



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

Pr Marie-Rose MORO
professeur de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent

Jean-Louis BRISON
inspecteur d'académie
inspecteur pédagogique régional



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

Les deux rapporteurs tiennent à remercier plus particulièrement et très chaleureusement Gaëlle Paupe, Léa Sultan et Sophie Wery, ainsi que tous ceux qui nous ont apporté leur précieux concours pour la réalisation de ce rapport.

Novembre 2016



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

PROPOSER UN RECIT A NOTRE JEUNESSE

La santé est un bien qu'il faut conquérir et conserver. Le bien-être n'est ni le confort, ni le contraire de l'effort. Bien être, c'est être bien. C'est un droit et un devoir, envers soi et envers les autres. L'éducation à la santé, les campagnes de prévention des risques, le repérage des souffrances et la mise en œuvre des soins, s'inscrivent dans le projet national de justice et d'égalité des chances porté en grande partie par l'École républicaine. Certes, quand la société est soumise au chômage de masse, la réussite scolaire se mesure d'abord à l'aune de l'insertion professionnelle. Pour autant, est-ce à dire que le plein emploi serait la garantie de la réussite de tous ? Ne fait-on pas injure à la jeunesse elle-même en la réduisant au seul statut d'acteur économique dans un avenir complexe et incertain ? On ne peut éduquer en renonçant à toute promesse d'avenir. Promettre des réussites individuelles n'est pas suffisant car ces réussites peuvent être en trompe l'œil, ou ne pas être au rendez-vous, du moins telles qu'on les définit habituellement. L'échec, le sentiment de disqualification, l'ennui et le mal-être accompagnent trop d'élèves. A leur mal-être répond celui de leurs éducateurs.

Inscrivons la revendication explicite du bien-être au cœur de la formation de l'individu comme un droit. Être un élève n'est pas, ou n'est plus, refouler son être d'enfant, d'adolescent puis d'étudiant. Promouvoir la bonne santé et le bien-être consiste d'abord pour l'École à mettre en place les conditions les meilleures pour les apprentissages. Par ailleurs, on sait bien que la bonne santé psychologique et le bien-être sont confortés par la réussite scolaire. Depuis longtemps l'École s'en préoccupe. Il faut toutefois aller plus loin. Bien plus que la gratification par les notes, le bonheur à l'école est palpable dans ce sentiment qu'il y a une correspondance entre les efforts consentis et les progrès constatés. Pas de bien-être sans fierté, sans l'estime des autres et de soi. La bienveillance n'est

pas qu'une injonction nouvelle faite à l'École par la République qui se soucierait mieux aujourd'hui des jeunes qui souffrent. La bienveillance est aussi maintenant ce que l'École enseigne aux élèves et exige d'eux. Cet exercice de la bienveillance par les élèves eux-mêmes est l'essentiel de l'éducation à la citoyenneté. L'École promeut la liberté par la transmission des savoirs émancipateurs, elle combat les déterminismes sociaux en organisant l'égalité des chances, elle doit aussi promouvoir une fraternité de fait et pas seulement de principe. Les accompagnements thérapeutiques apportés à ceux qui souffrent le plus s'inscrivent dans ce projet du *care* qui englobe toute la société et qui permet la formation d'adultes de demain en bonne santé et heureux. La jeunesse a besoin d'un récit, *le bien-être de tous* en est un.

Le Conseil européen en 2001 puis la Commission européenne en 2007 ont affirmé que l'éducation et la formation visaient l'épanouissement individuel, tout autant que la réussite de l'insertion dans la société. Le bien-être n'est pas une promesse ou une récompense. Il doit être accessible au quotidien. *Le bien-être est bel et bien une condition et un objectif.* Pour être effectif, ce droit à se sentir bien s'accompagne de devoirs pour l'élève. Les efforts qu'il doit accomplir et la discipline à laquelle il se plie ne peuvent être justifiés et consentis qu'à la condition d'être mis en perspective avec ce bien-là qui est une sécurité.

SOMMAIRE

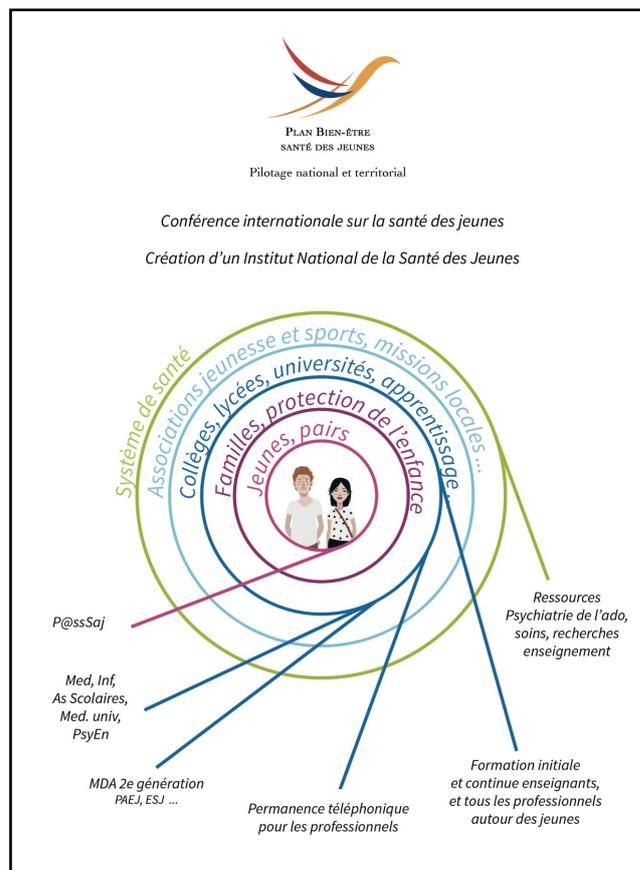
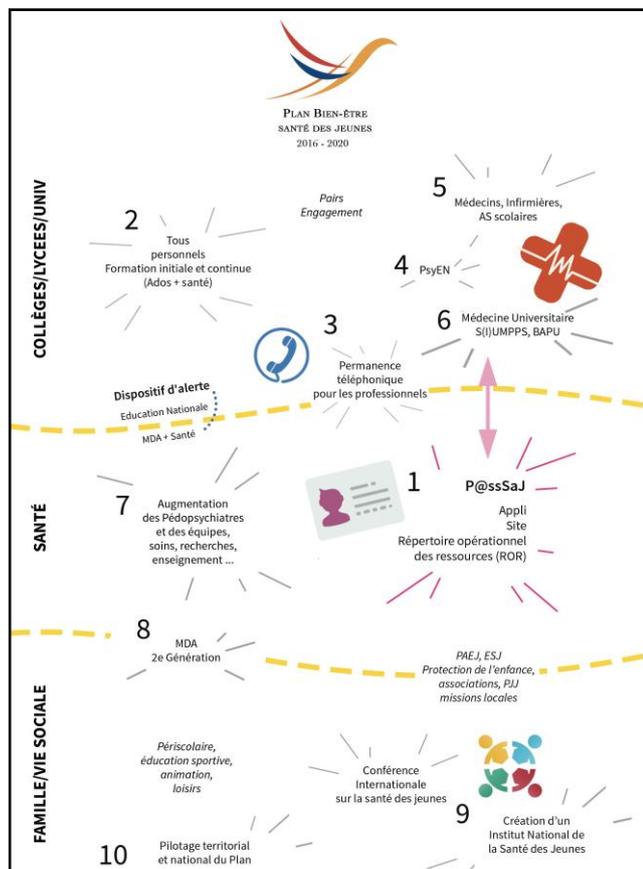
Proposer un récit à notre jeunesse	4
Sommaire	6
La jeunesse : une priorité politique	11
1. La santé des adolescents et des jeunes adultes : un défi national et international	16
1.1 La santé des jeunes : une préoccupation internationale	16
1.2 L'enchevêtrement des vulnérabilités psychiques, sociales et culturelles	17
1.3 Les représentations des jeunes sur la santé, les inquiétudes de leurs parents et les représentations de la société	18
1.4 Se sentir heureux à l'école : la revendication émergente du bien-être comme condition de la réussite scolaire ou universitaire de chacun	19
2. La nécessité d'un nouvel effort public pour la santé mentale des jeunes	22
2.1 Des besoins nouveaux à prendre en compte	22
2.2 Une insuffisante coordination entre les professionnels	23
2.3 Une forte croissance de l'activité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	24
2.3.1 Un nombre d'enfants et d'adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile en forte hausse	24
2.3.2 Une offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile en légère progression mais des délais d'attente importants	25
2.3.3 Une offre de soins hospitaliers en pédopsychiatrie qui progresse depuis 2001 après des décennies de baisse	26
2.3.4 Une offre de soins hospitalo-universitaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent scandaleusement insuffisante	27
2.3.5 Une offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent assurée par d'autres types de structures	29
2.4 Une démographie des pédopsychiatres préoccupante malgré la hausse récente du nombre de psychiatres formés	30
2.4.1 Une nécessité de former davantage de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent	30
2.4.2 Une évolution démographique des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent préoccupante et une répartition territoriale très inégalitaire	31

2.4.3	Une proportion importante des pédopsychiatres exerce en libéral	31
2.4.4	Une baisse de 48% du nombre de pédopsychiatres depuis 2007	32
2.4.5	Une répartition territoriale des pédopsychiatres très inégale	33
3.	Un contexte scolaire en changement qui intègre de nouveaux enjeux sociétaux	35
3.1	Une institution scolaire qui fait aujourd'hui de la bienveillance une vertu éducative	35
3.1.1	Une place pour la bienveillance dans les textes officiels	35
3.1.2	La bienveillance dans les pratiques pédagogiques	36
3.1.3	L'exercice de la bienveillance inscrit dans les missions professionnelles	37
3.2	Une institution scolaire qui doit renouveler sa vocation historique de promotion de la santé	38
3.2.1	Le parcours éducatif de santé, nouvel outil au service des élèves	38
3.2.2	Une nouvelle impulsion pour tous les personnels de santé à l'école	39
3.2.3	Un enseignement nouveau délivré pour partie en partenariat	40
4.	Un contexte sanitaire en évolution qui intègre les besoins et les attentes des jeunes et de leurs parents	42
4.1	L'émergence progressive de préoccupations de santé propres aux jeunes	42
4.1.1	L'exemplarité de la scolarisation des élèves en situation de handicap et des élèves malades : l'étayage thérapeutique de la scolarité	42
4.1.2	A l'articulation du sanitaire et du social : les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ)	43
4.2	Des innovations qui ont fait la preuve de leur adéquation aux besoins	44
4.2.1	Le développement d'une réponse organisée en relation avec la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	44
4.2.2	L'attention portée aux jeunes dans les contrats locaux de santé (CLS), dans les contrats locaux de santé mentale (CLSM) et dans les ateliers santé ville (ASV)	45
4.2.3	La notion de « parcours » dans les programmes régionaux de santé 2012 -2017	45
4.2.4	Le plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015), le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) et la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016)	46
4.2.5	Les consultations jeunes consommateurs (CJC)	47
4.3	Les réponses aux évènements traumatiques en milieu scolaire	48
4.4	Des institutions dédiées aux jeunes : la création des Maisons des adolescents	50
4.5	Les rapprochements entre les responsables de la santé publique et ceux de l'éducation nationale	50
4.5.1	Les contrats-cadres de partenariat en santé publique entre les ministères	51
4.5.2	Des conventions entre rectorats et ARS	52

5. Être en bonne santé, se sentir bien et apprendre : de nouvelles alliances Éducation-Santé	53
5.1 Dans les collèges et les lycées	53
5.1.1 Comment identifier les vulnérabilités ?	53
5.1.2 Pour une meilleure orientation vers les professionnels compétents et la mise en place d'un réseau local d'appui	55
5.1.3 Pour un appui aux personnels du milieu scolaire et une professionnalisation nouvelle des acteurs	56
5.1.4 Une politique explicite de l'établissement en faveur du bien-être des élèves	59
5.1.5 Une attention nouvelle aux conditions de travail des élèves	59
5.1.6 Un pilotage académique et national	60
5.1.7 L'enseignement agricole	61
5.2 Dans les établissements universitaires : favoriser le repérage, l'accès aux soins et la réussite des études	62
5.3 Dans les lieux de soins : intégrer la scolarité dans le parcours thérapeutique des patients	65
5.3.1 Dans les établissements de soins pour les situations aigües	65
5.3.2 Le modèle « Soins-Études », un modèle à développer pour les prises en charge plus longues	66
5.4 Deux contextes particuliers dont il faut se soucier	67
5.4.1 Dans les zones de grande diversité culturelle : les enfants de migrants et les enfants qui viennent d'arriver	67
5.4.2 Dans les zones rurales	72
6. Dix nouvelles préconisations pour une meilleure santé des jeunes	74
Le plan bien-être et santé des jeunes : présentation des 10 préconisations	74
1. Le P@ss Santé des Jeunes (P@ssSaJ), un droit pour tous, une appli, un site	77
2. Amélioration de la formation initiale et continue des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et à leurs problématiques de santé	81
3. Création d'une permanence téléphonique dédiée à tous les personnels rencontrant des adolescents et des jeunes adultes en grande difficulté	83
4. Création du corps des psychologues de l'éducation nationale PsyEN	85
5. Renforcement de la médecine scolaire dans les collèges et les lycées et création d'un service médico-psycho-social au service du bien-être et de la santé des jeunes	87
6. Développement des services de santé dédiés et adaptés dans chaque université	90
7. Augmentation nécessaire et significative des ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	94
8. Développement de Maisons des Adolescents de 2 ^{ème} génération	97
9. Création d'un Institut National pour la Santé des Jeunes	99

10. Mise en œuvre d'un pilotage national et régional du Plan *Bien-être et Santé des Jeunes* (2016-2020)

Les deux schémas récapitulatifs du Plan *Bien-être et Santé des Jeunes*



Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission Erreur ! Signet non défini.

Annexe 2 : Des expériences locales innovantes

1. « Etap'Ado » à Pantin, un lieu d'accueil et d'écoute pour adolescent (Seine-Saint-Denis)
2. Le souci du bonheur d'apprendre pour tous dans une Maison des Adolescents, la Maison de Solenn à Paris
3. Le "SAMEAD plus intercommunautaire" service d'aide multi-professionnelle pour les enfants et adolescents en difficulté (ou... " Ça m'aide!") dans les cantons ruraux de l'arrondissement de Roanne (Loire)
4. Le dispositif « Lien ressources pour l'élève adolescent » des collèges de « Mulhouse Alsace Agglomération » et la maison des adolescents (Haut-Rhin)
5. Un collège qui remonte la pente en faisant du mieux être un axe de son projet : le collège Jules Vallès à la Ricamarie (Loire)
6. Le collège Maurice de Vlaminck de Verneuil-sur-Avre - académie de Rouen : un collège rural qui prend en considération le bien-être des collégiens (Eure)

7. *« Fil harmonie » : une ligne téléphonique dédiée aux enseignants et aux personnels éducatifs de l'académie de Paris : le 01 53 60 83 68*
8. *Les dispositifs départementaux de prévention et de prise en charge de la souffrance psychique des adolescents organisés en réseau : l'exemple du « RESEDA » (Lot-et Garonne)*
9. *Les acteurs de liaison sociale dans les établissements scolaires (ALSES) (Nord)*
10. *La prévention de la radicalisation des jeunes (Gard)*
11. *Le Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents (CMPA) de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne) : un dispositif intégré de soins-études à la croisée des champs « santé » et « éducation »*
12. *Animation de la cellule de veille au sein d'établissements scolaires avec la supervision des professionnels de la Maison des adolescents : l'exemple de Brest (Finistère)*
13. *L'internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents (ISEMA) Jean Baudin à Illiers – Combray (Eure et Loir)*
14. *L'accompagnement des jeunes consommateurs : l'exemple des consultations jeunes consommateurs (CJC) de Montauban (Tarn et Garonne)*
15. *Actions partenariales des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) avec les jeunes en CFA ou en milieu scolaire à Toulouse (Haute-Garonne) et à Orléans (Loiret)*
16. *Une formation spécifique des assistants d'éducation (Yvelines)*

Annexe 3. Contributions

1. *Les intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*
2. *Les maisons des adolescents (MDA)*
3. *Les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)*
4. *Les nouveaux référentiels pour les psychologues de l'Éducation nationale*
5. *Les consommations de substances psychoactives des jeunes en France*
6. *Facteurs de « survictimisation » lors de la survenue d'évènements traumatiques*
7. *La santé mentale des étudiants*
8. *« La santé globale des étudiant.e.s » note de la Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE)*

Annexe 4 : Personnes et organismes auditionnés, équipes rencontrées sur le terrain, personnes ayant remis un rapport écrit

Annexe 5 : Bibliographie

Annexe 6. Liste des sigles



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

LA JEUNESSE : UNE PRIORITÉ POLITIQUE

En faisant de la jeunesse une priorité de son mandat, le Président de la République a souhaité qu'une attention particulière soit apportée aux jeunes les plus vulnérables afin que les états de mal-être et de souffrance qu'ils peuvent connaître fassent l'objet d'une nouvelle mobilisation de tous et, en premier lieu, des pouvoirs publics. Notre lettre de mission interministérielle du 29 septembre 2015¹ définit ainsi quatre priorités d'action : repérer plus précocement les signes de grand mal-être, mieux orienter les jeunes vers les professionnels compétents, mieux accompagner les personnels, améliorer les prises en charge.

Pour cela, plusieurs objectifs de travail ont été retenus.

Augmenter le bien-être de *tous* les jeunes

La mission inscrit ses analyses et préconisations dans le domaine de la santé entendue au sens le plus large. Elle centre toutefois ses préoccupations sur le bien-être de tous les jeunes et les difficultés psychiques vécues par certains d'entre eux. Ces difficultés s'inscrivent dans le champ de la médecine, de la psychologie, de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie mais aussi dans le champ social et éducatif. La santé a bien entendu des composantes somatiques fortes et importantes. Elles sont souvent mieux prises en charge que les besoins psychiques, sauf pour les populations les plus vulnérables et les plus précaires pour lesquelles des efforts doivent être faits. En tout état de cause, il convient de définir des approches globales et des démarches qui permettent de traiter concomitamment toutes ces difficultés, souvent liées, qu'elles soient psychiques, somatiques, scolaires, sociales ou éducatives.

¹ Cf. annexe 1.

A l'adolescence, tout dans le fonctionnement psychologique et même cérébral peut encore se modifier, s'amender et se transformer. Les moyens de comprendre les situations, ainsi que les modes d'intervention, doivent être conçus de manière concertée entre les différents professionnels. Enfin, il n'est pas de compréhension et d'accompagnement qui ne prenne appui sur les ressources et les potentialités des jeunes eux-mêmes, celles de leurs familles, de leurs pairs et de leur entourage.

Identifier le mal-être des jeunes de 11 à 21 ans

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des temps de transition, de construction de l'identité et d'acquisition de l'autonomie. Tous les travaux sur cette période, depuis une cinquantaine d'années², démontrent la vulnérabilité des jeunes à cette période de la vie. Ces étapes correspondent aux années de collège, de lycée, d'apprentissage ou de premier cycle de la formation universitaire. L'École est alors un lieu privilégié de manifestation du mal-être, de l'anxiété, de l'agressivité ou, plus ordinairement, de l'ennui de certains jeunes. Mais l'École est tout autant le lieu et le temps où peuvent se nouer des alliances éducatives entre les jeunes, leurs parents et les professionnels. Quand les signes de la souffrance se laissent deviner ou quand ils surgissent brutalement, les parents dans une grande majorité, et plus particulièrement les plus démunis, se tournent vers l'institution scolaire pour trouver aide et conseil.

Ainsi, la tranche d'âge de 11 à 21 ans est prioritaire à bien des égards. Depuis sa relative "invention" dans les sociétés industrialisées occidentales, l'adolescence semble s'allonger de plus en plus : en amont sur le temps de l'enfance et en aval sur le temps de l'âge adulte. C'est le temps des choix et des orientations qui structureront l'essentiel d'une vie. Ces perspectives effraient beaucoup d'adolescents et encore plus leurs parents.

Les troubles, mal-être ou souffrances se manifestent, le cas échéant, dans tous les lieux de la société. La famille, les espaces de vie et de déplacements, la rue, les institutions de loisirs, de sports, d'éducation, de protection sociale, les lieux de consommation etc., sont autant de cadres dans lesquels les signes du mal-être peuvent apparaître. Ces troubles trouveront alors des renforcements et des exutoires ou, à l'inverse, des accompagnements et des apaisements lorsque les adultes et les professionnels comprennent ces signes et y répondent. De multiples professionnels, appartenant à diverses institutions sociales, ont à en connaître. Les établissements scolaires sont très souvent la caisse de résonance de ces mal-être, ils doivent être aussi le premier recours.

C'est pourquoi, il est apparu indispensable, en premier lieu, de jeter les bases de ces nouvelles alliances dans le cadre scolaire.

Traiter ce mal-être de manière globale

L'adolescence n'est ni un état, ni un statut, ni un problème ni...une maladie ! C'est un passage. Les obstacles et les réussites, les tensions et les succès lui sont inhérents. Pour certains, toutefois, la charge

² Sans être exhaustifs, citons les travaux d'Erikson aux USA, de Winnicott en Grande-Bretagne, de Jeammet ou Braconnier en France...

est trop lourde. Pour comprendre les souffrances et orienter les prises en charge, plusieurs précautions s'imposent.

