



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

LA PARTICIPATION DES JEUNES A LA DEFINITION DES POLITIQUES LOCALES DE SANTE

– groupe n° 22 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrices

– Patricia LONCLE

– Gwenaëlle MAUDET

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 Définition des concepts et de la méthodologie	3
1.1 La participation	3
1.2 La notion de santé	5
1.3 Les jeunes	6
1.4 La méthodologie	8
2 La participation des jeunes est nécessaire mais de nombreux freins la contraignent	11
2.1 La participation des jeunes aux politiques locales de santé semble judicieuse	11
2.1.1 Des indicateurs de santé publique peu favorables aux jeunes	11
2.1.2 Des actions de santé publique orientées vers les jeunes	12
2.1.3 La participation des jeunes pour répondre à une logique de santé publique	13
2.1.3.1 L'éducation par les pairs	13
2.1.3.2 La participation des jeunes dans ce domaine accompagne la citoyenneté	14
2.2 Des contraintes empêchent une participation de grande ampleur	15
2.2.1 L'absence de politique globale de santé publique destinée aux jeunes	15
2.2.1.1 La complexité institutionnelle	16
2.2.1.2 L'absence de coordination formalisée	17
2.2.2 Un décalage de logique entre les institutions et les jeunes	18
3 Les jeunes participent aux actions de santé mais de manière conditionnée et aléatoire	20
3.1 La participation réelle des jeunes aux politiques de santé	20
3.1.1 Le périmètre des actions menées par les jeunes	20
3.1.2 Les différents niveaux de participation	21
3.1.3 Les facteurs favorisant la participation	23
3.1.3.1 Le choix du support de l'action	23
3.1.3.2 Le professionnalisme des accompagnateurs	24
3.1.3.3 Le regard des adultes sur les jeunes	24
3.2 Les particularités liées aux jeunes réduisant l'efficacité de leur participation	25
3.2.1 L'idée de santé chez les jeunes	25
3.2.2 Les jeunes, un public mobile	27

3.2.3 La santé fait rejaillir les conflits générationnels	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	32

Liste des sigles utilisés

CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLJ	Conseil Local des Jeunes
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CODES	COMité Départemental d'Education pour la Santé
CRIJ	Centre Régional d'Information Jeunesse
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
MIP	Module InterProfessionnel
MJC	Maison de la Jeunesse et de la Culture
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional des la Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
SAS	Service d'Accueil Santé
TRACE	Trajet d'Accès à l'Emploi

INTRODUCTION

L'impact des récentes "affaires sanitaires" a notamment conduit les citoyens à s'intéresser de plus près aux questions de santé et à discuter le pouvoir médical. La santé étant un vecteur important de l'intégration sociale, la démocratie sanitaire, amorcée véritablement au milieu des années 1990¹, apparaît comme un enjeu central des politiques publiques. Ce phénomène est amplifié par une crise de la citoyenneté se situant dans les voies habituelles de la consultation démocratique². Pourtant, le deuxième tour des élections présidentielles de 2002 a mis en évidence que les citoyens, particulièrement les jeunes, sont en mesure de faire preuve de mobilisation.

Dans ce contexte, afin de mieux intégrer les jeunes en les faisant participer au débat public, il semble judicieux de les faire participer aux décisions qui les concernent. C'est d'autant plus vrai dans le domaine de la santé puisque 96% des garçons et 90% des filles se déclarent en bonne santé. C'est la forme physique, ainsi que la joie de vivre qui prédominent, l'absence de maladie et l'hygiène ne venant qu'en deuxième position. Selon une étude réalisée en 1993 par l'INSERM, leur santé est pourtant beaucoup plus dégradée. Ainsi, un adolescent sur sept a consommé au moins une fois de la drogue, à 18 ans un jeune sur trois fume du tabac et le suicide est la deuxième cause de mortalité des 20-24 ans.

Le territoire local, lieu privilégié de synergie opérationnelle entre les acteurs favorisant la proximité et l'écoute du citoyen, est approprié pour développer une politique participative en direction des jeunes dans le domaine de la santé.

A cet égard, la Ville de Rennes est reconnue comme un territoire exemplaire ("Rennes ville santé", ville de Rennes, Juin 1998) à plusieurs titres, notamment par sa tradition de démocratie de proximité entretenue par les municipalités successives et confirmée depuis 1995 par la mise en place de la mission jeunesse. En outre, la particularité du terrain rennais est due, d'une part, à la présence importante de jeunes avec environ 65 000 étudiants sur un total de 212 494 habitants³ et, d'autre part, à l'existence d'un réseau associatif habitué depuis longtemps à travailler avec les instances municipales.

¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

² J.B. DE FOUCAULD. « *Une société en quête de sens* ». Paris : édition Odile Jacob, 1995.

³ Source INSEE.

La ville de Rennes nous est donc apparue comme un terrain privilégié pour étudier **la participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé**.

L'intérêt de cette étude est de mettre à l'épreuve du terrain rennais le paradoxe contemporain qui se situe dans l'écart entre la représentation que les jeunes ont de leur santé et la préoccupation prépondérante des adultes en la matière. **Il est particulièrement intéressant d'étudier ce paradoxe en développant deux hypothèses :**

- La participation des jeunes est légitimée par des politiques publiques de plus en plus catégorielles et thématiques, dans la mesure où les jeunes sont considérés comme un public à risque.
- L'inadéquation entre les modalités de participation proposées par les acteurs publics et les attentes des jeunes sur la problématique santé se caractérisant par un besoin d'expression.

Pour mener à bien notre étude, nous avons conduit des entretiens, à l'aide d'un questionnaire, auprès des professionnels des institutions publiques intervenant dans le domaine de la santé et auprès des jeunes (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociale [DDASS], Caisse Primaire d'Assurance Maladie [CPAM], Ville de Rennes...) et du secteur associatif impliqué par la municipalité rennaise dans les actions de santé (CRIJ, Mission Locale...). Les acteurs rencontrés sont représentatifs de la coopération et du travail fait en direction des jeunes.

Ainsi, après avoir défini les concepts (I), l'analyse des entretiens a montré que la participation des jeunes est nécessaire même si de nombreux freins la contraignent (II) et qu'ils participent aux actions de santé mais de manière conditionnée et aléatoire (III).

1 DEFINITION DES CONCEPTS ET DE LA METHODOLOGIE

Il nous apparaît important de définir, avant de rentrer dans le vif du sujet, les concepts relatifs à la participation, aux politiques de santé et aux jeunes.

Dans une quatrième partie sera abordée la méthodologie utilisée par le groupe pour établir les constats sur le terrain rennais.

1.1 La participation

La question de la participation des usagers est présentée comme un enjeu majeur de la modernisation des politiques publiques. Les lois de décentralisation du 2 mars 1982⁴ et du 7 janvier 1983⁵ visant à rapprocher la prise de décision des citoyens ont amorcé un mouvement qui, désormais, concerne tous les échelons décisionnels (européen, national, local) et s'applique dans de nombreux domaines. Par exemple, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé renforce la participation des usagers-patients.

Même si les contours de cette notion restent globalement difficiles à cerner, tant elle semble polymorphe, deux aspects interviennent de manière récurrente pour rendre compte de sa réalité :

- le registre de la justification de la participation des usagers,
- le niveau de participation.

En ce qui concerne le premier aspect, la participation des usagers est présentée avant tout comme une forme d'exercice de la citoyenneté, c'est à dire, selon la définition du dictionnaire LAROUSSE, « *la qualité de citoyen, membre d'un Etat considéré du point de vue de ses devoirs et de ses droits civils et politiques* ».

L'hypothèse formulée par P.LONCLE, dans son article d'avril 2002⁶, postule justement que « *le succès de la construction des formes d'identités locales passe par l'établissement de relations construites sur un sentiment d'appartenance de la jeunesse aux territoires dans lesquels elle vit, se déplace et est censée développer un comportement de citoyenneté active* ».

⁴ Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits des départements et libertés des communes, départements, régions.

⁵ Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

⁶ P. LONCLE. « *Les transformations des politiques sociales au niveau local en France et en Allemagne* ».Présentation pour le colloque franco-allemand, 22 au 24 avril 2002.

Le souhait d'un usager plus actif est par ailleurs justifié par la crise du politique en quête d'une nouvelle légitimité. Dans un débat du 14 mai 2002⁷ sur les relations entre l'Etat et la société civile, le Conseil Economique et Social remarque les progrès de l'abstention et l'analyse comme le résultat de *«l'insatisfaction croissante devant le fonctionnement des formes traditionnelles de la démocratie»* et parle *«de désenchantement démocratique»*.

Enfin, pour cette institution, l'élévation du niveau de connaissances des citoyens participe à ne plus reconnaître aux décideurs politiques le pouvoir exclusif de gérer et reformer la société. Cette même élévation du niveau de connaissances, source malgré tout d'inégalité flagrante au sein de la population, fait écho à la perte de confiance absolue dans la médecine et l'expertise, mise en lumière à la faveur de l'affaire du sang contaminé. Le citoyen ne cherche plus forcément un savoir, qu'il peut trouver seul par ailleurs, via internet. Il est donc davantage à la recherche d'explications.

En terme de démocratie sanitaire, les années 1990 ont été le point de départ d'une démarche de consultation désormais quasi généralisée des usagers dans la mise en œuvre des politiques de santé : les Conférences Régionales de Santé, instaurées en 1996 par une des Ordonnances Juppé⁸, prévoient par exemple d'associer les usagers à l'élaboration d'un diagnostic sur les besoins de santé. La loi du 4 mars 2002 consacre un peu plus encore l'idée de démocratie sanitaire avec des dispositions sur les droits individuels (information, accès au dossier médical...). Pour autant, la participation, comme le souligne G.MAUDET dans un article intitulé *«La démocratie sanitaire : penser et construire l'usager»*, peut constituer *«une forme d'intérêt politique dans la mesure où les dispositifs mis en place permettent à l'autorité publique d'opposer aux professionnels de santé les exigences d'un acteur...»*.

En résumé, la question de la participation des usagers, notamment dans le domaine sanitaire, répond sans doute à de multiples considérations selon des logiques propres aux différents acteurs (élus, personnels médicaux, usagers..).

