



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**PREVENTION DE LA SANTE DES JEUNES EN REGION :
QUELLES REALITES, QUELLES LIMITES ?**

– Groupe n° 13 –

- **BRE Clémence** – IASS
- **HARMEL Cyrille** – EDH
- **KEREBEL Thomas** – IES
- **LE BOLAY Marine** – AAH
- **LEGRAS Patricia** – FAE AAH
- **MOGUEN Christine** – DS
- **TENEZE Bertrand** – DESSMS
- **TEYSSEYRE Carole** – DESSMS

Animateur/trice(s)

- *LONCLE Patricia*
- *LEGRAND Éric*

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	4
1 État des lieux de la santé des jeunes en Bretagne	5
1.1 Approche historique de la santé des jeunes.....	5
1.2 Approche épidémiologique : diagnostic de la santé des jeunes bretons.....	6
1.2.1 Les conduites addictives	7
1.2.2 La santé mentale	8
1.2.3 Le bien-être.....	8
1.2.4 Vie affective et sexuelle.....	9
1.2.5 L'accès aux soins	9
2 Enjeux récents de la politique nationale, régionale et locale sur la promotion et la prévention de la santé des jeunes	10
2.1 Pilotage des politiques de jeunesse et de santé	10
2.1.1 Politiques nationales en faveur de la santé des jeunes.....	10
2.1.2. Organisation du pilotage des politiques de jeunesse et de santé au niveau régional	11
2.2 La mise en œuvre des politiques de santé des jeunes au travers la promotion/prévention de la santé.....	14
2.2.1 Dispositifs orientés vers les acteurs	14
2.2.2 Dispositifs à destination directe des jeunes	14
2.3 Les enjeux perçus sur la coordination des acteurs	16
2.3.1 Une articulation des acteurs délicate... ..	16
2.3.2 ...rendant nécessaire l'existence d'outils de coordination au niveau régional	17
3 Limites et perspectives.....	19
3.1 Un cloisonnement important.....	19
3.1.1 Phénomène de « cloisonnement » des acteurs de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes dans la Région Bretagne : causes et conséquences.....	19

3.1.2	Limites de la démocratie sanitaire : quelle place des jeunes dans les politiques publiques qui les concernent ? Quels effets engendrés par les problèmes de lisibilité de l'action ?	20
3.2	La nécessité de promouvoir une approche globale en matière de prévention et de promotion de la santé des jeunes.....	21
3.2.1	Construire une politique interministérielle de prévention englobant les déterminants sociaux de santé.....	21
3.2.2	Promouvoir la mise en place d'une réelle filière de prise en charge de la santé des jeunes	22
3.2.3	Favoriser la promotion de la santé par des approches ascendantes, issues de l'échelon infra-territorial, et par des initiatives directement impulsées par les jeunes eux-mêmes	22
3.3	Évaluation et perspective	23
Conclusion		25
Bibliographie		26
Liste des annexes.....		I

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier particulièrement Madame Patricia LONCLE et Monsieur Éric LE GRAND pour leurs conseils, leur soutien méthodologique, leur disponibilité et leur accompagnement tout au long de notre étude.

Nous remercions également l'ensemble des professionnels rencontrés pour leur accueil et leur temps consacré durant les entretiens, et pour la richesse des échanges qui nous a permis d'avancer dans le cadre de notre réflexion :

- Madame BOUHADDI-LIGER, Animatrice Coordinatrice Santé au CRIJ Bretagne,
- Madame CHANLOT Marjolaine, Animatrice Territoriale de Santé sur le Pays de Redon,
- Madame DUCROS Agnès, responsable de la formation des médecins de l'Education Nationale à l'EHESP,
- Madame DUPUY-BELAIR, Conseillère technique au travail social à la DRJSCS de Bretagne,
- Monsieur EPAILLARD, Médecin inspecteur de santé publique à la Délégation Territoriale Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne
- Madame FERRON Christine, Directrice de l'IREPS Bretagne,
- Madame LE FORMAL-GUYADER, Directrice territoriale Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne,
- Madame MERCIER Floriane, Animatrice Territoriale de Santé sur le Pays de Saint-Malo,
- Monsieur RAULT Matthieu, Responsable du pôle politique régionale de santé au Conseil Régional de Bretagne,
- Monsieur SAGE Philippe, Responsable du Pôle Environnement social de la Mission Locale du bassin d'emploi de Rennes,

Enfin, nous adressons nos remerciements à l'équipe pédagogique de l'EHESP en charge de l'organisation du module interprofessionnel pour les moyens mis à disposition.

Liste des sigles utilisés

Acsé : Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
ARS : Agence Régionale de Santé
ATS : Animatrice Territoriale de Santé
BIJ : Bureau Information Jeunesse
CNML : Conseil National des Missions Locales
CODES : Comité Départemental de l'Éducation pour la Santé
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRES : Comité Régional de l'Éducation pour la Santé
CRIJ : Centre Régional d'Information pour la Jeunesse
CR : Conseil Régional
CRSA : Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DESSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social, et Médico-Social
DGS : Direction Générale de la Santé
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse et Sports et de la Cohésion Sociale
DT ARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
FAJ : Fonds d'Aide aux Jeunes
FSL : Fonds de Solidarité pour le Logement
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de la Promotion de la Santé
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LMDE : La Mutuelle des Etudiants
MJC : Maison des Jeunes et de la Culture
MILDT : Mission interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

MIP : Module Inter Professionnel
MJC : Maison des Jeunes et de la Culture
ML : Mission Locale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
ORS : Observatoire Régional de Santé
PAEJ : Point Accueil Ecoute des Jeunes
PIJ : Point Information Jeunesse
PPJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PNEPS : Plan National d'Education pour la Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Projet Régional de Santé
PSRS: Plan Stratégique Régional de Santé
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SRP : Schéma Régional de Prévention
SVT : Sciences de la Vie et de la Terre
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Dans son allocution après l'annonce des résultats des élections présidentielles du 6 mai 2012, le Président de la République, Monsieur François HOLLANDE, s'engage à être jugé sur « deux engagements majeurs : la justice et la jeunesse ». Ces propos placent la population jeune au cœur des priorités des politiques nationales et dans le prolongement de celles de la santé.

La loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 a donné un cadre et de nouveaux outils à la politique de santé publique et à la prévention. Dans la continuité, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce, au travers de son titre III, le champ de la prévention et de manière plus globale celui de la promotion de la santé.

Le Haut Comité en Santé Publique recommande la mise en œuvre d'une politique globale en faveur de la santé des jeunes, articulée autour d'une coordination des acteurs nationaux, régionaux et locaux. Les rapports de l'Institut National de la Santé et de Recherche Médicale¹, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, les Agences Régionales de Santé appuyées par les Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé² ainsi que les schémas de prévention soulignent les enjeux que revêtent la prévention et la promotion de la santé des jeunes en région.

La prévention prend encore plus d'importance en Bretagne³, région où on enregistre une surmortalité des jeunes significative, où les conduites addictives demeurent préoccupantes, où les problèmes de maigreur sont plus fréquents que l'obésité et où les jeunes en situation d'insertion restent en grandes difficultés.

Le public jeune reste large et hétérogène. C'est pourquoi, il convient de centrer les réflexions qui vont suivre sur les 16-25 ans, population qui fait l'objet d'une attention particulière tant dans les politiques gouvernementales⁴ qu'aux niveaux régional et local – avec les Missions Locales ou les animatrices territoriales de santé (ATS) notamment.

Selon la charte d'Ottawa⁵, la promotion de la santé « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet 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 une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un*

¹ Santé des enfants et des adolescents – *Propositions pour la préserver*, Expertise opérationnelle 2^{ème} édition, La Documentation Française 2009, 211p.

² Ces pôles sont financés par l'INPES (créé en 2002) et sont constitués notamment d'acteurs associatifs de prévention. Ils ont pour objet de développer une culture commune de prévention comme de réfléchir à la formation des professionnels.

³ Santé des jeunes en Bretagne, Conférence de presse de la Fondation de France, 22 février 2007.

⁴ Plan santé jeune – 2009, Biennale sur la santé des jeunes – décembre 2011.

⁵ Charte d'Ottawa de promotion de la santé, 21 novembre 2008.

concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques »⁶. Selon les acteurs de terrains interrogés en région Bretagne, la promotion de la santé correspond à l'ensemble des actions sur des leviers impactant la santé, à savoir les déterminants sociaux de santé ainsi que la prévention.

La politique de prévention⁷ « *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 ou collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ».

Outils au service de la promotion, les actions de prévention tendent à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux déterminants de santé, à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les définitions données à la promotion de la santé par les déclarations d'Alma-Ata de 1978, la charte d'Ottawa de 1986 et les déclarations de Jakarta de 1997 et de Bangkok de 2005 placent l'individu comme acteur de sa propre santé. De fait, les actions de promotion de la santé sont ainsi orientées vers le développement d'aptitudes personnelles et sociales, dans une démarche pro-active.

Ainsi, c'est dans ce contexte que s'inscrivent les démarches d'éducation pour la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé⁸, l'éducation pour la santé a été définie comme « *l'ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ». Cette notion est reprise dans le Plan National d'Education pour la Santé⁹, en mettant au centre des préoccupations de santé le malade et l'acquisition de compétences et de moyens de promotion de santé.

Ces trois notions, promotion de la santé, prévention et éducation, sont à la fois très proches et souvent imbriquées, et sont complétées par les déterminants associés à la santé¹⁰.

Les actions de prévention doivent être envisagées transversalement afin de couvrir ces déterminants sociaux de la santé¹¹. Elles ne peuvent être efficaces que si, d'une part, les jeunes concernés ont accès à une assistance médicale en fonction de leur besoin, et si, d'autre part, les autres

⁶ La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu.

⁷ Loi 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dans son article 79.

⁸ 36^{ème} Assemblée mondiale de la santé, 1983.

⁹ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés ; février 2001.

¹⁰ Selon la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (rapport 2005), il existe trois recommandations : amélioration des conditions de vie quotidiennes, la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, et la mesure et l'analyse du problème et l'évaluation de l'efficacité de l'action menée.

¹¹ La santé de l'homme n°399, janvier-février 2009, p16.

déterminants sociaux de leur santé sont favorables : éducation et scolarisation, emploi, logement personnel, mobilité et autonomie de déplacements, revenus financiers, estime de soi, relations sociales et familiales stables, etc. Ainsi, ils seront plus sensibilisés aux situations et expositions aux risques, qui passent par la coordination de toutes les parties prenantes de ces déterminants.

La notion de jeunesse est floue, fluctuante voire contradictoire. Elle couvre à la fois les élèves et les étudiants, les jeunes salariés et les jeunes en situation de précarité. S'affrontent alors une image positive et une perception plutôt négative. Les jeunes font l'objet d'intérêts et d'attentions car ils sont vecteurs de richesses et de développement mais aussi de menaces. Ils concentrent le travail de nombreux acteurs dans différents domaines : l'État pour l'éducation et la justice, la Région pour l'apprentissage, le Département pour les dispositifs d'urgence¹² et les Communes ou Intercommunalités avec les politiques de la ville ou les Missions Locales.