D'abord, il faut observer que les signes montrés par l'adolescent ne sont pas toujours proportionnels à la souffrance. On risque de ne pas repérer ce qui devrait inquiéter. Réciproquement, on peut accorder une importance excessive à une manifestation éphémère parce que bruyante. Dans l'un et l'autre cas, la personne du jeune est occultée. Elle semble se réduire à la seule dimension de son mal-être. Cette réduction constitue un défaut de perspective. Chaque situation est unique, ce qui ruine toute propension à imaginer une nomenclature qui se voudrait exhaustive des signes de mal-être. Ne pas réduire le jeune à ses difficultés, permet de prendre appui sur ses forces et ses atouts pour apporter aide, soutien et soins. Toute démarche thérapeutique a ainsi vocation à rétablir le jeune dans ses potentialités et à lever les freins à son développement affectif et social. Cette démarche est complémentaire d'une démarche éducative. *L'aide pédagogique et l'aide thérapeutique se renforcent l'une l'autre.* Fondamentalement, elles s'adressent au même jeune et visent des objectifs qui sont interdépendants. Être en bonne santé mentale, être heureux au collège, au lycée, dans son apprentissage ou à l'université, avoir envie et être capable d'apprendre, sont les expressions du même goût de vivre.

Ensuite, il convient de ne pas faire de ces élèves qui souffrent, des collégiens, des lycéens, des apprentis ou des étudiants à part. Dans les dernières décennies, la scolarisation de tous les élèves dans les collèges et lycées s'est réalisée par la reconnaissance des droits de ceux qui présentaient des besoins éducatifs particuliers (élèves en situation de handicap, élèves malades, élèves primo-arrivants, élèves intellectuellement précoces, élèves qui manifestent des troubles spécifiques du langage etc.). Longtemps la scolarisation des élèves en situation de handicap a constitué la référence pour ces scolarités singulières (classes ou dispositifs dédiés, commissions d'orientation, programmes adaptés, dérogations à certains enseignements, aménagements des parcours, projets individuels, conditions particulières d'examen, formations et statuts spécifiques des enseignants etc.). Or, par définition, la question du bien-être ne permet pas de distinguer une nouvelle catégorie d'élèves. Le bien-être concerne tous les jeunes. La prévention et la lutte contre la souffrance sont sans exclusive. Quand des élèves présentent des signes avérés de souffrance, ils peuvent appartenir à une de ces "catégories" mais ils n'ont pas vocation à en former une nouvelle. De plus, leur état peut être très passager et ils peuvent guérir de leur souffrance.

En dernier lieu, cette approche globale ne saurait ignorer les conséquences délétères de certaines conditions de vie particulièrement dégradées sur le bien-être et la réussite scolaire. Ces conditions se traduisent souvent par des difficultés psychologiques qui ont pour effet, parmi d'autres, de masquer leur origine principalement sociale. Le rapport "Grande pauvreté et réussite scolaire", de l'inspecteur général de l'éducation nationale Jean-Paul Delahaye (2015), contient des réflexions et des propositions que la mission reprend entièrement à son compte. Beaucoup d'accompagnements pédagogiques et thérapeutiques ne peuvent ainsi prétendre au succès qu'à la condition d'être étayés par une prise en charge sociale des conditions de vie et des conditions de travail de certains élèves.

Il en va exactement de même pour tous les jeunes qui sont dans des situations de vulnérabilité comparables en raison de leur origine ou de celles de leurs parents³ (comme les enfants de migrants ou ceux qui migrent eux-mêmes et qui arrivent en France pendant l'âge de la scolarité). Les aider à surmonter les risques inhérents aux situations qu'ils vivent, vise à conforter le bien-être et la sécurité psychologique. Sans cela, on ne peut se sentir faire partie de la communauté nationale et partager la devise de notre République.

Faire tomber les murs : de nouvelles alliances éducatives et thérapeutiques

La mission a choisi de s'intituler "Bien-être et santé des jeunes" afin de souligner que les propositions d'actions doivent prendre appui sur une culture partagée du bien-être et de la santé par tous les acteurs de l'éducation et du soin. Cette culture nouvelle peut se ranger sous l'expression fondatrice de *nouvelles alliances éducatives et thérapeutiques*. Ces alliances rassemblent autour de projets communs les professionnels de l'éducation au sens large et les professionnels de la prévention et des soins, là aussi dans un sens large. Pour l'heure, cette collaboration n'est pas à la hauteur des besoins. L'articulation des services est souvent défailante, quand elle n'est pas encore compromise par des représentations ambivalentes voire mêlées de méconnaissance ou d'hostilité. De surcroît, il n'est pas certain que l'organisation scolaire et celle des études soient suffisamment claires et rassurantes pour beaucoup de parents et d'élèves ; l'organisation qui préside aux soins et à l'action des professionnels de santé ne leur est guère plus accessible.

Les nouvelles alliances éducatives et thérapeutiques peuvent aujourd'hui recouvrir ce partenariat nécessaire et rigoureux qui réunit, dans le respect de chacun, le jeune dont on se préoccupe, ses parents, ses éducateurs, ses enseignants et ses soignants.

Une méthode pragmatique

Les deux destinataires de la lettre de mission, Marie Rose Moro⁴ pour la Santé et Jean-Louis Brison⁵ pour l'Éducation nationale ont été rejoints par Jean-Pierre Bellier (IGEN), Philippe Sultan (IGAENR) et Pierre Naves (IGAS) qui a succédé à Emilie Fauchier-Magnan. La mission a reçu l'appui logistique de l'Association Nationale des Maisons des Adolescents⁶. Des auditions ont été conduites, ainsi que des visites de terrain et des entretiens avec des personnes qualifiées, des professionnels de l'éducation et des soins psychologiques et psychiatriques. Les parents d'élèves, les jeunes, leurs syndicats ou représentants ont été également consultés. Les collectivités territoriales ont été entendues, de même que les différents ministères concernés. Ont été également sollicitées les associations qui s'intéressent à ces questions, et qui encadrent des activités sportives, de loisirs et d'éducation. S'y ajoutent les acteurs de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire. Les responsables de l'école privée ainsi que de l'enseignement agricole ont été consultés.

³ Sur cette question de la diversité culturelle à l'École, cf. partie 5.4.1.

⁴ Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité et chef de service de la Maison de Solenn, Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin (AP-HP).

⁵ Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional.

⁶ ANMDA, avec Patrick Cottin (président) et Gaele Paupe (chargée de mission).

Plus de cent soixante dix auditions ou visites ont été réalisées, auxquelles il faut ajouter de nombreuses contributions écrites⁷. L'échantillon paraît suffisant, tant les points de vue et les propositions de perspectives nouvelles sont apparus fortement convergents au fur et à mesure que le travail avançait.

La mission a souhaité également se rapprocher d'équipes de terrain innovantes qui ont su, depuis plusieurs années, construire des projets répondants aux enjeux soulevés. Ces services publics, ces collectivités, ces associations ont inventé des réponses et des stratégies qui demandent à être connues, évaluées et, le cas échéant, étendues. A ce titre, trois rectorats (Nantes, Nancy-Metz et Versailles) et les agences régionales de santé (Pays de la Loire ; Lorraine et Ile-de-France) ont accepté d'analyser et de mettre en perspective les actions conduites sur le terrain dans le domaine du bien-être et de la prise en charge de la souffrance des jeunes gens. De ce fait, le suivi des projets qu'ils conduisent localement a permis d'infléchir utilement les analyses et les propositions de la mission.

D'autres systèmes éducatifs et d'autres fonctionnements de la société autour de sa jeunesse ont été observés. A cet égard, l'Australie nous apparaît mériter une attention particulière en raison de sa forte mobilisation pour des politiques innovantes en faveur de la santé des jeunes⁸. De même les innovations menées en Irlande, en Grande Bretagne, au Canada et au Québec ainsi que celles qui prévalent dans les pays du Nord de l'Europe, comme la Finlande, suscitent un vif intérêt.

Il convient maintenant définir les questions de santé des jeunes telles qu'elles se posent dans le contexte institutionnel de l'école aujourd'hui, les réponses apportées par le système de soins et d'avancer vers de nouvelles propositions d'alliances éducatives et thérapeutiques.

La mission souhaite ainsi démontrer que, tant à l'École que dans les lieux de soins, le moment est venu d'accéder à un niveau supérieur de mobilisation pour ces jeunes gens, leur bien-être et leur santé. C'est aujourd'hui une possibilité largement ouverte, un devoir social et politique et un défi international.

⁷ Voir en annexe de ce rapport la liste des auditions, visites ou contributions écrites.

⁸ Cf. les travaux de Mc Gorry et coll. (2013).



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

1. LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES : UN DEFI NATIONAL ET INTERNATIONAL

1.1 La santé des jeunes : une préoccupation internationale

Avant même de porter attention aux adolescents et aux jeunes adultes qui vivent en France, il est important de souligner que la communauté internationale fait de la santé un enjeu majeur de la vie des adolescents et des jeunes. Cette préoccupation apparaît désormais aussi essentielle que la formation. De nouvelles normes mondiales pour la qualité des services spécifiques destinées aux adolescents et jeunes adultes viennent d'être élaborées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le programme *Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents*. Ces normes sont de trois niveaux : **d'abord un accès aux soins gratuit, confidentiel et non-discriminant ; ensuite une éducation à la santé et au bien-être ; enfin l'engagement citoyen des jeunes eux-mêmes**. Ces normes se traduisent par des mesures simples et puissantes que peuvent adopter les pays riches et les pays pauvres. Ces trois niveaux de préconisations internationales se retrouveront aisément au plan national ce qui renforce la pertinence de la question posée et l'urgence de la mobilisation.

Afin de mettre en perspective les données de santé publique sur les adolescents et les jeunes adultes en France, il importe de rappeler que, sur le plan *mondial*, les cinq principales causes de décès à cet âge sont, selon l'OMS, les accidents de la route, le VIH/sida, le suicide, les infections des voies

respiratoires inférieures et la violence. Les cinq premières causes de maladie et de handicap sont la dépression, les accidents de la route, l'anémie, le VIH/sida et les conduites auto-agressives⁹.

Si les jeunes dans notre pays ont le sentiment d'être globalement en bonne santé, 10 à 15% d'entre eux traversent des moments très difficiles que les conditions de vie personnelle ou une scolarité compliquée exacerbent¹⁰. Une proportion significative de jeunes connaît un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans (entre 15 et 17% selon les études avec une prédominance féminine)¹¹. D'une manière générale, plus de 50% des pathologies psychiques débutent avant 14 ans. Leur devenir dépend du repérage et de la prise en charge précoce selon l'OMS. Trop tardive, elle hypothèque leur avenir. Le suicide constitue la seconde cause de décès dans cette population après les accidents, bien souvent liés eux-mêmes à des prises de risque. 12% des étudiants déclarent avoir eu des idées suicidaires, 7% ont fait un passage à l'acte, sans compter les accidents déguisés. Un étudiant sur dix présente des symptômes anxieux¹². Pourtant, seulement 9% des filles et seulement 5% des garçons déclarent avoir consulté un psychologue ou un psychiatre en France. Certains ont pu consulter un professionnel éducatif ou de santé non spécialisé qui n'a pas su ou pu toujours percevoir la dimension psychologique du mal-être. Les dernières enquêtes (HBSC 2010 ; Pisa 2012) montrent chez les jeunes élèves français plus de plaintes somatiques et anxio-dépressives que chez la plupart des élèves européens.

Or on le sait, la notion de mal-être est difficile à caractériser, surtout à un âge où la "crise d'adolescence" brouille les repères. Les signes précoces du mal-être qui doivent nous alerter peuvent être variés : retrait, solitude, changement brutal et profond d'apparence et de comportement, addictions diverses, troubles du sommeil, troubles alimentaires, décrochage scolaire, absentéisme, phobies, violences subies ou infligées, idées tristes ou suicidaires, troubles du comportement alimentaire, non observance des traitements nécessaires dans le cadre de maladies chroniques, etc. L'analyse du contexte dans lequel ces signes se manifestent est nécessaire à l'établissement d'un bon diagnostic et d'une réponse thérapeutique et éducative adéquate.

1.2 L'enchevêtrement des vulnérabilités psychiques, sociales et culturelles

Des formes insidieuses d'échec ou de violences scolaires, d'ennui, d'indifférence ou de retrait par rapport à l'institution scolaire et aux enseignants, peuvent produire ou aviver des souffrances personnelles, susceptibles de devenir insurmontables. Une récente enquête montre le niveau très moyen de bien-être psychologique ressenti au collège, avec un certain désamour des élèves vis-à-vis de l'établissement qui va grandissant avec l'âge. 30 % seulement des collégiens se disent satisfaits de leur vie scolaire¹³. De même, dans l'enquête Pisa 2012, on note que si les élèves français aiment l'école, cet amour décroît très fortement avec l'âge (plus de 20% de points d'écart entre la 6ème et la 3ème).

⁹ Source OMS, 2014.

¹⁰ Rapport 2009-2010.

¹¹ OMS, 2014.

¹² Inserm, 2013 ; MGEN 2014 ; Fédération Régionale Nord-Pas-de Calais de Recherche en santé mentale, 2012.

¹³ Rapport au ministère de la ville, de la jeunesse et des sports sur la médiation sociale face à la violence scolaire, Y. Algan, N. Guyon, E. Huillery, 2015.

Ces préoccupations croisent d'autres enjeux majeurs de santé et de bien-être des jeunes gens. Ces enjeux peuvent être liés à un manque chronique de sommeil¹⁴ : 20% des élèves de troisième présentent une situation de privation de sommeil, d'autres des troubles graves de l'endormissement. D'autres encore sont liés à une sexualité à risque, non ou mal protégée, avec le corollaire des interruptions volontaires de grossesse chez les mineures et une augmentation de l'incidence du VIH chez les jeunes homosexuels. Enfin, certains enjeux peuvent être liés aux surpoids ou à l'obésité (18% des élèves de troisième sont en surcharge pondérale dont 4% en situation d'obésité)¹⁵. Pour ce dernier facteur, on retiendra, à titre d'exemple, l'importance d'un gradient social très marqué. La prévalence de l'obésité est dans un rapport de un à quatre entre enfants de cadres et enfants d'ouvriers. Ainsi dans un collège de Clichy-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), plus d'un quart des élèves sont en surcharge pondérale. Il en va de même pour les soins dentaires : dans le réseau d'éducation prioritaire du Havre, 40% des caries dentaires ne sont pas soignées¹⁶. La santé est donc bien somato-psycho-sociale.

1.3 Les représentations des jeunes sur la santé, les inquiétudes de leurs parents et les représentations de la société

Il n'y a pas nécessairement convergence sur la reconnaissance du mal-être entre les adolescents, leurs parents et leurs éducateurs. Ce qui est mal-être pour les uns ne l'est pas toujours pour les autres. Fréquemment les signes sont sur-interprétés ou sous-estimés. Leur repérage se traduit souvent par un conflit d'interprétation entre le jeune, ses parents et ses proches. Les inquiétudes des parents ont tendance à être proportionnelles aux dénis de l'adolescent. Ces conflits plus ou moins vifs sont une composante même du mal-être. Beaucoup de jeunes s'estiment en bonne santé et ne le sont pas. Une étude « Portraits d'adolescents »¹⁷ a porté sur plus de 15 235 jeunes de 13 à 18 ans. Ce vaste échantillon a été constitué, observé et questionné dans un département rural et un département très urbain, ainsi qu'à l'échelle de toute une région. Les auteurs font remarquer combien nombreux sont les adolescents qui, connaissant de grandes difficultés (alcoolisation, consommation massive de cannabis, dépressions etc.), s'estiment cependant en bonne santé et continuent à prendre soin de leur corps et de leur apparence. A l'inverse, certains jeunes peuvent s'estimer en danger et souffrir, alors que ni leur santé ni leur équilibre psychique ne sont menacés. Par exemple, la découverte de l'homosexualité peut s'accompagner d'interrogations, de mal-être, voire de souffrances très importantes alors que la santé et l'avenir ne sont pas en jeu. Il faut aussi tenir compte, pour ces questions, des différences entre les filles et les garçons. La manière d'exprimer le rapport à son propre corps et à la santé est différente. Ce sont quatre adolescentes sur dix qui sont insatisfaites de leur image corporelle¹⁸. Les garçons sont moins nombreux à s'en plaindre mais ils ont aussi plus de mal à le dire ; parfois ils le montrent, par leur comportement, sans pouvoir le traduire en mots ou demander de l'aide.

¹⁴ INPES, 2012.

¹⁵ DREES, 2014.

¹⁶ Delahaye, 2015.

¹⁷ Fondation Vallée de Gentilly (94) et l'unité 1178 "Santé mentale et santé publique", INSERM, 2013.

¹⁸ " Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé", in *L'état de santé de la population en France*, Rapport 2009-2010.

Par ailleurs, il faut aussi évoquer la cécité de la société elle-même. En effet, dès le XIX^{ème} siècle, l'adolescence est perçue de manière globalement négative : âge bâtard, «ingrât», âge de la puberté, des «premières fois», des excès, des expériences hasardeuses, des rencontres inquiétantes et des révoltes... Cela perdure. Un récent rapport de l'OMS (2014), fait état d'un sondage qui indique que 57 % des personnes interrogées estiment que les adolescents constituent une population à risque. A la question de savoir quels sont les risques majeurs auxquels les adolescents sont exposés, les mêmes répondent l'alcoolisation (69%), la consommation de drogues (69%), les conduites sur la route (21%), le tabac (16%), la mauvaise alimentation (12%), le suicide (11%) ou les maladies sexuellement transmissibles (10%). Or on rappellera qu'en France le suicide reste la deuxième source de mortalité des adolescents, voire la première si l'on prend en compte certains accidents qui sont des suicides déguisés. L'enquête d'opinion révèle ainsi crûment la distorsion entre la réalité et l'image que s'en font les adultes. S'ils ne craignent les adolescents, pour le moins les adultes craignent l'adolescence, ses idéaux et ses excès.

Les adolescents ne peuvent en aucun cas se reconnaître dans cette image négative. ni construire une relation de confiance avec des adultes qui se méfient d'eux. Une fois admis que ces représentations et préjugés sont intrinsèquement délétères, qu'ils sont, ou peuvent être eux-mêmes, des facteurs aggravants des souffrances, il est de la responsabilité des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et des chercheurs, de permettre à tous d'accéder à une connaissance plus exacte de la situation des adolescents et de leurs besoins.

Il est d'autant plus nécessaire de s'opposer à ces préjugés que le discours dominant tenu par les adultes sur l'avenir des jeunes est placé sous le signe d'un "no future" : le chômage pour tous, les maladies nouvelles, les problèmes écologiques de la planète et les guerres qui se succèdent obscurcissent l'horizon. Or les jeunes demandent qu'on leur tienne un autre discours que la désespérance. Un livre récent d'Alain Braconnier (2015) *L'enfant optimiste* reprend de nombreuses études américaines¹⁹ qui plaident pour un développement d'un optimisme intelligent chez les jeunes. Ce dernier doit associer réalisme et esprit critique comme première marche de l'éducation, aussi bien en famille qu'à l'école. De même Philippe Jemmet (2014), dans *Grandir en temps de crise. Comment aider nos enfants à croire en l'avenir*, insiste lui aussi sur la nécessité de cette confiance en l'avenir.

Tous ces travaux militent en faveur d'une position optimiste et active du jeune qui apprend de ses difficultés et qui imagine une place pour lui dans la société. Cela suppose toutefois que les adultes voient ces jeunes comme capables d'apprendre et d'être acteurs de leurs vies.

1.4 Se sentir heureux à l'école : la revendication émergente du bien-être comme condition de la réussite scolaire ou universitaire de chacun

Une récente enquête souligne le faible niveau de confiance des collégiens envers les autres élèves et les adultes de l'institution scolaire. L'attention que portent les adultes aux adolescents est qualifiée par ces

¹⁹ Comme celles de Christopher Peterson par exemple.

derniers de faible²⁰. Ces données sont à mettre en regard des résultats de deux autres enquêtes. La première, de 2011, a été réalisée par Éric Debarbieux pour l'Unicef-France. Elle a permis d'établir que plus d'un quart des élèves (28%) du cycle III à l'école primaire, n'aiment pas beaucoup ou pas du tout l'école. Or une autre enquête "Les adolescents et la loi"²¹ réalisée dans les Bouches-du-Rhône établit que deux-tiers des collégiens déclarent aimer l'école, que 55% accordent de l'importance au regard de l'enseignant et que 60% font confiance à l'institution. Cela laisserait penser que le passage au collège constitue un nouveau contrat avec l'institution, qui mobilise les adolescents (avant de décourager rapidement trop d'entre eux). Dans l'enquête PISA de 2012, La France est mal classée pour la qualité des relations enseignants/élèves, seulement 70% de ces derniers se sentent traités avec justice contre une moyenne de 80% dans les pays de l'OCDE.

Or, le bien-être n'est pas le sentiment euphorique et superficiel qui pourrait nimber discrètement une existence scolaire sans contrainte, sans effort et sans discipline. Le bien-être est bien plus profond et essentiel que cela. C'est un état intimement lié à la dignité de l'élève. Pour cela, la confiance qu'il a en lui, celle de ses parents, celle de l'institution scolaire sont fondamentales. Cette confiance s'exprime d'abord, sur le plan individuel, par un sentiment d'appartenance à des cercles de vie différents, mais compatibles, que sont la classe, le groupe d'amis, l'établissement, les parents et la famille, l'espace public. Cette confiance s'exprime aussi, à titre collectif, dans la foi en la capacité de l'École de transcender les particularités sociales, culturelles et individuelles, pour promouvoir une nation de citoyens, c'est-à-dire de semblables face à la République. Les élèves adhèrent implicitement très tôt à cette idée. Que cette promesse ne soit pas tenue et l'institution scolaire perd son crédit et sa force d'entraînement.