Le niveau ou plutôt le degré de participation des usagers est alors un élément susceptible d'être utilisé dans l'analyse pour appréhender cette notion. Une échelle de pouvoir (de 1 à 6) formalisée par HANCE⁹ permet, selon le niveau de pouvoir spécifique du citoyen ordinaire

⁷ www.conseil-economique-et-social.fr.

⁸ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁹ BJ. HANCE, C. CHESS, TM. SANDMAN, Industry risk communication manual : improving dialog with community Boca Raton. Lewis Publisher, 1990

sur la décision, de déterminer les différents niveaux d'implication dans les actions et programmes mis en œuvre. Cela va du niveau 1 où « *le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens* », au niveau 6 dans lequel « *le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées* »¹⁰.

Une approche plus pragmatique est proposée par la Société Française de Santé Publique dans un article intitulé «les fondements du communautaire». Elle distingue cinq formes de participation :

- la participation consommation consiste à valider un projet par la participation effective des consommateurs.
- la participation approbation vise à consulter les usagers intéressés quant à la mise en place d'une action.
- la participation alibi a pour objectif d'associer les usagers à un projet sans leur donner les moyens de le comprendre et de l'analyser.
- la participation action implique d'associer les usagers à l'ensemble du projet.
- la participation gestion sous-entend que la décision est déléguée aux usagers.

Ainsi, la participation est actuellement un élément phare de la mise en place de toutes les politiques de santé.

1.2 La notion de santé

Après avoir défini les notions de santé et de santé communautaire, nous évoquerons un exemple de leur concrétisation dans les P.R.S. (Programmes Régionaux de Santé), considérés comme un document de référence.

La définition de la santé la plus communément admise est celle proposée en 1978 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est à dire « *un état complet de bien être physique, mental et social* » et qui « *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Pour parvenir à cet état de complet de bien être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

¹⁰ Voir annexe 1.

La notion de santé communautaire tend à se développer. Elle implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé. Il s'agit, pour les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, d'avoir une réflexion commune sur leurs problèmes de santé, et d'exprimer leurs besoins prioritaires en participant activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités permettant de répondre à ces priorités.

Les Programmes Régionaux de Santé (PRS) sont les instruments privilégiés de la mise en œuvre des priorités régionales de santé retenues par la Conférence Régionale de Santé. Ils visent à développer des actions permettant d'apporter des solutions au problème de santé identifié, dans l'optique d'améliorer l'état de santé des populations. Ils ont pour objectif de favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination de l'ensemble des partenaires (pouvoirs publics, institutions, associations) impliqués dans la santé publique. Ils assurent également une participation des personnes, de leur entourage et des professionnels dans la recherche de solutions. De plus, ils permettent de structurer l'ensemble des activités de promotion de la santé, de prévention, de soins, et de réinsertion sociale.

Les jeunes constituent un public cible des politiques publiques de santé. A ce titre, il est important de clarifier le concept de jeune qui évolue dans le temps et en fonction de la manière dont les acteurs l'appréhendent.

1.3 Les jeunes

A ce stade de la réflexion il nous est apparu opportun de tenter de définir le concept même de jeunesse.

En effet, si celui-ci se différencie aisément de celui "d'enfance" et d'adulte", il demeure difficile à circonscrire. La littérature nous offre différentes définitions nous rappelant que ce concept fait référence à une période mouvante et limitée de l'existence. Le sociologue, le médecin, le psychologue, le politique, proposent chacun une définition en référence à des critères différents (l'âge, le risque, l'appartenance à un groupe) ou en comparaison à un autre groupe d'individus.

De nombreux sociologues se sont intéressés à cette définition de la jeunesse, nous n'en retiendrons ici que quelques exemples pour étayer notre analyse

Olivier Galland¹¹ dans son ouvrage "*la Sociologie de la jeunesse*", proposait une représentation graphique des étapes de la jeunesse avec une notion de « déconnexion des seuils ». De ce fait, le temps de passage entre les différents âges (enfance, jeunesse,

¹¹ O. GALLAND. « *Sociologie de la jeunesse* ». Paris : Armand Collin, 1997.

adulte) ne se ferait plus simultanément comme pour les générations antérieures à la crise économique.

François de Singly¹², dans une approche analytique et critique des représentations de la jeunesse, montre que c'est la définition de « l'âge adulte » qui pose problème. La linéarité est remise en cause. En effet « l'accès à l'âge adulte » ne correspond pas nécessairement à « l'objectif prioritaire » des jeunes des sociétés modernes, qui fonctionnent, d'après lui, plutôt par rapport à « une quête de soi ». Celle-ci retarderait l'entrée dans « l'âge adulte » : reprise des études ou scolarité prolongée, rupture avec la famille, paternité et maternité retardées, changements de partenaires avant le mariage etc... A cela s'ajoute un facteur non négligeable, l'entrée sur le marché du travail, qui n'est pas toujours couronnée de succès. Selon l'INSEE¹³, l'indépendance économique a reculé significativement depuis quelques années et le premier emploi stable (en CDI) survient aujourd'hui pour les jeunes hommes à 23,9 ans au lieu de 21,8 il y a 10 ans. C'est cette représentation là que nous avons plutôt perçue lors de notre travail d'enquête et d'analyse.

Une approche plus psychologique noterait la nécessité de certains processus soutenant le développement personnel : le jeune doit devenir autonome de façon progressive, d'abord par rapport à ses parents. Pour grandir, il doit prendre de la distance, ce qui lui permettra par la suite de pouvoir prendre une place parmi les adultes et « participer » à des questionnements ou des projets dits « d'adultes », comme la définition de politiques publiques. Nous constatons d'ailleurs qu'elles sont gérées majoritairement par des personnes qualifiées « d'adultes », le pouvoir de décision politique étant rarement laissée aux jeunes.

Nous constatons aisément la difficulté d'un essai de définition. Cette complexité est d'autant plus évidente que la notion de jeunesse renvoie à des critères d'âge physique, de développement psychologique mais aussi à des éléments administratifs, juridiques etc...

Nous en retiendrons principalement deux :

Pour l'administration, la jeunesse est considérée comme une phase de construction sociale évolutive. Elle la désigne à la fois comme une catégorie de personnes situées entre 16 et 25 ans et comme une étape floue dans une trajectoire de vie, consacrée à la préparation à l'entrée dans la vie active. On parle de "Public Jeune 16- 25 ans" pour l'accompagnement à l'emploi dans le cadre du programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi). On qualifie "d'emplois jeunes" les emplois réservés aux jeunes de moins de 26 ans ou aux moins de 30 ans n'ayant jamais travaillé. On octroie le RMI à partir de l'âge de 25 ans. Avant celui-ci, pour bénéficier de ce revenu, il faut avoir des charges familiales. Enfin, la Protection Judiciaire de

¹² F. DE SINGLY. « *Voir les jeunes autrement* ». Lien social et Politiques RIAC (Revue internationale d'action communautaire), Printemps 2000.

¹³ INSEE, Enquête « jeunes » et enquêtes « jeunes et carrière » 2000.

la Jeunesse (PJJ) distingue le groupe des mineurs de celui "des jeunes majeurs" qui comprend les jeunes de 18 à 21 ans.

Autant d'exemples qui montrent que le concept de "jeunesse" est associé le plus souvent à un âge de la vie qui semble permettre l'accès ou plutôt éloigner les jeunes de certains dispositifs ou de certaines aides financières.

D'un point de vue juridique est considéré "jeune" ou même "enfant" tout individu de moins de 18 ans. Il est censé être sous l'autorité et la protection d'une personne physique (généralement un parent ou un tuteur) ou d'une personne morale (pour les enfants pris en charge par des institutions sociales). Notre société pose comme présomption qu'avant 18 ans, (l'âge de la majorité), le jeune n'a pas du tout, peu ou moyennement la capacité de décider de ce qui est bon pour lui.

Le Code Civil, dans son article 1124, pose le principe qu'en matière contractuelle sont incapables de contracter, dans la mesure définie par la loi, les mineurs non émancipés et les majeurs protégés au sens de l'article 488 de ce même code.

En revanche, en matière pénale, sont reconnus "responsables" les mineurs âgés de 16 ans, voire de 13 ans, dans le cas de délits graves.

Enfin s'agissant de la majorité sexuelle, elle est reconnue aux jeunes filles à l'âge de 15 ans. Pour les garçons, il faut attendre l'âge de la majorité.

Au travers de nos entretiens respectifs nous avons pu observer que les jeunes concernés par la participation aux politiques locales de santé à Rennes appartiennent plutôt à la tranche d'âge 16 - 25 ans.

Avant d'aborder plus précisément ce sujet, la méthodologie va être présentée.

1.4 La méthodologie

Le Module InterProfessionnel (MIP) repose, par essence, sur le travail de groupe. La définition d'une méthode de travail¹⁴ commune aux élèves des différentes filières du groupe était donc un préalable indispensable au bon déroulement du module.

La concertation, le dialogue et la célérité des échanges d'informations ont été les maîtres-mots de la dynamique du groupe.

Ainsi, dès la première semaine, un recensement de la bibliographie disponible relative au sujet a été effectué, sur la base notamment du dossier documentaire élaboré par les animatrices, P. LONCLE et G. MAUDET.

¹⁴ Voir annexe 2.

Les élèves du groupe se sont répartis la lecture des documents, dans une perspective de gain de temps. Chaque document a été lu par au moins deux élèves, dans un souci d'efficacité et de qualité.

Les documents ont été résumés, puis les résumés échangés entre les élèves.

Sur la base des connaissances acquises, résultant à la fois des interventions des animatrices, d'un intervenant extérieur (G. AHMDI, Directeur du Centre Régional d'Information Jeunesse [CRIJ]) et des lectures, une réflexion a été engagée, tant sur la définition des termes du sujet (jeunesse, participation) que sur les problématiques résultant du thème étudié.

Le fruit de ces réflexions a permis l'élaboration d'un questionnaire-type en vue des entretiens envisagés¹⁵. Le contenu du questionnaire permettait de mettre en perspective la relation entre la nature et les missions de l'organisation interrogée avec le public de jeunes pris en charge et son mode de participation à la définition des politiques locales de santé. Le concept de « participation à la définition des politiques locales de santé » a été entendu largement à ce stade du travail, afin de pouvoir interroger un grand nombre d'acteurs et de ne point enfermer le sujet dans des postulats théoriques de départ.

