

**LA PREVENTION SANITAIRE EN
DIRECTION DES ENFANTS ET
DES ADOLESCENTS**

Rapport présenté par :

Mmes Claire TROUVE, Patricia VIENNE et M. Bernard MARROT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2003 024
Février 2003*

Le présent rapport traite de « **La prévention sanitaire en direction des enfants et les adolescents** ». Il a été établi par M. Le Dr P.VIENNE, inspectrice, Mme C. TROUVE, chargée de mission et M. B. MARROT, inspecteur général.

Les investigations se sont déroulées dans trois régions : le Nord Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et la Bretagne. Des entretiens ont été effectués tant au niveau national qu'au niveau régional avec les représentants des institutions concernées, des personnes ressources et des professionnels de différents domaines engagés dans les actions de prévention (Education Nationale, secteur associatif, représentants des secteurs de pédopsychiatrie etc). La mission a également étayé ses constats sur la lecture de la vaste documentation disponible qui témoigne d'une réflexion de maints acteurs dans le domaine de la prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents.

Dans une première partie, la mission présente ses principaux constats. Dans une seconde, elle dégage, à partir de ceux-ci, huit axes majeurs de prévention, qui débouchent sur des recommandations opérationnelles nécessitant un engagement politique préalable fort.

La mission a exclu de son champ d'investigation des sujets traités parallèlement ou récemment étudiés. Elle a choisi quelques thèmes, en fonction des données épidémiologiques disponibles, des initiatives locales (PRS), axés autour de la problématique des comportements à risque chez les enfants et les adolescents ; ce choix l'a conduit à centrer son étude sur la classe d'âge des 1-19 ans, excluant la première année de la vie (sauf lors de l'approche psychologique, primordiale à cette période) et les jeunes adultes (19-24 ans).

1. Les constats

1.1 L'état des travaux et des réflexions démontre la nécessité des actions de prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents

Les comparaisons établies avec les pays de l'Union Européenne indiquent que les jeunes français fument plus, boivent plus d'alcool, consomment davantage de produits psychoactifs et psychotropes, sont plus fréquemment contaminés par le VIH, meurent plus d'accidents de la circulation et se suicident plus. **Il apparaît, aux yeux des experts, que la surmortalité adolescente est liée essentiellement à la souffrance psychique.** Elle peut donc être diminuée par des actions éducatives qui ne se limitent pas à envoyer des messages sur la nocivité des produits et des conduites à risque mais prennent en considération le développement de la personnalité, dans son histoire et ses rapports avec son environnement.

1.2 Les PRS jouent un rôle moteur dans le domaine de la prévention sanitaire

La mission a pu constater que **la politique des PRS a suscité une dynamique forte qui repose essentiellement sur la mobilisation des acteurs locaux.** Les actions entreprises, le plus souvent en réseau, répondent aux besoins des jeunes. Cette démarche commence à mettre en œuvre les méthodes de santé communautaire, plus largement utilisées dans les pays anglo-saxons et scandinaves et se référant aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé dans la charte d'Ottawa. Cependant, les PRS sont quelque peu victimes de leur succès : ils financent un nombre important de projets locaux sans que soit clairement établie une hiérarchie entre les priorités.

Le caractère non-pérenne du financement des PRS est également un obstacle au maintien de structures légères d'accueil, d'écoute et d'appui psychologique qui constituent pourtant l'une des meilleures initiatives qu'il ait été donné à la mission d'observer. Enfin le développement des PRS risque l'essoufflement dans la mesure où les services de santé primaire (PMI, santé scolaire, pédopsychiatrie, notamment) sont notoirement sous encadrés au regard des besoins.

1.3 La santé mentale, parent pauvre de la santé publique, est au cœur de toute stratégie de prévention efficace des comportements à risque des enfants et adolescents

La santé mentale demeure le parent pauvre de la santé publique, ce qui nuit à la prévention sanitaire qui, pour être efficace, doit être globale. Les différentes étapes du développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent sont insuffisamment prises en compte. Il en va ainsi de la petite enfance, période cruciale des processus d'identification et d'apprentissage, qui nécessite une **formation des parents et une mobilisation de réseaux de périnatalité véritablement interdisciplinaires**. De même, une meilleure distinction des différentes étapes de l'adolescence s'impose pour une prévention conçue comme un accompagnement de l'adolescent dans ses expériences de prise de risque.

Le passage d'une vision tranchée de la santé mentale, identifiée à tort à la psychiatrie, à une vision de la santé mentale englobant tous les processus psychiques est encore un défi à relever. Alors qu'en France la prévention se fonde plutôt sur une stratégie défensive (actions par type de consommation de produit ou de conduite addictive), dans d'autres pays, au Québec notamment, la prévention se fonde sur une stratégie de promotion de la santé. Il s'agit de consolider l'estime de soi et d'apprendre à s'aimer soi-même pour désirer se protéger et accepter de respecter l'autre. La stratégie de prévention nécessite une profonde évolution de notre culture et de nos comportements, en particulier en amenant les parents et l'institution scolaire, non pas à renoncer à leurs rôles de référents, ce qui serait dommageable pour les jeunes, mais à aider les enfants et les adolescents à prendre progressivement leurs responsabilités. Les professionnels rencontrés sont unanimes à considérer que le système scolaire, par exemple, reste trop axé sur une conception réductrice de la performance scolaire, au détriment de l'objectif de formation des autres aspects de la personnalité.

1.4 Les effectifs de professionnels sanitaires et sociaux et les moyens consacrés à la formation, notamment en matière de prévention, sont insuffisants

L'évolution de la démographie médicale oblige toutefois à repenser la place des différents professionnels de la santé mentale en se refusant à tout choix par défaut. Face à la pénurie de psychiatres dans un grand nombre de départements défavorisés économiquement ou à prédominance rurale, et face aux perspectives démographiques de cette profession (les plus défavorables parmi les disciplines médicales), il serait nécessaire d'organiser une nouvelle répartition des compétences entre les psychiatres, les psychologues et les infirmiers.

Le problème des moyens en personnels qualifiés appelés à contribuer aux missions de prévention est posé au-delà de celui des personnels de psychiatrie. En considérant la part élevée de consultations pour un « mal-être » chez les médecins généralistes (les adolescents en constituant une part non négligeable), il est clair que le besoin de

formation de ces médecins à l'écoute et à l'orientation des détreffes psychiques doit être renforcé. Les formes de participation des généralistes libéraux aux actions de prévention ont été évoquées avec leurs représentants ; l'idée d'une « consultation de prévention », distincte de l'acte médical classique, ne paraît pas recueillir beaucoup de suffrages. **Celle d'un paiement au forfait de la participation à des actions en réseau semble recueillir plus d'échos favorables.**

Parmi les catégories de professionnels concernés par la prévention auprès des jeunes, **les travailleurs sociaux peuvent jouer un rôle très important.** La prévention spécialisée constitue un moyen essentiel de prévention de la délinquance, notamment. La mission a pu constater son utilité en matière de prévention sanitaire à condition de reposer sur une sélection rigoureuse de professionnels expérimentés et formés à l'écoute (thérapie familiale, approche systémique etc.).

Il doit être, en tout état de cause, envisagé un **investissement prioritaire dans l'offre de formations complémentaires dans les disciplines de l'aide psychologique** et dans les métiers du développement communautaire à l'intention des professionnels sanitaires et sociaux expérimentés.

1.5 Les actions de prévention sanitaire ne sont pas menées assez précocement

Il est acquis, d'un point de vue clinique, que la construction de la relation affective est un processus essentiel pour la construction de la personnalité de l'enfant dès la période de la préparation à l'accouchement. Cette relation affective inclut l'ensemble de la famille et pas seulement la mère, même si la place de cette dernière implique une attention particulière. Or, le constat doit être dressé que la période de la naissance est presque exclusivement l'objet, de la part de la médecine, d'une attention à l'état de santé physique de la mère et de l'enfant. Les réseaux de périnatalité sont un instrument fondamental de la prise en charge globale de la naissance et d'intéressantes expériences telles que celle du CHU de Lille montrent la voie. Il reste cependant beaucoup à faire, au plan national, pour l'extension de la politique des réseaux de périnatalité et pour l'instauration d'une bonne liaison entre ceux-ci et ceux de la santé mentale, de la PMI et de la médecine libérale (généraliste et pédiatrique).

Le carnet de santé de santé est un outil précieux de prévention sanitaire. Mais il ne contient pas d'informations suffisantes sur le développement psychique de l'enfant, ce qui serait également une des voies pour dé-stigmatiser le questionnement sur le bien-être psychique.

L'aide apportée aux parents pour acquérir des compétences éducatives repose largement sur l'initiative associative locale, souvent mise en place en réponse à des situations d'urgence. Le travail effectué par des associations telles que « L'école des parents » ou des associations créées localement à l'initiative de pédopsychiatres ou professionnels de l'aide (Nantes, La Roche-sur-Yon, Lannion, Guingamp, par exemple) est remarquable. Mais il risque de s'essouffler faute d'un financement pérenne. La mission, après avoir entendu l'avis des différents spécialistes, considère que **le soutien parental devrait constituer un des axes majeurs de la politique de la famille.**

Les services de PMI devraient jouer un rôle majeur dans la prévention sanitaire en direction des enfants comme en témoigne le service de PMI du Pas-de-Calais qui a mis en place une prévention primaire globale en direction des jeunes de 0 à 20 ans. Mais la

mission note que la moitié des départements dispose d'un service de PMI sous encadré à l'égard des normes fixées en application de la loi de 1989. Par ailleurs, elle a été sensible aux observations des experts en santé publique qui soulignent que la PMI ne pouvant effectuer que des actes de prévention, une seconde consultation auprès d'un médecin libéral est nécessaire si des soins doivent être prescrits, ce qui représente une complication certaine pour un certain nombre de familles marquées par la précarité.

L'école a insuffisamment intégré la problématique de santé des jeunes dans la formation de la personnalité des élèves, malgré le développement des « comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (CESC).

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves consacre 70 % de son temps médical à la réalisation des bilans systématiques de santé dont l'intérêt est mis en cause par la quasi-totalité des experts et des professionnels de terrain. Cela détourne le service, aux moyens insuffisants par ailleurs, de missions plus ciblées sur des priorités sanitaires attestées par l'analyse des besoins. **Les actions de soutien individuel sont très limitées, de même que les actions de promotion de la santé.** L'appui aux élèves en situation de souffrance psychique repose surtout sur les infirmières de santé scolaire. Il est à noter que 14 villes (dont Nantes et Grenoble) se sont engagées dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents en collaboration avec le service de santé scolaire.

De l'avis des spécialistes rencontrés, mais aussi de beaucoup de praticiens de la prévention, le milieu scolaire demeure insuffisamment sensibilisé à la nécessité du bien-être des élèves. L'école française reste un lieu de compétition entre individus, renforcé par les attentes de nombreux parents : la forte valorisation de la sanction des résultats scolaires en vient à limiter l'impératif de renforcement des capacités de l'enfant, qui est la condition première d'une « bonne santé ». **Le principal problème de l'institution scolaire est l'insuffisance de formation, tant initiale que continue, des maîtres en matière d'éducation et de promotion de la santé, comme de repérage des signes de la souffrance psychique.**

Le développement des « Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté » représente un progrès certain, ainsi que la mission a pu le constater aussi bien dans le Nord Pas-de-Calais, qu'en Pays de Loire ou en Bretagne. Son intérêt réside dans l'appel aux méthodes de santé communautaire qui rendent les élèves, participant à la vie des CESC, acteurs et pas seulement réceptacles plus ou moins passifs de messages d'information sanitaire.

En pratique, l'apprentissage du civisme reste soumis aux choix individuels des enseignants et à leur comportement, par exemple à l'égard du tabac. Il semble difficile de dresser aujourd'hui un tableau exhaustif du degré d'engagement du monde de l'enseignement en faveur d'une éducation à la citoyenneté et à la santé. C'est pourtant par l'imprégnation de tous les moments de la vie au sein de l'institution scolaire que cette formation à la citoyenneté devrait progresser.

1.6 La complexité du système institutionnel de la santé, au niveau régional, est un obstacle au développement des politiques de prévention

- Le pilotage de la santé repose sur une double autorité (préfet de région et directeur d'ARH) ;
- Le champ des compétences en matière de prévention est partagé entre de nombreuses autorités ;
- L'assurance maladie est éclatée en différents régimes aux cultures différentes, des modalités d'organisation qui dispersent les responsabilités. Les règles de financement du régime général demeurent centralisées ;
- L'harmonisation des règles de financement est insuffisante ;
- La rigidité de certains critères d'éligibilité aux financements des actions et le caractère non pérenne de certains crédits hypothèquent le développement des structures légères d'accueil et d'écoute.

1.7 Une forte attente existe en matière d'aide méthodologique, qu'il revient à l'INPES de satisfaire. En revanche, son positionnement doit être précisé. Le principe de la création de délégués régionaux est reçu avec inquiétude par des acteurs qui éprouvent des difficultés à se repérer dans un système institutionnel jugé trop complexe et par des responsables de CRES, déjà très engagés sur le terrain, qui s'interrogent sur leur rôle demain.

2 Les recommandations

2.1 Affirmer, dans le projet de loi quinquennale, la prévention sanitaire en direction des enfants et adolescents comme une des priorités nationales

2.2 Faire du soutien parental un des axes majeurs de la politique de la famille, notamment par les actions suivantes :

- En affectant des moyens financiers permettant le déroulement effectif d'une consultation de prévention en faveur de tous les couples dans les services de maternité ;
- En faisant de la préparation à l'accouchement un temps de formation des futurs parents à leurs responsabilités ;
- En revalorisant l'accouchement sans problèmes et les suites de couches dans les maternités pour assurer un bon départ au couple « parents/nouveau-né » ;
- En compensant la brièveté de la durée du séjour en maternité par un suivi obligatoire des nouveaux-nés à domicile jusqu'à l'âge de trois mois ;
- En donnant aux services de PMI des missions renouvelées de prévention sanitaire et en mettant en œuvre un plan de rattrapage des effectifs ;
- En faisant du développement des réseaux de périnatalité une priorité et en les dotant d'équipes pluridisciplinaires (notamment de psychologues cliniciens) ;
- En prévoyant la possibilité de coupler le transfert d'un nouveau-né vers un établissement de santé avec un plateau technique de pointe avec celui de sa mère ;
- En reconsidérant la conception du carnet de santé de l'enfant pour en faire un véritable vecteur de prévention sanitaire globale ;
- En proposant aux médecins libéraux, généralistes et pédiatres, un contrat de collaboration au travail en réseau rémunéré au forfait en contre partie d'engagements de formation, de participation à l'élaboration de projets d'aide individuelle à des

jeunes pour la prise en charge de leur santé, à des programmes collectifs d'éducation et de promotion de la santé.

2.3 Accélérer la mise en œuvre du plan de santé mentale et préparer un plan de rattrapage dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile

- En développant la téléphonie sociale comme outil permettant d'établir un lien avec les jeunes ;
- En favorisant la création d'unités d'hospitalisation pour les adolescents, conçues comme des lieux pour « se poser » et faire un bilan ;
- En aidant au développement des réseaux d'accueil, d'écoute, d'appui psychologique des jeunes et des parents et en continuant à promouvoir des espaces de dialogue entre adultes et adolescents ;
- En confortant la mission de l'éducation nationale sur le terrain de la prévention sanitaire et de l'acquisition pour tous les jeunes des comportements citoyens ;
- En donnant une chance supplémentaire aux élèves entrant en cours préparatoire en généralisant le bilan de santé complet entre 4 et 5 ans (physique, sensoriel, psychologique et moteur) permettant la mise en place de rééducations, ou de thérapies, ou d'appareillage avant l'apprentissage de la lecture ;
- En soutenant le fonctionnement et le financement des CESC ;
- En renforçant la prévention primaire et la promotion de la santé dans la formation initiale et continue des professionnels du secteur éducatif.

2.4 Soutenir les PRS en faveur des enfants et adolescents, notamment ceux qui ont une approche globale de santé et s'articulent au travail en réseau :

- En sélectionnant davantage les priorités et les objectifs des projets ;
- En encourageant les expériences de territorialisation (ateliers santé-ville, programmes territoriaux de santé) ;
- En développant la formation des participants aux PRS ;
- En confortant la fonction de chef de projet ;
- En déconcentrant et en globalisant les financements de la santé publique ;
- En assouplissant les règles d'allocation de moyens.

2.5 Développer le rôle d'appui méthodologique de l'INPES

SOMMAIRE

| | |
|---|----------|
| INTRODUCTION..... | 4 |
| 1. LES CONSTATS..... | 7 |
| 1.1 LES TRAVAUX MENÉS AU COURS DE LA PÉRIODE RÉCENTE SUR LA SANTÉ DES JEUNES APPORTENT DES DONNÉES PRÉCISES ET DÉBOUCHENT SUR DES CONCLUSIONS CONVERGENTES..... | 7 |
| 1.1.1 <i>Les données épidémiologiques sont aujourd'hui suffisantes pour affirmer les priorités et mettre en œuvre des actions précoces pour réduire la mortalité prématurée et le taux de comportements addictifs ...</i> | 7 |
| 1.1.2 <i>Les priorités de santé publique sont cependant clairement affichées</i> | 8 |
| 1.2 LA DYNAMIQUE CRÉÉE PAR LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ (PRS) EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS NE PEUT SUFFIRE À COMPENSER LES FAIBLESSES DES SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRE..... | 10 |
| 1.2.1 <i>La gestion par objectifs a incontestablement apporté à la santé publique une dynamique nouvelle</i> | 10 |
| 1.2.2 <i>Les problèmes de la politique des PRS.....</i> | 12 |
| 1.2.2.1 La multiplicité des projets..... | 12 |
| 1.2.2.2 L'insuffisante hiérarchisation des priorités..... | 12 |
| 1.2.2.3 Les faiblesses de la coordination entre acteurs | 13 |
| 1.2.2.4 L'investissement en formation des acteurs, particulièrement dans le domaine de la santé des jeunes, est insuffisant..... | 13 |
| 1.2.2.5 La prise de conscience de l'importance des problèmes psychologiques dans les comportements à risque des jeunes demeure inégale chez de nombreux élus locaux..... | 14 |
| 1.2.3 <i>Les PRS risquent surtout de masquer temporairement les faiblesses des réseaux de santé primaire et de s'essouffler faute de relais suffisants</i> | 15 |
| 1.2.3.1 Réseaux de périnatalité et PMI..... | 15 |
| 1.2.3.2 Les incertitudes quant à l'étendue de la participation de la médecine libérale aux politiques de prévention..... | 15 |
| 1.2.3.3 L'insuffisante capacité de réponse des services de psychiatrie infanto-juvénile aboutit à une perte de chance préoccupante pour un certain nombre d'enfants | 18 |
| 1.2.3.4 Le rôle et la place des services sociaux, et notamment des services spécialisés, dans la prévention des comportements à risque de la jeunesse ne semblent pas pensés comme contribution à la prévention sanitaire..... | 19 |
| 1.3 LA SANTÉ MENTALE, DIMENSION ESSENTIELLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, EST INSUFFISAMMENT PRISE EN COMPTE DANS LES DISPOSITIFS DE SANTÉ PRIMAIRE..... | 20 |
| 1.3.1 <i>Mener des actions de prévention en direction des enfants et des adolescents qui tiennent compte des différentes étapes de leur développement physique, mais aussi psychologique et moteur est une des priorités du "plan de santé mentale"</i> | 20 |
| 1.3.2 <i>L'apprentissage du risque, élément de la construction de la personnalité de l'adolescent, n'est positif que si les adultes assument, face à l'adolescent, leur statut et jouent leur rôle de référent.....</i> | 21 |
| 1.3.3 <i>Une banalisation de la consommation du cannabis alarmante chez des adolescents qui cherchent à fuir des sensations de mal-être et de malaise</i> | 23 |
| 1.3.4 <i>Le passage de la psychiatrie à la promotion de la santé mentale est encore un défi à gagner qui nécessite un soutien politique fort</i> | 25 |
| 1.3.4.1 Les modes d'approches ne permettent pas de renforcer les facteurs de protection des enfants et des adolescents | 25 |
| 1.3.5 <i>L'évolution de la démographie médicale oblige à repenser la place des différents professionnels de la santé mentale</i> | 26 |
| 1.4 LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES NE SONT PRIS EN COMPTE NI PRÉCOCEMENT NI SYSTÉMATIQUEMENT DANS LE DISPOSITIF DE SANTÉ PRIMAIRE..... | 30 |
| 1.4.1 <i>La prise en charge autour de la naissance est encore trop centrée sur les aspects somatiques ...</i> | 30 |
| 1.4.2 <i>Le carnet de santé est un outil qui contient encore des ressources inexploitées en matière de prévention sanitaire.....</i> | 33 |
| 1.4.3 <i>Le soutien à la parentalité n'est pas encore l'axe central de la politique de la famille.....</i> | 33 |
| 1.4.4 <i>L'exemple du service de PMI du Pas-de-Calais montre le rôle que peut jouer la PMI en matière de prévention sanitaire.....</i> | 36 |
| 1.4.5 <i>Les lieux banalisés d'écoute font un travail essentiel de prévention primaire.....</i> | 37 |
| 1.4.6 <i>L'école occupe une place essentielle dans le dispositif de prévention primaire, mais la problématique de la santé n'est pas encore véritablement intégrée à l'action éducative</i> | 40 |
| 1.4.6.1 La santé scolaire est mobilisée par la réalisation des bilans de santé au détriment des actions de prévention sanitaire | 40 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1.4.6.2 | La problématique de santé globale des jeunes demeure, sauf exception, mal maîtrisée par le milieu scolaire | 43 |
| 1.4.6.3 | Les CESC peuvent constituer un dispositif utile de prévention sanitaire en direction des jeunes scolarisés dans le secteur public..... | 45 |
| 1.5 | LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME RÉGIONAL DE PILOTAGE EST UNE SOURCE DE DIFFICULTÉS..... | 50 |
| 1.5.1 | <i>L'harmonisation des règles de financement des nombreuses institutions intervenant dans le champ de la santé est insuffisante</i> | 53 |
| 1.5.2 | <i>Le rôle de tête de réseau de l'INPES est encore trop peu perçu et affirmé</i> | 55 |
| 1.5.2.1 | La santé mentale est oubliée dans les actions de prévention prévues pour 2003 | 55 |
| 1.5.2.2 | Les actions prévues par les Comités en direction des adolescents sur le thème de l'usage des drogues sont insuffisantes..... | 56 |
| 1.5.2.3 | Les partenariats de l'INPES avec les Conseils généraux et l'Education nationale sont insuffisamment développés..... | 57 |
| 1.5.2.4 | Le rôle de l'INPES est encore insuffisamment reconnu en tant que dispensateur de méthodologie..... | 58 |
| 2. | LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION | 59 |
| 2.1 | INSCRIRE COMME UNE DES PRIORITÉS NATIONALES, DANS LA LOI QUINQUENNALE RELATIVE À LA PRÉVENTION, L'EFFORT EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS. | 59 |
| 2.2 | FAIRE DU SOUTIEN AUX PARENTS UN DES AXES MAJEURS DE LA POLITIQUE DE LA FAMILLE..... | 60 |
| 2.2.1 | <i>En affectant des moyens financiers permettant l'organisation d'une véritable consultation de prévention en direction de tous les couples dans les services de maternité</i> | 60 |
| 2.2.2 | <i>En revalorisant l'accouchement sans problèmes et les suites de couches dans les maternités pour assurer un bon départ au couple « parents/nouveau né »</i> | 60 |
| 2.2.3 | <i>En compensant la brièveté de la durée du séjour en maternité par un suivi systématique obligatoire des nouveaux nés à domicile jusqu'à l'âge de 3 mois</i> | 60 |
| 2.2.4 | <i>En donnant aux services de PMI des missions rénovées en matière de prévention sanitaire, et en mettant en œuvre, dans le cadre d'une concertation entre l'Etat et les départements, un plan de rattrapage des effectifs</i> | 61 |
| 2.2.5 | <i>En prévoyant la possibilité de coupler le transfert d'un nouveau né vers un établissement de santé avec un plateau technique de pointe, avec celui de sa mère vers ce même hôpital</i> | 62 |
| 2.2.6 | <i>En reconsidérant la conception du carnet de santé de l'enfant pour en faire un véritable vecteur de prévention sanitaire globale</i> | 62 |
| 2.3 | CRÉER LES CONDITIONS D'UNE PARTICIPATION ACTIVE D'UN PLUS GRAND NOMBRE DE MÉDECINS LIBÉRAUX (GÉNÉRALISTES ET PÉDIATRES) AUX RÉSEAUX DE PRÉVENTION SANITAIRE..... | 62 |
| 2.4 | ACCÉLÉRER LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SANTÉ MENTALE ET PRÉPARER UN PLAN DE RATTRAPAGE DANS LE SECTEUR DE LA PÉDO PSYCHIATRIE..... | 63 |
| 2.4.1 | <i>En développant la téléphonie sociale comme outil permettant d'établir un lien avec les jeunes et de les orienter selon leurs besoins de santé</i> | 63 |
| 2.4.2 | <i>En favorisant la création d'unités d'hospitalisation pour les adolescents, conçues comme des lieux pour « se poser » et faire un bilan</i> | 64 |
| 2.4.3 | <i>En aidant au développement des réseaux d'accueil, d'écoute, d'appui psychologique des jeunes et des parents et en continuant à promouvoir des espaces de dialogue entre adultes et adolescents</i> | 65 |
| 2.5 | CONFORTER LA MISSION DE L'ÉDUCATION NATIONALE DANS LES DOMAINES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ, DE LA PRÉVENTION SANITAIRE ET DE L'APPRENTISSAGE DE LA CITOYENNETÉ | 66 |
| 2.5.1 | <i>En donnant une chance supplémentaire aux élèves entrant au cours préparatoire</i> | 66 |
| 2.5.2 | <i>En soutenant le fonctionnement et le financement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)</i> | 67 |
| 2.5.3 | <i>En prenant en compte la prévention primaire et la promotion de la santé dans la formation initiale et continue des professionnels du secteur éducatif</i> | 67 |
| 2.6 | ASSOCIER LA PRÉVENTION SANITAIRE À LA PRÉVENTION SOCIALE POUR LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LA DÉLINQUANCE | 68 |
| 2.7 | SOUTENIR PRIORITAIREMENT LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ DÉVELOPPANT UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ DES JEUNES ET S'INTÉGRANT AU TRAVAIL EN RÉSEAU..... | 69 |
| 2.7.1 | <i>Retenir, au niveau régional, un nombre restreint de priorités</i> | 69 |
| 2.7.2 | <i>Encourager les expériences de santé communautaire, en particulier les « ateliers villes-santé » dans le cadre de la politique de la ville et les expériences de programmes territoriaux de santé</i> | 69 |
| 2.7.3 | <i>Développer prioritairement la formation des participants aux PRS</i> | 70 |
| 2.7.4 | <i>Conforter la fonction de chef de projet</i> | 70 |
| 2.7.5 | <i>Déconcentrer et globaliser le financement des PRS au niveau régional</i> | 71 |
| 2.7.6 | <i>Assouplir les conditions d'éligibilité au financement des PRS</i> | 71 |

2.8 DÉVELOPPER LE RÔLE D'APPUI MÉTHODOLOGIQUE DE L'INPES EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ
ET DE PRÉVENTION SANITAIRE EN FAVEUR DE LA JEUNESSE 71

CONCLUSION..... 73

ANNEXES

INTRODUCTION

I. Les objectifs de la mission

« La prévention sanitaire dans le système de santé français » est le thème retenu pour le rapport annuel de l'IGAS en 2003. Huit missions thématiques ont été constituées pour étudier aussi largement que possible, cette problématique¹.

Par lettre de mission de la chef de l'IGAS en date du 22 juillet 2002², Bernard MARROT, Claire TROUVE et Patricia VIENNE, membres de l'inspection générale des affaires sociales, ont été désignés pour assurer la mission préparatoire n° 4 relative à la « Prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents ».

Certains secteurs ont d'emblée été exclus du champ d'investigation et de réflexion de la mission, et cela malgré leur intérêt majeur. En effet soit, ils ont déjà fait l'objet de travaux de l'IGAS avec, pour certains, la mise en œuvre de politiques publiques qu'il est trop tôt pour évaluer, soit ils sont abordés par les autres missions préparatoires ou bien ils correspondent à des missions particulières demandées par le ministre chargé de la santé, de la famille et des personnes handicapées. C'est ainsi le cas de :

- La période périnatale, puisqu'une mission a été confiée par le ministre à M. BREARD de l'INSERM et à deux experts médicaux (Pr. ROZE du CHU de Nantes et Pr. PUECH du CHU de Lille) ; ils sont chargés notamment de présenter un bilan sur la situation actuelle de la périnatalité en France et de proposer des mesures, en particulier concernant la prévention du handicap chez les grands prématurés ;
- Le saturnisme, ainsi que l'asthme et les allergies des voies respiratoires de l'enfant qui seront abordés par la mission n° 5 (en lien en particulier avec la pollution) ;
- Les troubles du comportement alimentaire et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent qui relèvent de la mission n° 6 ;
- L'hygiène bucco-dentaire, thème spécifique qui nécessiterait une étude distincte³ ;
- Les troubles complexes du langage puisqu'un rapport de l'IGAS a été consacré à ce sujet⁴.

Une étude particulière ayant été confiée en juillet 2002 à Philippe MOST⁵, membre de l'IGAS sur la santé scolaire, la présente mission a abordé ce thème principalement par le volet « reconnaissance des signes de difficultés ou/et de souffrance des élèves, construction des

¹ Pour consulter la liste des missions préparatoires au rapport de synthèse se reporter à l'annexe n° 2.

² La lettre figure en annexe n° 1.

³ Une étude du CREDES vient de paraître sur « L'évaluation sociale du bilan buccodentaire » - 2002 : pour analyser la perception et la compréhension par les familles du bilan proposé par l'assurance-maladie aux adolescents de 15 à 18 ans.

⁴ Se référer à l'« Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social et sanitaire dans la prise en charge des troubles complexes du langage » – Mmes le Dr ROUSSEAU-GIRAL et H. STROHL (IGAS), mission IGAS/IGEN n° 2002-003-janvier 2002.

⁵ Le rapport intermédiaire sur « la santé des jeunes en milieu scolaire » a été remis le 11 janvier 2003 au ministre chargé de la santé.

réseaux, interface et partenariat avec les autres professionnels et orientation vers les autres acteurs ».

La mission a choisi quelques thèmes comme porte d'entrée pour son rapport sur la prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents en fonction des données épidémiologiques disponibles, des actions initiées localement, notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS), et à partir des critères classiques en santé publique que sont :

- l'importance quantitative de la population concernée et les années de vie potentiellement gagnées ;
- la place du risque dans la vie des enfants et des jeunes ;
- la gravité des conséquences potentielles (physique, psychique et sociale) à court, moyen et long terme ;
- le caractère évitable de la morbidité ou mortalité en fonction des mesures prises ;
- l'acceptabilité par la société et par les populations concernées des actions à mener ;
- la faisabilité des actions de prévention à mettre en place ;
- l'établissement de critères simples d'évaluation de l'efficacité des mesures prises.

Elle a décidé d'aborder le sujet par l'évolution possible des comportements à risque à partir de trois axes de réflexion, utilisés pour illustrer les démarches de prévention et conceptualiser les propositions :

- * Comment participer à la réduction de la mortalité et à la prévention des handicaps ?
 - Les accidents de la voie publique : *un apprentissage de la vie en société, de l'altruisme et de la civilité ;*
 - Et les accidents domestiques : *un accroissement des mesures de prévention passive et une meilleure connaissance du développement et des capacités de l'enfant ;*
- * Comment prévenir et réduire certains troubles mentaux et du comportement ?
 - La prévention du suicide : *la nécessité d'un repérage précoce de signes de mal-être ;*
 - Et la promotion de la santé mentale : *la construction d'une image positive de soi.*
- * Comment éviter la dépendance chez (l'enfant et) l'adolescent ?
 - L'usage de l'alcool, du tabac, des drogues illicites et des médicaments psychotropes : *copier l'adulte ou apaiser son mal-être ?*

La mission a donc cadré la problématique à aborder en tenant compte de plusieurs facteurs :

- La notion de développement longitudinal de l'individu où chaque étape de la vie contribue à préparer et construire la suivante sans que rien ne soit jamais fixé, ni définitivement joué ;
- Les prises de risque nécessaires pour que l'enfant et l'adolescent se construisent en explorant et en se confrontant à la vie : équilibre entre la réduction des risques par la réglementation (prévention passive) et l'apprentissage de la gestion individuelle du risque (prévention active) ;

- La dimension individuelle (capacité à agir sur sa propre santé) et collective de la prévention (information, acquisition de connaissances) pour la préservation ou restauration de sa santé ;
- le contexte social, culturel et économique dans l'analyse des comportements et des troubles éventuels (désarroi de la jeunesse, crise de la cellule familiale, l'absence de repères).

Ainsi, il s'agit de prendre en compte l'enfant et l'adolescent dans sa globalité physique et mentale, comme une personne en interaction avec son milieu familial et social.

En tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la mission a choisi de centrer son étude sur la classe d'âge des 1/19 ans ; ceci exclut la première année de vie (sauf lors de l'approche psychologique et affective où cette période est primordiale) et les jeunes adultes (19-24 ans).

II. Le déroulement de la mission

Pour préparer et mener à bien ce travail, la mission a utilisé quatre outils méthodologiques :

- **Le recueil et la lecture critique d'une partie** (vu la multitude des travaux et documents élaborés) **des documents disponibles⁶ sur ce sujet ;**
- **Les éléments de comparaisons internationales**, notamment ceux provenant des pays visités par les membres de l'IGAS en charge de la mission internationale ;
- **La rencontre avec des représentants nationaux** d'institutions et d'organismes et des personnes qualifiées ayant en charge le secteur de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que l'élaboration de politiques de prévention ;
- Et enfin **des entretiens réalisés dans trois régions (Nord Pas-de-Calais, Pays-de-Loire et Bretagne)** avec des décideurs locaux et des professionnels de terrain contribuant à la prise en charge quotidienne de cette population, qui mettent en œuvre, au niveau d'un territoire, des actions de prévention⁷. Ces trois régions ont été choisies notamment pour les programmes mis en place : programmes régionaux de santé (PRS) thématiques « Prévention du suicide » et « Alcool, tabac, drogues » et PRS « Santé des enfants et des jeunes » avec des actions permettant aux jeunes de gérer la prise de risque. De plus, ces régions ont établi de nombreux partenariats, en particulier entre le secteur sanitaire, social et le monde éducatif.

Dans une première partie (I) la mission présente les principaux constats. A partir de ceux-ci, dans la seconde partie (II), **elle dégage huit axes majeurs** qui font l'objet de recommandations opérationnelles nécessitant au préalable un affichage et un engagement politiques forts pour avoir une action de levier efficace.

⁶ Voir bibliographie en annexe n° 8.

⁷ La liste des personnes rencontrées ou contactées se trouve en annexe n° 3.

1. LES CONSTATS

Après un bref état des lieux statistiques et des travaux menés (1.1), la mission a choisi, pour présenter quelques constats importants, d'insister sur quatre thèmes. Les programmes régionaux de santé (PRS) jouent un rôle moteur dans la promotion de la santé et dans la prévention sanitaire. Ils constituent des outils locaux pertinents de planification et d'actions de terrain, sous réserve de quelques ajustements (1.2). La santé mentale, notamment en direction des enfants et des adolescents, reste le parent pauvre de la santé publique, ce qui nuit à la réussite d'une véritable politique de prévention en France (1.3). Les actions de prévention ne sont pas menées suffisamment précocement pour que les messages s'intègrent dans la construction de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent (1.4). La complexité du système institutionnel de santé au niveau régional entrave le développement du plan de santé mentale et dessert les objectifs de prévention (1.5).

1.1 Les travaux menés au cours de la période récente sur la santé des jeunes apportent des données précises et débouchent sur des conclusions convergentes

1.1.1 Les données épidémiologiques sont aujourd'hui suffisantes pour affirmer les priorités et mettre en œuvre des actions précoces pour réduire la mortalité prématurée et le taux de comportements addictifs

La population des 12-20 ans représente 12,5 % de la population totale, soit 7 millions de personnes. Cette population connaît un taux de morts prématurées supérieur à la moyenne de sa catégorie en Europe. Même si on observe une diminution de ce taux chez les 15-24 ans, cette baisse est moins nette en France par rapport au reste de l'Europe. Par ailleurs, tous les praticiens soulignent la forte progression des troubles psychiques, qu'il ne faut pas confondre avec les pathologies mentales, mais qui peuvent évoluer vers ces pathologies et, en tout état de cause, débouchent sur un fort accroissement des conduites addictives.

Tous les professionnels rencontrés par la mission soulignent notamment ce qu'ils considèrent comme **une « explosion » depuis 5 ans, des comportements de triple consommation d'alcool, tabac et cannabis**. Ils notent tous que les discours tenus par les responsables publics en faveur de la libéralisation de la consommation du cannabis ont été interprétés par de nombreux adolescents comme une permission de consommer librement.