Une nouvelle enquête²² vient d'être conduite auprès d'un échantillon de 1002 élèves du CE2 à la classe 4ème, sous l'égide de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'Éducation nationale, du Défenseur des droits et du Commissariat à l'égalité des territoires. Les auteurs de l'enquête écrivent : "Cette analyse descriptive montre que les enfants se sentent globalement en sécurité dans leur établissement et qu'ils sont satisfaits des relations entre pairs, ce qui confirme les données des enquêtes nationales. Par ailleurs, ils sont satisfaits de ce qu'ils vivent en classe. En revanche, les [...] autres dimensions du bien-être scolaire font l'objet d'appréciations plus négatives. Ainsi plus de la moitié des élèves souhaiteraient que les enseignants les encouragent plus et qu'ils expliquent davantage les choses difficiles"²³. Ceci rejoint les résultats de PISA 2009²⁴ selon lesquels seul un élève sur deux déclare que ses enseignants s'intéressent à son bien-être. Les différences d'appréciation entre collégiens et écoliers apparaissent sur de nombreux items. Avec l'entrée dans l'adolescence, les collégiens se sentent plus en sécurité et sont plus satisfaits des relations entre pairs que les écoliers.

²⁰ Rapport au ministère de la ville, de la jeunesse et des sports sur la médiation sociale face à la violence scolaire. Algan et coll., 2015.

²¹ 3ème édition de l'enquête internationale de victimisation et de délinquance auto-déclarée (sous la direction de S Roche en collaboration avec l'IPSOS).

²² « Climat scolaire et bien-être à l'école » in *Éducation et formation* n° 88/89 de décembre 2015.

²³ Guimard et coll., 2015, p 163.

²⁴ OCDE 2010.

En revanche, comparativement aux écoliers, ce qui fait le cœur de leur “métier” d’élève (les relations avec les enseignants, la vie dans la classe, les activités scolaires et le rapport à l’évaluation) est nettement moins apprécié. L’évaluation est sans conteste le domaine le plus négativement perçu, confirmant les résultats de l’enquête de l’AFEV 2012²⁵ selon laquelle, pour une proportion importante d’élèves d’école primaire et de collège, relevant de quartiers d’intervention de l’association²⁶, le stress lié à la peur des contrôles ou d’être interrogé est la première cause de malaise à l’école. L’importance des devoirs à y contribue aussi, en particulier pour ceux qui sont les plus vulnérables socialement ou psychiquement et qui ne peuvent être aidés ou soutenus à la maison²⁷.

²⁵ Bavoux et Pugin (2012).

²⁶ Des quartiers bénéficiant de la politique de la ville, dans la plus grande partie des situations.

²⁷ Cf. la note de C. Baveux (2016) en annexe, sur le regard d’une enseignante sur ces adolescents.

2. LA NECESSITE D'UN NOUVEL EFFORT PUBLIC POUR LA SANTE MENTALE DES JEUNES

2.1 Des besoins nouveaux à prendre en compte

La liste des nouveaux défis que l'école doit relever aujourd'hui paraît ne jamais se clore : décrochage scolaire, phobies scolaires, radicalisations, violences et harcèlements, insécurité et discriminations, banalisation des théories du complot... Autant de questions qui recouvrent des besoins particuliers. Les jeunes aux prises à ces difficultés peuvent relever d'accompagnements très différents. Les enseignants, et les personnels des établissements scolaires et universitaires, sont ainsi confrontés à la nécessité d'exercer une vigilance à l'égard de signes individuels ou collectifs très variés, mouvants et parfois contradictoires.

Certains de ces besoins, apparemment nouveaux, peuvent correspondre à des phénomènes anciens. Ils ont prospéré longtemps dans l'espace scolaire sans poser de réels problèmes et surtout sans que l'on pense, un seul instant, qu'ils pouvaient être des causes ou des conséquences de mal-être intenses. Le décrochage scolaire en est une illustration. L'arrêt inopiné des études n'était pas un problème dans une société de plein emploi. On estime aujourd'hui à 110 000 le nombre de jeunes qui quittent le système éducatif sans avoir obtenu de diplôme classé au niveau IV ou V de la nomenclature ministérielle. Il y a quelques années, ce nombre était de 140 000 ; sa diminution est une bonne nouvelle et invite à rester mobilisé. Ces ruptures sont souvent, mais pas toujours, annoncées par des signes psychologiques. Les dispositifs de prévention du décrochage et de réinscription dans un parcours de formation doivent intégrer la dimension du mieux-être et de la santé. Il y a par ailleurs des décrochages qui se manifestent par des ruptures brutales. On estime que 4 à 5 % des élèves entre 6 à 11 ans présentent des troubles anxieux préoccupants. 1 % manifeste une phobie scolaire dès l'école primaire : non pas ne plus vouloir aller à l'école, mais ne plus le pouvoir... Cela se traduit par des troubles psychologiques et physiques importants. Quand les regards insupportables des autres conduisent à un insupportable regard sur soi, l'école provoque une peur panique ! Comment l'école peut-elle produire, ou concourir à produire, de tels malentendus ? Comment percevoir les prodromes de ces souffrances avant qu'elles ne deviennent insurmontables ?

Par ailleurs, les attentats dont notre pays a été victime en 2015 et les phénomènes de radicalisation qui touchent notre jeunesse, donnent une urgence nouvelle au repérage vigilant des dérives et des souffrances de certains adolescents et jeunes adultes. Avant de rompre avec le lycée, ou déjà avec le collège, le jeune qui se radicalise rompt avec les enseignements, les enseignants et ses pairs, ainsi qu'avec toute une vie sociale induite par l'établissement lui-même. L'éducation nationale s'est mobilisée face à ces dangers. Le livret "Prévenir la radicalisation" est à la disposition de tous les professionnels. Il contient des éléments de repérage des signes d'alerte et des recommandations

d'action²⁸. Depuis 2014, et jusqu'à la publication du livret, 1474 signalements ont été faits et ce nombre augmente, en partie par la levée des premières réticences du corps enseignant. Mais cela ne suffit pas, l'école comme la société doivent apprendre à reconnaître toutes les formes de radicalisation pour pouvoir intervenir à bon escient et ne pas les renforcer ou les entretenir par des réactions inadéquates. Par ailleurs, derrière les signes inquiétants repérés par les personnels de l'éducation nationale, il y a, au-delà même du danger pour la société, un danger réel et immédiat pour un jeune qui intrinsèquement ne trouve pas d'autre issue que la violence absolue et destructrice contre les autres et contre lui-même. Cette impasse montre souvent qu'il n'a pas trouvé de réponse plus adaptée et qu'il va mal, quoi qu'il en dise. Les études²⁹ établissent qu'il s'agit plus de souffrance diffuse que de psychopathologie identifiée ou spécifique.

Parmi les motifs de ces radicalisations (islamiques, mais aussi d'extrême droite ou d'extrême gauche, religieuses ou sectaires...) on ne peut ici sous-estimer la dimension d'engagement personnel qui fait du jeune radicalisé un absolutiste de sa propre conception du bien-être et de l'être bien. On a là, par l'horreur et par l'absurde, la démonstration que les deux notions se rejoignent quand elles sont portées à l'absolu. Or, l'absolu est une tentation de l'adolescence. Un engagement dans des causes, multiples et authentiques, référées au service des autres, peut protéger les adolescents de ces radicalisations extrêmes. Des travaux récents³⁰ montrent que les formes de l'engagement adolescent sont en train de changer et ne sont pas les mêmes que celles des générations précédentes. Beaucoup d'adolescents soutiennent des causes humanitaires, écologiques, locales ; ils sont nombreux à s'engager personnellement dans des causes politiques ou des mouvements participatifs. Ce sont ces formes d'engagements, multiples et variés, qu'il faut reconnaître et encourager à l'école comme dans la société. Les adolescents ont besoin de croire en quelque chose ; ils ont besoin de se forger des valeurs collectives. L'école peut les aider à construire un engagement qui a du sens pour tous.

2.2 Une insuffisante coordination entre les professionnels

Le nonaccès aux soins des jeunes en difficulté avec eux-mêmes est le produit de phénomènes bien observés par ailleurs. Pour le jeune, l'isolement et l'inhibition sont très souvent constitutifs du mal-être. Cette solitude est renforcée par la méconnaissance de l'existence des aides ou par des réticences qu'une perception inadéquate de ces dernières peut susciter. Ne pas ou ne plus savoir, ou ne pas vouloir, communiquer sont aussi des signes de détresse. Pour les parents et les professionnels également, bien souvent, la circonspection l'emporte sur l'action : on n'arrive pas à voir les signes de manière suffisamment claire, on ne s'autorise pas à interpréter ce qu'on en perçoit, on ne sait pas quoi faire...

Ces difficultés peuvent être surmontées grâce à une meilleure information générale des parents et des professionnels. Mais, pour qu'à l'isolement du jeune en souffrance ne réponde pas l'isolement de celui qui en perçoit les signes, il faut que soit préalablement créé le réseau de professionnels en capacité de prendre le relais. Ce réseau doit fonctionner avant même que surviennent les crises. Il est à constituer

²⁸ Cf. par exemple le numéro vert mis en place par la Préfecture de Paris : 0800 00 56 96.

²⁹ Bhui en Grande-Bretagne, Rousseau et Hassan au Canada et études en cours en France : Moro, Radjack, Ludot et coll.

³⁰ Sarot et coll., 2016 ; Ludot (en cours).

dans les établissements scolaires et dans le proche environnement de santé afin de nouer des alliances professionnelles nouvelles.

Cette coordination entre les professionnels de l'éducation et ceux du champ de la santé est d'autant plus nécessaire que les besoins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent augmentent et que les demandes de la société et des familles se font pressantes : ces dernières comprennent mal qu'il faille attendre pour une première consultation et pour obtenir des soins de qualité adaptés, alors qu'à cet âge, tout signe de détresse inquiète.

2.3 Une forte croissance de l'activité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2.3.1 Un nombre d'enfants et d'adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile en forte hausse

On constate une forte croissance de l'activité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis plusieurs décennies. Dans les inter-secteurs, c'est-à-dire dans le système public gratuit, la file active des enfants et adolescents (jusqu' 15 ans), vus au moins une fois dans l'année, a connu une augmentation structurelle pendant plusieurs décennies (+80% entre 1991 et 2003, +200% entre 1986 et 2000). Celle-ci s'est poursuivie dans une période récente (+22% entre 2007 et 2014), comme en atteste le tableau ci-dessous, même si elle s'atténue depuis 2012 (+3% entre 2012 et 2014).

File active en psychiatrie infanto-juvénile (inter-secteurs)

Année	2007	2009	2012	2014	Évolution entre 2007 et 2014	Évolution entre 2012 et 2014
Nombre d'enfants et d'adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile	433 478	502 687	514 767	528 757	+ 22%	+3%

Source : DREES, SAE

Aux jeunes souffrants reçus en inter-secteurs, il faut ajouter les jeunes reçus dans le cadre de la psychiatrie associative (CMPP et dispensaires), dans celui de la psychiatrie libérale, dans celui de la psychiatrie hospitalo-universitaire, par les Maisons des Adolescents et les structures d'écoute et d'accueil. A tous ceux-là, il faut ajouter également les jeunes de 15 à 21 ans qui sont pris en charge en psychiatrie adulte par défaut de place en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sans oublier ceux qui relèvent de la psychiatrie adulte. Une évaluation rapide de la file active cumulée, dans toutes ces structures publiques, associatives et privées, ainsi que des jeunes pris en charge dans le champ médico-social, amène à considérer que, sans aucun doute, un peu moins d'1 million de jeunes ont consulté au moins une fois dans une structure dédiée, sans pour autant que tous soient ensuite suivis. Ce nombre est à rapporter au nombre de jeunes vivant en France âgés de 10 à 20 ans qui avoisine les 8 millions³¹.

³¹ *Chiffres clés de la jeunesse*, Champ : France, territoire au 31 décembre 2009. Source : INSEE, état civil.

On estime ainsi à 1,5 million le nombre de jeunes qui auraient besoin d'avoir un projet de suivi ou de soin approprié³². Enfin, on constate que tous les lieux de soins étant saturés, les adolescents qui ont besoin de psychothérapies ou de consultations psychologiques ne peuvent pas toujours en bénéficier car ils ne sont pas prioritaires par rapport à ceux qui souffrent de pathologies psychiatriques avérées. Ainsi les jeunes qui présentent des signes de mal être ou qui auraient besoin de soins précoces n'étant pas prioritaires, ne bénéficient pas des soins qui éviteraient à leur santé de se dégrader.

2.3.2 Une offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile en légère progression mais des délais d'attente importants

Face à une activité en forte hausse, l'offre de soins ambulatoires en pédopsychiatrie augmenté, même si son évolution a été contrastée. Le nombre de CMP a légèrement progressé entre 2011 et 2014, passant de 1 453 à 1 467 structures (+1%). Le nombre d'actes dans les CMP a lui aussi légèrement progressé entre 2011 et 2014 (+1%).

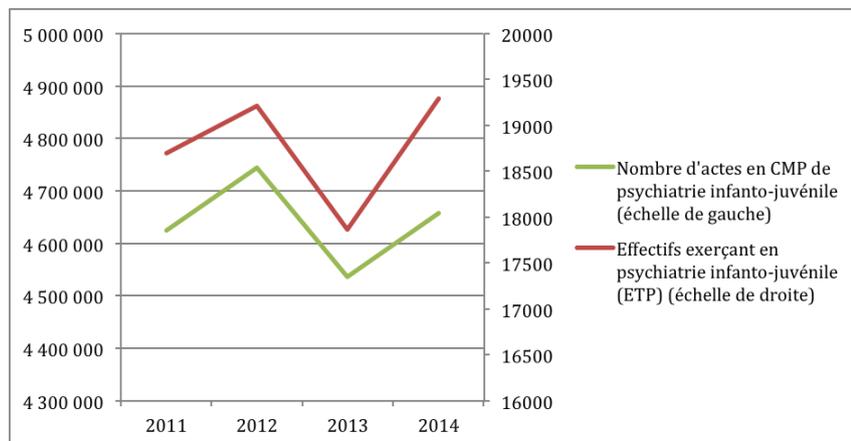
Le nombre des autres structures dévolues à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'elles soient associatives, privées, hospitalières, hospitalo-universitaires ou médico-sociales n'a pas augmenté ces dernières années ; toutefois, le nombre d'actes réalisés dans l'ensemble de ces structures a augmenté sous la pression des demandes parentales. Des besoins ne sont pas assez couverts, tels dans le champ de l'autisme, du suicide ou des troubles du comportement alimentaire. Pour d'autres, la population fait face à des dispositifs saturés (exemple des centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages)³³.

Si l'on considère les effectifs de l'ensemble du personnel exerçant en psychiatrie infanto-juvénile de secteur (en ambulatoire ou en hospitalisation complète), l'évolution apparaît proche de celle du nombre d'actes, comme l'illustre le graphique ci-dessous. Dans l'ensemble, ils ont augmenté de 3% dans la période 2011-2014 (-3% pour les médecins psychiatres, +6% pour les médecins non psychiatres, +4% pour le personnel non médical). A ces chiffres disponibles sur le plan national, et qui concernent l'activité des inter-secteurs infanto-juvéniles, il faut ajouter, une fois de plus, tous les actes faits dans les autres structures de soins qu'elles soient hospitalières, hospitalo-universitaires, associatives ou privées.

³² Inserm (2009).

³³ Cf. Données des États Généraux de la pédopsychiatrie qui se sont tenus à Paris le 4 avril 2014.

Évolution de l'activité en CMP infanto-juvéniles et du personnel y exerçant (2012 et 2014)



Source : DREES, SAE

L'accès aux soins ambulatoires en psychiatrie infanto-juvénile souffre aussi de délais d'attente importants dans un grand nombre de CMP. En 2008, une première consultation avec un médecin nécessitait une attente d'une semaine à un mois dans 42% des cas et de plus de 3 mois dans 14% des cas. 60% des structures de psychiatrie infanto-juvénile déclaraient avoir une liste d'attente pour un premier rendez-vous (contre 30% en psychiatrie générale)³⁴. En 2014, la durée d'attente déjà importante, a été multipliée par deux dans tous les lieux de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents. À cet âge de la vie, cette contrainte est extrêmement difficile à admettre étant donné le caractère inquiétant des symptômes (idées suicidaires, troubles du comportement etc...) et leurs conséquences éventuelles pour le développement.

De plus, ces lieux de soins étant déjà saturés, la prise en charge des situations de mal-être, moins urgentes, passe au second plan. Cet état de fait a pour conséquence, à terme, d'aggraver la situation et de requérir des soins beaucoup plus lourds et d'entraîner des conséquences plus importantes. Dans cette conjoncture, les interventions rapides des MDA sont efficaces, mais cette efficacité peut parfois être compromise par l'absence de relais pris par les services de psychiatrie au demeurant saturés.

2.3.3 Une offre de soins hospitaliers en pédopsychiatrie qui progresse depuis 2001 après des décennies de baisse

Après une baisse importante du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile (-70% entre 1986 et 2000), celui-ci augmente à nouveau depuis 2001 et, de manière plus prononcée encore depuis 2012 (+ 5% entre 2012 et 2014, contre + 4% entre 2001 et 2012). Cette évolution est spécifique à la psychiatrie infanto-juvénile, puisque dans le même temps, les lits

³⁴ Données RAPSY 2008 exploitées par la DREES- aucune donnée plus récente jusqu'en 2016.

d'hospitalisation en psychiatrie ont poursuivi la forte diminution entamée dans les années 1970 (-6,6% entre 2001 et 2014), se stabilisant toutefois entre 2012 et 2014 (-0,6%)³⁵.

Si le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile a significativement progressé entre 2012 et 2014, le nombre de journées d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents à temps complet a connu une augmentation encore plus soutenue (10% entre 2012 et 2014, tandis que le nombre de lits a augmenté de 5%). On arrive à 20% d'augmentation si on prend en compte toutes les autres structures d'hospitalisation de jour dédiées aux enfants et aux adolescents.

Par ailleurs, l'offre de soins en hospitalisation complète est très inégalement répartie sur le territoire français. Le nombre de lits moyen pour 100 000 jeunes de 0 à 19 ans est de 13,8 en France, avec des variations importantes, qui peuvent s'expliquer par des spécificités territoriales :

- 10 départements ne comptent aucun lit d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile : la Martinique, Mayotte, la Manche, l'Eure, la Creuse, les Côtes-d'Armor, la Corrèze, l'Aube, l'Ardèche et les Alpes-de-Haute-Provence ;
- à l'extrême inverse, le ratio s'élève à 120 dans les Hautes-Alpes, 84 dans les Landes, 50 dans le Lot, 39 à Paris, 37 en Lozère, 35 dans le Cantal et en Haute-Vienne, 33 dans la Nièvre.

À côté des inter-secteurs et des CMP rattachés majoritairement à des établissements de santé psychiatriques, certains services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont rattachés ou intégrés dans des hôpitaux généraux ou dans des services hospitalo-universitaires. Ils le sont par le biais des pôles de psychiatrie ou de pédiatrie par exemple, ce qui rapproche ces services de l'offre de soins générale aux adolescents et, de fait, renforce leur visibilité pour les familles, pour l'école ainsi que leur acceptabilité. Cette tendance intéressante est à soutenir car elle permet un meilleur accès aux soins des jeunes et des familles.

Depuis ces dernières années, des équipes de liaison de plus en plus nombreuses se déplacent à domicile ou près des lieux de vie des adolescents et des jeunes pour leur faciliter l'accès aux soins. Des consultations mobiles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent existent par exemple à Lille, à Rennes et en région parisienne. Elles seraient intéressantes à développer en zone rurale.

2.3.4 Une offre de soins hospitalo-universitaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent scandaleusement insuffisante

Quelques services hospitalo-universitaires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont pour mission de délivrer des soins le plus souvent spécialisés, avec une vocation régionale et nationale, mais aussi d'assurer la recherche et l'enseignement dans ce champ spécifique. En 2015, le centre national de gestion de la fonction publique hospitalière recense 32 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) en psychiatrie infanto-juvénile. Ces 32 postes sont à mettre en regard des 83 postes recensés en psychiatrie adulte et des quelques 4000 professeurs des universités-praticiens hospitaliers pour l'ensemble des disciplines médicales. Le pourcentage ainsi obtenu est de **0,73%** de professeurs en pédopsychiatrie parmi l'ensemble des professeurs de médecine. Ce rapport est pire

³⁵ Source DREES, SAE.

encore pour les maîtres de conférences des universités – praticien hospitaliers (MCU-PH) : 1 seul emploi en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour 1635 MCU-PH en médecine (soit 0,06%). Il en va de même pour les chefs de clinique-assistants (CCA) qui sont 3830 dans l'ensemble des disciplines médicales et moins de 25 en pédopsychiatrie (0,65%).

Plusieurs facultés sont ainsi dépourvues de professeurs en pédopsychiatrie : Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint-Etienne ou encore Tours. Il existe donc des régions où il n'y a aucun professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent susceptible de former les internes et donc les futurs psychiatres qui voudraient choisir cette spécialisation. On est très précisément là dans un cercle vicieux qui ne permet pas une formation suffisante de psychiatres d'enfants et d'adolescents, qui renforce la pénurie alors que la demande de la société ne fait, quant à elle, qu'augmenter ! On aura garde d'oublier, de surcroît, que parmi les PU-PH de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent³⁶, certains sont des spécialistes des bébés, d'autres des enfants, d'autres sont des spécialistes de pathologie comme l'autisme ; il en reste bien peu pour se consacrer à la période de l'adolescence qui nous intéresse ici. 32 PU-PH pour insuffler la recherche et assurer la formation universitaire des futurs pédopsychiatres, est donc un nombre notoirement et scandaleusement insuffisant. On trouvera infra la comparaison faite par le Collège des Universitaires de Psychiatrie en 2013.