Une réflexion a été menée afin de déterminer quels acteurs devaient être interrogés¹⁶. Les rendez-vous afférents ont ensuite été pris, bien que toutes les personnes ressources n'aient malheureusement pas pu être contactées.

La seconde semaine du MIP a été principalement consacrée aux entretiens, menés en binôme. Une nouvelle grille a été ensuite élaborée afin de synthétiser le résultat des entretiens et de pouvoir faciliter leur analyse et leur comparaison¹⁷.

Un échange des grilles et comptes-rendus a ensuite été mis en place, en temps réel, au moyen d'un dossier accessible à chacun sur le serveur de l'école (Servens). Ainsi, les membres du groupe ne pouvant se rencontrer pendant les journées destinées aux entretiens, chacun pouvait connaître le fruit du travail quotidien des autres et gagner du temps pour mener la réflexion.

Une fois les entretiens terminés, le groupe s'est réuni afin d'analyser l'ensemble des résultats. Les grilles synthétiques ont permis l'élaboration d'un tableau général et récapitulatif, offrant une vue d'ensemble sur le résultat des entretiens et permettant de mettre en exergue les modes de participation et le degré d'implication des jeunes selon le type d'organisations interrogées.

¹⁵ Voir annexe 3.

¹⁶ Voir annexe 4

¹⁷ Voir annexe 5.

L'exploitation de ce tableau a permis, avec l'ensemble des connaissances recueillies, d'élaborer un plan détaillé. Une répartition du travail de rédaction provisoire a pu ainsi être réalisée, chaque paragraphe étant rédigé par deux élèves. Les versions provisoires ont été diffusées sur le réseau afin que chacun prenne connaissance en temps réel de l'ensemble des travaux et puisse faire part de ses observations. Ces travaux préparatoires ont permis, après des corrections apportées suite au regard porté par les animatrices du groupe, la finalisation du rapport.

Nos recherches bibliographiques et les entretiens menés auprès des professionnels, nous ont permis de faire un certain nombre de constats relatifs à la participation des jeunes rennais à la définition des politiques locales de santé.

Nous avons pu observer l'intérêt des institutions à faire participer les jeunes. Cependant, la réalité du terrain a montré des difficultés à mettre en œuvre les intentions des professionnels.

2 LA PARTICIPATION DES JEUNES EST NECESSAIRE MAIS DE NOMBREUX FREINS LA CONTRAIGNENT

Le contexte actuel expose la jeunesse à des risques qui génèrent des conséquences tant individuelles que collectives.

La recherche d'une politique de santé efficace en direction des jeunes impose leur participation. Cependant, le bilan des actions menées atteste de difficultés majeures, mettant en péril l'efficacité de la volonté participative.

2.1 La participation des jeunes aux politiques locales de santé semble judicieuse

Les jeunes, un public particulièrement touché par les problèmes de santé publique, sont au centre des priorités sanitaires. La prévention, justifiée par des données objectives, est au cœur des préoccupations. Dans ce contexte, la participation des jeunes est recherchée, tant pour délivrer un message que pour les rendre acteurs de la vie citoyenne.

2.1.1 Des indicateurs de santé publique peu favorables aux jeunes

Si la France bénéficie d'une espérance de vie la plaçant parmi les pays les plus favorisés, l'analyse de l'espérance de vie des moins de 25 ans révèle une situation beaucoup moins favorable.

Les jeunes français sont, en Europe, selon un constat de l'Académie de Médecine d'avril 2002, les plus exposés au tabagisme, aux accidents de la route en état d'ébriété, à la consommation de cannabis, somnifères et tranquillisants, au suicide, à l'obésité et à la séropositivité¹⁸.

Ainsi, si la France possède une des meilleures espérances de vie, elle présente aussi le taux le plus important en terme de mortalité prématurée, principalement au détriment des hommes jeunes. Les accidents de la route constituent la première cause de décès pour les 15-24 ans (35,9 décès pour 100 000 hommes de 15 à 24 ans et 10,2 décès pour 100 000 femmes) et le suicide est la seconde cause de décès.

En Bretagne, le taux de mortalité des jeunes est légèrement supérieur à celui de la moyenne nationale. Si la mortalité par accidents de la circulation chez les 15-24 qui est inférieure au niveau national (33,5 décès pour 100 000 hommes), le nombre de décès par suicide s'élève

¹⁸ Bulletin de l'Ordre des Médecins, juin 2002, n°6, pp. 8-12.

à 58 en moyenne annuelle chez les jeunes de 15-24 ans (42 décès hommes, 16 décès femmes). En comparaison à la moyenne nationale, les taux bretons de décès par suicide, sont supérieurs de plus de 50 %.

De manière générale, un homme de 20 ans, domicilié en Bretagne, peut espérer vivre encore 53,6 années, alors qu'en moyenne un français peut espérer vivre encore 55,5 années¹⁹.

Avec un taux de décès de 55 pour 100 000, le département d'Ille-et-Vilaine est en situation très favorable comparé aux autres départements bretons.

En ce qui concerne la ville de Rennes, l'étude en cours menée par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Bretagne montrerait que 85 % des jeunes « vont bien », aux dires de Mme PALLEC, responsable de l'éducation à la santé à la CPAM d'Ille et Vilaine. La définition même du « aller bien » reste toutefois imprécise. En outre, peu d'indicateurs de santé existent au niveau local, ce qui constitue une limite à la présentation des spécificités de la ville de Rennes.

Néanmoins, la fragilité du public jeune, particulièrement sujet aux conduites à risque, justifie une prise en compte spécifique par les politiques de santé publique.

2.1.2 Des actions de santé publique orientées vers les jeunes

La lecture des différents Programmes Régionaux de Santé comme le PRS Addiction ou le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), montre que la population jeune constitue une préoccupation transversale de tous ces programmes.

En effet, la mortalité prématurée des jeunes étant liée principalement à des facteurs comportementaux de multiples natures (loisirs, vie amoureuse, déplacements), il est logique de retrouver la population jeune comme cible de préventions différentes.

Ainsi, le PRAPS de Bretagne identifie de nouveaux publics-cibles en difficultés, dont « *les jeunes désinsérés socialement, les enfants et adolescents en difficulté et les étudiants en difficulté économique et en situation de mal-être* ».

¹⁹ INSERM SC8, INSEE, cité par l'ORS Bretagne dans ses travaux Santé 2000, « *Santé des 15-24 ans en Bretagne* ».

Il préconise un renforcement de l'éducation à la santé et de la prévention, en particulier à l'égard des jeunes. Ses priorités sont, notamment, le suicide, la lutte contre la consommation d'alcool et de cannabis, la vitesse sur les routes.

Par exemple, l'un des objectifs du PRS alcool, intitulé « face aux alcoolisations excessives, les Bretons s'organisent » est de lutter contre la banalisation des conduites d'alcoolisation excessive en modifiant les représentations des jeunes de moins de 26 ans, associant alcoolisation et bien-être. L'objectif est plutôt de valoriser une consommation responsable au quotidien. Au niveau de l'Ille-et-Vilaine, le volet du plan d'action consacré à l'amélioration de la prise en compte de la souffrance psychique et du mal être prévoit le développement de permanences d'écoute pour les jeunes dans les missions locales, les facultés ou les équipements de quartier.

Mais, outre ces programmes régionaux, la politique de la ville répond souvent en fonction de la sensibilité de certains élus, à des problèmes ponctuels rencontrés localement. Ainsi, l'apparition de « tournantes »²⁰ a-t-elle provoqué le souhait de voir se développer une éducation à la sexualité de la part de la municipalité de Rennes, nous a rapporté M. LE SAUX. La mission jeunesse a ainsi délégué à des associations « spécialisées », le soin de pourvoir à cette prévention ciblée.

2.1.3 La participation des jeunes pour répondre à une logique de santé publique

2.1.3.1 L'éducation par les pairs

Le principe de l'éducation par les pairs repose sur le constat que les jeunes sont souvent de meilleurs interlocuteurs pour les autres jeunes que les adultes.

Compréhension mutuelle, entraide naturelle, identification et exemplarité, tels sont les arguments utilisés pour justifier cette démarche.

Une recommandation, extraite d'un ouvrage de l'O.M.S consacré à la santé des jeunes²¹, insiste, par exemple, sur l'opportunité d'associer les jeunes pour améliorer leur propre santé et celle de leur communauté. Selon cette institution, ils disposent des qualités requises (générosité, franchise, disponibilité) pour aider les autres et promouvoir la santé.

Ainsi, *« les jeunes devraient être activement associés à l'élaboration des politiques formulées par les pouvoirs publics et par les organisations non-gouvernementales, en*

²⁰ Phénomène de viol collectif dans les quartiers sensibles et ainsi qualifié par les médias.

²¹ Organisation Mondiale de la Santé. « *La Santé des jeunes : un défi, un espoir* ». Genève : OMS, 1994.

particulier pour les questions qui concernent leur propre santé au niveau local, national et international »²².

Par ailleurs, les jeunes sont réceptifs et sensibles aux informations qui leur sont communiquées par leurs pairs. De ce fait, *« les jeunes peuvent en donnant l'exemple préconiser un comportement sain à leurs pairs et même aux adultes de leur entourage, d'une manière extrêmement constructive et puissante ».*

La stratégie de la Ligue nationale contre le cancer, précisée dans un article de la revue *La santé de l'homme*²³, s'inspire directement de ces recommandations pour adresser un message de prévention sur l'effet néfaste de la cigarette. Elle a fait réaliser un spot publicitaire "pataclope" par des jeunes avec l'objectif d'utiliser les codes de communication des jeunes (ambiance techno, mise en scène de jeunes). Une étude réalisée par l'institut de sondage Louis HARRIS montre que le film semble avoir reçu un avis plutôt favorable auprès du public-cible. Pour autant, la ligue constate que ce mode de communication ne peut résoudre à lui seul les problèmes de santé liés au tabagisme.

2.1.3.2 La participation des jeunes dans ce domaine accompagne la citoyenneté

Les politiques publiques en direction de la jeunesse s'organisent autour de trois pôles : la citoyenneté, la protection, le maintien de la paix sociale²⁴. Pour ce qui est de l'impératif de citoyenneté, il s'agit pour l'Etat de faire des jeunes des citoyens actifs, des individus participant à la société nationale. Une telle approche des jeunes, sous l'angle de la citoyenneté, est essentielle dans la mesure où elle permet à l'Etat de s'exprimer sur l'avenir de la société elle-même.

