréchat, G. Huteau, P. Marin et P. Naty-Daufin, *Manuel de santé publique,* Rennes, Presses de l'EHESP, 2020 p. 339-367. Disponible à partir de l'URL : https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0339

Zimmerman, G. & Brodard, F., « Chap 14 : La prévention et l'intervention psychologique auprès des adolescents » dans M. Claes et L.Lannegrand-Willems, *La psychologie de l'adolescence, Presse de l'Université de Montréal, Paramètre, 2014,* p. 357-379. https://doi.org/10.4000/books.pum.5200

Articles de journal :

L'abécédaire des Institutions. (2019). « Surexposition aux écrans, un enjeu de santé publique - L'Abécédaire des Institutions. L'Abécédaire des Institutions ». Publié le 12 novembre 2022. Disponible à partir de l'URL : https://www.labecedaire.fr/2019/11/12/surexposition-aux-ecrans-un-enjeu-de-sante-publique/

Thèses et mémoires :

Papagiorgiou, M. (2016). « Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale ». Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Disponible à partir de l'URL : https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/122-1-thesepapagiorgiou.pdf.

Bissege, F. (2014). « La prévention des risques par la co-construction des messages préventifs à destination des populations juvéniles en France ». Thèse de doctorat de l'université de Rennes 1. Disponible à partir de l'URL : https://ged.univ-rennes1.fr/

Rapports officiels :

Agence Régionale de Santé Bretagne. 2018. « PRS 2018-2022 : Schéma Régional de Santé ». Disponible à partir de l'URL : https://www.bretagne.ars.sante.fr/

Agence Régionale de Santé Bretagne. 2019. « Rapport de diagnostic : diagnostic local de santé des communautés du Pays de Saint-Malo ». Publié en septembre 2019. Disponible à partir de l'URL : https://www.pays-stmalo.fr

Archimi, A., et Delgrande Jordan, M., (2014). « Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse ». Addiction Suisse. Disponible à partir de l'URL : https://www.hbsc.ch/

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. (2015). « Guide des repères : la prévention des conduites addictives. L'expérience ANPAA ». Disponible à partir de l'URL : www.bib-bop.org

Avenel, C. (2021). « L'aller vers au cœur des mutations du travail social ». Document rédigé à l'occasion de la conférence introductive pour la journée mondiale du travail social sur la thématique de l'aller-vers. Publié en mai 2021. Disponible à partir de l'URL : https://acteursdusocialenpaca.fr/

Dinan Agglomération. (2019). « Rapport de diagnostic : diagnostic local de santé ». Publié en août 2019. Disponible à partir de l'URL : https://www.dinan-agglomération.fr

INSEE. (2022). Dossier complet : Commune de Dinan (22050). Disponible à partir de l'URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-22050

INSEE. (2022). Dossier complet : Commune de Saint-Malo (35288). Disponible à partir de l'URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-35288

INSEE. (2022). Dossier complet : Commune de Dinard (35095). Disponible à partir de l'URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-35093

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2009). « Jeux vidéo et réseaux sociaux : les usages ». Disponible à partir de l'URL : https://inpes.santepubliquefrance.fr

Institut National de la santé et de la recherche médical (INSERM). (2014). « Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement ». Les éditions Inserm, 2014. Disponible à partir de l'URL : https://www.inserm.fr/

Gesmond, T. (2016). « La pair-aidance ». Document de travail pour la Délégation Interministériel à l'Hébergement et à l'accès au logement. Publié le 13 juillet 2016. Disponible à partir de l'URL : www.gouvernement.fr

Goullé, J. P., & Morel, F. (2020). Rapport 19–09. Consommation de drogues licites et illicites chez l'adolescent : une situation alarmante qui impose une prévention précoce. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(1), 4-15. https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.11.007

Luis, É., & Lamboy, B. (2015). « Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes ». Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 11p. Disponible à partir de l'URL : https://www.cartablecps.org/

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). « Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 ». Disponible à partir de l'URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). « Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie ». Disponible à partir de l'URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/

Observatoire français des drogues et des tendances addictives. (2022). « Rapports : ESCAPAD, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence ». Mars 2022. 62p. Disponible à partir de l'URL : https://www.ofdt.fr/

Observatoire français des drogues et des tendances addictives. (2014). « Écrans et jeux vidéo à l'adolescence : pratiques et usages problématiques ». 17 mars 2022. 2p. Disponible à partir de l'URL : https://www.ofdt.fr/

Santé Publique France. (2018). « Prévention et promotion de la santé. Repères théorique et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé ». Septembre 2018. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr.