Dans le contexte où 91 % des jeunes se déclarent en bonne santé¹³, il convient de se demander si la présentation des données épidémiologiques indiquant notamment une surexposition face aux risques n'est pas contradictoire ? Sont-ils sensibles aux démarches et actions préventives ?

De manière plus générale, il existe deux conceptions des politiques de prévention : une approche par la gestion des risques (sous tendant une approche plus répressive, un risque de « sanitarisation » de la prévention) ou une approche par la promotion de la santé.

Ainsi, comment articuler la politique de santé et la politique de jeunesse pour avoir une promotion et une prévention optimales de la santé des jeunes en Bretagne ?

Quels sont les enjeux qui concourent à cette coordination ? Quelles limites et quelles perspectives doit-on envisager ?

La première partie de l'analyse est consacrée à l'approche historique et dresse un état des lieux de la santé des jeunes en région Bretagne (I). Dans la deuxième partie, les acteurs et les enjeux de la prévention de la santé des jeunes en Bretagne sont présentés selon une approche par missions et en développant les enjeux de leurs coordinations (II). Enfin, les limites des politiques de promotion et de prévention de la santé des jeunes et les perspectives inspirées d'exemples régionaux et européens font l'objet d'une troisième partie (III).

¹² Fonds d'aide aux jeunes (FAJ), fonds de solidarité pour le logement (FSL), par exemple.

¹³ INSEE Première n°1261, octobre 2009 - Arnaud Degorre et Véronique Guyon, Muriel Moisy.

Méthodologie

L'objectif de ce module, qui s'est déroulé du 2 au 16 mai avec neuf jours de travail effectif, était de réfléchir sur une problématique de santé publique en inter-filiarité. En effet, huit élèves de l'école EHESP dont deux attachés d'administration hospitalière, un directeur d'hôpital, deux directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, une directrice des soins, un ingénieur d'études sanitaires et une inspectrice de l'action sanitaire et sociale ont mis en commun leurs connaissances, expériences et fortes motivations pour répondre à la question des réalités et des limites de la prévention de la santé des jeunes en Bretagne. Pour ce faire, nous avons bénéficié du soutien actif et de l'expertise critique de deux professionnels en la matière : Madame Patricia LONCLE et Monsieur Eric LE GRAND. Un dossier documentaire nous a été remis avant le début du module afin que chacun s'approprié les enjeux de la problématique. Cela nous a permis de constituer une base commune en amont du travail collectif.

Lors de la première semaine, nous avons consacré deux jours à la réalisation collective d'un « brainstorming » pour délimiter le champ de notre travail. Puis, nous nous sommes répartis les différents entretiens avec des professionnels régionaux et locaux préalablement fixés par nos deux animateurs. Avant chaque entretien, nous avons construit un « guide » de questions propre aux missions de chaque acteur et nous avons eu le souci de confirmer systématiquement le lieu, la date et l'heure de chaque entretien. Par ailleurs, nous avons désigné un référent logistique, principal interlocuteur de l'équipe pédagogique qui s'est aussi chargé des questions relatives aux transports. En outre, afin de mettre en commun nos informations (recherches bibliographiques, synthèses des documents, compte rendus des entretiens,..), nous avons créé une adresse Gmail et une plateforme « googledoc ».

Lors de la seconde semaine, la restitution des entretiens en groupe nous a permis d'élaborer une problématique et d'arrêter un plan validé *a posteriori* par nos deux animateurs. Nous avons tenu régulièrement informés nos deux intervenants des avancées de nos travaux et avons souhaité que le groupe se réunisse quotidiennement dans des salles mises à disposition par l'école.

La troisième semaine a été consacrée à la rédaction du rapport. Pour ce faire, nous nous sommes partagés l'écriture des parties en essayant de faire ressortir les spécialités de nos futurs métiers. En outre, les deux derniers jours ont été dévolus à la relecture collective et à l'harmonisation du rapport.

1 État des lieux de la santé des jeunes en Bretagne

Les politiques à destination des jeunes, ont évolué au cours du temps tant dans leurs conceptions que dans leurs contenus au regard de la représentation portée sur cette catégorie de la population. Après avoir retracé ces évolutions au niveau national, nous réaliserons un focus sur l'approche épidémiologique des problématiques des jeunes, à ce jour en Bretagne.

1.1 Approche historique de la santé des jeunes¹⁴¹⁵

Au XVIII^{ème} siècle, à la campagne et dans les milieux populaires des villes, l'enfant ne doit pas déranger, il travaille dès 12 ans ; dans les familles aisées, le garçon dès 7 ans est confié au père. La jeunesse fait son apparition au XIX^{ème} siècle où elle se décompose en trois catégories fléchées par rapport à leur origine sociale : la jeunesse bourgeoise reçoit un enseignement secondaire, la jeunesse ouvrière suit les traces du père dans le travail, la jeunesse traditionnelle (artisans et commerçants) suit une instruction primaire. Dès 1830, avec la création des patronages, la prise en charge des jeunes passe par des œuvres et mouvements de jeunesse. Durant cette période, la politique de santé se centre sur l'hygiénisme.

Dans l'entre-deux guerres les premiers mouvements de jeunesse catholique apparaissent avec comme mission essentielle d'éduquer la jeunesse ouvrière.

Le gouvernement de Vichy tentera de prendre le contrôle de ces mouvements, avec la création de l'école des cadres, du corps des inspecteurs généraux de la jeunesse, du commissariat général de la jeunesse.

L'après-guerre voit le développement des mouvements d'éducation populaire. Charles de Gaulle introduira la prise en charge des jeunes par la prévention ; c'est le temps du développement des équipements (1000 clubs, Maison des Jeunes et de la Culture), de la professionnalisation des acteurs de la jeunesse. Les thèmes de santé portent alors sur la lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme et la propreté. En 1950, la prise en compte de la jeunesse comme catégorie sociale induira la création du secrétariat d'état à l'enseignement technique, à la jeunesse et aux sports. Durant cette période, la jeunesse est perçue comme une période positive se définissant ou se caractérisant par des transformations physiologiques, psychologiques ou morales.

Durant les années 1960, la politique de santé se centre sur l'hygiénisme par une éducation sanitaire fondée sur l'apport unique d'informations. A partir de mai 68, avec la remise en cause des

¹⁴ Eric Le Grand, quand la santé des jeunes m'était contée, la jeunesse dans la revue la santé de l'homme, Agora débats/jeunesses, N°54, année 2010

¹⁵ Patricia Loncle, les enjeux contemporains des politiques de jeunesse, EHESP, janvier 2009, PPT

modèles éducatifs traditionnels, la participation des jeunes à la politique fait son apparition en tant que phénomène social.

La génération d'après 1970 connaît quant à elle, une situation plus difficile que celle de ses parents : augmentation du taux de chômage, diminution de l'espérance d'améliorer sa qualité de vie, perspectives d'accès à la retraite moindres, entrée tardive dans le monde du travail. La jeunesse se scinde en deux catégories avec chacune ses problématiques: l'étudiant dont les principaux problèmes de santé évoqués portent sur la tuberculose, l'hygiène de vie et l'hygiène mentale, et les jeunes travailleurs, dont les thématiques de santé portent sur le sommeil, la confrontation au monde des adultes avec la perte des idéaux liés à la jeunesse, une fragilité due à l'isolement.

Dans les années 1980, la politique de jeunesse se concentre sur les zones urbaines. Il faut encadrer les jeunes, savoir où ils sont, ce qu'ils font, les insérer. Les Missions Locales font leur apparition. L'année 1985 est déclarée par l'ONU « année internationale de la jeunesse » qui est alors considérée comme une ressource, mais également comme une population à risques ; ceci contribuera au développement d'une politique de santé par risques : lutte contre l'alcoolisation, la toxicomanie, les accidents de la route.

Les années 1990 et 2000, permettent l'émergence d'une politique où les jeunes peuvent être acteurs de leur propre santé. On constate un retrait progressif de l'Etat, et une « sanitarisaiton » des politiques sociales. Apparaissent alors, les thématiques autour de la sexualité, de l'alcool, de la toxicomanie, de la violence et de la souffrance psychique.

Aujourd'hui, la société semble avoir une image négative de la jeunesse. La jeunesse est considérée soit comme une catégorie sociale définie, soit comme une catégorie d'âge, soit par rapport à des institutions. C'est la catégorie qui subit le plus les effets de la crise sociale, avec un accès au travail précaire, des revenus faibles, une discrimination à l'embauche, un décalage entre leur qualification et/ou diplôme.

On peut constater, au niveau national, au fil du temps, une permanence des thèmes autour de l'alimentation, la sexualité, les dépendances, la santé mentale ; qu'en est-il en Bretagne ?

1.2 Approche épidémiologique : diagnostic de la santé des jeunes bretons

Cette partie dresse un état des lieux de la santé des jeunes bretons de 16 à 25 ans à partir de différentes études menées notamment par l'Observatoire Régional de Santé Bretagne (ORS) dans les années 2000. Les principaux modes de comportements des jeunes sont abordés : les conduites addictives, la santé mentale, le bien-être et l'accès aux soins. Cette présentation cloisonnée par thématique de santé et notamment par risque est le reflet de la manière dont sont conduits aujourd'hui les diagnostics de santé des populations.

1.2.1 Les conduites addictives

Consommation d'alcool :

En Bretagne, comme pour le reste de la France, l'alcool est le produit expérimenté le plus tôt, dès la primo-adolescence. Cela traduit notamment une banalisation de la consommation d'alcool chez les jeunes. Près de 95% des jeunes bretons en insertion (18-25 ans) déclarent avoir déjà bu de l'alcool¹⁶. Ces données sont supérieures à celles de la moyenne nationale de près de 3%. Il n'existe pas de différenciation sexuelle. Environ 1 jeune sur 10 consomme régulièrement¹⁷ de l'alcool. Ce comportement touche 3 fois plus les garçons que les filles.

Une particularité de la Bretagne réside dans la fréquence de l'ivresse chez les jeunes. En effet, les ivresses régulières, dont la définition est d'au moins 10 ivresses dans les 12 derniers mois, concernent 23% des garçons et 8% des filles en Bretagne contre respectivement 10% et 3% pour la moyenne nationale. Toutefois, l'étude ESCAPAD¹⁸ montre que les ivresses répétées (supérieures à 3 dans l'année) et les épisodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère¹⁹ chez les jeunes de 17 ans ont plus diminué entre 2005 et 2008 en Bretagne que pour le reste de la France, mais demeurent cependant supérieurs aux moyennes nationales.