Mais qu'est-ce que la citoyenneté ? Elle recouvre en fait trois dimensions fondamentales²⁵ :

- une dimension juridique. La citoyenneté est d'abord un statut juridique conférant des droits (droits civils comme la liberté de parole, droits politiques comme le droit de vote, droits sociaux) et des obligations (devoir militaire, devoir fiscal, devoir de s'instruire, devoir de solidarité) vis à vis de la collectivité publique.
- une dimension sociologique. La citoyenneté est aussi un ensemble de rôles spécifiques distincts des rôles privés, professionnels et économiques.
- une dimension morale. Dans ce cadre, la citoyenneté correspond à des qualités morales au service de l'intérêt général.

²² Discussions techniques, 42ème assemblée mondiale de la Santé, 1989.

²³ *La santé de l'homme* n°352

²⁴ J.C.LAGREE, P.LONCLE. « *Jeunes et Citoyenneté* ». Revue problèmes politiques et sociaux, n°862, 31 août 2001, pp. 39, 43, 65-67, 76-82.

²⁵ Ibid.

Il convient de se demander si les jeunes peuvent exercer pleinement cette citoyenneté. On peut opposer l'impossibilité pour les mineurs de voter. Pourtant l'exercice de la citoyenneté connaît des formes diverses qui dépassent le cadre des droits civils. En effet, les jeunes connaissent des pratiques participatives, telles que les délégués de classe dans les lycées ou les conseils de jeunes au niveau local. C'est ainsi que la ville de Rennes a créé en décembre 2001 un Conseil Local des Jeunes (CLJ) regroupant une trentaine de jeunes, âgés de 15 à 25 ans. Mais, il a seulement le statut de comité consultatif, c'est-à-dire qu'il n'a qu'un pouvoir de proposition et non de décision. Il travaille sous forme de commissions et soumet ses propositions au conseil municipal lors d'une assemblée plénière. Par ailleurs, l'animatrice du CLJ déplore la représentativité insuffisante des jeunes composant cette instance : ce sont des jeunes en réussite scolaire, ne connaissant pas de difficultés financières particulières et la grande majorité d'entre eux habitent en centre ville. Elle souhaite, d'ici janvier 2003, renouveler les membres du CLJ et y intégrer des jeunes vivant dans les « quartiers difficiles ».

Enfin, les appels à la participation des jeunes recouvrent-ils une réelle volonté de leur donner la parole ou s'inscrivent-ils dans des stratégies politiques ? A ce propos, M. KOEBEL²⁶ considère que le conseil des jeunes est un outil de revalorisation de la politique. Il remarque que le projet de ce type de conseil fait souvent partie du programme électoral d'un candidat (le CLJ rennais a été annoncé dans le programme des élections municipales de 2001). Il avance trois facteurs pour expliquer la signification sociale des conseils des jeunes. La mise en place de conseils de jeunes est l'expression d'une lutte contre un déficit démocratique perçu par les élus. Elle est une réaction à une crise de légitimité qui s'exprime à travers la montée de l'abstentionnisme et du vote pour le Front National. Elle est, enfin, une manière de promouvoir une image idéalisée de la politique et profite en cela au champ politique. D'ailleurs, les jeunes du CLJ ont le sentiment de combler ce déficit démocratique en participant à la vie de la cité, sans avoir l'impression d'être entraînés dans le jeu politique. Mais cette volonté des jeunes de participer est souvent freinée par des contraintes institutionnelles.

2.2 Des contraintes empêchent une participation de grande ampleur

2.2.1 L'absence de politique globale de santé publique destinée aux jeunes

La participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé est donc souhaitable. Pourtant cette participation reste conditionnée à l'existence d'une politique globale dans ce domaine, c'est-à-dire à une coordination des politiques nationales et locales.

²⁶ M.KOEBEL. « *Le conseil des jeunes, outil de revalorisation de la politique* », Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est, N°25-1998

En outre, cette politique doit s'accompagner de la mise en place d'un véritable réseau d'organisations afin de structurer la participation des jeunes aux politiques de santé.

2.2.1.1 La complexité institutionnelle

Les actions publiques de santé sont actuellement mises en œuvre par une multitude d'acteurs aux statuts et logiques distincts. En outre, à la superposition des acteurs s'ajoute une juxtaposition des actions de santé.

Au niveau national, l'Etat définit les orientations de la politique de santé, édicte des normes et remplit un rôle d'impulsion et de contrôle des actions. Les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Education Nationale financent une grande partie des actions de santé sur le terrain.

Au niveau régional se déclinent les orientations de la politique nationale de santé. L'Etat agit par l'intermédiaire de ses services déconcentrés tels que la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), la DDASS, la PJJ, le Rectorat et les organismes de Sécurité Sociale.

C'est à ce niveau que sont mis en œuvre les programmes de santé. Or, la première difficulté réside dans la priorisation des politiques de santé, par thème et non par âge. En effet, si les jeunes constituent effectivement un groupe cible dans ces politiques, les actions en leur direction sont éparpillées dans les multiples déclinaisons régionales des plans nationaux : PRS « Alcool » ou « Addiction », PRAPS, futur Schéma Régional d'Education à la Santé, etc...

Ce découpage thématique renvoie en fait à une logique financière puisque le gouvernement octroie des lignes budgétaires fléchées sur les thèmes prioritaires retenus : addiction, sida, contraception, nutrition, précarité, etc.

L'absence de lisibilité globale d'une politique orientée spécifiquement vers les jeunes, résultant d'une approche thématique, occasionne inévitablement une même opacité dans les possibilités budgétaires affectées aux actions de terrain.

Au niveau départemental, le principal acteur dans le domaine de la santé est le Conseil Général qui a en charge la protection maternelle et infantile, les vaccinations, la prévention de la tuberculose et du cancer et le suivi sanitaire des personnes en situation de grande précarité. Au niveau de la ville de Rennes, la Municipalité agit en particulier par l'intermédiaire des services d'hygiène et santé, la Mission Jeunesse, le CLJ et le Comité consultatif pour la santé. D'autres institutions agissent au niveau local, tels l'Education

Nationale par le biais des CESC, la Sécurité Sociale par la CPAM et le CODES. De nombreuses associations et équipements de quartier locaux caractérisent le dynamisme de la ville : CRIJ, Mission Locale, associations Maison Verte et Liberté-Couleurs, les Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT), les mutuelles et les Maisons de la Jeunesse et de la Culture (MJC).

La Ville de Rennes est identifiée par le citoyen comme l'administration la plus proche et la plus accessible. La Municipalité a développé une délégation de service importante à l'égard des associations et des équipements de quartiers. Le CRIJ, notamment, fait figure d'acteur central dans la participation des jeunes aux politiques de la ville. Il valorise leurs initiatives et leurs projets, grâce aux bourses santé, moyens dont il dispose en vertu de la délégation confiée par la ville. Les contrats de ville, voire parfois les contrats locaux de sécurité, impliquent les jeunes sur des thématiques diverses (citoyenneté, respect d'autrui, précarité, accès aux soins, etc...). A Rennes, en matière de santé, le contrat soutient l'organisation de la manifestation « Quartiers d'été », qui associe des jeunes à son exécution.

Néanmoins, la ville n'a pas de programme de santé spécifique, a fortiori à destination des jeunes, mais n'engage que des actions ponctuelles.

Les jeunes se trouvent ainsi face à une nébuleuse institutionnelle dont les acteurs répondent à des exigences et des logiques souvent différentes.

2.2.1.2 L'absence de coordination formalisée

Le co-financement des politiques locales de santé s'est nettement développé ces dernières années (par exemple, l'association Liberté Couleurs est cofinancée par la CPAM et la DDASS), associant crédits communaux, d'Etat, d'Assurance Maladie, en fonction des différents volets de l'action présentés.

Cependant, les apparences sont trompeuses. Si les acteurs locaux se connaissent et ont des habitudes de travail anciennes, les partenariats ne sont formalisés par aucune instance coordinatrice sur la santé des jeunes.

Cette absence de coordination est liée à la complexité de ce schéma organisationnel. La carence qui en résulte, conduit à un manque de lien qui nuit à la participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé. Ainsi, les jeunes coopèrent dans le domaine de la santé par des actions isolées, ponctuelles ou durables mais dans des logiques différentes des acteurs avec lesquelles ils collaborent. Par exemple, à Rennes, l'Education Nationale donne la parole aux jeunes tant au niveau de la définition des politiques qu'au moment de leur réalisation grâce aux Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), tandis que, dans un même temps, les jeunes mettent en œuvre des actions de sensibilisation et de

prévention avec l'appui logistique d'associations comme le CRIJ de Bretagne. Mais, ces deux acteurs ne font aucune mise en commun du travail fourni et ne sont pas mis en contact. Ce manque flagrant de coordination laisse à penser qu'une meilleure mutualisation des moyens permettrait une plus grande efficacité.

Par conséquent, le travail réalisé par les jeunes, manque de lien et de sens. Cette absence de coordination entre les acteurs locaux est regrettable et constitue un frein fondamental au développement des actions de santé conduites par les jeunes. Cette carence conduit, d'après G. AHMDI, à un recrutement difficile des jeunes pour participer aux actions de santé, et leur donne l'impression que leur travail n'est pas pris en compte d'une manière efficace. Cette défaillance de coopération entre les acteurs publics associatifs et/ou administratifs est une entrave forte à la bonne participation des jeunes.

Enfin, le délai souvent long entre une action de prévention et ses premiers résultats a pu rebuter certains élus qui privilégient le court terme et le « politiquement visible » pour les électeurs.

2.2.2 Un décalage de logique entre les institutions et les jeunes

Par ailleurs, les pouvoirs publics agissent selon un rythme de travail qui n'est pas adapté, pour une collaboration efficace, avec le public jeune. En effet, l'administration au sens large (nationale ou locale), fonctionne avec un rythme budgétaire annualisé. Ainsi, l'absence de véritable programme pluriannuel, liée à l'absence de coordination entre les acteurs, ne permet pas de mettre en place une politique globale de participation des jeunes à la santé publique selon le responsable de la mission jeunesse de la ville de Rennes.

