



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**L'APPROCHE TERRITORIALE DE PROMOTION
DE LA SANTE DES JEUNES**

– Groupe n° 25 –

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| – CHABERT Aurélien – EDH | – GROS Juliette – IASS |
| – DELACROIX Jeanne – DESSMS | – LONCHAMP Grégoire – EDH |
| – DELEPLACE-PROVE Marie – DS | – MARMOUSET Joëlle - DESSMS |
| – DIANE Sandra – DESSMS | – PIGNY Florence – IASS |

Animateur/trice(s)

- *Sonia VERGNIORY*
- *Christine FERRON*

Sommaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES UTILISES

METHODOLOGIE DE TRAVAIL

INTRODUCTION..... 5

1 LA PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES SE CARACTERISE PAR DE NOMBREUX ACTEURS QUI S'ORGANISENT A L'ECHELLE D'UN TERRITOIRE..... 8

- 1.1 UNE DIVERSITE D'ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES 8
 - 1.1.1 *Les services de l'Etat*..... 9
 - 1.1.2 *Le milieu scolaire et universitaire* 9
 - 1.1.3 *Les collectivités territoriales* 10
 - 1.1.4 *Les autres acteurs*..... 11
- 1.2 UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES ? 12
 - 1.2.1 *La mise en œuvre d'un réseau dédié à la promotion de la santé*..... 12
 - 1.2.2 *Le territoire comme assise d'une politique globale de jeunesse*..... 13
- 1.3 LE MORCELLEMENT DES FINANCEMENTS ALLOUES 15

2 LES SPECIFICITES DES JEUNES PLAIDENT POUR UNE DEMARCHE POSITIVE ET TRANSVERSALE DE PROMOTION DE LA SANTE 16

- 2.1 LES RISQUES LIES A UNE DEVALORISATION EXCESSIVE DE LA JEUNESSE 16
 - 2.1.1 *Une période de transitions propice au mal-être psychique* 16
 - 2.1.2 *Une image dévalorisante de la jeunesse qui nuit à l'efficacité de la promotion de la santé des jeunes* 17
- 2.2 UNE PROMOTION POSITIVE DE LA SANTE DES JEUNES : CONSIDERER LE JEUNE DANS SON INTEGRALITE ET VALORISER SES POTENTIELS 18
 - 2.2.1 *Considérer le jeune dans son intégralité* 18
 - 2.2.2 *Valoriser des potentiels* 19
- 2.3 LES TERRITOIRES DES JEUNES : UNE DONNEE A PRENDRE EN COMPTE DANS LA PROMOTION DE LEUR SANTE 20
 - 2.3.1 *Une promotion de la santé accessible*..... 21
 - 2.3.2 *... et à l'abri des jugements* 21

3	LA PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES PASSE PAR DES ACTIONS DE PROXIMITE, DONT LA COORDINATION NATIONALE S'AVERE INDISPENSABLE.....	23
3.1	INTEGRER LA PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES AU SEIN DE L'ACTION PUBLIQUE	23
3.1.1	<i>La promotion de la santé inscrite dans la loi.....</i>	23
3.1.2	<i>Une concertation à tous les niveaux.....</i>	24
3.2	UNE APPROCHE TERRITORIALE CONCENTRIQUE PERMETTANT LA COORDINATION DES ACTEURS ...	24
3.2.1	<i>Une construction en « tuyaux d’orgue »</i>	24
3.2.2	<i>Une déclinaison territoriale concentrique</i>	25
3.2.3	<i>Une expérience régionale concluante en Bretagne : l'animateur territorial de santé</i>	26
3.3	DES AVANCEES A PERENNISER, UNE TRANSVERSALITE A DEVELOPPER	27
3.3.1	<i>Valorisation et participation des jeunes.....</i>	27
3.3.2	<i>Santé globale et pratique inter générationnelle</i>	28
	CONCLUSION	30
	BIBLIOGRAPHIE.....	33
	LISTE DES ANNEXES	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont contribué à la construction et à la réalisation de ce travail, et en particulier :

les professionnels sollicités pour l'enquête, pour leur accueil et le temps qu'ils nous ont consacré,

les animatrices du groupe, Christine FERRON et Sonia VERGNIORY, pour leur disponibilité, leurs précieux conseils et leur enthousiasme,

les intervenants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, avec une mention spéciale pour Emmanuelle GUEVARA, pour son soutien logistique.

Liste des sigles utilisés

ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CDES ou CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CG	Conseil général
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CR	Conseil régional
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRES	Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne
CRIJ	Centre régional d'information jeunesse
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CRS	Conférence régionale de santé
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRDJS	Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EN	Education Nationale
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
FJT	Foyer de jeunes travailleurs

FNPEIS	Fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
GRSP	Grouperment régional de santé publique
HCSP	Haut conseil de santé publique
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
MEN	Médecin de l'Education Nationale
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MSA	Mutualité sociale agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale pour la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
ORSB	Observatoire régional de la santé région Bretagne
PAEJ	Point d'accueil et d'écoute des jeunes
PIEPS	Programme interinstitutionnel d'éducation pour la santé en direction des jeunes
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention des soins
PRSP	Programme régional de santé publique
RMI	Revenu minimum d'insertion
SIUMPPS	Service inter universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SUAPS	Service universitaire des activités physiques et sportives
UMIV	Union des mutuelles d'Ille-et-Vilaine
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URHAJ	Union régionale pour l'habitat des jeunes

Méthodologie de travail

Composition du groupe :

8 acteurs issus des filières suivantes :

- 2 élèves directeurs d'hôpital
- 3 élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- 1 élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale
- 1 inspecteur de l'action sanitaire et sociale en formation statutaire
- 1 directeur des soins stagiaire

Calendrier

Le groupe disposait de 3 semaines (dont 12 jours ouvrables compte tenu des jours fériés) pour réaliser ce travail sur l'approche territoriale de la promotion de la santé des jeunes. Dans un souci d'efficacité, nous avons organisé notre temps comme suit (le planning détaillé se trouve en annexe) :

- Semaine 1 : Rencontre avec les référentes, exploration du thème (brainstorming sur le sujet, recherche documentaire, élaboration collective du guide d'entretien, analyse de documents, prises de rendez-vous pour les entretiens, début des entretiens).
- Semaine 2 : Analyse et synthèse des documents, suite des entretiens, recherche de plan et premiers éléments rédactionnels, points d'étape quotidiens avec l'ensemble du groupe. Le vendredi, une rencontre avec les référentes a permis de stabiliser le contenu et la forme de l'écrit.
- Semaine 3 : Rédaction du rapport, temps d'échange et de synthèse du document.

Organisation

- Pour gagner en efficacité, le groupe s'est doté :
 - D'un référent logistique qui s'est occupé :
 - o des échanges des coordonnées des membres du groupe,
 - o de récupérer le matériel utile au groupe pour fonctionner (téléphone, vidéo projecteur, tickets de métro)

- du budget (élaboration et gestion),
 - des autorisations d'absence.
- D'un rédacteur et d'un corédacteur chargés de mettre en forme et de donner de la cohérence à l'ensemble du travail réalisé.
 - D'un animateur de réunion (pour les travaux en groupe complet).
- D'un commun accord, tous les acteurs du groupe ont été missionnés et ont ainsi pu utiliser leurs centres d'intérêts et leurs compétences spécifiques pour se consacrer à de la recherche documentaire et à la conduite d'entretiens.
 - Tous les entretiens ont été menés sur rendez-vous et sur les lieux de travail des personnes rencontrées, à l'aide du guide d'entretien (en annexe). Ils ont eu lieu par groupes de deux ou trois, sans distinction de filière, afin de se répartir le travail tout en préservant une certaine objectivité.
 - Tous les entretiens ont été retranscrits sur papier, parfois à l'aide d'un enregistrement, afin qu'ils puissent profiter à l'ensemble des membres du groupe. De même, l'ensemble de la bibliographie recueillie a été analysée et synthétisée.
 - Le groupe s'est ensuite scindé en 4 sous-groupes, toujours sans distinction de filière, afin de rédiger les différentes parties du travail selon une répartition décidée collectivement. L'harmonisation du rapport final a été menée en groupe complet sur trois demi journées.
 - La dernière demi-journée a servi à préparer la soutenance orale.

Ce projet a été mené à terme dans une ambiance sereine et conviviale, avec une égale participation de tous les acteurs. Le sujet, relativement ouvert, était propice à la discussion et aux apports personnels, ce qui a favorisé la dynamique de groupe et les échanges. Notre travail est ainsi le fruit d'un véritable travail de groupe.

Limites du travail :

- Notre recherche s'est orientée sur le département d'Ille et Vilaine et la région Bretagne, ce qui ne rend pas notre étude représentative. Toutefois, cette restriction a été volontaire pour les raisons suivantes :
 - un laps de temps limité pour réaliser notre enquête,
 - le sujet axé sur l'approche territoriale,

- des acteurs de santé identifiés sur un territoire géographique contraint.

Néanmoins, la documentation consultée a permis d'approcher les expériences d'autres territoires. Par ailleurs, cette restriction géographique a favorisé la cohésion du groupe, qui a ainsi eu la possibilité de se réunir régulièrement.