Les enquêtes précisent enfin que la consommation d'alcool chez les jeunes se déroule principalement dans un cadre festif tels que les week-ends et les soirées étudiantes. Les modes de consommation d'alcool des jeunes évoluent avec l'apparition des « *binge drinking* »²⁰ en Bretagne tout comme dans les autres régions de France.

Consommation de produits psychoactifs :

L'étude réalisée en 2007 avec les médecins préventives des Universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2 et confiée à l'ORS de Bretagne auprès des étudiants de 1ère année universitaire²¹ montre qu'un jeune sur deux a expérimenté au moins une fois dans sa vie la consommation du cannabis. Leur première fois est en moyenne à 16,1 ans et identique selon le sexe.

L'usage du cannabis reste plus élevé en Bretagne que dans les autres régions de France. De plus, la consommation du cannabis comme celles des autres drogues s'avère être plutôt un

¹⁶ Enquête sur la consommation d'alcool chez les jeunes des missions locales en Bretagne – Février 2010 – ORS, missions locales et Conseil Régional.

¹⁷ On entend par consommation régulière, le jeune ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au moins 10 fois pendant les 30 jours précédant l'enquête.

¹⁸ Etude mise en œuvre par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies en partenariat avec la Direction du Service National est une enquête déclarative basée sur un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors de la journée d'appel de préparation à la défense (jeune de 17 ans). www.ofdt.fr (données locales).

¹⁹ Episodes de consommation supérieurs à 3 durant le mois.

²⁰ Mode de consommation excessif de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés. L'état d'ivresse est recherché rapidement.

²¹ La consommation d'alcool chez les jeunes de 16 ans et plus à travers les enquêtes en Bretagne et en France - Février 2011 – ORS Bretagne- Conseil Régional de Bretagne.

comportement à prédominance masculine. La principale raison conduisant à la consommation de cannabis est la recherche d'euphorie, la deuxième étant l'envie d'essayer.

L'étude menée auprès des jeunes des Missions Locales bretonnes en 2009 précise qu'un jeune sur dix fume quotidiennement du cannabis (11% chez les hommes et 6% chez les femmes). Les deux études mettent en évidence que la consommation d'autres produits illicites reste marginale par rapport au cannabis.

Les addictions sont des sujets prioritaires des acteurs locaux rencontrés tels que le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Centre Régional Information Jeunesse (CRIJ) ou encore la Mission Locale de Rennes.

1.2.2 La santé mentale

Les étudiantes de 1ère année universitaire expriment, davantage que les garçons, leur souffrance psychique, qui se manifeste par différents signes (déprime, désespoir face à l'avenir, pensées suicidaires...) dont le principal déterminant est le sentiment de solitude. Elles sont aussi 6%, contre 1% des garçons, à avoir déjà attenté à leur vie. 45% des tentatives de suicide ne sont pas prises en charge médicalement (ni hospitalisation, ni consultation médicale) et pour 1 étudiant sur 5, personne de leur entourage ne s'en est rendu compte. Enfin, 8% des étudiants de l'enquête déclarent des pensées suicidaires. Les taux bretons de recours à l'hospitalisation en court séjour suite à une tentative de suicide sont supérieurs à la moyenne française. De plus, les mortalités par suicides sont plus importantes en Bretagne qu'au niveau national (en 2003, écart de 79% chez les 15-24 ans).

La problématique de santé mentale chez les jeunes est un thème qui est revenu fréquemment avec les acteurs rencontrés lors des entretiens. La Mission Locale de Rennes a notamment mis en place en lien avec un financement ARS un réseau santé-psy avec des professionnels de santé privés (médecins, psychologues,...) pour une meilleure prise en charge des jeunes.

1.2.3 Le bien-être

Sommeil

L'étude menée sur les étudiants en Bretagne s'est également intéressée à leur sommeil car il est un facteur d'équilibre et de bonne santé. Un tiers des étudiants juge la durée de leur sommeil insuffisante et 1 étudiant breton sur 4 se plaint de la qualité de son sommeil, les filles étant davantage concernées que les garçons (26% vs 17%). Enfin, 12% des étudiants utilisent des produits, principalement homéopathiques, pour dormir, les filles davantage que les garçons. Les professionnels de la mission locale du bassin d'emploi de Rennes constatent également des problèmes de sommeil chez les jeunes rencontrés.

Activité physique

L'étude de 2007 centrée sur les étudiants bretons ne fait pas ressortir un manque de pratique sportive. En effet, 7 jeunes sur 10 déclarent avoir une activité. Celle-ci diminue au fur et à mesure que l'âge augmente. Cependant, chez les plus jeunes, il est observé une augmentation accrue de l'utilisation de l'ordinateur pour notamment Internet, les jeux vidéo et les réseaux sociaux. Ces comportements peuvent se faire au détriment de la pratique d'un sport.

Nutrition

La Bretagne est une région française historiquement peu touchée par les problèmes de surpoids (IMC²² entre 25 et 30) et d'obésité (IMC supérieur ou égal à 30) chez les jeunes. Cependant, petit à petit, elle se rapproche de la moyenne nationale notamment pour les enfants (5-6 ans, 10-11 ans). Ainsi, il est envisageable que, dans quelques années, par effet de générations, les indicateurs de surpoids et d'obésité en Bretagne frôleront ceux de la moyenne française. Au cours de l'entretien, l'IREPS a précisé que beaucoup d'actions portant sur la nutrition et l'activité physique sont menées sur le terrain par les porteurs de projet en lien notamment avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS).

1.2.4 Vie affective et sexuelle

Une étude de l'ORS Bretagne menée en 2011²³ montre une situation contrastée. En effet, les jeunes s'estiment bien informés mais pour autant les professionnels constatent que les prises de risques ne diminuent pas et que l'usage du préservatif n'est pas systématique notamment dans le cadre de relations avec des partenaires occasionnels. Par ailleurs, l'enquête nationale 2011 de la Mutuelle nationale des étudiants (LMDE) a mis en exergue la Bretagne comme étant la région de France où le recours au dépistage du Sida est le plus faible. La Bretagne a enregistré 3 cas de Sida en 2010 et une dizaine de découvertes de séropositivités VIH chez les 10-30 ans²⁴. Le nombre de cas de SIDA est identique aux années précédentes alors que le nombre de séropositifs VIH a diminué de moitié. Ces indicateurs placent la Bretagne parmi les régions les moins touchées mais ce constat va de pair avec un recours au dépistage inférieur à la moyenne nationale.

1.2.5 L'accès aux soins

Tous les jeunes bretons n'ont pas le même niveau accès aux soins médicaux et dentaires. La situation est plus préoccupante pour les jeunes en situation d'insertion que pour ceux qui ont déjà une

²² L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille, couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, le résultat s'exprime en kg/m².

²³ La sexualité des jeunes en Bretagne : état des lieux – ORS – Conseil Régional – Juin 2011 – 113 pages.

²⁴ Données de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

activité professionnelle et les étudiants. Certains jeunes en situation précaire ne peuvent pas disposer d'une complémentaire santé et ne consultent pas de ce fait les professionnels de santé.

Les thèmes de santé évoqués ci-dessus dans l'état des lieux sont également ceux abordés lors des entretiens avec les acteurs régionaux et locaux. Les professionnels rencontrés n'observent pas de disparités flagrantes entre les problèmes de santé des jeunes en milieu rural et urbain. Ils considèrent qu'en milieu rural les jeunes sont mieux soutenus par leur propre entourage (famille, voisins). Ainsi, les problématiques de santé sont certainement moins bien identifiées qu'en milieu urbain.

L'approche historique et le diagnostic épidémiologique posent l'état des lieux de la santé des jeunes en Bretagne, il convient dès lors de s'interroger sur les enjeux des politiques de promotion et de prévention mises en œuvre.

2 Enjeux récents de la politique nationale, régionale et locale sur la promotion et la prévention de la santé des jeunes

Il demeure une stratification entre les politiques de jeunesse et les politiques de santé définies au niveau national et régional (2.1), et leurs déclinaisons au niveau local (2.2); qui nécessite une coordination délicate entre les acteurs (2.3).

2.1 Pilotage des politiques de jeunesse et de santé

2.1.1 Politiques nationales en faveur de la santé des jeunes

Les politiques publiques d'Etat axées sur la prévention de la santé des jeunes sont impulsées par les Ministères sociaux et les Directions générales en charges des questions de santé (DGS), cohésion sociale et jeunesse et sport (DGCS). Si les champs d'action publique « santé » et « jeunesse » sont restés jusqu'à présent largement dissociés, des dynamiques ponctuelles ont permis toutefois d'opérer des convergences, dans une approche encore très centrée sur la réduction des risques.

- **L'émergence à l'agenda public des questions de santé psychique des jeunes**

Au tournant des années 2000, les jeunes restaient encore les « grands oubliés » des politiques publiques de santé²⁵. Les Défenseurs des Enfants ont œuvré à une progressive légitimation de cette catégorie d'action publique. Leurs rapports successifs ont contribué à la mise à l'agenda des questions de santé spécifiques à la jeunesse, et influé sur la montée en charge des « Maisons des adolescents », à l'image des expériences pilotes de Bobigny, du Havre et de Marseille. Dès 2004, ces structures

²⁵ Rapport de la Défenseuse des Enfants Dominique Versini « Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge », 2007.

spécialement dédiées à la prise en charge des adolescents en souffrance psychique ont été déployées dans chaque département.

- **Formalisation des objectifs pour la santé des jeunes dans un Plan national**

Madame le Ministre BACHELOT-NARQUIN, dotée d'un portefeuille transverse à la Santé, à la Jeunesse et aux Sports, a lancé en 2008 un « Plan santé jeunes » visant à mieux protéger la santé des 16-25 ans. Les comportements à risques des jeunes y sont particulièrement ciblés²⁶. Le Plan lance ainsi des consultations spéciales « jeunes consommateurs » dans le cadre des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, et sous l'égide de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie. Le Plan est également centré sur les besoins de santé des jeunes les plus vulnérables et y répond notamment par l'extension et la labellisation des MDA. Le Plan développe enfin une approche positive de la santé par l'accès aux droits²⁷ et la promotion des activités physiques et sportives chez les jeunes. Il encourage les jeunes à devenir acteurs de leur santé mais sans réellement impulser d'arène où ils pourraient co-construire des politiques publiques de santé adaptées à leurs besoins.

Ce Plan reste à ce jour le seul qui se concentre explicitement sur la santé des jeunes. Il devait permettre de flécher 30 millions d'euros en vue de la réalisation de ses objectifs multiples, qui n'a pas, à ce jour, été évaluée. Il a néanmoins été un jalon de la politique de l'Etat sur la question santé des jeunes, qui reste ainsi bien présente en 2009 dans certaines propositions du Livre Vert de la Commission sur la politique de la jeunesse²⁸.