Les jeunes, comme nous l'ont expliqué plusieurs acteurs de terrain dont Mlle GOURET et G. AHMDI, veulent du « tout, tout de suite », alors que l'administration s'inscrit dans un rythme posé et ponctué de dates programmées : délégations de crédits, bouclage de budget, réunion des comités de pilotage, etc. D'où une fréquente incompréhension des jeunes, voire une lassitude devant des obstacles temporels nouveaux. Ce décalage, même s'il est mis en évidence dans le discours des institutionnels, ne semble pas constituer un décalage insurmontable, ces contraintes pouvant être comprises une fois explicitées.

Au-delà du décalage qui existe donc entre le rythme budgétaire et la réalité de la condition de la jeunesse, d'autres freins sont présents. Ainsi, les jeunes et les pouvoirs publics n'ont pas la même culture, ne parlent pas le même langage, n'ont pas la même logique et n'agissent pas selon les mêmes motivations. Les administrations nationales sont souvent identifiées par les jeunes comme représentatives du pouvoir politique. Or, ce pouvoir reflète

une image souvent négative dans l'imaginaire collectif de la jeunesse. Cette défiance à l'égard du politique, qui se traduit par une faible inscription des jeunes sur les listes électorales et par une faible participation aux élections, ne facilite pas la coopération directe entre les jeunes et l'Etat. Les jeunes ont donc tendance à se tourner vers les associations lorsqu'ils ont une idée à concrétiser. Dans, ce cadre le CRIJ fait preuve d'une grande capacité d'écoute et de conseils.

Quelques améliorations restent toutefois à apporter pour permettre aux jeunes de prendre part aux politiques locales de santé. Il s'agit principalement de créer un partenariat formalisé qui pourrait être piloté localement afin d'unifier les actions et de favoriser les interfaces avec la jeunesse.

3 LES JEUNES PARTICIPENT AUX ACTIONS DE SANTE MAIS DE MANIERE CONDITIONNEE ET ALEATOIRE

A l'occasion de nos visites sur le terrain, nous avons mis en évidence l'existence d'une participation des jeunes aux politiques de santé par des actions variées, originales et innovantes. Cependant, cette participation reste limitée dans un certain cadre, dépendante de l'accompagnement par les adultes et conditionnée par la motivation et la disponibilité des jeunes.

3.1 La participation réelle des jeunes aux politiques de santé

Si les jeunes s'investissent, leur inscription dans la définition des politiques locales de santé reste un objectif à atteindre. En effet, aujourd'hui, leur participation à des actions ponctuelles et originales doit être stimulée et encadrée par l'adulte pour être effective.

3.1.1 Le périmètre des actions menées par les jeunes

Au travers des différents entretiens réalisés, nous avons pu constater que la participation des jeunes sur le thème de la santé amène des réponses bien spécifiques, tant sur les questions de santé qui se posent, que sur les moyens de transmettre un message. Aussi, avant de présenter le type d'actions auxquelles les jeunes participent, il convient de définir le domaine de leurs actions.

Le périmètre de participation des jeunes en matière de santé est centré sur la prévention des conduites à risques. Les principales priorités identifiées sont :

- la prise de produits (alcool, drogues)
- la sexualité
- la sécurité routière

Il existe dans ce cadre de nombreux supports réalisés par les acteurs institutionnels traditionnels tels que la CPAM, la DDASS.... Ceux-ci ne sont pas lus ou leurs messages ne sont pas intégrés par les jeunes. Les partenaires associatifs qui travaillent auprès des jeunes sont parfois déconcertés par certaines remarques, dont on peut mesurer la portée au travers des exemples ci-dessous :

- *Une jeune fille ne veut pas prendre la pilule par crainte d'avoir des enfants mal-formés,*
- *De jeunes garçons, après avoir fait une « tournante », estiment que la jeune fille victime n'était pas contre,*

- *Un garçon de 17 ans se demande si pour faire l'amour un samedi soir, il faut prendre la pilule le samedi ou le dimanche*

Le type d'action auxquelles les jeunes participent résulte du constat réalisé par les acteurs associatifs, au contact quotidien des jeunes, que l'information de ces derniers sur des sujets aussi sensibles est erronée ou insuffisante. Pour que le message arrive à son destinataire, ils emploient des moyens détournés afin de réussir là où l'information traditionnelle échoue. La santé est alors abordée souvent par le biais d'événements touchant les jeunes et d'actions de proximité :

- Rallye contre l'alcool,
- Journées d'animation « je pilote ma vie »,
- Bande dessinée sur le thème du SIDA,
- Village prévention lors des journées annuelles « quartiers d'été »,
- Livret « 1...2...3...cocktails, la fête sans alcool à Villejean ».

Nombreux sont les projets qui ont été menés grâce aux Fonds rennais d'initiatives jeunes, qui se composent de cinq bourses : Vivre à Rennes, Quartiers, Première production culturelle, Destination Europe, Solidarité internationale.

L'objectif est de rendre les jeunes acteurs de ces différents projets. Pour ce faire, les supports utilisés sont variés : réaliser les dessins de BD, confectionner le logo du tee-shirt de la manifestation « je pilote ma vie » ou un livret de recettes sans alcool.

Les adultes sont de simples accompagnateurs ou des appuis logistiques. Le but est d'informer les jeunes sur des sujets qui les touchent particulièrement. L'information par le jeu réussit là où l'information traditionnelle échoue.

Les actions réalisées et les moyens mis en œuvre permettent de définir différents niveaux de participation des jeunes aux politiques de santé.

3.1.2 Les différents niveaux de participation

L'analyse des entretiens nous rapproche des concepts étudiés précédemment. Il existe en effet différents niveaux d'analyse de la participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé :

- la participation à la définition,
- l'information,
- la participation à la consultation,
- la participation à l'exécution,
- la participation à l'ensemble de ces étapes.

La définition des politiques consiste à déterminer les objectifs à atteindre dans un domaine précis et à prévoir les moyens de mise en œuvre de l'action qui en découle. Les politiques de santé sont définies aux niveaux national et régional. Or, si les instances préparant la définition des politiques sont ouvertes aux citoyens (par exemple, les conférences régionales de santé), ceux-ci y sont peu présents, a fortiori lorsqu'ils sont jeunes.

Au niveau de l'information, les jeunes constituent un public-cible de la prévention et de la sensibilisation en matière de santé sur lesquelles ils n'interviennent pas directement. Toutes les organisations rencontrées mettent ainsi à disposition des jeunes des dépliants d'information et de prévention des conduites à risques dans leurs locaux (par exemple le S.A.S. du C.R.I.J., et l'espace santé de la C.P.A.M.). Dans ce cas, les jeunes ne sont pas associés à la définition des politiques de santé mais en sont simplement consommateurs.

En termes de consultation, l'Éducation Nationale, par l'intermédiaire des CESC consulte les jeunes sur les questions de santé. En effet, ils sont associés par exemple à la définition du contenu de « l'agenda des ados ». Le contenu de cet agenda répond aux attentes des jeunes scolarisés dans le second degré en Bretagne. Les sujets abordés dans ce document traduisent l'approche thématique des politiques de santé puisque à chaque mois de l'année est associé un thème préalablement choisi démocratiquement par un échantillon représentatif de ces jeunes. L'objectif de cet agenda est d'engager une discussion avec l'équipe éducative au sein de l'école. Il permet également d'alimenter le débat citoyen au sein de l'univers scolaire. De la même façon, le CLJ est une instance consultative des jeunes dont l'avis est susceptible d'éclairer les travaux du conseil municipal. La consultation est assez largement pratiquée sur le terrain rennais mais n'offre qu'un faible pouvoir de définition des politiques locales de santé aux jeunes.

Nos entretiens ont mis en évidence une participation des jeunes à l'exécution des actions. Une fois la politique de santé arrêtée, les jeunes s'inscrivent dans son application. Ils disposent à ce stade d'une marge de manœuvre relativement large puisqu'ils choisissent le support de l'action (musique, bande dessinée...) et son contenu. Ainsi, le CRIJ implanté depuis longtemps à Rennes, a également donné la possibilité à des jeunes de réaliser une bande dessinée et un CD pour sensibiliser les jeunes à la prévention.

Lors de leur participation à la mise en œuvre des politiques de santé, les jeunes disposent donc d'une liberté dans la définition de ses modalités d'exécution. En s'appropriant le projet, ils transforment la finalité des politiques de santé²⁷. La participation à l'exécution matérielle

²⁷ Par ailleurs, le Festival Rock est une manifestation programmée annuellement à Rennes. Elle est conçue, organisée par les jeunes eux-mêmes. Ainsi ils prennent une part active à la politique de

de ces politiques est donc précédée par l'élaboration de sa mise en œuvre. C'est dans cette seule hypothèse que les jeunes agissent sur la définition des politiques de santé, mais au stade avancé de son exécution.

Enfin, l'association Liberté Couleurs constitue un exemple unique de participation à l'ensemble des étapes précédemment décrites. En effet, l'association est née de l'initiative de jeunes, au sein de laquelle ils continuent de prendre une part active aux décisions, en leur qualité d'administrateur au conseil d'administration. Cette expérience illustre le degré le plus abouti de participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé, puisque les jeunes ont créé la structure dans laquelle ils décident et exécutent les actions de santé.

Ainsi, les jeunes participent peu à la définition des politiques locales de santé ou de manière marginale. En tout état de cause, ils ne participent au stade de la définition que de manière limitée et encadrée par des adultes. En outre, selon G. AHMDI, il est difficile pour les jeunes de s'investir dans des secteurs où les institutions de niveau national et régional, ainsi que des associations locales sont déjà fortement mobilisées. Peu de place leur est alors laissée pour occuper le terrain.

De façon générale, nous avons constaté que le nombre d'expériences est inversement proportionnel au degré d'implication des jeunes à la définition des politiques locales de santé. Plus les jeunes sont investis et plus les exemples sont rares. Cependant, la participation des jeunes est favorisée par différents éléments qu'il convient d'étudier.

3.1.3 Les facteurs favorisant la participation

La participation des jeunes n'est en général, selon toutes les personnes rencontrées, pas spontanée. En effet, il faut un terrain favorable et des éléments concrets pour les mobiliser. Les facteurs favorisant leur participation se situent alors à trois niveaux : le choix du support de l'action, le regard des adultes et le professionnalisme des accompagnateurs.