- Nos ambitions ont été revues à la baisse pour respecter la contrainte de temps :
 - Nous avons envisagé une petite enquête auprès des étudiants du campus de l'université Villejean que nous n'avons pu mener à bien.
 - Un entretien téléphonique prévu pour le lundi 18 mai a été annulé car la rédaction était déjà lancée.
 - Compte tenu des délais de rendez-vous, nous n'avons pas pu rencontrer certains interlocuteurs clés : élus, mission locale, CRIJ, foyer de l'enfance de Chantepie, ANPAA, représentants de la Ville de Rennes, Mutuelles étudiantes, pôles santé-social des Universités Rennes 1 et 2. Néanmoins, nous nous sommes rendus spontanément au PAEJ et au pôle santé-social de du campus de Villejean, où nous avons pu recueillir certaines informations.

Ce que nous garderons de ce travail :

- L'intérêt de travailler sur un sujet de santé publique qui favorise l'ouverture d'esprit et nous situe en qualité d'acteur au sein de la politique nationale.
- La rencontre d'acteurs de santé dans l'exercice de leur fonction et soucieux de faire partager leur expertise. Il s'agissait d'un sujet peu connu *a priori* par les membres du groupe. La rencontre avec des acteurs de milieux très divers a permis d'en découvrir les enjeux et d'acquérir des connaissances en la matière.
- Le travail en interfiliarité, facilité par un sujet propice à l'articulation des pratiques sanitaires et sociales, nous a permis de nous connaître, d'approfondir nos connaissances, d'élargir notre réseau professionnel et de profiter des apports différenciés de chacun.
- La possibilité de réinvestir ce travail dans notre pratique à venir, tant au niveau du contenu que de la méthodologie.

INTRODUCTION

« Être jeune, c'est être spontané, rester proche des sources de la vie, pouvoir se dresser et secouer les chaînes d'une civilisation périmée, oser ce que d'autres n'ont pas le courage d'entreprendre, en somme se replonger dans l'élémentaire » (Thomas Mann, in « Le docteur Faustus », 1947).

Quels regards sur la jeunesse ?

Cette vision positive de la jeunesse reste marginale dans les messages politico-médiatiques de notre société contemporaine. Celle-ci est en effet plutôt l'objet d'une stigmatisation : sont dénoncés ses comportements excessifs, ses attitudes antisociales, ses pratiques non conformistes. Notre société contemporaine juge sa jeunesse en lui reprochant de ne pas être lisse, moulée, conforme à une certaine moralité « adulte » et responsable.

Mais d'abord, de quelle jeunesse s'agit-il ?

La notion de « jeunes » est large : sont-ce les mineurs ? les moins de 25 ans ? ou doit-on fixer un âge plancher ? La plupart des études sur la jeunesse établissent des sous-catégories : la petite enfance (0-6 ans), l'enfance (6-12 ans), l'adolescence (12-16 ans), les jeunes adultes (16-25 ans).

Cette dernière tranche d'âge nous a semblé la plus pertinente compte tenu de la thématique du présent rapport. En effet, les 16-25 ans se situent à la croisée des chemins, sortant du système scolaire, et accédant à une forme d'autonomie pour laquelle ils sont plus ou moins bien préparés. Ils quittent, ou au moins, s'éloignent du giron familial. Par conséquent, les pouvoirs publics doivent désormais s'adresser à eux autant qu'à leurs parents. C'est également au cours de cette période que l'on peut mesurer le degré d'intégration de l'éducation qu'ils ont reçue. Enfin, c'est sans doute parmi eux que l'on retrouve les situations les plus variées : étudiants, jeunes travailleurs ou en recherche d'emploi, jeunes en situation de précarité...une variété qui ne permet pas de penser les politiques publiques de manière monolithique.

Dans le domaine de la santé, qui nous intéresse particulièrement, la Carte Vitale, symbole du système français d'assurance maladie, est délivrée individuellement à partir de 16 ans.

Est-ce le signe que c'est à partir de cet âge-là que tout individu devient responsable de sa propre santé ? 16 ans, c'est également l'âge de la fin de l'obligation scolaire, et donc d'un suivi médical systématique par la médecine scolaire même si les moyens de celle-ci sont faibles et son action, notamment en matière de prévention, est très variable selon les académies. Enfin, c'est à partir de 16 ans, à l'aube de leur majorité, que les jeunes commencent à devenir de plus en plus mobiles, ce qui leur permet de découvrir de nouveaux horizons avec plus ou moins de bonheur.

En ce qui concerne la borne haute, plusieurs données statistiques et législatives témoignent d'une entrée véritable dans « l'âge adulte » à partir de 25 ans. Les personnes en situation de précarité deviennent éligibles au Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Alors que le taux d'activité des 15-24 ans est à peine supérieur à 30%, il bondit à plus de 85% pour la tranche des 25-29 ans. Près de 75% des 15-24 ans vivent chez leurs parents contre moins de 17% des 25-29 ans (chiffres de l'INSEE).

L'ensemble de ces faisceaux d'indices plaide donc pour un ciblage des 16-25 ans dans notre réflexion sur l'approche territoriale de la promotion de la santé des jeunes, sans occulter néanmoins les actions mises en œuvre en faveur des tranches d'âge qui précèdent et suivent immédiatement le panel choisi.

Promotion de la santé des jeunes : quels enjeux ?

En France, les moyens alloués à la prévention sont relativement faibles au regard des dépenses engagées dans la sphère curative. On entend par prévention l'ensemble des mesures sanitaires, techniques et éducatives destinées à réduire les atteintes à la santé des individus et par éducation pour la santé, l'enseignement des comportements favorables à la santé s'inscrivant de manière complémentaire dans des optiques sanitaire et socio-éducative. Mais il est difficile de parler de promotion de la santé tant cette notion est peu ancrée dans l'approche de la santé développée par les pouvoirs publics. En effet, la promotion de la santé inclut les politiques de prévention, d'éducation à et pour la santé, ainsi que les normes réglementaires visant à préserver la santé des individus. Mais elle induit également une appréhension de l'ensemble des déterminants de santé, notamment ceux à caractère social et environnemental. Elle appelle de surcroît au renforcement de l'action communautaire, c'est-à-dire, à une implication plus profonde de chaque citoyen dans le processus de décision. Des orientations à l'échelle nationale ou européenne sont

données mais supposent un découplage des politiques qui demandent des réorganisations du système. En effet, force est de constater que cette approche plus globale de la santé est bien souvent le fait d'initiatives locales impulsées par quelques décideurs volontaires qui s'appuient sur les pouvoirs que leur a attribués la décentralisation.

La promotion de la santé en France, plus de 20 ans après la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986, a encore des marges de progression importantes, même si des avancées ont été réalisées. Les enjeux induits par ce développement sont prégnants : en effet, l'approche préventive et éducative actuellement déployée est d'une efficacité incertaine. Elle tend à stigmatiser les comportements, au risque de se rendre inaudible par certains jeunes. Nombreux sont ceux d'entre eux qui se construisent en contradiction avec la société actuelle, et donc rejettent ses messages. Ces derniers sont susceptibles d'être perçus comme des outils de contrôle social. En effet, prévention et éducation à la santé soulèvent des questions éthiques : en cherchant à modeler les comportements et les pratiques, dans quelle mesure ne constituent-elles pas des atteintes à la liberté individuelle ? C'est là qu'intervient le caractère communautaire de la démarche de promotion de la santé. En « rendant capable » et en « donnant le pouvoir de » par le biais de l'éducation pour la santé, elle permet de contourner la question de la norme sociale imposée.

En s'inspirant de l'esprit de la charte d'Ottawa, on peut définir la promotion de la santé comme un ensemble de stratégies synergiques fondé sur une approche de la santé intersectorielle. En clair, la promotion de la santé est antinomique d'actions préventives ou éducatives isolées. Elle s'inscrit dans une approche globale et participative de la santé au cœur des politiques publiques, dont le but est de renforcer les capacités individuelles et collectives à agir vis-à-vis de la santé.

Quels territoires d'action pour la promotion de la santé des jeunes ?

L'examen rapide de la liste des acteurs susceptibles d'intervenir dans la promotion de la santé des jeunes permet de repérer une grande variété d'échelons administratifs et d'institutions publiques et privées. Comment ces différents échelons s'articulent-ils ou contribuent-ils de manière cohérente à une politique de santé publique ? Une territorialisation ne pourrait-elle pas permettre l'appréhension des déterminants sociaux compte tenu des inégalités sociales existantes sur l'ensemble du territoire français ? Celles-

ci impliqueraient néanmoins un engagement étatique pour assurer impulsion et péréquation.

Se pose également la question de l'échelon pertinent du pilotage et de la coordination. Il n'y a sans doute pas d'articulation parfaite, mais quelques expériences que nous avons pu observer en Bretagne peuvent être sources d'inspiration.

Dans le présent rapport, nous tenterons d'apporter une réponse à la problématique suivante : quelle organisation, territoriale et institutionnelle, se révèle la plus adaptée à la promotion de la santé des jeunes ? Plus précisément : quel échelon est le plus pertinent pour promouvoir la santé des jeunes ? Ne faudrait-il pas réfléchir à une politique globale de la jeunesse ? Dans ce cas, quelle répartition de compétences et quelle coordination entre les acteurs ?

Si la promotion de la santé des jeunes mobilise de nombreux acteurs organisés à l'échelle d'un territoire (1), une nouvelle organisation du système semble opportune pour gagner en efficacité, d'une part en inscrivant la promotion de la santé dans une démarche positive et transversale adaptée aux spécificités des jeunes (2), d'autre part en développant des actions de proximité de manière coordonnée au niveau national (3).