Les accidents et les suicides sont les deux premières causes de décès chez les jeunes 15-24 ans, surtout chez les jeunes hommes : 70 % des décès des jeunes français âgés de 15 à 24 ans sont des morts violentes. Il y a environ 650 suicides par an dans la classe d'âge des 15-24 et chez les suicidés, contrairement à une idée reçue, on dénombre 3,7 fois plus de garçons que de filles.

S'agissant des accidents sur la voie publique, au nombre de 116.745 en 2001 :

- environ 44 % des victimes de 0 à 14 ans sont des piétons ou des cyclistes ;

- les jeunes de 15 à 24 ans représentent 12,5 % de la population, mais 26,9 % des tués sur la route⁸.

Entre 11 et 16 ans, il y a 30 accidents scolaires ou de loisirs pour 100 garçons et 14 pour 100 filles, ce qui est préoccupant. Le nombre d'accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans s'élève à 380.000, dont 50.000 ont nécessité une hospitalisation d'une durée moyenne de 7 jours (source CNAMTS).

En ce qui concerne les troubles psychiques, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, consacré à la souffrance psychique des jeunes (1997) contient des données nombreuses et précises. Il faut d'abord insister sur les corrélations mises en évidence par une étude de l'INSERM (CHOQUET-LEDOUX-1994), entre la dépressivité et les comportements suivants : tentatives de suicide, absentéisme scolaire régulier, conduites violentes régulières et consommation de drogue. Or, on estime que 2 à 8 % des 15-19 ans subissent des états dépressifs (7,5 % des garçons et 22,5 % des filles)⁹. C'est dans cette tranche d'âge que l'on trouve le taux maximal de répétition des accidents (62 %).

En ce qui concerne les conduites addictives, 22,9 % des 12-19 ans fument et 21 % ont une consommation impliquant la dépendance. Pour l'alcool, le taux de consommation (régulier ou non) est de 75 % et l'on peut estimer à 10 ou 20 % le taux des consommateurs réguliers. Pour la consommation de cannabis, la consommation régulière est estimée à 14 % et environ 30 % des adolescents ont consommé au moins une fois. La polyconsommation (alcool-tabac-cannabis ou cannabis-psychotropes) serait de 7 à 10 %.

En comparaison avec les pays de l'Union Européenne, les jeunes français (15-29 ans) fument plus, consomment plus de psychotropes (somnifères et tranquillisants), boivent plus d'alcool, sont plus fréquemment contaminés par le VIH, meurent plus d'accidents de la circulation et se suicident plus.

1.1.2 Les priorités de santé publique sont cependant clairement affichées

En 1996, lors de la première conférence nationale de santé (CNS), parmi les dix priorités retenues, trois concernaient de façon directe ou indirecte, des actions à mener en direction de l'enfance et de l'adolescence. Il s'agissait de :

- donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation ;
- coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence ;
- renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention et d'éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac, de drogues ou de médicaments psychotropes.

⁸ « Les grandes données de l'accidentologie – caractéristiques et causes des accidents de la route – juin 2002 » : Sécurité routière.

⁹ En France, plus d'un million de personnes adultes et plus de 370 000 enfants souffrant de troubles mentaux ou du comportement, sont suivis annuellement par les équipes de psychiatrie publique.

La direction générale de la santé (DGS) a alors demandé aux conférences régionales de santé (CRS) de consacrer une partie de leurs travaux à ce thème en 1997.

A partir de cette date, **de nombreuses instances nationales ont inscrit cette tranche d'âge comme prioritaire dans les actions à consolider ou à mettre en place.** Parmi les documents analysés par la mission, certains méritent plus particulièrement d'être mentionnés :

- Rapport du Haut comité de santé Publique (HCSP) adressé à la Conférence nationale de santé de 1997 et au Parlement avec pour titre " Santé des enfants, santé des jeunes " ;
- Rapport préparatoire à la Conférence nationale de santé de 1997 intitulé " Renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants et des adolescents " ;
- Rapport du groupe de travail sur " La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes " remis par le HCSP en février 2000 ;
- Rapport remis par le Dr Xavier POMMEREAU en avril 2002 intitulé " La Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2000 ".

Chacun de ses rapports, avec un éclairage différent et complémentaire, a fait des propositions qui, dans l'ensemble, convergent en faveur d'une politique globale pour la santé des jeunes. **Par politique globale, on entend une politique qui prend en considération la personnalité du jeune, son histoire et le rapport qu'il entretient avec son environnement familial et social.** Cela revient à privilégier la dimension psychologique et sociale autant que les aspects somatiques, à veiller à ce que les liens entre une ou plusieurs conduites addictives et les aspects psychiques soient bien analysés, ce qui est loin d'être la règle générale au regard des observations faites par la mission. Les propositions des différents rapports précités visent aussi bien la formation des professionnels que la réorganisation du système de santé, tant dans ses modes de prise en charge curative que dans ses méthodes et ses moyens de prévention sanitaire.

Au niveau national, plusieurs plans d'actions, avec un volet de prévention s'assignant des objectifs de réduction de la mortalité à l'âge adulte, ont été arrêtés, notamment depuis 2000. Il s'agit en particulier des plans suivants :

- Stratégie d'action alcool 2002-2004 : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool ;
- Stratégie française d'actions face au suicide 2000-2005 ;
- Plan de santé mentale (novembre 2001) ;
- Politique de prévention de l'infection VIH/SIDA en France pour les années 2001-2004 ;
- Programme de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005 ;
- Programme d'actions de prévention et de prise en charge de l'asthme ;
- Programme d'actions 2002-2005 diabète type 2.

Le caractère récent du lancement de la plupart de ces plans exclut toute évaluation stricto sensu. En revanche, de nombreuses circulaires ont défini, depuis 1997, les modalités de création, de fonctionnement et de financement de réseaux d'aide aux jeunes et à leurs parents ; cela donne ainsi une impulsion à des initiatives locales qui se sont multipliées depuis 5 à 7 ans pour tenter de faire face à la montée des comportements à risques chez les jeunes et à l'augmentation des demandes d'aide psychologique sous diverses formes. La mission a pu

établir sur ces différentes actions, une première série d'observations (voir infra). Elle tient, par ailleurs, à souligner le caractère stratégique du plan de santé mentale adopté en novembre 2001 qui donne les principaux éléments de l'action à conduire dans ce domaine.

1.2 La dynamique créée par les programmes régionaux de santé (PRS) en faveur des enfants et des adolescents ne peut suffire à compenser les faiblesses des services de santé primaire

1.2.1 La gestion par objectifs a incontestablement apporté à la santé publique une dynamique nouvelle

La méthode des PRS recueille un très large assentiment chez les acteurs de la santé publique¹⁰. Elle a permis une forte mobilisation de beaucoup de responsables : élus locaux, responsables associatifs, professionnels de la santé, de l'éducation et de l'animation, des services de police et de gendarmerie travaillant avec les services judiciaires et de ces derniers. Les DRASS se sont généralement fortement investies dans l'animation de ce dispositif et elles ont reçu également un appui des URCAM.

Les critiques portent essentiellement sur les modes de fonctionnement des institutions, sur le morcellement institutionnel notamment, qui entrave la démarche des PRS et non sur le principe de la gestion par objectifs des actions de santé publique. Elles conduisent les acteurs locaux à formuler deux séries de demandes prioritaires : en premier lieu, investir davantage, et en priorité, dans la formation des participants aux PRS ainsi que dans un plus grand appui méthodologique. En second lieu, assurer la continuité des actions de santé publique qui exigent une pérennité que, par définition, un PRS ne peut assurer. Il s'agit surtout des points d'accueil et d'écoute jeunes, des consultations d'aide psychologique, des réseaux d'aide à la parentalité dont il est apparu à la mission qu'ils remplissaient un rôle crucial, avec l'aide de personnels qualifiés mais ne disposant souvent que d'un emploi précaire.

La méthode des PRS a, fondamentalement, apporté à la mise en œuvre de la santé publique la dynamique qui lui faisait défaut. La logique même de projet, en ce qu'elle s'assigne des résultats relativement précis, implique cette dynamique de mouvement. Elle a les caractères d'une entreprise et c'est cela qui est mobilisateur.

La méthode du travail par projet nécessite également une analyse aussi rigoureuse que possible du problème que l'on entend traiter. Elle implique qu'une réflexion stratégique s'engage en vue de définir les objectifs et les méthodes susceptibles d'atteindre les résultats recherchés. Le principe de cohérence entre toutes les opérations, depuis les conditions méthodologiques de l'analyse des besoins de santé jusqu'aux conditions méthodologiques de réalisation du projet, est la condition sine qua non du résultat. Même si cette vision théorique est loin de correspondre aux réalités dans un domaine d'action aussi complexe, elle est porteuse d'exigences d'information mutuelle des acteurs, de formation et de rigueur dans la définition des modes opératoires que la politique de subvention de structures permanentes ne garantit pas toujours (ce qui, on vient de le rappeler, ne doit pas condamner le principe du financement pérenne de structures légères dont la nécessité est clairement établie).

¹⁰ Voir en annexe n° 4 la liste des PRS en direction des enfants et des adolescents.

La méthode des PRS, enfin, a permis le développement, encore insuffisant, de programmes de promotion de la santé et de santé communautaire, dont l'intérêt est démontré par un certain nombre d'expériences, surtout dans les pays anglo-saxons et scandinaves.

La promotion de la santé se définit comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa -OMS). Cette approche, globale et intersectorielle, recherche les synergies qui vont permettre des actions convergentes et concertées prenant en compte la multi-causalité des déterminants de la santé. Elle nourrit un certain nombre de projets dits de « santé communautaire » qui se donnent pour but d'aider une population, confrontée à l'échec social, par exemple, à analyser sa situation et à définir les réponses à apporter à celle-ci. Cette prise en charge d'une collectivité par elle-même (quartier urbain, pays rural, établissement scolaire...) repose, au plan méthodologique, sur le postulat d'une forte identité partagée, de fortes interactions entre les membres de ce qui forme une « communauté ».

Les méthodes de promotion de la santé se fondent plus particulièrement sur deux objectifs : d'une part, la valorisation des compétences d'un groupe (ou d'un individu) qu'il importe de l'aider à découvrir (retrouver l'estime de soi) et, d'autre part, la capacité d'un groupe à se prendre en charge (éléments de définition tirés du rapport INSERM sur l'éducation pour la santé des jeunes-juin 2001). Cette approche n'est pas, aux yeux de la mission, nécessairement opposée à l'approche classique de l'éducation sanitaire fondée sur l'apprentissage individuel des facteurs de nocivité des conduites addictives et sur l'apprentissage des conduites de protection à leur égard. Elle peut être complémentaire d'une méthode qui vise moins directement la transmission d'un savoir sanitaire que la formation de la personnalité (et, par voie de conséquence l'aptitude d'un individu à discerner par lui-même les choix rationnels en matière de santé) et la capacité d'un groupe à construire une réflexion collective sur son avenir (dont la santé est une des dimensions essentielles).

Cette conception de la santé, centrée sur la personne et le groupe social, sur leurs représentations notamment, implique une approche différente de celle qui est centrée sur un comportement spécifique. L'objectif est de viser la cause plutôt que l'effet. Dans une telle conception, on classera un certain nombre de PRS se proposant de mettre en œuvre des « Programmes Territoriaux de Santé » dans le cadre de la politique de la ville ou dans le cadre de territoires ruraux définis par l'unité de leurs caractères (pays notamment). De même, s'en rapprochent (ou créent les conditions de possibilité de programmes de santé communautaire), les PRS qui se proposent une approche globale comme la santé mentale ou les conduites addictives plutôt que ceux qui traitent une conduite spécifique. Le rôle de ces derniers peut s'avérer très utile, par l'expertise qu'ils mettent en jeu sur telle ou telle addiction, mais les instances de sélection des PRS devraient sans doute s'assurer qu'ils sont centrés sur la personnalité et sur son environnement, faute de quoi l'information qu'ils apportent aux intéressés risque de n'avoir qu'un effet superficiel.

Le point fort des PRS repose sur la démarche de construction des programmes qui a été généralement adoptée : démarche concertée entre décideurs et opérateurs, unification de la procédure, depuis le « guichet unique » jusqu'aux instances unifiées de définition des priorités, de sélection des projets, de pilotage du dispositif et d'évaluation.

Il est accordé une attention particulière à la pertinence de l'analyse des besoins, à la cohérence des objectifs définis en vue de répondre aux besoins identifiés, à la validité des méthodes proposées pour la réalisation de ces objectifs ainsi qu'à la qualité des indicateurs de suivi et

d'évaluation des actions entreprises. Tel est, du moins, le projet fondamental de la politique des PRS. Sa réalisation se heurte, de l'avis même de ses animateurs, à des difficultés qui soulignent un écart non négligeable entre l'objectif initial et les faits. A cet égard, les PRS s'assignant pour objectif l'amélioration de la santé des jeunes, présentent une difficulté particulière en raison de la multiplicité des comportements à risque, de l'incertitude quant à la frontière entre ce qui relève de la prise de risque propre à l'adolescence et ce qui révèle une souffrance psychique pouvant déboucher sur des pratiques addictives ou une pathologie mentale.

1.2.2 Les problèmes de la politique des PRS.

1.2.2.1 La multiplicité des projets

En premier lieu, les PRS apparaissent, en quelque sorte, victimes de leur succès. Dans les régions du Nord Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Bretagne, le nombre des projets financés dans le cadre des PRS va de 250 à 400. Le nombre des projets présentés dans le Nord pour 2003 avoisine le millier. Il est clair que cela excède les possibilités des services de l'Etat et de l'assurance-maladie chargés d'instruire les demandes, d'en assurer le financement, le suivi et l'évaluation. La remarquable mobilisation de ces services ne peut suppléer complètement l'insuffisance de leurs moyens.

1.2.2.2 L'insuffisante hiérarchisation des priorités

En second lieu, le nombre élevé des projets s'accompagne d'un trop grand nombre d'objectifs par projet et, de surcroît, ces objectifs ne sont pas toujours suffisamment hiérarchisés et ciblés. Un certain nombre d'objectifs se recoupent¹¹. C'est la raison pour laquelle, dans cette région, on a créé des intergroupes chargés d'assurer la cohérence des actions engagées par les différents projets. Les programmes doivent-ils appréhender une problématique globale –qui serait celle de la santé mentale– ou viser un comportement à risque caractérisé par la spécificité d'une pratique ? Coexistent, en effet, des actions d'éducation à la santé relevant de deux courants de pensée distincts : celui qui entend mettre l'accent sur la nocivité d'une pratique, par l'information exhaustive sur ses effets, et celui qui considère que l'éducation à la santé est une simple dimension d'une éducation globale conçue comme une formation de la personnalité. Dans cette optique, la promotion de conduites positives de santé prévaut sur la formation à la défense contre les pratiques addictives. On retrouve, sur le terrain, cette dualité de conception à travers tous les projets visant un comportement à risque délimité (alcoolisme, tabagisme, consommation de produits psycho-actifs) d'une part et, d'autre part, les projets cherchant à redonner « l'estime de soi » ou développant des actions de promotion de la santé. De l'avis unanime des praticiens, il serait indispensable de renforcer le dispositif d'évaluation afin de mieux mesurer les résultats de ces approches différentes.

Cependant, il apparaît, aussi bien à l'analyse d'expériences conduites en France qu'à l'étranger, que **les méthodes favorisant une approche globale et une dynamique de promotion de la santé produisent des résultats plus durables**. On observe aussi qu'en pratique les programmes axés sur une pratique particulière en viennent à prendre en compte, soit eux-mêmes, soit en s'insérant dans une action globale de réseau, les phénomènes socio-

¹¹ Voir annexe n° 5.

culturels et psychologiques des comportements des jeunes engagés dans des pratiques addictives (phénomènes de groupes chez les adolescents, notamment). Cela s'impose d'autant plus qu'il y a unanimité chez nos interlocuteurs pour constater, par exemple, depuis 5 ans, une très forte progression de la consommation associée de l'alcool, du tabac et du cannabis, elle-même souvent liée à des états de souffrance psychique. C'est pourquoi il serait souhaitable que le plan de santé mentale puisse constituer une ligne directrice pour l'ensemble des actions entreprises en vue de prévenir les comportements à risque chez les jeunes et que s'opèrent, à terme, des regroupements thématiques de ces actions conduites tantôt dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), tantôt dans celui de la stratégie nationale d'actions face au suicide, tantôt dans le cadre de PRS spécifiques ou de PRS de santé mentale. Il convient, en tout état de cause, de s'assurer que les programmes ont une approche suffisamment globale pour permettre d'appréhender les interactions entre les différentes conduites addictives et leurs causes.

1.2.2.3 Les faiblesses de la coordination entre acteurs

En troisième lieu, la coordination des actions des programmes est encore trop peu organisée. Celle-ci se trouve compromise par l'insuffisance du temps consacré aux fonctions d'encadrement de la politique des PRS, notamment dans les services de l'Etat. De surcroît, la fonction de chef de projet dans les DRASS, loin de bénéficier d'un statut comparable à celui qui vient d'être mis en place au sein des administrations centrales, ne bénéficie d'aucun statut. Il en résulte que les cadres des DRASS et des DDASS, qui ont reçu pour mission d'assurer la coordination des programmes de santé publique, peuvent être mutés en pleine période d'exécution de ces programmes et que, en l'absence de gestion spécifique de ces emplois au niveau national, leur poste peut rester vacant de 6 mois à un an. C'est ce que la mission a pu constater dans le Nord. La dynamique du projet s'en trouve sévèrement affectée, parfois de manière irréversible pour certaines actions. Or, il faut redire qu'aucune gestion de projet ne peut faire l'économie d'un investissement important et continu dans la coordination et l'animation des actions durant toute la durée de ce projet. Cet investissement est un des éléments déterminants de la crédibilité de la démarche de gestion de la santé publique par projets.

1.2.2.4 L'investissement en formation des acteurs, particulièrement dans le domaine de la santé des jeunes, est insuffisant.

En quatrième lieu, cette politique de santé publique pose de nombreux problèmes qui requièrent, d'une part, un investissement nettement plus important dans la formation et, d'autre part, une aide méthodologique nettement accrue, là aussi. A cet égard, il est beaucoup attendu du Ministère, d'abord. Il est souhaité que celui-ci adresse à ses services moins de circulaires traitant empiriquement de tel ou tel aspect d'une problématique au risque d'additionner les mesures et d'encourager la dispersion des dispositifs, voisins dans leurs objectifs. De ce point de vue, le plan de santé mentale préfigure peut-être une méthode à approfondir. Surtout, la demande porte sur la mise aux points de guides méthodologiques et/ou de « référentiels » d'action. Le rôle de l'Institut National de Promotion et d'Education à la Santé (INPES) devient essentiel dans cette perspective (voir infra), comme celui de l'école nationale de la santé publique, en ce qui concerne la formation. La mission a pu constater, par ailleurs, dans les régions visitées, que les Comités Régionaux d'Education à la Santé (CRES) s'étaient bien réorganisés en vue d'apporter un appui méthodologique aux promoteurs

d'actions de santé publique, ainsi qu'un appui dans la formation. Ce rôle est particulièrement important, d'autant que l'offre de services en la matière est, à l'évidence, restreinte.

1.2.2.5 La prise de conscience de l'importance des problèmes psychologiques dans les comportements à risque des jeunes demeure inégale chez de nombreux élus locaux.

En cinquième lieu, le degré de mobilisation des collectivités territoriales varie beaucoup d'un territoire à l'autre. D'une manière générale, la santé figure rarement au nombre des enjeux politiques locaux. Elle est encore l'objet de fréquentes confusions, le soin apparaissant comme la seule réponse en la matière. Les élus sont prêts à se mobiliser pour la préservation d'un service hospitalier, préoccupés qu'ils sont, presque exclusivement par l'emploi, sans pouvoir (ou vouloir) se demander si cet emploi ne serait pas mieux « employé » dans des solutions alternatives à la préservation, à tout prix, de services qui ont perdu leur utilité et, souvent, leur qualité. Faute de percevoir les alternatives que seraient des programmes de santé publique, mettant en œuvre des actions et des structures plus adaptables aux problématiques de santé, diversifiant les structures, ils sont trop facilement prisonniers du discours des lobbies de l'hospitalisation. Il est ainsi regrettable que le Conseil Général d'un département n'ait pas cru devoir assurer le relais nécessaire au financement d'un poste de psychologue dans un point d'écoute des jeunes et de leur famille. Or, c'est aussi par le redéploiement de moyens du secteur hospitalier (ce qui est possible, ainsi que le montrent les analyses convergentes faites sur ce point) et c'est par le développement de réseaux de services diversifiés de santé et d'action sociale et médico-sociale que la politique de santé publique pourra progresser.

La mission a néanmoins pu constater le rôle moteur joué par certains élus auprès de leurs collègues. Ce n'est sans doute pas un hasard si ce constat a pu être fait particulièrement dans **le Nord Pas-de-Calais¹², région confrontée à la persistance d'indicateurs de santé défavorables et engagée, de ce fait, dans le seul véritable contrat de plan Etat-Région en matière de santé publique.** La mise en place des « ateliers ville-santé » dans le cadre de la politique de la ville constitue également, ainsi que la mission a pu l'observer à Lille, un puissant facteur d'évolution positive des élus face aux problématiques globales de santé. Cet outil de santé communautaire est à développer en veillant à ce qu'il réponde bien à son objectif fondamental d'appropriation de leur santé par les habitants eux-mêmes.

Les essais de territorialisation des PRS, à travers les contrats territoriaux de santé du Nord Pas-de-Calais devront être évalués avec soin. Dans leur principe, ils correspondent à une nécessité profonde : rendre possible la participation d'une population à l'analyse de sa situation sanitaire et l'élaboration des réponses à cette situation par cette population elle-même. Il s'agit donc d'une novation particulièrement intéressante. Cependant, cette démarche de santé communautaire est complexe, exclut toute tentation d'afficher des résultats rapides et « visibles » et implique une abnégation certaine des élus à l'égard de préoccupations électorales. C'est dès le découpage des territoires que cette discipline prévaut. Un territoire pertinent en matière de santé communautaire se dessine en fonction de données épidémiologiques et socio-sanitaires précises et non en fonction de découpages administratifs préétablis. Enfin, les délégations de gestion obtenues par certaines villes (Nantes, Grenoble, etc) méritent d'être observées avec attention. Il serait utile de comparer, à terme, le niveau d'investissement en moyens des services délégués à celui des services en gestion directe, ainsi que le degré des engagements respectifs dans la coopération en réseau.

¹² Voir annexe n° 5.

1.2.3 Les PRS risquent surtout de masquer temporairement les faiblesses des réseaux de santé primaire et de s'essouffler faute de relais suffisants

Le niveau de participation des professions sanitaires et sociales aux programmes de santé publique est, en effet, inégal.

1.2.3.1 Réseaux de périnatalité et PMI.

Les spécialistes s'accordent à considérer que la prévention des comportements à risque chez les jeunes a d'autant plus de chance d'être efficace qu'elle est engagée précocement, auprès des parents, dès la période prénatale, et qu'elle se poursuit, sans rupture, au cours de la petite enfance. Il est même possible de prévoir les comportements à risque, y compris des comportements délinquants, dès l'âge de 6/7 ans. Il est donc essentiel de disposer de réseaux de périnatalité capables de développer une approche globale (éducation parentale, promotion de la santé, dépistage précoce des détresses psychiques) et de réaliser une véritable coordination entre les professionnels des maternités, de la PMI, de la médecine libérale et de la psychiatrie infanto-juvénile. La mission a, certes, pu observer d'intéressantes réalisations dans les régions visitées. Mais ces réalisations, qui reposent sur des initiatives locales, ne doivent pas masquer les lacunes du système de santé primaire soulignées par la grande majorité des acteurs rencontrés.

D'une manière générale, les moyens de la PMI sont insuffisants : environ la moitié des départements se situent en dessous de la norme minimale d'encadrement fixée par la loi du 18/12/1989 (source DREES-1998). Dans ces conditions, l'investissement de certaines équipes dans la participation à des PRS se trouve, à terme, hypothéqué. De même, la participation à l'activité des réseaux de périnatalité (ou la collaboration à des réseaux de santé mentale) risque d'être illusoire, alors qu'il s'agit d'un enjeu de prévention essentiel. Plus préoccupante est la situation qui résulte du statut de la PMI, dont on peut se demander s'il est adapté à la période de forte croissance des populations précarisées que nous connaissons. La PMI ne peut, en effet, effectuer que des actes de prévention et de dépistage, ce qui oblige les familles à une seconde consultation chez un médecin d'exercice libéral pour les soins. C'est méconnaître la fragilité culturelle des familles en situation de précarité que d'estimer qu'il va de soi qu'elles consulteront une seconde fois.

1.2.3.2 Les incertitudes quant à l'étendue de la participation de la médecine libérale aux politiques de prévention

En ce qui concerne le rôle des professions libérales de santé, notamment des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention des comportements à risque chez les enfants et adolescents, chacun s'accorde à reconnaître qu'il est fondamental. Mais, hors cette proclamation de principe, les avis sur les conditions de la participation des professionnels libéraux, particulièrement chez ces derniers, divergent considérablement et les propositions sont rarement précises. La mission a, certes, eu connaissance d'expériences remarquables, telles celles de « Cap jeunes » à Guingamp ou du réseau d'aide aux toxicomanes de Rennes. Mais la force de ces expériences est aussi leur faiblesse : elles reposent sur des médecins libéraux peu nombreux, ayant une très grande implication personnelle et parvenus, par leur compétence et leur charisme, à mobiliser les institutions mais aussi un certain nombre de leurs confrères. La profession est-elle, pour autant, prête à s'engager dans la politique de prévention et, notamment, dans les PRS ? On a pu constater cette volonté de la part d'un certain nombre

de médecins animateurs des unions régionales de médecins libéraux. Un certain nombre de ces unions participent effectivement aux programmes de santé des régions.

Mais quel est l'effet d'entraînement auprès de professionnels qui demeurent attachés au colloque singulier et qui ne se cachent pas pour dire la méfiance que leur inspire toute initiative publique ? Le discours souvent tenu est que le praticien fait, dans son cabinet, de la prévention, et que les réseaux existent informellement entre praticiens. Encore faudrait-il disposer d'une évaluation de ce type de pratique, par définition bien difficile à délimiter. Il est indéniable que la consultation du généraliste est le lieu d'expression privilégié d'une part importante des souffrances psychiques, y compris celles des jeunes. Un certain nombre d'études ont permis d'approcher l'ampleur des consultations pour un « mal-être ». Elles ont mis en évidence aussi l'état d'impréparation de nombreux praticiens face à ce type de problème, faute d'une formation minimale en la matière. Par ailleurs, si l'éducation sanitaire qui est faite, lors de la consultation par le généraliste, constitue une précieuse contribution à la prévention, on a vu aussi quelles étaient les limites de cette méthode si la personnalité dans son ensemble n'était pas prise en compte. Est-ce possible dans le cadre d'une simple consultation de généraliste ? La question de l'instauration d'une « consultation-prévention », évoquée par certains spécialistes, a été abordée avec les représentants de la profession (financement d'une consultation de 45 minutes par exemple, soit sous forme d'un C majoré, soit sous forme de complément forfaitaire). Elle n'a pas rencontré d'écho nettement favorable. L'idée ne peut, cependant pas être écartée a priori et devrait faire l'objet d'une réflexion approfondie avec les représentants de la profession, notamment en ce qui concerne les pédiatres.

Les professionnels de santé, et parmi eux, les médecins libéraux rencontrés par la mission, soulignent la nécessité de ne pas dissocier, dans la consultation, les actes relevant du soin et ceux relevant de la prévention. L'expérience montre que la demande de soin d'un jeune peut, dans un certain nombre de cas, masquer une demande de conseil et d'écoute thérapeutique, même si la demande de soin est, par ailleurs, fondée.

Cette dernière peut en effet permettre à partir d'une réponse thérapeutique à un problème de santé réel, susciter une certaine réceptivité et un intérêt particulier de l'enfant (ou de sa mère en fonction de l'âge de celui-ci) ou de l'adolescent pour des préoccupations plus générales concernant sa vie de tous les jours. En ce sens, dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, les généralistes et les pédiatres sont un maillon central du dispositif associant prévention secondaire et primaire. Cela est d'autant plus important qu'un certain nombre d'experts suggèrent que le pré-adolescent puisse consulter lui-même à partir de 12 ans. Cependant, si les médecins généralistes accomplissent divers actes de nature préventive et s'il paraît exister un consensus pour une meilleure implication des médecins libéraux dans la prévention, leur participation mérite d'être plus structurée.

« Une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...)... seuls des programmes de prévention planifiés, aux objectifs explicites, contrôlés tout au long de leur réalisation et évalués en permanence, peuvent prétendre à une véritable efficacité... et une des caractéristiques majeures de la médecine de ville (générale ou spécialisée) est de ne pas être coordonnée au niveau collectif et de reposer entièrement sur le

caractère spontané de la demande et de l'offre de soins, ce qui est contradictoire avec une activité de prévention rigoureusement planifiée et programmée »¹³.

Une autre limite posée reste le temps de consultation disponible par le praticien. Examiner l'enfant ou l'adolescent, faire un diagnostic, prescrire, mais aussi pratiquer une écoute de type psychothérapique, conseiller ou inciter à la réflexion sur un changement de comportement ou sur une habitude de vie (alimentation, tabac, hygiène corporelle, sédentarité...) nécessite, d'après les médecins rencontrés, au moins 30 minutes de consultation (curative et préventive). Il est donc illusoire de vouloir mettre en place des consultations de prévention par l'intermédiaire des médecins libéraux sans s'interroger, entre autres, sur les points suivants :

- cela doit-il concerner tous les médecins libéraux : à la fois les généralistes et les spécialistes ?
- comment distinguer une consultation libérale « purement curative » et une autre « curative et préventive » ?
- faut-il prévoir un nombre précis de consultations préventives dans une existence, si oui combien et comment est-il possible d'assurer le contrôle de ce dispositif alors qu'actuellement trois consultations médicales peuvent être réalisées le même jour, chez trois praticiens différents et remboursées sans problème.

En tout état de cause, les professionnels sont peu favorables à la création d'une consultation spécifique de prévention à l'intention des grands enfants et adolescents.

Intéressante apparaît, en revanche, à un certain nombre de professionnels la proposition tendant à rémunérer au forfait un temps de participation des praticiens libéraux à des réunions de synthèse de cas avec d'autres professionnels ou à des programmes de promotion de la santé ou d'éducation à la santé, dans le cadre de réseaux d'initiative interprofessionnelle. Il apparaît bien, en effet, à la mission que l'enjeu de la participation de la médecine libérale à la prévention sanitaire en faveur des jeunes, repose d'abord sur l'aménagement de conditions de participation au travail en réseau pour le plus grand nombre possible de praticiens libéraux.

Cependant la formation initiale et continue des médecins libéraux doit mieux s'adapter aux besoins des populations soignées. La formation des futurs généralistes n'a, jusqu'ici, pas accordé la place qui convenait aux aspects du développement psycho-affectif et aux aspects sociaux de la santé. Même si les études de médecine ont commencé, très récemment, à intégrer les stages chez les praticiens, notamment par l'intermédiaire du résidanat et l'évolution des programmes des étudiants en médecine, elles sont loin de former à la pratique psychologique et à l'écoute du patient, à la prise en compte globale de malade et au traitement des maladies fréquentes et pas obligatoirement graves qui ne nécessitent pas l'accès à un plateau technique sophistiqué ou à l'hôpital.

Depuis la rentrée universitaire 2001, une réforme du deuxième cycle des études médicales se met en place dont l'objectif principal est «le décloisonnement de l'enseignement disciplinaire, trop centré sur la maladie au détriment de l'homme malade dans sa globalité¹⁴ ».

¹³ Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examen de santé – Professeur Marcel GOLDBERG – 13 novembre 2000.

L'une des nouveautés de cette réforme est que « les étudiants, futurs médecins, soient aptes à informer les patients et leurs familles en termes simples et compréhensibles, pour mieux les associer aux décisions qui les concernent ». Cependant, jusqu'à présent, le module « le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective » n'est proposé qu'en option.

La démarche initiée en ce sens depuis 1994 par quelques enseignants de la faculté de médecine de Brest, en partenariat avec la faculté de médecine de Sherbrooke au Québec, mériterait d'être examinée de près et évaluée¹⁵. Il est intéressant de noter l'effort fait par la faculté de médecine de Tours dans la formation des médecins généralistes.

Enfin, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade va sûrement pousser les médecins réticents à envisager une formation continue sur l'information du patient et de sa famille, l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique du patient chronique. Cette même loi a d'ailleurs rendu obligatoire la formation continue des médecins¹⁶.

1.2.3.3 L'insuffisante capacité de réponse des services de psychiatrie infanto-juvénile aboutit à une perte de chance préoccupante pour un certain nombre d'enfants

L'insuffisance des moyens de la psychiatrie infanto-juvénile a été mise en évidence par plusieurs rapports (dont le dernier en date est le rapport Hermange « Les enfants d'abord : 100 propositions pour une nouvelle politique de l'enfance »-2002). Cette situation a été évoquée par tous les acteurs rencontrés par la mission, qui évoquent des délais d'obtention d'une première consultation pouvant aller jusqu'à six mois, voire un an. Les conséquences sont soulignées par tous : elles peuvent engendrer des états pratiquement irréversibles.

Par ailleurs, un certain nombre d'experts estiment que les services de psychiatrie, soit par manque de moyens, soit par l'effet de leur culture propre, éprouvent des difficultés à participer à des programmes de promotion de la santé et se limitent à l'exploitation de leurs compétences en prévention secondaire. Mais pour ces experts le véritable problème est double : d'une part, faute d'information pertinente des professionnels en rapport avec des enfants, la tendance est à « psychiatriser » les problèmes qu'ils perçoivent chez certains enfants et à adresser un trop grand nombre de demandes de prise en charge aux services de psychiatrie par rapport aux besoins réels et, d'autre part, le besoin prioritaire est un besoin de psychologues cliniciens. La question d'une prise en charge psychothérapeutique par des psychologues cliniciens, sans prescription médicale, mais avec un remboursement de la consultation par l'assurance-maladie a même été évoquée. En tout état de cause, apparaît la faiblesse de l'organisation en réseau des services de santé primaire (qu'ils soient publics ou privés), et que **l'essoufflement des équipes des PRS**, déjà perçu par un certain nombre d'acteurs parmi les plus motivés, risque de faire apparaître davantage encore.

¹⁴ « Education pour la santé, éducation thérapeutique : Quelles formations en France ? – état des lieux et recommandations » : rapport établi à la demande de M. KOUCHNER, ministre délégué à la Santé par Mme B. SANDRON-BERTHON mars 2002.

¹⁵ Une présentation succincte en est faite dans le rapport mentionné dans la note précédente.

¹⁶ Article L.4133-1 du CSP.

1.2.3.4 Le rôle et la place des services sociaux, et notamment des services spécialisés, dans la prévention des comportements à risque de la jeunesse ne semblent pas pensés comme contribution à la prévention sanitaire

Les services sociaux polyvalents des départements ont vu leurs tâches s'accroître sensiblement depuis la création du RMI et des très nombreux dispositifs de lutte contre l'exclusion. Ni leurs moyens ni leurs méthodes ne paraissent avoir évolué au rythme de l'évolution de la santé publique depuis une dizaine d'années. La relative coupure entre les champs du sanitaire et du social n'a pas favorisé les coordinations qui s'imposent puisque le social est une des composantes majeures de l'approche globale de la santé. La mission a pu observer la qualité de l'action engagée par des équipes de travailleurs sociaux qui ont décidé de se former à la thérapie familiale, à l'approche systémique et à la problématique des comportements à risque des jeunes. Ils ont su être des points d'écoute, d'appui et des maillons précieux dans une conception du travail en réseau, notamment en santé mentale. Les exemples de « L'Ancre » à Nantes ou de l'équipe de la mission locale de Pontivy sont, à cet égard, probants. Mais il s'agit d'initiatives locales (que les financements régionalisés de la prévention sanitaire peuvent effectivement soutenir) plutôt que du fruit d'une politique des institutions (voir infra).

On voit bien les limites de cette situation quand on analyse le remarquable travail effectué par une équipe d'éducateurs spécialisés « de rue » à Saint-Brieuc auprès de jeunes aux comportements d'addiction « en groupe ». Il s'agit, en l'occurrence d'un patient et difficile travail relevant à la fois de la prévention sanitaire (au sens global) et de la prévention de la délinquance. Les deux objectifs ne sont pas dissociables puisque l'on sait que l'individu va tendre à exprimer sa souffrance psychique par une agression soit contre lui-même soit contre autrui. L'exemple de cette équipe de prévention spécialisée est là aussi probant mais force est de reconnaître que les moyens consacrés à la prévention spécialisée n'ont pas suivi la montée des problèmes liés aux comportements à risque chez les jeunes. Or, les spécialistes insistent sur le fait que l'adolescent a besoin de s'identifier à un groupe de pairs et que c'est sur cette structure sociale qu'il est indispensable d'agir au stade de l'adolescence. Le relatif désinvestissement des collectivités publiques dans la prévention spécialisée est en partie lié aux erreurs commises dans la formation et la sélection des professionnels. Ce métier difficile exige une particulière maturité et les professionnels rencontrés soulignent, notamment, qu'il s'agit d'offrir aux adolescents la présence d'un adulte référent, assumant pleinement son statut d'adulte, en aucun cas un comportement de « copain » laissant imaginer une complaisance à l'égard de conduites à risque.