2.1.2. Organisation du pilotage des politiques de jeunesse et de santé au niveau régional

Deux acteurs majeurs du financement des projets touchant la prévention et la promotion de la santé des jeunes en région : l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Régional

Les ARS ont clairement vocation à financer la prévention et la promotion de la santé, et en particulier à destination des jeunes. Ainsi dans son organisation, l'ARS Bretagne dispose d'une direction adjointe à la direction de la santé publique dévolue à la prévention et à la promotion de la santé publique. D'autre part, le Schéma Régional de Prévention (SRP) met en avant le rôle de

²⁶ Le Plan mentionne les pratiques addictives, la promotion des « bonnes habitudes alimentaires », la prévention de la crise suicidaire et de la « souffrance psychique » des jeunes. Il pointe également les phénomènes émergents, à l'image du « *binge drinking* » (hyperalcoolisation), ou extrêmes comme l'anorexie.

²⁷ L'accès aux soins passe notamment par une consultation de prévention gratuite pour les 16-25 ans.

²⁸ Initié par le Haut Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et à la jeunesse Monsieur Martin HIRSCH, le Livre vert de la jeunesse fait état de 4 recommandations (sur 57 propositions) ciblées sur la santé des jeunes : Le renforcement de la connaissance de l'état de santé des jeunes ; La lutte contre le risque de renoncement aux soins et à la prévention pour raisons financières ; L'organisation de la prévention de l'inaptitude dans la formation professionnelle ; La poursuite d'une dynamique visant à rendre les jeunes acteurs de leur santé.

l'Agence dans le financement d'actions en matière de prévention et de promotion de la santé²⁹. Pourtant dans le champ de la santé des jeunes, aucune stratégie n'apparaît distinctement à l'instar des politiques en faveur des personnes âgées, que ce soit dans le PRS ou dans le SRP. L'appel à projets prévention et promotion de la santé 2012 qui est construit sur six axes prioritaires (les conduites addictives, la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide, la santé des personnes en situation de précarité, la vie affective et sexuelle, la nutrition et l'activité physique, la santé environnementale) ne cible pas spécifiquement le public jeune. En effet, l'Agence base son appel à projets sur le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), les jeunes ne constituant qu'une partie des publics dits précaires³⁰. A titre de comparaison, l'ARS Midi-Pyrénées a inclus dans son appel à projets 2011 dans ses cinq priorités, "promotion de la santé des jeunes"³¹. Malgré l'absence d'entretien avec la Direction en charge de la prévention et de la promotion de la santé de l'ARS, il semble, sur le fondement des entretiens obtenus, que l'Agence renvoie les acteurs sur le Conseil Régional pour toutes questions relatives aux politiques de jeunesse.

Le Conseil Régional de Bretagne, au même titre que d'autres Conseils Régionaux, a choisi d'investir le champ de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes, bien que celui-ci ne constitue pas une compétence propre. A cet égard, le Conseil Régional de Bretagne montre un intérêt particulier pour la promotion et la prévention de la santé, puisque le Pôle Régional de Santé de la Direction de l'Aménagement et de la Solidarité consacre une majeure partie de ses moyens sur ces thèmes³². Il se situe ainsi à la croisée des politiques de jeunesse et des politiques de santé. La traduction concrète des actions du Conseil Régional s'établit avant tout à travers le financement de projets, portés par les acteurs de terrain³³, visant à soutenir les dynamiques de promotion et de prévention de la santé auprès des jeunes³⁴. Ainsi, l'appel à projets 2012 cible les jeunes âgés de 15 à 29 ans, et vise à soutenir les actions s'attachant à préserver et améliorer leur santé. Cet appel à projets thématique concerne quatre problématiques jugées majeures en Bretagne : la prévention des conduites addictives, la prévention du mal-être et du suicide, la promotion de la santé dans la vie affective et

²⁹ « Au même titre que sur les autres secteurs, l'ARS dispose sur le champ de la prévention et de la promotion de la santé de différentes modalités d'intervention. La définition et la mise en œuvre des politiques de prévention et de promotion de la santé s'appuient sur des outils de planification, de programmation, d'accompagnement des partenaires, de contrôles et d'évaluation et de financement d'actions ou de structures », Schéma Régional de Santé de la région Bretagne.

³⁰ http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Acteurs_en_sante/Aides_et_financements/Appels_a_projet/AAP_Prevention/Guide_du_porteur_2012_01.pdf

³¹ <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Appel-a-projetprevention.111164.0.html>

³² Entretien avec le responsable du pôle régionale de la santé de la direction de l'Aménagement et des Solidarités du conseil régional de Bretagne.

³³ Les acteurs spécialisés dans le domaine de la prévention, les structures susceptibles d'accueillir des jeunes, les associations intervenant dans le secteur de la jeunesse ou de l'éducation populaire, les communes et établissements publics de coopération intercommunale, les acteurs du soin, notamment les établissements hospitaliers, les acteurs du monde universitaire et de l'apprentissage.

³⁴ http://www.bretagne.fr/internet/jcms/preprod_148538/soutenir-les-dynamiques-de-prevention-sante-aupres-des-jeunes

sexuelle, la promotion de l'hygiène de vie (alimentation, activité physique, sommeil).

Il convient de noter que ces axes prioritaires recoupent largement ceux mis en avant par l'ARS.

Une multitude d'acteurs financent les structures locales, touchant à la prévention et la promotion de la santé des jeunes en région :

Outre le financement à travers les appels à projets, les acteurs régionaux participent au financement de structures spécifiques, dévolues à la prévention et à la promotion de la santé des jeunes en région :

- la DRJSCS participe aux financements du réseau information jeunesse (PIJ, BIJ, CRIJ), les Points d'Accueil et d'Ecoute Jeune (PAEJ) financeur principal à hauteur de 40%, les Missions Locales (pour environ 40%).

- l'ARS cofinance les animations territoriales de santé (ATS) à hauteur de 30%, les PAEJ, ainsi que les Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS).

- le Conseil Régional participe aux financements des ATS (pour environ 30%), du réseau information jeunesse, les PAEJ (de l'ordre de 20.000 euros par structure), les Missions Locales (pour 19%), ainsi que les IREPS.

- l'INPES finance le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé en Bretagne.

L'intervention en milieu scolaire en région :

En général, les acteurs régionaux de la prévention et de la promotion de la santé des jeunes interviennent en milieu scolaire à travers des financements et des moyens d'interventions spécifiques. Si par exception, les PAEJ peuvent proposer des permanences au sein des établissements scolaires et les CRIJ peuvent tenir des réunions d'information, l'Education Nationale à travers les Rectorats et l'Inspection Académique privilégient les actions de prévention individuelles via les médecins et infirmières de l'Education Nationale (dépistage des pathologies, des difficultés scolaires et le repérage des troubles de la santé) sur les actions de promotion de la santé. La coordination des actions des médecins de l'Education Nationale est assurée par le Rectorat, celle des infirmières est rendue plus difficile en raison d'un rattachement hiérarchique différent selon que l'établissement soit du premier ou du second degré.

Il existe en Bretagne un lien fort entre le Rectorat et l'ARS dans le financement des actions de promotion et de prévention de la santé en milieu scolaire, tous deux membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, même si ce lien varie fortement d'une région à une autre. Quoiqu'il en soit, le médecin de l'Education Nationale joue un rôle essentiel dans la recherche de partenariat, notamment au niveau régional.

2.2 La mise en œuvre des politiques de santé des jeunes au travers la promotion/prévention de la santé

En région Bretagne, différentes actions conduites pas des structures associatives déclinent les politiques nationales et régionales sur la promotion et la prévention de la santé des jeunes. Si certains dispositifs interviennent auprès des acteurs (2.2.1), d'autres sont en contact direct avec le public (2.2.2).

2.2.1 Dispositifs orientés vers les acteurs

Des actions de formation des professionnels intervenant auprès des jeunes, sont assurées par l'IREPS, issue de la fusion CRES/CODES, sous l'égide de l'ARS. Cette structure associative apporte également son aide à la conduite de projets et assure le relais avec les institutions régionales.

L'IREPS de Bretagne mène ses actions dans une logique d'approche par milieu puis par population et enfin du risque. Elle privilégie le milieu scolaire (médecin d'Education Nationale, infirmière scolaire, équipe pédagogique), et universitaire, pour lesquels elle traite les dossiers d'appel à projets avec la participation des politiques (élus), des équipes pédagogiques, et des jeunes (détermination de leurs besoins selon les données de l'ORS Bretagne).

Elle vient en support informatif et pédagogique, également aux Missions Locales dans le domaine de la santé mentale, et des foyers de jeunes travailleurs dans le domaine des conduites additives.

Parallèlement, il existe une autre structure associative d'initiative bretonne qui intervient auprès des professionnels, l'ATS, co-pilotée par le Conseil Régional, l'ARS et le Pays d'implantation. Ses missions portent sur la coordination des acteurs, la mise en cohérence de leurs actions, et sur l'établissement d'un programme local de promotion de santé. Un diagnostic local de santé est réalisé s'appuyant sur les données épidémiologiques de l'ORS, avant d'établir un projet territorial de promotion de la santé, avec la participation des professionnels : bénévoles de l'action sociale, médico-sociale, mais aussi des acteurs hospitaliers (par exemple, l'ATS du pays de Redon, a animé avec l'hôpital de Redon, une semaine d'informations sur la santé mentale).

L'ATS apporte son aide aux différents acteurs « jeunesse » dans l'élaboration de leurs réponses aux appels à projets.

2.2.2 Dispositifs à destination directe des jeunes

Des dispositifs à destination directe des jeunes de 16 à 25 ans, répondant à leurs différentes problématiques, ont été impulsés par les politiques nationales.

Les Missions Locales ont été créées en 1982 suite aux conclusions d'un rapport réalisé par Monsieur Bertrand SCHWARTZ, à la demande de Messieurs François MITTERRAND et de Pierre

MAUROY, sur les problèmes d'insertion professionnelle et sociale des jeunes. Ce rapport souligne que « l'insertion professionnelle doit être en adéquation avec l'insertion sociale ». Les Missions Locales ont une véritable mission de service public de lutte contre l'exclusion. Au sein de la Mission Locale du Bassin de Rennes, les jeunes accueillis bénéficient d'une aide personnalisée dans leurs démarches qu'elles soient d'insertion professionnelle, sociale, de recherche de logement mais également de recherche de solutions à leurs problèmes de santé.

Dans le domaine de la santé, elle travaille en réseau avec les structures institutionnelles : hôpital, Centre Médico-Psychologique, mais les relations sont complexes. Il a donc été mis en place un partenariat avec le secteur médical privé, dans le domaine de la prise en charge de la santé mentale.

En outre, elle a signé une convention avec le « centre bilan de santé » de Rennes, qui assure les examens de prévention gratuitement.

Pour le directeur adjoint de la Mission Locale de Rennes, « aborder la prévention de la santé des jeunes, c'est oser poser les questions (par exemple, « pourquoi sens-tu l'alcool ? »). « Il faut savoir surmonter ses problématiques personnelles et ne pas avoir une approche stigmatisante des jeunes ».