1 La promotion de la santé des jeunes se caractérise par de nombreux acteurs qui s'organisent à l'échelle d'un territoire

1.1 Une diversité d'acteurs intervenant dans le champ de la promotion de la santé des jeunes

La promotion de la santé des jeunes est inscrite dans les objectifs nationaux de santé publique à travers le Plan « Santé des jeunes » présenté le 27 février 2008. Ce dernier comporte une série de mesures visant à mieux protéger la santé des jeunes, principalement de 16 à 25 ans, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité. Néanmoins, s'il existe une prise de conscience nationale, il apparaît que la mise en œuvre de ces mesures s'opère au niveau local.

1.1.1 Les services de l'Etat

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe le cadre actuel des actions publiques de prévention en matière de santé et détermine un ensemble d'objectifs de santé publique, dans le cadre des différents grands plans nationaux.

La loi précise que ces plans et objectifs sont déclinés au niveau régional. Le Préfet de Région arrête un plan régional de santé publique (PRSP) qui intègre notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé, en tenant compte des orientations définies par les schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS).

Tout en affirmant la responsabilité de l'Etat dans le processus d'élaboration et de réalisation des programmes de santé, la loi définit l'échelon régional comme le niveau optimal de planification des actions et de coordination des acteurs, avec l'institution de deux structures : la Conférence Régionale de Santé (CRS) et le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) chargé d'arrêter le programme d'actions permettant une mise en œuvre opérationnelle du PRSP. Pour la région Bretagne, le GRSP a établi, pour la période 2006-2010, les priorités suivantes : cancer, prévention du suicide, conduites addictives, nutrition, risques liés à l'environnement, PRAPS.

Le GRSP, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, comprend des représentants de l'Etat, des établissements publics de l'Etat intervenant dans le domaine de la santé publique (ex : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) et Institut de Veille Sanitaire (InVS)), l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), la Région et, lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement : les départements, les communes et les groupements de communes.

1.1.2 Le milieu scolaire et universitaire

La circulaire du ministère de l'Éducation Nationale du 12 janvier 2001 relative à la politique de santé en faveur des élèves décrit de manière précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur. Elle affirme que *« si les responsabilités institutionnelles vis à vis de la santé des jeunes n'incombent pas à la seule Éducation Nationale, celle-ci est concernée par le suivi de la santé des élèves dès lors que des problèmes de santé ou des carences de soins sont susceptibles d'engendrer des difficultés d'apprentissage ou de mettre les élèves en situation d'échec scolaire »*.

Au niveau national, le ministre définit les orientations de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves. Puis chaque recteur, membre par ailleurs du GRSP, définit les objectifs et les modalités de mise en œuvre de la politique de santé de son académie, en tenant compte des axes définis au niveau national et du contexte local. Il prend l'avis de ses conseillers techniques, médecins et infirmiers. La coordination s'effectue au niveau départemental auprès de l'inspecteur d'académie. Enfin, le chef d'établissement, responsable de l'application de la politique de santé dans son établissement, notamment au travers des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), définit les besoins des élèves et de l'équipe éducative en concertation avec l'équipe médicale. Néanmoins, dans les faits, l'éducation pour la santé est rarement une priorité dans les établissements, confrontés à des carences de moyens et de cadrage [ARWIDSON, 2001].

En milieu universitaire, deux services distincts sont compétents en matière de promotion de la santé : le Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives (SUAPS) et le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS). Toutefois ces services sont cloisonnés et l'action conjointe fait défaut. Par ailleurs, des organismes étudiants, comme les syndicats, les associations, les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS), les mutuelles, sont également engagés sur ce champ.

1.1.3 Les collectivités territoriales

Les départements s'impliquent de fait dans la promotion de la santé des jeunes. D'une part, les différentes étapes de la décentralisation ont conduit le département à s'inscrire comme le chef de file de l'action sociale, en particulier pour l'insertion des jeunes (dispositifs relatifs aux revenus minima (RMI, RSA)) et pour la protection de l'enfance (services de

l'aide sociale à l'enfance (ASE)). D'autre part, les services de protection maternelle et infantile (PMI) organisent, dans le cadre de leurs missions, en plus des consultations de santé, des activités de planification et d'éducation familiale.

Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) exercent essentiellement des activités d'information, de consultation et d'actions collectives en matière de contraception et de sexualité, notamment dans les établissements scolaires. Même si la prescription de la contraception et l'information sur la sexualité et la contraception peuvent être assurées par d'autres professionnels et structures que la PMI, cette dernière présente l'avantage de regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires et de réaliser à la fois des interventions individuelles et collectives. Son insertion dans une politique de prévention globale qui concerne toute la chaîne familiale constitue un atout important. Ainsi, les consultations, gratuites pour les mineurs, et les actions de communication sont les axes majeurs qui ont été définis en direction des jeunes.

Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine a élaboré le programme interinstitutionnel d'éducation pour la santé en direction des jeunes (PIEPS) de 16 à 25 ans pour la période 2002-2006. Le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) d'Ille-et-Vilaine en est son coordonateur.

Par ailleurs, les Conseils généraux et les Conseils régionaux exercent respectivement la tutelle des collèges et des lycées, et développent ainsi une approche et une connaissance des questions relatives à la jeunesse.

Enfin, les Conseils régionaux sont compétents en matière d'apprentissage et de formation professionnelle.

1.1.4 Les autres acteurs

Parallèlement, de nombreux autres acteurs, impliqués dans les politiques de la jeunesse, participent à la prévention et à la promotion de la santé. Il s'agit tout d'abord de structures associatives dont la santé est le champ d'intervention, comme les Points d'accueil écoute jeunes (PAEJ). Le PAEJ du Centre régional d'information jeunesse (CRIJ) de Bretagne,

appelé « Le Sas », s'implique ainsi dans une approche globale de la santé dans ses dimensions physiques, mentales et sociales.

Il s'agit également d'acteurs dont le champ d'intervention est plus large, comme les CRIJ, les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs (FJT) ou les associations de loisirs et d'éducation populaire.

La charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle du 10 mai 2006 renforce à ce titre le rôle des missions locales en ce qui concerne la prévention, la promotion de la santé et l'accès aux soins en mobilisant notamment les partenaires compétents.

En Bretagne, l'Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes (URHAJ) a mis en place un groupe de travail réunissant les associations gérant des FJT afin de donner une orientation régionale concernant la promotion de la santé. Un projet est ainsi mené sur trois ans sur les conduites addictives, avec des financements du GRSP. Parallèlement, chaque FJT peut mettre en place des actions ponctuelles à l'intérieur de l'établissement.

1.2 Une approche globale de la promotion de la santé des jeunes ?

1.2.1 La mise en œuvre d'un réseau dédié à la promotion de la santé

L'organisation du système de santé français sépare soins curatifs et actions de prévention et de promotion de la santé. Dans un système où le curatif a une place très importante, les actions de prévention et de promotion de la santé sont réduites. Or, la jeunesse est un public globalement en bonne santé et a donc plus besoin de prévention que de soins. Par exemple, le médecin généraliste semble être considéré par les jeunes comme un interlocuteur de santé de proximité ; néanmoins, sa formation est insuffisante dans cette approche et les moyens de la mettre en œuvre (la tarification à l'acte n'intègre pas la prévention).

La mise en place de structures publiques et associatives a permis de mettre en œuvre une véritable action de promotion de la santé. Comme le précisent Jeanine Pommier, Anne Laurent-Beq et Jean-Pierre Deschamps dans leur article « Pour une politique de promotion de la santé des jeunes » [POMMIER *et al.*, 2007], « l'INPES a été créé par la loi du 4

mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixée par le gouvernement. L'INPES travaille de manière rapprochée avec un milieu associatif composé de comités spécialisés en éducation pour la santé (CRES, CODES). Il constitue le seul réseau ayant en France une activité généraliste totalement dédiée à l'éducation et à la promotion de la santé. »

Il est précisé que l'INPES est un établissement public administratif. En remplaçant le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), qui était une association disposant d'une marge de manœuvre autonome et d'une possibilité d'interpellation politique, l'INPES a recentré ses missions sur les campagnes de prévention.

Le réseau des CODES et des CRES constitue une instance privilégiée, sans lien hiérarchique avec l'INPES, et met en œuvre une véritable action de promotion de la santé, telle que celle définie par la charte d'Ottawa, notamment au service des jeunes. En Ille-et-Vilaine, le CODES a pour missions essentielles :

- la diffusion des supports d'information auprès des professionnels
- la mise à disposition d'un centre de documentation à destination du public et des professionnels
- la formation des professionnels
- l'accompagnement méthodologique à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de projets.

Il existe néanmoins d'autres réseaux importants intervenant dans le champ de la promotion de la santé, par exemple celui de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA).

1.2.2 Le territoire comme assise d'une politique globale de jeunesse

La charte d'Ottawa promeut une approche globale de la santé impliquant de développer cinq types d'actions :

- Élaborer une politique publique prenant en compte la santé
- Créer des environnements favorables

- Renforcer l'action communautaire
- Acquérir des aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé.

Or, les campagnes d'information se fondent sur des programmes monothématiques, ciblent essentiellement les comportements déviants, et utilisent la plupart du temps un discours moralisateur et intrusif, comme les campagnes de lutte contre le tabac, l'alcool et autres conduites à risque. Cette démarche se révèle négative par opposition à l'approche positive et globale préconisée pour la promotion de la santé. Il est noté néanmoins que quelques campagnes fondées sur un questionnement ouvert ont pu apparaître, de type « Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où ? », permettant d'éviter la stigmatisation de l'utilisateur en utilisant un ton approprié.