C'est donc le problème de la sélection et de la formation des travailleurs sociaux, tant pour les métiers de base que pour les métiers spécialisés de thérapie familiale, de développement communautaire, de prévention spécialisée, de supervision qui est à résoudre prioritairement. Encore faut-il réévaluer aujourd'hui l'étendue des tâches du travail social, leur degré de complexité et envisager les réformes profondes qui permettraient d'accroître le nombre – insuffisant à l'heure actuelle de ces professionnels- eu égard à la pression des phénomènes précarisation dont la précarité sanitaire est tantôt la cause tantôt l'un des effets.

Pour autant, le nécessaire renforcement des moyens professionnels de la prévention ne doit pas signifier qu'un modèle uniforme et idéal de structure de prévention soit à préconiser de façon systématique. La grande leçon des progrès récents dans l'action en matière de santé

publique tient au fait qu'elle se fonde sur des projets initiés à la base. Le choix des acteurs est, dans cette conception, fonction de la nature du projet et de leur degré d'adhésion à un projet. C'est pourquoi il est très important d'encourager une politique de financement souple qui prenne en considération moins la conformité à des critères formels que la cohérence de l'action envisagée au regard de l'analyse des besoins.

1.3 La santé mentale, dimension essentielle de la santé publique, est insuffisamment prise en compte dans les dispositifs de santé primaire

Les données épidémiologiques rappelées en introduction situent bien les comportements à risque des enfants et adolescents comme un problème de santé mentale. Tout en se gardant de confondre les différentes manifestations d'ordre psychique avec des pathologies mentales, on retiendra, avec les spécialistes, qu'elles participent à l'atteinte à la santé et peuvent, dans certaines conditions, déboucher sur des troubles mentaux. La direction générale de la santé fait état d'un accroissement de 46 % en 10 ans de la file active en pédopsychiatrie ; le rattachement de l'ensemble des comportements à risque à une stratégie de promotion de la santé mentale est donc pertinent. Celle-ci est d'ailleurs une des dimensions essentielles du « Plan de santé mentale » arrêté en novembre 2001.

1.3.1 Mener des actions de prévention en direction des enfants et des adolescents qui tiennent compte des différentes étapes de leur développement physique, mais aussi psychologique et moteur est une des priorités du "plan de santé mentale"

Les professionnels rencontrés par la mission ont, très fréquemment, mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte les différentes phases de développement et de construction de la personnalité individuelle. De surcroît, l'évolution de notre société a pour effet de modifier le statut traditionnel de l'enfance et de l'adolescence. Les conséquences de cette évolution n'ont pas toujours été clairement perçues.

La vulnérabilité particulière de l'enfant vis-à-vis d'un environnement dont il est dépendant ne s'est pas traduite, jusqu'ici, par une politique de santé primaire forte. Comme on le soulignera plus loin (1.4), cette période n'est pas suffisamment mise à profit. Or, c'est une période où s'élaborent les processus d'identification et d'apprentissage qui vont conditionner une grande partie de la socialisation aussi bien de l'adolescent que, plus tard, de l'adulte. Cette phase d'apprentissage permet de faire découvrir à l'enfant des actes positifs vis-à-vis de sa santé (lavage des dents et hygiène corporelle) et de lui inculquer des gestes de sécurité (sécurité domestique ou routière). C'est aussi pendant cette période de la vie que doivent débiter les actions de valorisation de son corps, qui feront que, toute sa vie, l'enfant aura envie d'en prendre soin.

L'adolescence, liée pour partie à une nécessaire dépendance familiale et à une période d'activité scolaire et d'acquisitions de connaissances est aussi une période de vie riche en expériences étayant la construction de la personnalité ; mais cette élaboration va survenir dans un contexte de fragilité, plein de paradoxes et d'interrogations : « L'insouciance de l'enfance n'est plus qu'un souvenir, et trop d'incertitudes, de doutes et d'attentes pèsent sur l'adolescent pour qu'il puisse vivre sereinement cette période durant laquelle il est perpétuellement en quête de lui-même¹⁷ ».

¹⁷ « Réponses à 100 questions sur l'adolescence » par le Professeur JEAMMET – édition SOLAR.

La durée de l'adolescence devient de plus en plus longue. L'allongement de la durée des études, les difficultés à trouver, pour beaucoup, notamment pour les jeunes faiblement qualifiés, un travail rémunéré ou un emploi stable, le développement de la cohabitation parents/jeunes, sont autant d'aspects cités par beaucoup de professionnels pour souligner cette évolution.

Si la puberté ouvre la période de l'adolescence, ce ne sont plus uniquement des critères biologiques ou psychologiques qui permettent d'en annoncer la fin, mais aussi et surtout un contexte socio-économique favorable. Cette évolution des modes de vie et des comportements rend moins pertinente la constitution de classes d'âge distinctes qui permettrait de définir : les enfants d'une part, les adolescents de l'autre, et les adultes, enfin.

L'adolescence elle-même ne peut plus être considérée comme une phase unique ou uniforme, mais se vit plutôt en découpage par périodes allant de la pré-adolescence (environ 10-14 ans), à l'adolescence proprement dite (environ 13-19 ans) jusqu'à la post-adolescence (18-24 ans)¹⁸. C'est ainsi que, la construction d'un adulte débute dès la naissance et va s'opérer par paliers successifs. Tout trouble du développement physique et mental de l'enfant va retentir sur l'adolescent et sur l'adulte sur le plan somatique et psychoaffectif, mais aussi sur sa socialisation. Il majorera alors les inégalités de santé existant entre les individus et cela dès le plus jeune âge.

Il est, certes, possible de mener des actions de prévention (primaires, secondaires et tertiaires) à toute période de la vie. **Mais les actions, qui sont les plus susceptibles d'avoir un impact durable, seront les actions de prévention primaire, menées le plus précocement possible ;** elles se seront alors élaborées en même temps que la construction de la personnalité de l'enfant, pour devenir une des valeurs non seulement reconnues et acceptées, mais revendiquée par le petit comme partie intégrante de sa vie (voir § 1.4). " L'enfance et l'adolescence sont des périodes de développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où s'achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades de vie ultérieurs¹⁹ ".

1.3.2 L'apprentissage du risque, élément de la construction de la personnalité de l'adolescent, n'est positif que si les adultes assument, face à l'adolescent, leur statut et jouent leur rôle de référent

Pendant la période de l'enfance, il s'agit surtout d'éduquer au risque et de protéger l'enfant qui découvre son environnement ; à l'adolescence, c'est un apprentissage du risque et de sa gestion, pour éviter la survenue de l'irréparable, qu'il faut mener avec le jeune.

¹⁸ On sait aujourd'hui comme nous le dira un pédopsychiatre, que c'est l'âge biologique qui détermine les comportements plus sûrement que l'âge de l'état civil. La puberté est un repère majeur pour déterminer l'entrée dans l'adolescence.

¹⁹ " Santé des enfants, santé des jeunes " - juin 1997 - Haut Comité de Santé Publique.

En ce qui concerne l'enfant, les spécialistes rencontrés soulignent les conséquences néfastes, pour la formation de sa personnalité, des informations divergentes que peut lui adresser son entourage (famille, école). En effet, l'apprentissage de l'enfant se fait en grande partie par identification et mimétisme.

Les spécialistes rencontrés insistent sur le fait qu'il ne doit pas non plus, en permanence, percevoir de différences brutales entre ce qui est dit et ce qui est fait par les adultes référents pour lui. **Les comportements des enfants et des adolescents sont souvent à l'image de ce qu'ils considèrent comme étant ceux des adultes.**

Certains dysfonctionnements familiaux ont un impact sur la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Dans son rapport de 1997, le Haut Comité de Santé Publique rapportait ainsi que :

- " 5 à 6 % des femmes enceintes ont une consommation excessive d'alcool qui est à l'origine d'un alcoolisme fœtal. Les enfants dont un des parents est alcoolique ont un risque 7 fois plus grand de le devenir à leur tour que les enfants de parents sobres ;
- 25 % des femmes fumaient pendant leur grossesse en 1997 (elles étaient seulement 10 % en 1970). Dans 40 % des foyers, un des parents fume en présence du nourrisson ou du jeune enfant. On sait qu'un enfant, dont les parents fumaient quand il était jeune, a 4 fois plus de risque de devenir fumeur pendant l'adolescence et 2 fois plus si un seul fumait ”.

Ce rôle primordial des parents et de la famille dans l'éducation de l'enfant nécessite que les stades successifs du développement de l'enfant, les besoins et les capacités de celui-ci soient connus d'eux, afin qu'ils puissent exercer au mieux cette éducation parentale. Cela est d'autant plus nécessaire aux yeux des spécialistes que de nombreux adultes, en craignant d'affirmer une autorité, contribuent au développement de comportements anxieux chez l'enfant et qu'à l'adolescence, ces comportements peuvent se traduire en une recherche incontrôlée des limites que personne n'a su assigner. Ce soutien parental est un des maillons fort de la mise en place d'une politique de prévention, qui pourrait alors débiter très précocement (voir infra).

A l'adolescence, si l'apprentissage se poursuit, certains des comportements du jeune s'apparentent plus à des « tests ». Il s'agit d'essayer ce qui est nouveau et surtout ce qui est dangereux et interdit. **La consommation de tabac, d'alcool et de drogue, les comportements violents, les tentatives de suicide sont considérées par les adultes comme des comportements pouvant chez l'adolescent présenter un risque pour la santé.** Les adolescents les considèrent comme un apprentissage de la vie, comme un comportement de provocation pour se faire entendre ou montrer qu'ils existent. **Par là, ils s'identifient au groupe ou tout au moins ces comportements sont autant de tentatives pour ne pas être rejetés par leurs pairs.**

Les adultes ont alors à s'interroger sur le seuil de tolérance qu'ils sont capables d'accepter dans tout apprentissage et sur leur capacité à permettre, tout en protégeant pour éviter la réalisation de l'acte grave et dangereux. Le professeur DESCHAMPS dénonce « l'aberration qui consiste à empêcher les adolescents d'être des adolescents »²⁰.

²⁰ « Expertise collective - Education pour la santé des jeunes : démarche et méthodes » - INSERM 2001.

En étant confronté à une certaine liberté à une période de fragilité physique et mentale, l'adolescent doit aussi être aidé par l'adulte pour apprendre le risque de dépendance à certains produits et les effets nocifs de leur consommation. Un risque choisi et accepté comme étape de progression doit cependant être, pendant l'adolescence, un risque accompagné par un adulte qui rappellera la limite à ne pas dépasser ; car ce qui est utile comme élément de construction, ne doit pas aller au-delà et conduire à handicap ou destruction. Et l'adolescence est souvent une période où le sentiment de toute puissance peut aboutir à des actes aberrants dont les conséquences sont irréparables et irrémédiables.

1.3.3 Une banalisation de la consommation du cannabis alarmante chez des adolescents qui cherchent à fuir des sensations de mal-être et de malaise

Si le cannabis est de loin la drogue illicite la plus expérimentée par les jeunes, elle est aussi extrêmement banalisée. De multiples enquêtes, ainsi que les différents entretiens réalisés par la mission, montrent que l'expérimentation, tout comme la consommation régulière de cannabis, est en augmentation depuis près de dix ans chez les jeunes de l'ensemble des pays occidentaux.

Les résultats du prochain Baromètre Santé indiquent qu'en France, plus de deux jeunes (de 15 à 25 ans) sur cinq déclarent en avoir déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie²¹. **Près des deux tiers de ces expérimentateurs sont des garçons.** Les consommateurs de haschisch sont plus fréquemment des jeunes encore insérés dans le milieu scolaire. Et souvent ce sont des jeunes à niveau social moyen ou élevé qui sont les consommateurs les plus réguliers. Il existe une forte progression du pourcentage des jeunes qui déclarent avoir déjà consommé du haschisch. Entre 1992 et 1995, chez les jeunes de 18 à 25 ans, la progression était de 5,6 points ; elle a été trois fois plus élevée (15,6 points) entre 1995 et 1999. Nous avons pu noter également que ce phénomène touche aussi bien le milieu rural que le milieu urbain, contrairement aux idées reçues²².

En 2001, l'expertise collective de l'INSERM²³ a fait un état des lieux des connaissances sur l'impact du cannabis sur la santé et émis des recommandations, incitant à la prudence malgré la difficulté à démontrer une relation causale systématique entre la substance et un trouble associé, et cela compte tenu notamment des susceptibilités individuelles et des poly-consommations fréquentes.

Il existe en effet, des facteurs de risque individuels associés à l'usage du cannabis et la période de l'adolescence en est un. Certains traits de personnalité (faible estime de soi, difficultés à faire face aux événements...) ou de caractère (recherche de sensations nouvelles ou de risques à tester...) plus fréquents à l'adolescence sont associés, dans certaines études, à un risque majoré de consommation de cannabis. A côté des facteurs environnementaux, familiaux ou non, il existe également des facteurs génétiques de fragilisation.

Les patients présentant certains troubles mentaux sont plus fréquemment consommateurs excessifs de cannabis. La prévalence des tentatives de suicides est plus

²¹ « Prévention : les jeunes et leur santé » : le concours → profession tome 124-39 du 14 décembre 2002.

²² En Loire-Atlantique, il nous a été signalé que le trafic de cannabis se faisait dans les cars de ramassage scolaire.

²³ « Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé » INSERM - octobre 2001 ?

importante dans le groupe des patients abuseurs de cannabis qu'en population générale. Cette prévalence élevée est souvent associée à l'existence de syndromes dépressifs plus importants.

Les résultats des différentes études ont du mal à conclure de façon certaine sur les effets de la consommation de cannabis sur le risque d'accident de la voie publique corporel ou mortel. Certains suggèrent cependant que l'association de l'alcool et du cannabis représente un facteur de risque supérieur à celui de l'alcool seul.

La consommation de cannabis entraîne des effets immédiats ou à court terme. Certes, aucun décès après intoxication massive n'a jamais été recensé chez l'homme. Les troubles somatiques aigus après consommation de cannabis sont en général mineurs (tachycardie, hypotension orthostatique, toux ou yeux rouges par vasodilatation...).

Cependant il n'en est pas de même concernant les effets sur le fonctionnement cognitif et intellectuel. **Pour des doses qui induisent somnolence ou euphorie, s'associent une altération de la perception temporelle, des troubles de la mémoire à court terme et une incapacité à accomplir plusieurs tâches simultanément.** Le temps de réaction est également augmenté ; toutes ces altérations fonctionnelles sont difficilement compatibles avec la réalisation d'actes nécessitant vigilance et concentration.

Les consommations de haschisch chez les enfants et les adolescents vont générer des troubles de mémoires et des difficultés d'apprentissage qui auront un impact sur la scolarité et l'adaptation sociale. Ce syndrome de perte de motivation va conduire le jeune à se recroqueviller sur lui-même et en lui-même ; cette aboulie liée au manque devient une dépendance : fumer pour échapper à ses interrogations et à ses doutes, et avoir l'impression de « se sentir bien ».

Les comportements « d'essai » fréquents à l'adolescence peuvent, sous l'effet du cannabis, avoir des retentissements dramatiques : c'est le cas notamment de la conduite routière à 2 ou 4 roues qui souvent associe « compétition » et sentiment d'appartenance à un groupe. Il est alors difficile pour un adolescent de « ne pas jouer le jeu » sous peine d'être exclu du groupe.

Cette absence actuelle de discours scientifique stabilisé doit inciter à la prudence et à des mesures préventives pour dissuader sur la consommation. Différentes études ont cherché à évaluer l'impact de la consommation de cannabis sur la motivation, la performance et la réussite scolaire ou professionnelle. Certes les résultats de ses travaux sont contradictoires ; mais certaines observations ont décrit des syndromes avec pauvreté de l'idéation et indifférence affective, chez de grands consommateurs qui doivent inciter à la prudence. Beaucoup de pédiatres et de pédopsychiatres nous ont confirmé ce tableau clinique.

Le cannabis nécessite un positionnement public clair. L'abstention liée au principe de précaution, souligné parfois inconsidérément, ne peut-elle pas s'appliquer dans ce domaine, qui concerne l'avenir psychique des adolescents.

1.3.4 Le passage de la psychiatrie à la promotion de la santé mentale est encore un défi à gagner qui nécessite un soutien politique fort

1.3.4.1 Les modes d'approches ne permettent pas de renforcer les facteurs de protection des enfants et des adolescents

La France a développé une approche psychopathologique qui s'appuie sur une démarche de repérage des pathologies, d'orientation des patients et de mise en place de dispositifs d'amélioration de la prise en charge.

Une autre approche est utilisée au Québec et cela depuis plusieurs années, elle est centrée sur le développement psychique des adolescents dans leurs lieux de vie (à la maison, à l'école...). Cette approche psycho-dynamique vise à renforcer les facteurs de protection de l'individu et notamment de l'enfant et de l'adolescent par des actions de prévention primaire non spécifiques. Il s'agit de développer la pensée créative et d'aider le jeune à analyser ce qu'il ressent, sans mener systématiquement des actions de prévention thématique.

Contrairement aux stratégies ciblées de prévention du suicide, des comportements à risque sur la route ou des conduites d'addiction, **les actions menées sont globalisantes : il s'agit de consolider l'estime de soi et d'apprendre à s'aimer soi-même.** Ainsi, ayant acquis ou retrouvé le respect pour sa propre personne, l'adolescent ou l'adulte a envie d'agir en se protégeant. Il s'agit de travailler avec et non pour les individus dans des objectifs de responsabilité et d'acquisition d'autonomie.

Conformément aux principes de la charte d'Ottawa, la démarche conduit à une prise de décision de l'individu vis-à-vis de sa propre santé. Il devient alors lui-même acteur de la résolution de ses difficultés, après avoir été aidé pour les identifier, revaloriser pour trouver des solutions et soutenu pour qu'il puisse les mettre en œuvre. Par une meilleure connaissance de soi, il accepte de gérer ses émotions et prend en considération la gestion de son stress, sans que ceux-ci soient vécus comme des événements pathologiques dépassant l'individu.

C'est une démarche qui consiste à aider les jeunes à demander l'aide nécessaire pour se construire, alors qu'ils traversent des périodes de doutes, d'incertitudes et de remise en cause de leurs points de repères et de risque de perte d'équilibre. Cela consiste à les aider à augmenter leurs capacités à faire face, en leur permettant tout d'abord d'avoir un lieu où ils peuvent être écoutés sans être jugés. Ils apprennent alors à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent et ce qu'ils vivent : première étape et étape nécessaire pour tenter de trouver des réponses à leur mal-être.

C'est à partir de cette démarche, que s'est élaboré le PRS « Santé des jeunes » en région Nord Pas-de-Calais, où la majorité des actions de prévention qui ont été proposées pour financement sont formulées en termes positifs de valorisation du bien-être et non de lutte contre les comportements à risque ou dangereux pour la santé. Quelques exemples d'objectifs et d'actions sont mentionnés ci-dessous :

**Le PRS « santé des jeunes » dans la région Nord Pas-de-Calais
est construit sur la valorisation de l'estime de soi**

« **Promouvoir une communication visant à susciter le regard positif sur l'enfant et le jeune** » :

- Je suis bien dans ma peau, donc je peux m'occuper des autres
- Image de soi : club d'esthétique

« **Favoriser le sentiment de bien être des enfants et des jeunes** »

- Vers une prise en charge de son hygiène de vie
- Bien dans son assiette, bien avec les autres
- Un pas pour la vie : protéger, alerter, secourir
- Améliorer l'estime de soi ou favoriser la « bientraitance »

« **Permettre aux jeunes de gérer la prise de risque** »

- Encourager l'esprit citoyen des adolescents en favorisant une formation aux premiers secours
- Développer une meilleure connaissance de son corps pour accroître la confiance en soi

Cette approche par les comportements, en soutenant les enfants et les adolescents pendant les moments de doutes et en les aidant eux-mêmes à trouver des solutions pour continuer à progresser, est en grande partie basée sur la **capacité des adultes à savoir valoriser les progrès accomplis**. C'est ce feed-back positif qui favorise la construction du « moi » essentiel pour le bien-être et l'équilibre.

Ce soutien par un environnement aidant est un préalable majeur au développement de l'estime de soi nécessaire pour avoir envie de vivre, et de vivre en veillant au bien être de son corps et de son esprit.

Repenser le mode d'approche de la santé, en mettant la prévention au même niveau d'exigence et de résultats que les soins, c'est accepter de revoir les missions confiées à chacun des acteurs de la société. Entre autre, c'est s'interroger sur la place des professionnels de la santé mentale et du monde éducatif et leur demander de travailler ensemble, ce qui est en germe actuellement et mérite d'être développé.

1.3.5 L'évolution de la démographie médicale oblige à repenser la place des différents professionnels de la santé mentale

Dans le champ de la santé mentale, tout comme dans d'autres secteurs sanitaires, le risque de pénurie aussi bien de médecins psychiatres que d'infirmiers n'est pas négligeable pour les dix années à venir²⁴.

²⁴ Bilan de la sectorisation psychiatrique n° 2 – juin 2000, document de travail – DREES- collection statistiques.

La majorité des professionnels de ce secteur sont des **infirmiers** ; ceux-ci sont estimés à environ 58 000 exerçant dans les services de psychiatrie des établissements publics et privés. Depuis 1992, il existe un diplôme unique d'infirmier avec un choix optionnel de psychiatrie pour les élèves en formation. En sus des missions classiques, les infirmiers en psychiatrie interviennent dans une prise en charge individuelle ou dans des activités thérapeutiques, par une aide et un soutien psychologique nécessaires à la réinsertion sociale et professionnelle. Certains ont suivi des formations complémentaires à l'écoute (thérapies systémiques, psychothérapies d'inspiration analytique...).

Les psychologues des établissements de santé exercent essentiellement dans le secteur public. Le nombre de psychologues, psychanalystes et psychologues de l'orientation scolaire est estimé à plus de 35 000. Ils ont d'ailleurs plus une fonction d'aide à l'orientation professionnelle, qu'une mission de repérage des troubles psychologiques. Près de 4 000 psychologues exercent dans les services de psychiatrie, dont plus de 3 300 dans le secteur public cependant, la part des psychologues libéraux exerçant dans les services de psychiatrie privés est mal connue.

Au 1^{er} janvier 1999, l'effectif des **psychiatres** était de 13.200, ce qui représentait 13 % de l'ensemble des spécialistes (98.000). Plus de la moitié de ceux-ci avaient une activité exclusivement salariée. Cependant, vu la particularité de la pratique psychiatrique, qui nécessite une prise en charge régulière et souvent longue de la majorité des patients²⁵, la possibilité de démarrage d'un suivi de nouveaux patients s'avère très limitée. D'autant plus, qu'à cette activité clinique s'ajoute un travail de régulation institutionnelle et de participation à des réseaux de prévention et de soins, notamment lorsqu'il s'agit de prise en charge infantile et juvénile (collaboration avec les services de la protection maternelle et infantile, l'éducation nationale ou la justice, pour ne citer que les principaux).

Certes, la France se situe au deuxième rang mondial après la Suisse, pour le nombre de psychiatres par habitant. Toutefois, d'une part, cette répartition est très inégale entre les psychiatres hospitaliers et libéraux et selon les régions, et d'autre part, entre psychiatres pour adultes et pédopsychiatres.

Le taux de vacance observé des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevés (10 % en 1997), sachant qu'il est d'une variabilité extrême selon les régions. Une simulation faite par la DREES²⁶ à partir d'une hypothèse de maintien du numerus clausus à 4700 et de place de spécialistes au concours de l'internat fixé à 1843²⁷ aboutit en 2010 à une réduction du nombre de psychiatres à 11.500 et pour 2020 à 7800 (soit en projection à 20 ans, une baisse de 41 % des effectifs actuels). Il s'agit de la plus forte réduction des spécialités hors ophtalmologie (- 45 %) pour mémoire dans cette étude, la baisse relative à l'anesthésie considérée aujourd'hui comme spécialité en péril est de 30 %.

Cette baisse à venir des effectifs de psychiatres est d'autant plus accentuée qu'elle a succédé à une longue période de croissance depuis 30 ans, sachant que le niveau de 1970 était relativement bas. L'analyse sur 50 ans montre qu'après une multiplication par quatre des

²⁵ Une étude, publiée dans la lettre de la psychiatrie française n°55-96, fait mention d'un nombre moyen de 25 consultations par patient sur 38 semaines.

²⁶ Etudes et résultats n° 161 – mars 2002 – DREES.

²⁷ Suite à différents rapports récents sur cette problématique, des décisions ministérielles devraient être prises prochainement ; mais leurs effets ne seront pas visibles avant 12 à 15 ans.

effectifs depuis 1970 (3.000 psychiatres) la démographie de cette spécialité va aboutir à une réduction de près de la moitié (7.800) avec un pic de 13.200 spécialistes en 1999.

Cette analyse nationale masque des difficultés extrêmes dans certaines régions liées à une répartition géographique de plus en plus problématique. C'est ainsi qu'avec une moyenne nationale de 22 psychiatres pour 100.000 habitants, Paris a la densité la plus importante avec 88 psychiatres pour 100.000 et les DOM, avec 8 psychiatres pour 100.000 habitants (soit 10 fois moins), tiennent le record minimal. Les départements ruraux et/ou peu attractifs sur le plan économique majorent également leur handicap concernant la prise en charge avec 12 psychiatres pour 100.000 habitants.

S'il apparaît important, dans le cadre de la valorisation de la promotion de la santé mentale d'associer ces professionnels, cette collaboration partenariale ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge de pathologies lourdes.

Quant à l'exercice de la pédopsychiatrie, il demande plus de temps, puisqu'il est souvent nécessaire en sus de l'enfant à voir en consultation, de rencontrer son entourage familial.

Le problème de la pénurie en infirmiers travaillant dans le domaine de la psychiatrie est également aussi important.

La réflexion sur les missions de chacun des professionnels exerçant dans cette sphère, qui aurait pu conduire à un repositionnement des uns et des autres sur des critères techniques de prise en charge des patients, semble maintenant aboutir **à des positions pouvant être assimilées à de la gestion de pénurie de ressources humaines.**

L'évolution des compétences des professionnels de la santé ne doit pas être menée comme une redistribution des activités et des missions menées par défaut ; en effet, tous les professionnels doivent garder leur spécificité et exercer leurs activités avec leurs compétences particulières et ne peuvent, ni ne doivent être considérés comme interchangeables.

L'évolution des pratiques psychiatriques actuelles permet de penser que le développement de la psychiatrie ambulatoire nécessitera qu'elle s'intègre de plus en plus dans le contexte social, avec un volet réinsertion des malades mentaux actuellement très faiblement développé. Cependant, les psychiatres, infirmiers, psychologues et personnels sociaux²⁸ de par leur formation et leur positionnement dans les différents dispositifs, ne pourront se « décharger » les uns sur les autres, faute de temps, sans qu'une analyse approfondie de leurs activités soient menées avec les professionnels eux-mêmes.

A ce propos, dans le cadre de la mise en œuvre du plan de santé mentale rendu public en novembre 2001 par M. Kouchner, alors ministre délégué à la santé, la direction générale de la santé a entrepris avec les professionnels un travail important sur cette question²⁹ dont le rapport a été présenté en avril 2002 au comité consultatif de santé mentale. Des décisions pour la mise en pratique des recommandations proposées s'avèrent nécessaires rapidement.

²⁸ Une réflexion particulière est menée sur le cadre d'intervention des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale sous l'égide du Conseil supérieur du travail social.

²⁹ Groupe de travail relatif à « L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé » - avril 2002.

Actuellement la question est posée³⁰ par certains de savoir si le psychiatre devra limiter son activité au diagnostic, à la prescription et à l'orientation des patients, et si la prise en charge psychothérapique notamment, doit être confiée systématiquement à des psychologues. Se posent alors inéluctablement plusieurs questions liées d'une part, à la qualité des formations initiales et continues distribuées et d'autre part, à l'évaluation de la qualité des psychothérapies³¹ et enfin aux modalités de prise en charge financières de telles prestations. Sans oublier les interrogations auxquelles il faudra nécessairement répondre sur l'accès direct à de telles prestations de soins ou leur assujettissement à une prescription médicale. Enfin, la question de l'accès libre au psychiatre, ou via la régulation par un médecin généraliste, doit être soumise à débat et expertise.

Le problème de la non reconnaissance de l'acte du psychologue en libéral doit également être posé. En effet, la consultation des psychologues pourrait être une réponse. Elle soulagerait les psychiatres. Certes, le problème de la judiciarisation de plus en plus fréquente des actes médicaux soulève le problème de la consultation en direct des psychologues. Doit-elle se faire avec une prescription médicale au préalable et donc avec un accès indirect, comme nous l'ont suggéré certains des acteurs rencontrés. Doit-elle être possible en libéral, comme dans d'autres pays ? Notre société reste bloquée sur la non intégration des psychologues dans le système de santé et sur la non reconnaissance de la psychothérapie pourtant largement pratiquée. **Cela a aujourd'hui des conséquences négatives en terme d'accès aux soins et de prévention des comportements à risques.** Dans un temps où l'accès au généraliste se fera plus rare en raison de la démographie médicale, le recours aux psychologues pour traiter des problèmes qui sont de son ressort sera nécessaire.

La complexité actuelle du problème n'a échappé à personne. Et à la question : « Faut-il mieux être pris en charge de façon incomplète ou attendre 6 mois ou 1 an pour recevoir une réponse plus adaptée ? », il faudra trouver une réponse acceptable pour ne pas laisser systématiquement les professionnels décider quel patient est prioritaire, le plus lourd ou celui dont les troubles sont le plus « facilement » traitables, car ils auront été dépistés précocement. Cela est d'autant plus nécessaire que les dégâts dus à l'absence de prise en charge immédiate sur le plan psychique sont aussi graves que dans la prise en charge physique, même s'ils ne sont pas immédiatement visibles. **Or, il apparaît que la notion d'urgence n'est pas toujours perçue de la même manière en ce qui concerne une affection physique ou un trouble psychique, ce qui souligne la nécessité de faire évoluer nos représentations et nos pratiques.**

Le danger d'une professionnalisation insuffisante des premiers contacts des usagers avec le système de santé mentale doit pouvoir être analysé dans le cadre de l'évaluation de la qualité des prestations offertes et la pertinence de l'organisation du système de soins.

Les membres de la mission n'ont pas la prétention de proposer des « solutions miracle », mais ils ont souhaité que cette difficulté puisse être évoquée et traitée afin que certaines des propositions présentées sur la prévention ne soient pas un vœu pieux supplémentaire³².

³⁰ La santé de l'homme n° 359 – mai/juin 2002 : « Evolution des compétences des professionnels de santé mentale » par G. MASSE et S. KANNAS ».

³¹ Une expertise collective est en cours sur les pratiques de psychothérapie sous l'égide de l'INSERM avec l'ANAES et la Fédération française de psychiatrie.

³² Une mission sur la prise en charge psychiatrique des enfants et des adolescents est programmée par l'IGAS en 2003.

C'est le cas notamment du développement de la dimension psychosociale de la naissance, du soutien parental et en particulier aux parents marginalisés ou fragilisés ou de la consolidation du repérage précoce des troubles affectifs ou des comportements chez les jeunes enfants, sans oublier le rattrapage en structures de prises en charge des adolescents. Tous ces points seront repris par la mission au stade des recommandations (voir partie 2).

Les actions de prévention primaire dans le domaine de la santé mentale notamment, mais pas uniquement, ne concernent pas seulement les professionnels de la psychiatrie (violence). Or, la psychiatrie se voit de plus en plus attribuer des missions nouvelles, dont certaines appartiennent au domaine du contrôle social. C'est pourquoi, en agissant sur la prévention des troubles du comportement, la mission pense qu'il est possible de réduire la violence et de lutter contre la délinquance (2.6).

1.4 Les facteurs psychologiques et sociologiques ne sont pris en compte ni précocement ni systématiquement dans le dispositif de santé primaire

Les actions de prévention sanitaire qu'elles soient destinées à éviter des maladies physiques ou psychiques doivent débiter le plus tôt possible pour avoir une efficacité maximale. Les professionnels rencontrés sont unanimes à considérer que cette prévention commence, d'une part, par une préparation des futurs parents à tous les aspects de la fonction parentale, et, d'autre part, par un dépistage précoce des facteurs psychologiques et sociologiques défavorables au développement de la personnalité de l'enfant. La mission a pu observer l'application de ces principes à Lille, à La Roche-sur-Yon ou encore au CHRU de Caen où les pédopsychiatres de l'établissement considèrent les nourrissons de 0 à 3 ans comme une population cible dont les premiers rendez-vous ne doivent pas être différés. Il est accordé une particulière attention aux conditions et aux délais de prise en charge des familles en situation de précarité psychologique et/ou sociale. Cependant, ces initiatives n'ont pas de caractère général. Les réseaux de périnatalité, qui sont conçus précisément comme un moyen de prise en charge globale de la naissance, n'ont pas tous développé une approche aussi précoce et systématique des aspects psycho-sociaux de la prévention sanitaire.

L'insuffisance de cette approche s'observe dans l'ensemble des institutions exerçant des responsabilités auprès des enfants (notamment l'institution scolaire). La difficulté s'accroît avec les lacunes de la coordination entre les différentes institutions en rapport avec les enfants, les adolescents et leurs familles.

1.4.1 La prise en charge autour de la naissance est encore trop centrée sur les aspects somatiques

Le suivi de la grossesse s'est fortement médicalisé au cours des dix dernières années. Mais la question du bien être psychique, partie intégrante de la santé globale, n'est pas véritablement abordée. Le temps de la grossesse n'est pas suffisamment utilisé pour prévenir les troubles potentiels de la relation, générateurs de nombreux troubles psychosomatiques et psychiques lorsqu'ils ne sont pas repérés et soignés précocement.

Hormis les lieux où des réseaux de périnatalité fonctionnent bien, les soins en direction du « couple » mère-enfant sont encore trop exclusivement centrés sur la surveillance du développement physique du fœtus et de la santé physique de la mère. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui ont eu de nombreuses échographies au cours de leur grossesse,

mais plus rares sont celles qui ont pu bénéficier, durant leur grossesse, d'un entretien pour évoquer les conditions psychologiques de l'arrivée de l'enfant avec un spécialiste de la santé mentale ou une personne formée à l'écoute.

Or, comme le souligne un pédopsychiatre, « **Au moment de l'accouchement, la question du lien n'est pas abordée et, le plus souvent, le couvercle est mis sur des situations difficiles** ». Tous les spécialistes soulignent qu'un équilibre psychique, voire un développement psychomoteur satisfaisant, n'est pas possible sans une relation affective de suffisamment bonne qualité. **Cela suppose une attention précise aux signes de détresse psychique ou d'immatunité chez les futurs parents.** Encore faut-il disposer des moyens d'appui psychologique dès le stade de la préparation à la naissance. Le professeur DUBOS, pédiatre, note le contraste qui existe entre le souci de la sécurité physique de la naissance et l'indifférence à l'égard de la sécurité psychique du nouveau-né. La première conduit à des transferts vers des services techniques de pointe, la seconde nécessite que le lien mère/enfant ne soit pas rompu et que le nourrisson ne soit pas éloigné, ni isolé de sa mère (voir propositions).

Dans ce domaine, on peut observer une assez grande inégalité de prestations sur l'ensemble du territoire. Il existe des réseaux de périnatalité fonctionnant selon des protocoles précis, intégrant tous les aspects d'une approche globale de santé, psycho-sociaux et somatiques, d'une part et, d'autre part, mettant en œuvre aussi bien des actions de promotion de la santé que des techniques de dépistage et de soins (par exemple à Montpellier)³³ mais cela reste l'exception.

Les principales lacunes du dispositif de prévention sanitaire au stade de la naissance sont, en résumé, les suivantes :

- Les réseaux de périnatalité et les maternités disposent de peu de psychologues cliniciens ;
- La préparation à l'accouchement est rarement mise à profit pour mettre en place une véritable éducation parentale et une véritable action de promotion de la santé. Or, tous les professionnels soulignent que c'est dès cette période que la prévention s'avère efficace. En particulier, elle permet d'associer le père à la préparation de la naissance et à la compréhension de ses futures responsabilités. Les professionnels soulignent que, lorsque le père n'est pas en mesure d'assumer son rôle de référent adulte, les conséquences sont souvent néfastes pour la formation de la personnalité de l'enfant. Les données de la psychologie mettant en évidence, par ailleurs, le caractère essentiel, pour la formation de la personnalité de l'enfant, du triangle « père-mère-enfant », sont bien établies aux yeux des spécialistes ;
- Les professionnels insistent également sur la sous-exploitation qui est faite de l'examen prénatal du 4^{ème} mois. Celui-ci est considéré comme le bon moment pour dépister des souffrances psychiques ou une immatunité parentales et pour définir avec les futurs parents un programme d'aide adapté à leur situation. C'est aussi lors de cet examen que pourraient être réunies, sous stricte condition de confidentialité, les données épidémiologiques en santé mentale de l'histoire familiale susceptibles d'éclairer les démarches d'aide préventive ;

³³ Les réseaux de péri-natalité sont définis par les décrets n° 98-699 et 98-900 du 9 octobre 1998 et 99-596 du 15 juillet 1999. La mise en place de ces réseaux rencontre des difficultés faute de moyens matériels et humains suffisants.