3.1.3.1 Le choix du support de l'action

On peut remarquer que les jeunes participent aux actions de santé plus facilement dans un cadre événementiel particulier, par exemple le festival « quartiers d'été » organisé sur Rennes, qui fait participer environ cent jeunes pour la conception, la communication et la conduite du festival.

Par ailleurs, les jeunes paraissent plus sensibles aux témoignages de situations vécues. Par exemple, l'association Maison Verte a organisé une action de prévention de l'alcoolisme en

santé ; toutefois, il est remarquable que les jeunes montrent une préférence au support des actions,

faisant intervenir l'association "assistance Croix d'Or" qui regroupe des personnes ayant vaincu leur alcoolisme.

3.1.3.2 Le professionnalisme des accompagnateurs

Il convient de souligner l'importance de l'engagement des animateurs de quartiers, dont la proximité garantit une meilleure implication des jeunes.

Un préalable nécessaire à la participation des jeunes reste, comme le souligne G. AHMDI, l'instauration d'un climat de confiance entre les jeunes et les animateurs. En effet, le public jeune ne s'engage qu'après avoir sympathisé et intégré l'accompagnateur au groupe.

Le travail d'animation doit s'adapter au public et prendre en compte plusieurs dimensions. Les animateurs doivent veiller à créer une dynamique de groupe, en favorisant la participation du plus grand nombre, sans tomber dans la facilité de groupes déjà organisés. Le respect des initiatives et la lucidité par rapport aux risques d'échec est une condition essentielle dans l'accompagnement des actions engagées. Plus spécifiquement, l'animateur veillera à impulser l'action, plutôt qu'à la conduire lui-même, voire faire à la place des jeunes. Enfin, les jeunes se caractérisant par un désir d'obtenir des résultats rapidement, l'animateur doit souvent maintenir la motivation face à des délais incontournables ou des contretemps administratifs. Ces institutions conditionnent d'ailleurs souvent le financement d'actions à la participation des jeunes.

3.1.3.3 Le regard des adultes sur les jeunes

Les adultes sont pris dans l'illusion qu'il suffirait de se présenter comme investi de l'autorité pour « donner » la parole aux jeunes. Or, comme le pense Mme PALLEC, il faut instaurer un vrai dialogue et permettre aux jeunes de « prendre » la parole. Cependant, en pratique précise-t-elle, on ne les fait souvent adhérer qu'à des projets conçus pour eux et sans leur participation, suivant une conception passive du rôle des jeunes réduits à des consommateurs d'activités, de loisirs décidés par les adultes.

Les adultes ont tendance à ne pas considérer le jeune comme acteur à part entière et à exercer un contrôle excessif qui bride leurs initiatives. Un travail favorisant la reconnaissance de ce public et la prise en compte de son point de vue facilitera la participation et la confiance en soi. Par exemple, dans une association, un animateur exprime la nécessité de convaincre les membres adultes du conseil d'administration de la richesse du public jeune avant d'envisager la mise en place de son projet impliquant la participation des jeunes.

Enfin, il reste un travail important de communication à faire par les adultes à l'égard des jeunes. En effet, le discours moralisateur des adultes utilisé dans le milieu familial ou dans les campagnes d'information n'a pas d'écho auprès des jeunes, voire les amène à prendre

des positions inverses. D'ailleurs, l'adaptation du langage utilisé à la culture du jeune favorise l'appropriation des messages.

3.2 Les particularités liées aux jeunes réduisant l'efficacité de leur participation

Au-delà des freins institutionnels déjà abordés, il existe des limites contextuelles à la participation des jeunes. En effet, d'une part, la santé n'est pas une priorité pour les jeunes. D'autre part, ils sont mobiles et de ce fait indisponibles sur la durée. Enfin, la santé est un sujet qui est à l'origine de conflits « adultes-jeunes ».

3.2.1 L'idée de santé chez les jeunes

En premier lieu, il résulte clairement des entretiens menés que les jeunes ont leur propre conception de la santé. Chez les 15-25 ans, la notion de santé fait appel à trois pôles de bien être physique, psychique et social. Ainsi, la santé signifie :

- être bien dans sa peau (ne pas être malade, ne pas être diminué, "avoir la pêche")
- être bien dans sa tête (absence de stress, d'angoisse, être utile, participer, séduire)
- être bien avec les autres (absence de violence, appartenir à un groupe, respecter les autres, communiquer, partager, donner.)

Selon le rapport sur la santé des jeunes réalisé par X. POMMEREAU en 2002²⁸, il existe un décalage entre la perception qu'ont les jeunes de la santé et celle des adultes qui les entourent. En effet, être en bonne santé ne signifie pas chez les 12-25 ans être exempt de maladie, mais être bien dans sa peau, dans sa tête, tandis que la notion de capital-santé reste à cet âge un concept vague et lointain.

Cette définition, prégnante chez les jeunes, est confirmée par l'analyse du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES)²⁹. Elle apparaît donc à la fois réductrice, puisque les jeunes donnent une définition empirique de la santé (il est possible de « se sentir bien », malgré des addictions), mais également proche de celle de la santé publique donnée par l'OMS, puisqu'elle fait référence à un état global de bien être physique et mental³⁰.

Aussi, l'accès aux soins n'apparaît pas comme une préoccupation majeure, sauf lorsque les jeunes sont en situation d'urgence. Pour beaucoup d'entre eux, le contact avec un médecin est lié à la demande d'un certificat médical en vue de pratiquer une activité sportive ou la remise à jour d'une vaccination. Rares sont les fois où le dialogue s'engage à cette occasion,

²⁸ X. POMMEREAU, « Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002 », 2002

²⁹ J. ARENES, C. FERRON et al. « *La communication sur la santé auprès des jeunes : analyse et orientations stratégiques* ». Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé, 2000.

ce que les jeunes semblent regretter. De plus, les garçons sont plus réticents que les filles à s'adresser à un professionnel de santé ou à un enseignant, mais se confient plus facilement auprès d'un éducateur sportif. Au contraire des filles qui expriment davantage de plaintes physiques, les garçons qui vont mal privilégient les conduites impulsives et violentes, souvent associées à la consommation de toxiques. Ils ont, de ce fait, plus de contacts avec les représentants des forces de l'ordre, les professionnels de la justice et les institutions lors d'injonction de soins.

En outre, en dehors de l'école, ils sont mal informés quant à l'existence de structures d'assistance ou d'aide situées à proximité de leur lieu de résidence. Ils manquent d'information sur le fonctionnement du système de protection sociale en général, mais expriment une volonté forte de se prendre en charge eux-mêmes sur la gestion de leur santé et sur la prévention.

Il ressort aussi nettement des enquêtes réalisées que les jeunes ne se mobilisent pas spontanément sur les questions de santé. Ainsi, parmi les cinq commissions de travail du CLJ, la commission-santé a été délaissée³¹. Comme cela a été développé précédemment, les jeunes n'investissent le champ de la santé qu'incidemment, à travers des actions créatives, artistiques ou ludiques.

Plus topique encore, les jeunes se portent volontaires pour participer à des actions de santé destinées à autrui. Ainsi, nombreux sont-ils à s'engager dans des projets à vocation humanitaire, comme en atteste la distribution des bourses-santé de la DDASS relayée par le CRIJ.

Ces projets démontrent la vision partielle que peuvent avoir les jeunes des problèmes de santé et surtout, la réalité d'une problématique « santé » apparemment non perçue comme prioritaire pour ces populations jeunes, caractérisées par une toute puissance de l'individu en devenir, pour lequel la santé est forcément bonne. On comprend ainsi qu'il s'engage plus volontiers vers des actions de prévention « positivée » (comment obtenir le bien être, maîtriser l'amour et la sexualité, le plaisir en général), que vers des thèmes à connotation lointaine dans le temps ou déphasés par rapport à leurs centres d'intérêts. Pour conclure sur une question soulevée par Mme PALLEC, ceux qui n'ont pas encore conscience d'exister peuvent-ils comprendre ce qu'est se protéger ? Et ne faut-il pas commencer la prévention par la découverte de l'existence et de l'individualité ?

³⁰ Cf. infra p 5.

³¹ Un tel exemple doit cependant être relativisé par le fait que le CLJ est une instance jeune et que la faiblesse du nombre de ses membres actuels ne permet pas de pourvoir toutes les commissions. La vacance de la commission-santé n'en est pas moins un choix, par défaut, illustratif de nos conclusions.

3.2.2 Les jeunes, un public mobile

La difficulté d'impliquer les jeunes dans des actions continues résulte de l'ensemble des témoignages avec acuité. En effet, les jeunes ne se projettent pas dans l'avenir et ont une prédilection pour l'action « au jour le jour ». Par conséquent, la participation des jeunes à quelque niveau que ce soit dans les politiques de santé, n'est généralement possible qu'à court terme, dans le cadre de projets ponctuels.

De plus, les jeunes constituent un groupe social fortement mobile, notamment dans le milieu étudiant. La pérennité des actions entreprises est donc menacée par le déplacement des jeunes, d'autant plus qu'il a été observé que leur participation est généralement très personnalisée. Dès lors, lorsque certains sont impliqués dans une action de santé publique, la continuité de l'action est fragilisée par les risques de départ des jeunes qui l'ont initiée. Mme BRUNET, Médecin inspecteur à la DDASS d'Ille-et-Vilaine chargé des politiques de santé, a ainsi rapporté le bilan mitigé d'une expérience de prévention par les pairs dans les lycées, qui n'a abouti que dans un établissement sur quatre et, dans ce dernier cas, n'a pas perduré car les jeunes impliqués ont quitté l'établissement l'année suivante.

3.2.3 La santé fait rejaillir les conflits générationnels

Paradoxalement, les jeunes sont à la fois dans une relation d'attente et de rejet à l'égard des adultes, comme l'explique Mme PALLEC.

D'une part, si les jeunes demandent le respect de leur autonomie, ils demeurent conscients des limites de leur action en lieu et place des adultes. Les jeunes gardent une confiance dans la responsabilité du monde adulte, modèle et guide, plus à même de définir les politiques de santé. Ils attendent de la part des adultes des réponses claires et des positions cohérentes, par exemple au sujet des méfaits comparés de l'usage de certaines substances illicites. Ces questions leur semblent essentielles et les jeunes semblent se heurter trop souvent à l'incompréhension de certains adultes qui projettent sur eux leurs propres angoisses.