TNS SOFRES. (2014). « Les pratiques de consommation de jeux vidéo des français ». Paris : centre national du cinéma et de l'image animée. Disponible à partir de l'URL : https://www.cnc.fr

Supports de cours

Raude, J,. (2021). « Prévention de la santé et prévention. Épistémologie, histoires et concepts ». Dans le cadre de l'UE1 Enjeux contemporains en Promotion de la Santé et Prévention du Master 2 promotion de la santé et prévention à l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Site internet

Janvier, R,. (2015). « Individuel et collectif : les deux faces de la même pièce qu'est l'action sociale ». Disponible à partir de l'URL : https://www.rolandjanvier.org/articles/droit-usagers/689-individuel-et-collectif-les-deux-faces-de-la-meme-piece-quest-laction-sociale-01-01-2015/

Légifrance. (2021). Code de l'éducation. Article L312-16 en vigueur depuis le 26 août 2021. Disponible à partir de l'URL : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032400741/

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). « Santé sexuelle ». Disponible à partir de l'URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive

Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. (2020). « Compétences des collectivités locales ». Disponible à partir de l'URL : https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/

Observatoire territorial des Conduites à Risque à l'Adolescence. (2022). « L'observatoire ». https://otcra.fr/lobservatoire/

Organisation mondiale de la Santé. (1948). « Glossaire de la promotion de la santé (1998) ». Disponible à partir de l'URL : https://apps.www.euro.who.int

Organisation mondiale de la Santé. (1986). « Promotion de la santé charte d'Ottawa ». Disponible à partir de l'URL : https://www.euro.who.int

Organisation mondiale de la Santé. (2004). « Déterminants sociaux de la santé ». Disponible à partir de l'URL : https://www.whot.int/social_determinants/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2017). « Abus de substances psychoactives ». Disponible à partir de l'URL : http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (2020). « Planification familiale/contraception ». (2020, juin 22). Disponible à partir de l'URL : https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Organisation Mondiale de la Santé. (2020). « Violence chez les jeunes » (2020, juin 8). Disponible à partir de l'URL : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence

Organisation Mondiale de la Santé. (2022) « Santé des adolescents » Disponible à partir de l'URL : https://www.who.inté/fr

Site Instagram. (2020). « Présentation de Reels sur Instagram ». Publié le 5 août 2020. Disponible à partir de l'URL : www.about.instagram.com

Santé Publique France. (2019). « Enfants et jeunes ». Publié le 26 juin 2019. Disponible à partir de l'URL : https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes

Site www.questionsexualité.fr. (2022). « Violences sexistes ou sexuelles : de quoi on parle ? ». Disponible à partir de l'URL : https://questionsexualite.fr/lutter-contre-les-violences-et-discriminations/les-violences-sexistes-et-sexuelles/

LABOUREYRAS	MÉLANIE	Septembre 2022
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
LES DISPOSITIFS DE PREVENTION A DESTINATION DES ADOLESCENTS DE 15 A 18 ANS SUR LE TERRITOIRE DE SAINT-MALO, DINARD ET DINAN : QUELLE PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS ET AUX DEMANDES DES ADOLESCENTS ?		
Promotion 2021 - 2022		

Résumé :

L'adolescence est reconnue par les pouvoirs publics comme une période charnière de la construction identitaire d'un individu où il est intéressant de mener des actions de prévention.

Dans cette étude, nous avons analysé la pertinence des actions de prévention à destination des adolescents de 15 à 18 ans sur le territoire de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Pour cela, nous avons réalisé une analyse tridimensionnelle de l'offre existante, des besoins relevés par les professionnels et des demandes formulées par les adolescents en matière de prévention afin de déterminer quelles améliorations pourraient être apportées à l'offre de prévention sur ce territoire.

Cette analyse identifie particulièrement la formation que reçoivent les pair-aidants au sein des dispositifs de prévention par les pairs connus sur le territoire, comme une base d'intervention en prévention qu'il serait intéressant de généraliser à l'ensemble des adolescents.

Mots-clés : Diagnostic territorial, prévention, adolescence, besoins en santé, demandes en santé, offre de prévention

L'écoles des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbations aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.