Par ailleurs, cette logique par thèmes se retrouve dans les appels à projets lancés par les institutions pour le financement des actions de santé. Ainsi, dans le champ de la promotion de la santé, les organismes ou associations qui souhaitent développer cette approche globale peuvent être contraints de décliner leurs interventions par thème pour justifier leur financement. Cette approche thématique peut néanmoins constituer une porte d'entrée intéressante pour la promotion de la santé, dès lors que sont pris en compte les multiples déterminants de santé.

Dans ce paysage émerge la volonté des collectivités territoriales d'établir des programmes en direction de la jeunesse axés sur l'approche globale. La redéfinition des actions de l'Etat, dans le cadre des actes de décentralisation, encourage les collectivités à s'impliquer dans les politiques globales axées vers la jeunesse.

De cette mobilisation découle l'émergence de nouveaux territoires comme les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), qui regroupent notamment les communautés de communes, les communautés d'agglomérations et les communautés urbaines. Par exemple, la communauté de communes de Morlaix, dans le département du Finistère, a élaboré un projet intitulé « Projet Politique Jeunesse Communautaire 2007-2012 ».

En Bretagne, les pays se sont développés depuis la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Il s'agit d'espaces de coopération entre

des collectivités prêtes à travailler ensemble à leur développement, en y associant les acteurs économiques, sociaux et culturels et permettant au milieu rural d'être rattaché à une dynamique locale de développement.

Bien que les organisations soient différentes d'un territoire à l'autre, la jeunesse devient une véritable préoccupation pour les élus locaux sensibilisés, de par leur proximité, aux besoins des jeunes. Des mandats d'élus, spécifiquement dédiés à la jeunesse et favorisant la coordination des dispositifs en faveur de cette population, se développent depuis une quinzaine d'années. Cette politique locale s'accompagne d'un financement de structures ou d'associations qui répondent aux priorités définies par les diagnostics territoriaux.

1.3 Le morcellement des financements alloués

De nombreuses institutions se trouvent légitimes dans leur intervention et leur soutien d'actions de promotion de la santé des jeunes, ce qui conduit à de multiples sources de financement. En effet, outre le GRSP et les crédits des collectivités territoriales, il existe également un Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Ce fonds participe au financement des GRSP et développe parallèlement des actions de santé publique dans le cadre de la déclinaison locale de programmes nationaux.

Ces financements se révèlent souvent ponctuels, non pérennes, et tendent à une raréfaction compte tenu de la conjoncture actuelle. En outre la mesure des effets de la promotion de la santé s'accorde mal avec les choix politiques déterminés par les calendriers électoraux. En effet, sa mise en place doit s'inscrire dans la durée pour être efficace. Or les élus privilégient les actions de prévention de court terme, plus visibles sur le plan médiatique, mais aux effets moins pérennes.

Cette situation conduit à un manque de lisibilité pour les institutions et les acteurs de terrain, à l'absence de véritable évaluation d'ensemble des dispositifs et freine la mise en œuvre d'une politique globale.

L'état des lieux que nous venons de faire révèle un décalage entre la mise en œuvre actuelle de la promotion de la santé et celle qui s'adapterait le mieux au public jeune.

2 Les spécificités des jeunes plaident pour une démarche positive et transversale de promotion de la santé

2.1 Les risques liés à une dévalorisation excessive de la jeunesse

2.1.1 Une période de transitions propice au mal-être psychique

Les études font apparaître, d'un strict point de vue biomédical, une bonne santé globale des jeunes. Les principales causes de mortalité sont externes : les accidents de la route et le suicide ; les maladies ne représentent « que » 12% des décès [POMMIER et LAURENT-BEQ, 2004]. Le recours aux soins quant à lui concerne principalement les problèmes bénins qui accompagnent le développement normal de l'individu [DREES, 2007].

Pourtant, si les jeunes vont bien, beaucoup affirment ne pas se « sentir bien » [POMMIER *et alii*, 2007]. L'adolescence et le début de la vie adulte sont une période de transitions (physiologique, identitaire, intellectuelle...) qui génère souvent un malaise, voire une souffrance psychique. En témoignent les violences exprimées ou subies, la consommation par certains de substances psycho-actives, voire les tentatives de suicide. Toutes ces conduites expriment un mal-être qui amène à nuancer le constat des jeunes en bonne santé et qui a poussé le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) à proposer de faire de la jeunesse une priorité de la santé publique [POMMIER *et alii*, 2007]. D'ailleurs, les enquêtes qui interrogent les jeunes montrent qu'ils sont les premiers à avoir une vision élargie de la santé.

Sur un plan pathologique, la jeunesse est également le moment où se révèlent certains troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles du comportement alimentaires, troubles de l'humeur et enfin la schizophrénie) [JOURDAIN-MENNINGER et STROHL-MAFFESOLI, 2004]. Les comportements adoptés à ces âges de la vie et les expositions environnementales ont également un impact sur leur santé future. Par exemple, les cancers liés à des consommations excessives de psychotropes ou à l'exposition à des agents toxiques en milieu du travail se déclarent plusieurs dizaines d'années plus tard.

La jeunesse est donc un moment crucial de la construction de l'image de soi et de la prise en compte de sa santé. Dans ce processus, le regard des autres est essentiel, que ce soit celui des adultes et de la société ou celui des pairs. Cette donnée est fondamentale pour comprendre les déterminants d'une promotion de la santé efficace auprès des jeunes.

2.1.2 Une image dévalorisante de la jeunesse qui nuit à l'efficacité de la promotion de la santé des jeunes

On constate que l'image sociale des « jeunes » a une connotation négative : celle d'un groupe homogène par sa propension à prendre des risques et par son irresponsabilité. L'adolescence est généralement présentée « comme un ensemble de symptômes, de maux »¹, le terme « jeune » étant associé aux termes « alcool », « drogues » ou « délinquance », et aux comportements à risques en général [HUERRE, 2003]. C'est le cas dans les médias et la sphère politique et, à un degré moindre, chez les parents et les professionnels de la santé [POMMIER et LAURENT-BEQ, 2004]. L'amalgame est fait alors même que les études épidémiologiques montrent que les jeunes ont parfois mieux intégré certains comportements préventifs que leurs aînés (cas de l'usage de préservatifs par exemple) [POMMIER et LAURENT-BEQ, 2004].

Cet amalgame se retrouve au niveau des décisions politiques. Les plans de santé pour les jeunes (et notamment le plan « Santé des Jeunes » du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), déclinés par thématique, ciblent en effet quasi exclusivement les comportements à risques, certes graves mais en réalité marginaux. On peut se demander s'il n'existe pas un cercle vicieux entre l'image que véhiculeraient les décideurs politiques et celle qui les influencerait dans leurs décisions.

Ce type d'approche ne laisse aucune initiative aux jeunes eux-mêmes. Ceux-ci étant par « nature » irresponsables, ce serait aux professionnels de les éduquer à la santé. Or l'efficacité d'une telle démarche est mise en cause par le phénomène de « dissonance

¹ Citation d'un des entretiens.

cognitive » [FESTINGER, 1957]², dans la mesure où ils ne s'approprient pas eux-mêmes la démarche de prévention. Paradoxalement, ces politiques de prévention ne font que renvoyer à la responsabilité de chacun, occultant totalement l'influence de l'environnement du jeune sur sa santé (réf : *Pour une politique de promotion de la santé des jeunes*). Les jeunes se voient donc renvoyés à leur responsabilité individuelle, sans pour autant avoir de marge de manœuvre en matière de promotion de leur propre santé.

A une période où ils se construisent une image d'eux-mêmes, les jeunes ne peuvent être que marqués par cette dévalorisation générale. Source d'un malaise accentué, elle a des effets nettement contre-productifs en matière de promotion de la santé des jeunes. En effet elle est susceptible d'entraîner des réactions de rejet, notamment parmi les jeunes désocialisés, par peur d'être stigmatisés et par refus d'endosser une responsabilité trop pesante.

Toutefois, « changer la réalité des adultes demande de se creuser la tête », comme l'a fait remarquer un des acteurs que nous avons rencontrés. Il s'agit de reconnaître d'une part que les jeunes ne sont pas entièrement responsables de leur état de santé, et d'autre part qu'ils sont des promoteurs efficaces de leur propre santé.

2.2 Une promotion positive de la santé des jeunes : considérer le jeune dans son intégralité et valoriser ses potentiels

2.2.1 Considérer le jeune dans son intégralité

Une approche positive de la promotion de la santé des jeunes passe tout d'abord par la reconnaissance du fait que les déterminants de santé ne sont pas uniquement liés au fait que les jeunes sont « jeunes ». D'une part les comportements à risques touchent l'ensemble de la population et cela devrait davantage transparaître dans les politiques mises en place. D'autre part, cette reconnaissance passe par une remise en contexte socio-économique et familial des questionnements des jeunes afin d'éviter que les problèmes sanitaires ne

² Les individus, devant un message de prévention qui entre en contradiction avec des convictions ou des habitudes fortement ancrées, mettraient inconsciemment en œuvre des stratégies visant à éluder le message de prévention.

masquent les problèmes sociaux, ce qu'un de nos intervenants a qualifié de « sanitarisation des problèmes sociaux ». La reconnaissance du rôle du contexte commence au niveau politique, par le fait que les « jeunes » ne forment pas une catégorie homogène. C'est déjà le cas au niveau européen, comme en témoigne la nouvelle orientation des politiques de jeunesse.