En parallèle, le Centre régional d'information jeunesse et ses déclinaisons de proximité : Bureau d'information jeunesse et Point d'information jeunesse, ont pour objectif de promouvoir l'accessibilité à l'information auprès de tous les jeunes, de tous les milieux, dans divers domaines : études, formations, métiers, logements, vie familiale et santé. Ils ont un rôle de conseil et facilitent les échanges entre les jeunes et les professionnels de santé. Leur feuille de route se base sur la Charte Européenne de l'Information Jeunesse³⁵.

Pour le CRIJ de Bretagne, l'implication des jeunes dans la prévention de leur santé est cruciale. Il a été mis en place des dispositifs en matière de « prévention par les pairs », dont le « dispositif de bourses » (de 300 à 800 euros), attribué au projet le plus innovant en matière de communication.

En complément, onze points d'accueil et écoute jeunes issus du Plan national de prévention et de lutte contre l'exclusion sociale, ont été mis en place en Bretagne en 2003.

Les PAEJ ont un véritable rôle de prévention en assurant les fonctions d'accueil, d'entretiens d'écoute, de conseil, de soutien, et d'orientation auprès des jeunes adultes, et de leur entourage. C'est un lieu neutre où les jeunes peuvent également venir chercher des moyens de prévention de la santé (exemple : préservatifs, bouchons d'oreilles, etc.).

Dans le même registre, les Espaces Santé Jeunes, lieux anonymes et gratuits, assurent des permanences d'accueil et d'écoute. Ces dispositifs ont pour missions essentielles l'éducation à la santé,

³⁵ « Charte Européenne de l'Information Jeunesse » adoptée à Bratislava (République Slovaque) le 19 novembre 2004 par la 15ème Assemblée générale de l'Agence européenne pour l'information et le conseil des jeunes (ERYICA).

et la prévention des troubles psychiques, mais aussi d'orienter les jeunes vers les professionnels adaptés pour répondre à leurs besoins.

Le PAEJ et l'espace santé jeune de Rennes sont dans les mêmes locaux que le CRIJ. Cette organisation favorise le lien avec le soin en permettant aux jeunes d'avoir sur le même site, les informations, l'écoute et l'accompagnement.

2.3 Les enjeux perçus sur la coordination des acteurs

2.3.1 Une articulation des acteurs délicate...

Une multitude de financeurs :

L'existence d'une multitude de financeurs rend parfois difficile la lisibilité des objectifs en matière de politique de prévention et de promotion de la santé des jeunes par les acteurs de terrain. Ainsi, si en Bretagne les objectifs se recoupent en grande partie comme il a été noté précédemment, l'absence en 2012, contrairement aux années précédentes, d'un appel à projets conjoint nuit doublement à l'efficacité des politiques publiques. D'une part, les acteurs de terrain n'ont pas toujours des structures administratives suffisamment dimensionnées pour répondre à plusieurs appels à projets. D'autre part, l'absence de répartition du financement des projets thématiques en amont entre les financeurs pèse manifestement sur la cohérence des politiques publiques en matière de prévention et de promotion de la santé des jeunes.

Des intérêts et des approches parfois divergents :

La faible appropriation par les acteurs politiques locaux du PRS en Bretagne n'est pas de nature à favoriser la coordination des politiques publiques. Dans le cadre de la démocratie sanitaire, le PRS et le SRP n'ont que peu de poids dans l'articulation des actions si les acteurs politiques locaux ne se les approprient pas. A l'inverse, les acteurs politiques locaux ont tendance à s'arroger les actions financées conjointement afin de s'assurer une visibilité politique suffisante.

Des cultures professionnelles différentes selon les acteurs dans leur représentation des jeunes :

La conception d'une politique de prévention et/ou de promotion de la santé des jeunes dépend grandement du choix retenu par le responsable public pour définir les déterminants de la santé des jeunes (sanitaires, sociaux et/ou médico-sociaux) ainsi que les moyens pour l'améliorer (prévention et/ou promotion). A cet égard, l'ARS semble plus orienter ses actions sur le champ sanitaire et médico-social à travers l'adoption de politiques de prévention, le Conseil Régional sur des actions de prévention et de promotion de la santé en occupant le champ social, tandis que la DRJSCS s'intéresse davantage à des actions d'insertion professionnelle et sociale. Si cette diversité des approches peut permettre de créer des complémentarités, elle implique nécessairement leur identification préalable par des instances de coordination.

D'autre part, les acteurs régionaux ont des approches dépendant grandement de leur

positionnement historique. Ainsi, si l'ARS et le Conseil Régional ont un positionnement moins territorial, la DRJSCS, héritière des pôles sociaux des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), des Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports (DRJS) et des Directions Régionales de l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances (Acsé), inscrit ses actions plus directement dans les territoires (à travers notamment les PIJ/BIJ/CRIJ/PAEJ), et semble donc avoir une meilleure connaissance des dynamiques de territoire. A titre d'exemple, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) porte un souci particulier à ce que les orientations nationales et régionales ne viennent pas annihiler les dynamiques territoriales, souvent longues à construire et adapter aux spécificités locales³⁶.

2.3.2 ...rendant nécessaire l'existence d'outils de coordination au niveau régional

Les coordinations existantes

La Commission de coordination Prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile, animée par l'ARS, constitue depuis sa mise en place l'acteur majeur de coordination des politiques de santé. La commission de coordination Prévention a vocation à favoriser la complémentarité des actions, qui sont financées par chacun de ses membres³⁷ et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement. Elle définit d'autre part les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région. Enfin, elle permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

Des réunions régionales sont organisées par le Conseil National des Missions Locales (CNML) en concertation avec tous les acteurs nationaux et régionaux de la santé : acteurs publics, associatifs et les financeurs (Etat, collectivités territoriales, fondations)³⁸.

D'autre part, l'association régionale des missions locales³⁹, travaille en partenariat, le plus souvent contractualisé, avec les services chargés de l'insertion et de l'emploi des jeunes, notamment les partenaires socio-économiques, les Collectivités Locales ou encore l'Education Nationale⁴⁰.

³⁶ Analyse recueilli lors de l'entretien avec la DRJSCS.

³⁷ Elle est composée de vingt-sept membres, issus des services de l'Etat exerçant des compétences dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, des représentants des collectivités territoriales ainsi que des représentants des organismes de sécurité sociale (Article D. 1432-1 du décret).

³⁸ Jeunes en insertion: La santé en question, Extraits Santé de l'Homme, n°399, Janvier-Février 2009.

³⁹ Financée par l'État et la Région, elle a pour objectif de faciliter la pertinence et la cohérence des politiques publiques en matière de formation professionnelle et d'emploi.

⁴⁰ <http://www.cnml.gouv.fr>

La contractualisation et le partenariat

Les outils de contractualisation se sont développés afin de coordonner de manière cohérente les politiques publiques tout en laissant des marges de manœuvre aux acteurs afin de tirer bénéfice des dynamiques de subsidiarité et de réseau. L'ensemble des financeurs des politiques de prévention de la santé des jeunes ont recours à la contractualisation et/ou au partenariat :

- l'ARS contractualise avec les associations gestionnaires sous la forme de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM⁴¹). Ainsi, à titre d'exemple, un CPOM lie l'IREPS à l'ARS.
- Le Conseil Régional contractualise avec les lycées à travers le dispositif KARTHA⁴², afin de soutenir l'émergence de projets de "vie lycéenne", notamment sur le thème de la santé.
- Une contractualisation intervient entre l'ARS et notamment les collectivités territoriales et leurs groupements à travers les Contrats Locaux de Santé. Ces derniers constituent un dispositif intéressant pour lier politiques de la ville (contrats qui viennent compléter le volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale) et politiques plus territoriales (réponse aux besoins de la population dans un cadre territorial).
- Tenue d'une réunion récente à la demande de l'ARS, pour que la DRJSCS à travers les Directions Départementales de la Cohésion Sociale et l'ARS à travers la Délégation Territoriale d'Ille-et-Vilaine, arrêtent une convention cadre régionale afin d'établir un programme de travail commun pour 2012 sur le champ de la jeunesse. Cette initiative originale et spécifique à la Bretagne semble tout à fait pertinente pour réunir un acteur plutôt orienté vers les politiques de jeunesse (DRJSCS) et un autre plutôt orienté vers les politiques de santé (ARS).
- Existence de partenariats entre les PAEJ et l'éducation nationale afin d'offrir une permanence d'accueil et d'écoute des jeunes au sein des établissements scolaires.
- Il est prévu qu'un état des lieux des partenariats entre l'ARS et le Conseil Régional soit réalisé afin d'améliorer la lisibilité des dispositifs de coordination.

⁴¹ Le rapport RITTER préconise pour le secteur social et médico-social de privilégier la contractualisation et l'allocation des ressources avec les structures gestionnaires (Siège Social) plutôt qu'avec chaque établissement. Ainsi, la contractualisation vise à mettre en adéquation les besoins à satisfaire en matière de prévention et de promotion de la santé, portés par la commande publique à l'échelle de la région, et l'offre proposée et gérée par les associations à travers leurs établissements et services.

⁴² Selon le Conseil Régional, ce dispositif a fait ses preuves et donne entière satisfaction.

3 Limites et perspectives

La présence de nombreux acteurs intervenant dans le cadre des politiques de promotion et prévention de la santé entraîne un cloisonnement important (3.1). En effet, les acteurs ont parfois du mal à déterminer l'étendue de leurs compétences. Ainsi pour parvenir à une coordination de leurs actions, la mise en place d'une démarche globale apparaît indispensable (3.2). Pour en déterminer les contours une évaluation des pratiques et données épidémiologiques ainsi qu'une analyse des pratiques au niveau inter-régional et européen devrait être menée (3.3).

3.1 Un cloisonnement important

3.1.1 Phénomène de « cloisonnement » des acteurs de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes dans la Région Bretagne : causes et conséquences.

La Commission régionale de coordination prévention veille à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans le domaine de la prévention. Cette Commission est un point central de coordination des différents acteurs dans le champ de la prévention de la santé des jeunes et notamment des financeurs sur les appels à projet.

A l'échelle régionale et en pratique, l'efficacité de l'action des acteurs de la prévention de la santé des jeunes est remise en cause du fait du chevauchement de certaines compétences de ces acteurs, du manque de financement de certains d'entre eux et de l'absence d'une politique "forte" de coordination entre ces acteurs et notamment ceux qui sont les mieux dotés financièrement.

A titre d'exemple, le Conseil Régional et l'ARS sont co-financeurs de ces actions de prévention mais pourtant il n'y pas eu d'appels à projets en commun. Ainsi, selon le responsable de la politique régionale de la santé des jeunes, « s'il n'y a pas eu d'appels à projets communs en 2011, c'est que l'ARS, nouvellement créée, avait surtout été mobilisée sur la définition de ses orientations stratégiques et qu'il était trop tôt pour évaluer l'étendue et l'impact de la coordination entre ces deux institutions dans le champ de la promotion et de la prévention des jeunes dans la région Bretagne ».