D'autre part, les jeunes se situent dans une période de construction et de « deuil » : rupture du milieu familial, découverte de la sexualité, entrée dans le monde concurrentiel. Ils ont un besoin d'émancipation, rendant nécessaire le respect d'un espace d'autonomie et d'intimité³². Par conséquent, la sollicitation des jeunes pour participer à la définition des politiques de santé peut être vécue comme une immixtion dans leur propre intimité. Par

³² F. DE SINGLY. « Penser autrement la jeunesse ».

exemple, s'exprimer au sujet de la sexualité implique l'évocation de ses expériences personnelles, ce qui peut porter atteinte à la pudeur des adolescents et des jeunes adultes.

Enfin, faire attention, penser à l'avenir, éviter les excès, sont autant de principes plutôt vécus par les jeunes comme des injonctions adultes destinées sinon à exercer une emprise sur eux, du moins à les contrôler. Toute recommandation trop insistante est, en la matière, considérée comme suspecte et peut même devenir un sujet d'affrontement, surtout si les conseillers ne semblent pas appliquer pour eux-mêmes les principes qu'ils énoncent. Mme PALLEC précisera qu'un discours hygiéniste et menaçant qui supposerait les jeunes incapables ou ignorants et qui s'adresserait à eux pour les dissuader par la peur, serait au mieux inutile, au pire dangereux car susceptible de provoquer des effets inverses à ceux escomptés : repli passif, attitudes de défi, voire contre attitudes délibérément risquées. De plus, les jeunes ont selon G. AHMDI, l'impression d'être saturés de recommandations concernant la drogue ou le sida, et déplorent un manque d'échanges avec les adultes à propos de thèmes comme le suicide, les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), les abus sexuels et les problèmes alimentaires.

Dans ce cadre, la participation des jeunes à la définition des politiques de santé peut donc être considérée comme une restriction de la liberté, une contrainte supplémentaire. En effet, lorsque l'impulsion de cette démarche émane des adultes, elle peut être ressentie comme une prescription et donc rejetée.

CONCLUSION

Face d'une part à une surmortalité des jeunes français comparativement au reste de l'Europe pour des causes évitables, et d'autre part, à une prévention qui se doit d'être adaptée au public spécifiquement jeune, la participation des jeunes aux politiques locales de santé apparaît comme une nécessité. La sensibilisation des jeunes à la santé publique est un enjeu majeur pour la société afin de préserver l'avenir et de renforcer le lien de citoyenneté entre les individus. Cette contribution des jeunes n'est efficace que si elle s'inscrit dans une organisation entre les acteurs institutionnels et les associations. Le monopole des jeunes dans la réalisation des programmes de santé publique qui les concernent n'est cependant pas souhaitable ; le modèle de l'éducation par les pairs trouve ses limites dans le besoin d'un encadrement des jeunes par les adultes. Le jeune est certes autonome mais dépendant. Pour accéder aux messages de prévention et à la prévention elle-même, il doit avoir conscience d'exister en tant qu'individu intégré et valorisé.

Dans le cas étudié, l'importance accordée par la ville de Rennes à la participation des jeunes aux politiques locales de santé, symbolise l'utilité d'une volonté politique pour impulser ce genre de coopération. Par ailleurs, les associations jouent un rôle structurant qui donne du sens aux actions des jeunes et permet d'être un relais des politiques nationales ou locales, auprès de jeunes spontanément peu attirés par la problématique santé, sauf si celle-ci est abordée sous un aspect positif de bien être, d'amour et de plaisir.

Pour autant, l'absence de coopération formalisée constitue une contrainte forte à l'efficacité de cette politique participative. Les actions sont souvent isolées les unes par rapport aux autres et le manque de concertation entre les acteurs est regrettable. Une politique globale et un financement unique des politiques locales de santé sont souhaitable afin d'établir un seul point d'entrée en la matière. En outre, si le niveau local est le plus pertinent pour permettre aux jeunes de se poser comme partie prenante du débat public, il serait opportun de créer des outils facilitant le travail des acteurs publics locaux. Ainsi, nous avons déploré l'absence d'indicateurs communaux de santé qui donneraient à la ville de Rennes la possibilité d'élaborer des programmes d'actions basés sur des tableaux de bords statistiques précis.

En définitive, malgré leur motivation, les jeunes sont souvent associés à la réalisation d'actions de santé plus qu'à la définition même des programmes de santé. Or, une coopération efficace reposerait sur une écoute plus attentive des jeunes au moment de la définition des orientations locales des politiques de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et revues

- J. ARENES. et C. FERRON, « La communication sur la santé auprès des jeunes », Les orientations stratégiques du CFES, 2000.
- F. BAUDIER, et F. BONNIN, « Approche par les pairs et santé des adolescents » Editions CFES,1996.
- F. DE SINGLY, « Voir les jeunes autrement », Lien social et politiques Revue internationale d'action communautaire, n°43, pp. 9-22, 2000.
- O. GALLAND, « Sociologie de la jeunesse, l'entrée dans la vie », Paris, Armand Collin, 1997
- M. KOEBEL, « Le conseil de jeunes : outil de revalorisation de la politique », Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est, n°25 pp 75-80,1998.
- J.C LAGREE et P LONCLE,. « Les jeunes et la citoyenneté », Problèmes politiques et sociaux, dossiers d'actualité mondiale, Paris, La Documentation française, n° 862, 2001.
- P.LONCLE, « Les jeunes et les villes : continuité et renouvellement des politiques locales » , Lien social et politiques, n°43 pp 121-123, 2000.
- P LONCLE, « Rennes, un cas vertueux d'appel à la participation des jeunes », rapport intermédiaire Mire, 2001.
- P LONCLE, « Metz et ses jeunes, la mésentente comme ressort d'innovations ? », rapport intermédiaire Mire, 2002.
- J.J. LOTTIN, « Sur la santé des jeunes, essayons d'être sensibles », Contact Santé, n°167, 2002.
- G MAUDET, « La démocratie sanitaire : penser, construire l'usager », avant projet, 2002.
- A. RAMON, « Jeunes et santé, comment communiquer ? les orientation stratégiques du CFES », La Santé de l'homme, n° 352, pp 38-39, 2001.
- SCHNAPPER, D. (2002), « La démocratie providentielle : essai sur l'égalité contemporaine ». Collection NRF essais, Gallimard.
- « La santé des Français » 3° bilan, Haut Comité de la Santé Publique, Collection Repères, pp 84-95, 2002.
- « La Santé des jeunes : un défi, un espoir », Organisation Mondiale de la Santé, 1994.

Réglementation

- Loi n°2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité. Journal Officiel de la République Française du 28 février 2002.
- Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française du 05 mars 2002.
- Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité. Journal Officiel de la République Française du 28 février 2002.
- Loi d'orientation n° 92-25 du 06 février 1992 relative à l'administration territoriale de la république. Journal Officiel de la République Française du 08 février 2002.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel de la République Française 25 avril 1996.
- Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
- Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux départements et libertés des communes, départements, régions.
- Article L.2143-2 du Code Général des Collectivités Territoriales.
- Articles 488 et 1124 du Code Civil.

Sites internet

www.conseil-economique-et-social.fr

www.legifrance.gouv.fr

ANNEXES

Annexe 1 : ECHELLE DE HANCE

Annexe 2 : CALENDRIER DE TRAVAIL

Annexe 3 : GRILLE D'ENTRETIEN

Annexe 4 : LISTE DES ENTRETIENS ET DES ACTEURS RENCONTRES

Annexe 5 : EXEMPLES DE GRILLES D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Annexe 6 : EXTRAIT DU PROCES-VERBAL DE LA SEANCE DU CONSEIL MUNICIPAL DE LA VILLE DE RENNES DU 5 NOVEMBRE 2001, RELATIVE A LA CREATION D'UN CONSEIL LOCAL DE LA JEUNESSE

Annexe 7 : CHARTE DE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL LOCAL DE LA JEUNESSE

Echelle de Hance

(Hance : « industry risk communication manual : improving dialog with community», Lewis éditions, 1990)

Echelon	Degré de participation
1 ^{er} échelon	Le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens
2 ^{ème} échelon	Le promoteur informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la question
3 ^{ème} échelon	Le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis
4 ^{ème} échelon	Le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis
5 ^{ème} échelon	Le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème
6 ^{ème} échelon	Le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées

RECAPITULATIF DE LA METHODOLOGIE SUIVANT LE CALENDRIER

Semaine du 2 au 6 septembre 2002

1. recherche bibliographique et entretiens
2. répartition des documents relatifs au sujet
3. résumé des lectures
4. échange des résumés
5. réflexion commune sur la définition des termes du sujet et la problématique, sur la base des connaissances acquises
6. élaboration d'un questionnaire en vue des entretiens sur la base de la problématique envisagée
7. définition et choix des organisations et personnes à interroger
8. prise de rendez-vous avec les organisations et personnes interrogées

Semaine du 23 au 27 septembre

9. conduite des entretiens par binôme
10. élaboration des grilles synthétiques d'entretiens
11. échange en temps réel des comptes-rendus d'entretiens ainsi que des grilles, diffusés quotidiennement sur le réseau de l'école (Servens)
12. analyse commune du produit des comptes-rendus d'entretiens et des grilles
13. élaboration d'un plan
14. répartition du travail de rédaction provisoire

Semaine du 30 septembre au 4 octobre

15. échange en temps réel des projets de rédaction provisoires, diffusés quotidiennement sur le réseau de l'école (Servens)
16. réflexion commune et échange d'observation sur l'ensemble des projets de rédaction échangés
17. observation des animatrices, débat et correction
18. rédaction finale

Grille d'entretien

Présentation de notre étude

I Description de la structure

- 1- Pouvez-vous nous présenter votre structure ?
- 2- Quelles sont vos missions en matière de politiques locales de santé ?
- 3- Quel public est pris en charge par votre structure ?
- 4- Quelles sont vos ressources ?

II La place des jeunes dans la démarche de santé

- 5- Existe-il une politique locale de santé ? Laquelle ? qui la définit ? Comment est-elle formalisée ?
- 6- Quel type de jeunes participe aux politiques locales de santé ?
- 7- Existe-t-il un lien ou un réseau entre les différents acteurs des politiques de santé (organisation, fonctionnement, instances, les jeunes sont-ils acteurs de ce réseau) ?
- 8- Que pensez-vous du Conseil Local de la Jeunesse de la ville de Rennes ?
- 9- Comment évaluez-vous le degré de participation des jeunes dans les politiques locales de santé ?
 - De quelle manière les jeunes interviennent-ils ? A quel stade de l'action (initiative / conception / information / montage de projet / pouvoir de décision / recherche de financement / évaluation) ?
 - De quels outils disposent les jeunes pour mettre en œuvre les actions ?