Comparaison des taux d'encadrement en cardiologie, en neurologie et en psychiatrie (2013)

	Nombre d'internes 2010	Nombre d'internes 2017	Pourcentage d'augmentation attendue	Nombre d'Universitaires	Taux d'encadrement 2017
Cardiologie	556	732	32%	138 (129 PU + 9 MCU)	1 U pour 5.3 internes 0.20 U / Interne
Neurologie	316	408	29%	114 (103 PU + 11 MCU)	1 U pour 3.6 internes 0.28 U / Interne
Psychiatrie	1468	2028	38%	121 (110 PU + 11 MCU)	1 U pour 16.8 internes 0.06 U / interne
Sous-section CNU Psychiatrie adulte				85 (77 PU + 8 MCU)	1 U pour 23.9 internes
Sous-section CNU Pédopsychiatrie				36 (33 PU + 3 MCU)	1 U pour 56.3 internes

Sachant que depuis 2013 la situation s'est aggravée, il n'y a plus en 2016 que 32 universitaires en pédopsychiatrie. Le taux d'encadrement tombe à **1 universitaire pour 63,3 internes** ce qui est extrêmement bas (comparaisons entre disciplines et comparaisons européennes). Il est urgent de soutenir, en priorité, la création de postes universitaires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et

³⁶ La pédopsychiatrie a sa propre sous-section de Collège National Universitaire (CNU) (49-04) différente de celle de la psychiatrie adulte (49-03), instance qui nomme les universitaires chargés de l'enseignement et de la recherche.

ensuite en psychiatrie du jeune adulte afin de mieux accompagner la transition entre la psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte³⁷.

2.3.5 Une offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent assurée par d'autres types de structures

L'offre est globalement insuffisante, multiple, en « mille feuilles ». Il faut reconnaître que pour des non spécialistes (les enseignants ? les parents ? les jeunes eux-mêmes ?) il est parfois difficile de se repérer et de savoir à quelle structure on peut se référer et dans quelles conditions. Les inter-secteurs de psychiatrie auxquels les jeunes peuvent s'adresser en fonction de leur domicile, sont gratuits. Les services en hôpitaux généraux ou en hôpitaux universitaires peuvent être sectorisés ou non selon les endroits. Et, dans ces lieux, les consultations peuvent être gratuites ou payantes et remboursées comme pour n'importe quelle autre spécialité.

A côté de ces services de soins, d'autres types d'institutions ou de dispositifs ont été créés pour répondre à ces besoins médico-sociaux. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)³⁸, dont les premiers ont été créés dans les années 1945-1950, sont aujourd'hui au nombre d'environ 400 en France. Nés de la volonté conjointe d'éducateurs et de psychiatres, ils gardent vivante la logique qui a fondé leur création : des enfants et des adolescents sont en difficulté à l'école en raison de problèmes psychiques auxquels personne ne répond³⁹. En 2015, quelques 175 000 jeunes avaient ainsi bénéficié d'une intervention gratuite de professionnels d'un CMPP qui reste une structure médico-sociale. Dans les CMPP, travaillent des enseignants, des psychiatres et des psychologues. Des liens anciens et importants ont pu ainsi se nouer entre les CMPP et l'école, et dans une part moindre le collège et le lycée. Cela s'explique légitimement par le fait que les CMPP ont été créés pour la prise en charge des troubles précoces des apprentissages. Ceux des CMPP ou des Centres d'Aide Psycho-Pédagogiques (CAPP) qui se sont tournés vers les collégiens sont aujourd'hui saturés⁴⁰.

Les centres municipaux de santé, comprenant aussi des professionnels du domaine social et médico-social, interviennent en complémentarité avec les CMPP.

Enfin, les Maisons des adolescents (MDA) sont des dispositifs essentiellement sanitaires, associatifs ou départementaux. Créés depuis 1999, elles ont obligatoirement pour mission depuis 2005, l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le conseil aux jeunes, à leurs parents et aux professionnels, ainsi que la mise en place de soins quand cela est nécessaire. Actuellement, des prises en charge médicales, psychologiques et pédopsychiatriques sont assurées au sein des MDA ou organisées en partenariat formalisé avec des services de soins. Par ailleurs, elles sont habilitées à conduire des actions d'information, de formation

³⁷ L'étude européenne *Milestone* menée dans 8 pays dont la France, analyse la sortie de la pédopsychiatrie et la transition avec le système de soins adultes qui doit être améliorée : www.milestone-transitionstudy.eu/fr

³⁸ A Paris, quelques centres d'aide psycho-pédagogiques (CAPP), de statut municipal, jouent un rôle de CMPP et ce, aux côtés de quelques CMPP associatifs.

³⁹ La question de la souffrance psychique à l'école a donc été posée dès 1945 avec la création des CMPP !

⁴⁰ Pourtant beaucoup d'actions innovantes éducation-santé existent dans les CMPP (ex en Seine-Saint-Denis, en Dordogne).

et de prévention au sein de toutes les institutions qui ont à voir avec les jeunes, au premier rang desquelles les établissements scolaires.

2.4 Une démographie des pédopsychiatres préoccupante malgré la hausse récente du nombre de psychiatres formés

2.4.1 Une nécessité de former davantage de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent

Une étude publiée par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) en juin 2016 répertorie le nombre de spécialistes inscrits au 1er janvier 2016 et met en évidence une baisse de **48,2% entre 2007 et 2016** soit près de 50% des effectifs. Il s'agit de déclaration des psychiatres eux-mêmes dans la mesure où à ce jour, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie. De même, il n'est pas possible d'identifier de manière exacte le nombre de pédopsychiatres en formation. Les données commentées ci-dessous portent donc sur la démographie des psychiatres en général.

En 2015, les psychiatres représentent 12,6% des médecins spécialistes (hors médecins généralistes), avec un effectif de 15048⁴¹. La psychiatrie représente ainsi la première spécialité médicale en termes d'effectifs. La densité moyenne des psychiatres en France s'élève à 22,8 pour 100 000 habitants. Les dernières comparaisons internationales (OCDE, 2011) montrent que la France est bien dotée en psychiatres, puisque la moyenne de l'OCDE s'établit à 15,6 psychiatres pour 100 000 habitants (les pays les mieux dotés sont la Suisse, avec environ 45 psychiatres pour 100 000 habitants, puis l'Islande, la France et la Suède, avec environ 22 psychiatres pour 100 000 habitants). Pour la pédopsychiatrie en France en revanche, les comparaisons avec ces mêmes pays sont défavorables⁴².

A l'instar des autres spécialités médicales, la démographie des psychiatres est marquée par le vieillissement de la profession et par un nombre élevé de départs à la retraite. Les psychiatres inscrits au tableau de l'ordre sont âgés en moyenne de 51,6 ans (un âge légèrement supérieur à l'âge moyen des spécialistes hors médecine générale, qui est de 50,3 ans)⁴³. Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 25,6% des effectifs (contre 26% pour les spécialistes hors médecins généralistes). Les perspectives démographiques de la psychiatrie sont très contrastées selon les territoires : si l'âge moyen s'élève à 51,6 ans en France entière, il est supérieur à 56 ans dans plus de 10 départements (Allier, Ardèche, Aube, Cher, Corrèze, Dordogne, Drôme, Gers, Guyane, Lot-et-Garonne, Lozère, Orne).

⁴¹ Données ASIP-santé RPPS, traitement DREES.

⁴² En se basant sur les déclarations des psychiatres au CNOM.

⁴³ Données de l'Ordre des médecins.

Toutefois, dans le cadre de l'augmentation forte du *numerus clausus* depuis le début des années 2000, le nombre de postes ouverts en psychiatrie aux épreuves classantes nationales (ECN) a été très fortement relevé. Entre 2004 à 2014, il est passé de 200 à 529, soit une hausse de 165 % en dix ans. Cette hausse a été supérieure à celle de l'ensemble des spécialités médicales (+ 97 % entre 2004 et 2014), de sorte que la part des postes en psychiatrie dans l'ensemble des postes tend à augmenter (de 9 à 12 %).

Cependant, on notera que depuis 2012, les postes ouverts en psychiatrie à l'issue des ECN ne sont pas tous pourvus. En 2014, 4% des postes ouverts n'ont pas été choisis par les étudiants en médecine. Ceci pose avec acuité la question de l'attractivité de la profession de psychiatre, même si la psychiatrie n'est pas la seule discipline médicale touchée (tous les postes ouverts aux ECN en médecine générale, médecine du travail et médecine de santé publique ne sont pas pourvus).

La faible attractivité de la profession dans certains territoires est aussi mise en exergue par le taux élevé de vacances de postes en psychiatrie. Le phénomène n'est pas toutefois spécifique à cette spécialité médicale. Le taux de vacance des praticiens hospitaliers (PH) en psychiatrie à temps plein s'élevait à 27% en 2015⁴⁴ (contre 26% pour l'ensemble des spécialités médicales) et à 46 % pour les PH en psychiatrie à temps partiel (45 % pour l'ensemble des spécialités médicales). Les taux sont très contrastés selon les régions : 17% de vacance de poste en Alsace, mais 52 % en Guyane ; 49 % en Guadeloupe ; 47 % en Martinique ; 47 % en Auvergne ; 41 % en Franche-Comté ; 39 % en Corse ; 37 % en Rhône-Alpes ; 36 % en Picardie ; 36 % en région Centre.

2.4.2 Une évolution démographique des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent préoccupante et une répartition territoriale très inégalitaire

Les pédopsychiatres exerçant la psychiatrie infanto-juvénile ne sont pas identifiés en tant que tels dans les systèmes d'information des administrations de santé. L'analyse des médecins déclarant un savoir-faire "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), permet d'approcher le nombre de pédopsychiatres, sans que l'on sache si ces médecins exercent la psychiatrie adulte ou la psychiatrie pour enfants et adolescents à temps plein. On ignore quelle est la part des enfants et adolescents dans leur activité. Seuls 15 à 30% des psychiatres assureraient des consultations pour les enfants et les adolescents selon les estimations actuelles faites dans le cadre du Collège National Universitaire (CNU). Pour couvrir les besoins estimés, il en faudrait 30 à 40%.

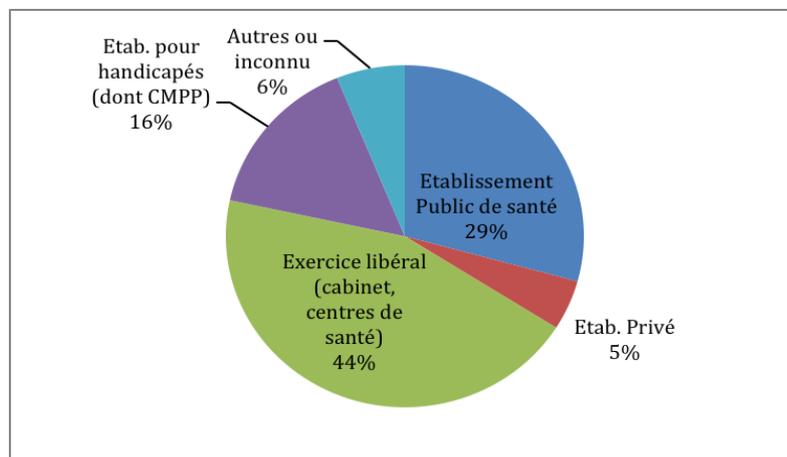
2.4.3 Une proportion importante des pédopsychiatres exerce en libéral

La répartition du mode d'exercice des 2475 psychiatres infanto-juvéniles recensés en 2015 est la suivante : 48% sont salariés, 38% sont libéraux, et 14% ont un exercice mixte. La proportion des

⁴⁴ Données du Centre National de Gestion (CNG).

pédopsychiatres en exercice libéral est plus élevée que pour les psychiatres (33% d'exercice libéral, 11% d'exercice mixte). Le schéma ci-après précise le mode d'exercice des pédopsychiatres.

Répartition des médecins déclarant un savoir-faire "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" selon leur lieu d'exercice", 2015



Source : RPPS, traitement DREES

2.4.4 Une baisse de 48% du nombre de pédopsychiatres depuis 2007

Si le nombre de psychiatres tend à s'accroître dans la période récente (+ 4 % entre 2012 et 2015), en raison d'un effort de formation accentué, il en va différemment du nombre de pédopsychiatres (-7 % entre 2012 et 2015) et selon le CNOM (-48,2 % entre 2007 et 2016). Ce sont les pédopsychiatres libéraux qui connaissent l'évolution la plus défavorable pendant cette période (-14 % selon la DREES entre 2012 et 2015). L'exercice de la pédopsychiatrie en ville est rendu plus difficile par le temps long nécessaire pour bien évaluer un adolescent, sa situation familiale, scolaire et sociale si besoin. Les consultations de pédopsychiatrie demandent une sur-spécialisation ; elles sont beaucoup plus longues que celles des adultes ; elles ne sont pas reconnues comme telles dans la nomenclature de la sécurité sociale. Dans d'autres pays, au contraire, comme la Suisse ou la Belgique, cette sur-spécialisation est valorisée.

A l'inverse de la psychiatrie qui fait l'objet d'ouvertures de postes dédiés, l'absence de spécialité médicale reconnue à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent rend difficile la maîtrise de l'évolution du nombre de pédopsychiatres, puisque ce sont les étudiants qui choisissent (ou non) de suivre la formation complémentaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (DESC).

Nombre de médecins ayant un savoir-faire "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"

	2012	2013	2014	2015	Évolution entre 2012 et 2015
Ensemble des pédopsychiatres	2664	2599	2554	2 475	-7%
Libéraux	1076	1019	968	929	-14%
Mixtes	318	331	346	348	9%
Salariés	1270	1249	1240	1198	-6%

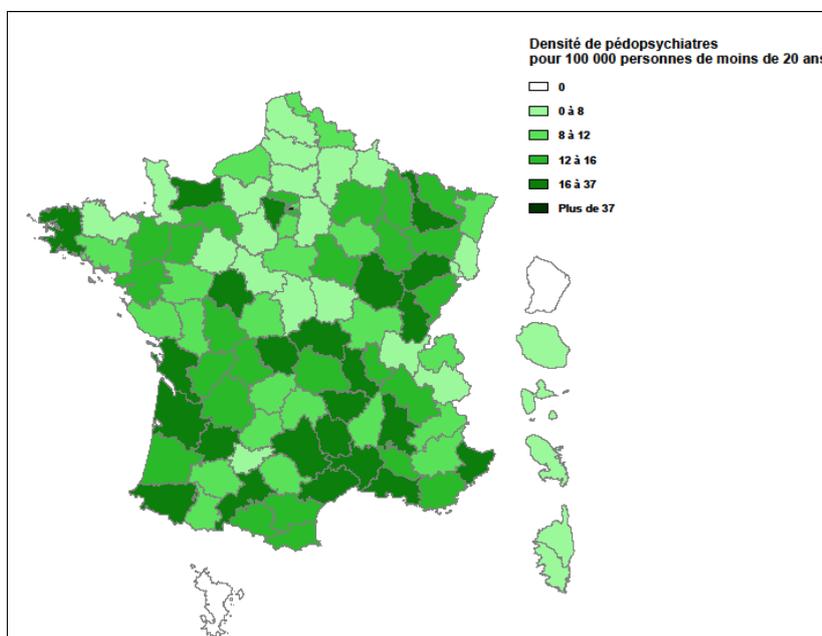
Source : RPPS, traitement DREES

2.4.5 Une répartition territoriale des pédopsychiatres très inégale

Une analyse de la densité des pédopsychiatres par département met en évidence les fortes inégalités territoriales. En moyenne, en France, on compte 15,1 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans. Tous les départements disposent d'au moins un pédopsychiatre en activité, sauf en Guyane et à Mayotte. Au-delà, certains départements, comme le Pas-de-Calais, la Corse du Sud, ou encore l'Eure, apparaissent significativement sous dotés (ratio de moins de 4). A l'inverse, d'autres départements sont significativement mieux dotés en pédopsychiatres que la moyenne des départements : en dehors du cas particulier de Paris, dont l'offre par habitant culmine à près de 100 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes (mais l'offre est en réalité régionale voire nationale en recours), la Gironde, les Alpes-Maritimes, la Côte d'Or, la Drôme, les Pyrénées-Atlantiques et le Calvados comptent plus de 23 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes. La carte présentée ci-après met en exergue ces disparités territoriales marquées.

Ces disparités départementales concernent les pédopsychiatres libéraux et les pédopsychiatres salariés sans se superposer pour autant. Une quinzaine de départements, principalement des départements ruraux, ne comptent aucun pédopsychiatre libéral (la Nièvre, la Meuse, la Haute-Marne, la Lozère, le Cantal, les Ardennes et les collectivités d'outre-mer). Certains départements, sous dotés en offre libérale, sont toutefois mieux dotés que la moyenne en offre salariée (par exemple les Hautes-Alpes, les Landes, le Gers ou la Meuse).

Répartition des départements selon leur densité en pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de 0 à 19 ans



Source : données RPPS, traitement DREES, pour le nombre de psychiatres déclarant un savoir-faire "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"- données INSEE pour la population- traitement mission

En conclusion, on peut dire que l'offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est saturée. Elle doit donc être développée de manière spécifique, tant pour assurer des soins de qualité, que pour le développement de la recherche et de l'enseignement. **Une augmentation de 25% des pédopsychiatres, des universitaires en pédopsychiatrie et un moratoire sur tous les postes des équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'imposent.** Cette offre doit être mise en réseau avec la psychiatrie « adultes » pour mieux assurer la transition. Elle doit aussi renforcer ses liens avec la pédiatrie et maintenir sa tradition de travail pluridisciplinaire avec tous ceux qui s'occupent des adolescents (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, etc.). Enfin, cette offre doit s'articuler davantage aux besoins tels qu'ils s'expriment à l'école, à l'université, dans les missions locales ou dans les centres de formation pour apprentis, en somme, dans tous les lieux où se forment les adolescents et les jeunes adultes. Cette offre de soins doit renforcer sa capacité à se laisser interpeller par toutes les problématiques des jeunes telles qu'elles s'expriment dans leurs lieux de vie et d'étude.

3. UN CONTEXTE SCOLAIRE EN CHANGEMENT QUI INTEGRE DE NOUVEAUX ENJEUX SOCIETAUX

3.1 Une institution scolaire qui fait aujourd'hui de la bienveillance une vertu éducative

3.1.1 Une place pour la bienveillance dans les textes officiels

La notion de bienveillance vient de plusieurs sources. On notera simplement qu'elle affleure à plusieurs endroits dans la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013, principalement dans l'article premier du rapport annexé. La loi a elle-même été précédée par le "Rapport de la concertation-Refonder l'École de la République",⁴⁵ remis au Président de la République le 9 octobre 2012. Les auteurs justifient la nécessité de la refondation, entre autre, par le constat qu' "un mal-être s'installe". Le terme de bienveillance est explicitement employé dans la circulaire de rentrée 2014. Il constitue le titre de l'une des quatre parties du texte ("Promouvoir une école à la fois exigeante et bienveillante"). Il désigne ainsi plusieurs priorités. Une fois mis en perspective avec la notion voisine de "confiance", ces priorités sont développées. On remarquera qu'elles sont toutes situées dans le champ de l'action éducative : favoriser un bon climat scolaire, lutter contre la violence (harcèlement et cyber-harcèlement) et les discriminations, coopérer avec les parents, promouvoir les valeurs de la République (inscrire la charte de la laïcité dans le règlement intérieur), promouvoir les pratiques sportives.

Dans cet ensemble de prescriptions, il convient de remarquer la place particulière et première qui revient à l'éducation à la santé. Cette priorité est introduite par l'expression " réussite scolaire ET⁴⁶ bien-être". Équivalence et égalité des deux objectifs ; l'un vaut autant que l'autre et l'un sans l'autre ne vaut pas. Cette alliance emporte une conséquence politique de taille : à l'instar de la refondation de l'École elle-même, on parle aussi de "Refonder la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves". Mais pour beaucoup de parents, d'enseignants et de responsables d'établissement, la bienveillance à l'École n'est pas référée prioritairement à la santé. Parler de bienveillance à l'École, c'est avant tout s'interroger sur l'acte d'enseigner dans sa substance même : comment donner confiance aux élèves pendant qu'ils s'aventurent dans les apprentissages ? Plus centralement, comment évaluer de manière juste et encourageante ceux des élèves qui connaissent des difficultés et des échecs ? Incontestablement l'évaluation par les compétences a ouvert, depuis quelques années, de grandes perspectives, confirmées dans la loi Refondation de l'École. Or, aujourd'hui encore, les notes (et les classements qu'elles induisent), sont investis d'un poids écrasant dans notre société : c'est ce système d'évaluation qui légitime l'École aux yeux des parents et qui est très tôt intériorisé par les élèves (rappelons que les études internationales indiquent qu'un adolescent sur deux, en France, n'est

⁴⁵ F. Bonneau, M.F Colombani, C. Forestier, N. Mons, 2013.

⁴⁶ C'est nous qui soulignons.

pas satisfait de ses notes). À titre d'exemple, et les exemples sont de plus en plus nombreux, on évoquera une très récente étude du CNRS, non encore publiée, qui porte sur 70 collèges et lycées de l'académie d'Orléans-Tours. L'étude tend à montrer que la suppression partielle des notes et le recours à une évaluation par niveaux de compétences, améliorent la qualité des apprentissages et corrigent les inégalités sociales. A tout le moins, l'écho médiatique donné à cette étude⁴⁷ montre l'intérêt que suscite dorénavant ce type de réforme dans l'opinion. De même, les travaux de la conférence nationale sur l'évaluation des élèves⁴⁸ reflètent la nécessité d'innover sur cette question.