A un niveau plus local, la diversité des acteurs et lieux de promotion de la santé³ permet en partie de répondre à cet impératif (même si elle est malheureusement freinée par des découpages administratifs qui ne se superposent pas⁴, ou des compétences qui se superposent trop). Elle favorise la confrontation des différents points de vue et offre aux jeunes la possibilité d'accéder à une information et une orientation individualisées. Le fonctionnement des FJT est intéressant de ce point de vue puisque ceux-ci abordent systématiquement des questions de santé avec les jeunes qui y séjournent, alors même que les problématiques principales de ces organismes sont le logement et l'insertion professionnelle. Un autre exemple de structure qui appréhende le jeune dans son intégralité est celui des Ateliers Santé Ville, qui font le lien entre politique de santé publique et politique de la ville.

En termes d'organisation de la promotion de la santé, le principe d'individualisation implique d'une part la nécessité d'une action de très grande proximité, et d'autre part que les différents acteurs de santé et de promotion de la santé se connaissent les uns les autres. Ainsi, même si la vocation première des FJT n'est pas de faire de la promotion de santé, les directeurs exigent des éducateurs et animateurs qu'ils aient une bonne connaissance en amont des différentes structures sociales et médicales. Mais encore faut-il que l'aiguillage du jeune puisse être suivi d'une prise en charge effective, ce qui n'est pas toujours le cas.

2.2.2 Valoriser des potentiels

Replacer les déterminants de santé d'un jeune dans un contexte socio-économique et personnel ne signifie pas s'opposer à la possibilité pour le jeune d'être acteur de sa propre santé. Une promotion positive et réussie de la santé des jeunes passe au contraire par la

³ Préconisée notamment par le rapport « Santé, adolescence et familles »

⁴ Il s'agit d'un frein qui a été relevé par un des acteurs de terrain interrogés.

reconnaissance de la possibilité, pour eux, d'être acteurs de leur santé. En effet, contrairement à l'image qui circule le plus souvent, les caractéristiques des jeunes ne sont pas « par nature » négatives. Elles peuvent être un potentiel qui doit être valorisé comme tel par l'acteur de promotion de la santé. Ainsi l'imagination peut être perçue comme une déconnection de la réalité ou alors comme une source de créativité. De même, l'importance accordée au groupe à l'adolescence peut être perçue comme un catalyseur de comportements à risques ou alors comme une source de dynamisme [POMMIER et LAURENT-BEQ, 2004]. En impliquant les jeunes dans la promotion de leur propre santé, les professionnels les aident ainsi à se forger une image valorisante d'eux-mêmes, s'assurant une adhésion bien plus systématique et un impact à plus long terme que s'ils renvoiaient simplement les jeunes à leurs responsabilités.

Une telle démarche a été formalisée au travers du concept d'éducation *pour* la santé, dont l'objectif est de permettre une implication directe des individus et des communautés dans les axes de promotion de la santé définis par la Charte d'Ottawa. La nouvelle stratégie européenne pour la jeunesse s'intitule, elle, « Investing and Empowering », l'*empowerment* étant le fait de « donner le pouvoir sur » [ARWIDSON, 2001]. C'est dans cette perspective que l'Ille-et-Vilaine⁵ propose des « bourses santé » aux jeunes qui montent des projets de santé publique à destination d'autres jeunes. De même, c'est avec la volonté de faire participer les jeunes à la promotion de leur propre santé qu'a été organisé en novembre 2007 le ciné-débat « Prévention des violences dans la relation amoureuse » dans le pays de Vitré.

2.3 Les territoires des jeunes : une donnée à prendre en compte dans la promotion de leur santé

Dans la section précédente, nous avons évoqué comment modifier le regard des autres sur les jeunes, et donc des jeunes sur eux-mêmes. Mais aujourd'hui la peur de la stigmatisation existe et ne les incite pas à chercher des réponses à leurs questions. Pour toucher les jeunes, il est donc important de réduire au maximum ce regard intrusif tout en restant « visible »

⁵ Le projet est proposé par le CRIJ de Rennes et soutenu, entre autres, par la DASS d'Ille-et-Vilaine, la Ville de Rennes, le Conseil général d'Ille-et-Vilaine et la Direction Régionale et Départementale Jeunesse et Sport.

par la population visée, d'où une réflexion nécessaire sur les territoires des jeunes et leur articulation possible avec la promotion de la santé.

2.3.1 Une promotion de la santé accessible...

La peur d'être stigmatisés dissuade les jeunes de chercher des réponses à leurs questions. Il faut donc que dans leur localisation les lieux de promotion de la santé soient les plus accessibles possibles. Or les jeunes se caractérisent par des mobilités très variables en fonction de leur âge, de leur milieu et du lieu géographique où ils habitent. De façon générale, la mobilité augmente avec l'âge et le milieu social (possibilité de s'acheter une mobylette ou une voiture, études...). Mais si certains peuvent être très mobiles sur de grandes distances (pour leur travail ou leurs études par exemple), ils ont généralement une mobilité locale (dans le lieu où ils sont à un moment donné) moindre que les adultes.

Sur le plan géographique, la différence de mobilité la plus notable se situe entre jeunes urbains et jeunes ruraux. Peu motorisés, les jeunes sont en effet dépendants des réseaux de transports en commun, or ceux-ci sont nettement plus développés en ville que dans les communes rurales, parfois entièrement hors des circuits de bus ou de train. Il suffit donc qu'un planning familial soit dans la ville la plus proche et qu'il n'y ait qu'un bus par jour pour cette ville dans le village où habite une jeune fille, pour que ce planning familial ne soit pas situé dans son territoire, autrement dit qu'il ne lui soit pas accessible. De nos entretiens ressort l'idée que le territoire d'un jeune rural se limite le plus souvent à la communauté de communes, voire à la commune. Même les jeunes ruraux motorisés peuvent, dans des cas d'isolement extrême, être désavantagés par rapport aux jeunes urbains. Notons toutefois que la possibilité de se déplacer ne suffit pas. Même en ville, le territoire de beaucoup de jeunes se limite à leur quartier. Dans tous les cas, la mise en place d'équipes mobiles peut être une manière d'aller vers les jeunes, aussi bien en milieu rural qu'urbain (ex : ancien PAEJ de Vitré, équipes mobiles de psychiatrie en Ille-et-Vilaine, Bus Info Santé).

2.3.2 ... et à l'abri des jugements

Ainsi l'accessibilité ne fait pas tout : encore faut-il vouloir y aller. Si le PAEJ se trouvait à l'intérieur du lycée, beaucoup de lycéens refuseraient de s'y rendre. On en revient à

nouveau à la peur de la stigmatisation. On constate ainsi que la zone géographique à laquelle les jeunes ont accès est en fait constituée de multiples territoires qui ont chacun leur fonction, et qui permettent plus ou moins de faire de la promotion de la santé. Dans le milieu scolaire, par exemple (collège, lycée), le regard des autorités éducatives, comme celui des pairs, est généralement perçu comme trop intrusif pour que les jeunes acceptent de se confier.

Il faut donc que la promotion de la santé des jeunes passe par des lieux de parole et d'écoute neutres, où les jeunes n'ont pas l'impression d'être soumis au jugement d'une autorité (éducative, parentale, psychiatrique, de pairs...). C'était le cas du PAEJ de Vitré, mais c'est aussi ce qui explique le succès du Fil Santé Jeunes, qui non seulement est accessible de partout, mais garantit un anonymat complet : l'interlocuteur ne connaît pas le jeune et le jeune peut appeler sans en informer qui que ce soit. La perception du regard extérieur est toutefois subjective. Les acteurs de promotion de santé doivent donc utiliser la variété des territoires des jeunes pour toucher un public plus large : boîtes de nuit, MJC, cinémas, complexes sportifs, mais aussi gares, wagons de métro et de train⁶... et adapter les techniques de promotion de la santé en fonction du lieu dans lequel elle est faite.

Le fait que les acteurs et les lieux de promotion de la santé n'appartiennent pas nécessairement au monde de la santé (comme c'est le cas du CRIJ de Rennes) peut lui aussi contribuer à mettre les jeunes en confiance. Ces derniers doivent pouvoir choisir la porte d'entrée qui leur convient le mieux. Dans cette perspective, on voit bien le rôle – souligné au niveau européen par le Youth Forum Jeunesse – que peuvent jouer les animateurs d'associations, comme les mouvements d'éducation populaires (ex : les Francas).

Pour répondre aux spécificités des jeunes, des éléments de réponse ont été dégagés. Ils doivent être réinscrits dans une démarche étayée de promotion de la santé.

⁶ « Souvent chacun définit un territoire selon ses propres critères », pour citer l'un de nos interlocuteurs.

3 La promotion de la santé des jeunes passe par des actions de proximité, dont la coordination nationale s'avère indispensable

3.1 Intégrer la promotion de la santé des jeunes au sein de l'action publique

3.1.1 La promotion de la santé inscrite dans la loi

Dans le préambule de la Constitution de 1946, l'article 11 précise que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant (..), la protection de la santé* ». Bien que cette valeur républicaine s'affiche comme une volonté politique incontestée, il reste nécessaire d'interroger l'ensemble des pouvoirs publics qui amènent les jeunes à s'approprier leur santé comme équilibre de vie. La médecine de ville, les services de santé scolaire et universitaire, mais aussi les élus locaux en charge des transports et des équipements sportifs, les associations sportives, les centres d'activités de loisirs sont encore peu investis dans les thématiques de santé.