- La dépression du post-partum, dont la fréquence est de l'ordre de 15 %, est sensiblement sous-évaluée, faute de ce suivi durant la période de la grossesse. Elle implique cette attention à la personnalité de la parturiente qui fait encore trop souvent défaut, faute de formation et de personnel qualifié en psychologie (un pédo psychiatre citera le cas de femmes pour lesquelles, dans un système culturel donné, l'absence de leur mère au moment de l'accouchement constituera un facteur défavorable) ;
- Le raccourcissement de la durée moyenne de séjour en maternité a, de l'avis des spécialistes rencontrés, des effets néfastes lorsqu'il est effectué sans discernement, faute d'appréhension suffisamment précise des problèmes précités ;
- La coordination entre les maternités et les services de PMI, les services de psychiatrie infanto-juvénile et les médecins libéraux, pédiatres et généralistes, est très insuffisante. Il est, en tout état de cause, en l'absence de réseaux formalisés fonctionnant selon des protocoles évaluables, impossible de disposer d'une vue précise d'un ensemble de pratiques empiriques. Il semble bien que dans de nombreux cas il n'y ait guère de lien. Or, le suivi post-maternité est vital ;
- Un certain nombre de professionnels regrettent que le versement des allocations post-natales ne soit plus subordonné au respect de l'obligation de visite post-natale, en particulier pour la visite du 8^{ème} mois, jugée particulièrement importante ;
- Le congé de paternité est considéré par les professionnels comme un pas important dans l'accueil de l'enfant par les parents, en raison de « l'arrimage » qu'il permet à la nouvelle cellule familiale. Pendant cette période le père « adopte » son enfant et peut se constituer en acteur-clé de l'organisation familiale.

L'application de la loi instaurant les 35 heures est venue fragiliser des maternités déjà confrontées à la pénurie de praticiens en gynécologie-obstétrique et à la crise de recrutement des infirmières. Le maintien de petites maternités (et de services de chirurgie à faible activité) hypothèque toute opération de redéploiement au profit de services plus structurés.

Cette restructuration, sur la base de schémas de périnatalité (et de santé mentale) fondés sur de stricts critères de qualité, s'avère positive. On peut citer ainsi l'exemple du CHU de Lille qui a une démarche de prévention primaire en direction des jeunes accouchées. Des actions de formation ont été menées, il y a quelques années, dans 62 maternités du Nord Pas-de-Calais en direction de tous les personnels en contact avec les jeunes femmes³⁴. Ceux-ci ont ainsi appris à prendre en considération la globalité de leurs besoins physiques, mais aussi et surtout, de leurs besoins psychologiques. Cela se traduit concrètement par :

- Une attitude de non-jugement des familles et des jeunes mères de la part des auxiliaires de puériculture (aide à la toilette, conseils) ; leur présence quotidienne auprès des jeunes accouchées est une aide précieuse, puisqu'on sait combien il est important que la jeune mère se sente compétente pour les soins donnés à son bébé ;
- La création d'un poste de puériculture pour la promotion de la santé ; la puéricultrice est présente avant et après la naissance et propose des conseils pour l'alimentation, le

³⁴ Actuellement, il en reste 43 dans la région.

sommeil et répond à toutes les questions de la vie quotidienne que la mère n'ose pas forcément poser au médecin ;

- Une information offerte aux mères autour de l'éveil auditif de l'enfant avec le passage d'une orthophoniste dans les chambres des jeunes mères ; un film leur est proposé sur les différentes étapes du développement de l'audition et du langage ;
- Un accueil des familles en difficulté sociales ; la surveillante de la maternité fait le lien avec les 6 unités territoriales du service de la PMI du Nord. Une consultation de suivi des nouveaux nés est implantée par la PMI dans les locaux de l'hôpital.

Le CHU de Lille a également mis en place un « signalement positif » de certaines femmes enceintes « présentant des difficultés et des risques potentiels » et qu'il ne faut pas renvoyer ailleurs pour accoucher. Tout ceci témoigne d'une volonté d'accompagner la jeune mère dans un moment où elle est, dans le même temps, extrêmement forte et extrêmement démunie et vulnérable, surtout pour les primipares.

1.4.2 Le carnet de santé est un outil qui contient encore des ressources inexploitées en matière de prévention sanitaire

Le carnet de santé est un document précieux qui rentre dans toutes les familles, comme les manuels scolaires. Il constitue, pour ces dernières, un vecteur utile d'information, principalement pour la mère, qui occupe toujours une place prépondérante dans la santé de l'enfant³⁵.

Ce document est la propriété des parents et, à sa majorité, celle du jeune adulte. Il a une importance capitale tant symbolique que pratique. Sa facture est de conception ancienne, même si elle a été améliorée au fil du temps. Au moment où la bande dessinée est largement entrée dans les mentalités, il serait utile de rendre ce document plus attractif, de telle sorte qu'il puisse « parler » aux personnes en situation de précarité et d'illettrisme. Plus largement illustré, il aurait également un impact sur les enfants et pourrait donner lieu à l'instauration d'un dialogue avec les adultes.

Le carnet de santé de l'enfant est actuellement édité par la DGS et revu tous les 5 ans environ. Quelques éléments ont été ajoutés sur « le bébé secoué ». **Il ne comporte pas de page spécifique sur le développement psychique de l'enfant**, ce que la présente mission déplore (voir propositions).

1.4.3 Le soutien à la parentalité n'est pas encore l'axe central de la politique de la famille

Etre parents aujourd'hui nécessite, plus qu'hier, un véritable apprentissage. Dans notre société, le rôle de la famille est reconnu et valorisé. Cependant, lorsqu'on analyse les conditions qui sont faites aux couples devenus parents, on s'aperçoit que la société n'a pas envers eux le souci qui devrait être le sien. En effet, lorsque la reproduction des modèles d'une génération à l'autre était la règle, la collectivité n'avait pas vocation à assurer cette fonction de transmission du savoir parental. Il lui suffisait, comme elle l'a fait, d'organiser

³⁵ Les jours ARTT feront peut être évoluer cette pratique qui veut que la mère, dans la répartition des tâches du couple, se consacre plus souvent que le père au suivi de la santé des enfants.

l'enseignement à tous les niveaux pour les garçons, puis pour les filles, donnant ainsi aux jeunes de tous les milieux une égalité des chances et une possibilité de promotion sociale. Les organisations comme le patronage ou des organisations associatives prenaient une partie de la jeunesse en charge pendant les temps de loisirs. Aujourd'hui ce modèle de société ne fonctionne plus. Les femmes travaillent majoritairement, même avec deux ou trois enfants, les grands-parents sont actifs, qu'ils exercent encore une profession ou soient retraités. Ils vivent le plus souvent éloignés des lieux où le couple s'est installé. Les milieux associatifs qui ont été structurants pendant le XX^{ème} siècle, comme les mouvements de jeunesse, ont vu leur influence se réduire considérablement.

L'effet de la relativisation des systèmes de valeurs, autrefois stables, a été maintes fois souligné : les individus, confrontés à des rôles sociaux parfois contradictoires, doivent faire l'apprentissage de ces nouveaux rôles, avec l'anxiété que peut engendrer cette absence de repères. Dans une société complexe où le changement est permanent, la collectivité publique peut d'autant moins ignorer la nécessité d'une éducation aux responsabilités parentales que les connaissances apportées par les sciences humaines et sociales montrent clairement les conséquences sociales négatives d'un affaiblissement de la référence parentale auprès de l'enfant.

Dès lors que notre pays a entendu se doter, en créant notamment la sécurité sociale, d'une politique de la famille, la question se pose aujourd'hui de savoir si les actions engagées en matière de soutien à la parentalité depuis une dizaine d'années, sont à la hauteur du problème. **On peut en douter dans la mesure où ces actions, qui consistent à financer des réseaux d'aide à la parentalité, reposent avant tout sur l'initiative associative.** Quelle que soit la qualité de l'action de ces réseaux, la mission a pu constater, d'une part, que la couverture du territoire était encore limitée et que, d'autre part, les financements accordés demeuraient insuffisants pour développer un travail en profondeur. L'impréparation aux responsabilités parentales tend à devenir un phénomène social, dans la mesure où une fraction non négligeable de la population se trouve en situation de précarité, soit d'origine économique soit d'origine psycho-sociale (familles dissociées, par exemple). Le professeur HOUZEL, pédopsychiatre, souligne le besoin de formation de tous les professionnels (médecins spécialistes et généralistes, travailleurs sociaux, enseignants, magistrats) appelés à dialoguer avec les parents. En résumé, **le soutien à la parentalité, s'il doit continuer à prendre appui sur des associations compétentes, relève d'une conception du service public de la santé et constitue un axe majeur, mais encore sous-estimé, de la politique de la famille.**

La mission a pu prendre connaissance de situations illustrant ces observations. A Nantes, le secteur de pédopsychiatrie a créé « Le centre nantais de la parentalité ». C'est une structure, en ambulatoire, rattachée à un secteur de pédopsychiatrie dans laquelle exerce une équipe pluridisciplinaire. Installée en cœur de ville, elle reçoit les parents et leurs enfants en difficulté, avec le souci de prendre en compte les enfants de moins de trois ans « oubliés des structures de pédopsychiatrie classique » nous dira le professeur VENISSE. L'activité se place dans le développement d'un courant de pensée international dans lequel on trouve les équipes suisses et anglaises. Il s'agit de faire une évaluation de la relation parents/enfants et de la rétablir si nécessaire. Cela peut prendre la forme de consultation au centre ou faire l'objet de visites à domicile.

En complément de cette aide aux parents, le secteur a le projet de faire un enseignement post-universitaire pour sensibiliser, au repérage des signes de difficultés, les professionnels en première ligne sur l'enfance, comme les pédiatres ou les généralistes.

A La Roche-sur-Yon, le chef du secteur de pédo-psychiatrie, le Dr HALIMI a suscité la création d'un « Centre du tout-petit » qui accueille les enfants très jeunes et leur famille. Ces enfants ont des troubles du comportement ou ont une mère suivie en psychiatrie. Il s'agit de mettre en place des techniques dites « d'étayage » qui s'appuient sur les pratiques de la vie quotidienne : comment nourrir le bébé, comment le coucher... L'approche éducative, à visée thérapeutique et préventive, s'opère par la médiation des gestes du quotidien, en accordant une particulière attention aux spécificités culturelles des parents afin d'assurer une prévention des troubles du comportement.

A Pontivy, le directeur de la mission locale d'insertion a expliqué à la mission les dégâts psychologiques provoqués chez les jeunes par le fossé existant entre les attentes des parents et les possibilités offertes aux jeunes générations en matière d'emploi. Les parents sont des enfants d'agriculteurs qui occupent des métiers difficiles et peu valorisants dans l'industrie agroalimentaire. Celle-ci a constitué, pour cette génération, une solution à la réduction du nombre d'agriculteurs en permettant à ces derniers d'éviter le chômage tout en restant dans la région. Ces parents ont recherché pour leurs enfants un niveau d'études suffisant pour leur éviter les mêmes conditions de travail. Ne trouvant plus à s'employer, en raison de leur niveau de qualification, les jeunes se trouvent devant le choix de prendre un emploi sous qualifié dans l'agroalimentaire ou bien de quitter la région. La pauvreté culturelle des parents, qui ne leur permet pas d'aider leurs enfants, laisse ceux-ci dans une situation de solitude psychologique. Celle-ci est aggravée par la faiblesse des possibilités de communication sociale dans une zone rurale relativement isolée. La conjonction de ces différents facteurs pourrait expliquer le taux de suicide élevé observé dans la population.

Il est donc souhaitable d'aider les parents à devenir « compétents », car ils ne peuvent pas toujours puiser dans leur propre expérience ni dans celle des générations passées, les expériences similaires qui pourraient les guider. « Les modèles parentaux ne fonctionnent plus sur l'autorité de la même manière qu'autrefois, ce qui explique que les jeunes ne perçoivent plus quand ils vont abuser d'autrui » nous dira un psychiatre, président d'ORS.

« L'école des parents », la plus ancienne association à s'être assignée un tel rôle, a développé son action au cours des dernières années, soit en ouvrant des lieux d'écoute et d'appui aux parents, soit en aidant à l'éclosion d'initiatives associatives, souvent engagées par des équipes de pédopsychiatrie.

L'Etat a promu une politique de soutien à la parentalité en application des recommandations de la conférence nationale de la famille du 12 juin 1998 : la circulaire du ministre de l'emploi et de la solidarité du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP) constitue, à cet égard, une avancée importante. L'Etat a débloqué un crédit de 10 millions d'euros, auxquels s'ajoute une dotation de la CNAF, et auxquels peuvent également contribuer des aides des collectivités territoriales, en vue de favoriser la création, dans chaque département, d'un ou plusieurs REAPP. Toutefois, il a été déploré, devant la mission, qu'en raison, semble-t-il, d'un classique jeu de pouvoirs entre niveaux territoriaux de l'Etat (le développement des REAPP est de la compétence des préfets de département et celui des structures appuyées par la DGS est de la compétence des préfets de région), les liaisons soient longues et difficiles à effectuer entre la politique des REAPP et celle des points d'accueil et d'écoute pour les jeunes (PAEJ) qui jouent un rôle de médiation auprès des parents. La mission observe, par ailleurs, que, pour permettre le plus

grand nombre de créations de REAPP, la circulaire de 1999 recommande aux préfets de limiter à moins de 15 000 euros l'aide accordée à chaque structure.

En dépit de l'intérêt de cette politique de mise en place du plus grand nombre possible de structures, la mission a enregistré **les craintes, également exprimées par les responsables de PAEJ, quant à la pérennité de ces structures qui, faute d'un financement suffisant, sont contraintes de recruter des personnels qualifiés sur des emplois précaires et peu rémunérés.**

Les collectivités publiques s'efforcent, depuis quelques années, de mettre en place des structures qui soient des lieux privilégiés d'information, d'écoute, de dialogue, d'appui et de suivi, comme, par exemple, la maison de l'adolescent au Havre. Elles doivent également proposer, au niveau départemental, des possibilités d'hospitalisation courte dans les moments de crise qui sont spécifiques à l'adolescence. **Il faut que les structures soient proches des lieux de vie car, dans une société où le temps est compté, l'organisation familiale ne peut se déployer que sur un territoire restreint.**

1.4.4 L'exemple du service de PMI du Pas-de-Calais montre le rôle que peut jouer la PMI en matière de prévention sanitaire

Depuis les lois de décentralisation, les Conseils Généraux ont la responsabilité de la protection sanitaire et sociale de la petite enfance. La dotation en moyens des services de PMI est, on l'a mentionné précédemment, inégale. Les missions varient en fonction des caractéristiques démographiques et des priorités définies par chaque collectivité départementale. Cependant, certains Conseils Généraux, conscients de l'importance de ce domaine pour la santé des populations, ont investi dans le domaine de la prévention sanitaire en direction de la petite enfance, avec une vigilance particulière concernant les populations marginalisées ou fragilisées.

La mission a choisi de présenter l'expérience menée dans le Nord Pas-de-Calais pour monter l'importance des services de PMI comme acteurs de prévention sanitaire, en dépit des limites déjà évoquées (séparation de l'acte préventif et de l'acte curatif). Il ne s'agit pas d'en faire un modèle, chaque territoire gardant la capacité d'adapter ses programmes d'action aux particularités locales.

Cette démarche, engagée à l'initiative du Conseil Général du Pas-de-Calais, s'est articulée avec le PRS « Santé des jeunes » et également avec le plan périnatalité de la région. Elle s'inscrit dans les priorités régionales et dans la politique de contrats territoriaux de santé propre à la région Nord Pas-de-Calais. Elle a été élaborée dans le cadre d'une « recherche-action » (suivie par un chercheur de l'université de Lille). Ainsi est organisée la confrontation des thèmes de recherche universitaire et des situations et des pratiques professionnelles.

Une démarche territoriale globale et pluridisciplinaire, mise en place dans le cadre des « programmes territoriaux de santé », permet un suivi précoce de tous les enfants quel que soit leur milieu social. Ce dispositif est élargi de la naissance à la majorité et n'est pas limité à la tranche d'âge des enfants de 0 à 6 ans relevant de la PMI. Les personnels médicaux et paramédicaux, mais également les personnels du champ social, sont associés à cette démarche de prévention sanitaire.

La mise en place du dispositif de prévention comporte deux volets ; d'une part le dépistage et le suivi précoce des enfants et d'autre part une protection sociale des familles, avec une démarche pragmatique de santé publique. Tout d'abord, la PMI a **mis en place des indicateurs pour faire de la prévention primaire**. Toute combinaison d'un public prioritaire et d'un facteur de risque entraîne **le passage en commission de prévention précoce**. La situation de la famille peut également être examinée en commission de protection sociale. Le Conseil Général a identifié des publics prioritaires : mineure enceinte, primipare au foyer sans profession, bénéficiaire du RMI ou des minima sociaux avec des enfants. **Ses services ont établi un document support à l'évaluation des indicateurs de risque de danger très complet**. Il concerne l'enfant, les parents ou les substituts parentaux. Les indicateurs concernent le développement physique de l'enfant ainsi que des indicateurs relatifs à sa santé psychique. Sont pointés, le repérage des troubles du comportement, les difficultés en rapport avec l'alimentation, les troubles du sommeil et de l'endormissement, les troubles du contrôle sphinctérien, les actes auto-agressifs et les dépendances. Le questionnaire cerne également les comportements déviants de l'enfant (actes délictueux, appartenance à une bande marginale, fugues, violence). L'adaptation scolaire est notée, que ce soit l'absentéisme, l'échec scolaire ou les troubles de l'adaptation à la classe.

Dans un deuxième temps, les indicateurs de risques relatifs aux parents ou aux substituts parentaux sont également recensés. Grâce à ce questionnaire, la PMI cherche des indicateurs témoignant de la difficulté à intégrer l'arrivée de l'enfant : séparation à la naissance, grossesses répétées rapprochées, grossesses déclarée tardivement ou non déclarée, grossesse issue d'un viol, demande d'IVG non aboutie etc.

Cet outil commun est utilisé, notamment, dans le cadre d'un bilan qui est systématiquement proposé depuis deux ans à tous les enfants âgés de 4 ans. Il est réalisé par le personnel de la PMI à l'école maternelle. Il a pour objectif de voir tous les enfants de cette tranche d'âge, avec un taux qui avoisine actuellement 87 %.

La PMI effectue le suivi des recommandations faites aux parents. Dans la majorité des cas, les parents donnent suite aux prescriptions. Cependant, comme le délai d'attente est de 6 mois pour certains spécialistes, notamment en ophtalmologie, ORL et pédopsychiatrie, le service prend lui-même le rendez-vous pour raccourcir le délai préjudiciable pour l'enfant.

Il semble à la présente mission, que cette approche méthodologique de prévention sanitaire globale, étayée par des outils simples, mais complets et partagés par tous, constitue un bon exemple de prévention réussie. D'autres pays, comme le Québec ou la Finlande, travaillent sur des programmes intégrant une approche globale de la promotion des enfants des milieux défavorisés (voir annexe n° 6).

1.4.5 Les lieux banalisés d'écoute font un travail essentiel de prévention primaire

La mission a pu constater le rôle essentiel que les lieux d'accueil, d'écoute et de soutien psychologique banalisés exercent en matière de prévention des comportements à risques chez les jeunes. Un certain nombre ont été financés dans le cadre des PRS et des PRAPS. Cette solution n'est pas pleinement satisfaisante. En effet, par définition, les PRS et les PRAPS ont des objectifs à moyen terme. Or ces structures ont besoin d'un financement pérenne garantissant leur fonctionnement régulier, car ils correspondent à un besoin permanent.

La structure des « Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), peut constituer un relais, tout comme celle des « Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP) ». Mais d'une manière générale, ces structures sont souvent animées par des professionnels compétents (psychologues cliniciens par exemple), recrutés sur des emplois précaires. A cette précarité juridique et financière, s'ajoute, parfois, la précarité psychologique. L'importance de la fonction d'appui psychologique de jeunes en détresse psychique n'est pas toujours comprise par un certain nombre de décideurs (élus locaux en milieu rural par exemple). La mission a pu constater que certains points d'accueil et d'écoute, en dépit d'un travail de fond attesté par le taux de fréquentation des jeunes, ont dû se séparer de certains de leurs animateurs, faute de renouvellement de financement de leur poste (Guingamp, Pontivy, etc).

En effet, c'est au moment du bouleversement hormonal de la puberté que se produit un remaniement de la personnalité. C'est donc précocement qu'il faut agir afin de faire une véritable prévention des conduites à risques qui sont, à cet âge là, source de surmortalité³⁶. En effet, la prévention autour de la naissance n'est pas la réponse à tout. **Ce temps de changement à l'adolescence doit également faire l'objet d'une attention particulière.**

Le succès des points d'accueil et d'écoute jeunes et/ou parents tient tout particulièrement à la confidentialité. Ces lieux sont en effet banalisés, bien situés, voire insérés dans des espaces d'accueil très fréquentés. C'est le cas à la mission locale d'insertion de Pontivy située en plein centre ville (15 000 habitants). Elle accueille environ 2 500 à 3 000 jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion. Le directeur a souhaité faire de la prévention des conduites à risques. Une cellule d'écoute et d'accueil et d'orientation a été mise en place. Un poste d'assistante sociale, à plein temps, est financée par la DDASS du Morbihan et sur le programme Trace. Interviennent également des médecins à mi-temps et des psychologues. Beaucoup de jeunes fréquentent cette structure. Tous les jeunes, reçus dans le cadre de la mission locale, sont reçus par un conseiller technique avec lequel s'établit une relation de confiance. C'est avec lui que sera prise la décision d'aller vers la cellule d'écoute ; celle-ci, après trois ou quatre entretiens, orientera l'adolescent vers une structure spécialisée, s'il a besoin d'une prise en charge plus soutenue. Le directeur de la mission locale souligne les délais d'un mois environ pour une prise en charge en libéral. Le recours à la cellule d'accueil est facile d'accès et non stigmatisant. **Elle effectue un véritable travail de prévention primaire.**

La mission locale travaille également dans le cadre du PRAPS. Des petits déjeuners sont organisés avec un médecin retraité et des infirmières pour parler de l'alimentation. Un film sur la santé en image est projeté qui sensibilise les jeunes aux conduites positives pour la santé. Un espace santé a été installé à l'intérieur de la mission locale. Il cohabite avec l'espace multimédia et l'espace emploi. Le directeur estime en effet qu'il y a également des lacunes dans la prévention concernant les MST et la contraception.

Le point d'écoute adolescent/jeune adulte (Monplaisir) à Angers a été mis en place à la demande des infirmières scolaires en désarroi. C'est un lieu d'écoute où on peut recevoir des confidences. On sait en effet que les adolescents ne vont pas dans les CMP et qu'ils abordent difficilement des problématiques personnelles avec les enseignants qui appartiennent à la sphère de la performance et de la notation/évaluation. Ce lieu fonctionne sur des horaires scolaires pendant lesquels les infirmières peuvent y adresser les adolescents en difficulté qui viennent les voir à l'infirmerie. Il est également ouvert hors temps scolaire. L'anonymat est

³⁶ Le professeur VENISSE a souligné que, pour les filles, le déclenchement pubertaire précoce était un facteur de risque. D'où l'importance d'avoir une palette de réponses adaptées pour aider le sujet à ne pas structurer sa personnalité dans des modes de fonctionnement pathologiques.

respecté. Ce n'est pas un lieu de soin mais plutôt un lieu d'accueil et d'information qui passe le relais après quelques séances de suivi. L'équipe est constituée d'une psychologue et une infirmière qui ont toutes les deux une formation à l'écoute et une expérience en CATTP. Cela règle le difficile problème du suivi lorsque l'infirmière de l'établissement scolaire pressent que les maux pour lesquels le jeune « consulte » sont en réalité l'expression d'un mal-être psychique sous-jacent.

La disponibilité des animateurs, le type de convivialité pratiqué, l'anonymat, la souplesse du fonctionnement, la gratuité sont autant d'éléments favorisant la venue de jeunes et également des parents qui peuvent y être écoutés. La compétence est nécessaire et notamment la formation à l'écoute, quel que soit le métier de départ de l'intervenant. En effet, généralement, la fonction d'accueil et d'écoute est utilisée comme un temps « d'appropriation » permettant de proposer des démarches de psychothérapie par exemple, au terme du processus de dialogue.

L'intervention sociale peut être une réponse à la souffrance psychique. Par exemple, à Nantes, des assistantes sociales, formées à la thérapie systémique, accueillent, l'après-midi, les jeunes désocialisés de manière anonyme et gratuite. « L'ANCRE » se trouve en centre ville, dans des locaux faciles d'accès en rez-de-chaussée. La prise en charge se fait soit en collectif dans le groupe, soit en entretien. Mais le face à face peut apparaître « trop menaçant » et la parole au sein des pairs permet la formulation d'une demande d'aide. Il n'est pas rare que des révélations lourdes d'incestes, par exemple, se fassent ainsi à l'intérieur du groupe, nous a-t-on indiqué³⁷. En 2001, 1 300 passages de jeunes ont été effectués et 300 jeunes ont été aidés. Le matin, l'équipe fait des interventions de prévention à la demande en milieu scolaire. Elle note qu'elle est sollicitée par les infirmières et les équipes médico-scolaire et plus par l'enseignement privé que par le public.

Ces lieux d'accueil et d'écoute se révèlent comme des lieux essentiels d'observation qui permettent aux animateurs de participer à des actions d'information ou d'éducation à la santé aussi adaptées que possible à la réalité. Or un nombre croissant de demande d'interventions leur est adressée notamment par les établissements d'enseignement dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (voir infra).

Un autre aspect important de ces lieux d'accueil et d'écoute est qu'ils sont, centrés sur la personne accueillie et/ou sur sa famille. L'approche globale évite les pièges que n'évite pas toujours la gestion des PRS lorsque ceux ci se concentrent, par exemple, sur un seul comportement à risque. Or ce comportement à risque n'est bien souvent que le symptôme d'une souffrance plus complexe associée à d'autres comportements, comme nous l'ont indiqué les professionnels rencontrés. En effet, il est de plus en plus courant de rencontrer des conduites addictives qui comportent une triple consommation alcool/tabac/cannabis. On saisit ainsi le décalage, voire le risque, entre une politique de prévention clairement affichée dans un domaine et une réalité infiniment plus complexe si on s'en tient à un traitement séparé pour la consommation de chaque produit (même s'il y a une pertinence à maintenir une information précise sur les risques inhérents à chaque consommation).

³⁷ Cet exemple montre bien la force et l'aide des « petits groupes » au moment de l'adolescence, et nous incite à prendre en compte la dimension groupale de l'individu en recherche de sa propre identité. C'est un élément dont il faut tenir compte pour mettre en œuvre des actions de prévention sanitaire, comme l'a souligné M. CHOQUET, chercheur à l'INSERM. Cela nous conduit également à mettre en place un système mieux organisé de repérage de la maltraitance, notamment au moment de la puberté des filles.

Les points d'accueil et d'écoute jeune et/ou parents ont enfin une autre vertu. Ils s'inscrivent facilement dans un tissu local et trouvent donc aisément leur réseau. A cet égard, il est significatif que l'une des rares expériences d'engagement réussi de praticiens libéraux dans le travail en réseau émane de l'initiative prise par l'un d'eux à Guingamp, où il a été d'emblée relativement facile de construire des contacts entre professionnels, libéraux ou non, élus etc parce qu'ils connaissaient et partageaient les mêmes observations.

1.4.6 L'école occupe une place essentielle dans le dispositif de prévention primaire, mais la problématique de la santé n'est pas encore véritablement intégrée à l'action éducative

Tous les spécialistes soulignent le rôle central qui devrait être celui de l'école dans la promotion de la santé et la prévention, mais ils sont également unanimes à considérer qu'en dépit des efforts du ministère de l'éducation, la problématique de la santé n'est pas véritablement intégrée à l'action éducative.

Les expériences de promotion de la santé se développent dans un nombre croissant d'établissements scolaires, notamment dans le cadre des "projets éducatifs" demandés par le ministère de l'éducation. La mission a pu prendre connaissance d'expériences intéressantes tant dans la région Nord Pas-de-Calais que dans les régions Bretagne et Pays-de-Loire. Elle pu, en particulier, noter que l'engagement des recteurs d'académie et des inspecteurs d'académie avait un effet particulièrement positif. La participation des responsables de l'enseignement aux PRS est un élément décisif de mobilisation des équipes éducatives. Le développement auprès des recteurs d'équipes de promotion de la santé est une avancée très significative dans la mesure où des moyens humains qualifiés sont consacrés à la définition d'une stratégie globale de santé pour les élèves, à l'observation de la situation sanitaire au sein de cette immense institution et au pilotage des programmes de santé. Cependant, les progrès restent très fragiles et, eu égard à l'enjeu, insuffisants :

- La formation initiale et continue des enseignants en matière de prévention et de promotion de la santé est parcellaire ;
- La connaissance, par les enseignants, des signes de détresse psychique est très inégale ;
- Les moyens consacrés à la santé scolaire ou à l'approche des problèmes psychologiques sont insuffisants ou mal adaptés ;
- L'institution demeure réticente, de l'avis de nombreux professionnels, à aborder de front les problèmes de santé qui, à ses yeux, pourraient, à tort ou à raison, remettre en cause son image ou celle de tel ou tel établissement.

1.4.6.1 La santé scolaire est mobilisée par la réalisation des bilans de santé au détriment des actions de prévention sanitaire

L'activité de la santé scolaire, appelée « Service de promotion de la santé en faveur des élèves » est consacrée à 70 % aux bilans de santé dits « obligatoires ». Ces bilans constituent, certes, une contribution utile au dépistage des problèmes de santé des élèves, mais leur trop grande fréquence par rapport aux moyens de la médecine scolaire ne permet pas une exploitation exhaustive des données recueillies ni, surtout, de concentrer l'effort sur les

périodes jugées cruciales par les spécialistes, encore moins de traiter les données en fonction de l'ordre réel des priorités.

L'examen « obligatoire » à 4 ans est réalisé en milieu scolaire dans les écoles maternelles par la PMI, sous la responsabilité du médecin scolaire. Il touche 90 % des enfants.

L'examen de la 6^{ème} année, à l'entrée de l'école primaire, est assorti d'un examen bucco dentaire³⁸. Les résultats sont communiqués à la DREES qui en tire des études³⁹. Ces bilans permettent de détecter un certain nombre de troubles visuels et auditifs. En 1999/2000, 550 027 élèves ont bénéficié du bilan soit une moyenne nationale de 68 %, mais dans 14 académies, ces bilans ont été effectués chez plus de 80 % des élèves.

Dans le rectorat de Nantes, il nous a été précisé que, depuis quatre ans environ, **il y avait une réorientation des bilans effectués par la médecine scolaire vers le dépistage des troubles dans les apprentissages (langage oral et écrit, problèmes psychomoteurs et comportementaux)**. Un enseignant peut alors demander l'aide du Réseau d'Aide aux élèves en Difficulté (RASED) pour une évaluation et un bilan par le psychologue scolaire⁴⁰ qui orientera vers un CMP ou vers une consultation spécialisée. Mais les RASED ont, principalement, un rôle de rééducation scolaire. L'enfant est suivi par des maîtres rééducateurs et les psychologues scolaires ont été, jusqu'à une période récente, formés à cette fonction. Peu ont une compétence en psychologie clinique nécessaire pour aborder les problèmes de la relation affective, dont l'importance est pourtant grande dans les conditions d'apprentissage scolaire.

Lorsqu'une prescription prévoit des soins en CMP, il est très fréquent qu'en raison de leur charge de travail, ces derniers n'accordent un rendez-vous qu'avec un délai de 3 à 6 mois. Cela peut donc signifier presque une année scolaire sans soins. L'attente majore les difficultés puisque plus les soins sont précoces, meilleur est le pronostic final : médecine somatique et santé mentale ont les mêmes exigences⁴¹. De tels délais sont, de surcroît, une des causes du mauvais suivi des enfants de familles précaires dans la mesure où la capacité à gérer ces délais est très faible dans ces familles.

Devant les résultats mitigés de la politique des bilans de santé conçus comme instrument de dépistage de masse, la réévaluation de cette politique est d'abord suggérée par le service. Le document du bilan de l'activité des médecins du service de promotion de la santé en faveur des élèves (Evolution 1992-1997/Bilan de l'année 1996/1997) notait « une stagnation voire une régression du temps de travail consacré aux activités collectives, notamment en ce qui concerne la part réservée aux actions d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risques en faveur des élèves ». **Comme les suivis se mettent difficilement en place à la suite**

³⁸ Cf Code de la santé publique article L 2325-1.

³⁹ Cf Etudes et Résultats N° 155- janvier 2002 « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire ». La DREES va mettre en place un cycle triennal d'enquêtes avec l'INVS, le ministère de l'Education nationale et le ministère de la santé.

⁴⁰ Les psychologues scolaires suivent aujourd'hui le même cursus que les psychologues. Ce sont des professeurs des écoles qui suivent cette formation. Ils ont ainsi la culture « maison ».

⁴¹ Dans certains cas de début d'affection psychiatrique ou de dépression, c'est une course contre la montre entre le processus de maladie qui s'installe et les soins (médicamenteux et psychothérapeutiques) qui font barrage à l'envahissement et à la perturbation qui font « disjoncter » les mécanismes de défense adaptatifs du moi du sujet. Les pédopsychiatres rencontrés ont souligné la régression de tableaux cliniques sévères chez les enfants grâce à l'abaissement progressif de l'âge des prises en charges en santé mentale.

des bilans, on peut alors s'interroger sur la pertinence du positionnement du médecin dans le service de santé scolaire et sur l'utilité de ces pratiques anciennes.

Une circulaire N° DGS/SD-D/Education Nationale/2002/281 du 3 mai 2002 « relative à la mise en place d'un dispositif de partenariat visant à améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants repérés comme porteurs de problème de santé au cours de la visite médicale obligatoire au cours de la 6ème année de l'enfant » entend pallier ces difficultés et s'inscrire dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions. Il est demandé aux parents un retour d'information sur la consultation et la mise en place des soins prescrits. Le recteur est impliqué dans ces actions de suivi et « un comité de pilotage départemental co-présidé par l'inspecteur d'académie et le DDASS » sera mis en place. Le principe de cette coordination est utile. Cependant, force est de constater que les dispositions de coordination prises par voie de circulaire ont connu, par le passé, un succès très relatif.

Le bilan d'orientation établi au niveau de la classe de troisième fait l'objet de critiques. Destiné à aider dans l'orientation, il est bien souvent réalisé après l'orientation. 554 519 examens ont été réalisés en 1999/2000 pour une population scolaire de 816 332 élèves. Il n'est pas centré sur la détection de difficultés personnelles ou sur l'identification de troubles de l'humeur fréquents à l'adolescence, même s'il est noté, dans le rapport cité précédemment, « l'élévation sensible de la durée moyenne des examens effectués auprès des élèves lors du bilan d'orientation qui montre le grand intérêt et l'importance que les médecins attachent à ce contrôle, mais aussi dénotent un plus grand besoin de dialogue de conseil et d'écoute de la part des adolescents ». Or, la crise d'adolescence se joue également dans le milieu scolaire. **Mais c'est bien souvent l'infirmière de l'établissement qui a à connaître des difficultés d'un jeune homme ou d'une jeune fille. Elle occupe le plus souvent un rôle de médiation.** Au cours de l'année scolaire précitée, 1 472 596 dépistages infirmiers ont été réalisés dont 952 108 ont fait l'objet d'un suivi spécifique. 11 022 362 accueils ont été réalisés par les infirmières scolaires. L'activité d'écoute et de conseil représente à elle seule ¼ de l'activité totale (25,9 %) ⁴². Dans les établissements scolaires privés, qui n'ont pas toujours ces mêmes personnels, c'est le plus souvent le conseiller d'éducation qui joue ce rôle, contraint par l'urgence des situations.

A Nantes, la ville a développé les actions en matière de santé scolaire dans le cadre du fonctionnement de son service d'hygiène et de santé ; 14 autres villes ont fait de même. Le « service de santé scolaire » compte 10 médecins à temps partiels (soit 6 ETP), 12 infirmières et 5 assistantes sociales. **Les bilans « obligatoires » sont réalisés pour les enfants scolarisés dans le public et le privé.** De plus, un ciblage est réalisé dans les quartiers sensibles prioritaires. Des actions sont menées en faveur du soutien à la parentalité et un travail est effectué sur les représentations de la santé. Le médecin responsable de ce service rencontré par la mission note « l'absence de culture de la santé publique dans beaucoup de services en lien avec le public » et la difficulté de travailler en réseau avec des intervenants qui ont en charge des populations. Elle souligne les difficultés des différents acteurs concernés pour trouver un langage commun, car il est important que les services travaillent alors en étroite collaboration afin de rendre un meilleur service aux jeunes usagers (voir infra des propositions de formations communes).