3.1.2 La bienveillance dans les pratiques pédagogiques

La notion de bienveillance est riche et ambivalente, riche parce qu'ambivalente. Elle exprime de prime abord le souci moral d'être extrêmement attentif aux personnes grâce à une empathie toujours renouvelée. Dans la relation pédagogique, la bienveillance consiste à faire confiance à l'élève, quels que soient ses erreurs, ses tâtonnements ou ses errements. On accueille l'élève tel qu'il est, sans préjuger de ses résultats scolaires qui seraient déterminés par son appartenance sociale ou son passé scolaire. On évite les jugements de valeur sur la personne. On est attentif à ne pas réifier les erreurs en « fautes », à ne pas stigmatiser les ratés en échecs. Ce souci moral vise donc à se méfier du jugement moral. La bienveillance est l'exercice de la vigilance. C'est beaucoup, mais c'est insuffisant. La relation pédagogique ne se réduit pas seulement à une relation interpersonnelle, entre un élève et un enseignant, comme le préceptorat ou l'accompagnement scolaire individuel peuvent en donner l'occasion. Si l'enseignement est médiatisé par des outils spécifiques, par un environnement de travail et par des procédures scolaires, il l'est aussi et plus encore par les autres, à la fois identiques et dissemblables. La classe n'est pas la somme des parcours individuels. La bienveillance s'instaure dans le travail partagé avec ses pairs. Elle se construit également dans des organisations collectives, à tous les niveaux du système scolaire. La réforme des rythmes scolaires et l'évaluation par compétences en sont deux exemples parmi d'autres.

Si l'on s'en tient au sens premier de la bienveillance, la scolarisation des élèves en situation de handicap fournit un modèle qui se caractérise par le projet individuel. Mais ce projet n'est réalisable qu'à la condition de s'inscrire dans un projet collectif de classe, et d'établissement, qui non seulement le rend possible, mais s'en trouve lui-même modifié et enrichi au bénéfice des apprentissages de tous les autres élèves. L'École n'est pas véritablement inclusive quand elle ne fait qu'une place bienveillante au projet individuel de certains. L'École est inclusive quand elle recherche en permanence à articuler les projets individuels dans un projet collectif.

Toutes les adaptations pédagogiques qui permettent de scolariser des publics qui ont des besoins éducatifs particuliers (ex : élèves en situation de handicap, élèves primo-arrivants, élèves malades, élèves en très grande difficulté, élèves intellectuellement précoces etc.) sont autant d'occasion de vérifier ce double principe d'une bienveillance qui s'exerce conjointement pour l'individu et pour le collectif. Il est intéressant ce faisant de constater que, pour ce faire, le renoncement à une notation

⁴⁷ Collas (2016).

⁴⁸ Voir <http://www.conference-evaluation-des-eleves.education.gouv.fr/>

homogène dans la classe (c'est-à-dire le renoncement explicite ou implicite au classement des élèves, puisque chaque note reçue est immédiatement comparée à celle de tous les autres) est une des conditions de la réussite de ces scolarités. En ce sens, et une fois encore, la scolarisation des élèves qui ont des besoins éducatifs particuliers, permet de nourrir des réflexions, de modéliser et de promouvoir des procédures pédagogiques utiles au progrès et au bien-être de tous. Or, si on dispose (ne serait-ce que pour des raisons réglementaires) des projets individuels de nombre d'élèves qui ont des besoins éducatifs particuliers, on ne dispose que rarement des projets de classe qui exposent ce qui est attendu de et promis aux autres élèves de la classe inclusive...

3.1.3 L'exercice de la bienveillance inscrit dans les missions professionnelles

Les missions des personnels se sont dernièrement élargies à ces préoccupations. Le référentiel du métier d'enseignant précise dorénavant que le professeur doit "contribuer à assurer le bien-être et la sûreté des élèves, à prévenir les violences scolaires, à identifier toute forme d'exclusion ou de discrimination, ainsi que tout signe pouvant traduire des situations de grande difficulté sociale ou de maltraitance". La circulaire relative aux missions des conseillers principaux d'éducation (CPE), du 10 août 2015, est à ce titre exemplaire. Elle place le CPE au cœur de la vie de l'établissement.

Au-delà de l'exercice professionnel individuel, les instances de concertation, qui permettent aux enseignants et aux éducateurs, en collège et en lycée, d'exercer ensemble cette bienveillance et cette vigilance à l'égard des élèves, sont le conseil des professeurs, le conseil de classe, le dispositif d'alerte⁴⁹, la réunion des groupes de prévention du décrochage, la commission éducative etc.

La bienveillance commence par l'écoute des élèves. Les interrogations, voire les incompréhensions de certains d'entre eux sur ce qui se passe, en classe ou dans l'établissement, doivent être entendues. Il importe de ne pas laisser s'installer les malentendus, pire, le sentiment d'injustice, qui minent la confiance des adolescents en l'institution et entravent les apprentissages. Là aussi, sans être exhaustif⁵⁰ il importe d'évoquer les dispositifs de droit commun que chaque établissement doit faire vivre. Au niveau de la classe, l'heure de vie de classe, à raison de dix heures par an, doit être l'occasion de recueillir la parole des élèves et d'y répondre. Au niveau de l'établissement, le conseil de la vie collégienne ou lycéenne et la maison des lycéens sont autant d'instances utiles à l'expression collective. On remarquera toutefois qu'il n'existe pas de lieu dédié, autre que l'infirmerie, pour recueillir une parole individuelle. Le bureau du conseiller principal d'éducation ou le service de la vie scolaire, la salle de classe quand le professeur y est seul etc. sont des lieux où s'énoncent parfois des confidences ou des témoignages qui sont autant d'appels. Est-on certain toutefois que tout adolescent qui cherche une aide ou un conseil sache bien où et à qui s'adresser ?

La notion de bienveillance à elle seule ne définit pas l'École idéale dans laquelle tous les élèves réussiraient, ou, pour le dire autrement, dans laquelle la réussite des uns cesserait d'être indexée sur

⁴⁹ Cf. dispositif nouveau institué au chapitre 5.

⁵⁰ Les membres de cette mission ont eu à connaître de multiples initiatives locales dont certaines sont présentées pour illustration en annexe 2

l'échec des autres. Le préambule du rapport annexé à la loi de 2013, citée plus haut, consacré à la refondation de l'École parle d'une école "juste pour tous et exigeante pour chacun". Il y faut bien d'autres mesures ! En revanche, toutes les dispositions proposées plus loin, pour venir en aide aux adolescents et aux jeunes adultes qui présentent des signes inquiétants de mal-être, n'auront une chance d'être efficaces qu'à la condition d'être mises en œuvre sur ce socle de conviction.

3.2 Une institution scolaire qui doit renouveler sa vocation historique de promotion de la santé

3.2.1 Le parcours éducatif de santé, nouvel outil au service des élèves

L'article 4*bis* de la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de juillet 2013, déjà citée, définit la notion de parcours éducatif de santé dans le système scolaire : "Les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistages obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé". Ce principe est inséré à l'identique et dans le code de l'éducation et dans le code de la santé publique. À son tour, la loi de modernisation du système de santé, du 26 janvier 2016, renforce, dès le premier chapitre de son titre I, la notion d'égalité des chances en santé pour les jeunes. Pour ce faire, le législateur promeut les liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisés, services ambulatoires de santé et services hospitaliers. Il indique les liens nécessaires entre les autorités académiques et les agences régionales de santé (ARS). Il arrête que " les élèves bénéficient d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé".

Le parcours éducatif de santé est un outil pédagogique de formation et non un outil sanitaire. L'outil sanitaire reste le dossier médical pour lequel la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) est en train de concevoir une version numérique (Dossier Médical Numérique Personnel, DMNP).

La DGESCO réalise également un guide d'appui du parcours éducatif de santé, de la maternelle à la terminale. Il s'adosse au socle commun de connaissances, de compétences et de culture et aux programmes. Le livret scolaire unique numérique (LSUN), devrait permettre d'intégrer les attestations de la maîtrise du socle commun qui ont à voir avec le parcours éducatif de santé. D'ores et déjà, les expériences conduites dans les académies de Strasbourg et de Dijon sont riches d'enseignements.

Le parcours éducatif de santé soutient le parcours scolaire et le parcours scolaire porte le parcours éducatif de santé : les deux parcours sont étroitement liés et se renforcent d'autant. Ainsi, un élève en grave échec scolaire ne peut être en parfaite santé. Il convient également de ne pas négliger certains élèves qui accèdent à l'excellence, au prix d'un investissement qui s'accompagne d'un mal-être important. Et inversement, un adolescent malade aura bien du mal à être heureux à l'école et à réussir.

Le parcours éducatif de santé fait l'objet d'une récente circulaire du 28 janvier 2016. Il se structure selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection. De surcroît, la circulaire précise qu' « il

trouve son expression dans un document bref, intelligible par l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquelles les familles ». La DGESCO travaille également à la réalisation d'un porte-folio numérique (FOLIOS) qui donnerait, quant à lui, la capacité à l'élève d'intégrer les informations et les expériences qu'il juge utiles à sa santé.

3.2.2 Une nouvelle impulsion pour tous les personnels de santé à l'école

La politique nationale de santé dans le domaine scolaire vient de faire l'objet d'une redéfinition importante suite à l'impulsion donnée d'abord par la loi de refondation de l'École de 2013 puis, dans les mêmes termes, par la loi santé du 26 janvier 2016. Le bulletin officiel de l'éducation nationale du 12 novembre 2015 contient quatre textes réglementaires sur la santé des élèves : un arrêté relatif à la périodicité et aux contenus des visites médicales et dépistages obligatoires prévus à l'article L 541-1 du code de l'éducation, une circulaire sur la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, et deux circulaires sur les missions des personnels de santé de l'éducation nationale (médecins et infirmier(e)s).

La première de ces deux circulaires⁵¹, consacrée aux missions des médecins, les place au cœur de tous les dispositifs de santé. Toutefois, au-delà de ce principe, apparaissent des inflexions nouvelles. À titre d'exemple, dès le premier paragraphe, on lit dans la circulaire : " [Les médecins] contribuent à l'amélioration du climat scolaire pour faire de l'École un lieu de vie et de communication, en considérant les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité, ainsi que les facteurs de risques spécifiques. Ils prennent en compte le bien-être des élèves et participent ainsi à la construction d'une École bienveillante envers les élèves et leurs familles."

C'est au paragraphe 1.1.2.2 "Devant des situations préoccupantes", que l'on trouve la référence au rôle pivot que joue le médecin pour les élèves qui manifestent des mal-être particuliers : « A la demande de l'équipe éducative, des parents ou de l'élève lui-même, le médecin intervient auprès d'un élève en difficultés, que celles-ci se manifestent à travers les résultats scolaires (chutes des résultats, difficultés d'apprentissage) ou des comportements inappropriés (absentéisme, manifestations de violence, repli, isolement, conduites à risques...). Il apporte son expertise, assure le suivi, l'accompagnement et l'orientation de l'élève vers les structures de soins appropriées. Il effectue le lien entre l'élève, la famille, les soignants et l'équipe éducative pour permettre une éventuelle adaptation de la scolarisation ». Pour cela, un dispositif d'alerte⁵² doit être défini.

En outre, il conviendrait que tous les élèves, à l'arrivée dans l'établissement, reçoivent une documentation adaptée qui comporte les coordonnées du médecin scolaire et de l'infirmier(e), a fortiori quand ils ne sont pas à demeure dans l'établissement. Cette documentation doit comporter une présentation de ce dispositif d'alerte et un exposé des principes de la déontologie médicale qui président à son fonctionnement. En outre, tout élève doit être informé de l'existence du dispositif

⁵¹ Circulaire 2015-118 du 10-11-2015, mission des médecins de l'éducation nationale.

⁵² Cf. chapitre 5.

d'écoute national *Fil Santé Jeunes* (téléphone et tchat collectif/individuel⁵³). **Les accès à ce dispositif doivent être rendus accessibles à tout élève, dans tout établissement scolaire. Une convention avec le Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche peut être signée à cet effet si nécessaire.**

Les missions dévolues aux infirmier(e)s obéissent à la même logique fonctionnelle et institutionnelle. Ces personnels sont crédités d'une proximité plus grande avec les élèves. Affectés dans un établissement et rapidement identifiés en son sein par un local dédié, les infirmier(e)s jouissent d'un statut éducatif très apprécié par les élèves. Ce sont ordinairement les personnes de premier recours. La circulaire⁵⁴ qui leur est consacrée précise : « Il-elle participe aux projets d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risque menés dans les établissements et tient ainsi globalement un rôle éducatif au sein de la communauté scolaire. Il-elle prend en compte le bien-être de la communauté éducative et contribue à la construction d'une école bienveillante envers les élèves et leurs familles ». "Bien-être", "bienveillance", "prévention" se conjuguent de manière systémique, au bénéfice de toute la communauté. La circulaire précise cette place indispensable tenue par l'infirmier(e) pour chaque élève : « L'infirmier(e) accueille tout élève ou étudiant qui le sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a incidence sur sa santé ou sa scolarité. Dûment formé(e) à cet effet, il-elle est à même de jouer un rôle d'observation, de dépistage et de relais dans le domaine de la santé mentale. » Pour jouer ce rôle il importe que l'infirmier(e) ou le médecin disposent d'un bureau accueillant où les élèves puissent parler en toute confidentialité.

Cette politique de santé est mise en œuvre par tous les personnels, sans exception. Elle recouvre donc toute l'École, au même titre que la formation intellectuelle et la formation aux valeurs de la République. Elle est largement partenariale. Elle nécessite un pilotage départemental qui pourrait prendre la forme d'un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC), ainsi qu'une évaluation nationale, prise en charge par le Conseil national d'évaluation du système scolaire (CNESCO), en lien avec le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

3.2.3 Un enseignement nouveau délivré pour partie en partenariat

Plus significatif est le renforcement de l'enseignement même de la santé. Premièrement, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires contiennent la description des compétences à acquérir à chaque âge de la scolarité, et ce dès l'école maternelle. Deuxièmement, l'enseignement de la santé et du bien-être peut constituer une forme de modèle pour la réforme du collège qui entrera en vigueur à la rentrée scolaire 2016. En effet, l'un des huit enseignements pratiques interdisciplinaires⁵⁵ porte sur "corps, santé, bien-être, sécurité". Autant que la santé, la promotion du bien-être légitime donc une éducation de chaque élève au soin de soi et au soin des autres. Cette éducation, traditionnellement portée par les cours de sciences ou d'éducation physique et sportive s'en trouve aujourd'hui élargie.

⁵³ www.filsantejeunes.com

⁵⁴ Circulaire 2015-119 du 10-11-2015, missions des infirmiers-ères scolaires.

⁵⁵ Cité au demeurant en premier dans l'arrêté du 19 mai 2015.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) constitue le vecteur central de cette politique de sensibilisation et de formation des élèves depuis de nombreuses années maintenant. C'est un outil essentiel de la prévention. Parmi les textes qui ont jalonné le développement de cette instance, dont on ne mesure pas assez l'originalité dans la vie des établissements du second degré, on se reportera essentiellement à la circulaire 2011-216 du 2 décembre 2011 consacrée à la politique éducative de santé dans les territoires académiques. Le code de l'Éducation reprend ces dispositions en ses articles L 421-8, L 421-46 et 47. Ce comité, constitué par le chef d'établissement, réunit des personnels enseignants, éducatifs et médico-sociaux, des parents d'élèves, des élèves et des représentants de la collectivité territoriale de rattachement. Il concourt obligatoirement à la réalisation de documents réglementaires, tels que le plan de prévention de la violence ou le diagnostic de sécurité. Ces documents, ainsi que les programmes d'action qui promeuvent les valeurs de la citoyenneté et la santé, sont soumis à l'approbation du conseil d'administration. Par sa capacité à s'adjoindre les compétences de toute personne qualifiée, le CESC participe au rapprochement des cultures professionnelles et associatives. C'est essentiellement en son sein que les professionnels du soin, et au premier chef les soignants du domaine de la santé mentale, peuvent travailler avec les enseignants et les personnels éducatifs. La participation de ces professionnels à certains cours ou à des actions transversales (pour plusieurs classes ou plusieurs niveaux) organisées avant ou après la classe, trouvent leur légitimité pédagogique dans cette instance.

Les CESC sont aujourd'hui invités à étendre leur action au cycle III des écoles du secteur du collège. Au plan départemental, leur animation et leur soutien sont appelés à être renforcés pour des actions d'envergure qui enrôlent plusieurs établissements. Les actions conduites par le CESC sont toutes légitimes : en revanche, beaucoup d'entre elles souffrent d'être organisées dans un entre-deux institutionnel peu assuré. Si elles ne s'inscrivent pas dans des enseignements disciplinaires obligatoires, ces actions deviennent facultatives et reposent sur le volontariat des intervenants et des élèves. Les emplois du temps de ces derniers et les rythmes scolaires auxquels ils sont soumis (songeons à quoi ressemble la semaine de cours d'un lycéen qui, de surcroît, suit des enseignements optionnels) ne leur laissent guère de place.

Les conditions d'une mobilisation réaffirmée pour la prise en charge de ceux des élèves qui présentent des signes de mal-être sont globalement réunies. Les préconisations d'action et d'organisation nouvelles présentées dans la suite du rapport sont construites sur ces bases.

4. UN CONTEXTE SANITAIRE EN EVOLUTION QUI INTEGRE LES BESOINS ET LES ATTENTES DES JEUNES ET DE LEURS PARENTS

4.1 L'émergence progressive de préoccupations de santé propres aux jeunes

Les années 1980 connaissent un tournant dans la prise en considération des besoins de santé des adolescents et des jeunes adultes. L'affirmation nouvelle de ces besoins est contemporaine de l'apparition des notions de bien-être et de bienveillance dans la sphère éducative. Non pas qu'au préalable, les maladies dont ils souffraient n'étaient pas traitées ou qu'ils n'existaient aucune action de prévention ou de promotion de la santé. Mais, dans le découpage en âge de la vie, la pédiatrie et les services de pédiatrie étaient centrés sur les enfants de moins de 15 ans (et, bien souvent, ceux de moins de 12 ans). Quant aux services de médecine d'adulte, ils n'étaient organisés, ni pour prendre spécialement en charge les personnes âgées (la gériatrie restait encore peu développée), ni les jeunes adultes, a fortiori les adolescents.

Il faut donc attendre les années 1990, pour qu'apparaisse une médecine de l'enfant et de l'adolescent, qui s'exerce dans tous les champs de la santé, santé physique, santé psychique et vie sociale. Cette approche, fragile, doit encore être renforcée. Les psychiatres, les somaticiens ou les psychologues qui se spécialisent dans la tranche d'âge des adolescents et des jeunes adultes sont sans véritable reconnaissance académique ou hospitalière. Cette absence d'identification « précarise » à la fois les professionnels et les structures dédiées. Elle ne favorise pas les engagements dans ce secteur. La mission préconise la reconnaissance de la spécificité des adolescents pour toutes les disciplines médicales ou psychologiques.

4.1.1 L'exemplarité de la scolarisation des élèves en situation de handicap et des élèves malades : l'étayage thérapeutique de la scolarité

La scolarisation des élèves en situation de handicap a beaucoup contribué à l'émergence d'une nouvelle acception de la notion de bienveillance en pédagogie. Elle a aussi ouvert la voie à la scolarisation des élèves malades, surtout de ceux qui souffrent de mal-être psychologique. On rappellera en effet que la scolarisation des enfants atteints de déficiences connaît une évolution considérable au cours des vingt dernières années, avec l'accueil de plus en plus fréquent d'enfants en situation de handicap dans les classes ordinaires, à l'école maternelle et élémentaire, au collège, au lycée puis à l'université. Les modalités de cette scolarisation relèvent dans un premier temps de

« l'intégration scolaire » : le jeune handicapé est individuellement accompagné pour qu'il devienne un élève (loi du 30 juin 1975). Depuis la loi de février 2005⁵⁶, l'accent est mis sur l'organisation nécessaire de l'environnement afin que la scolarisation soit possible. L'École devient inclusive.

Ces évolutions vont de pair avec des modalités d'enseignement adaptées pour que les élèves malades ne deviennent pas les victimes d'une déscolarisation *de facto* s'ajoutant à la maladie dont ils souffrent (ou aux conséquences de l'accident dont ils ont été victimes). Entre temps des textes particuliers⁵⁷ Des textes particuliers sont venus définir les droits des élèves malades, du lit d'hôpital, au domicile, à l'École ou dans tout lieu de rééducation. La scolarité s'intègre aux soins et réciproquement. Elle est elle-même une dimension du soin.

Ainsi l'École peut être soit source d'exacerbation et d'augmentation du malaise de certains jeunes quand la bienveillance est absente, soit un auxiliaire puissant de la guérison lorsque les projets pédagogiques sont rigoureusement adaptés.

4.1.2 A l'articulation du sanitaire et du social : les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ)

Le besoin de prendre en considération les jeunes dans leur globalité singulière engage les pouvoirs publics (État et collectivités territoriales) à impulser fortement la création d'associations pour l'information et le conseil, tels les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ). La Fondation de France leur apporte son soutien financier via ses appels à projet "santé jeune". Ils répondent aux constats posés par les acteurs de terrain (associations de quartier, Missions Locales, intervenants en toxicomanie etc.) sur la nécessité de créer des espaces où les jeunes puissent venir «poser leurs maux ». La « Consultation des jeunes » (en 1995) confirme ce besoin de lieux d'écoute, à l'écart des parents et de l'école. Elle conduit à la création de deux dispositifs en 1996 et 1997 : d'une part les *Points d'Accueil pour les Jeunes* (PAJ) pour les adolescents de 10 à 25 ans, et d'autre part les *Points Écoute pour les Jeunes* (PEJ) et/ou Parents qui, en 2002, sont fusionnés dans des *Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes* (PAEJ)⁵⁸. Leur mission est l'accueil, l'écoute et l'orientation pour des jeunes de 12 à 25 ans. L'accueil est sans rendez-vous, gratuit et confidentiel. Les PAEJ sont destinés à tous les jeunes qui souhaitent une information ou un appui quand ils rencontrent des difficultés (relations conflictuelles avec l'entourage, mal-être, souffrance, dévalorisation, sentiment d'échec, difficultés scolaires...). Ces structures ont pris place dans le paysage médico-social. Elles existent en complément des Maisons des Adolescents. Certains PAEJ sont étroitement articulés avec des MDA. Leurs rôles sont complémentaires et se répartissent en fonction des histoires et des contextes.