Les actions de promotion de la santé sont difficiles à mettre en œuvre de façon optimale car il s'avère que « *les élus ne sont pas convaincus de leur rôle d'acteurs de santé publique* », comme nous l'a souligné un de nos interlocuteurs. La coordination entre élus n'existe pas toujours et son absence, conjuguée aux ruptures des rythmes électoraux, peut constituer un frein à l'action de terrain en continu.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique confirme le rôle plus marqué de l'État en la matière et étaye les pratiques de programmation en santé publique. Le HCSP concentre l'expertise, les PRSP sont des outils de programmation, et les GRSP sont des outils opérationnels de mise en œuvre du PRSP, qui regroupent des partenaires très divers au titre des personnalités qualifiées, comme la Mutualité Française ou l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en Bretagne par exemple.

En 2007, le rapprochement ministériel des domaines de la santé, de la jeunesse et des sports est venu renforcer la nécessaire articulation des politiques préventives et éducatives transversales. Cependant, une politique à visée préventive (l'un des axes de la promotion de la santé), intégrée au Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), fait actuellement défaut. La collaboration entre les médecins impliqués dans des visites préventives est essentielle: médecins de l'Education Nationale, généralistes, hôpitaux ou EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

centres médico-sportifs. Ce pourrait être une mission phare de la médecine scolaire puis universitaire jusqu'au relais de la médecine du travail à l'entrée dans la vie autonome. Une telle offre de suivi permettrait de diffuser le plus largement possible les actions et les initiatives santé directement auprès de la population concernée, et de favoriser le développement et le renforcement des réseaux.

3.1.2 Une concertation à tous les niveaux

Les instances gouvernementales ne peuvent se passer d'associer les collectivités locales à la définition des priorités. Mettre en place une politique de promotion de la santé nécessite de prendre en compte la pluralité des jeunes, comme par exemple le fait que certains soient plus ou moins mobiles. Cet exemple pose ainsi le problème de l'accès aux soins de proximité comme lorsqu'un lycéen ou un étudiant encore rattaché administrativement au foyer de ses parents doit avoir recours à l'offre de promotion de la santé ou à l'offre de soins dans deux régions différentes.

Il appartient aux instances de tous les niveaux de donner de la visibilité aux politiques nationales et de favoriser une approche globale positive. Cela passe par la communication claire et régulière des objectifs réels de ces politiques, et par la déclinaison de ces objectifs au travers des différentes actions innovantes ou pérennisées.

La promotion de la santé, pour être bien conduite, doit interpeller d'autres éléments que la seule dimension sanitaire, comme la notion de place et de reconnaissance du jeune dans son espace social. Afin de soutenir la diversité des structures impliquées dans la promotion de la santé des jeunes, la formation professionnelle et le soutien méthodologique des intervenants de terrain sanitaires, éducatifs et sociaux doivent être valorisés et validés. Ainsi, le titre d'éducateur médico-sportif est d'ores et déjà reconnu par les patients et les médecins, même s'il n'est pas encore sanctionné par un diplôme.

3.2 Une approche territoriale concentrique permettant la coordination des acteurs

3.2.1 Une construction en « tuyaux d'orgue »

Il existe trois principaux circuits parallèles de l'action publique en matière de promotion de la santé, chacun décliné différemment sur le territoire. La filière étatique, par le biais des DRASS et des DDASS, assure un certain nombre de financements et centralise l'information. Les organismes de sécurité sociale, quant à eux, impulsent à leurs réseaux des grandes orientations que chaque caisse choisit de reprendre et de développer à son échelle. Enfin, les collectivités territoriales mènent leurs propres actions de promotion de la santé. Dans ce contexte, un des rôles des ARS ne pourrait-il pas être de fédérer les expériences et les acquis de ces différents services ?

A cet égard, deux critères majeurs d'efficacité doivent être constamment analysés par l'Etat : d'une part le croisement et la synergie des différents financements, d'autre part le suivi et l'évaluation précis de la circulation des informations entre l'INPES et ses destinataires. A ce niveau, l'action et les potentialités des entités associatives indépendantes que sont les CODES et les CRES gagneraient à être mieux valorisées. On pourrait également associer les acteurs privés ou associatifs et inclure leurs initiatives dans une perspective globale (ex : la Mutualité Française qui a imaginé une série de concerts pédagogiques afin de sensibiliser le public jeune aux risques du bruit excessif). La logique de décloisonnement entre acteurs éducatifs, sanitaires et sociaux par le biais d'actions communes et concertées prend ici toute sa valeur.

3.2.2 Une déclinaison territoriale concentrique

L'échelon national doit accroître son rôle de pilote fondé sur une vision élargie et à long terme de la promotion de la santé chez les jeunes et s'assurer de l'équité entre territoires. Celle-ci pourrait s'immiscer dans l'ensemble des politiques publiques initiées par l'Etat.

L'échelon régional déconcentré s'est vu confier depuis une quinzaine d'années les missions de planification et d'évaluation des actions de promotion de la santé et d'organisation des soins. L'enjeu est de produire une analyse qualitative plus que quantitative en vue d'un réajustement de la cohérence des réseaux. La consolidation de programmes efficaces, et la diffusion des objectifs et des résultats à l'ensemble des acteurs de niveaux supra et infra, pourraient s'appuyer davantage sur le levier majeur qu'est le territoire régional. Dans cette optique, l'Observatoire régional de santé (ORS), aujourd'hui surtout dédié aux études

quantitatives, pourrait relayer les moyens d'expertise actuellement dispersés. Se pose la question de l'association des Conseils régionaux à ces missions.

Le département, en tant que collectivité territoriale, est chef de file dans le domaine social, indissociable de celui de la santé. Son rôle est désormais bien établi comme étant celui de « *la coordination, de l'ajustement, de la diffusion des actions à pérenniser, de l'impulsion et de la consolidation des réseaux* », selon les termes d'un de nos interlocuteurs.

Un échelon intermédiaire a construit son assise avec les missions locales, dont le périmètre territorial se décline suivant les « pays » ou les grandes agglomérations. Les missions locales croisent les domaines de la formation professionnelle et de l'accès à l'emploi, la santé, le logement, avec une dynamique de parrainage et une perspective globale qui ont fait leurs preuves. Le « pays » est un échelon intéressant pour mettre en place des programmes locaux. Les grands centres urbains sont particulièrement adaptés pour inscrire des actions de quartier dans la politique de la Ville.

Enfin, l'échelon local est le plus indiqué pour la mise en œuvre d'actions, d'expérimentations ou de reprises d'applications qui ont fait la preuve de leur efficacité. Qu'il soit strictement communal ou élargi à l'intercommunalité, ce territoire administratif de proximité favorise la collaboration entre décideurs, acteurs et bénéficiaires de la politique de santé. Les liens entre politique de la ville, politique en faveur de la jeunesse et politique de promotion de la santé sont plus aisés au niveau local, comme en témoigne la mise en œuvre des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS).

Une des personnes que nous avons rencontrées résume ainsi l'articulation entre les différents territoires : « *La décentralisation présente plusieurs avantages. Ce qui est intéressant, c'est la combinaison, l'adéquation entre les différents niveaux. Il n'y a pas un bon échelon unique, tout dépend des objectifs de l'action* ».

3.2.3 Une expérience régionale concluante en Bretagne : l'animateur territorial de santé

L'animateur territorial, un référent, est un échelon pertinent de communication verticale et d'articulation transversale.

En région Bretagne, les « pays » et les grandes agglomérations se sont emparés des questions de santé publique. Il a été créé sur chacun des secteurs, un poste d'animateur territorial de santé dont la mission est de réaliser un diagnostic, construire un programme d'actions avec les acteurs locaux, puis de faire vivre la dynamique des acteurs de prévention sur sa zone de compétences. Il favorise ensuite sa mise en place. L'animateur a une fonction de coordination des acteurs locaux afin d'éviter les doublons sur un même territoire, il apporte entre autres son appui logistique et méthodologique aux professionnels, notamment dans leurs demandes de subventions. L'animateur est vecteur d'appels à projets, mais il n'est ni le porteur ni l'organisateur de ces projets.

Les postes d'animateurs sont financés par la région, le GRSP et chaque pays pour un tiers du montant chacun (il faut compter 15 000 euros par an et par Equivalent temps plein pour chacun des partenaires).

3.3 Des avancées à pérenniser, une transversalité à développer

3.3.1 Valorisation et participation des jeunes

Le défi consiste à mener de front une politique dans la durée, renforcée par des actions ponctuelles. Des actions de type événementiel, comme les journées thématiques ou les forums, doivent nourrir le quotidien avec un partenariat indispensable entre les milieux sanitaire, social, éducatif et familial. Le but est de déclencher une démarche individuelle précoce chez des adultes en devenir, concomitante à une action collective, laquelle s'appuie sur l'émulation de groupes de jeunes reconnus et valorisés.

Afin d'amener les jeunes à devenir acteurs de leur territoire, des pratiques ont été initiées au niveau communal, voire régional comme en Bretagne où la région a mis en place un Conseil régional des jeunes qui s'est doté d'une commission « santé et qualité ». Ainsi, les jeunes réfléchissent à ce que représente la santé pour eux. Cependant, ce type d'innovation demeure encore trop anecdotique dans la vie politique locale. Pourtant, une institutionnalisation soutenue et bien répartie de ces instances de jeunes serait une avancée intéressante de la part des pouvoirs publics.