Un autre exemple de limite de l'action dans le domaine de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes, c'est le chevauchement potentiel de compétences entre certains acteurs tels que les ATS et l'IREPS. Toutes deux sont chargées de la mise en place des projets de santé à l'échelle du territoire.

De même, il y a un chevauchement possible de compétences entre les missions du PAEJ et celles de la MDA car celles-ci sont toutes deux chargées de l'accueil des jeunes, notamment sous l'angle du soutien psychique pour prévenir les conduites à risques : elles vont prendre soin des adolescents avec la mise en place d'un soutien socio-éducatif, associer les parents de ces jeunes dans le processus d'aide et de prévention et tenter de décroisonner et créer de la transversalité dans les réponses des EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

professionnels apportées aux adolescents.

Il faudrait peut-être repenser l'architecture des compétences de ces acteurs pour substituer une coordination cohérente entre eux à une juxtaposition non suffisamment concertée. En effet, une meilleure coordination entre les professionnels de la jeunesse éviterait les « doublons » qui existent tant au niveau des missions que des financements puisque les structures se superposent et permettrait ainsi une complémentarité d'action.

Le CRIJ mène une réflexion sur le décloisonnement des différents professionnels de la jeunesse tels que les BIJ, les PIJ ou encore les acteurs plus spécialisés tels que les infirmières, psychologues, ou encore conseillères conjugales, pour répondre aux enjeux de prévention de la santé des jeunes en région Bretagne et enrichir la pratique des uns et des autres. Cette association est allée plus loin encore dans la recherche de coordination de ces acteurs avec la création du PAEJ. Cet acteur a été créé pour élargir les partenariats et répondre aux besoins de multi-compétences et de supervision dans ce volet précis de la santé. Cependant, l'action de ce pôle est très limitée du fait du manque de financement ; d'après la coordinatrice santé du CRIJ de Bretagne, "son existence est clairement menacée".

Une autre raison expliquant le cloisonnement des acteurs et le manque de coordination de leurs actions est la complexité des démarches administratives. En effet, les ATS sont chargées de coordonner l'action des différents acteurs concernés mais selon l'ATS de Redon « les acteurs renoncent à cause de la complexité des démarches administratives ».

3.1.2 Limites de la démocratie sanitaire : quelle place des jeunes dans les politiques publiques qui les concernent ? Quels effets engendrés par les problèmes de lisibilité de l'action ?

Dans la Charte d'Ottawa (la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa et adoptée le 21 novembre 1986) figurent les objectifs d'appropriation des jeunes de leur propre santé, la recherche d'une équité en matière de santé pour réduire les inégalités de santé, la création d'un contexte favorisant l'accès à l'information et l'émergence d'une « éducation à la santé » en direction des jeunes. Le but recherché par cette Charte étant que les jeunes deviennent « acteurs » de leur propre santé, il induit la création de conditions favorables à l'implication des jeunes dans les politiques publiques qui concernent leur santé.

En pratique et dans la Région Bretagne, les entretiens successifs auprès des acteurs de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes ont révélé des actions allant dans ce sens mais globalement, la relative illisibilité de l'action en région subsiste et a des répercussions négatives sur le rôle laissé aux jeunes pour qu'ils s'approprient leur santé. Par exemple, au sein du Conseil Régional, la participation des jeunes aux actions de promotion et de prévention de leur santé est un axe fort de l'appel à projets et selon ce dernier, l'implication des jeunes est attendue tant au niveau de l'analyse des besoins, de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'appel à projets.

Selon le responsable de la politique régionale, «les actions qui sont faites dans le cadre de l'appel à projets sont faites pour, avec et par les jeunes ». Cependant, la théorie est sensiblement différente de la pratique concernant l'implication des jeunes dans la réalisation et l'évaluation des appels à projets et constitue elle aussi une limite à la démocratie sanitaire en région Bretagne. Il existe, en effet, une tendance à l'implication des jeunes et les acteurs vont dans ce sens mais en réalité, il n'y a pas de processus opérationnel et reconnu de tous les acteurs pour associer les jeunes à l'appel à projets. De plus, la question de la pertinence du contenu des appels à projets peut aussi être posée car selon le responsable de la politique régionale de la santé, ces supports d'action sont très larges et manquent ainsi de cibler les champs de la santé où l'action devrait être prioritaire au regard des problématiques de santé les plus urgentes touchant les jeunes.

Le manque de lisibilité de l'action constitue une limite à la démocratie sanitaire qui tente de donner un rôle prépondérant aux jeunes dans leur santé selon ce que préconise la Charte d'Ottawa. L'autre raison qui freine la pleine réalisation de la démocratie sanitaire et l'efficacité de l'action des professionnels de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes en région est la difficile délimitation du « public cible » et sujet de ces actions. En effet, si la tranche d'âge est précisée (16-25 ans, cf. introduction), il existe une multitude de profils de ces jeunes pendant cette période de la vie (étudiants, apprentis, jeunes salariés, chômeurs, jeunes en grande précarité, etc.). Il est beaucoup plus difficile de mettre en place des actions pertinentes et adaptées aux besoins de ces jeunes alors qu'ils font face à des problématiques de santé et ont des parcours de vie très différents.

3.2 La nécessité de promouvoir une approche globale en matière de prévention et de promotion de la santé des jeunes

3.2.1 Construire une politique interministérielle de prévention englobant les déterminants sociaux de santé

Les politiques de prévention en France ont fréquemment pour objectif de parvenir à faire changer les comportements de santé des jeunes, en particulier les conduites à risque. Cette perspective semble avoir pris le pas sur une compréhension plus globale de la prévention issue de la Charte d'Ottawa, qui envisageait d'agir en priorité sur les déterminants sociaux de santé⁴³ : l'idée était de promouvoir des « politiques publiques conformes aux exigences de bonne santé des citoyens » dans tous les secteurs, au-delà du seul champ de la santé⁴⁴.

⁴³ Aujourd'hui « l'idée d'agir sur [ces déterminants] n'apparaît plus de manière aussi forte et prononcée » chez les décideurs in Eric Legrand, « Quand la santé des jeunes m'était contée ! » op.cit, p.72.

⁴⁴ Il s'agit des politiques sociales, économiques, éducatives, etc. In Jean-Pierre Deschamps, Une « relecture » de la charte d'Ottawa, Santé publique, 2003, volume 15, n°3, p.316-317.

Si les acteurs rencontrés en Bretagne sont conscients de la prégnance de ces facteurs globaux sur la santé des jeunes, les conditions d'une réalisation effective de cette approche très transversale ne semblent pas réunies actuellement, du moins en matière de prévention de la santé des jeunes⁴⁵. La relance de cette stratégie au niveau national appellerait une nouvelle forme de gouvernance interministérielle et la mise en place d'une politique intégrée, à l'image de la dynamique du Grenelle de l'environnement ou des politiques interministérielles à la ville. Cette stratégie permettrait ainsi à tous les décisionnaires de partager une culture commune en matière de santé des 16-25 ans et rendrait lisible les impacts de chacune des politiques sur le bien-être des jeunes. Néanmoins, afin que cette politique ne soit pas diluée entre différents ministères, il serait important de maintenir un pilotage centralisé⁴⁶ comme d'assurer une réelle sanctuarisation des crédits -particulièrement fragiles actuellement - dédiés à la promotion-prévention de la santé en général, et des jeunes en particulier⁴⁷.

3.2.2 Promouvoir la mise en place d'une réelle filière de prise en charge de la santé des jeunes

Malgré des fonctions différenciées et une certaine spécialisation amont/aval entre les structures : BIJ/PIJ/PAEJ (lieux d'écoute) et MDA/Missions Locales (prises en charge des jeunes en difficulté), les jeunes ne bénéficient pas d'une réelle filière de prise en charge clairement articulée. La mise en œuvre d'un véritable continuum entre promotion, prévention et soin, permettrait cependant d'atténuer les déséquilibres actuels entre les champs professionnels du préventif et du curatif. Une meilleure coordination influencerait favorablement le phénomène de « ruptures de prise en charge » des jeunes souvent liées à la fragmentation des politiques de prévention⁴⁸, comme à l'accès à l'offre de soins sur un territoire.

3.2.3 Favoriser la promotion de la santé par des approches ascendantes, issues de l'échelon infra-territorial, et par des initiatives directement impulsées par les jeunes eux-mêmes

Le rapport de Monsieur le Député André FLAJOLET insiste sur l'importance des « milieux de vie » dans la construction des politiques de prévention. Ainsi les Pays, historiquement bien implantés en Bretagne à l'instar de la Haute-Normandie et de la Lorraine, apparaissent comme des échelles privilégiées « de proximité » pour faire émerger des initiatives, coordonnées par les ATS. Ces territoires pourraient également faire l'objet d'une veille sur la santé au travers d'Observatoires locaux

⁴⁵ Les publics personnes âgées ou handicapées font l'objet de prise en compte plus systématique au sein des politiques non strictement liées aux Ministères sociaux à l'image de celles du logement.

⁴⁶ Le récent rapport du Conseil économique, social et environnemental, « Les enjeux de la prévention en matière de santé » de février 2012 préconise un pilotage renforcé de la politique de prévention par la DGS.

⁴⁷ Le principe d'une fongibilité asymétrique du soin dans la prévention est aujourd'hui appliqué dans les ARS. Le site de la DREES détaille les Comptes de santé publique 2010 : le budget consacré à la prévention est limité à 2%, sur 234 059 millions de dépenses de santé publique.

⁴⁸ Les politiques de prévention sont ainsi fragmentées par tranches d'âge et limitées du fait des limites de compétences entre collectivités, Rapport présenté par Monsieur André FLAJOLET, Député du Pas-de-Calais, 2008, p.40

pour établir des diagnostics territoriaux affinés sur la santé des jeunes mais aussi mesurer les impacts des politiques de prévention menées dans les territoires.

Ces logiques ascendantes comprennent aussi nécessairement les jeunes eux-mêmes. Leur implication dans la co-construction des politiques publiques de santé devrait être mieux soutenue. Afin de faciliter cette dynamique encore minoritaire, les différents financeurs pourraient mettre en place des appels à projets « spécifiques », ciblant directement les jeunes, pour qu'ils élaborent leurs propres projets en matière de santé⁴⁹.

3.3 Évaluation et perspective

L'approche thématique employée pour obtenir les données épidémiologiques rend complexe la mise en place d'une politique globale en matière de prévention et de promotion de la santé des jeunes en Bretagne. Le cloisonnement qui en résulte accroît la difficulté d'évaluer l'efficacité de ces politiques. Enfin, des pistes de réflexion se font jour tant au niveau régional qu'europpéen.