⁵⁶ Loi 2005-102 du 11-02-2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁵⁷ Article D.351-9 du code de l'éducation ; circulaire 98-151 du 17-07-1998 assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période ; circulaire 2003-134 du 08-09-2003 accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé.

⁵⁸ PAJ : circulaire 96/378 du 14 juin 1996 du Ministère du travail et des affaires sociales ; PEJ : circulaire 097/280 du 10 avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration ; PAEJ : circulaire DGS/DGAS 2002/145 du 12 mars 2002.

La mission soutient la structuration des PAEJ et leur développement en lien et en complémentarité avec les autres structures au service des adolescents comme les MDA ou tous lieux de soins pour les jeunes.

4.2 Des innovations qui ont fait la preuve de leur adéquation aux besoins

A partir des années 2000, les démarches qui étaient encore perçues comme expérimentales quelques années plus tôt, se structurent, se développent et pour certaines, se généralisent. Ne seront retenues ici que les initiatives et réalisations situées hors de la compétence du ministère de l'éducation nationale, celles-ci étant présentées par ailleurs (chapitre 5). Quant aux Maisons des adolescents, elles sont l'objet d'un paragraphe spécifique (4.3), étant donnée leur importance comme tête de réseau des ressources.

4.2.1 Le développement d'une réponse organisée en relation avec la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

La première avancée manifeste est accomplie par des professionnels de la psychiatrie publique. La création des secteurs de psychiatrie et des inter-secteurs de pédopsychiatrie avait représenté un immense progrès à la suite de la circulaire fondatrice de 1960. Toutefois, pour de nombreux jeunes, et particulièrement les adolescents, deux difficultés majeures sont apparues.

- Quelle est leur place ? Ils ne sont plus enfants, ils ne sont pas encore adultes ; ils ne relèvent d'évidence ni d'un service de pédopsychiatrie pour enfants, ni d'un service de psychiatrie pour adulte.
- De quelles compétences a-t-on besoin ? Les compétences nécessaires pour le diagnostic et pour le traitement d'un adolescent ou d'un jeune adulte sont très différentes de celles requises pour un tout jeune enfant ou un enfant d'âge scolaire ou, également, pour un adulte qui présente des maladies psychiques identifiées et structurées. Le psychiatre d'adultes peut se trouver démuni face à un adolescent, faute d'une clinique dédiée suffisamment importante, d'une formation et d'outils adaptés.

Dans plusieurs villes de France à la fois, des pionniers ont étendu le champ de leur pratique pour les adolescents et les jeunes adultes, tout en gardant le cadre de l'organisation en secteur. Ces innovations ont pris plusieurs formes :

- la création d'unités d'hospitalisation spécifiques de courte durée (crises) ou de plus longue durée, à temps plein ou en hospitalisation de jour ;
- la création de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), avec des horaires aménagés pour ne pas trop perturber la scolarité ;
- le soutien de professionnels de l'éducation nationale ou des établissements ou services médico-sociaux et la co-organisation de sessions d'information, formation ou supervisions.

Ainsi des équipes dédiées aux adolescents et aux jeunes se sont créées ainsi que des lieux de soins spécifiques. Une culture et des compétences professionnelles précieuses se sont constituées.

4.2.2 L'attention portée aux jeunes dans les contrats locaux de santé (CLS), dans les contrats locaux de santé mentale (CLSM) et dans les ateliers santé ville (ASV)

La perception des territoires pertinents pour l'action publique a été fortement marquée par l'essor de la politique de la ville. Alors que le bâti, l'action sociale et la sécurité avaient monopolisé l'attention des responsables nationaux de la politique de la ville, la préparation des contrats de ville 2000-2006 a plus porté sur leur volet « santé ». On a demandé que la santé soit une des thématiques identifiées de ces programmes co-financés.

La préparation de cette génération de contrats et les diagnostics partagés qui les fondent ont fait apparaître la question de la santé des jeunes comme une priorité. Ce sont essentiellement les questions de dépistages (dépistage des déficiences de l'audition ou du langage, dépistage de caries dentaires...) pour les très jeunes, tout comme pour leurs aînés, entrés au collège depuis peu, encore scolarisés ou ayant rompu avec l'institution scolaire, qui ont été mis au premier plan.

Les principes généraux d'action des contrats locaux de santé (CLS) ont reposé, quant à eux, sur la nécessaire coordination entre professionnels et une plus grande place faite aux personnes elles-mêmes et à leurs proches.

Les contrats locaux de santé mentale (CLSM), très peu nombreux (moins d'une vingtaine) en regard des plus de 200 contrats locaux de santé (CLS) ont été portés par les mêmes principes. Ils ont été en général le produit d'un fort investissement de professionnels de la psychiatrie, en partenariat avec les professionnels d'autres institutions. Trois thématiques sont ressorties de façon prépondérante : les liens entre grande précarité et troubles psychiques ; les liens entre addictions et troubles psychiques ; les réactions des jeunes face à leur difficulté d'intégration dans la société.

4.2.3 La notion de « parcours » dans les programmes régionaux de santé 2012 -2017

La loi "Hôpital-patients-santé-territoires" (HPST) du 29 juillet 2009 a modifié l'organisation générale de notre système de soins. A sa suite, les agences régionales de santé (ARS), disposant de façon consolidée des compétences de plusieurs organismes, ont construit les programmes régionaux de santé (PRS). Un des traits marquants de ces programmes est la mise en évidence aujourd'hui de « parcours » : parcours de vie, parcours de santé, parcours de soins.

Libres de définir les territoires pertinents pour effectuer les diagnostics, pour organiser la concertation ou pour construire des réponses, les responsables des ARS avaient aussi la capacité d'élire le type de parcours retenu qui leur semblait le plus judicieux à améliorer. Presque toutes les ARS ont retenu, avec leurs partenaires de terrain, les parcours de vie et de santé des personnes âgées. De nombreuses ARS ont été attentives aux personnes atteintes de cancer. Toutefois plus de 20 ARS ont considéré, avec les responsables territoriaux, que la santé des jeunes appelait attention et action. Parmi les sous-thèmes de ces parcours de santé et des soins des jeunes, on trouve de manière significative les

addictions (alcool, tabac, substances illicites) ainsi que la santé mentale, les troubles du comportement et le suicide.

La mission préconise que le plan « Bien-être et santé des jeunes⁵⁹ » trouve une traduction adaptée mais systématique dans chaque ARS et rectorats.

4.2.4 Le plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015), le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) et la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016)

La production des plans (« Le plan psychiatrie et santé mentale » de 2011-2015 et « Le programme national d'actions contre le suicide » de 2011-2014) doit être appréciée à la lumière de documents plus généraux encore comme la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le premier plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008 prolongé jusqu'en 2010) comportait à la fois des orientations « transverses » (décloisonner les prises en charge ; mieux informer les malades et leurs proches ; améliorer l'exercice des professionnels ; développer la recherche) et des approches par populations. L'attention était aussi dirigée sur les personnes détenues⁶⁰ et sur les personnes vulnérables. Ce plan consacrait également plusieurs pages⁶¹ aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents. Le premier « programme spécifique » portait en outre sur la dépression et le suicide, avec une référence à la stratégie nationale d'actions contre ce dernier (2000-2005).

Le précédent plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, n'est pas encore suivi du nouveau plan qui doit définir la stratégie pluriannuelle fixée par la loi du 26 janvier 2016. Dans le projet de loi, déposé en octobre 2014, figurait un article 13 dont l'exposé des motifs expliquait qu'il visait à « renforcer l'organisation territoriale de la santé mentale ». Dans la version votée et publiée, cet article (devenu l'article 69, après nouvelle numérotation de la loi), comprend quatre pages qui renouvellent et confortent les fondements de l'organisation de la prise en charge des troubles psychiques et des maladies mentales.

Quant au programme d'actions contre le suicide 2011-2014, ses six axes comprennent à la fois des actions « transverses »⁶² et des actions dirigées explicitement vers certaines personnes, notamment les adolescents, comme la mesure 1 de l'axe II : « Améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent ». Construire des réponses adaptées aux besoins de ces jeunes, était déjà avancé par la « Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 », puis repris dans l'axe 4.1 du *Plan Psychiatrie et santé Mentale 2005-2008*. A la suite de la création, en 2013, de l'Observatoire national du suicide (ONS), l'importance d'une lutte efficace contre la dépression et le suicide des jeunes est réaffirmée et

⁵⁹ Cf. Chapitre 6.

⁶⁰ Et sur les auteurs d'agressions sexuelles.

⁶¹ p. 80 à 83.

⁶² Dont des mesures consacrées d'une part à la recherche et d'autre part à l'animation et au suivi du plan.

reconnue comme objectif de santé publique⁶³. Elle est placée dans une perspective holistique : chercher à améliorer la santé de tous les adolescents et leur donner le goût de vivre.

En outre, les addictions constituant un problème de santé publique majeur pour les jeunes, il convient de souligner l'importance des consultations jeunes consommateurs.

4.2.5 Les consultations jeunes consommateurs (CJC)

260 consultations jeunes consommateurs ont été créées depuis 2004 pour répondre aux questions que se posent les jeunes et leurs parents sur tous les types d'addictions (alcool, substances psychoactives, jeux vidéo, consultation compulsive d'internet, etc.). 30 000 personnes ont été reçues dans ce cadre en 2015 (75% de jeunes, 25% des membres de leur entourage). Les consultations sont gratuites et confidentielles. Elles s'organisent avec les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des lieux dédiés à l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes). Après une première évaluation globale de la situation (scolarité, santé, vie personnelle et familiale, etc.), le professionnel accompagne le jeune vers la prise en charge la mieux adaptée.

Les CJC ont vocation à recevoir les jeunes en difficultés au plus près de leurs lieux de vie. A ce titre, les expériences des points de contact avancés des CJC en milieu scolaire, leur éventuelle articulation avec les MDA, ainsi que leur déploiement dans les centres de formation d'apprentis (CFA) et les missions locales sont des réponses privilégiées (540 points de consultations nationaux). On constate une légère hausse des orientations de jeunes vers les CJC par les responsables des établissements scolaires⁶⁴.

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) de 2014 permet d'affirmer que : « Si l'expérimentation du tabac se stabilise et celle de l'alcool baisse, celle du cannabis progresse, interrompant ainsi le recul de la diffusion du cannabis observé depuis 2003. Malgré ces dernières évolutions, la part des adolescents n'ayant expérimenté aucun de ces trois produits poursuit sa progression (8 % en 2014 vs 6,6 % en 2011 et 5,1 % en 2008). Pour l'expérimentation des autres drogues illicites, les tendances sont orientées à la hausse (MDMA/ecstasy, amphétamines, LSD) ou stables (cocaïne, héroïne, champignons hallucinogènes), avec des niveaux d'usage au cours de la vie qui restent toutefois faibles (...) [Par rapport à 2011], les usages réguliers progressent »⁶⁵.

Les interdits légaux, s'ils jouent encore leurs rôles de barrières à l'âge de 12 à 15 ans, se voient remis en cause à la période lycée. Des interventions en amont de ces périodes à risque sont nécessaires, interventions dont on connaît les leviers efficaces : des programmes validés, associant le soutien aux

⁶³ Voir les rapports de l'Observatoire national du suicide ; «État des lieux des connaissances sur le suicide et perspectives de recherche» ; premier rapport (novembre 2014 et «Suicide, connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives» ; deuxième rapport (février 2015).

⁶⁴ Rapport annuel des CJC, 2015.

⁶⁵ Enquête ESCAPAD, 2014.

compétences éducatives des parents et le renforcement des compétences psychosociales des adolescents.

4.3 Les réponses aux évènements traumatiques en milieu scolaire

Le collège et le lycée sont des lieux de vie qui ne sont pas isolés du monde et qui, de ce fait ne sont pas préservés des tensions, des violences et des drames qui peuvent traverser notre société. On feint d'oublier que la souffrance fait aussi partie de la condition humaine, tout comme on feint de croire que les élèves et les jeunes doivent ne rien connaître des douleurs du monde. Aussi, quand un événement traumatique majeur vient bouleverser leur vie scolaire et celle des éducateurs, c'est tout un univers de croyances qui s'effondre et des ressentis d'impuissance et d'insécurité majeurs qui s'imposent.

Un événement dit traumatique a des répercussions individuelles et collectives. Pour un individu, il se caractérise par une expérience très particulière, celle de la confrontation à la mort (sa propre mort ou celle d'un proche). C'est un événement qui, par sa soudaineté, sa violence, et son intensité, fait effraction dans le psychisme de la personne. Cette dernière se trouve confrontée à un effondrement de sens, à un bouleversement de ses croyances et à une totale désorganisation psychique liée au phénomène de blocage de ses capacités d'élaboration. Les conséquences immédiates sont somatiques : réactions de stress adapté ou aigu, réactions de stress dépassé (fuite panique, conduite automatique, inhibition stuporeuse, ou syndrome de dissociation aiguë). Sur le plan psychique, la souffrance s'exprime à travers un sentiment d'arbitraire, une intense culpabilité et une altération du sentiment d'appartenance. Au-delà de ces répercussions individuelles, il y a également des effets intersubjectifs. D'autres répercussions concernent les groupes constitués (classe, niveau, enseignants, personnels de direction, familles) et, au-delà, la dynamique institutionnelle.

Les événements traumatiques collectifs en milieu scolaire peuvent être multiples et chacun a des répercussions spécifiques⁶⁶.

- Ils sont de nature intentionnelle (violences physiques avec menace pour la vie, violences sexuelles, suicides, attentats, meurtres) ou non (accidents matériels, catastrophes naturelles, décès suite à une maladie connue ou inconnue, jeux dangereux).
- Ils peuvent concerner peu de victimes et de témoins (par exemple un adulte qui découvre un collègue décédé dans sa classe alors qu'il est seul) ou bien tout un établissement (exemple de la tuerie de Merah à Toulouse).
- Ils entraînent ou non, des dégâts matériels qui rendent le lieu scolaire dangereux ou inhabitable, ou qui garde la trace permanente de l'événement.
- Ils ont lieu au sein de l'établissement, devant celui-ci, pendant le temps scolaire (trajet, sorties scolaires, classes transplantées) ou en dehors mais avec d'intenses retentissements sur la communauté scolaire (exemple d'un enfant décédé lors d'un match de football le dimanche alors que l'équipe est composée des élèves de sa classe).

⁶⁶ Ils impliquent en tant que victimes, témoins ou auteurs, des enfants de tout âge qui sont, pour les plus jeunes, des êtres en développement particulièrement vulnérables, à la différence notoire, à bien des égards, des adultes ; des professionnels (certains fonctionnaires de l'éducation nationale, d'autres salariés des collectivités territoriales) et des parents.

- Ils mobilisent différents niveaux d'intervention : équipe mobile de sécurité du rectorat, SAMU, ministères et préfecture, forces de l'ordre.
- Ils peuvent être médiatisés ou non ; ils peuvent intervenir à un moment politique critique (période électorale).

D'autres événements peuvent déstabiliser un établissement scolaire sans être pour autant des événements traumatiques. Des tensions syndicales ou des conflits entre parents d'élèves et institution peuvent créer un contexte de crise. Ces dernières n'ont pas intrinsèquement de dimension traumatique. De même, le décès d'un élève pendant les vacances relève du deuil. Sur le plan individuel, l'institution scolaire peut aussi avoir à soutenir des élèves ayant un passif traumatique (deuil, maladie grave, maltraitance, parcours migratoire). Ceux-ci peuvent être récents mais également avoir eu lieu des années plus tôt et continuer d'agir dans le vécu psychique des élèves.

Ces distinctions sont essentielles pour adapter les réponses. Dans l'immédiat, il est nécessaire de porter secours et de protéger autant que possible les proches (famille, fratrie) et les témoins directs. Le protocole de gestion de crise doit être respecté avec pour perspective que l'établissement reprenne au plus tôt son rythme de vie habituelle. Le lendemain et jusqu'à 48h s'instaure le temps d'une écoute dite d'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate. Cette deuxième étape peut s'organiser de différentes manières (individuels ou petits groupes). Elle concerne les élèves, les professionnels et les familles. La semaine qui suit correspond à la reprise du fonctionnement habituel de l'établissement après le temps consacré aux hommages. Passé un mois, une attention doit être apportée au repérage d'éventuels troubles post-traumatiques tant pour les élèves, leurs parents et les professionnels. Certaines académies ont instauré des protocoles de cette nature via le réseau PAS (prévention aide suivi) en partenariat avec la mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Cette démarche gagnerait à être généralisée. Un an après, les événements traumatiques s'inscrivent dans l'histoire d'un établissement quel qu'il soit. Plusieurs mois, plusieurs années après, des manifestations de réactivation traumatique peuvent s'exprimer en particulier au moment des dates commémoratives ou des épisodes judiciaires.

Face à un événement très violent, des professionnels non formés peuvent prendre des initiatives malencontreuses (voir annexe 3.5). Si d'importants progrès ont été réalisés, l'institution scolaire, à l'instar de la société, reste exposée au risque de « tout psychiatriser » et de transformer les établissements en lieux funéraires en les dépossédant de leurs fonctions pédagogique et éducative.

Il reste à effectuer une réelle formation des professionnels sur les manifestations post-traumatiques éventuelles (jeux traumatiques, difficultés d'attention et d'apprentissage, retrait relationnel, violences inhabituelles, troubles du comportement inhabituel, décrochage scolaire, absentéisme, conduites dangereuses et auto-agressives, troubles psychosomatiques, troubles anxieux). L'institution scolaire est un lieu où les ressources individuelles, aujourd'hui reconnues comme sources de résilience, doivent être renforcées : valorisation des compétences des élèves et de leur estime de soi, renforcement de la capacité à solliciter de l'aide, restauration de la confiance en l'autre, renforcement de la solidarité au sein du groupe, etc. L'institution scolaire favorise ainsi la mise en œuvre d'une résilience collective (médiation par les pairs, projet de classe, temps partagé avec les parents etc.) qu'il faut soutenir.

4.4 Des institutions dédiées aux jeunes : la création des Maisons des adolescents

Cinq objectifs sont assignés aux MDA : répondre aux problèmes de santé globale des adolescents et prendre soin d'eux en concevant des démarches nouvelles ; faciliter l'accès de tout jeune et de ses parents aux professionnels de la santé et de l'éducation ; garantir la continuité et la cohérence des prises en charge ; constituer un centre de ressources pour l'ensemble des acteurs et des bénéficiaires ; apporter aux jeunes et leurs parents des informations, des aides et des soins pour le développement d'un projet de vie.

Dans ces cinq axes, des progrès significatifs ont été réalisés pour la prise en charge spécifique des 11-25 ans. Les objectifs assignés aux MDA restent tous d'actualité.

Aujourd'hui, **104 Maisons** existent : 48% sont adossées à un service hospitalier, 25% ont une assise juridique associative. Les 27% restant sont organisées en Groupements d'intérêts publics (GIP), en service d'un conseil départemental, en Groupement de Coopération Sanitaire et médico-social (GCSMS), ou, enfin sont de statut privé. Selon l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) : 12 départements restent non pourvus ; 9 projets sont en cours d'élaboration ; 3 départements seraient pour l'heure sans initiative. On notera le dynamisme et l'originalité des projets conduits en ce domaine dans les départements et les territoires d'outre-mer.

Un rapport remarqué de l'IGAS en 2013 a permis d'établir que le succès de ce dispositif pouvait être imputé à des démarches innovantes : le strict respect de la notion de parcours individuel (tout adolescent est un être unique et se vit comme tel) ; la recherche d'un fonctionnement en réseau de toutes les institutions et services de manière à favoriser la prise en charge globale du jeune ; la constitution d'un maillage territorial des réponses pour éviter le plus possible d'avoir à les différer ; la mise en œuvre d'aides, accompagnements, de prestations ou de soins qui contribuent à la santé du jeune dans son contexte personnel, scolaire et social ; l'intégration des personnels des MDA et des services partenaires dans un travail multidisciplinaire.

La mission souhaite que ces orientations soient confirmées, approfondies et développées.

4.5 Les rapprochements entre les responsables de la santé publique et ceux de l'éducation nationale

Les responsables du ministère de la santé et des affaires sociales et ceux de l'éducation nationale doivent collaborer pour la prise en charge de trois types de personnes ou de situations : les enfants en situation de handicap, les jeunes frappés par un accident ou une maladie qui empêchent une scolarité normale, et tous les autres jeunes scolarisés qui ont besoin de s'inscrire dans une démarche de promotion de leur santé et, si besoin, de recevoir des soins.

La loi du 26 janvier 2016, déjà citée, met clairement en exergue ce principe⁶⁷, dès ses premiers articles :

- L'art. 1er énonce la politique de santé et cite dès son 2ème alinéa : « La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement ... »
- L'art. 3 précise son cadre organisationnel en complétant l'art. L. 121-4-1 du code de l'éducation, par un alinéa : « [La mission de promotion de la santé à école] est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, ... par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé... »

Avant cette loi récente, de précédents textes avaient bâti un cadre dans lesquels ont été construits des accords-cadres nationaux et des conventions, au niveau territorial, entre agences régionales de santé (ARS) et rectorat.