III Evaluation et perspective de la participation des jeunes aux politiques locales de santé

- 10- La participation des jeunes aux politiques locales de santé est-elle une réalité et est-elle souhaitable ?
- 11- Quelles sont, à votre avis, les limites de la participation des jeunes aux politiques locales de santé ?
- 12- Que suggérez-vous pour améliorer cette participation ?

Liste des entretiens et des acteurs rencontrés

APRAS (Association pour la Promotion et la Recherche en Action Sociale)	M. Philippe Caffin
Liberté-Couleurs	M. Thomas Guéneheuc. M. Poulain
CRESB	Mme Anne Marie Palicot
CHRS	M. Marcilla
Mission Locale	M. Philippe Sage
Maison Verte	Mme. Carla Morenzoni
CPAM - responsable de la promotion de la santé	Mme Pallec
Hexablosne	M. Daunay
Relais 35	M. Bredoux
Mairie : élue jeunesse-	Mme Laurence Duffaud
Mairie : Mission Jeunesse	M. Philippe le Saux
Réseau Ville-Hôpital VIH, CHU Pontchaillou	Mmes Plemevaux et Bodin
CESC, Rectorat	Dr Maitrot
DDASS d'Ille et Vilaine	Mme le Dr Brunet, MISP
Contrat de Ville	M. Patrice Allais ; M. Masson
CLJ (Conseil Local de la Jeunesse)	Jeunes membres du C.L.J.
Mairie : Hygiène et Santé-	Mme le Dr Sophie le Bris
CRIJ (Conseil Régional d'Information de la Jeunesse, anciennement CIJB)	M. Gwen Ahmdi
Animatrice du Conseil Local de la Jeunesse (CLJ)	Melle Géraldine Gouret
MJC de Cleunay	M. Jérôme Avouy

Exemples de grilles d'analyse des entretiens

Exemple 1 : la Mission Jeunesse

Exemple 2 : le Rectorat

Exemple 3 : l'association Libertés Couleurs

	Nature	Missions (objet social)	Contexte de la création	Ressources (sources)	Public cible	Démarche en matière de santé	Contexte de l'action (autonome ou inscrite dans un dispositif plus large)	Selon vous, qui définit les politiques de santé ?	Réception de ces politiques de santé (textes, circulaires...)	Appartenance à un réseau
Institution responsable de la Mission Jeunesse (M.J.)	La M.J. est un service transversal de la mairie de Rennes	Elle donne des avis sur les projets et est le référent pour les missions transversales déléguées au C.I.J.B.. C'est aussi le référent pour le contrat de Ville. Enfin, elle gère des dossiers : mise en place du C.L.J. et création d'un espace Jeune.	Elle a été créée en 1995 pour promouvoir une politique de la jeunesse à l'échelle de la Ville	La M.J. est financée par la municipali- té dans le cadre du contrat éducatif local.	La M.J. concerne les jeunes rennais. Le Conseil Local de la Jeunesse regroupe une tranche d'âge entre 15 et 25 ans.	Une réflexion est engagée sur un point santé au sein du futur espace jeunes. Soit on s'inscrit dans le prolongement du S.A.S., pôle documentaire existant au sein du C.I.J.B. ; soit on crée un lieu avec des possibilités de consultations. La M.J. s'inscrit plutôt dans une démarche de prévention (financement d'actions menées par le C.I.J.B..	La M.J. bénéficie de l'appui du service Hygiène et Santé de la Ville dans ce domaine. Elle ne gère pas directement des actions, mais se positionne comme pilote de projets menés notamment par le C.I.J.B..	La M. J. n'a pas vocation à être un outil d'une politique nationale, mais plutôt d'une politique locale.	Il n'a pas vu passer de texte officiel, ou de contrat pluriannuel d'objectifs sur la question de la santé des jeunes.	Il n'y a pas de réseau formalisé, ni d'instance coordinatrice des projets de santé relatifs aux jeunes ; il y a plutôt des réunions ponctuelles. Il existe un réseau organisé autour du Sida. Les acteurs essentiels sont le C.I.J.B. et les équipements de quartier. Le C.O.D.E.S. vient de faire un appel à projet dans un quartier.

	Typologie du public cible (résultat)	Mode de participation	Degré de participation	Résultat (évaluation, impact de l'action)
Jeunes (Mission Jeunesse)	Il prend l'exemple des membres du CLJ. Ce ne sont pas forcément que des jeunes issus d'associations, il y a des individus. Il ne veut pas s'avancer pour donner une typologie du jeune qui participe, tout dépend du lieu où est impulsé le projet (équipement de quartier, lycée, fac...).	Il pense que l'information et la prévention en matière de santé doivent surtout se faire par les pairs (c'est-à-dire les copains), ce qui a plus d'impact. En effet on remarque que l'information institutionnelle passe moins bien (discours trop moralisateur). Il convient de s'adresser aux jeunes lorsqu'ils sont en groupes Il y a alors un préalable nécessaire à la participation des jeunes, c'est le travail des professionnels de l'animation pour établir un climat de confiance et animer des groupes ; le risque est en effet de toujours tomber dans des groupes organisés, constitués des jeunes les plus à même de participer mais pas de ceux qui en ont le plus besoin. Il faut agir dans la proximité.	Selon son expérience auprès des 15-18 ans, les besoins des jeunes en matière de santé concernent la sexualité et le tabac. Mais les jeunes expriment peu de projets autour de la santé. Le principe du CRIJ c'est la nécessité d'avoir des jeunes porteurs des actions (exemple d'actions internationales), sans forcément s'inscrire dans une campagne nationale, avec quelques suggestions de l'équipe d'animation. Il faudrait une coélaboration des objectifs ; souvent on amène un projet tout fait et on veut que les jeunes y participent.	Il constate que la limite principale à la participation des jeunes dans le domaine de la santé, c'est que ce n'est pas leur préoccupation première. Il pense que le C.L.J. est une bonne idée pour améliorer la participation des jeunes. La santé est un sujet certes où il est plus difficile de mobiliser les jeunes, mais c'est un angle d'approche intéressant. En effet, les jeunes entendent par santé le fait de se sentir bien dans sa peau ; ce qui permet de toucher d'autres sujets. Lorsque le projet est mis en route, on peut avoir des résultats étonnants. Les actions des jeunes sont bien valorisées, la mobilisation médiatique est importante lors d'événements. Mais il est difficile d'évaluer l'impact de ces actions sur les jeunes, c'est toute la question de l'évaluation des politiques de prévention.

	Nature	Missions (objet social)	Contexte de la création	Ressources (sources)	Public cible	Démarche en matière de santé	Contexte de l'action (autonome ou inscrite dans un dispositif plus large)	Selon vous, qui définit les politiques de santé ?	Réception de ces politiques de santé (textes, circulaires...)	Appartenance à un réseau
Rectorat	Administration	Promotion de la santé en faveur des élèves.	200 ans d'existence. Évolutions régulières.	Personnels E.N. Médecins Assistante sociale Infirmière	Élèves du C.P. au BAC	CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.) <u>6 champs</u> : *prévention des dépendances, conduite à risques * éducation citoyenneté *lutte contre les exclusions * aide au mal être * aide des familles *jeunes acteurs de prévention	Interne E.N. Orientations ministérielles		Ministère E.N.	Ponctuellement en fonction des sollicitations.

	Typologie du public cible (résultat)	Mode de participation	Degré de participation	Résultat (évaluation, impact de l'action)
Jeunes (Rectorat)	Élèves scolarisés du CP au BAC	Les C.E.S.C.	* usagers * acteurs Création d'un agenda. Théâtre forum. ⇒ attente d'un lieu de parole.	<u>Résistances</u> : * les professeurs ne sont pas concernés par la santé * les élèves. La motivation fait parfois défaut. <u>Obstacles</u> : * le temps * les motivations <u>Problèmes</u> : Mise en cohérence des bonnes volontés. Faut-il profiler ceux qui œuvrent pour la santé. Diagnostic partagé ? Jeunes ⇒ faut il les rendre responsables de la santé ?

	Nature	Missions (objet social)	Contexte de la création	Ressources (sources)	Public cible	Démarche en matière de santé	Contexte de l'action (autonome ou inscrite dans un dispositif plus large)	Selon vous, qui définit les politiques de santé ?	Réception de ces politiques de santé (textes, circulaires...)	Appartenance à un réseau
Institution Libertés Couleurs	Association loi 1901 Agrément Jeunesse et Sport et Education Nationale	Prévention des conduites à risques	En 1999 conscience que les jeunes sont porteurs de projets à l'occasion du travail des deux animateurs actuels chez AIDES, qui n'avait pas cette politique en faveur des jeunes	Budget de 24000F en 1999 et de 800000F en 2002 Les financeurs sont : DDASS Conseil Général CPAM Ville de Rennes Ce sont des financeurs de projets. L'association a aussi un autofinancement	18-25 ans de Rennes et alentours	Ils complètent le dispositif existant. Deux axes de travail l'animation et la création. Ils travaillent sur tous les risques auxquels les jeunes sont exposés : - prise de produits - risques sexuels - conduite de véhicules - un projet / stress	Action autonome	Selon les deux salariés, elle est définie par les élus	/	Associés à de nombreuses instances du type le comité exécutif contre l'alcoolisme... Un des animateurs est investi dans le Conseil Local de la Jeunesse (il faisait partie avant du conseil départemental)

	Typologie du public cible (résultat)	Mode de participation	Degré de participation	Résultat (évaluation, impact de l'action)
Jeunes (Libertés Couleurs)	18-25 ans Originaires essentiellement de Rennes	Conseil d'administration de l'association (tous les membres sont des jeunes) La présidente a 25 ans Volontariat	Les actions partent des besoins, constats ou projets des jeunes. Nécessité de faire confiance et de superviser.	Les politiques locales sont, à leur sens, trop éloignées du terrain. Les jeunes ne participent pas longtemps car le rythme des réunions est différent du leur.