Tout d'abord, l'analyse des besoins de santé des jeunes bretons est réalisée selon une approche thématique. L'ORS de Bretagne a publié une étude en février 2007⁵⁰ sur quatre thèmes qui ont été considérés comme des priorités de santé dans le PRS et dans les Programmes Territoriaux de Santé. De telles études doivent permettre la mise en place de politiques de prévention et de promotion de la santé des jeunes fondées sur des données objectives. Cependant, une telle démarche aboutit à un morcellement des actions de prévention et de promotion de la santé. Afin de pallier ce morcellement, des études populationnelles sont mises en place. Les enquêtes nationales (ESCAPAD) et régionales (ORS Bretagne) ne ciblent pas les mêmes populations. Il apparaît de ce fait difficile de réaliser des comparaisons entre les résultats obtenus. De la même manière, les enquêtes populationnelles réalisées par l'ORS Bretagne ne couvrent pas l'ensemble de la population jeune mais certaines catégories d'entre elles (étudiants⁵¹, jeunes scolarisés⁵²). D'autre part, la réalisation de vraies enquêtes populationnelles devraient permettre d'articuler parcours de santé et de soins.

Ensuite, le cloisonnement qui existe entre les différents acteurs de prévention et de promotion de la santé des jeunes rend difficile l'évaluation de leurs actions. En outre, « comment déterminer le rôle précis que peuvent jouer la prévention et la promotion de la santé sur l'amélioration de la santé des jeunes »⁵³. Malgré l'apparente difficulté d'évaluation de l'efficacité des missions, l'ensemble des

⁴⁹ La question de l'accompagnement de ces jeunes reste une limite à la faisabilité de ces appels à projets La co-construction des politiques publiques avec les bénéficiaires interroge enfin la confiance des institutions envers ce public jeune.

⁵⁰ « Santé des jeunes en Bretagne », Observatoire Régional de la Santé-Fondation de France, synthèse, Février 2007

⁵¹ « La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne. Synthèse des premiers résultats. », ORS Bretagne, Juin 2007

⁵² « La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007- Principaux résultats », ORS Bretagne, juillet 2008.

⁵³ Propos recueillis au cours d'un entretien.

acteurs réalisent une évaluation interne. En outre, la mise en place de CPOM entre financeurs et acteurs supposera la mise en place d'une évaluation externe. Les évaluations réalisées reposent toutefois sur une approche quantitative. En effet, il s'agit de déterminer l'efficacité des actions menées « afin de valoriser ce qui est fait ». Cette analyse strictement quantitative ne permet toutefois pas de déterminer si les politiques répondent aux réels besoins de la jeunesse. Elle devrait donc être combinée à une analyse qualitative qui s'appuierait sur la participation de la population jeune visée par les actions. La région Lorraine, par exemple, a initié une démarche participative. En effet, les acteurs locaux ont mis en place des instances destinées à faire entendre la voix des jeunes en matière de politique de santé.⁵⁴ Il est donc indispensable de laisser une place aux jeunes dans la détermination des politiques de prévention et de promotion de la santé afin d'améliorer l'efficacité de ces politiques.

Enfin, la région Bretagne n'est pas la seule à s'être saisie du champ de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes. Ainsi, la Région Centre a mis en place une politique de prévention et de promotion de la santé en faveur des jeunes lycéens et apprentis. Il s'agit d'une démarche participative qui vise à instaurer un dialogue entre l'ensemble des acteurs et des jeunes. Une conférence régionale de la jeunesse a ainsi été créée afin qu'ils fassent « mieux entendre leur voix ».

Au niveau européen, il n'y a pas de politique globale pour la prévention et la promotion de la santé de la jeunesse. Néanmoins, au sein du programme « Jeunesse en action » (2007-2013) est prévue comme priorité la mise en place de projets visant à encourager des comportements sains.⁵⁵ Le programme encourage, en outre, la promotion de la participation des jeunes. En effet, l'Union Européenne promeut la mise en place de forums et de conseils jeunes⁵⁶. La Charte européenne de l'information jeunesse dispose que chaque jeune a le droit d'être informé sur toutes les questions concernant leurs besoins. Tous les moyens doivent être mis en œuvre afin que cette information soit efficace et effective⁵⁷.

Afin de favoriser une meilleure prise en compte des besoins de la jeunesse en matière de santé et de prévention et promotion de la santé, un Grenelle de la santé de la jeunesse pourrait être organisé afin que l'ensemble des politiques publiques prennent en compte la spécificité de la santé des jeunes.

Sur le terrain, il pourrait être envisagé de regrouper l'ensemble des acteurs du champ de la promotion et de la prévention de la santé des jeunes dans un pôle jeunesse, qui dans la mesure du possible regroupera sur un même lieu géographique les acteurs de terrain (Missions Locales, PIJ, BIJ, CRIJ, PEAJ).

⁵⁴ J Pommier, A. Laurent Beq : « Analyse d'une politique régionale santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine », Santé Publique, 2004/1, N°41, pages 75-93.

⁵⁵ http://ec.europa.eu/youth/youth-in-action-programme/annual-priorities_fr.htm

⁵⁶ Vincenzo Cicchelli, « La connaissance des jeunes comme support aux politiques de la jeunesse : quinze ans d'initiatives européennes », CAIRN, 2011/3, n°165-166, pages 72-79.

⁵⁷ http://www.coe.int/t/dg4/youth/Source/Partners/Eryica_Eur_Youth_Inf_Charter_fr.pdf

Conclusion

Si la prévention de la santé des jeunes en Bretagne permet d'envisager une amélioration de la qualité de vie au travers des indicateurs de santé et des déterminants sociaux, la multiplication des acteurs qui se saisissent de cette problématique ainsi que leurs initiatives se heurtent à des difficultés de segmentation et de coordination voire de chevauchements de leurs missions. C'est pourquoi, dans une démarche globale, la promotion et la prévention de la santé doivent aussi agir sur les déterminants sociaux de santé, dont certains marquent fortement les jeunes bretons. Ils dépassent, par conséquent, le périmètre des seules autorités institutionnelles et associatives et nécessitent un travail en commun aux différents échelons, national, régional et local, en décloisonnant les politiques de jeunesse et les politiques de santé.

Les politiques de promotion et de prévention de la santé doivent également clarifier leur démarche d'inclusion des jeunes. Elles doivent ainsi replacer les jeunes au cœur de leur démarche de santé, en leur conférant un véritable rôle d'acteur leur permettant dans la préservation de leur santé. Promouvoir et prévenir la santé, c'est avant tout adopter une démarche globale appuyée sur une représentation positive des jeunes, afin de valoriser le potentiel santé des jeunes, qui feront la société de demain.

Le travail en interfiliarité et la rencontre des différents acteurs nous a permis d'avoir sur un même sujet, une analyse multifocale d'une grande richesse et d'une plus grande objectivité. Cette expérience de décloisonnement des filières, dès la formation à l'EHESP, nous permettra, dans nos futures fonctions, une collaboration et une complémentarité, au service de nos missions.

Ce MIP fût aussi l'occasion, pour le DESSMS de prendre conscience de l'importance de travailler en liens étroits avec l'ensemble des acteurs. Ce travail a permis à un attaché d'administration hospitalière d'apprendre à réellement travailler en équipe et de prendre conscience de la richesse de croiser les profils dans la réalisation d'un travail de cette nature. Pour l'élève directeur d'hôpital, le traitement du sujet a été l'occasion de le sensibiliser sur l'importance des concepts de promotion et de prévention de la santé appliqués à la jeunesse, dont les actions permettent de réduire le risque que des enjeux avant tout sociaux et médico-sociaux ne se transforment en problématiques sanitaires. Sur le plan humain, il est ressorti l'efficacité d'un travail de groupe interfilière lorsque l'ensemble des membres du groupe s'investissent totalement dans un projet. Au cours de ce travail, l'ingénieur d'études sanitaires a pu se rendre compte de l'importance d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Enfin, ce sujet a mis en lumière l'importance stratégique de la coordination institutionnelle et de l'animation territoriale pour l'inspectrice de l'action sanitaire et sociale, marquée par une intervention du médecin de l'Education Nationale, qui résume bien notre sujet : "le rôle de la promotion de la santé est de poser les bases du bien-être pour créer chez les jeunes le bien-devenir".

Bibliographie

I. Manuels et ouvrages :

LONCLE P (dir.), *Les jeunes, questions de société, questions de politique*, La Documentation française, Paris 2007, 148p.

II. Articles, Chroniques, Etudes et Documents Officiels

Biennale sur la santé des jeunes, décembre 2011

CESE (Conseil économique social et environnemental) « Les Enjeux de la prévention en matière de santé, Avis présenté par MM. Jean-Claude Etienne et Christian Corne, rapporteurs au nom de la section des affaires sociales et de la santé, Mandature 2010-2015 - Séance du 14 février 2012

CHARTRE D'OTTAWA relative à la promotion de la santé, 1986

CICCHELLI V., 2011, « La connaissance des jeunes comme support aux politiques de la jeunesse : quinze ans d'initiatives européennes », CAIRN, 2011/3, n°165-166, pages 72-79

CLAPIER P., PENNOGNON L., ORS Bretagne, « Enquête sur la consommation d'alcool chez les jeunes des missions locales de Bretagne », Février 2010, 78 p.

Conférence de presse de la Fondation de France, « Santé des jeunes en Bretagne », 22 février 2007.

DESCHAMPS J-P., « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », Santé publique, 2003, volume 15, n°3, p.316-317

ERYICA (Agence européenne pour l'information et le conseil des jeunes) « Charte Européenne de l'Information Jeunesse » adoptée à Bratislava (République Slovaque), 19 novembre 2004

FLAJOLET A. Mission au profit du gouvernement relative aux Disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Rapport présenté par Monsieur le Député du Pas-de-Calais, 2008

INSEE Première n°1261, octobre 2009

La Santé de l'Homme, « La santé : un défi pour les étudiants », janvier-février 2008, pp.15-29

La Santé de l'Homme « Jeunes en insertion : la santé en question » n°399, janvier-février 2009 pp.14-23

LE GRAND E., 2010, « Quand la santé des jeunes m'était contée : la jeunesse dans la revue la Santé de l'Homme », Agora débats/jeunesses, N°54

Loi 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art.79

LONCLE P., janvier 2009, « Les enjeux contemporains des politiques de jeunesse », PPT, EHESP

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés ; février 2001

OMS, Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de 2005

POMMIER J., LAURENT BEQ A., 2004, « Analyse d'une politique régionale santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine », Santé Publique, 2004/1, N°41, pages 75-93.