4.5.1 Les contrats-cadres de partenariat en santé publique entre les ministères

Des contrats-cadres de partenariat ont été signés quasiment partout, successivement en 2003 et 2008, par les ministres de l'éducation nationale d'une part et de la santé et des affaires sociales de l'autre. Les projets rendus possibles par ces contrats présentent plusieurs points communs.

- Des textes organisés en deux parties : un contrat de quelques pages, décrivant le contexte (législatif et réglementaire assortis de grandes données de santé publique) avant de présenter les objectifs et les moyens, puis la méthode (comité de pilotage), ainsi que des annexes explicitant quelques axes prioritaires d'intervention.
- Une volonté manifeste d'opérer un changement par une impulsion politique portée par les ministres eux-mêmes, et plus largement le gouvernement tout entier. Le contrat cadre de 2003 cite dans son préambule « la présentation en conseil des ministres de la communication sur la santé des jeunes en milieu scolaire » tandis que celui de 2008 mentionne 8 lois, décrets ou arrêtés ainsi que 8 plans, états généraux ou rapports, au premier rang desquels il convient de citer « *le plan santé des jeunes* » adopté en Conseil des Ministres le 27 février 2008.

Le contrat cadre de 2008 rappelle les attendus essentiels de celui de 2003. On y trouve les textes réglementaires qui jalonnent l'action publique au cours de cette période. On regrettera toutefois que la publication d'un nouveau contrat cadre, en 2008, ne se soit pas accompagné d'une évaluation en termes de nombre de jeunes allant ou n'allant pas mieux, et d'une mise en regard de ces résultats avec les moyens consentis⁶⁸.

Ces contrats n'ont pas fait l'objet d'un réel suivi, et ce malgré la création explicite d'un comité de pilotage. Cette absence de suivi, ajoutée aux incertitudes liées au processus législatif de la loi de

⁶⁷ La loi du 26 janvier 2016 reconnaît aussi aux missions locales un rôle important pour l'accès à la santé des jeunes qui y ont recours (art. 6) et mentionne explicitement les personnes admises dans une école de la deuxième chance, les apprentis, ainsi que les jeunes effectuant un service civique ou les volontaires stagiaires du service militaire adapté (art. 9).

⁶⁸ Une récente circulaire du Premier Ministre, en date du 2 mai 2016, préconise dorénavant une « Évaluation de l'impact sur la jeunesse des projets de loi et de textes réglementaires ».

modernisation de notre système de santé (du 26 janvier 2016), explique sans doute que le projet de contrat cadre, mis en chantier en mai 2015 par les directions techniques des ministères, n'ait pas à ce jour été mené à terme. La mission souhaite que ce troisième type de contrat cadre voit maintenant le jour.

Un même constat, finalement mitigé, se dessine au niveau territorial, mais avec de sensibles différences selon les régions.

4.5.2 Des conventions entre rectorats et ARS

L'importance des conventions entre les rectorats et les ARS a été décrite récemment dans d'autres rapports. À titre d'exemple, on citera le rapport *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire* (septembre 2011) de la Cour des comptes, qui soulignait le rôle attendu des agences régionales de santé (ARS) créée par la loi HPST⁶⁹.

De façon générale, trois conventions ne traitent que du handicap ; les autres, en dehors de la partie institutionnelle (concertation, instances ...) et de l'attention prioritaire pour les élèves en situation de handicap, sont plutôt consacrées à quatre thématiques :

- l'observation, le recueil et l'échange de données ;
- la promotion de la santé (gestes barrières, hygiène buccodentaire, sommeil, nutrition, éducation à la sexualité, addictions...) avec un travail collaboratif notamment des formations croisées ;
- la santé environnementale (amiante, plomb, qualité de l'air, risques cancérigènes, mutagènes et toxiques) ;
- la veille sanitaire et les crises.

En termes de méthode, et eu égard aux réalisations constatées, une moitié des conventions semble conforme à la directive. Au total, quatre types d'académies pourraient se dessiner (celles qui se sont véritablement engagées dans une nouvelle façon de prendre soin des jeunes, en relation avec l'ARS ; celles qui ont effectué un premier pas ; celles qui n'ont pas conclu de convention, mais qui ont des relations constructives et, enfin, celles qui n'ont pas encore engagé de relations avec les ARS.)

⁶⁹ Loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5. ÊTRE EN BONNE SANTE, SE SENTIR BIEN ET APPRENDRE : DE NOUVELLES ALLIANCES ÉDUCATION-SANTE

5.1 Dans les collèges et les lycées

5.1.1 Comment identifier les vulnérabilités ?

Depuis plusieurs années déjà cette préoccupation est exprimée dans les textes réglementaires qui définissent la politique de santé que doivent conduire les établissements scolaires. On citera pour illustration la circulaire du 2 décembre 2011 consacrée à la politique éducative de santé dans les territoires académiques qui assigne aux personnels de "repérer les signes d'alerte témoignant du mal-être et d'organiser le cas échéant la prise en charge des élèves repérés".

L'information des élèves eux-mêmes et de leurs parents est primordiale afin de les rassurer et de les mobiliser. Une récente enquête d'opinion conduite par la Fondation Pierre Deniker pour la recherche et la prévention⁷⁰ a permis d'établir que 78% des jeunes, 74% des parents et 80% des enseignants s'estiment mal informés sur les symptômes des principales maladies mentales. Les connaissances élémentaires sur le bien-être et la santé des adolescents doivent donc faire l'objet **d'une documentation nationale assortie d'une bibliographie**, accessible sur un site dédié. Cette documentation peut être complétée par une présentation annuelle des actions conduites au sein de l'établissement et **une liste des contacts utiles localement** pour aller plus loin.

Philippe Jeammet avait déjà souligné en 1996 l'importance de l'intervention précoce en particulier à l'adolescence : " Il est relativement aisé de repérer ces signaux, d'en comprendre le sens et d'intervenir précocement avant que ces difficultés s'installent comme mode habituel de fonctionnement et n'aient contribué à organiser le développement de l'enfant autour d'elles⁷¹."

L'enquête de la Fondation Deniker nous apprend encore que 82% des parents et 76% des enseignants affirment que l'établissement scolaire doit jouer un rôle primordial pour détecter et orienter les jeunes qui souffrent de difficultés psychologiques avérées voire de maladies mentales.

Il importe de sensibiliser et d'outiller les personnels en contact quotidien avec les élèves, à savoir les enseignants, les assistants d'éducation et les personnels de service. Il convient d'apporter une première information prioritairement aux professeurs principaux, aux professeurs d'éducation physique et sportive et aux conseillers principaux d'éducation. **Le "Guide à l'attention des équipes éducatives**

⁷⁰ Cf. www.ipsos.fr

⁷¹ Jeammet, 1996, p.39.

des collèges et des lycées : une École bienveillante face aux situations de mal-être", publié en 2014 par la DGESCO, doit devenir l'instrument de cette vigilance partagée. Ce premier niveau de sensibilisation concerne tout le monde. Cet outil doit faire l'objet d'une deuxième diffusion large et orchestrée. Conformément à un plan de communication précis, cette diffusion devra être évaluée et relancée si besoin est.

Pour passer de l'inquiétude à une action adaptée, il faut que l'enseignant, l'assistant d'éducation ou la personne de service ait individuellement la capacité de saisir un *dispositif d'alerte* structuré et qui se réunit régulièrement. Ce dispositif d'alerte réunit les **personnels médico-psycho-sociaux** du collège ou du lycée et tout spécialiste de l'adolescence extérieur qui connaît les ressources disponibles dans l'environnement de l'établissement (MDA, PAEJ, institution de soins...). Une première analyse des signes repérés doit permettre de confirmer ou non les éléments d'inquiétude et de définir si une action est à conduire et laquelle⁷². En tout état de cause, il ne paraît pas possible aujourd'hui de partager avec les personnels enseignants, éducatifs et de service, le souci de l'identification des signes de souffrance, sans leur donner la garantie que leur inquiétude sera relayée par un dispositif dans lequel ils sont partie prenante.

Le *dispositif d'alerte* est une création nouvelle. Il convient de le dissocier clairement du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Le comité est constitué d'enseignants, de professionnels éducatifs et médico-sociaux, de parents, d'élèves et de représentants de la collectivité territoriale. Il ne peut donc être habilité à se pencher sur des situations individuelles. Cet examen individuel requiert en effet la mise en œuvre de procédures strictement professionnelles qui respectent la vie privée du jeune, la position de la famille et l'éthique du soin.

Il appartient au chef d'établissement de définir la composition du dispositif d'alerte. Les personnels médico-sociaux ont vocation à le présider ; les psychologues de l'éducation nationale y ont obligatoirement leur place. Cette équipe est également composée de tout intervenant extérieur, spécialiste de l'adolescence, issu d'une MDA, d'un PAEJ ou d'une structure de soins pour adolescents. La participation de ces partenaires fait l'objet d'une convention.

Le protocole de saisine est validé par le conseil d'administration et porté à la connaissance de tous par **une inscription dans le règlement intérieur**, ainsi que dans le livret d'accueil. **Le protocole de saisine** du dispositif d'alerte et d'orientation vers les professionnels compétents doit faire l'objet d'une élaboration étroite avec les représentants des parents d'élèves. Le bilan de son fonctionnement est présenté annuellement au conseil d'administration.

Le dispositif d'alerte trouvera utilement à approfondir ses analyses en s'appuyant sur le "**Guide de repérage à l'usage des infirmiers(ère)s et assistant(e)s de service social de l'Éducation nationale - Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et**

⁷² Cette analyse se fait dans le strict respect de l'article L1110-4 du Code de la santé publique : « II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ».

l'adolescent". A l'instar du premier guide, la diffusion du second demande également à être vigoureusement relancée.

5.1.2 Pour une meilleure orientation vers les professionnels compétents et la mise en place d'un réseau local d'appui

Afin de permettre un accès aux soins de premier recours, l'organisation territoriale des acteurs de santé doit être portée à la connaissance de tous les responsables des établissements scolaires. Sans préjuger des conclusions et des initiatives qui pourraient être retenues par les pouvoirs publics à la suite du rapport de Michel Laforcade sur l'organisation optimale des soins, la loi du 26 janvier 2016, décrit déjà, en son article 69, la mise en place de projets territoriaux de santé mentale. **Une cartographie et un répertoire opérationnel des ressources** doivent être établis par une commission qui réunit des représentants de l'ARS et des médecins de l'éducation nationale, conseillers des directeurs académiques des services départementaux et des recteurs et les Maisons des adolescents⁷³. Révisable régulièrement, cette cartographie doit être adaptée à la configuration des départements et des régions. L'ensemble sera disponible sur le site « **Santé des Jeunes** »⁷⁴.

Chaque collège et chaque lycée doit obligatoirement connaître les services, institutions et lieux de soins qui répondent à la souffrance des adolescents, et ce quel que soit leur éloignement. Chacun de ces établissements peut ainsi disposer de la capacité de proposer un premier contact à un élève et à ses parents pour un conseil ou une aide au diagnostic. A cet égard, les missions de centre ressources locales confiées aux MDA sont réaffirmées.

Au sein des équipes d'animation des bassins de formation, il apparaît nécessaire de créer **une commission spécifique "Bien-Être et Santé des jeunes"**. Cette commission permettra de monter des actions de sensibilisation et de professionnalisation en associant plusieurs établissements ; elle se préoccupera de la continuité utile entre les écoles, les collèges et les lycées d'un même secteur ou bassin scolaire. La constitution d'un CESC (comité d'éducation à la santé et la citoyenneté) inter degrés et inter établissements, appelé par les textes, trouverait là sa raison d'être.

Selon la taille et la situation des établissements, **une convention peut être passée avec la MDA** ou une autre structure ressource ou de soins spécifique des ados. Elle peut inclure plusieurs collèges ou lycées réunis en réseau. En tout état de cause aucun collège et aucun lycée ne peut ignorer la MDA ou la structure ressource pour les jeunes la plus proche. Les procédures de sollicitation de la MDA doivent être connues par chaque établissement afin d'être transmises aux parents et aux jeunes eux-mêmes en cas de besoin.

Enfin, pour soutenir certaines équipes d'établissements, il sera pertinent de mettre en place des **cellules d'écoute ou de supervision** des professionnels eux-mêmes. Cette supervision est sans nul

⁷³ En l'absence d'une MDA, ce doit être une structure spécifique des jeunes comme un PAEJ ou une unité de soins pour adolescents...

⁷⁴ Cf. Chapitre 6, préconisation 1.

doute nécessaire pour les professionnels exposés à des situations nombreuses et lourdes. On peut en effet admettre, qu'une situation singulière de souffrance chez un jeune peut avoir des répercussions sur celui qui en est le témoin ou le révélateur indirect. La mobilisation nouvelle des personnels doit s'accompagner de cette garantie d'accompagnement. Ces espaces de supervision seront d'autant plus efficaces s'ils fonctionnent entre plusieurs établissements et à l'écart du lieu d'exercice.

Pour ce qui est des élèves qui présentent des signes de radicalisation religieuse, on se reportera au plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme (PART) rendu public par le gouvernement le 9 mai 2016. Bien qu'il convienne d'être extrêmement attentif à toutes les implications de l'Éducation nationale dans le Plan, on se reportera prioritairement à la mesure 39 : « Lancer une nouvelle phase du Plan de prévention et de suivi de la radicalisation interne à l'Éducation nationale (prévention – repérage et signalement – suivi – formation) »⁷⁵. Des liens pourront être faits entre les établissements confrontés à ces radicalités et les équipes de soins qui travaillent ou font de la recherche sur ce thème comme dans certaines MDA⁷⁶ ou certains lieux de soins pour adolescents⁷⁷.

5.1.3 Pour un appui aux personnels du milieu scolaire et une professionnalisation nouvelle des acteurs

La formation initiale des professeurs en École supérieure du professorat et de l'éducation doit faire dorénavant sa place à la psychologie générale de l'adolescent et plus particulièrement à ce que recouvrent, pour ces derniers, le bien-être et les signes de mal-être. Un examen des maquettes de formation devrait permettre de vérifier que ces dimensions sont dorénavant prises en compte systématiquement dans la formation des enseignants. Cette formation doit ensuite s'approfondir dans la **formation continue**, si possible partagée avec les professionnels de santé, au plus près des terrains d'exercice.

La sensibilisation des agents techniques territoriaux des établissements scolaires (ATTE), revêt aussi une importance capitale pour le repérage des adolescents fragiles ou en souffrance. Employés par les collectivités locales (départements ou régions), ils sont membres à part entière de la communauté éducative et donc placés sous l'autorité fonctionnelle du chef d'établissement. Certaines collectivités leur proposent déjà des modules de formation sur la connaissance des adolescents. Sur ce sujet, mais sur bien d'autres également, des **conventions de formation**, passées entre les autorités académiques et les collectivités territoriales qui les emploient sont nécessaires. Les projets éducatifs départementaux, conçus pour une meilleure gestion partagée des collèges, entre l'autorité académique et le conseil départemental, mériteraient (sur le modèle du projet existant d'ores et déjà en Seine-Saint-Denis) d'être encouragés.

⁷⁵ PART : Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme. *Dossier de presse* du 9 mai 2016, p.41.

⁷⁶ Par exemple dans le Gard, à Marseille ou à la Maison de Solenn à Paris.

⁷⁷ Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la Salpêtrière.

Rappelons ici une évidence pour les élèves et leurs parents : le collège et le lycée sont une seule et même entité. Le rattachement des uns et des autres à telle ou telle collectivité territoriale n'a guère de signification au quotidien.

La circulaire du 10 août 2015, déjà citée, désigne les conseillers principaux d'éducation (CPE) comme les premiers responsables de l'éducation et de l'attention dues aux élèves. Elle précise en effet que «dans le cadre de l'action éducative de l'établissement, les CPE travaillent avec les personnels sociaux et de santé, les conseillers d'orientation-psychologues et les partenaires extérieurs pour lutter, notamment, contre les risques psychosociaux (notamment les conduites à risque, les signes d'addictions, les troubles anxieux, les situations de stress) l'absentéisme et le décrochage scolaire. Au sein de l'équipe éducative, ils contribuent à la meilleure connaissance possible de l'adolescent et de son environnement familial et social. Ils apportent une contribution spécifique à la prise en charge globale des élèves [...] Ils sont en mesure de conduire une écoute bienveillante et active afin de mieux connaître les difficultés de toutes natures que peuvent connaître les élèves». Le texte est remarquable en ce qu'il contient un exposé des problématiques relatives à la santé, au bien-être et au mal-être des adolescents qu'on ne retrouve nulle part ailleurs aussi développé. Il convient donc de rappeler ici la nécessité d'établir un **projet de vie scolaire** qui contienne, entre autre, une description des tâches confiées **aux assistants d'éducation**. Ce projet est doté indicateurs partagés. Il est partie intégrante du projet d'établissement. En toute logique une **lettre de mission adressée au CPE par le chef d'établissement** pourrait donner toute sa légitimité à l'exercice de ces responsabilités éminentes.

Pour leur part, les actuels **conseillers d'orientation-psychologues (COP)** exercent dans le second degré et dans l'enseignement supérieur en temps partagé entre les centres d'information et d'orientation et les établissements scolaires ou universitaires. Ils y remplissent de nombreuses missions, centrées essentiellement sur des problématiques de formation et d'insertion.

A la différence des autres catégories de personnels des collèges, des lycées et des universités, un détour historique n'est pas ici inutile pour mieux comprendre la mutation professionnelle en cours chez les psychologues dans le second degré. Du fait de leur ancrage historique dans ce périmètre, leurs compétences de psychologues sont prioritairement mobilisées dans l'accompagnement des parcours des jeunes vers la qualification et l'emploi. Couvrant chacun un secteur scolaire représentant en moyenne un effectif de 1600 élèves, ils ne répondent qu'à la marge aux sollicitations des jeunes - et des membres de la communauté éducative dans son ensemble - que ce soit pour l'écoute ou l'accompagnement des souffrances. Pour mémoire, si c'est au début du XX^{ème} siècle que se crée le premier service d'orientation professionnelle, c'est dès 1928 que le psychologue Henri Piéron crée l'institut national d'orientation professionnelle (INOP) chargé de qualifier les conseillers d'orientation professionnelle par une formation en psychologie. Quoiqu'encore chargés de prodiguer aux jeunes et à leurs familles des recommandations dans le parcours vers l'insertion professionnelle, les conseillers d'orientation vont toutefois voir s'ouvrir, au travers des préconisations du plan Langevin Wallon, de nouvelles perspectives : «Tous les enfants, quelles que soient leurs origines familiales, sociales, ethniques, ont un droit égal au développement maximum que leur personnalité comporte. (...) L'équité exige la reconnaissance de l'égalité de toutes les tâches sociales, de la haute valeur matérielle et morale des activités manuelles, de l'intelligence pratique, de la valeur technique. Elle prendra pour base la connaissance de la psychologie des jeunes. La connaissance des enfants dans

leurs particularités individuelles aussi bien que dans leur évolution psychologique contribuera à leur orientation scolaire ⁷⁸».

Ainsi le plan Langevin Wallon prévoit-il dès 1947 la création d'un corps de psychologues scolaires diplômés d'État disposant d'une double qualification : pédagogique et psychologique. Depuis lors et jusqu'ici, malgré cette mise en perspective et malgré les dispositions de la loi 85-772 du 25 Juillet 1985 permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue, le système éducatif, dans le second degré, a semblé limiter la psychologie au seul conseil en orientation.

Les troubles qui appellent une approche clinique ou psychopathologique sont majoritairement repérés au sein des établissements. Ce faisant, ils ne sont pas tous diagnostiqués et pris en charge à l'extérieur que ce soit dans des structures telles que les maisons des adolescents, les CMP, les consultations en inter-secteur de pédopsychiatrie, dans les services universitaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou dans des consultations libérales. Ainsi, bien qu'ayant conquis, non sans difficulté, le titre de psychologue en 1991, les conseillers d'orientation, devenus conseillers d'orientation-psychologues, restent jusqu'ici cantonnés dans des fonctions similaires à celles qu'ils remplissaient avant l'obtention du titre.

70 ans après les recommandations du plan Langevin-Wallon, 30 ans après la reconnaissance du titre de psychologue, un authentique corps de psychologues de l'éducation nationale est en train de voir le jour. A l'instar du premier degré, le psychologue dans le second degré va pouvoir se recentrer sur l'élève dans ses singularités. Il le pourra d'autant plus que les missions de conseil et d'accompagnement pour l'orientation scolaire et professionnelle sont dorénavant très largement partagées avec d'autres personnels de l'institution scolaire.

Résultant des travaux relatifs à la refondation de l'école de la République et rapprochant, au sein d'un corps unique les personnels du système éducatif investis en tout ou partie d'une mission de psychologue, ce corps nouveau de **psychologues de l'Éducation nationale** (PsyEn) devrait permettre d'apporter des réponses adaptées aux attentes de la communauté dans son ensemble (préconisation 4).

Il n'est pas nécessaire de revenir ici longuement sur les rôles respectifs attribués **aux médecins de l'Éducation nationale, aux infirmier(e)s et aux assistants de service sociaux** au cœur même des collèges et des lycées pour le repérage et l'accompagnement des élèves en souffrance psychologique. Le dispositif d'alerte qui doit se mettre en place dans chacun des établissements pour identifier les élèves en souffrance doit être placé sous leur responsabilité (dispositif médico-psycho-social). Si la santé est l'affaire de tous, organiser les soins est celle des personnels habilités. Des textes réglementaires récents sont venus préciser ces missions (cf. 3.2.2). La notion de parcours éducatif de santé (cf. 3.2.1) est l'affirmation de l'ancrage de la santé dans le projet scolaire national. La nécessité de pourvoir les emplois de médecins de l'Éducation nationale est relayée par la préconisation 5.