Le plan de santé en faveur des jeunes scolarisés annoncé en conseil des ministres le 26 février dernier apporte une réponse à plusieurs observations faites par tous les spécialistes,

⁴² Source direction de l'enseignement scolaire (DESCO) « La santé et l'action sociale en faveur des élèves. Quelques données chiffrées année 1999-2000 ».

notamment en ce qui concerne la politique des bilans de santé. **La décision d'avancer le premier bilan de santé au moment de la moyenne section de maternelle, c'est-à-dire vers 4 ans, correspond aux recommandations de tous les spécialistes rencontrés par la mission.** Pour ces derniers, le bilan de 4 ans doit être l'occasion d'un examen approfondi sur le plan psychologique et social. Il est, à cet égard, important, pour la mission, de rappeler la faiblesse des données épidémiologiques en santé mentale et ce que cette lacune coûte à la collectivité comme aux familles concernées. La mesure des indicateurs de risques de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents repose, aujourd'hui, sur des méthodes précises faisant consensus. Mais la mission constate que le travail établi par une mission franco-québécoise sur la planification en santé mentale à la demande des deux pays, dont l'utilisation est recommandée par le « plan de santé mentale » de novembre 2001, semble encore peu connu au sein même du ministère de la santé.

La mission souligne par ailleurs la volonté exprimée par le Gouvernement dans le communiqué précité d'assurer « une meilleure cohérence des actions de la PMI, de la santé scolaire et de la médecine de ville ». **La coordination entre la PMI, la santé scolaire et la médecine de ville est, effectivement, un impératif d'efficacité du dispositif de santé primaire,** aujourd'hui imparfaitement mis en œuvre. La décentralisation, en confiant à la même collectivité territoriale la gestion des deux services pourrait-elle faciliter cette nécessaire coordination ? On a pu noter ci-dessus les résultats mitigés de la décentralisation de la PMI. Dans ces conditions, ce qui est posé c'est le problème de la capacité de l'Etat à fixer des obligations précises de service public et à les faire respecter. Force est de constater que, quel que soit le niveau de sa gestion (déconcentré ou décentralisé), le service public de santé des enfants et adolescents demeure embryonnaire, comparé à d'autres services publics, et certainement pas à la hauteur des problèmes rencontrés.

1.4.6.2 La problématique de santé globale des jeunes demeure, sauf exception, mal maîtrisée par le milieu scolaire

Il est particulièrement difficile d'entrer sereinement dans une réflexion portant sur les conditions de prise en charge de la santé des élèves par l'institution scolaire. Le problème central des comportements à risque (y compris des comportements d'incivilité et de violence à l'école) est, faut-il le répéter, d'ordre psychologique et social. **Il est donc impossible d'enseigner sans être informé des signes de la souffrance psychique et sans disposer du minimum de connaissances permettant de faire face aux situations qu'elle crée.** Mais cette donnée factuelle, qui suggère une formation adaptée des enseignants, vient interférer bien involontairement dans les débats qui traversent, souvent de façon vive, l'institution entre les tenants d'une mission axée essentiellement sur la fonction de transmission des connaissances et les tenants d'une approche psychopédagogique de la formation de l'enfant. Il est évidemment hors de question pour la mission de prendre parti sur une question qu'elle n'a, à aucun titre, vocation à traiter. En revanche, elle constate que, faute de formation suffisante et faute, sans doute, pour le milieu scolaire d'avoir pleinement intégré la problématique de santé globale des élèves, le nombre des enseignants qui se trouvent en grande difficulté ne fait que croître ainsi que nombre d'élèves en grande difficulté.

La crainte évidente de nombreux enseignants est de se trouver contraints d'abandonner, en partie, leur métier au profit d'un autre, qui serait, pour certains, un métier « d'animateur », pour d'autres un travail de psychologue ou d'assistance sociale. C'est là, sans doute, que réside le principal malentendu et la principale source de résistance. Il doit être clairement affirmé que la prise en compte, par l'enseignant, des données de santé physique et psychique

des élèves ne saurait, en aucun cas, le conduire à exercer un autre métier que le sien. C'est très exactement ce qu'il ne faut pas faire et les spécialistes rencontrés ont, tous, souligné les risques qu'encourent ceux des enseignants qui seraient tentés –cela peut arriver- de se substituer aux professionnels de l'action sanitaire et sociale. Il est, en revanche, préoccupant que beaucoup d'enseignants ne soient pas informés correctement des signes de détresse psychique ou de comportements addictifs chez un élève, ne sachent ni à qui s'adresser ni comment travailler avec des professionnels de santé ou d'action sociale. A cet égard, il a été précisé à la mission que le « **module de formation** » à l'éducation sanitaire en IUFM **demeurait facultatif et non sanctionné, ce qui indique bien que la question sanitaire reste seconde dans la formation des maîtres.** Il est difficile de dresser un bilan de la formation continue mais un rapide sondage confirme que ce sujet ne figure pas parmi les priorités de l'institution, même si celle-ci évolue en la matière.

La société a changé et l'Education nationale se trouve contrainte également réinterroger ses pratiques. **La collaboration entre les différents ministères concernés par l'enfance est, plus que jamais, nécessaire et les responsables rencontrés à la DESCO en sont largement convaincus.** La violence à l'école est un symptôme comme la fièvre ou la douleur. Le nombre élevé de suicides chez les jeunes ne peut laisser personne indifférent. La perception de l'enfant de l'adolescent dans sa globalité, notamment avec ses accidents de parcours en matière de santé, (dépression, maladie, handicap) doit être envisagée. Un intervenant nous dira « Il faut vraiment que ça aille mal pour que l'école fasse quelque chose ». La souffrance psychique n'est que très imparfaitement détectée, sauf à l'école maternelle où les maîtresses ont bien souvent une appréciation assez fine des difficultés cognitives et relationnelles d'un enfant.

Des pays comme le Canada se sont interrogés **sur la notion de bien-être à l'école.** La construction de « l'estime de soi » (ce que l'on appelle le »narcissisme » des individus), est, aux yeux de tous les spécialistes rencontrés, un facteur essentiel pour la construction de la personnalité. Elle se forme jour après jour à l'épreuve des faits, dans la confrontation avec les tâches à effectuer et dans les relations interpersonnelles. Le temps de l'entrée à la maternelle constitue le début d'une socialisation différente de celle de la crèche ou de la halte-garderie. Elle s'accompagne d'enjeux, de comparaison/compétition soutenus par l'attente des parents et de la société représentés par le corps enseignant et le directeur ou la directrice de l'établissement. L'entrée à la maternelle est donc un temps de passage, une sorte de rite initiatique parfois très douloureux. Un pédopsychiatre souligne l'importance de ce moment pour l'enfant qui doit montrer ses capacités à entrer en relation avec les autres et à se faire accepter.

De nombreux spécialistes ont insisté auprès de la mission sur les effets négatifs d'un système de sanctions scolaires qui, contrairement à d'autres pays, ne fait pas de place suffisante à la sanction positive, à l'encouragement au développement des capacités, sauf, peut-être, comme cela a été maintes fois écrit par ailleurs pour les disciplines jugées prioritaires. **Sans doute, conviendrait-il d'introduire ce que les psychologues appellent le feed-back positif, c'est-à-dire une attitude qui renforce les apprentissages et ne souligne les manques que pour expliquer comment les combler.** Il faut donc instaurer des rapports de confiance qui seront les seuls à pouvoir aider l'individu à se construire positivement et à éviter à l'adolescence des réactions de prestance, des conduites à risques qui sont autant de réponses à la perte d'estime de soi que l'individu ressent. Si les garçons paient un plus lourd tribut que les filles en terme de surmortalité à l'adolescence, c'est, parmi d'autres facteurs, parce que les représentations sociales des rôles masculin/féminin aboutissent, selon plusieurs de nos interlocuteurs, à une

« pression scolaire » plus forte à leur endroit alors même que leur statut social ne leur confère plus de position dominante.

Les données de la santé mentale obligent donc à repenser le système de sanctions propre à notre système d'enseignement, sans que l'on se méprenne à ce sujet : tous les professionnels soulignent, par ailleurs, le besoin pour la formation du jeune d'une autorité c'est-à-dire la nécessité, pour lui, de trouver en face de lui un adulte assumant son statut et ses responsabilités d'adulte. **Cela conduit aussi à souligner, avec les spécialistes, l'importance de la communauté éducative, de sa coopération avec le monde de la santé,** pour aider l'enseignant que l'isolement peut mettre en difficulté dans certaines circonstances. Un état de santé satisfaisant se définit par la capacité du sujet à être autonome, créatif et réactif, ce qui est précisément le but de l'éducation. C'est la même attitude que celle qu'on retrouve dans l'alliance thérapeutique en médecine. Ce qui fonctionne n'est pas seulement la technique ou le contenu du soin. C'est l'attitude bienveillance et la relation de confiance qui sera déterminante pour l'issue du protocole. La relation à l'autre passe par le dialogue et donc par la « mentalisation » qui freine les comportements impulsifs de passage à l'acte.

Dans les problèmes de sécurité routière, on retrouve les mêmes mécanismes : réactions de prestance, insécurité narcissique, prise de risque, recherche de l'ivresse de la vitesse. Le temps n'a pas d'épaisseur. L'autre, comme soi-même, n'est pas pris en compte et les vies sont liées dans un hasard qui est, en réalité, la rencontre des séries. D'où l'importance de la composante citoyenneté dans l'éducation à la santé.

« L'enjeu majeur, nous dira un pédopsychiatre, ce sont les adhésions profondes qui transforment les comportements et non pas la réception de messages ». Tous les acteurs rencontrés confirment cette approche. On voit bien, dans ces conditions, l'importance du travail en réseau entre les établissements scolaires et les services de santé, qui ne sauraient se limiter aux services de santé scolaire, si essentiel que soit leur rôle. Or, de nombreux professionnels soulignent que la participation des établissements scolaires au travail en réseau demeure, en dehors d'un certain nombre d'expériences remarquables, limitée.

1.4.6.3 Les CESC peuvent constituer un dispositif utile de prévention sanitaire en direction des jeunes scolarisés dans le secteur public

Beaucoup de textes traitent de la santé en milieu scolaire. On peut citer notamment une circulaire du 24 novembre 1998 sur « L'orientation pour l'éducation à la santé à l'école et aux collègues » qui prévoit de 30 à 40 heures mensuelles pour faire de l'éducation à la santé. Elle a vu le jour à la suite d'une expérimentation de deux ans dans les académies de Lille et de Créteil qui avait fonctionné sur la base de 20h mensuelles pour des actions de prévention.

La circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 publiée au B.O. spécial n° 1 du 25 janvier 2001 fixe les orientations générales pour une politique de santé en faveur des élèves, qui s'intègre à la fois dans les objectifs de santé publique et dans le processus éducatif.

Les Comités d'Education pour la santé et la citoyenneté (CESC) ont été créés par une circulaire de l'éducation nationale de juillet 1998 et intégrés dans le code de l'éducation et dans la loi de lutte contre les exclusions. Cependant, ils ne sont pas intégrés dans le décret de 1985 qui régit les établissements publics locaux d'enseignement du second degré (EPLE), c'est-à-dire les collèges et les lycées, ce qui, selon les responsables de la DESCO, diminue leur portée.

La mission s'est intéressée au fonctionnement des CESC car il lui apparaît que c'est un dispositif intéressant de prévention dans le milieu scolaire qui permet un mode d'approche conduisant à la réduction de la surmortalité adolescente.

Les CESC sont issus des Comités de l'Environnement et de la santé (CES), dispositif expérimental mis en place en 1990 avec la DGLDT. Il s'agissait initialement de favoriser les actions de prévention à l'intérieur des établissements scolaires en relation avec des partenaires extérieurs. **Les CES étaient calqués sur le dispositif de santé communautaire avec le but de faire participer les élèves à l'élaboration des priorités de santé et à un programme de prévention.**

Les objectifs assignés aux CESC reprennent les objectifs de la santé communautaire :

- Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention ;
- Organiser la prévention des dépendances des conduites à risques et de la violence dans le cadre du projet d'établissement ;
- Assurer le suivi des jeunes dans et hors de l'école ;
- Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être ;
- Renforcer les liens avec la famille ;
- Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.

Les CESC reposent sur un travail en réseau ; ils ont des équipes projet qui se spécialisent dans le cadre des circulaires de l'Education nationale sur des thèmes suivants comme les rencontres éducatives, les séquences d'éducation à la sexualité obligatoires, la sécurité routière pour passer le brevet de sécurité routière (quasi-obligatoire) et les premiers secours (action recommandée). **Mais, ils abordent également des thèmes plus large de prévention sanitaire, comme la prévention des dépendances, les conduites à risques, la prévention des comportements violents à l'école, la gestion des conflits, etc.**

Les CESC se sont mis en place progressivement sur l'ensemble du territoire, sur la base du volontariat, en majorité dans les collèges et dans les lycées. Selon le chef de bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention à la DESCO, 70 % des collèges et des lycées en ont créé un (sur 7 000 établissements), et environ 17 % des établissements primaires, surtout en ZEP. « La progression du nombre de CESC, tout en étant légèrement inférieure à celle des années précédentes (9,20 au lieu de 11,61) reste néanmoins importante »⁴³.

Au rectorat de Nantes 60 % des établissements scolaires en ont implanté et 2/3 fonctionnent soit avec d'autres collèges, soit avec des écoles primaires, ce qui les ouvre sur l'extérieur. Dans l'académie de Rennes certains CESC, implantés dans des collèges, ont ce fonctionnement en réseau.

Le fonctionnement des CESC repose sur l'engagement volontaire des adultes qui travaillent dans les établissements scolaires. L'équipe médico-sociale en est le pivot et l'animateur. Ils sont le plus souvent composés :

⁴³ Les comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté -année 2001/2002- DESCO (B4) - Ministère de la jeunesse de l'Education et de la recherche.

- du conseiller principal d'éducation (CPE) ;
- des membres de l'équipe médico-sociale (infirmières médecins assistantes sociales) ;
- d'enseignants, mais très peu s'engagent a souligné la DESCO ;
- des parents d'élèves et des élèves eux-mêmes.

Dans l'académie de Rennes, ils sont composés de 6 à 20 personnes qui se réunissent environ 3 fois par an pour organiser leur action à l'intérieur de l'établissement.

Le pilotage est assuré à plusieurs niveaux. Au niveau du ministère de l'Education nationale un groupe de suivi a été monté pour évaluer le travail des CESC. Un groupe de pilotage fonctionne de manière différente au niveau de chaque académie, selon l'implication des recteurs. A Lille une cellule est implantée auprès du recteur qui globalise les problèmes liés à la vie des élèves dans le souci d'une prise en compte globale. Cette cellule est bicéphale et composée de deux personnes :

- d'un représentant du domaine médico-social (soit une infirmière, un médecin ou une assistante sociale) ;
- et d'un représentant de la vie scolaire, soit un proviseur placé auprès du recteur ou un inspecteur pédagogique régional (IPR).

Ce dispositif présente des points forts. Tout d'abord parce que c'est le seul dispositif de prévention sanitaire **en partenariat** inscrit dans la loi. Les intervenants rencontrés, au rectorat de Nantes, ont fait un premier bilan positif de ce fonctionnement. Selon eux, le fait d'avoir un CESC dans l'établissement améliore globalement le climat. Il donne à l'équipe éducative l'occasion de réunion sur des sujets plus larges. Il permet une perception plus globale de l'élève qui est alors vécu « comme un acteur et non pas seulement comme un réceptacle passif ». Les CESC entraîneraient une nette amélioration des faits d'incivilité et de violence au sein des établissements scolaires⁴⁴.

La mission est très intéressée par cette dernière affirmation. En effet, la violence découle du fait de ne pas savoir ou pouvoir mentaliser les situations de conflit qui sont alors agies au lieu d'être pensées. La mentalisation est un mécanisme par lequel le langage et le questionnement interne permettent de prendre du recul par rapport à la situation vécue. Elle permet de maîtriser et contenir ses émotions et ses pulsions, notamment la pulsion agressive. Cette dernière, lorsqu'elle est canalisée et transformée par l'éducation, constitue un des moteurs de l'énergie pour agir⁴⁵. Il serait important de comparer des groupes similaires de classes dans lesquels un dialogue, en dehors des sujets scolaires, s'est instauré pour savoir si la parole permet de dépasser les situations de conflit et fait baisser les incivilités et les violences au sein des établissements scolaires. C'est pourquoi, l'introduction, timide certes, de l'heure de classe dans les établissements scolaire constitue une possibilité intéressante d'accéder au dialogue en modifiant le rapport enseignant/enseigné dans un rapport d'autorité et de confiance.

Cependant les CESC comportent des points faibles. Même inscrits dans la loi, leur création est laissée à l'initiative du chef d'établissement. Leur existence dépend donc de sa motivation ; il peut inscrire le CESC dans le projet d'établissement pour mieux l'ancrer dans le fonctionnement global. Nous avons pu constater, notamment lors de notre déplacement

⁴⁴ Ceci mériterait d'être exploré par une mission d'inspection ou croisé avec les résultats du recueil des actes de violence dans les établissements scolaires.

⁴⁵ Il s'agit des enfants n'ayant pas de troubles majeurs de la personnalité.

dans le Nord Pas-de-Calais, que l'engagement du recteur est également déterminant pour la mise en place d'actions intégrées et le bon fonctionnement des CESC en lien avec les PRAPS ou les PRS locaux. « De grandes disparités subsistent entre les académies : le nombre d'établissements participant à un CESC se situe dans une fourchette allant de 43,22 % à 100 %. 73 % des établissements disposent d'un CESC⁴⁶ ».

C'est un dispositif qui ne touche pas les élèves de l'enseignement privé, ce qui est largement préjudiciable dans certains départements comme la Loire-Atlantique où l'enseignement privé comprend environ 92 000 élèves.

Il y a des réticences culturelles à leur création. Tout d'abord, de la part de ceux qui estiment que la prévention sanitaire n'est pas dans le champ de l'éducation nationale (logique du cloisonnement et de l'étanchéité des domaines de connaissance et d'action). Viennent ensuite ceux qui n'ont pas bien accepté l'évolution des CES en CESC avec l'ouverture sur la citoyenneté. Enfin, ceux qui craignent la stigmatisation à cause de l'affichage de la lutte contre les toxicomanies ; ils ne veulent pas apparaître comme pouvant avoir des problèmes, afin de ne pas nuire à l'image de leur établissement (logique de l'excellence).

Leur fonctionnement n'est pas toujours intégré dans le fonctionnement global de l'établissement. Il faut en effet prévoir des temps pour réaliser les actions. Des heures peuvent être données par certains professeurs notamment de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT). Parfois les actions sont réalisées sur les heures de midi. Elles rentrent alors en concurrence avec les heures destinées aux options. En milieu rural, le soir, les élèves sont tributaires des transports scolaires, ce qui ne permet pas d'envisager des actions hors temps scolaire.

Leur financement est trop incertain. Avant l'année 2000, ils étaient financés à 80 % par la MILDT (Ministère des affaires sociales) et à 20 % par l'éducation nationale (DESCO). Cette dernière finançait plutôt le fonctionnement et des actions de formation des acteurs. Les financements étaient répartis par le ministère de l'éducation nationale en fonction de critères définis : nombre d'élèves/nombre de CESC, critères sociaux (chômage/précarité), puis en fonction du nombre de projets examinés et sélectionnés par un groupe de pilotage.

Actuellement la MILDT a revu son organisation et veut plus financer les CESC de manière globale, mais uniquement les projets spécifiques de lutte contre les toxicomanies. En 2002, 50 % des crédits MILDT (soit 40 %) ont été délégués en région au chef de projet toxicomanie qui sélectionne les projets à financer. Le reste devait être délégué à l'académie mais cette année même année, les crédits ont été gelés. Les CESC n'ont reçu que les 20 % de la DESCO. En Loire-Atlantique, certains projets n'ont pas pu être financés faute de crédits.

La mission estime que ce dispositif est intéressant dans la mesure où il est inscrit dans le projet d'établissement et où il fonctionne avec des projets définis avec les bénéficiaires de ces actions. Les CESC peuvent devenir un outil déterminant pour ouvrir le dialogue et permettre un positionnement des élèves comme acteurs. Partout les intervenants ont signalé que les actions plaquées sur la vie de l'élève sous forme d'information n'étaient pas suffisantes pour faire changer les comportements. La santé communautaire promeut cette conception de prise en charge globale tant en ce qui concerne les milieux de vie famille/école qu'en ce qui concerne les acteurs.

⁴⁶ Opus cité.

L'enseignement privé s'organise lui aussi en mettant en œuvre des actions de prévention sanitaire en direction des jeunes dans le champ de la santé mentale

En Loire-Atlantique, l'enseignement catholique a mis en place un service diocésain de psychologie. Cela répond au souci de concevoir l'élève dans sa globalité. La mission a rencontré le un psychologue responsable de ce service qui fonctionne comme « une tête de pont » dans le domaine de la santé mentale. **Le service effectue chaque année environ 3 000 entretiens dans les établissements scolaires privés qui accueillent les élèves de la maternelle au Baccalauréat.** Le service emploie des psychologues formés à l'écoute (4 ETP). En primaire, le responsable du service effectue des bilans psychologiques et s'occupe de l'enseignement spécialisé. En secondaire, il tient une permanence d'écoute dans 60 établissements (sur 80 en tout). Il note l'évolution préoccupante de la consommation du cannabis depuis 4/5 ans (voir supra), notamment dans le secteur rural. Il y a une montée en charge des problèmes de toxicomanie, des tentatives de suicide et des problèmes de maltraitance. Selon lui, ces évolutions changent même le travail du psychologue qui doit avoir des notions importantes en psychopathologie. Avec les adolescents, son travail s'effectue essentiellement sous forme d'entretiens. Un correspondant gère les rendez-vous dans les différents établissements. Ces entretiens peuvent donner lieu à une orientation vers d'autres structures, notamment le secteur de pédopsychiatrie. Il peut être amené à appeler lui-même le médecin de famille, lorsqu'il perçoit, dans son entretien, que le jeune homme ou la jeune fille a programmé son suicide⁴⁷. Les psychologues sont formés à l'écoute et ont une solide formation en psychiatrie. Ils bénéficient d'une supervision une fois par mois par un médecin de l'hôpital. Un psychologue hautement spécialisé dans le domaine de la maltraitance intervient 1 jour ½ par semaine. Selon notre interlocuteur « tous les travailleurs sociaux intervenant dans le primaire ou le secondaire devraient être formés au repérage de ces maltraitements ». Ceci pose le problème du repérage de la maltraitance⁴⁸, qui peut être une cause de suicide à l'adolescence.

On voit concrètement comment le travail de prévention en santé mentale est effectué ainsi que le dépistage précoce des situations, qui, si elles n'étaient pas traitées rapidement, pourraient évoluer jusqu'à la mort. Cela montre l'importance du psychologue dans le dispositif de soin. En son absence, le mal-être s'exprime en direction de l'infirmière dans les lycées et du généraliste qui ne sont pas initialement formés à l'écoute. Sous l'effet des problèmes démographiques, le psychologue devra trouver sa place dans le système de soin et les psychothérapies devront être reconnues comme dans d'autres pays. Dans le même temps, la formation de psychologue devrait être revue pour tenir compte des évolutions des pathologies actuelles dans la population, comme nous l'a indiqué M. CHOQUET, chercheur à l'INSERM.

Dans l'enseignement, **la pratique de l'heure de classe**, qui a une fonction de régulation, pourrait être employée pour exprimer les difficultés ou les conflits non plus individuels mais de fonctionnement de groupe. En collège, il est prévu une heure par semaine, en lycée une heure par mois ; en primaire cela est laissé à l'initiative de l'enseignant. **C'est un excellent outil.** Encore faudrait-il que l'enseignant soit formé à ce type de pratique qui ne correspond pas tout à fait avec un fonctionnement classique d'enseignement si on souhaite qu'il puisse y être abordé et donc mentalisé par les élèves certaines difficultés dans la vie en groupe.

⁴⁷ Dans cette région le taux de suicide est supérieur à la moyenne nationale.

⁴⁸ Selon un médecin rencontré, les problèmes de maltraitance seraient responsables à 50 % environ des comportements toxicomaniaques à l'adolescence.

La prévention sanitaire peut être abordée collectivement dans les écoles maternelles et dans le primaire dans les séquences d'éveil. Certaines municipalités soutiennent ces initiatives comme, par exemple, pendant la semaine du goût à Caen.

Un conseiller technique de l'INPES confirme l'intérêt de l'approche globale par les comportements et non pas par pathologies et estime que les CESC sont de bons outils en milieu scolaire, même s'ils reposent sur l'initiative des adultes. **Cependant, selon lui, une réflexion est à conduire sur la vie au quotidien en milieu scolaire** (par exemple distributeurs de sodas et pas de fontaine d'eau) ce que la mission reprend à son compte. Cela concerne ce qu'on peut appeler « la prévention environnementale ».

L'apprentissage de la citoyenneté doit être introduit dans les établissements scolaires à tous les niveaux d'enseignement. En effet, par cet enseignement qui repose essentiellement sur les notions de droits et de devoirs, on peut explorer toutes les situations actuelles de maltraitance. Cela permet de faire efficacement, et cela dès la maternelle, une prévention des atteintes pédophiles. On peut peut-être éviter que certains groupes n'élaborent une contre-culture au milieu enseignant (valorisation de l'opposition à l'enseignant et dévalorisation de ceux qui s'intéressent aux cours etc), grâce au dialogue.

Cette citoyenneté peut prendre des formes multiples. Par exemple le recteur d'académie de Nantes a décidé de créer une solidarité avec les établissements scolaires inondés et a fait la proposition aux écoles de rentrer en contact avec eux. Cela permet aux élèves de se percevoir comme des acteurs positifs de la société dans laquelle ils vivent et qui les imprègne quotidiennement par tous les médias. C'est une des voies d'entrée pour se sentir actif et positif, ce qui préforme le même comportement vis-à-vis de sa propre santé.

1.5 La complexité du système régional de pilotage est une source de difficultés

La complexité du système institutionnel de la santé est, au plan national, inhérente à son caractère pluraliste. Le partage des compétences de gestion du système entre l'Etat et l'assurance-maladie (morcelée elle-même en régimes différents) introduit une dualité selon des modalités qu'aucune réforme n'est, jusqu'ici, parvenue à définir de façon satisfaisante. Au sein même du ou des ministères chargés de la santé et de l'assurance-maladie, l'organisation de l'administration centrale n'a pas toujours permis de parvenir à une coordination efficace des directives se rapportant à un domaine commun de préoccupations, ce qui a pu aboutir à des complications de divers ordres (allongement des procédures, incertitudes sur la procédure à suivre, conflits d'application). A cet égard, les initiatives de la DGS et de la DHOS tendant à faire du niveau régional (ARH et préfet de région/DRASS) le pivot de leur action déconcentrée et celles de la DGAS, dont l'interlocuteur habituel est le préfet du département/DDASS ainsi que le président du conseil général ne sont pas toujours suffisamment coordonnées lorsqu'elles portent sur le domaine de la prévention sanitaire en direction des jeunes et de leurs familles : il est regrettable que la politique de développement des réseaux d'aide à la parentalité soit départementalisée et que celle des points d'écoute jeunes et/ou parents soit régionalisée. Enfin, avec la décentralisation, l'Etat partage avec les collectivités territoriales la gestion de nombreux dispositifs et ces dernières ont elles-mêmes d'importantes responsabilités dans le domaine de la santé.

S'agissant du niveau national, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé apporte une innovation susceptible de limiter les effets liés

à cette complexité institutionnelle. Elle prévoit la création d'un « Comité technique national de prévention » chargé d'assurer la coordination des actions de préventions au niveau national, y compris la coordination de leurs financements.

Ce comité est présidé par le ministre de la santé et doit réunir les représentants des ministères concernés, de l'assurance-maladie, des collectivités territoriales et des établissements de santé. On peut donc attendre de la mise en place effective de ce comité une action déterminante en vue d'améliorer l'efficacité des dispositifs de prévention.

La très importante circulaire du premier ministre, en date du 24 décembre 2002, relative aux subventions de l'Etat aux associations, est une contribution essentielle à cet effort de simplification nécessaire de la part des organismes d'assurance-maladie.

La complexité du système institutionnel de la santé au niveau régional pose, en revanche, des questions auxquelles la loi n'apporte que des réponses très partielles :

- **Deux autorités se partagent les compétences essentielles en matière de santé :** le préfet de région et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Le champ de compétence de chaque autorité est, en principe, clairement délimité. Le préfet de région est responsable de la mise en œuvre des priorités de santé, en particulier des PRS, du PRAPS et du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Le directeur de l'ARH est responsable de la mise en œuvre de la politique hospitalière. Le problème que pose ce partage de compétences est, précisément, celui de l'interpénétration des modes d'action de la santé publique, qui implique une étroite coordination entre les deux autorités concernées.
- **Si le secteur de l'hospitalisation relève d'une autorité régionale de régulation disposant de compétences étendues (en matière de planification, de négociation contractuelle, budgétaire, notamment), le champ des compétences en matière de prévention est davantage partagé.** A côté du préfet de région plusieurs autorités exercent un rôle important : **le président du Conseil général** (responsable de la PMI, de la prévention spécialisée dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, du service social départemental, qui sont des services essentiels dans toute action auprès des jeunes). **Les maires des principales villes de la région** ont, en particulier dans le cadre de la politique de la ville mais aussi en tant que présidents du conseil d'administration du centre hospitalier, une place également importante. **Le recteur d'académie** prend une part croissante dans le dispositif de santé en faveur des jeunes et particulièrement dans la prévention des comportements à risque. **L'autorité judiciaire**, enfin, est également fortement concernée par les problèmes de santé des jeunes, notamment dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse. Le préfet de région doit donc, pour assurer une bonne application de la politique de prévention, trouver un terrain d'entente avec l'ensemble de ces responsables, auxquels il faudrait ajouter **le préfet de département** lui-même, dont on a vu que lui incombait la mise en place de dispositifs d'action sociale importants pour la santé publique, tels que les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP).
- **Le mode de régulation du secteur libéral ambulatoire de la santé demeure assez largement centralisé et axé sur le soin ;** il repose sur l'application des conventions nationales conclues entre les caisses nationales d'assurance-maladie et les syndicats professionnels. Au niveau régional, il existe, depuis peu, des incitations financières au

travail en réseau, mais, par définition, l'engagement des professionnels d'exercice libéral dans des actions publiques de prévention ne peut résulter que d'un engagement personnel.

- **Le pilotage du système de santé doit, par ailleurs, prendre appui sur un certain nombre de services techniques et d'institutions régis par des liens organiques eux-mêmes complexes.** Au premier rang, figurent les DRASS et les DDASS, réunis dans un comité technique régional présidé par le DRASS. Mais la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la création de délégués régionaux de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé que le DRASS et les DDASS ont pour mission de mettre en œuvre, sous l'autorité du préfet.
- **L'ensemble institutionnel des organismes d'assurance-maladie est lui-même organisé selon des modalités telles que les responsabilités en matière de prévention se trouvent, en définitive, assez dispersées, le principal centre décisionnel n'étant pas déconcentré au niveau régional,** puisqu'il s'agit du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS).

Le législateur, conscient des difficultés d'application de la politique de santé imputables à la complexité du dispositif institutionnel régional, apporte à celui-ci, par la loi précitée du 4 mars 2002, un certain nombre d'amendements. Ceux-ci ont pour objet de faciliter la coopération entre autorités. La principale innovation de la loi est la création d'un « conseil régional de la santé », qui se substitue à la conférence régionale de la santé (qui formulait des propositions d'objectifs prioritaires de santé) et à la section sanitaire du comité régional de l'action sanitaire et sociale (qui émettait un avis sur les projets de carte sanitaire, de schéma régional d'organisation sanitaire, ainsi que de création, suppression ou transformation d'établissements de santé). Le conseil régional de santé est désormais l'unique instance consultative en matière de politique de santé régionale. Il est consulté par le préfet de région ou par le directeur de l'ARH dans le cadre de leurs compétences respectives.

La loi n'abroge pas le « Comité régional des politiques de santé », créé par la loi relative à la lutte contre les exclusions en vue de mettre en œuvre le programme régional d'accès à la prévention et aux soins et présidé par le préfet de région. Ce comité exerce une fonction exécutive élargie à l'ensemble des PRS et au schéma régional d'éducation à la santé.

L'organisation du dispositif régional autour de ces deux instances de coordination (qui réunissent les représentants des principales collectivités et institutions) suffit-elle à garantir une application efficace de la politique de santé ? S'agissant de bâtir une action cohérente pour la santé des enfants et des adolescents, le directeur de l'ARH aura la responsabilité d'élaborer un schéma de santé mentale prévoyant les types de services de psychiatrie infantile-juvénile à mettre en œuvre, ainsi que leur localisation, les réseaux de santé mentale à créer (auxquels il délivrera un agrément accordera un financement conjointement avec le directeur de l'URCAM, en application de la loi du 4 mars 2002). Il devrait intégrer à la démarche du schéma, celle du schéma régional d'éducation à la santé, arrêté par le préfet de région, conformément à la circulaire du 22 octobre 2001, et logiquement faire de même en ce qui concerne les PRS et le PRAPS, également arrêtés par le préfet de région, et concourant à la politique de santé mentale, en tout ou partie. **Il devra veiller à ce que tous les éléments du SROS qui concernent la politique de santé des enfants et adolescents soient organisés en cohérence avec les dispositifs de prévention relevant de sa compétence préfectorale, en particulier le réseau de périnatalité, dont on a vu le rôle essentiel dans la prévention**

sanitaire de l'enfance. Ce réseau mobilisera logiquement les réseaux d'aide à la parentalité, la PMI, les services sociaux, le service d'aide à l'enfance, la médecine de ville, notamment.

On mesure à travers cet exemple, qui touche directement le sujet central de la santé des jeunes, la fragilité d'un tel dispositif (que l'on a simplifié par souci de ne pas alourdir la description). Le moindre mal est l'allongement des procédures décisionnelles, encore que cela ne soit pas sans conséquence pour l'efficacité et l'efficience de l'action. Le plus grave est le risque de blocage par suite d'un désaccord entre les deux principales autorités en matière de santé.

1.5.1 L'harmonisation des règles de financement des nombreuses institutions intervenant dans le champ de la santé est insuffisante

La multiplicité des sources de financement, la spécificité des critères et des modes d'allocation propres à chaque institution constituent un obstacle encore important pour les promoteurs. Des progrès réels sont observables en matière de financement des actions de santé publique. Le montant qui y est consacré a été sensiblement relevé. Les enveloppes allouées par le Ministère de la santé sont, sauf exception, globalisées et déconcentrées au niveau régional, ce qui permet une plus grande souplesse d'emploi et, par conséquent, une meilleure adaptation aux réalités locales.

Enfin, les principaux organismes de financement ont mis en place, au niveau régional, une procédure commune de sélection et de suivi des projets : critères d'éligibilité, instruction, sélection des projets proposés au financement, suivi et évaluation. Le système du dépôt des dossiers auprès d'un « guichet unique » tend, également, à se développer.

Il n'en demeure pas moins que des difficultés importantes subsistent. Elles sont mentionnées tant par les promoteurs des projets que par les services de l'Etat :

- **La règle de l'annualité budgétaire hypothèque le principe de la pluri-annualité des programmes, qui est fondamental en santé publique.** Elle a, notamment, pour résultat que les promoteurs, par crainte du non-renouvellement des aides, ne recrutent, le plus souvent, des personnels qualifiés que sur des emplois précaires (type emplois-jeunes). Il en résulte une certaine fragilité des dispositifs mis en place, les titulaires de ces emplois étant amenés, en dépit d'une motivation souvent remarquable, à quitter ceux-ci au profit d'emplois plus stables, ou les collectivités publiques associées à la politique de santé refusant de prendre le relais.
- **Tous les financements ne sont pas encore déconcentrés.** Il en résulte un allongement sensible des délais dans lesquels un projet peut être financé conformément au plan retenu. La procédure du FNPEIS confine à l'absurde puisque les dossiers de demande de crédits instruits par l'URCAM doivent être soumis à la CNAMTS. Il faut d'abord attendre une circulaire annuelle de la Caisse nationale (en avril ou mai), relative au financement des actions du FNPEIS. La Caisse nationale entérine, en pratique, les avis des instances régionales au centime près. Cette procédure centralisée retarde de 6 mois, en moyenne, la signature des conventions avec les promoteurs et ne permet pas à ceux-ci d'espérer engager leur action avant le début de l'année suivante. Encore faut-il signaler que les crédits FNPEIS (CNAMTS) sont délégués, non pas aux URCAM, mais aux caisses primaires (ou aux CRAM lorsqu'elles sont à l'initiative d'un projet) et qu'il nous a été

mentionné des difficultés faites par certaines caisses primaires pour reverser certains crédits à l'URCAM...