Observatoire Régional de la Santé-Fondation de France « Santé des jeunes en Bretagne », Synthèse, Février 2007

ORS Bretagne :

- « La santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne. Synthèse des premiers résultats. », Juin 2007, 16 p.
- « La santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne. Les conditions de vie », Novembre 2007, 8 p.
- « La santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne. La consommation d'alcool », Janvier 2008, 8 p.
- « La santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne. La consommation de produits illicites », Janvier 2008, 8 p.
- « La santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne. La santé physique et psychique », Février 2008, 12 p.
- « La santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne. La sexualité », Mars 2008, 8 p.
- « La consommation d'alcool chez les jeunes de 16 ans et plus à travers les enquêtes en Bretagne et en France », Février 2011, 8 p.
- « La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007- Principaux résultats », Juillet 2008, 24 p.
- « La sexualité des jeunes en Bretagne : état des lieux », Juin 2011, 113p.
- « La santé dans les 21 pays de Bretagne - Synthèse », Juin 2010, 80p.

ORS, Missions locales et Conseil régional de Bretagne, « Enquête sur la consommation d'alcool chez les jeunes des missions locales en Bretagne », Février 2010

Santé des enfants et des adolescents – Propositions pour la préserver, Expertise opérationnelle, La Documentation Française 2009, 2e édition, 211p.

RITTER, Rapport

VERSINI D., Rapport de la Défenseure des Enfants, « Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge », 2007

III. Site internet :

- ARS Bretagne
- ARS Midi-Pyrénées
- Conseil régional Bretagne
- CNML
- DREES
- Institut de Veille Sanitaire
- OMS
- OFDT
- ORS Bretagne
- Union Européenne

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien de l'audition du Conseil Régional

ANNEXE 2 : Guide d'entretien de l'audition de l'Animatrice Territoriale de Santé

ANNEXE 3 : Tableau de répartition des entretiens

ANNEXE 1

Guide d'entretien Conseil Régional - rencontre du responsable de la politique régional de santé-

Est-ce que vous pouvez nous expliquer le rôle, missions, domaines d'action prioritaires du Conseil Régional en santé et plus particulièrement chez les jeunes ?
depuis quand existe ce pôle ?

Le Conseil Régional a-t-il plus particulièrement un rôle de financeur ?

Quel est le Budget prévention santé jeunes (300.000 euros sur l'appel à projet) /quelle est proportion dans le budget global de la partie santé du conseil régional?

Pourquoi avoir été pour la première fois financeur exclusif d'appels à projets touchant les problématiques de santé des jeunes ? (alors qu'avant, ils étaient cofinancés Etat/SS?).

Quel périmètre et quel public sont couverts par ces missions ? Quel est le public cible : 15-29 ans? Très concrètement, votre politique concerne-t-elle plus directement les jeunes scolarisés (lycée et formation professionnelle). Et qu'en est-t-il de votre politique à l'égard des publics des missions locales ?

Pouvez-vous nous parler des projets innovants de prévention ciblés sur les thèmes identifiés, avec une priorité à la jeunesse (appel à projets):

- **Actions innovantes** : un appui financier est apporté aux actions de prévention sur des thèmes affectant leur santé : mal-être et suicide, addictions, vie sexuelle et affective.
- **Points accueil écoute jeunes (PAEJ)** : un soutien financier est apporté au réseau de ces douze lieux de dialogue et d'information généralistes (sexualité, psychologie, santé).
- **Espaces santé au lycée** : la mise en place d'espaces santé démarre cette année au sein des 270 lycées publics bretons.

Quel type d'approche la politique régionale privilégie-t-elle? La promotion de la santé et/ou la prévention?

- approche globale de la santé >>> partenariat avec certaines structures plus axées sur les professionnels de la jeunesse ou les acteurs du monde de la santé? Quels sont les liens entre les thèmes "santé travail", "santé logement", "santé environnement", "santé éducation"?

Appel à projets est bâti sur les observations régionales, la sélection des projets est-telle en fonction des spécificités de santé publique de la région?

"La Charte de l'engagement des jeunes" : mobilisation des jeunes eux-mêmes dans la définition des objectifs de l'appel à projet, demande dans le cahier des charges que les porteurs de projet incluent les jeunes dans la conduite de leurs actions (définition, mises en œuvre, évaluation).

Coordination interne entre les différents pôles au Conseil Régional sur les questions de santé des jeunes (exemple du pôle de financement des lycées et du pôle santé),

Quelle prise en compte des impacts d'une politique du Conseil Régional sur la santé des jeunes, et plus particulièrement sur l'aspect prévention ?

Existe-t-il une évaluation de l'action du Conseil régional sur un projet spécifique "santé des jeunes et/ou prévention, et sur l'impact d'une politique du Conseil Régional sur la santé des jeunes?

Chiffres supports de nos questions : Addictions et suicides font partie des facteurs expliquant le nombre important de décès « prématurés » en Bretagne. C'est la région française la plus touchée par le

suicide (le taux de suicide y était en 2003 de 43 pour 100 000 concernant les hommes (contre 27 pour 100 000 en moyenne française) et de 13 pour 100 000 concernant les femmes (contre 9 pour 100 000 en moyenne française).

ARTICULATIONS

Quelle articulation des actions du Conseil Régional avec les objectifs du Schéma régional de prévention de l'ARS? Quel est le lien avec DRJSCS? Quelle articulation avec la Sécurité sociale et les CARSAT ?

Quelle articulation des actions du Conseil Régional en faveur de la jeunesse ?

Supports : information sur la sexualité et sur la contraception en s'appuyant sur les Centres d'Education et de Planification Familiale, accompagnement des actions de prévention sur les conduites à risques, vaccinations gratuites dans les Centres départementaux d'action sociale).

ANNEXE 2

Guide d'entretien pour l'Animatrice Territoriale de Santé

1. Définition et description

Est-ce que vous pouvez nous expliquer le rôle et les missions d'une animatrice territoriale de santé ?

- Champ d'actions
- Territoire d'intervention
- Public cible
- Pour les jeunes, quelle typologie ? Quelles problématiques ?
- Thématiques prioritaires ? Comment et par qui sont-elles définies ?
- Comment sont définis les objectifs ?
- Quels sont les partenaires des ATS ?

Avez-vous un public de jeunes défini ? Comment l'avez-vous déterminé et selon quels critères, quelles modalités ?

2. Démarche de travail dans l'environnement

Quels sont les autres acteurs de la promotion de la santé des jeunes avec qui vous travaillez ?

Y-a-t-il un cloisonnement entre ces différents acteurs ? Quels sont les freins, obstacles et facteurs clefs de succès ?

Comment faites-vous pour impulser une démarche de promotion et de prévention de la santé ? Travaillez-vous spécifiquement sur des projets orientés vers les jeunes ? Si oui, avec qui et comment ?

Avez-vous des actions sur les déterminants sociaux de santé ? Lesquels (social, éducation, environnement, emploi, logement, aménagement de l'espace, urbanisme, sécurité, etc.) ?

Quels sont les projets de développement de territoire ?

Pensez-vous qu'il existe un cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médical, social...

Et quelle place est accordée à la promotion et la prévention de la santé au sein de votre mission, notamment celles des jeunes ?

3. Analyse et évaluation

Quelle place a la santé, et en particulier la prévention de santé des jeunes, dans les projets de développement de territoire ? A quel niveau intervenez-vous ?

Pensez-vous qu'il faudrait particulièrement (et suffisamment) travailler sur une thématique de prévention de la santé des jeunes ? Comment ?

Existe-t-il une cohérence des actions de promotion de la santé selon les priorités locales dégagées sur votre territoire d'intervention ? Et comment cela se matérialise ?

Quel constat faites-vous de la santé des jeunes aujourd'hui ? Existe-t-il des différences entre les territoires ? Selon vous, existe-t-il un clivage rural/urbain ? Quels constats pouvez-vous faire de la santé des jeunes bretons par rapport aux autres jeunes sur le territoire national ?

4. Analyse macro et comparative

Pensez-vous qu'il existe une réelle politique de la jeunesse et de la santé des jeunes en Bretagne ? Et une coordination sur le plan national ?

Les jeunes viennent-ils spontanément vous rencontrer dans le cadre d'une recherche d'information (plaquettes, outils, ...) ? Ont-ils une démarche pro-active ou plutôt attentiste ?
Que recherchent-ils en général ?

Dynamique territoriale : Quels liens avec les collectivités territoriales de la région (ville, département, région) ?

Quelle évaluation pouvez-vous faire des actions menées par les différents acteurs ?

5. Conclusion

Constats généraux : points positifs, points négatifs sur la prévention de la santé des jeunes

Comment caractériseriez-vous les politiques et les actions menées (qui sont souvent éclatées et cloisonnées) ? Selon vous, comment changer ces obstacles ?

Quelles perspectives peut-on envisager pour une meilleure prise en compte de la prévention de la santé des jeunes sur votre territoire ?

ANNEXE 3

REPARTITION DES ENTRETIENS

	Jeudi 3 mai	Vendredi 4 mai	Mercredi 9 mai	Jeudi 10 mai	Vendredi 11 mai	Lundi 14 mai	Mardi 15 mai	Mercredi 16 mai
Matin		10h30 - Agnès Ducros Carole Christine Bertrand	11h - IREPS Bertrand Clémence Thomas		9h ARS Clémence Cyrille Marine Thomas 9h30 - ATS Redon Carole Bertrand Patricia	10h - ATS Saint-Malo Clémence Cyrille Marine Patricia Thomas		
Après-midi	16h -Mission locale : Carole Patricia Thomas	16h Conseil régional Clémence Patricia Marine Cyrille	14h - DRJSCS Carole Clémence Christine Cyrille	14h - CRIJ Cyrille Patricia Marine				

Prévention de la santé des jeunes en région : quelles réalités, quelles limites ?

BRE Clémence – IASS, MOGUEN Christine – DS, HARMEL Cyrille – EDH, KEREBEL Thomas – IES, LE BOLAY Marine – AAH, LEGRAS Patricia – FAE AAH, TENEZE Bertrand – DESSMS, TEYSSEYRE Carole – DESSMS

Résumé :

La catégorie jeunesse englobe différentes réalités. Ainsi la promotion et la prévention de la santé des jeunes doivent faire l'objet de politiques adaptées aux particularités locales. Par ailleurs, l'approche thématique par risques de la santé qui guide les politiques nationales et régionales, ne favorise pas l'émergence d'une politique globale de promotion et de prévention de la santé des jeunes. Au niveau local, et plus particulièrement en Bretagne, coexiste une multitude d'acteurs qui agissent isolément dans des domaines variés et rend délicate la cohérence des politiques de santé publique en direction des jeunes.

Cette approche cloisonnée rend difficilement lisible les actions mises en place pour la jeunesse. Une politique globale de promotion et de prévention de la santé est donc nécessaire en Bretagne. Elle pourrait être élargie pour englober les déterminants sociaux de santé tant dans son analyse que dans son champ d'action. En outre, une participation active des jeunes devrait favoriser la mise en place de politiques adaptées et efficaces en matière de promotion et de prévention de la santé.

Mots clés :

Santé, jeunes, prévention, promotion, éducation, politique de santé, politique de jeunesse, région Bretagne, démocratie sanitaire, déterminants sociaux de santé, conduites à risque, politique intégrée, adolescence.

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