Le terrain scolaire est lui aussi propice à l'engagement citoyen précoce grâce à l'existence des conseils d'élèves de plus en plus pris en compte. L'adéquation entre les besoins formulés d'une part et les possibilités de réponse ou d'accompagnement d'autre part est plus facile à réaliser par le biais d'actions pédagogiques et de réflexion créative en faveur de la santé. Nous retiendrons des actions comme « Tab'agir » dans les collèges, les clubs Unesco dans les lycées, ou l'investissement associatif au sein des mutuelles étudiantes. Les échanges de proximité entre décideurs politiques, acteurs et bénéficiaires sont un puissant levier. En effet, la prise en compte dans les projets des propositions des jeunes, de leurs préoccupations et de leurs modes de vie actuels, constitue la meilleure garantie d'efficacité de l'action en aval. Il reste néanmoins à trouver les moyens d'impliquer les jeunes sortis du système scolaire : conseils de quartier dans les grandes agglomérations, conseils municipaux des jeunes, associations sportives et culturelles...

3.3.2 Santé globale et pratique inter générationnelle

Les problématiques doivent être abordées de manière élargie : replacer, par exemple, dans le cadre général de la relation affective les informations relatives à la sexualité et aux MST. Cette approche permet d'atténuer le caractère répulsif d'injonctions stigmatisantes délivrées lors des campagnes monothématiques. Une telle approche élargie nécessite de fait l'intervention d'acteurs diversifiés dans le cadre d'un partenariat.

La condition d'un partenariat durable réside dans le travail en complémentarité et non en concurrence. Faire travailler ensemble médecins, animateurs, équipes pédagogiques, mais aussi acteurs économiques tels que patrons de bar, caissiers de supérettes, organisateurs de concerts, industriels agro-alimentaires, acteurs médiatiques de presse ou des nouvelles technologies de l'information, tel est le défi d'une politique ambitieuse de promotion de la santé.

Il est primordial également de travailler sur la capacité des jeunes à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, sur ce à quoi ils aspirent. C'est là une mission qui incombe aussi bien aux professionnels de l'Education Nationale qu'aux acteurs engagés dans l'action culturelle. Cela permet une réponse individualisée et une orientation à bon escient pour les jeunes en souffrance.

Toutes ces orientations ne pourront se mener sans un accompagnement et une formation qualifiante de l'adulte de proximité. La prise de conscience de cette nécessité est notamment passée par les mouvements d'éducation populaire, et se réalise déjà au niveau des intervenants de l'Education Nationale, par exemple dans le domaine de l'éducation à la sexualité (circulaire M.E.N. n°2003-027).

Outre l'amélioration de la couverture sociale des jeunes sans soutien familial, la réflexion peut aussi s'orienter vers la promotion de la santé des jeunes qui ont des difficultés à accéder aux « espaces jeunes » (jeunes en centres de formation professionnelle, résidents des FJT, zones rurales très isolées ou quartiers défavorisés et excentrés). Par exemple, l'Espace Santé Jeunes de Nanterre propose une information relayée dans les centres accueillant des jeunes, un bilan médical et un dépistage bucco-dentaire individuel, ainsi que des ateliers de groupe.

Au niveau national les décideurs ont compris l'importance de développer les actions collectives favorisant le bien-être : plan « Activités physiques et sportives », programme Univer'santé⁷. Il reste néanmoins à assurer le soutien financier de ces programmes, qui devraient voir le jour en 2009, comme par la diffusion de chèques santé permettant la pratique du sport en famille.

⁷ Il s'agit de regrouper sous une même appellation les deux acteurs principaux de santé à l'Université, SUAPS et SIUMPPS.

Conclusion

La santé des jeunes est aujourd'hui inscrite à l'agenda politique, au niveau national comme au niveau local, si bien que de nombreux acteurs se sont saisis de la question, au-delà de leurs compétences respectives. Cette diversité représente une richesse et une condition *sine qua non* d'une approche globale de la santé adaptée aux spécificités des jeunes. Néanmoins, elle n'est pas exploitée à son maximum, du fait d'un manque de coordination entre les différents niveaux d'intervention et les nombreuses initiatives mises en œuvre. En outre, une vision parfois caricaturale de la jeunesse induit des politiques stigmatisantes qui n'incitent pas les jeunes à être acteurs de la promotion de leur santé.

Dans ce contexte, il apparaît que les différents échelons actuels ont tous leur place dans la promotion de la santé des jeunes. L'essentiel est de trouver un équilibre entre l'action de proximité, au plus près des besoins, et un niveau de cadrage bénéficiant d'une vue d'ensemble. Il est en outre essentiel de développer une véritable approche globale et positive afin d'intégrer les multiples dimensions de la vie des jeunes. Ce n'est qu'alors qu'ils pourront véritablement être acteurs de la promotion de leur santé.

De la promotion de la santé des jeunes doit découler un accroissement du bien-être de tous les individus dans la société. Aussi constitue-t-elle un enjeu majeur. Si la mobilisation des différents acteurs semble acquise et la nécessité d'une meilleure articulation territoriale indiscutable, c'est plus l'intégration de la notion de promotion de la santé par les pouvoirs publics qui s'avère difficile.

Pourtant, cette approche globale répond à plusieurs problématiques sociétales à plus ou moins long terme. En premier lieu, elle pourrait permettre d'atténuer l'accroissement massif des dépenses de santé, sous l'effet du vieillissement de la population, susceptible de remettre en cause notre système de protection sociale. En outre, en assurant la participation des jeunes dans l'appréhension de leur santé et en apportant une dimension sociale et territoriale à celle-ci, la promotion de la santé conjugue éducation à la citoyenneté et justice sociale et donne corps aux notions d'égalité et de solidarité.

Enfin, la Commission européenne souligne, dans sa nouvelle stratégie pour la jeunesse, la double spécificité des jeunes. Si ceux-ci sont vulnérables, notamment sur le plan économique, ils représentent également une richesse. C'est cette richesse qu'il faut développer et valoriser, et sur laquelle doit s'appuyer la promotion de la santé.

Bibliographie

Textes conventionnels, législatifs, réglementaires ou d'orientations

Commission européenne, « The First EU Youth Report », MEMO/09/202, Bruxelles, 27 avril 2009,

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/09/202&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

Commission européenne, « Les politiques de jeunesse de l'Union européenne entrent dans une nouvelle ère », IP/09/644, Bruxelles, 27 avril 2009,

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/644&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en>

Youth Forum Jeunesse, « Policy Paper On The Health And Well Being Of Young People », GA 0741-08-FINAL, 13-15 novembre 2008,

http://www.youthforum.org/fr/system/files/yfj_public/strategic_priorities/en/0741-08_FINAL_Health_Well-being.pdf

Institut Régional du travail social de Bretagne, Lettre circulaire interministérielle relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé, 20 janvier 2009, http://www.irts-bretagne.fr/jsp/fiche_article.jsp?STNAV=&RUBNAV=&CODE=1241515041570&LANGUE=0&RH=VJS

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports, Plan « Santé des jeunes » du 27 février 2008, http://www.sante.gouv.fr/accueil/plan_sante_jeunes.pdf

Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, 10 mai 2006, http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf/Charte_sante_orientations.pdf

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, <http://www.droit.org/jo/20020305/MESX0100092L.html>

Circulaire du ministère de l'Education Nationale du 12 janvier 2001 relative à la politique de santé en faveur des élèves, http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1617.pdf

Loi n°95-115 du 04 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire,
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005617704&dateTexte=20090519>

Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986,
http://www.montpellier.fr/uploads/Document/WEB_CHEMIN_5868_1221308626.pdf

Ministère de l'Education Nationale, Circulaire n°2003-027 du 17-2-2003,
<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensel.htm>

Communauté de communes de Morlaix, « Projet Politique Jeunesse Communautaire 2007-2012 », 2007.

Rapports publics

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Haut Conseil de la santé publique, Les politiques régionales de santé publique : éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi hôpital – patients – santé - territoires, Octobre 2008, http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20081017_PRS.pdf

Ministère de la santé et des sports, Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS), Rapport préparatoire de la Commission Prévention, J.F. TOUSSAINT, Décembre 2008, http://www.sports.gouv.fr/accueil_5/actualites_200/bref_208/plan-national-prevention-activite-physique-sportive-pnaps_2420.html

Inspection générale des affaires sociales, « Étude sur la protection maternelle et infantile en France », JOURDAIN MENNINGER D., ROUSSILLE B., VIENNE Dr P. et LANNELONGUE C., novembre 2006, <http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/RapportPMI3.pdf>

Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une

priorité du système de santé Pr. D. SOMMELET, octobre 2006, http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_070329.htm

RUFO M., Rapport « Santé, Adolescence et Famille », Rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004, 2004.

Ouvrages et Revues

BARTHELEMY L. et MARCHAND A-C., « Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural », *la Santé de l'homme*, n°385, septembre/octobre 2006, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/385/02.htm>

CALAN (de) A., Espace Santé Jeunes de Nanterre : « une structure de prévention et d'accueil pour les 12-25 ans », *La Santé de l'homme*, n° 387, janvier/février 2007.

CATEL P., Promouvoir la santé des 16-25 ans : « le rôle des missions locales » *La Santé de l'homme*, n° 399, janvier/février 2009.

CRES, « Santé et animation jeunesse : quelles passerelles ? », *Horizon Pluriel*, n°15, juin/juillet 2008, http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/HP-numero15.pdf.

DAVID O., « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », *La Santé de l'homme*, n° 383, mai/juin 2006, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/383/02.htm>

ARWIDSON P. *et al.*, *Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, Paris, Les éditions de l'INSERM, Paris, juin 2001.

FESTINGER L., *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, CA : Stanford University Press, 1957.