- **Tous les financements de l'Etat lui-même ne sont pas globalisés** : ainsi en est-il du financement des PRAPS qui fait appel à plusieurs sources de financement internes : ministères de la santé, des affaires sociales, de la ville (Fonds d'Intervention pour la Ville), fonds interministériels spécialisés, tels le Fonds de Soutien à l'Intégration et à la Lutte contre les Discriminations (FASILD), lignes budgétaires spécifiques (par exemple 37.82 pour le financement des « actions de service public », autres ministères.
- Le principe fixé par l'Etat pour le financement des actions de santé publique est le co-financement. On en comprend, certes, la philosophie, dans un Etat qui tend à se décentraliser progressivement. **Mais la multiplicité des sources de financement, qui se double de leur caractère souvent aléatoire en raison, soit de l'inégalité de leurs ressources, soit de la spécificité de leurs critères d'éligibilité, apparente la recherche de financement d'un projet, aujourd'hui encore, à une course d'obstacles.**
- **Les promoteurs font, aussi, souvent état de la lourdeur de la procédure de signature des conventions les liant aux autorités publiques.**

C'est pourquoi de nombreux projets n'obtiennent la totalité de leur financement que 10 à 15 mois après leur dépôt ; ceci est beaucoup trop long pour des actions qui mobilisent, pour la plupart, des moyens limités. Les conditions de financement sont, de ce fait, toujours aussi peu lisibles. Cette situation est de nature à décourager des promoteurs locaux peu familiers des arcanes du système institutionnel de la santé. C'est d'autant plus regrettable que nombre de ces promoteurs fondent leur projet sur une connaissance précise des réalités et des acteurs locaux et que la mission a pu constater que ces projets –généralement parmi les moins coûteux– étaient de ceux dont les résultats paraissaient parmi les plus probants. A l'inverse, la complexité du système de financement peut constituer un effet d'aubaine pour des promoteurs disposant d'une infrastructure importante (municipalité, fédération nationale) qui peuvent être amenés à présenter des projets standardisés, formellement conformes aux critères d'éligibilité des organismes de financement, mais moins adaptés aux réalités à traiter. Ils peuvent même obéir à d'autres stratégies, telles que « l'occupation » du terrain à des fins partisans.

En ce qui concerne le financement des réseaux de santé, en revanche, l'article 84 de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réforme profondément le dispositif prévu par les ordonnances de 1996, en le simplifiant considérablement. Il dispose que celui-ci peut être assuré par des subventions de l'Etat, des collectivités territoriales ou de l'assurance-maladie ainsi que par les ressources des régimes obligatoires de base pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36) crée, au sein de l'ONDAM, une dotation nationale mixte ville-hôpital et clinique, champ sanitaire, médico-social et social. Le montant de cette dotation est réparti entre les régions. Les décrets du 25 octobre 2002 et 17 décembre 2002 pris en application de cette nouvelle législation, sont venus préciser le régime d'instruction et de décision à l'égard des demandes de financement des réseaux : instruction et décision conjointes du directeur de l'ARH et du directeur de l'URCAM.

La complexité du tableau des financements est accrue par le fait qu'à côté des régimes de base de l'assurance-maladie existent les régimes spéciaux, qui ont leurs politiques propres et leurs critères spécifiques. Enfin, il ne faut pas oublier l'existence de plusieurs délégations

interministérielles susceptibles d'intervenir financièrement, elles aussi, avec des procédures spécifiques.

1.5.2 Le rôle de tête de réseau de l'INPES est encore trop peu perçu et affirmé

Selon les termes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, l'Institut National de la Prévention et de l'Education Sanitaire (INPES) s'est vu confier trois missions :

- Exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- Assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire ;
- Mettre en œuvre les programmes de prévention prévus par l'article L. 1417-12 pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics.

Il dispose d'un budget annuel de 71 millions d'euros et doit présenter un programme annuel à la DGS qui assure sa tutelle. L'article L. 1417-6 du Code de la santé publique issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que le conseil d'administration de l'INPES délibère sur les orientations stratégiques pluriannuelles. Il lui est cependant possible d'entreprendre des actions en dehors des grands axes stratégiques prévus en début d'année. Le pilotage des programmes de santé publique est assuré par la DGS et l'action de l'INPES doit venir s'y intégrer.

1.5.2.1 La santé mentale est oubliée dans les actions de prévention prévues pour 2003

Les objectifs et les programmes prioritaires nationaux de prévention sont fixés après consultation du Haut Conseil de Santé, de la CNAM et de la conférence nationale de santé.

L'INPES reconduit les actions de grandes campagnes nationales conduites par le CFES. **Cependant il n'existe pas actuellement de programme spécifique de prévention orienté vers les enfants.** Il est prévu cependant de décliner le document sur la nutrition, initialement vendu en kiosque, pour les enfants (voir infra).

Pour l'année 2003, l'INPES a donc identifié à la fois des thèmes pour son action et ciblé des lieux où des actions devaient être conduites. Le milieu scolaire est retenu comme lieu pour des actions de prévention sanitaire. Les établissements d'enseignement primaire et secondaire sont répertoriés, ainsi que les universités, les centres de vacances et de loisirs, les clubs sportifs où les jeunes sont en majorité ou en grand nombre. L'INPES n'a pas prévu d'intervenir dans des lieux très fréquentés par les adolescents et jeunes adultes comme les missions locales d'insertion ou les centres régionaux d'information, ce que la mission regrette étant donné l'importance du facteur santé dans l'insertion.

Les activités prévisionnelles 2003 orientées vers le public jeune (source INPES), classées selon les montants budgétaires alloués, font apparaître les priorités suivantes :

| ACTIONS ENVISAGEES en 2003 | BUDGET prévisionnel en euros |
|---|-------------------------------------|
| 1. Programme nutrition | 5 232 000 |
| 2. Prévention des accidents sports/loisirs | 3 545 000 |
| 3. Programme service d'éducation pour la santé (coordination du dispositif emploi-jeunes tabac) | 2 535 000 |
| 4. Programme vaccination | 1 896 000 |
| 5. Prévention des accidents domestiques | 1 521 000 |
| 6. Programme alcool | 1 500 000 |
| 7. Prévention du tabagisme | 1 100 000 |
| 8. Programme milieu scolaire | 614 000 |
| 9. Programme lieux de soins | 358 500 |
| 10. Lutte contre l'infection à VIH | 350 000 |
| 11. Programme sexualité | 303 000 |
| 12. Programme maladies chroniques | 158 000 |
| 13. Programme santé mentale | 55 000 |

La lecture de ce tableau révèle **combien les actions de prévention en santé mentale sont faibles**, alors que le ministre a adopté un plan de santé mentale très ambitieux en novembre 2001 et que la prévention est bien présentes dans les PRS ou les PRAPS.

Les projets relatifs à la prévention des accidents domestiques qui représentent, pour l'INPES, un des axes stratégiques d'action pour 2003, impliquent une réflexion sur les méthodes de communication, par exemple sur l'insertion des messages dans les publicités qui entrecoupent les programmes pour enfants. L'INPES n'a pas, à ce jour, de compétences en matière de communication avec le public jeune et pourrait s'inspirer des moyens utilisés par publicitaires qui ont bien cerné l'impact des campagnes de publicité sur le public jeune. Cela devrait conduire l'INPES à considérer les jeunes comme des consommateurs de santé et à les traiter comme tels. La mission a pu prendre connaissance de l'effort d'adaptation du niveau local ou régional pour travailler des supports accessibles en fonction de l'âge de ceux que l'on veut toucher (pub, bandes dessinées, etc) à Rennes notamment. Or, il apparaît que la documentation nationale correspond pas toujours aux attentes du public jeune comme nous l'a indiqué le directeur de la mission locale d'insertion de Rennes.

En ce qui concerne les programmes d'éducation à la santé, au 31 décembre 2001, il était recensé environ 450 à 500 programmes thématiques d'éducation à la santé, mais pas seulement en direction des jeunes.

Alors qu'il y a un programme important de prévention contre le tabagisme avec le programme de 120 emplois jeunes, **on constate qu'il n'y a pas de programme concernant le cannabis.**

1.5.2.2 Les actions prévues par les Comités en direction des adolescents sur le thème de l'usage des drogues sont insuffisantes

Pour conduire les actions de prévention, l'INPES s'appuie sur les CRES et les CODES. L'INPES, en tant que structure reprenant le rôle du CFES, est en relation avec les comités régionaux et départementaux d'éducation à la santé (CRES et CODES). Ces 107 comités, qui sont des associations loi 1901, adhèrent à une charte commune qui définit des valeurs

communes et des principes d'organisation. Le CFES agréait ces comités pour les labelliser en quelque sorte et reconnaître la compétence des personnes qui animaient les actions entreprises. Les comités sont impliqués dans les PRAPS avec des ateliers santé.

18 actions des CDES (13) et des CRES (4) ou CODES (1) ont été recensées. Elles concernent toutes le public adolescent (11/15 ans) et sont ciblées sur la prévention de l'usage des drogues les dépendances et la prévention de la souffrance psychologique (suicide mal-être) et l'usage du tabac.

1.5.2.3 Les partenariats de l'INPES avec les Conseils généraux et l'Education nationale sont insuffisamment développés

L'INPES travaille en partenariat avec la DGS, avec les collectivités locales qui sont des acteurs importants dans la mesure où elles accueillent un grand nombre de jeunes dans les associations de quartiers, les centres de vacances et de loisirs. L'INPES a peu de contacts avec les Conseils Généraux alors qu'ils ont besoin d'outils (travail d'animation avec les femmes par exemple) et il y a peu de remontée d'information sur les actions de prévention mises en œuvre.

L'INPES a des liens avec différents ministères. Une convention a été signée le 10 décembre 1991 entre l'Education Nationale et le CFES pour 2 ans renouvelable par tacite reconduction. Mais c'est « une coquille vide » dira-t-on à la mission. **Il y a, de fait, une faible collaboration avec l'Education Nationale**, même si ce ministère fait partie du conseil d'administration de l'INPES. L'INPES a l'intention d'établir une nouvelle convention avec eux, ce que la mission juge nécessaire.

En 2002, un travail a été conduit avec l'Education Nationale pour savoir comment la nutrition est abordée dans les programmes scolaires. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé positive. Le guide alimentaire, vendu initialement en kiosque pour les adultes, devrait être décliné en version pour les jeunes. Il serait distribué en même temps que les livres scolaires et servirait d'outil pour aborder ce thème en classe. Il est prévu de le tirer à 600 000 ou 700 000 exemplaires. Cependant, il faudra prévoir de cibler les attentes du public en terme de segmentation de la population, car les attentes d'un enfant de 8 ans ne sont pas identiques à celles d'un(e) préadolescent(e) ou d'un(e) adolescent(e).

L'INPES veut intensifier le nombre d'outils pédagogiques à destination du milieu scolaire et élaborer un référentiel de qualité pour les outils pédagogiques en milieu scolaire. **Des actions visent également à développer la compétence des élèves, axe tout à fait majeur qu'il faut soutenir.** Le rapport « Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France »⁴⁹ souligne, dans ses recommandations spécifiques, la nécessité de « formaliser les liens entre le Ministère de l'Education nationale et le Ministère de la santé en matière de promotion de la santé » et d'établir « une collaboration régulière entre l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé et les professionnels de l'Education nationale autour de la formation en éducation pour la santé ».

⁴⁹ Rapport établi à la demande de M. Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé, par Mme Brigitte Sandrin Berthon (mars 2002).

1.5.2.4 *Le rôle de l'INPES est encore insuffisamment reconnu en tant que dispensateur de méthodologie*

Reprenant les missions du CFES, l'INPES est en train de définir son nouveau positionnement institutionnel. La mission s'inquiète du basculement de certaines tâches de gestion de la DGS vers l'INPES, comme par exemple la gestion de la téléphonie sociale ou la gestion d'autres structures de prévention. S'il est légitime de voir les attributions de l'INPES renforcées par rapport au CFES, il serait dommageable que son fonctionnement soit embolisé par la gestion au quotidien de tâches lourdes pour lesquelles il n'aurait pas les moyens humains suffisants.

La présente mission estime que le rôle d'expert de l'INPES n'est pas encore suffisamment affirmé alors que son activité en matière de prévention et d'éducation pour la santé auprès des responsables de la santé publique est connue grâce à l'action du CFES. **La visibilité de sa politique est nécessaire si l'on veut faire changer durablement l'ensemble de la culture du système de soins.** En effet, l'INPES doit être en mesure de conforter son rôle d'expert en matière de prévention sanitaire et d'éducation à la santé dans le paysage institutionnel et travailler plus étroitement avec les DRASS et les ARH, puisqu'il est prévu que les ARH aient une enveloppe de santé publique.

Le rôle de tête de réseau en matière de mise en œuvre de méthodologie et dans le domaine de l'information en prévention est nécessaire. A cet effet, un travail sur les outils pédagogiques pour qu'ils soient connus et validés, voire « labellisés » devra se poursuivre et s'intensifier pour être mieux reconnu.

L'INPES a développé une unité de pédagogie qui recense les outils utilisés pour faire de la prévention. Ils sont analysés et ensuite référencés. Les critiques ou remarques sont inscrites dans une base de données consultable sur Internet. Cela permet une aide au choix dans les outils. Actuellement 130 outils sont inclus dans cette base. Il est envisagé d'élargir les critères de sélection des documents référencés notamment en y incluant les documents distribués en milieu scolaire. En effet, les supports distribués dans les classes, notamment par le secteur de l'industrie agroalimentaire très généreux, sont d'inégale qualité et peuvent ressembler plus à des publicités qu'à de véritables supports d'information pédagogiques nous a-t-on indiqué.

Les nouveaux outils sont signalés ou transmis à l'INPES qui les intègre dans sa pédagogie rattachée au centre de documentation. L'analyse des documents est faite en convention avec 6 sites implantés dans des comités qui travaillent avec un référent extérieur. Il ne s'agit pas de valider les informations scientifiques contenues dans le document concerné, mais plutôt d'évaluer la pertinence de l'outil sur le plan pédagogique.

2. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Pour espérer aboutir à une certaine efficacité, la mise en place d'une véritable politique de santé doit tenir compte de l'individu en développement, des interférences du sujet avec les autres et de l'impact de l'environnement. Dans le domaine de la prévention en direction des enfants et des adolescents, il s'agit donc d'agir à plusieurs niveaux et le plus précocement possible :

- au moment de la conception et de la naissance : pour assurer un bon départ dans la vie à l'enfant, mais aussi au couple parental ;
- pendant les premières années de vie du jeune enfant : soutenir les parents pour qu'ils apprennent à être parents et aident l'enfant à accomplir certaines phases - clef de son développement ;
- au moment de l'entrée dans la scolarisation : construire la santé de l'enfant dans son milieu de vie ;
- pendant l'enfance et l'adolescence : mobiliser tous les acteurs pour exercer une veille sanitaire et sociale citoyenne.

Les principales recommandations de la mission sont les suivantes :

1. Inscrire comme une des priorités nationales, dans la loi quinquennale relative à la prévention, l'effort en faveur des enfants et des adolescents.
2. Faire du soutien parental un des axes majeurs de la politique de la famille.
3. Créer les conditions d'une participation active d'un plus grand nombre de médecins libéraux (généralistes et pédiatres) aux réseaux de prévention sanitaire.
4. Accélérer la mise en œuvre du plan de santé mentale et préparer un plan de rattrapage dans le secteur de la pédo psychiatrie.
5. Conforter la mission de l'éducation nationale dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention sanitaire et de l'apprentissage de la citoyenneté.
6. Associer la prévention sanitaire à la prévention sociale pour lutter efficacement contre la délinquance.
7. Soutenir prioritairement les PRS développant une approche globale de la santé des jeunes et s'intégrant dans le travail en réseau.
8. Développer le rôle d'appui méthodologique de l'INPES en matière de promotion de la santé et de prévention sanitaire en faveur de la jeunesse.

2.1 Inscrire comme une des priorités nationales, dans la loi quinquennale relative à la prévention, l'effort en faveur des enfants et des adolescents

En posant dans la loi une telle priorité, le Gouvernement rétablirait la hiérarchie des priorités en matière de santé, puisqu'il affirmerait la volonté de préparer l'avenir national que représentent les jeunes. Il adresserait à la nation un message d'autant plus positif qu'il

reposerait sur le souci de développer la promotion de la santé, dont on a vu qu'elle faisait appel à la participation des intéressés eux-mêmes. Enfin, il se donnerait le fondement d'une politique de redéploiement de moyens du domaine curatif (hospitalier, en particulier) en faveur de la prévention.

2.2 Faire du soutien aux parents un des axes majeurs de la politique de la famille

2.2.1 En affectant des moyens financiers permettant l'organisation d'une véritable consultation de prévention en direction de tous les couples dans les services de maternité

Cette consultation longue (environ 45 minutes) réalisée avant la naissance et offerte à tous les couples est prévue théoriquement dans les décrets de périnatalité, mais faute de création de postes (sages-femmes, infirmières...), seules quelques régions ont pu véritablement la mettre en place. Sa généralisation serait un grand pas dans la démarche de prévention en direction des femmes enceintes.

La préparation à l'accouchement qui est un temps de préparation à l'accueil de l'enfant et aux responsabilités parentales, ouvert au futur père comme à la future mère, doit être préservé, malgré la réduction du temps de travail.

2.2.2 En revalorisant l'accouchement sans problèmes et les suites de couches dans les maternités pour assurer un bon départ au couple « parents/nouveau né ».

Le temps précieux passé à la maternité devrait être mieux utilisé en matière de prévention. Dans une société où la compétence et la performance sont au cœur du monde du travail, il est nécessaire de donner aux femmes qui accouchent le temps et les outils de leur apprentissage du statut de « mère », ce qui, autrefois, était souvent transmis par leur propre mère. La société devrait accepter d'investir pour soutenir et guider les jeunes mères, pour en faire des acteurs éducatifs de prévention de leurs enfants.

La mission estime nécessaire de redonner ses lettres de noblesse au métier de sage-femme et de puéricultrice en ne limitant pas ces métiers à leur composante technique, mais en réhabilitant leur volet de conseil et d'éducation sanitaire. L'exemple du CHU de Lille pourrait être repris, ajusté aux particularités locales et soutenu par le fonds de prévention de l'assurance-maladie, par exemple.

2.2.3 En compensant la brièveté de la durée du séjour en maternité par un suivi systématique obligatoire des nouveaux nés à domicile jusqu'à l'âge de 3 mois

La mission reprend ici, en la soutenant fortement, une des recommandations formulées par la Défenseuse des enfants dans son rapport annuel 2002.

En effet, cette réduction du séjour en maternité après l'accouchement ne permet pas à la jeune mère de bénéficier du soutien médico-psychosocial dont elle a besoin pendant les premières

semaines. Ce suivi systématique à domicile jusqu'à 3 mois permettrait également de détecter plus précocement des troubles du lien entre la mère et le nourrisson et de mieux apprécier le risque de dépression du post-partum. En France, sur environ 780 000 naissances annuelles, 15 % des femmes font une dépression du post partum, survenant habituellement entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine après l'accouchement.

Cette mesure nécessite d'accroître le partenariat entre services de maternité et services de PMI, pour améliorer le suivi de la mère et de l'enfant : l'exemple de la région Nord Pas-de-Calais, qui n'est certainement pas unique, mériterait d'être étendu et adapté si nécessaire.

2.2.4 En donnant aux services de PMI des missions rénovées en matière de prévention sanitaire, et en mettant en œuvre, dans le cadre d'une concertation entre l'Etat et les départements, un plan de rattrapage des effectifs

Le plan de rattrapage des effectifs constitue aux yeux de la mission une mesure importante dans ce domaine.

Dans le cadre de la réflexion sur la décentralisation, il pourrait être intéressant d'expérimenter avec des collectivités départementales volontaires l'élargissement des missions des services de PMI à une classe d'enfants âgés de plus de 6 ans (sans forcément aller jusqu'à une surveillance jusqu'à la majorité comme dans le Pas-de-Calais).

Les actions novatrices de promotion de la santé et de dépistage précoce des troubles sensoriels, psychomoteurs et relationnels nécessiteraient d'être soutenues et évaluées.

Les approches et les méthodes suivantes pourraient être développées, tout en tenant compte du contexte local :

- l'élaboration d'outils méthodologiques partagés de surveillance et de suivi de familles fragilisées ou en situation sociale difficile ;
- le développement d'une réelle dynamique de dépistage et de suivi précoce des enfants avec un suivi social des familles défavorisées ou fragilisées : cela nécessite une démarche globale et territoriale associant les personnels médicaux et paramédicaux, mais également les professionnels du champ social ;
- la mise en place de protocoles entre les services de la PMI et certains acteurs en particulier libéraux pour faciliter les orientations des enfants dépistés, et raccourcir les délais de rendez-vous ;
- le renforcement des équipes pluridisciplinaires avec des psychologues, formés à l'écoute pour accroître la polyvalence des compétences ;
- la consolidation des partenariats avec le secteur libéral et le secteur hospitalier (notamment en pédiatrie et en pédopsychiatrie), mais aussi avec les familles et les réseaux associatifs d'écoute et de soutien.

Il pourrait être proposé, à titre expérimental, notamment dans les régions, ou quartiers urbains défavorisés, souffrant d'une pénurie de pédiatres libéraux, de faire fonctionner, sous réserve d'évaluation, un service de PMI dispensant des actes de soin à côté des actes de prévention.

2.2.5 En prévoyant la possibilité de coupler le transfert d'un nouveau né vers un établissement de santé avec un plateau technique de pointe, avec celui de sa mère vers ce même hôpital

L'unité de lieu est indispensable. Nous n'avons pas encore toutes les connaissances nécessaires sur les phénomènes d'attachement qui fondent la relation dès les premiers jours. Mais, si on écoute parler les mères, on sait le traumatisme profond de cette situation de séparation. Une prise en compte de la sécurité psychique du couple mère/bébé est aussi importante que la sécurité physique, même si elle n'est pas immédiatement visible. Une société avancée devrait, pour agir, prendre en compte les connaissances scientifiques dans tous les domaines. Cette proposition nécessiterait un examen particulier pour savoir si sa réalisation est possible avec un aménagement du milieu hospitalier.

2.2.6 En reconsidérant la conception du carnet de santé de l'enfant pour en faire un véritable vecteur de prévention sanitaire globale

La facture de l'ensemble du document devrait être revue pour le rendre plus accessible aux enfants et aux personnes en difficulté avec l'écrit (illettrisme ou non maîtrise de la langue française). Il devrait être plus largement illustré sous forme de bande dessinée. Il pourrait être traduit dans les langues étrangères les plus fréquentes en France.

Une page contenant un questionnaire simple sur le développement psychologique intellectuel, affectif et relationnel de l'enfant devrait y être ajoutée. Celui-ci pourrait être rempli par le généraliste, par le pédiatre ou par un psychologue attaché à la PMI. Créer une page spécifique de questionnement sur le développement psychique affectif, cognitif et relationnel de l'enfant serait un premier pas pour reconnaître la santé sous son double aspect complémentaire physique et psychique. Cela permettrait une dé-stigmatisation de l'examen ou du questionnement sur le psychisme qui est encore trop souvent associé à la pathologie mentale.

2.3 Créer les conditions d'une participation active d'un plus grand nombre de médecins libéraux (généralistes et pédiatres) aux réseaux de prévention sanitaire

La mission, sans écarter la proposition tendant à financer, à titre expérimental, dans une ou deux régions, des consultations prolongées (30 minutes) de praticiens libéraux, incluant actes de prévention et de soin auprès d'enfants et adolescents, selon une périodicité à déterminer conventionnellement, penche plutôt en faveur de deux priorités susceptibles de mobiliser davantage de praticiens :

- rémunérer, dans le cadre de protocoles évaluables, la participation au travail en réseau (détermination en équipe interdisciplinaire, de la conduite de prévention et soin à l'égard d'enfants et adolescents engagés dans des comportements à risque, détermination et participation à la mise en œuvre de programmes d'éducation à la santé, notamment de programmes de santé communautaire). Ce qui semble, en effet, prioritaire à la mission, c'est de créer les conditions favorables à l'engagement de praticiens libéraux qui le souhaiteraient au travail en réseau, particulièrement auprès des populations défavorisées.
- Poursuivre et accentuer la réforme de la formation des médecins généralistes dans le but de leur donner les moyens de mieux maîtriser les problèmes de souffrance psychique chez

les enfants et adolescents, les phénomènes de comportements à risque ou les conduites addictives, et de mieux maîtriser les conditions de la coopération interdisciplinaire et inter-institutionnelle qu'implique toute action de santé publique. L'effort public, essentiel en la matière, doit porter aussi bien sur la formation continue que sur la formation initiale. Il n'a de chance de réussir que s'il met en œuvre des moyens importants, définis au plan méthodologique, avec les professionnels expérimentés, et si la rémunération du travail en réseau est significative.

2.4 Accélérer la mise en œuvre du plan de santé mentale et préparer un plan de rattrapage dans le secteur de la pédo psychiatrie.

2.4.1 En développant la téléphonie sociale comme outil permettant d'établir un lien avec les jeunes et de les orienter selon leurs besoins de santé

Depuis plusieurs années, les services téléphoniques, en lien avec les questions sanitaires et sociales, se sont beaucoup développés, notamment avec l'évolution des nouvelles technologies de la communication. Ces services ont pour mission d'offrir une aide personnalisée à partir d'une écoute qui s'élabore entre un appelant et un écoutant. Cette « consultation » par téléphone peut donner lieu à une prestation d'information médicale, de conseil, de prévention, d'aide, d'accompagnement et/ou d'orientation. Ces services sont de plus en plus utilisés par les pouvoirs publics comme une des modalités d'intervention dans la mise en œuvre des politiques publiques sanitaires et sociales. Plus d'une trentaine de services existent en France, soit avec une approche généraliste (SOS Amitié), soit ciblée sur une pathologie (Ecoute Cancer ou SIDA Info Service...) soit enfin orientée vers une population (Fil Santé Jeunes, Inter Service Parents ou Jeunes Violences Ecoute).

Ces services de téléphonie sociale sont utilisés avec le même succès par des jeunes dans d'autres pays. En effet, à côté de l'expérience française des lignes téléphoniques de conseil, d'écoute, de soutien et d'orientation, d'autres pays utilisent ses services et pour certains, depuis au moins une dizaine d'années (voir annexe n° 7).

Bien que l'écoute et l'aide psychologique par téléphone soient des moyens thérapeutiques jusqu'à présent non évalués par les spécialistes de la santé mentale, ces prestations permettent de faire émerger des questions qui n'auraient pas été formulées dans un autre contexte et d'inciter les jeunes à trouver leurs propres réponses.

Cependant, pour être efficace, ce service doit s'appuyer sur la disponibilité mais aussi et surtout sur la compétence de professionnels et de bénévoles formés constituant l'équipe d'écouterants. Il nécessite également d'être articulé avec un réseau d'aval organisé en réponses graduées et réparties de façon relativement homogène sur le territoire national, qu'il s'agisse de structures légères locales de consultations, de lieux d'écoute ou d'unités d'hospitalisation de courte durée si besoin.

2.4.2 En favorisant la création d'unités d'hospitalisation pour les adolescents, conçues comme des lieux pour « se poser » et faire un bilan

L'ensemble des professionnels rencontrés par la mission a déploré que chaque département ne puisse bénéficier d'une structure de prise en charge hospitalière pour les adolescents. La mission soutient fortement cette demande correspondant à un besoin réel.

Il faut des lieux spécifiques pour accueillir les adolescents en crise, différents de ceux qui sont dédiés aux adultes. Or, il demeure encore environ une quinzaine de départements qui n'ont aucun lit de pédopsychiatrie. Les adolescents ont droit, comme les adultes, à recevoir des soins adaptés, proches de leur domicile dans des lieux non stigmatisants dans le cas, notamment :

- de crises aiguës qui peuvent n'avoir aucune suite négative mais comportent souvent un tableau clinique inquiétant ;
- dans les cas graves de troubles de la nutrition qui sont de plus en plus fréquents. L'anorexie et la boulimie peuvent masquer des troubles plus profonds de la personnalité et affectent plus spécifiquement les filles. Ces affections graves, qui peuvent dans le cas de l'anorexie conduire à la mort, doivent pouvoir être traitées sérieusement dans des unités adaptées. Des services de post-hospitalisation pour des temps limités (accueil de nuit uniquement) doivent pouvoir être créés afin d'accompagner le retour progressif à une vie normale.

Depuis 2000, les ARH, incitées par les circulaires budgétaires annuelles, ont créé des postes de psychiatres ou de psychologues dans un certain nombre d'établissements hospitaliers. Ce premier pas ne suffirait pas sans la création d'unités se donnant une organisation et un mode de fonctionnement souples pour répondre à la demande des adolescents et des adolescentes.

En effet, les services de psychiatrie pour les adultes ne peuvent pas continuer à recevoir, au milieu de malades lourds et chroniques, ces adolescents en difficulté qui ne « s'estiment pas fous », mais qui pour certains, ont besoin de se retrouver, pour un temps limité, dans un lieu contenant⁵⁰.

Des structures organisées comme un maillon entre les urgences psychiatriques ou générales et l'hospitalisation en psychiatrie pour adulte, avec quelques lits de crise (15 au maximum) et pour une durée courte (2 à 4 semaines) existent dans certains départements⁵¹. Elles sont souvent conçues comme des structures spécifiques et non spécialisées : il s'agit en fait de raisonner en outils de soins disponibles : consultations médicales, entretiens psychologiques, psychothérapie comportementale, relaxation... et non en pathologies particulières à prendre en charge. Les motifs d'entrée sont en effet très variables : tentatives de suicide, fugues, absentéisme scolaire, troubles de la nutrition (anorexie ou la boulimie) qui peuvent parfois masquer des troubles plus profonds de la personnalité et affectent plus spécifiquement les filles, ou mal-être, qui ne sont pas systématiquement des signes d'appel relevant de pathologies psychiatriques lourdes, mais nécessitent cependant une prise en charge spécialisée pour être bien traitées.

⁵⁰ « l'éclatement » de la personnalité, dans certains cas est tel, que seul un lieu médical approprié et conçu comme un contenant, comme l'a été le corps de la mère, permet au sujet de retrouver les forces intégratrices et dynamiques perdues momentanément par le moi, c'est-à-dire l'instance de pilotage du sujet.

⁵¹ C'est le cas en particulier de l'unité Angela DUVAL à Brest ou du centre d'Abadie à Bordeaux.

L'objectif de telles unités est de pouvoir mettre en place des traitements au cas par cas avec une palette de stratégies et d'intervenants pluridisciplinaires et complémentaires (d'où la nécessité majeure d'une coordination) pour :

- faire un bilan notamment lors de situation « mal fixées », qui permette de décider de la nécessité ou non d'un éventuel suivi plus durable ;
- initier un début d'intéressement du jeune à la situation qui lui arrive en lui permettant, s'il le souhaite, de s'interroger sur son propre fonctionnement psychique ;
- donner du temps au temps (10 jours pour « mentaliser » et verbaliser : pour certains mentaliser ce qui leur arrive est très anxiogène et verbaliser est parfois difficile, il s'agit alors de trouver d'autres moyens d'expression pour les y aider) ;
- arriver à mettre l'accent sur les facteurs de protection, aider le jeune à trouver les « bonnes cartes » (résilience) pour qu'il se sente valorisé et soutenu ;
- faire « parler le silence » qui enferme ses questions d'angoisse, aider le jeune à mettre des mots là où prévalait, faute de compréhension de soi, le passage à l'acte d'agression contre soi ou contre autrui, lui apprendre à nommer ce qu'il vit et à verbaliser ses émotions.

L'unité d'addiction du CHU de Nantes ou celle du CHU de Brest fournissent des exemples à développer, selon les spécificités des projets locaux de santé mentale.

2.4.3 En aidant au développement des réseaux d'accueil, d'écoute, d'appui psychologique des jeunes et des parents et en continuant à promouvoir des espaces de dialogue entre adultes et adolescents

- Ceux qui travaillent en réseaux : qu'il s'agisse de réseaux se structurant autour des « réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents » (REAPP) ou autour des « points d'accueil et d'écoute jeunes » (PAEJ), l'important est d'accorder la priorité à ce type de programme en veillant à ce que les initiatives prises en la matière s'inscrivent bien dans des réseaux mobilisant tous les acteurs appelés à œuvrer auprès des jeunes.
- Ceux qui sont implantés en favorisant une politique de proximité : les lieux d'écoute doivent être faciles d'accès pour les familles et les jeunes, surtout s'ils peuvent mettre en place des entretiens réguliers ou des actions ciblées sur plusieurs semaines. La sortie du dispositif emploi-jeunes doit être accompagnée pour ces lieux d'écoutes qui ont embauché des personnels d'accueil, formés à l'écoute ou des psychologues grâce à ce dispositif.
- Ceux qui fonctionnent intégrés dans certains lieux fréquentés par les jeunes : la mission a pu voir l'importance d'une possibilité d'espace de dialogue sur la santé pour des jeunes fréquentant des structures d'information concernant leur orientation ou leur insertion professionnelle. Les actions de prévention doivent pouvoir s'intégrer dans les lieux fréquentés par les jeunes, le milieu scolaire, les centres d'information jeunesse et les missions locales d'insertion. Dans ce but, il est nécessaire d'une part de soutenir des projets provenant de cette catégorie de structures et d'autre part d'accepter la banalisation de ces lieux, donc une visibilité réduite de l'action publique pour une efficacité maximale.

Les suggestions qui suivent ne sont que des pistes qui mériteraient d'être explorées, expérimentées et évaluées. La mission de l'IGAS, qui en 2003, concernera spécifiquement la psychiatrie infanto-juvénile, permettra sans doute d'élaborer des recommandations plus structurées.

- Mettre en place des groupes de parole pendant le temps passé à la maternité avec un acteur de santé formé à l'écoute et à la conduite des petits groupes (psychologues formés à l'écoute ou des assistants sociaux formés à la thérapie systémique).
- Mieux informer les femmes sur les possibilités les plus proches de consultations spécialisées pour l'exploration des conflits potentiels et des non dits qui vont grever le développement global du nouveau-né. La meilleure information est celle que peut apporter, au moment psychologiquement opportun, un professionnel ayant reçu compétence pour nouer une relation de confiance. L'élaboration d'un document d'accueil pour la parturiente comportant le lieu, les noms des consultations et la possibilité de consulter avec son conjoint, sa mère etc serait nécessaire. Un tel travail devrait être réalisé systématiquement par les services hospitaliers (maternités) ou les réseaux de périnatalité. L'appui méthodologique de l'INPES, qui possède le savoir-faire de l'ancien CFES⁵², peut s'avérer utile.
- Créer dans les hôpitaux, prioritairement dans ceux où existent des services de maternités, des unités mobiles d'interventions avec des psychologues ou/et des personnels formés à l'écoute, pour que le soutien psychologique soit possible dans l'hôpital quel que soit le motif initial de l'hospitalisation. Des progrès conséquents ont déjà été réalisés dans l'accueil des jeunes ayant fait une tentative de suicide. Mais, il existe des cas plus diffus de souffrance psychique ou de mal-être chez les personnes hospitalisées, associées ou non à la douleur physique. Une équipe compétente, à la disposition des services, pourrait intervenir soit directement auprès des patients, notamment en maternité, soit en soutien auprès de soignants. Ce dispositif peu coûteux, aiderait également à faire évoluer les représentations des soignants dont l'approche du malade est souvent trop exclusivement centrée sur le corps. Ce dispositif de prévention devrait générer, selon les observations de nombreux spécialistes, des économies à terme, en raison de la grande influence du psychisme sur les processus de guérison.

2.5 Conforter la mission de l'éducation nationale dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention sanitaire et de l'apprentissage de la citoyenneté

2.5.1 En donnant une chance supplémentaire aux élèves entrant au cours préparatoire

Il s'agit ici de renforcer l'importance du bilan mis en place entre 4 et 5 ans en faisant un bilan complet physique, sensoriel, psychologique et moteur. En effet, à quatre ans le bilan peut se dérouler dans de bonnes conditions techniques et affectives. L'acquisition du langage est déjà bien en place pour un enfant normalement développé et il a conscience de son identité sexuée. Cela permettrait de mettre à profit la dernière année de maternelle pour entreprendre les

⁵² La brochure « Etre parent, pas si facile » réalisée par le CFES est un outil pragmatique et simple, qui a reçu un très bon accueil de la part des populations concernées.

rééducations si nécessaire ou les soins et les aides en matière de santé physique ou psycho-affective, notamment dans le cas de comportements agressifs ou d'instabilité motrice. Cela permettrait également de constituer une base de données épidémiologiques en santé mentale de l'enfant s'inspirant du modèle proposé par la DGS et le groupe franco-québécois en santé mentale.

La prise de conscience, par l'ensemble des intervenants en contact avec l'enfant, de l'importance de cette période de 4-5 ans pour le déroulement ultérieur de sa scolarité est la première étape à franchir. Ainsi, cette année de 4 à 5 ans pourra-t-elle être mise à profit pour que l'enfant ne se trouve pas en situation de difficulté scolaire au cours préparatoire (CP) au moment de l'apprentissage de la lecture. A ce moment, les enfants en difficulté « décrochent », ce qui est, souvent, une première blessure psychologique, pour eux, comme pour leurs familles dont les attentes sont fréquemment maximales par rapport à la réussite scolaire. Le dépistage précoce des éventuels troubles psychologiques et le démarrage d'un traitement avant l'entrée de l'enfant dans le cycle des acquisitions scolaires de connaissances permettrait ainsi d'éviter à l'enfant de débiter sa vie à l'école par un échec qui sera alors du ressort du psychologue⁵³. L'expérience de « L'unité du tout petit » de La Roche-sur-Yon représente une des références dont des projets communs aux institutions scolaires, sanitaires et sociales pourraient s'inspirer.

2.5.2 En soutenant le fonctionnement et le financement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Il pourrait s'avérer, en premier lieu, utile d'introduire les CESC dans le décret de 1985 concernant les établissements publics locaux d'enseignement (EPL). Cela devrait conforter la place de ces structures au sein de l'institution scolaire.

Les CESC devraient, notamment, développer, dans les conditions fixées par le projet de chaque établissement scolaire, une communication interne sur tous les problèmes de santé. Cette communication pourrait d'ailleurs être, pour les élèves, avec l'aide des adultes, un des moyens privilégiés d'apprentissage des méthodes en la matière et l'une des voies du dialogue civique au sein de chaque établissement l'établissement. Cela n'est possible qu'en aidant à l'élaboration de petits documents de prévention qui correspondent aux attentes des élèves.

A cet égard, il serait souhaitable d'envisager la révision de la convention signée en 1991 entre le CFES et l'Education nationale pour prendre en compte à la fois les missions imparties à l'INPES et la création des comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté. Il est, en particulier, important de rendre les jeunes acteurs de leur propre prévention et de les aider à développer des comportements de consommateurs éclairés par une meilleure connaissance des produits proposés et de leur impact sur la santé, notamment l'obésité.

2.5.3 En prenant en compte la prévention primaire et la promotion de la santé dans la formation initiale et continue des professionnels du secteur éducatif

Une circulaire de 1997 a mis l'accent sur la mission éducative du professeur des écoles. Il y a donc eu une évolution depuis 10 ans qui se précise depuis 2 ans nous diront les représentantes de la DESCO rencontrées. Cette circulaire est travaillée en formation initiale dans les IUFM,

⁵³ On sait aujourd'hui que l'échec au CP est un mauvais pronostic pour la scolarité ultérieure.

mais cela est variable d'un IUFM à l'autre. Dans le premier degré, cela fait partie de la formation des professeurs des écoles, mais dans le second degré cette dimension éducative reste optionnelle.

En ce qui concerne les directeurs d'école, les moyens de la formation des personnels de direction sont réduits. Les directeurs commencent le plus souvent par un poste d'adjoint qui donne une expérience de terrain. L'essentiel est donc acquis par l'expérience.

Il semble important à la présente mission que la formation initiale et continue soient utilisées comme le levier du changement des mentalités et des comportements. Seule une évolution des représentations permettra d'intégrer véritablement les réflexes de prévention dans les comportements des professionnels qui sont en relation avec les jeunes et les adolescents. Il est, en particulier, essentiel d'introduire dans la formation des enseignants la connaissance des signes de souffrance psychique et des comportements à risque. La connaissance des relais sanitaires et sociaux et les possibilités de recours à des réseaux de santé est nécessaire. Il est également souhaitable que les enseignants soient informés des concepts et des méthodes de l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Ce savoir de base ne doit, en revanche, pas être conçu comme une incitation pour l'enseignant exercer un autre métier que le sien.

2.6 Associer la prévention sanitaire à la prévention sociale pour lutter efficacement contre la délinquance

La mission a, ainsi qu'elle l'expose dans ce rapport, entendu la plupart des professionnels de la santé, notamment les pédopsychiatres, insister sur la fréquence de l'association des troubles du comportement et des comportements de délinquance. Les mineurs délinquants suivis par les éducateurs des services de protection judiciaire de la jeunesse ou incarcérés ont, pour une grande partie d'entre eux, des troubles importants du comportement, qui n'ont pas été détectés précocement.

Les actions préventives sont principalement destinées aux adolescents en milieu scolaire et certains groupes particulièrement vulnérables restent paradoxalement exclus des actions de prévention. C'est le cas de certains jeunes dont les parcours de vie sont faits de ruptures successives et d'échecs répétés de prises en charge (échec scolaire, exclusion des institutions et rejet de leur famille...), souvent associées à des carences affectives précoces et qui n'ont pas les possibilités de développer une certaine résilience.

Il est important de donner une place à l'enfant et à l'adolescent dans la société des adultes sans démagogie, ni conduite autoritaire mais en fixant des limites et des repères. La mission a tenté de montrer le rôle majeur des services de la PMI dans le dépistage des troubles psychosociaux : le repérage précoce de facteurs de risque permettant un soutien individualisé des familles fragiles. Elle a insisté sur le rôle de la famille et de l'école dans la transmission des valeurs indispensables à la vie en société et à l'apprentissage de la civilité.

Il s'agit aussi de construire une prévention sanitaire et sociale globale, dans la mesure où le poids des situations socio-économiques et culturelles défavorisées est lourd dans un grand nombre de cas. L'action des services sociaux, étroitement coordonnée à celle des services de santé, devra donc se développer dans la continuité en ce qui concerne aussi bien les parents et l'environnement social que l'enfant et l'adolescent lui-même :

- en prévenant pour tous les jeunes âgés de 13 à 20 ans, le risque d'évoluer vers des pratiques « initiatiques » comme manière de se singulariser à tout prix, avec compétition entre les jeunes et surenchère permanente, en particulier pour les actes illégaux : aller toujours plus au-delà de la loi et du danger, pour faire « mieux » que le copain ;
- et en acceptant de leur faire confiance pour qu'ils élaborent alors leur propre démarche de prévention. L'adolescent apprend alors qu'il peut exister autrement que par la provocation et qu'il peut trouver une place dans un monde qui ne lui est pas systématiquement hostile, mais dans lequel il peut demander de l'aide et recevoir un soutien sans démagogie ;
- en renforçant les services et équipes de prévention spécialisée, tant qualitativement que quantitativement, l'expérience (de Saint-Brieuc, par exemple) montrant qu'il n'est pas impossible d'amener des groupes assez fortement désocialisés, et affectés, en conséquence, par de lourds problèmes de santé, à une certaine resocialisation ;
- en facilitant la mise en œuvre de programmes de santé communautaire, notamment dans le cadre des « ateliers ville-santé » ou en s'inspirant des contrats territoriaux de santé expérimentés en région Nord Pas-de-Calais.

2.7 Soutenir prioritairement les programmes régionaux de santé développant une approche globale de la santé des jeunes et s'intégrant au travail en réseau

La méthode des PRS ayant grandement contribué au développement de la santé publique, la mission estime qu'elle doit être soutenue et pérennisée. Cependant, la gestion des PRS demande à être rationalisée : il faut veiller à une sélection plus rigoureuse des priorités régionales. Il faut également s'attacher à ce que le dispositif s'assouplisse et se simplifie.

2.7.1 Retenir, au niveau régional, un nombre restreint de priorités

La mission recommande que les instances régionales de sélection des priorités se limitent à la sélection d'un nombre plus restreint de priorités fondées sur la hiérarchie des urgences épidémiologiques et socio-sanitaires.

Il paraît également souhaitable, de favoriser des programmes régionaux axés sur une approche globale, par exemple en santé mentale ou autour d'une approche populationnelle (santé des jeunes, par exemple). Cela ne doit pas, pour autant, conduire à éliminer, par principe, à l'intérieur de PRS fondés sur une telle approche, les propositions axées autour d'une conduite addictive spécifique. L'apport des spécialistes de cette conduite peut, en effet, être très précieux. Mais les instances régionales devraient, en revanche, s'assurer de la cohérence des différentes actions retenues par rapport à la problématique globale du projet.

2.7.2 Encourager les expériences de santé communautaire, en particulier les « ateliers villes-santé » dans le cadre de la politique de la ville et les expériences de programmes territoriaux de santé

Eu égard à l'ampleur de la crise urbaine (et de la crise de certaines zones rurales), les propositions de santé communautaire revêtent une réelle importance. La mission suggère de

développer les expériences d'ateliers ville-santé dans le cadre des contrats de ville. Elle considère très souhaitable le développement des contrats territoriaux de santé. Mais la complexité de ces programmes exige une rigoureuse préparation et l'appui de personnels confirmés ayant une expérience d'agent de développement en vue d'assurer une animation et une coordination efficaces de ces projets. L'accent doit être mis sur l'investissement en formation des participants professionnels, sur l'aide méthodologique permanente et sur l'élaboration préalable d'indicateurs pertinents d'évaluation. Une grande attention doit être apportée à l'analyse de l'état socio-sanitaire de la population concernée, aux conditions de sa participation, tant au stade de la réflexion sur l'état sanitaire qu'à celui de la définition de la mise en œuvre des actions. Un effort important doit être fait pour aider les élus à acquérir une culture de la santé et les aider à concevoir des solutions alternatives à l'hospitalisation.

2.7.3 Développer prioritairement la formation des participants aux PRS

La problématique du PRS, et des projets agréés dans son cadre, doit être partagée par tous les acteurs, à tous les niveaux, selon des modalités appropriées aux besoins des acteurs à chaque niveau. Il est essentiel que les responsables des différentes administrations, en particulier de l'Education Nationale, de la Justice, de la Jeunesse et des sports, et de la Santé acquièrent ensemble une culture commune de santé publique, partagent la connaissance des problématiques de santé en ce qui concerne les comportements à risques chez les jeunes et apprennent à se connaître et travailler ensemble. Seules des sessions de formations en forme de séminaires peuvent y aider. Il est illusoire d'imaginer que de simples réunions de chefs de services en préfecture peuvent apporter ce ciment.

A fortiori, une formation commune est indispensable ; elle doit se faire dans le même esprit et dans le même but que pour le réseau et s'adresser à tous ceux qui participent à la mise en œuvre des projets de santé. Par ailleurs, la plupart des programmes impliquent la mise en œuvre de compétences techniques nouvelles pour la plupart des professionnels. C'est de la capacité du programme à apporter les moyens nécessaires à ces formations techniques que dépendra largement son succès ou son échec.

2.7.4 Conforter la fonction de chef de projet

L'ampleur prise par la politique des PRS, la dynamique qu'elle implique, sous peine d'essoufflement du dispositif, exigent de véritables chefs de projets. Il est clair que certains programmes seront particulièrement mobilisateurs en raison de leur complexité. Il en ira ainsi des PRS de santé mentale ou des PRS axés sur la santé des jeunes. L'animation du dispositif des PRS devrait être renforcée, notamment dans les DRASS. Dans les principales régions, la DRASS devrait pouvoir disposer d'au moins deux cadres à temps plein (un médecin de santé publique et un inspecteur des affaires sanitaires et sociales), en charge de cette mission. La mission suggère qu'il soit procédé à des redéploiements de postes en faveur des missions de santé publique, notamment au sein des DRASS. Il pourrait être envisagé, en particulier, des redéploiements à partir des missions de tutelle sur les organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs, la fonction de chef de projet doit être reconnue par l'administration centrale et intégrée dans les plans de carrière des intéressés comme un élément de valorisation de celle-ci. Enfin, il serait nécessaire qu'une véritable gestion des ressources humaines garantisse aux chefs de projets la stabilité dont ils ont besoin pour assurer la conduite des projets jusqu'à leur terme. Il devrait être prévu que, sauf circonstance particulière, le chef de projet demeure en

poste durant toute la durée d'exécution du projet. L'intéressé pourrait se voir proposer un contrat en ce sens.

2.7.5 Déconcentrer et globaliser le financement des PRS au niveau régional

La mission estime que des conventions pluri-annuelles devraient être conclues, sur la base des priorités nationales, entre l'Etat et les organismes d'assurance-maladie en vue de réunir les différents concours financiers à la politique des PRS et des réseaux en une dotation globalisée et répartie entre les régions, dans le cadre de conventions d'objectifs passées entre leurs responsables et le Ministère de la santé. Le même mécanisme contractuel devrait prévaloir au sein de l'Etat entre le Ministère de la santé et les délégations interministérielles appelées à apporter des fonds spécifiques à la politique de santé.

L'objectif souhaitable est de ramener le délai d'obtention des financements des PRS de 15 à 18 mois actuellement, à 6 mois. Cela suppose, bien entendu, le même effort de coordination entre les responsables régionaux et les collectivités territoriales appelées à compléter les financements.

2.7.6 Assouplir les conditions d'éligibilité au financement des PRS

Le principe de la détermination de critères d'éligibilité aussi rigoureux que possible aux PRS est de bonne gestion. Cependant, il n'est pas illégitime de faire droit aux remarques de certains acteurs de la santé qui ont parfois déploré une lecture réductrice des principes régissant le dispositif des PRS. On peut envisager qu'une partie des crédits destinés aux PRS soit allouée à des projets qui ne correspondraient pas à tous les critères fixés, mais dont la pertinence, en termes d'analyse des besoins et de réponse à ces besoins, serait établie. Les critères de jugement devraient être, en de tels cas, déduits de la cohérence du projet lui-même. Un bilan de cette expérience de financement dérogeant aux critères préétablis pourrait être dressé au bout d'une période de cinq ans. Il convient d'être attentif, en particulier aux besoins de financement pérenne de structures d'aide psychologique ayant fait leurs preuves sans entrer pour autant dans les critères préétablis d'allocation budgétaire.

2.8 Développer le rôle d'appui méthodologique de l'INPES en matière de promotion de la santé et de prévention sanitaire en faveur de la jeunesse

Il existe une très forte attente de tous les acteurs du terrain en matière de méthodologie de santé publique. L'aide de l'INPES peut être essentielle dans ce domaine auquel les interlocuteurs de la mission attachent une particulière importance. C'est cet appui méthodologique que le nouvel établissement doit développer.

L'INPES doit affermir son rôle d'expert, de spécialiste de la prévention sanitaire tant au niveau national par rapport à la DGS et à la CNAM qu'en région par rapport au milieu associatif et aux structures de l'Etat (DDASS, DRASS, ARH, DDTEFP). Il devrait pouvoir décerner des labels pour certains jeux ou certaines méthodes de prévention sanitaire. En partenariat avec l'INSERM et le Haut comité de santé publique, il devrait pouvoir émettre des mises en garde sur certaines pratiques qui peuvent comporter des risques (par exemple possibilité de crise d'angoisse au décours d'une action d'information sur la drogue, le suicide, etc). Dans les lycées, il nous a été indiqué que des demandes avaient été faites sur la gestion

du stress pour les élèves dans les grandes classes. Des avis circonstanciés sur des pratiques, comme la relaxation pour le public jeune, devraient être donnés afin, soit d'émettre des recommandations sur la formation nécessaire des intervenants destinées à exclure tous risques de décompensation pour ce type d'activité, soit d'exclure ces pratiques si on estime qu'elles ne peuvent pas être conduites dans un cadre scolaire, par exemple.

L'INPES, dans son prochain programme d'action 2004, doit cibler les adolescents et les jeunes adultes et agir dans les lieux fréquentés par eux, notamment les centres d'information régionaux et nationaux et les Missions locales d'insertion où ses actions pourraient toucher un public en difficulté d'insertion, venant ainsi renforcer la prise en charge globale déjà mise en place dans ces structures.

L'INPES souhaite élaborer un programme de développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique en collaboration avec les professionnels de santé concernés. La mission souligne l'intérêt de ce projet et le soutient. L'INPES et la DGS devraient mettre en place un groupe de travail multi-professions ayant pour but de proposer une démarche coordonnée des professionnels en matière d'éducation et de promotion de la santé. La mission insiste également sur l'importance de cette initiative et la nécessité de la soutenir, dans la mesure où ce qui a constitué un leitmotiv dans toutes ses rencontres a bien été la difficulté, pour les différents professionnels, de trouver un langage commun et de coordonner leur action. Il ne faut pas oublier les travailleurs sociaux et les infirmières qui sont en relation privilégiée avec les populations en précarité pour lesquelles une surveillance sur les problèmes de santé est majeure. Le pharmacien est, également, pour ces populations, le premier acteur de santé avant le recours au médecin.

L'INPES devra à l'avenir devenir un « lieu ressources » en matière de prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents. Pour ce faire, il pourra constituer un réseau national documentaire sur les théories et pratiques dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, accréditer les organismes de prévention et de promotion de la santé, labelliser certains dispositifs thérapeutiques dont les résultats ont été évalués. Cela répond aux attentes de nombreux acteurs du terrain à l'égard d'un appui méthodologique. Encore faudra-t-il veiller à ce que ceux-ci soient étroitement associés à l'élaboration des outils de l'éducation sanitaire dans la mesure où ils disposent de l'irremplaçable regard que leur procure la proximité avec les populations concernées.

CONCLUSION

Les principaux observateurs de l'évolution de notre société soulignent l'ampleur des mutations qu'elle a connues, notamment en ce qui concerne son système de valeurs. Les professionnels de santé rencontrés par la mission rejoignent ce constat en mettant l'accent sur la difficulté, pour beaucoup de jeunes, de faire l'apprentissage de la vie adulte dans un monde qui n'est plus balisé par des repères simples, portés par des institutions incontestées. Le plus grave est, sans doute, la défaillance d'un nombre croissant d'adultes qui, soit en raison de la précarité de leur situation économique, soit en raison de la dissociation des liens familiaux, soit par choix philosophique, ne sont plus en mesure d'exercer le rôle d'adulte référent, indispensable à la construction de la personnalité de l'enfant. Peut-être est-ce une des causes des comportements à risque de jeunes qui trouvent dans cette façon d'agir le moyen d'adresser un appel, quand il ne s'agit pas de la manière d'être lorsque aucune limite, à commencer par celle que trace le respect d'autrui, n'a été apprise.

La prévention sanitaire en direction de l'enfance et de l'adolescence est, dans ces conditions, non pas exclusivement mais fortement orientée par les nécessités d'une politique de santé mentale qui ne peut réussir qu'en décloisonnant les différents secteurs d'intervention de la collectivité : éducation nationale, justice, police, collectivités territoriales, santé, y compris médecine libérale. **La première urgence résultant de ce tableau est la nécessité de privilégier le travail en réseau des différents acteurs.** Sans une coordination étroite des uns et des autres, il y aura inévitablement des « pertes de chance » pour de nombreux enfants et adolescents. **La seconde urgence est la formation à une problématique commune, celle de la promotion de la santé, de la santé mentale, des manifestations du malaise d'une partie de l'enfance et de l'adolescence.** Sans ce langage commun minimal et, sans confusion des rôles assignés à chacun, il y a peu de chance pour que notre politique de prévention gagne en efficacité. Cela demande un investissement dans la formation certainement plus important que par le passé. **La troisième urgence est de renforcer les moyens des services qui devraient constituer la base d'un véritable service public de santé des jeunes,** que celui-ci soit mis en œuvre par des administrations publiques (PMI, santé scolaire, pédopsychiatrie) ou par des médecins libéraux dans un cadre contractuel. Sans un service de santé primaire solide, toute action de santé publique est vouée à l'essoufflement.

Le soutien parental constitue une autre priorité que ce rapport s'est attaché à souligner. La politique des points d'accueil et d'écoute des jeunes, le développement des structures légères d'aide psychologiques représentent, avec le soutien à la politique des PRS en faveur de la santé des jeunes, des nécessités. La mission est naturellement consciente du fait qu'il ne serait pas raisonnable d'invoquer la nécessité de développer autant de moyens nouveaux en suggérant l'ouverture de crédits supplémentaires. C'est pourquoi elle croit devoir rappeler le déséquilibre existant, en France, entre les moyens consacrés au secteur curatif et ceux consacrés à la prévention. Elle rappelle que toutes les études convergent pour montrer le coût excessif des surcapacités hospitalières (nombreux services de chirurgie ou de maternité en sous activité, hospitalisations induites pour des raisons sociales, lourdeur des modalités d'organisation). Même si la prévention relève de budgets non financés par l'assurance-maladie, pour l'essentiel, un redéploiement de prélèvements obligatoires apparaît hautement souhaitable.

D'autres progrès sont encore à faire. L'Europe nous demande d'être vigilants sur l'impact des politiques publiques en fonction du genre des sujets auxquels elles s'adressent. C'est le mainstreaming. Dans le domaine de la prévention sanitaire, ceci est encore plus nécessaire que dans d'autres politiques. On sait en effet que les garçons et les filles n'ont pas les mêmes comportements et que les risques ne sont pas identiques d'un groupe à l'autre. C'est pourquoi, il faut introduire la vision du genre dans les messages en direction des jeunes adolescents afin de mieux cibler les actions de prévention sanitaire. L'effet du groupe d'appartenance doit être largement utilisé pour véhiculer les messages puisqu'il ne s'agit pas seulement de faire retenir des messages mais de susciter une adhésion profonde pour changer les comportements à risques. Même si cela va à l'encontre de notre conception de l'égalité, **il est souhaitable de faire évoluer nos représentations** pour trouver une efficacité nécessaire à la réduction d'une surmortalité adolescente évitable.

Notre vision du temps est également un obstacle. Dans une société habituée à exiger des « retours sur investissement » rapides, la prévention sanitaire, susceptible de produire certains de ses effets au terme d'une génération, soit 20 ou 30 ans, apparaît floue pour certains. Elle exige, en effet, une vision politique claire et de long terme. Cela est rarement expliqué par les responsables politiques à nos concitoyens. L'impact de l'engagement ferme et solennel du président de la république en matière de prévention routière récemment montre pourtant que, lorsqu'une volonté politique s'exprime clairement à la tête de l'Etat, même sur un sujet de santé, le message peut être entendu. **Or, il s'agit, en l'occurrence, avec la santé des jeunes de miser sur les générations qui assureront l'avenir du pays.** Au demeurant, le coût humain et économique croissant de la violence à l'école, de l'augmentation des toxicomanies, du suicide des jeunes, de la désocialisation d'un trop grand nombre, de l'insécurité et de la délinquance sous toutes ses formes, y compris routière, peut difficilement laisser pour seul choix à la collectivité la réparation des dégâts sous toutes ses formes (développement indéfini des urgences hospitalières, dont l'une des causes tient aux phénomènes qui viennent d'être rappelés, développement d'un appareil carcéral, augmentation des structures de prise en charge des toxicomanes, etc).

Des textes existent pour que la prévention sanitaire soit une réalité quotidienne. Les codes de déontologie des professions médicales et paramédicales et les textes réglementaires font de l'éducation pour la santé une obligation professionnelle. Le code de santé public confie aux établissements publics et privés de santé, en sus de leurs missions de soins, une mission d'éducation sanitaire⁵⁴.

Dans ce moment de réflexion sur les compétences dévolues aux échelons nationaux et locaux, la place accordée à la prévention sanitaire par le prochain projet de loi quinquennale est un atout pour une prise de conscience collective. La société du XXème siècle a été tournée vers l'individu et la prise en compte de ses aspirations et de sa réalisation personnelle. On voit, dans le domaine de la santé, les limites d'une telle approche centrée uniquement sur le patient.

Il est important de promouvoir la démocratie sanitaire, c'est-à-dire une promotion de la santé qui ne s'appuie pas sur les décisions de quelques spécialistes mais permette à la population de participer à la construction des projets de santé publique qui la concernent, de s'impliquer et de faire évoluer ses comportements avec le soutien des professionnels. Mais cette « démocratie sanitaire » ne peut s'improviser. Pour devenir, progressivement, une réalité

⁵⁴ « Les établissements de santé, publics et privés... participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention » article L.6111-1.

féconde, il faut qu'elle s'appuie sur des méthodes rigoureuses comme la santé communautaire qui peut servir de référence à cet égard et sur un investissement permanent dans l'analyse épidémiologique et socio-sanitaire, porté par une recherche dynamique.

Bernard MARROT

Claire TROUVE

Patricia VIENNE

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1 : Lettre de mission

Annexe n° 2 : Liste des 8 missions préparatoires au rapport annuel 2003

Annexe n° 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe n° 4 : Liste des PRS santé enfants/adolescents

Annexe n° 5 : L'exemple des PRS du Nord Pas-de-Calais

Annexe n° 6 : Le rôle de la PMI en matière de prévention primaire

Annexe n° 7 : la téléphonie sociale

Annexe n° 8 : Bibliographie

Annexe n° 9 : Liste des sigles utilisés dans le rapport

ANNEXE N° 1 :
Lettre de mission.

ANNEXE N° 2 :
**Liste des 8 missions préparatoires au rapport
annuel 2003.**

ANNEXE N° 3 :
Liste des personnes rencontrées.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère de la santé, de la famille et des handicapés

Cabinet du ministre :

Gilles LECOQ : conseiller technique

Direction Générale de la Santé (DGS) :

Dr Bernard BASSET : sous-directeur « Santé et société »

Véronique MALLET : responsable du pôle « Éducation pour la santé »

Dr Martine VACARIE : chef de bureau DGS2/PS/5D « Maladies chroniques, enfants et vieillissement »

Marie Hélène CUBANES : chef de bureau « Santé des populations, précarité et exclusion »

Nathalie CUVILLIER : chef du bureau « Santé mentale »

Dr Martine LEQUELLEC-NATHAN : sous-directrice « Pathologies et santé »

Dr Annie SERFATY : adjointe au chef du bureau « Démocratie sanitaire »

Ministère de l'Éducation Nationale :

Direction de l'enseignement scolaire (DESCO)

Dr ROMANO : médecin conseiller technique

Mme NEULAT : chef de bureau

Institutions et organismes :

INSERM : Marie CHOQUET : chercheur à l'INSERM unité 472- responsable de l'équipe de la santé des jeunes

INPES : Dr Michel DEPINOY, conseiller technique

Personnes-ressources

Pr. Didier HOUZELLE : pédopsychiatre CHRU de Caen

Dr Viviane KOVESS : psychiatre MGEN

Sonia de la PROVOTE : maire adjoint responsable de l'enfance, de la famille et des affaires sociales et scolaires (Caen)

Personnes rencontrées dans la région « Nord Pas de Calais » :

Dr Elisabeth VERITE : (MIRA – DRASS) et Pascale CABON (infirmière de santé publique DRASS)

Pr. Nathalie COULON : maître de conférence en psychologie à l'Université de Lille

Yves-Benoît TOULEMONDE : responsable du secteur « Petite enfance jeunes et famille » à l'URIOPSS du Nord Pas de Calais

Pr. J.P DUDOS : pédiatre en maternité à l'hôpital Jeanne de Flandres du CHRU de Lille

M. GALAMETZ : vice président du Conseil Régional du Nord Pas de Calais chargé de la santé et Mme ADAMCOURT

Pr. Lionel CONVAIN : professeur en pédopsychiatrie à l'Université Catholique de Lille

Mme BOUDRU : animatrice dans un foyer de jeunes travailleurs (FJT)

Dr Francine REMBERT : pédiatre, Dr ALAO, médecin de santé publique et Dr MAYEUR, généraliste URML (Union régionale des médecins libéraux)

Dr Martine DUMONT : conseiller médical du recteur et Mme Michelle VANENACKER, infirmière conseiller technique du recteur

Loïc CLOARC : directeur du comité régional d'éducation pour la santé (CRES)

Florence COQUEL : chargée de mission à l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)

Mme MILHAU : pharmacienne et chargée de mission de la ville de Lille

Conseil Général du Pas-de-Calais

- M. Michel DROUES : directeur de l'enfance et de la famille (DEF)
- Dr Odile SCHMITT : médecin conseiller technique (DPMI)
- Dominique MARIAGE : puéricultrice conseillère technique (DPMI)
- Mme STEKELOROM : chargée de mission des programmes régionaux de santé
- Thérèse FIRMIN : chef du service social départemental – conseillère technique

François-Xavier DEAL : directeur du comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA) du Pas de Calais et co-coordonnateur du PRS « conduites de consommation à risques »

Dr. Jean Luc WYART : médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Pas de Calais, chef de projet « toxicomanie » de la MILDT et co-coordonnateur du PRS « Conduites de consommation à risques »

Personnes rencontrées dans la région « Bretagne »

Elie GUEGUEN : directeur de la DRASS

Annie PODEUR : directeur de l'ARH

M. SIMEON : directeur de la mission locale de Pontivy

Mme Cécile LE CADRE : psychologue de l'association FILEA (gérant un lieu d'écoute) de Lannion

M. Philippe CAFFIN : directeur de l'APRAS (association pour la promotion de l'action et de l'animation sociale) de Rennes

Professeur WALTER : pédo-psychiatre au CHRU de Brest

Dominique MARCILLAT : directeur d'un CHRS à Rennes

Gwen HAMBI : animateur au centre régional d'information jeunesse de Bretagne (CRIJB) à Rennes

Thierry BAHAREL : éducateur de rue de la ville de Saint Briec

Dr Le BOULCH : psychiatre de l'association CAP Jeunes à Guingamp

Josiane BALLOUARD : inspectrice à l'académie de Rennes chargée de la coordination des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Dr LAGADEC : coordonnateur du réseau « ville hôpital toxicomanie »

M. BUAILLON : officier de police à Rennes et formateur « anti-drogue »

Personnes rencontrées dans la région « Pays de Loire »

M. PELTIER : directeur de la DRASS

M. LEBEAU : DRASS adjoint

M. LEVENT : DRASS

Dr SIMON : médecin inspecteur régional DRASS

Mme Christine MAHEY point écoute jeunes « l'ancre »

Dr LE POIVRE : directeur de santé publique de la ville de Nantes

Professeur VENISSE : chef de service de « l'unité d'addictions » de l'hôpital Saint Jacques de Nantes

Dr BOCHER : chef de service de « l'unité espace » de l'hôpital Saint Jacques de Nantes

Mme Cécile DUBOIS : psychologue au « Triangle »

Dr LEGAY : chef de service du secteur 4 CHS CESAME

M. Jean Luc PILET : psychologue dans l'enseignement privé

Dr LAMOUR : directeur du CREDEPS

Dr HALIMI : médecin au CHS de la Roche-sur-Yon

Dr MICHALEWICZ : médecin conseil du recteur

Mme GRELLOU : conseillère technique en travail social au rectorat

ANNEXE N° 4 :
Liste des PRS santé enfants/adolescents.

Les programmes régionaux de santé (PRS) en direction des enfants et des adolescents

AQUITAINE → 1997-2002 : « Promouvoir la santé des adolescents pour lutter contre la mortalité et la morbidité évitables »

HAUTE-NORMANDIE → 1999-2001 : « Prévenir le suicide des jeunes (10-14 ans) »

MIDI-PYRENEES → 1998-2005 : « Améliorer la santé mentale des adolescents »

NORD-PAS-de-CALAIS → 2000-2006 : « Santé des enfants et des jeunes »

PICARDIE → « Santé des jeunes »

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR → « Santé des enfants et des jeunes »

CORSE → PRS santé jeunes. 2000-2005

POITOU-CHARENTES → PRS « suicide et dépression chez les jeunes » : 1999-2004

Les programmes régionaux de santé (PRS) relatifs à la prévention du suicide » (11)

Basse-Normandie : → 1995-2000 : « Suicide, un appel à vivre »

Bourgogne → 1998-2003 : « Prévention du suicide et de la tentative de suicide, en particulier auprès des adolescents et des jeunes »

Bretagne → 1996-2001 : « Souffrance psychique et phénomène suicidaire en Bretagne »

Centre → 2000-2005 : « Prévenir le suicide des jeunes »

Champagne-Ardenne → 2000-2005 : « Prévenir le suicide des jeunes »

Franche-Comté → 1998-2003 : « Dépression, suicide chez les jeunes et les personnes âgées »

Haute-Normandie → 1999-2004 : « Prévenir le suicide des jeunes »

Lorraine → 1998-2003 : « Suicides et tentatives de suicide »

Pays de la Loire → 1998-2003 : « Prévention des suicides et des tentatives »

Poitou-Charentes → 1996-2002 : « Suicide et dépression chez l'adulte jeune »

Rhône-Alpes → 1998-2003 : « Prévention des suicides et des tentatives de suicide »

Il n'y a pas de frontière stricte entre les objectifs des PRS en direction des jeunes et ceux qui s'assignent pour principale mission la prévention du suicide. Dans les premiers, la problématique spécifique du suicide est généralement présente et, dans les seconds, la problématique choisie s'élargit souvent à celle, plus globale, de la santé mentale.

ANNEXE N° 5 :
L'exemple des PRS du Nord Pas-de-Calais

L'EXEMPLE DES PRS DU NORD PAS DE CALAIS

Les priorités de la région Nord Pas-de-Calais

La région Nord Pas-de-Calais a déterminé six priorités auxquelles correspondent six PRS :

- santé des enfants et des jeunes
- programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- conduites de consommation à risque
- santé cardio-vasculaire
- cancer
- santé-environnement.

Il est à noter que les interactions sont grandes entre les trois premiers PRS. L'aide à la parentalité est ainsi apparue comme une exigence commune, de même que la précarité est une dimension prise en compte par les trois programmes. Le volet « santé mentale » est très présent dans le PRAPS, ce qui est d'ailleurs une constante dans les différents PRAPS mis en place dans les différentes régions.

Le niveau régional détermine les priorités et les stratégies de mise en œuvre, le niveau départemental suscite les projets et s'assure de leur cohérence avec la politique de la ville et les politiques de droit commun, le niveau local propose, organise et met en œuvre les actions sur le terrain. Par ailleurs, en association avec les communes, des programmes territoriaux de santé se mettent en place progressivement. Ces programmes permettent de décliner localement les PRS avec les autres politiques locales tels les contrats territoriaux de santé dans le département du Nord et dans les sites concernés par la politique de la ville. Ils visent également à simplifier les procédures administratives et les circuits d'instruction des projets à financer. Le département du Pas-de-Calais a opté pour une démarche de projets territoriaux par arrondissement qui pose la question de savoir quelle est la pertinence de ce découpage administratif à l'égard de la problématique de l'analyse des besoins de santé.

Un dispositif institutionnel commun de pilotage

Il revient au « Comité régional des politiques de santé », créé par la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions et destiné à piloter la politique des PRAPS instaurée par cette loi, d'assurer le suivi, la coordination et l'évaluation des PRS mis en œuvre en application des priorités régionales arrêtées par le préfet de région sur les propositions de la conférence régionale. Ce comité est présidé par le préfet de région. Il réunit les différents services de l'Etat, la Région, les Départements, les organismes d'assurance-maladie, l'ARH, l'URML ainsi que des représentants des principaux acteurs des programmes régionaux.

Un Comité de gestion des programmes régionaux de santé a été mis en place. C'est une initiative régionale que l'on peut retrouver sous diverses formes dans d'autres régions, sans avoir un caractère aussi structuré. Ce comité valide les projets et propose une répartition des crédits. C'est l'instance technique qui forme le pivot du système institutionnel. Les membres du comité de gestion sont issus du Comité régional des politiques de santé (il s'agit des principaux chefs de service techniques).

Enfin, il est constitué un « groupe de suivi » par PRS. Chacun de ces groupes est composé de 10 à 15 membres choisis pour leur expertise sur le sujet traité par le programme. C'est dans ces groupes que se forge le véritable contenu des PRS à travers l'élaboration des critères d'éligibilité et d'évaluation des projets proposés. Le groupe de suivi entend le rapport établi par un des deux cadres de la DRASS chargés de l'animation permanente du dispositif (un médecin inspecteur régional adjoint et une infirmière), puis il procède à l'analyse de ce projet et établit une proposition auprès du Comité de gestion.

Dans sa déclinaison locale, le dispositif des PRS s'articule autour des trois instances suivantes :

- L'assemblée générale du programme territorial ; organisée par le coordonnateur sous l'égide du comité de pilotage local, elle rassemble l'ensemble des acteurs (élus, institutions, professionnels, associations, représentants des habitants) d'un territoire concerné par le programme. Elle peut se constituer en conférence locale ;
- Le Comité de pilotage du PTS ; il est composé de représentants des communes et de l'intercommunalité, et de représentants du contrat de plan Etat-Région (le Nord Pas-de-Calais est l'une des rares collectivités régionales à avoir signé avec l'Etat un contrat de plan en matière de santé), et des conventions qui lui sont annexées : Conseil régional, Conseils généraux, organismes de sécurité sociale et de mutualité, union régionale des médecins libéraux ;
- Le comité technique du PTS ; c'est un groupe multi-disciplinaire représentant les différents métiers et les différentes institutions ainsi qu'une représentation des habitants.

Les six principes de la charte des PRS.

Les promoteurs doivent adhérer aux six principes énoncés par le guide :

- partir de l'existant et en tenir compte ;
- agir de façon globale ;
- associer systématiquement la population ;
- ouvrir le partenariat ;
- agir en s'adaptant aux réalités des territoires ;
- décliner l'action dans la durée.

La phase de présélection du projet : l'appel à projet.

La première étape est « l'appel à projet » au début de l'automne. Cette première étape est un élément majeur de la dynamique du dispositif puisque la technique suscite la créativité des acteurs tout en l'étayant sur la base des critères de sélection retenus et d'un cahier des charges propre à chaque PRS. Le travail d'élaboration du projet demeure une opération difficile pour un certain nombre de promoteurs (petites associations locales, notamment). C'est pourquoi se sont mis en place des ateliers d'écriture de projets visant à aider les promoteurs à préciser leurs analyses, leurs objectifs et leurs méthodes autant qu'à formaliser le projet. Le CRES (comité régional d'éducation à la santé) travaille à ce type de soutien méthodologique, à l'exemple d'autres CRES.

La seconde étape est celle du dépôt du dossier (fiche de projet, budget prévisionnel) à un « guichet unique » (soit le coordonnateur du programme territorial de santé, soit le secrétariat du comité régional des politiques de santé), en décembre.

La troisième étape est celle de la présélection des projets par le comité de pilotage des Programmes territoriaux de santé (le cas échéant) qui l'adressera au comité de gestion des PRS, soit directement par ce comité. Cette phase, qui s'étale de janvier à mai, est celle de l'étude par les « groupes de suivi ».

La quatrième étape est celle de la décision de financement d'établissement des conventions entre le promoteur et chaque organisme de financement. Elle se déroule d'avril à octobre, mais les virements de subventions peuvent s'échelonner jusqu'au début de l'exercice suivant. Il faut donc envisager une durée moyenne de 10 à 12 mois pour l'aboutissement d'un dossier de PRS.

Les trois programmes régionaux concernés par la prévention des comportements à risque chez les enfants et adolescents.