FORTIN J., *Du profane au professionnel en éducation pour la santé : modèles et valeurs dans la formation pour la santé*, in Didier JOURDAN (dir.), *La formation des acteurs de l'éducation pour la santé en milieu scolaire*, Toulouse, Editions universitaires du Sud, 2004.

JOURDAIN MENNINGER D. et STROHL MAFFELOSI H., *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Paris, IGAS, La Documentation Française, 2004.

LAURENT-BEQ A. et LE GRAND E., « Développer une approche territorialisée de la santé », *La Santé de l'homme*, n°383, Mai/Juin 2006, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/383/01.htm>

MORIN R. « Promotion de la santé : analyse comparative FRANCE – QUEBEC », *La Santé de l'homme*, n°390, juillet/août 2007.

POMMIER J, LAURENT-BEQ A. et DESCHAMPS J.-P., « Pour une politique de promotion de la santé des jeunes » In Les jeunes. Questions de société, questions de politique, P. LONCLE (dir.), *Les Etudes de la Documentation Française*, n°5257, Paris, La Documentation Française 2007.

POMMIER J. et LAURENT-BEQ A., « Analyse d'une politique régionale de santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine », *Santé Publique*, 2004, vol. 16, n°1, <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1.htm>

DREES, *L'état de la santé de la population en France en 2006 : Indicateurs associés à la loi relative à la santé publique*, La Documentation Française, 2007.

Autres sources

Base de données statistiques de l'INSEE :

- <http://www.statapprendre.education.fr/insee/par/travail/carrieres.htm> (taux d'activité des 15-29 ans)
- http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCJ02305 (mode de cohabitation des 15-29 ans)

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET DES STRUCTURES VISITEES	II
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	IV
ANNEXE 3 : PLANNING QUOTIDIEN DE TRAVAIL	VII

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et des structures visitées

NOM	FONCTION	STRUCTURE
Jean BARANGER	Délégué régional	Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes
Jean BERTHOLET	Directeur	Foyer de Jeunes Travailleurs Saint-Joseph de Préville
Amélie CHANTRAINE	Conseiller méthodologique	CODES d'Ille-et-Vilaine
Aude COATLEVEN	Animatrice territoriale de santé	Ville de Rennes
Jean-Pierre EPAILLARD	Médecin inspecteur de santé publique	DDASS d'Ille-et-Vilaine
Stéphanie JAMIER	Médecin de l'Education Nationale	Inspection Académique d'Ille-et-Vilaine, Vitré
Eric LE GRAND	Consultant en promotion de la santé et santé publique	
Patricia LONCLE	Enseignant-chercheur, spécialiste des politiques relatives à la jeunesse	EHESP
Christophe LOUIS	Délégué régional	Fédération des FRANCAS
Françoise MARMION	Chargée de mission promotion de la santé	Pôle Action sociale, Service de lutte contre les exclusions, Conseil général d'Ille-et-Vilaine
Yann MENOT	Chargé de prévention	Mutualité Française d'Ille-et-Vilaine
Mathieu RAULT	Chef de mission Politiques de santé	Direction des solidarités du Conseil régional
Isabelle TRON	Directrice	Observatoire Régional de Santé de Bretagne

		Maison des Adolescents de Rennes
		Pôle Santé Social – Université 1 et 2 de Rennes
		Point d'Accueil Ecoute Jeunes du CRIJ de Bretagne

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Présentation de notre travail :

Notre problématique est centrée autour de 2 questions :

En quoi les spécificités des jeunes plaident-elles pour une approche globale, intégrée et territorialisée de la promotion de leur santé ?

Quelle combinaison d'échelons territoriaux et quelles approches paraissent les plus pertinentes pour la promotion de la santé des jeunes ?

2. Si nous vous demandions de vous présenter...

Quelles sont vos missions ?

Avec qui travaillez-vous ? Qui sont vos interlocuteurs ? Vous sentez-vous en « concurrence » avec d'autres acteurs ? Existe-t-il une harmonisation des pratiques ?

Sur quel territoire se déploient vos missions ?

Vous considérez-vous comme un acteur de la santé publique ? Dans quelle mesure ?

3. Votre place dans la promotion de la santé des jeunes

Quel sens et quelle importance donnez-vous à la santé des jeunes et pourquoi ?

Quels déterminants de santé des jeunes mettez-vous en évidence dans votre pratique ?

4. Votre place et positionnement face au public « jeunes »

Quel public touchez-vous ? Quelle en est la proportion de jeunes ?

Selon vous quelles sont les attentes et les préoccupations propres aux jeunes ?

En cela, les considérez-vous comme un public spécifique ? Et pourquoi ?

Quelle approche particulière préconiserez-vous pour les toucher en matière de promotion de la santé ?

5. Votre regard, votre opinion sur l'approche par territoires

Compte tenu de votre pratique et de vos missions, quel est le niveau d'intervention qui vous semble le plus pertinent ? Pourquoi ?

Quel est le sens que vous donnez à la notion de territoire ?

Quels éléments faut-il prendre en compte pour définir un territoire dans le cadre de votre action ?

6. De votre expérience, quels avantages et/ou inconvénients dégagez-vous de l'approche par territoire de la promotion de la santé des jeunes ?

Existe-t-il des disparités entre territoires ?

En quoi une approche territoriale permet-elle de réduire les inégalités ?

Existe-t-il des dispositifs permettant de mutualiser les expériences des acteurs ? (Pistes d'amélioration possibles ?)

7. En matière d'organisation territoriale, qu'est-ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas ?

Pouvez-vous nous donner l'exemple d'une action à laquelle vous avez participé et qui illustre la notion de territoire ?

Annexe 3 : Planning de travail

LUNDI 4 MAI	MARDI 5 MAI	MERCREDI 6 MAI	JEUDI 7 MAI	VENDREDI 8 MAI
<p>Présentation du MIP</p> <p>Rencontres avec les 2 animatrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Christine FERRON, psychologue, directrice du CRES de Bretagne - Sonia VERGNIORY, sociologue, chargée de mission au CRES de Bretagne <p>Prise de connaissance et échanges sur les concepts essentiels du sujet</p>	<p>9h-11h30 : Brainstorming</p> <p>11h30-12h : Répartition du travail</p> <p>13h30-16h : Recherches documentaires, prises des rendez-vous</p> <p>16h-17h : Elaboration du guide d'entretien</p>	<p>9h-12h : Poursuite des recherches documentaires, finalisation du guide d'entretien, finalisation du budget prévisionnel, prises des rendez-vous, projection de l'audition de Patricia LONCLE au Sénat sur la politique en faveur des jeunes</p> <p>10h-11h30 : Entretien à l'EHESP avec Patricia LONCLE</p> <p>12h : Envoi du budget prévisionnel</p> <p>14h : Recherches documentaires</p> <p>16h-18h : Entretien collectif à l'EHESP avec Eric LE GRAND</p>	<p>9h-17h : Recherches documentaires, lecture et préparation des synthèses, prises des rendez-vous</p> <p>9h-11h30 : Entretien au Conseil général avec Françoise MARMION</p> <p>12h-13h : Visite spontanée au pôle santé-social de Villejean</p> <p>15h-16h30 : Entretien à l'Inspection Académique de Vitré avec Stéphanie JAMIER</p>	<p>FERIE</p>

LUNDI 4 MAI	MARDI 5 mai	MERCREDI 6 MAI	JEUDI 7 MAI	VENDREDI 8 MAI
<p>PRESENTATION DU MIP</p> <p>RENCONTRES AVEC LES 2 ANIMATRICES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHRISTINE FERRON, PSYCHOLOGUE, DIRECTRICE DU CRES DE BRETAGNE - SONIA VERGNIORY, SOCIOLOGUE, CHARGÉE DE MISSION AU CRES DE BRETAGNE <p>PRISE DE CONNAISSANCE ET ECHANGES SUR LES CONCEPTS ESSENTIELS DU SUJET</p>	<p>9h-11h30 : Brainstorming</p> <p>11h30-12h : Répartition du travail</p> <p>13h30-16h : Recherches documentaires, prises des rendez-vous</p> <p>16h-17h : Elaboration du guide d'entretien</p>	<p>9h-12h : Poursuite des recherches documentaires, finalisation du guide d'entretien, finalisation du budget prévisionnel, prises des rendez-vous, projection de l'audition de Patricia LONCLE au Sénat sur la politique en faveur des jeunes</p> <p>10h-11h30 : Entretien à l'EHESP avec Patricia LONCLE</p> <p>12h : Envoi du budget prévisionnel</p> <p>14h : Recherches documentaires</p> <p>16h-18h : Entretien collectif à l'EHESP avec Eric LE GRAND</p>	<p>9h-17h : Recherches documentaires, lecture et préparation des synthèses, prises des rendez-vous</p> <p>9h-11h30 : Entretien au Conseil général avec Françoise MARMION</p> <p>12h-13h : Visite spontanée au pôle santé-social de Villejean</p> <p>15h-16h30 : Entretien à l'Inspection Académique de Vitré avec Stéphanie JAMIER</p>	<p>FERIE</p>

LUNDI 18 MAI	MARDI 19 MAI	MERCREDI 20 MAI	JEUDI 21 MAI	VENDREDI 22 MAI
9H-17H : REDACTION EN SOUS-GROUPES	9h-24h : Mise en commun des parties, relecture, harmonisation, rédaction de la méthodologie, de la bibliographie, du résumé et des annexes, début de mise en page	9h-13h : Finalisation du rapport et mise en page finale, temps d'échanges relatif à la soutenance		