Le PRS « Conduites de consommation à risque »

Ce programme n'est pas réservé aux jeunes mais il les concerne, bien évidemment. Environ 120 actions sont engagées dans le cadre de ce programme. On peut considérer, à la lecture des fiches, qu'environ la moitié sont des actions centrées l'ensemble des conduites addictives ou sur la personnalité ou sur les risques de dépendance à toute forme de consommation abusive. Les autres actions sont davantage axées autour d'une conduite spécifique et, particulièrement les conduites d'alcoolisation.

La philosophie du PRS est expliquée par le professeur PARQUET, auteur d'un rapport sur la « politique de prévention des comportements de consommation de substances psycho-actives ». Il s'agit de dépasser l'approche exclusivement « produit », qui conduit à la fragmentation des dispositifs et des interventions en élaborant une stratégie de réponse à des comportements de consommation différenciés, selon une typologie qui distingue le comportement d'usage, le comportement d'usage abusif et le comportement de dépendance, et selon le constat que le passage d'un état à un autre n'est pas automatique. Abandonnant l'objectif unique de l'obtention de comportements d'abstinence, cette stratégie repose sur trois grands objectifs :

- Réduire la consommation de substances psycho-actives chez les jeunes et chez les adultes. On cherche à agir sur les déterminants des comportements en tenant compte du fonctionnement global de la personne. Pour ce faire, on vise le renforcement de l'estime de soi et la capacité de faire des choix. On cherche également à agir sur les facteurs de vulnérabilité en identifiant des situations « à risques » de passage d'un usage « simple » à un usage nocif ;
- Réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux : amélioration de la prise en charge, de l'accès aux soins, prise en charge globale, développement des actions en partenariat et, particulièrement en matière d'action sociale ;

- Promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation ;
- De fait, la demande de formation et d'aide à l'évaluation est particulièrement forte de la part de différents acteurs.

Le PRS « Santé des enfants et des adolescents ».

Ce programme comporte près de 150 actions. On observe, à la lecture des fiches de projet, que le tiers, environ, des projets a pour objet plus ou moins explicite de promouvoir une meilleure santé psychique, qu'environ 25 % des projets se donnent pour but le soutien à la parentalité ou l'amélioration du dialogue entre parents et enfants. Les projets engagés dans le cadre scolaire en vue de promouvoir la santé, particulièrement la santé psychique sont pratiquement aussi nombreux. Les projets développés en matière de périnatalité (spécialement ceux qui visent l'éducation parentale) représentent environ 10 %. Les autres projets concernent la prévention de la maltraitance des enfants ou le dépistage de handicaps physiques ou l'éducation à la santé dans des domaines tels que la prévention bucco-dentaire ou en matière d'alimentation.

Les axes stratégiques du programme sont les suivants :

- Permettre aux enfants de naître et de grandir dans des conditions physiques, psycho-affectives et sociales satisfaisantes ;
- Favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur capacité d'insertion dans la société ;
- Améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur leurs représentations.

Les objectifs retenus par le programme sont les suivants.

- Améliorer la santé physique dès la grossesse (en lien avec le SROS « périnatalité ») ;
- Favoriser la qualité des liens d'attachement parents/enfants, en introduisant la notion de parentalité chez les adolescents, en permettant à 80 % des parents primipares d'accéder à la préparation à la naissance et à l'accueil du nouveau-né, en améliorant la capacité des professionnels à repérer les troubles d'attachement, en permettant à toutes les femmes sortant de maternité dans les 72 heures de bénéficier d'un accompagnement à domicile ;
- Soutenir les parents isolés ou en difficulté, en faisant en sorte que les parents en difficulté avec leur enfant (repérés ou en demande) puissent bénéficier d'une réponse adaptée, qu'ils aient accès aux aides et aux structures existantes, si nécessaire ;
- Repérer les dépressions du post-partum, en facilitant l'expression des difficultés émotionnelles pour les mères, en améliorant la capacité des professionnels, en évaluant les risques de la dépression, et son repérage, en orientant les mères vers l'aide adaptée ;
- Améliorer la surveillance du développement du petit enfant ;

- Réduire les déficits sensoriels non pris en charge, en incitant les parents au bilan de 4 ans, en améliorant l'adhésion des parents et des jeunes à la prise en charge des déficits repérés, en diminuant la durée séparant le dépistage et la prise en charge ;
- Lutter contre la maltraitance, en améliorant le dépistage précoce des souffrances pouvant être liées à celle-ci et en améliorant la prise en charge pluri-disciplinaire des enfants qui en sont victimes ;
- Permettre aux jeunes de gérer la prise de risque, en les inscrivant dans une démarche citoyenne, en diminuant les accidents de sports et de loisirs ;
- Diminuer le décrochage scolaire, en renforçant le lien famille/école, en ouvrant l'école sur l'extérieur, en facilitant le passage entre la sortie de l'école et l'entrée dans le cursus de formation professionnelle, en valorisant les potentialités des jeunes, en étendant les aides pédagogiques dès l'école primaire ;
- Favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes, en diminuant la souffrance psychique chez les enfants et les jeunes (dépressions et tentatives de suicide, notamment), en valorisant les potentialités des jeunes, en améliorant la prise en charge médicale des adolescents, en accompagnant les enfants et les adolescents en situation de rupture ;
- Accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie, en mettant en cohérence et renforçant les mesures de soutien psychologique, d'orientation professionnelle, d'aide à l'emploi et au logement, en améliorant l'accessibilité à la culture et au sport.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Le PRAPS est un programme national de lutte contre la précarité et ses incidences pour la santé. Il est prévu par la loi relative à la lutte contre l'exclusion. En pratique, il obéit aux mêmes principes méthodologiques que les PRS et l'on retrouve nombre d'actions se donnant les mêmes buts dans les deux types de programmes. On a souligné, en particulier, que la plupart des PRAPS mis en place dans les différentes régions comportaient un volet de santé mentale important, suivant en cela les préconisations du « Plan national de santé mentale » (novembre 2001) ou les devançant. Mais le PRAPS se fonde sur une approche populationnelle, ce qui n'est pas toujours le cas des PRS.

Le PRAPS de la région Nord Pas-de-Calais comporte plus de 70 actions. Quelle que soit la méthode choisie quant au « vecteur » de promotion de la santé, on peut dire que la quasi-totalité des actions se donnent explicitement pour objectif de restaurer « l'estime de soi » dans des populations marquées par le sentiment d'échec. Les programmes de création de lieux d'écoute, de soutien parental, d'appui psychologique représentent une part importante des actions engagées. Environ 15 à 20 % des actions se proposent de mettre en œuvre des méthodes de santé communautaire. Les actions visant la prise en charge de la souffrance psychique sont présentes dans beaucoup de programmes. La priorité générale du PRAPS est de remettre la personne au centre de toutes les actions, ce qui signifie que, même quand le programme ne se fonde pas une approche globale de la population concernée à travers des méthodes de santé communautaire, les actions doivent prendre en compte la globalité de la personne et non la seule dimension de la santé physique ou de la santé mentale ou le seul problème de l'adaptation sociale.

Les objectifs du PRAPS sont les suivants :

- Faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner, en créant les conditions optimales de prise en charge par la CMU (repérage et affiliation rapide des personnes concernées, harmonisation de la prise en charge des personnes ne pouvant accéder à une protection complémentaire, développement du tiers payant) ;
- Garantir aux personnes en situation de précarité des soins adaptés à leurs besoins, en organisant leur accueil à l'hôpital, en formant les personnels à cet accueil, en développant des réseaux « santé-précarité » ;
- Favoriser l'accès à la prévention des personnes en situation de précarité, en adaptant les outils de prévention et d'éducation aux spécificités des publics en situation de précarité, en adaptant les pratiques professionnelles ;
- Faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé, en les aidant à développer une meilleure estime de soi, en aidant les parents à être parents, en valorisant les aptitudes individuelles dans le domaine de la santé, en favorisant leur expression, par l'écoute et par des méthodes de participation de la population à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de santé, en suscitant des programmes locaux de promotion de la santé à l'initiative des habitants ;
- Faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte. Cela signifie l'élaboration de « grilles de repérage de la souffrance psychique », la mise en place dans les principaux lieux de la vie collective d'un professionnel référent en santé mentale, l'organisation d'une formation continue commune pour les acteurs de terrain confrontés à la précarité, la mise en place d'un système d'observation et de vigilance sur la souffrance psychique, l'accès aux soins spécialisés par l'adaptation des règles de sectorisation au cas des personnes sans domicile fixe, l'amélioration de l'accès aux centres médico-psychologiques, (notamment des délais requis pour une première consultation), l'organisation de la présence d'un professionnel de la psychiatrie dans les principaux lieux fréquentés par les publics en situation de précarité, la diversification des modes d'action (mise en œuvre d'actions hors soins supervisées par les professionnels de santé mentale), l'accompagnement des « événements de vie », enfin, l'articulation, sur un même territoire, des services sociaux, médicaux, publics et privés.

L'exemple des trois programmes de la région Nord Pas-de-Calais est intéressant en ce qu'il illustre une logique d'action que l'on retrouve dans les régions des Pays-de-la-Loire, ou en Bretagne, avec des variantes. On retrouve la même dynamique dans la plupart des régions, même si la « porte d'entrée » reste le plus souvent un PRS axé sur la prévention du suicide et le PRAPS. Ce qui s'observe dans la démarche du Nord, c'est une richesse des initiatives mais aussi un chevauchement de ces initiatives entre les trois programmes, ce qui a, d'ailleurs, amené les instances de pilotage à mettre en place des structures de coordination (des intergroupes) pour s'assurer que des initiatives contradictoires ne viennent hypothéquer la démarche d'ensemble. La question qui se pose est de savoir s'il est possible, et à quelles conditions, de maîtriser une telle floraison d'actions avec des moyens nécessairement limités. D'autres problèmes sont soulevés avec insistance par les acteurs de la santé sur le terrain.

ANNEXE N° 6 :
**Le rôle de la PMI en matière de prévention
primaire.**

Les consultations des services de PMI ont un rôle important dans le dispositif de veille sanitaire et sociale en faveur de l'enfance.

Présentation détaillée du dispositif mis en place dans la région Nord Pas-de-Calais.

Il s'agit d'élaborer une démarche territoriale, globale et pluridisciplinaire associant les personnels médicaux et paramédicaux, mais également les professionnels du champ social, à partir d'un outil méthodologique partagé associant un dispositif de veille à une action de protection sociale.

• L'utilisation d'un outil commun de prévention précoce :

Cet outil commun est utilisé dans le cadre d'un bilan qui est systématiquement proposé depuis 2 ans à tous les enfants âgés de 4 ans. Il est réalisé par le personnel de la PMI à l'école maternelle. Il a pour objectif de voir tous les enfants de cette tranche d'âge, avec une exhaustivité actuelle de 87 %.

- Ce bilan comporte un examen somatique (poids, taille, contrôle des vaccinations, hygiène dentaire et dépistage des caries) mais aussi un dépistage des troubles sensoriels (vue, audition, langage) et des troubles du comportement ; il est fait par une puéricultrice ;
- Il intègre également un volet social. La famille peut rencontrer un travailleur social soit à domicile, soit à l'école, soit à la PMI. A partir d'une grille, une analyse sociale est réalisée et ensuite transmise au médecin de PMI sur une fiche de liaison. Cette grille comporte des indicateurs de risque de dangers qui permet de déterminer la nature et la fréquence du suivi à proposer aux familles ;
- Une réunion de synthèse est ensuite organisée avec un médecin de la PMI, un travailleur social, et des enseignants ;
- Puis il y a un retour d'information aux familles.

Dans la majorité des situations, les parents donnent suite aux recommandations à partir du dépistage, même s'il existe un problème de délai très long d'accès aux médecins de ville, notamment pour certaines spécialités.

Extrait de l'outil méthodologique partagé des dispositifs de veille et de protection sociale utilisé par le Conseil Général du Pas de Calais :

I. Facteurs de risques et publics prioritaires

- mineure enceinte
- primipare au foyer, sans profession
- bénéficiaire du RMI ou des minima sociaux avec enfants

II. Indicateurs de risque

A. Indicateurs de risque relatifs à l'enfant

1. Relatifs à la santé physique (écart staturo-pondéral, handicap, retard psychomoteur...)
2. Relatifs à la santé psychique (troubles alimentaires, du sommeil, actes auto-agressifs...)
3. Comportements déviants de l'enfant (actes délictueux, fugues, violences...)
4. Scolarité de l'enfant (absentéisme, échec scolaire)

B. Indicateurs de risque relatifs aux parents (ou aux substituts)

1. Relatifs à la santé physique (maladie, hospitalisation, handicap, dépendances...)
2. Relatifs à la santé psychique (immaturité, pathologie psychiatrique, toxicomanies, déficience intellectuelle...)
3. Evénements importants concernant les parents (antécédents de maltraitance durant l'enfance, ruptures familiales, sociales, illettrisme...)

C. Indicateurs de risque dans la relation parent (ou substitut) enfant

1. Témoignant la difficulté à intégrer l'arrivée de l'enfant (séparation à la naissance, grossesses répétées rapprochées, grossesse non déclarée, cachée, demande d'IVG non aboutie...)
2. Témoignant de la difficulté des parents (ou des substituts) à assumer l'enfant dans la continuité :
 - A répondre aux besoins quotidiens de l'enfant,
 - A évaluer les besoins affectifs, les besoins de sécurité et les besoins médicaux de l'enfant
 - Difficulté dans l'accompagnement de la scolarité de l'enfant
3. Témoignant de la maltraitance psychologique (punitives excessives, chantage affectif, indifférence...)
4. De suspicion d'abus sexuels :
caractéristiques du logement, relation intra-familiale, perception et représentation de l'enfant
histoire des parents et comportement de l'enfant
5. Relations au sein du couple
6. Place de l'enfant par rapport au reste de la fratrie ou par rapport à sa famille

D. indicateurs socio-économiques

1. Indicateurs économiques
2. Conditions de vie
3. Situation familiale
4. Mode de vie

- *Construire un partenariat avec les différents professionnels pour assurer le suivi des troubles dépistés :*

Le premier protocole mis en place avec certains spécialistes libéraux permet avec un signalement particulier d'enfants dépistés, que l'orientation soit facilitée et les délais soient raccourcis avec des rendez-vous obtenus en priorité (ophtalmologie, ORL et pédopsychiatrie notamment).

L'expérimentation d'Arras associe les mutuelles et elle permet ainsi que :

- l'ophtalmologiste (ou l'ORL) réserve des plages horaires pour les suites des bilans de 4 ans ;
- une personne de la mutualité relance et accompagne les parents dans leurs démarches et si besoin dans leurs rendez-vous ;
- l'accompagnement se fait jusqu'à l'obtention d'une paire de lunettes (ou d'un appareil auditif).

Les premiers résultats sont très intéressants : 96 % de suites données au dépistage avec un délai d'obtention des rendez-vous passé de 6 mois à 2 mois.

Cette action de partenariat est une véritable action préventive de santé publique permettant à des enfants et à des jeunes, par un dépistage précoce et une prise en charge rapide, d'éviter que des troubles sensoriels ou psychologiques et de comportement ne s'aggravent en entraînant ces enfants dans des difficultés psychologiques et relationnels et vers un échec scolaire.

D'autre part, dans le cadre du réseau de « périnatalité » un programme de suivi des primipares et des femmes enceintes à risque psychosocial ou psychoaffectif a été élaboré en lien avec les maternités. Tous les services de maternités du Nord Pas-de-Calais (actuellement 43) ont reçu une formation à la dimension psychosociale de la naissance, dispensée depuis plusieurs années par une équipe pluridisciplinaire du CHU de Lille¹.

** Soutenir la femme à des phases - clefs du développement de l'enfant permet de l'aider dans son rôle de mère :*

Le personnel de la PMI du Pas de Calais est maintenant présent dans la salle d'attente avec, en parallèle aux consultations médicales, des séances collectives de prévention par les puéricultrices (nutrition, hygiène, proposition de séances de gymnastique ou possibilité d'inscription pour des massages pour les mamans).

Ces actions extrêmement importantes pour favoriser un bon développement du bébé et permettre d'établir une relation « mère-enfant » la plus précoce et la plus chaleureuse possible sont cependant limitées par le nombre de puéricultrices disponibles (quota national de 1 puéricultrice pour 250 bébés).

¹ Sous l'impulsion des professeurs DUBOS et CODACCIONI.

Toutes les actions menées sont en fait des aides afin que les mères (les jeunes parents) prennent leurs repères sans se sentir jugées. Elles apprennent ainsi :

- **qu'il y a des étapes à franchir et à réussir pour que l'enfant puisse continuer son développement ;**
- **que le développement physique doit être surveillé, mais également qu'il est nécessaire que l'enfant évolue sur le plan psychomoteur et affectif ;**
- **qu'il leur est possible de réajuster leurs comportements et leurs pratiques, avec quelques conseils.**

Cela nécessite de leur donner des opportunités de discuter avec des professionnels et d'autres parents, en les confortant dans leurs pratiques et d'institutionnaliser l'offre d'aide et en la rendant accessible.

D'autres pays ont mis en place des approches globales :

**Une approche globale de la promotion des enfants des milieux défavorisés :
l'exemple du Québec**

Le programme « naître égaux, grandir en santé » mis en place dans les années 1990 est géré par la direction générale de la santé publique ; il concerne les enfants de 0 à 5 ans et doit permettre d'intégrer l'arrivée de l'enfant dans le projet de vie des parents. Les objectifs de prévention de ce programme qui doit bénéficier à 50 % des 12.000 femmes potentiellement concernées visent la diminution :

- des naissances prématurées et des naissances de bébés de poids insuffisant ;
- de la violence conjugale et familiale, des abus ou négligence envers les enfants ;
- de la dépression durant la grossesse ;
- des retards de croissance et de développement chez les enfants.

Il associe une amélioration de la coordination et de la continuité des interventions en direction de ces femmes par des visites à domicile, un programme nutritionnel et des actions intersectorielles.

Le programme de soutien aux jeunes mères (de moins de 20 ans) est géré par la direction des services à la population. Il ne s'agit pas d'un plan d'action pour la prévention des grossesses précoces mais de privilégier l'accompagnement sanitaire et social des jeunes mères. Au Québec, 10.000 grossesses interviennent chaque année, chez des jeunes femmes âgées de moins de 20 ans, dont près de 3600 sont menées à terme.

Un responsable est désigné dans chaque région pour la mise en place de ce programme.

La visite à domicile est l'axe central du suivi individuel : 12 visites au moins sont assurées avant la naissance de l'enfant, puis une visite hebdomadaire au cours des 3 premiers mois et ensuite, tous les 15 jours jusqu'aux 6 mois de l'enfant.

Pour ces deux programmes, le suivi individuel est complété par un soutien de la communauté

(accompagnement des familles par d'autres familles du voisinage...) et par des actions intersectorielles, notamment coopération avec les comités locaux pour l'emploi pour favoriser le retour sur le marché du travail des jeunes mères.

En Finlande, le dispositif d'aide aux familles relève de l'initiative des municipalités qui ont l'obligation d'organiser les services éducatifs et de conseil familial. Aussi la forte décentralisation de la santé publique dans les municipalités rend plus difficile la conduite d'une stratégie nationale si les municipalités sont réticentes et les actions menées dépendent des mobilisations locales.

En Finlande l'aide aux parents commence très tôt :

Les demandes de consultation dans les centres éducatifs et familiaux sont dans la majorité des cas liés à des problèmes liés à l'enfance, et les problèmes de couples.

De nombreux dispensaires de puériculture ont aussi créé des groupes de parents.

Les activités de conseil aux parents ont évolué, les examens routiniers faisant place à une activité qui tient compte davantage des besoins individuels de l'enfant et de sa famille.

La Finlande a mis en place des actions, dans le cadre des programmes de l'OMS « well-baby clinic » 1997-2002, afin de prévenir les difficultés, notamment psychologiques, dans certaines familles. Le programme implique, un peu sur le modèle anglais, des visites à domicile de « *health visitor* », de nombreuses visites ante et post natales.

Des centres de santé se donnent aussi comme priorité de santé des programmes « mères-enfants » et mettent en œuvre des actions de suivi de l'ensemble de la famille, par des réunions organisées après le travail, auxquelles sont conviés aussi les pères.

Les études récentes montrent que 10 % des enfants en âge de bénéficier de ces conseils vivent dans des conditions précaires ; des groupes pluridisciplinaires, plus spécialement chargés des familles à risques, ont été créés dans de nombreux centres de santé pour venir en aide à ces familles en difficulté.

ANNEXE N° 7 :
La téléphonie sociale.

La téléphonie sociale est un outil à développer pour établir un lien avec les jeunes et les orienter si besoin :

Depuis plusieurs années, les services téléphoniques en lien avec les questions sanitaires et sociales se sont beaucoup développés, notamment du fait de l'évolution des nouvelles technologies de la communication.

Ces services ont pour mission d'offrir une aide personnalisée à partir d'une écoute qui s'élabore entre un appelant et un écoutant. Cette « consultation » par téléphone peut donner lieu à une prestation d'information médicale, de conseil, de prévention, d'aide, d'accompagnement et/ou d'orientation. Ces services sont de plus en plus utilisés par les pouvoirs publics comme une des modalités d'intervention dans la mise en œuvre des politiques publiques sanitaires et sociales.

Plus d'une trentaine de services existent en France, soit avec une approche généraliste (SOS Amitié), soit ciblée sur une pathologie (Ecoute Cancer ou SIDA Info Service) soit enfin orientée vers une population (Fil Santé Jeunes, Inter Service Parent ou Jeunes Violences Ecoute)¹.

Fil Santé Jeunes² a été créé en 1995 à l'initiative des pouvoirs publics. Le ministre chargé de la santé de l'époque a confié par délégation à l'école des Parents (EPE) de l'Ile de France ce service dont la mission est double :

- proposer aux jeunes un service téléphonique anonyme et gratuit, où ils trouvent écoute, information et orientation dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale ;
- être un observatoire national des difficultés des jeunes en matière de santé.

En 1997, environ 71.500 jeunes avaient eu un échange effectif avec un chargé d'accueil téléphonique de Fil Santé jeunes (soit 0,8 % des jeunes de 12 à 22 ans).

Il n'est pas question de faire ici une analyse détaillée du fonctionnement, de l'intérêt et des limites d'un tel service, mais plutôt de montrer, en quelques mots, en quoi un tel dispositif est complémentaire des services existants et également en quoi, pour être encore plus opérationnel, il doit pouvoir s'appuyer, s'il estime qu'une orientation ou un soutien complémentaire est nécessaire au jeune en difficulté momentanée, sur un réseau d'aval opérationnel.

• **La spécificité du téléphone au moment de l'adolescence plaide pour ce dispositif d'information et d'écoute :**

- le jeune choisit l'instant où il veut réfléchir avec un adulte à ce qu'il vit ;
- l'adolescent a l'initiative de l'appel et sait qu'il peut « couper » la communication à tout moment; il peut s'assurer la maîtrise du contact avec l'adulte, lui qui a si peur de tomber sous l'influence de celui-ci ;
- il n'est pas exposé au regard de l'autre par cet outil de communication qui permet la disparition de la représentation visuelle. Ce recours au téléphone est une négociation avec

¹ Le rapport annuel de l'IGAS de 1998 : « La téléphonie sociale, entre information et écoute du public » a analysé le fonctionnement de 7 de ces services.

² Numéro vert : 0800.235.236

le regard qui permet également dans cette « rencontre » de faire fonctionner l'imaginaire³ et il se sent protégé par l'anonymat⁴ ;

Dans l'appel anonyme, il y a aussi pour l'appelant le fait qu'il peut parler « à n'importe qui » ou à une personne qui est « une construction imaginaire », un autre qui soutient et compatit. Il parle à une personne dont il est à la fois intime et lointain, puisque non connu : cela lui permet de « zapper l'adulte⁵ ».

- il sait aussi que cet entretien téléphonique est un moment unique, sans « avant », sans « après » « et sans « suivi ». Chaque appel est distinct et l'anonymat lui garantit de pouvoir discuter à chaque entretien comme si c'était la première fois ;
- il peut décider de l'instant où il accepte d'être aidé en déterminant le moment où il passe du refus d'aide (le « non ») à l'acceptation d'un soutien et d'un éventuel traitement ;
- c'est un maillon intermédiaire avec un adulte anonyme dépersonnalisé avant un retour vers un adulte proche (mère ou père). Il s'agit d'un tiers à côté de la famille et non contre la famille.

- *Ces services de téléphonie sociale sont utilisés avec le même succès par des jeunes dans d'autres pays :*

A côté de l'expérience française des lignes téléphoniques de conseil, d'écoute, de soutien et d'orientation, d'autres pays utilisent ces services et pour certains, depuis au moins une dizaine d'années.

Au Québec, une association gère à la fois un service téléphonique, un centre d'intervention pour les familles et un centre de formation

Le centre d'intervention téléphonique accessible en tout temps et sans frais à tous les jeunes de 5 à 20 ans existe depuis 1991. Depuis 2001, une possibilité leur est offerte de recevoir des réponses à leurs questions et à leurs problèmes par Internet⁶. Le mandat fixé à cette structure est très précis :

- écouter, soutenir et encourager les jeunes dans leurs démarches ;
- offrir une aide ponctuelle axée sur le moment présent ;
- responsabiliser les jeunes et les orienter vers des actions respectant leur rythme et leurs valeurs ;
- agir dans les situations de crise ;
- référer les jeunes vers des ressources pertinentes.

« tel-jeunes » fait partie d'une association « Générations » qui offre, en sus, un centre d'intervention pour les familles « La ligne parents » et un centre de formation qui développe des programmes (« aider, c'est branché » ou « être parent ça s'apprend ») permettant de rétablir ou de consolider les liens entre les parents et les enfants. Ces services contribuent à la prévention de la violence familiale

³ Professeur BASQUIN pédopsychiatre – Colloque du 15 novembre 2002 à Paris : « Quand l'adolescent appelle » - EPE Ile- de- France et Fondation de France.

⁴ « Donnez-lui un masque, il vous dira la vérité » - Oscar WILDE.

⁵ Brigitte CADEAC directrice de Fil Santé Jeunes – même colloque.

⁶ tel-jeunes : 1.800.263-2266 - www.teljeunes.com

En Italie, le centre d'écoute ne reçoit aucun financement public :

Depuis juin 1999, ce centre national d'écoute téléphonique fait face aux milliers d'appels provenant de toute l'Italie ; il est le cœur d'activité de TELEFONO AZZURO, qui s'est fixé comme objectif, en 1987, de bâtir une société civile qui respecte les droits des enfants. Cette structure ne reçoit aucune aide de l'Etat et ne fonctionne que grâce aux contributions bénévoles. La ligne gratuite (19696) est active sur l'ensemble de l'Italie 24h sur 24 toute l'année.

Bien que l'écoute et l'aide psychologique par téléphone soient des moyens thérapeutiques jusqu'à présent non évalués par les spécialistes de la santé mentale, **ces prestations permettent de faire émerger des questions qui n'auraient pas été formulées dans un autre contexte et d'inciter les jeunes à trouver leurs propres réponses.**

Cependant, pour être le plus efficace possible, ce service supplémentaire offert **doit s'appuyer sur la disponibilité mais aussi et surtout sur la compétence de professionnels et de bénévoles formés constituant l'équipe d'écoutes.**

Mais il doit également **être articulé avec un réseau d'aval comportant toute une palette de réponses graduées et réparties de façon relativement homogène sur le territoire national**, qu'il s'agisse de structures légères locales de consultations, de lieux d'écoute ou d'unités d'hospitalisation de courte durée si besoin.

ANNEXE N° 8 :
Bibliographie.

BIBLIOGRAPHIE

Documents généraux :

STATISS 2001 « Les régions françaises » – DRASS – DRESS – Ministère de l'emploi et de la solidarité

CREDES - « Adolescents : état de santé et recours aux soins en 1998 » - Laurence AUVRAY et Philippe LE FUR – mars 2002

Haut Comité de Santé Publique – « La santé en France » 2002

La santé en Europe – rapport OMS – OMS publications régionales, série européenne 4.83, 1997

« Les jeunes en Ile-de-France – Indicateurs départementaux de santé » : Observatoire régional de santé d'Ile de France – septembre 2001

Prévention - Education pour la santé – Promotion de la santé

« La Prévention : regards et enjeux – document introductif aux débats de la Conférence Nationale de Santé 2000 » - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction Générale de la Santé - 21, 22 et 23 mars 2000

« Plan national d'éducation pour la santé » - ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé – février 2001

Circulaire DGS n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

Rapport de l'Académie de Médecine (M. TUBIANA et M. LEGRAIN) : « Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? » – Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2002, 186, n°2, séance du 5 février 2002

Article 79 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé codifié en article L.1417-1 à 9 dans le code de santé publique

Décret n° 2002-639 du 29 avril 2002 relatif à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et au comité technique national de prévention

Bulletin de l'Ordre des Médecins – juin 2002 : « La prévention, parent pauvre des soins » dossier p. 8 à 12

Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examens de santé – Professeur Marcel GOLDBERG – 13 novembre 2000

Rapports de l' IGAS :

« La téléphonie sociale entre information et écoute du public » : rapport annuel de l' IGAS de 1998 - La documentation française 1999

« Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves » - M.L.LAGARDERE n° 1999-025

« Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social et sanitaire dans la prise en charge des troubles complexes du langage » – Dr ROUSSEAU-GIRAL et H. STROHL (IGAS), Mmes C. BIZOT et Y. RAVARY et M. B. GOSSOT (IGEN) – janvier 2001 – n° 2002-003

« Jeunes en errance : études et propositions » M-P HOURCADE – n° 2002-012

« L'itinéraire des jeunes en errance et ses conséquences psychopathologiques » P.MOST- n° 2002-107 – septembre 2002

Santé des enfants et des jeunes :

Haut Comité de santé Publique « Santé des enfants, santé des jeunes » La documentation française, Paris 1997

« Renforcer la prévention et la promotion de la Santé des enfants et des adolescents » - rapport préparatoire de la Conférence Nationale de Santé juin 1997

Baromètre santé jeunes 1997/1998, CFES, 1998

Les jeunes – contours et caractères, INSEE, 2000

« Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent « 4^{ème} journée d'Assurance Maladie de la CANAM » – jeudi 22 mars 2001 – Institut des Sciences de la Santé

Education pour la santé des jeunes – démarches et méthodes : expertise collective INSERM - juin 2001

Baromètre santé 2000- Résultats, CFES, 2001

« Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002 » : rapport de Xavier POMMEREAU – avril 2002

Programme régional de « Santé des enfants et des jeunes » du Nord Pas-de-Calais

« Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC-France, phase I » Bulletin épidémiologique n° 13/1999 – 30 mars 1999

« Améliorer le dispositif de protection de l'enfance » - La gazette des communes, des départements et des régions n° 23 – 11 juin 2001

Circulaire DGAS/SD1/DGS/2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

« Quand l'adolescent va mal » : Dr Xavier POMMEREAU – Collection J'ai lu – psychologie – n° 7147 – mai 2002

« Réponses à 100 questions sur l'adolescence » : Pr. Philippe JEAMMET – édition SOLAR – 2002

Rapport du Sénat n°340 – 2001-2002 « Délinquance des mineurs : la République en quête de respect » Jean Pierre SCHOSTESCK président et Jean Paul CARLE rapporteur

Santé mentale, Suicides :

« La souffrance psychique du bébé : approches pluridisciplinaires » – sous la direction de Pierre DELION - collection « La vie de l'enfant »

« Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant » : apport de l'épidémiologie, A.TURSZ Archives pédiatriques, 2000, 8, 191-203

« La santé mentale en France – état des lieux, Santé Publique, VIGNAT J-P 1999, 2, 127-135

« Suicides et tentatives de suicide en France », DRESS étude et résultats, n° 109, avril 2001

« Stratégie française d'actions face au suicide 2000-2005 » - Ministère de l'emploi et de la solidarité – DGS – SD 6-C - septembre 2000

Circulaire DGS/SD6C/2001/318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001

Plan Santé mentale : « L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » - novembre 2001 - ministère de l'emploi et de la solidarité – ministère délégué à la santé

Circulaire DGS/SD6C/2002/271 du 29 avril 2002 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002

Comité français d'Education pour la santé (CFES) « Prévention primaire du suicide des jeunes – recommandations pour les actions régionales et locales » - guides d'action – 2000

« La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » Haut Comité de santé Publique – ENSP 2000

« Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) 2000

Programme régional de « Santé mentale des adolescents » : Midi-Pyrénées

Projet régional de santé Bretagne : « Souffrance psychique et phénomène suicidaire – mai 1996

« Accueil des suicidants en milieu hospitalier » – Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bretagne – janvier 1998

« Les actes de la Conférence Européenne sur le suicide des jeunes » (septembre 2000 – Nantes)

« Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion » - document de synthèse du groupe de travail ministériel (juin- novembre 2001) – Direction Générale de la Santé – SD-6C

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté

« De la psychiatrie vers la santé mentale » - rapport de mission des Drs Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT remis à la ministre de l'emploi et de la solidarité et au ministre délégué à la santé en juillet 2001

Accidents :

« Les accidents de la vie courante ministère du travail et des affaires sociales - Direction Générale de la Santé - La documentation française 1997

Observatoire National de la Sécurité Routière – bilan annuel. Statistiques et commentaires, année 1998

« La prévention des accidents domestiques de l'enfant » sous la direction de François BAUDIER et Anne-Marie PALICOT – édition CFES : guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé

« Les accidents de l'enfant en France. Quelle prévention ? Quelle éducation ? TURSZ A. GERBOIN-REAOLLE P. – INSERM 2000

« Risquer sa peau » GOT C. - Bayard Presse, 2001

« Les accidents de la circulation routière » - dossier documentaire de la Conférence Nationale de santé 2001 – ministère de l'Emploi et de la Solidarité

« Priorité Sécurité Routière : un rendez-vous national pour agir » - dossier de presse du mardi 17 septembre 2002

Nutrition, troubles alimentaires :

Programme national « nutrition – santé » 2001-2005 – ministère de l'emploi et de la solidarité

« Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France – Enjeux et propositions » Haut Comité de Santé Publique, ENSP – Rennes 2000

« Prévenir l'obésité chez l'enfant » : dossier – Alimentation et précarité n° 5, 1999/2-8

« Prévenir l' «épidémie » d'obésité » : dossier – Décision santé n° 175, mai 2001, 17-22

Tabac, alcool, toxicomanies, dépendances :

« Alcool : guide d'actions jeunes » Comité d'Education pour la Santé, 1995

« Prévention des conduites à risques : approche législative et réglementaire axée sur les mesures destinées aux jeunes : lutte contre l'alcoolisme » – Journal de médecine légale et droit médical, n° 1, 2001, 103-104

« Etude de la consommation d'alcool en milieu scolaire » - La revue du praticien, médecine générale N° 574, 06/05/2002, 743-747

« Stratégie d'action alcool 2002-2004 : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool » – Direction Générale de la Santé – 2001

« Les pratiques de prévention en comparaison » : conférence franco -germano-suisse en trois temps 1998-1999 - Groupe des experts de la prévention du Rhin Supérieur, groupe de travail « Drogues » - 2^{ème} édition 2001

MST, SIDA, IVG, contraception :

« Politique de prévention de l'infection VIH / SIDA en France pour les années 2001- 2004 », Direction Générale de la Santé – publication 2001

« Le retour de la syphilis en France : un signal de plus pour renforcer la prévention – BEH n°35/36, 2001

« Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France » – BEH n°14, 2001

« Les maladies sexuellement transmissibles de l'adolescence – Journal de pédiatrie et de puériculture n°3, mai 2001, 145-151

« Les maladies sexuellement transmissibles » : B. HALIOUA et F. LUNEL-FABIANI collection : Que sais-je ? n° 58 – 2002

Divers :

Programme de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005-DGS

Circulaire DHOS/01/DGS/2002 n° 215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires

Circulaire DHOS/O/DGS/SD5/2001 n° 502 du 22 octobre 2001 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose

Circulaire n° 2002/68 du 4 février 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit

« Les services téléphoniques sur les questions de santé » Dr Annie SERFATY – revue
« Actualité et dossier en santé publique » n°38 – mars 2002 p. 82 à 85

ANNEXE N° 9 :
Liste des sigles utilisés dans le rapport.

SIGLES UTILISES DANS LE RAPPORT

ARH : agence régionale d'hospitalisation
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDES : comité départemental d'éducation à la santé
CRES : comité régional d'éducation à la santé
CFES : comité français d'éducation pour la santé
CMP : centre médico-pédagogique
CNAF : caisse nationale d'allocations familiales
CNS : conférence nationale de santé
CRS : conférence régionale de santé
CSP : code de la santé publique
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS : direction générale de la santé
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPE : école des parents
EPLÉ : établissement public local d'enseignement
HCSP : haut comité de santé publique
INPES (ex - CFES) : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : institut national des sciences et de la recherche médicale
MISP : médecin inspecteur de santé publique
MIR : médecin inspecteur régional
PAEJ : point d'accueil et d'écoute pour les jeunes
PMI : protection maternelle et infantile
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PTS : programme territorial de santé
PRS : programme régional de santé
RASED : réseau d'aide spécialisé aux enfants en difficulté
REAAP : réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : union régionale des médecins libéraux