⁷⁸ Introduction du *Rapport Langevin-Wallon* (2002).

5.1.4 Une politique explicite de l'établissement en faveur du bien-être des élèves

Il convient tout d'abord de rappeler que la circulaire du 28 janvier 2016, évoquée précédemment au paragraphe 3.2.1, institue le parcours éducatif de santé sur la base d'un document individuel. Pour l'heure, ni la composition ni le statut d'un tel document ne font l'objet de recommandations réglementaires. Il conviendrait de disposer d'éléments nationaux sur le contenu d'un tel document. C'est ce document personnel qui concrétisera, pour les parents et les élèves, la réalité du parcours éducatif de santé.

Toutes les dispositions proposées ici disent l'importance primordiale de l'engagement du principal de collège ou du proviseur du lycée dans la mobilisation de son établissement. Cette politique explicite passe par la création de dispositions intégrées au règlement de l'établissement. Certaines ont été évoquées précédemment, tels que le protocole dédié au repérage des élèves souffrants, le fonctionnement du dispositif d'alerte et le projet de vie scolaire. Afin de donner toute leur force à l'ensemble des actions pédagogiques et éducatives qui concourent à la promotion de la santé des élèves, il convient de les formaliser. Cette mise en forme implique qu'il y ait évaluation des actions réalisées.

Dans **le projet d'établissement doit être inclus un volet spécifique** sur l'éducation à la santé et au bien-être qui concerne tous les élèves (ex : mise en œuvre de l'enseignement pratique interdisciplinaire "corps, santé, bien-être et sécurité", actions annuelles du CESC). Ce projet est assorti d'un volet consacré aux élèves en mal-être (repérage, saisine du dispositif d'alerte, orientation, prises en charge pédagogique adaptée). Dans ce volet spécifique du projet d'établissement, on doit aussi faire état de conventions passées avec les institutions de conseil ou de soin. Il contient le plan de formation des personnels et le programme annuel des actions du CESC.

Le règlement intérieur et le livret d'accueil intègrent ceux des éléments de ces dispositifs qu'il est nécessaire de porter à la connaissance des élèves et de leurs parents.

La documentation évoquée au tout premier point de ce chapitre (point 5.1.1) et dont l'objet est de familiariser les "usagers" aux données statistiques et générales sur la santé des jeunes n'est pas suffisante. Elle doit être doublée par une documentation complète sur toutes **les dispositions prises dans l'établissement pour promouvoir la santé des élèves, le repérage des souffrances et les aides disponibles**. Une cellule académique placée sous l'autorité du directeur académique, pourrait proposer aux équipes d'établissements son aide pour la réalisation de cette documentation.

5.1.5 Une attention nouvelle aux conditions de travail des élèves

Les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité ne sont pas seulement celles des adultes qui travaillent au sein de l'établissement. Ces derniers ne sont pas les seuls à y travailler. Dans un établissement scolaire où tout revêt un sens éducatif, les conditions de travail des uns ne peuvent s'opposer à celles des autres. Le statut de mineur n'occulte pas celui de « travailleur ». Et pour non

rétribué que soit le travail des élèves, ce n'en est pas moins un ou du travail... Il se réalise parfois dans des conditions bien peu soucieuses de la santé ! Pourquoi ne pas imaginer un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) pour les élèves ou son équivalent ? L'opinion et les pouvoirs publics n'identifient-ils pas les organisations et associations lycéennes comme des "syndicats lycéens" ? Par ailleurs, les jeunes apprentis ou les jeunes travailleurs saisonniers, au même âge, sont protégés par la législation sur le travail. Une réflexion mérite d'être approfondie sur ce point.

La sensibilisation des délégués de classe, voire des élèves médiateurs (là où ils existent), ainsi que la collaboration des instances de consultation des élèves, à savoir **le conseil de vie collégienne ou lycéenne (CVC et CVL)**, sont incontournables. La réflexion sur les conditions de vie et de travail doit y être développée. Ces instances doivent également tout connaître des dispositions et dispositifs adoptés dans l'établissement pour promouvoir la santé et porter attention aux élèves qui, le cas échéant, peuvent être en situation de grande souffrance. Tout indique, quand on interroge les jeunes sur ces questions, l'importance primordiale qu'ils accordent à la médiation des informations par les pairs et à la co-formation.

Enfin dans le cadre des projets éducatifs départementaux (évoqués plus haut pour l'organisation de la formation des personnels employés des collectivités), les chefs d'établissements peuvent concourir à définir le programme d'action **des conseils départementaux des collégiens ou des lycéens** créés par les collectivités territoriales. En effet, en raison des compétences et responsabilités des conseils départementaux pour les collèges et des conseils régionaux pour les lycées, ces conseils ou assemblées d'élèves se saisissent naturellement des questions de cadre de vie scolaire et de santé.

5.1.6 Un pilotage académique et national

Si les sujets de l'éducation à la santé et de l'aide à apporter à ceux des élèves qui présentent des signes de mal-être constituent un volet obligatoire du projet d'établissement, ils doivent apparaître explicitement dans **les contrats d'objectif** et faire l'objet d'un examen par l'autorité académique lors du dialogue de gestion. Tout aussi naturellement, ces deux volets complémentaires doivent trouver leur déclinaison dans **la lettre de mission** triennale adressée par le supérieur hiérarchique à tout chef d'établissement nouvellement nommé.

La circulaire 2015-117 du 10 novembre 2015 ("Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves") prévoit, au chapitre II ("Une gouvernance renouvelée"), l'instauration d'une cellule académique, placée sous l'autorité du proviseur-vie scolaire ou d'un inspecteur pédagogique régional et chargée d'établir un diagnostic et des indicateurs de suivi de la politique éducative sociale et de santé académique. La mission propose d'élargir ces compétences à celle d'un **comité de pilotage académique du plan d'action « Bien-être et santé des jeunes »** assorti, le cas échéant, **d'une déclinaison départementale**. Associant des représentants de l'ARS, il devrait apporter son concours technique à la constitution des outils ici évoqués (protocoles de repérage et de saisine des dispositifs d'alerte, constitution de ces derniers, convention inter-établissements, plan de formation des personnels, aide à la constitution des projets etc.). Le comité peut aussi se décliner, au plan rectoral, **en centre de ressources**. Conformément à la circulaire citée plus haut : « c'est dans ce cadre que

seront conduits les partenariats institutionnels avec les agences régionales de santé (ARS) et avec les directions régionales de la jeunesse, et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ainsi qu'avec les collectivités territoriales et les associations ». La composition du comité doit être laissée à l'initiative des autorités académiques et régionales de santé pour prendre en compte les ressources locales.

Le comité académique et/ou départemental établit un **tableau de bord** des actions conduites pour la promotion de la santé et pour l'aide apportée aux élèves qui présentent des formes sensibles de mal-être. Il concourt ainsi à une meilleure connaissance territoriale de ces situations. Ces données font l'objet chaque année d'une communication par le recteur devant le **conseil académique de l'éducation nationale** (CAEN) et/ou par le directeur académique devant le conseil départemental de l'éducation nationale (CDEN).

Les **comités académiques de vie lycéenne (CAVL)** et les **comités académiques de vie collégienne (CAVC)** sont saisis une fois par an de ces questions. Leurs avis et suggestions sont portés à la connaissance du comité de pilotage.

La circulaire précitée précise "Le ministère de l'éducation nationale organise annuellement un recueil des données relatives à la politique mise en place. Le Conseil national d'évaluation du système scolaire (CNESCO) en lien avec le Haut-Conseil de la santé publique (HCSP) et tout autre instance d'évaluation des politiques sociales, sont chargés d'évaluer le suivi de cette politique au regard des objectifs fixés par la loi".

5.1.7 L'enseignement agricole

L'enseignement agricole accueille aujourd'hui environ 460 000 élèves, étudiants, apprentis et stagiaires en formation continue, dans 813 établissements, 450 sites de formation d'apprentis, 523 sites de formation continue et 20 écoles d'enseignement supérieur. Cet enseignement connaît peu de décrochage scolaire. Bien qu'il dispose de peu de médecins de santé scolaire, il semble bénéficier de conditions favorables à une bonne prise en compte des spécificités psychologiques des adolescents. On peut citer parmi ces facteurs de réussite :

- une orientation vers les filières du monde agricole et de l'agro-alimentaire valorisée par la grande majorité des jeunes,
- la taille des établissements et la présence très forte des internats (à partir de la classe de seconde la majorité des élèves sont internes),
- un enseignement dans lequel alternent étroitement les travaux théoriques et pratiques, ce qui donnent des occasions très diverses aux élèves de faire valoir des compétences étendues,
- une éducation socio-culturelle spécifique et systématique (dessin, peinture, danse, musique, cinéma, vidéo, multimédia aménagement paysager, etc.) qui donne des occasions variées de valoriser les élèves ainsi que des opportunités de les observer pour mieux les connaître. Cette éducation socio-culturelle est une tradition forte de l'enseignement agricole qui fait l'objet de séminaires.

A cette série d'éléments propres, on ajoutera la mobilisation nationale des équipes éducatives et de santé des établissements au sein du Réseau d'Éducation pour la Santé, le Développement et l'Écoute de l'Adolescent de l'enseignement agricole. Ce réseau vient de connaître ses quatrièmes rencontres nationales. Les travaux réalisés sont de nature à sensibiliser les éducateurs au repérage et à l'accompagnement de ceux des élèves qui souffrent sur le plan psychologique⁷⁹.

Dans le respect de ces spécificités, il appartient aux établissements d'enseignement agricole d'adopter les mesures et les préconisations qui sont avancées dans le présent rapport pour les élèves des établissements de l'Éducation nationale. En parallèle, ces derniers auraient tout intérêt à mieux connaître les politiques conduites par l'enseignement agricole dans le champ de la connaissance, de la protection et de l'accompagnement des adolescents et des jeunes adultes qui souffrent. A cette fin, et conformément à ce qui se fait déjà à beaucoup d'endroits, il importe au plus haut point que les établissements d'enseignement agricole (publics et privés, et sans négliger les Maisons familiales rurales) participent de plein droit aux réunions et travaux des bassins de formation des établissements de l'Éducation nationale. Ce rapprochement est indispensable pour tendre à corriger les effets de l'éloignement ou de l'isolement dont les établissements agricoles peuvent pâtir. Par ce biais, ces établissements auront plus encore la capacité de nouer des contacts, voire des conventions de travail, avec tout ou partie du réseau des associations ou services qui œuvrent pour le mieux-être des adolescents et leur santé. Ils pourraient aussi utilement participer à définir des politiques individualisées de santé des jeunes pour tous les établissements.

5.2 Dans les établissements universitaires : favoriser le repérage, l'accès aux soins et la réussite des études

Les budgets consacrés à la santé des étudiants sont rarement une priorité dans les budgets des universités. Il existe dans toute la France 57 services de médecine universitaire préventive et de promotion de la santé (SUMPPS)⁸⁰. Ce n'est pas suffisant pour couvrir les besoins des étudiants. Ces services doivent devenir des centres de santé et de soins pour augmenter leur visibilité et leur efficacité. Encore faut-il stabiliser ce modèle tant en termes de structuration que de politique budgétaire. Certains étudiants de Post-Bac, comme les BTS, ne sont pris en charge ni par les universités ni par les lycées qui les hébergent. Du point de vue de la Conférence des Présidents d'Université (CPU), les moments de plus grande vulnérabilité des étudiants se situent à la fin du premier semestre de Licence 1, quand ils prennent conscience des difficultés rencontrées pour réussir dans un contexte universitaire si différent du lycée. Cette problématique se retrouve quand ils doivent éventuellement redoubler leur Licence 2 ou, quand, à la fin des études, arrive la confrontation difficile avec le milieu du travail.

L'échec des étudiants est massif. Il est source de désarroi. Plus les étudiants ont une vision claire de leur avenir, plus ils sont déterminés à réussir dans la voie choisie (ex : les Paces, première année de

⁷⁹ www.reseau.cdrflorac.fr

⁸⁰ Ou SIUMPPS car les SUMPPS sont souvent interuniversitaires. Selon une enquête DGESIP 2011 – 2012, sur 57 SUMPPS, 44 SUMPPS proposent des consultations de psychologie et 20 de psychiatrie.

médecine) et plus leur échec est douloureux, plus il est source d'inquiétude et de dépression. Cette violence de l'échec touche largement les étudiants en L 3 et en master quand la discipline est très sélective, comme en droit par exemple. Loin de diminuer avec les réussites d'une année sur l'autre, l'angoisse pour certains semble augmenter d'un cran à chaque étape nouvelle ! En tout état de cause, l'échec fait disparaître les étudiants de l'université. Certains restent confinés chez eux, invisibles. Ce phénomène de repli peut aussi s'observer, de manière plus pénible encore, dans la population des étudiants ultramarins ou des étudiants étrangers en métropole. A cet égard, un souci tout particulier doit être porté à ces étudiants étrangers ou très éloignés de chez eux. Actuellement, ils ne font pas l'objet de soins suffisamment attentifs et solidaires. Le repérage des étudiants en difficulté se fait bien quand le réseau social est présent et actif. Or, les étudiants en grand mal-être ou en grande difficulté, s'isolent plus encore : un cercle vicieux compromet fondamentalement le repérage des plus vulnérables. Un piège paraît ainsi se refermer sur eux.

Ces constats sont largement présents dans le Plan national de vie étudiante (PNVE) du 1^{er} octobre 2015. Le plan contient des mesures pour y répondre que les auteurs de la mission soutiennent.

Selon l'OMS (2014), la moitié des souffrances psychiques commencent avant 14 ans et ne sont pas dans leur grande majorité reconnues et traitées. De même, nous savons que nombre de maladies psychiatriques commencent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, comme les schizophrénies, certains troubles du comportement alimentaire, des troubles bipolaires etc. La question se pose aussi de savoir comment améliorer la transition entre le lycée et l'université quand les troubles se sont déjà installés, afin que le nouvel étudiant ne se retrouve pas seul à devoir assumer, le cas échéant, la continuité de ses soins.

La mission reprend un souhait énoncé par la conférence des présidents d'université (CPU) elle-même, à savoir que soit rendue obligatoire, à l'entrée dans l'enseignement supérieur, une visite médicale permettant d'établir un bilan de santé multifactorielle, mais aussi, et surtout, permettant de fournir au nouvel étudiant une information sur les ressources qui se proposent à lui pour l'accompagner dans le développement de sa santé.

Par ailleurs, 15% des étudiants reconnus en situation de handicap le sont pour des motifs psychiatriques⁸¹. À cet âge-là, la CPU estime également que s'installe un retard de prise en charge des maladies somatiques (ex : tuberculose, cancers...). Les questions sociales (précarité) et la solitude des étudiants augmentent ces retards de diagnostic et ces difficultés de prise en charge. Enfin pour ce qui concerne les addictions, la même enquête met en évidence une augmentation de la consommation du cannabis entre Licence 1 et Licence 3. La vulnérabilité aux addictions est particulièrement importante à cette période. Ceux qui consomment régulièrement des drogues « dites dures » sortent assez vite de la vie étudiante et arrêtent leurs études.

Il importe d'attirer l'attention sur les aspects relativement aléatoires de la gestion des moyens dévolus traditionnellement à l'accompagnement de ces étudiants. Les personnels de santé, mis à la disposition

⁸¹ Enquête DGESIP, réalisée par les SUMPPS sur 20 000 étudiants en situation de handicap en 2014-2015.

par les rectorats et les ARS, via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), sont souvent retirés en raison d'ajustements budgétaires ; certains sont recrutés directement par les universités mais en nombre très variable, ce qui contredit le principe d'égalité dans l'accès aux soins ; d'autres le sont par certains centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS), au nom d'une politique d'accompagnement social qui n'est pas uniformément partagée ou « priorisée » .

Dans ce contexte, la connaissance des troubles et souffrances les plus répandues, ainsi que le minimum de savoirs nécessaires à leur repérage restent bien souvent des compétences professionnelles empiriques et peu formalisées.

Chaque étudiant, là où il travaille, devrait avoir accès à un centre de prévention, de diagnostic et de soin. La porte d'entrée doit être à la fois médicale, psychologique et sociale. Le repérage en milieu universitaire suppose une méthodologie du repérage qui ne se réduit pas à la seule pathologie et à la question de la réduction des risques. Les étudiants eux-mêmes récusent une approche trop étroite de leurs difficultés. Ils la jugent attentatoire à leur intégrité⁸².

Plusieurs dispositifs permettent d'aborder, sur le terrain universitaire, les questions de santé. On peut citer essentiellement ici les services universitaires d'information et d'orientation (SUIO) qui réunissent psychologues et assistants de service sociaux ; les mutuelles étudiantes, dont il convient de reconnaître la qualité de certaines de leurs initiatives en termes de prévention ; les actions conduites par les étudiants « relai-santé » (plébiscitées par leurs pairs) ; et, enfin, les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU). Les BAPU effectuent un excellent de grande qualité. Le choix épistémologique de psychothérapies psychanalytiques est adapté pour les étudiants qui s'engagent dans un temps thérapeutique long. Il n'y en a pas de BAPU dans toutes les villes universitaires et leurs moyens sont insuffisants. Les listes d'attente sont trop longues. Certains BAPU souhaiteraient diversifier leur offre psychothérapeutique ou proposer des consultations de psychiatrie, ce qui aujourd'hui est rarement possible.

Ce qui apparaît aujourd'hui insatisfaisant, c'est le manque de cohérence des dispositifs et l'inégalité de l'offre de prise en charge selon les sites universitaires. La mission énonce une préconisation prioritaire relative au développement des services de santé dédiés et adaptés dans chaque université (cf. préconisation 5, chapitre 6).

Les besoins apparaissent tels, qu'une absence de réponse structurée des pouvoirs publics ouvrira inmanquablement la porte à un marché du mal-être qui ne demande qu'à prospérer, et qui le fait déjà sur des bases, pour le moins, scientifiquement et déontologiquement contestables⁸³.

⁸² Cf. note « la santé globale des étudiant.e.s », Fédération des Associations Générales Étudiants, juillet 2016. Annexe 3.8.

⁸³ Voir la contribution de L. Gerbaud dans ce rapport en annexe 3.7 sur la santé mentale des étudiants.

5.3 Dans les lieux de soins : intégrer la scolarité dans le parcours thérapeutique des patients

Deux modalités de prise en charge thérapeutique sont à distinguer : dans les établissements de soins pour des situations aiguës, dans des établissements de type « Soins-études » pour des situations plus durables.

5.3.1 Dans les établissements de soins pour les situations aiguës

L'hospitalisation (en CHS ou CHU pour l'essentiel) est très souvent caractérisée par l'urgence et la brièveté. Le maintien d'un enseignement pendant ces courtes et intenses périodes ne s'impose pas d'emblée mais devient nécessaire dès que l'hospitalisation se prolonge au-delà de dix jours. Les unités d'enseignement dans les hôpitaux, qui complètent utilement les services d'assistance pédagogique à domicile, répondent à ces enjeux. Ces réponses sont plus faciles à mettre en œuvre pour des patients qui souffrent sur un plan exclusivement somatique ou quand les soins n'ont pas ou n'ont plus de caractère exclusif. On peut ici se reporter utilement au dossier, conçu par la Haute Autorité de Santé (HAS), en janvier 2012, pour la labélisation des établissements hospitaliers : « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et adolescents en établissement de santé ».

L'adaptation des parcours scolaires des jeunes malades suppose un travail en commun entre tous les personnels des lieux de soins et tous ceux des établissements scolaires. Chaque élève fait ainsi, en accord avec ses parents, l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI⁸⁴) qui intègre, le cas échéant, une scolarité à domicile.

Ne pas renoncer à donner aux jeunes malades un enseignement adapté doit être la règle dans les établissements de soins. Cela vaut autant pour les périodes de crise que pour celles qui se prolongent au-delà d'une semaine en vue d'une hospitalisation plus longue dans les services de soins aigus (CHU, CHS, hospitalisation temps plein ou de jour, etc.). Chaque lieu de soins doit faire le point sur les ressources dont il dispose pour que les jeunes puissent continuer leur scolarité ou développer leur envie et leur plaisir d'apprendre. Ces ressources, essentiellement enseignantes, doivent être garanties par des conventions avec l'Éducation nationale ; elles peuvent s'enrichir des ressources apportées par des associations (ex : *l'École à l'Hôpital* et son réseau de professeurs bénévoles) ainsi que des aides apportées éventuellement par les *Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile*⁸⁵ (SESSAD).

Toutes les conditions doivent être réunies pour que les jeunes qui sont dans ces parcours continuent à se sentir légitimes dans leurs apprentissages pour autant que leur santé le leur permette.

⁸⁴ Circulaire 2003-135 du 08/09/03 : « Enfants et adolescents atteints de troubles de la santé », relative aux projets d'accueil individualisés.

⁸⁵ Cf. circulaire relative au Sessad : circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 et Décret 2009-378 du 2 avril 2009.

5.3.2 Le modèle « Soins-Études », un modèle à développer pour les prises en charge plus longues

Pour les établissements de santé qui prennent en charge des jeunes pendant de plus longues périodes, la question de la scolarisation de leurs patients pose souvent problème. Elle n'est pas toujours assurée dans les meilleures conditions et un effort particulier doit être fait pour que tout jeune hospitalisé au long cours ne perde pas ses droits à une formation intellectuelle.

Au-delà du droit, la scolarité revêt une importance fondamentale. Un jeune malade perd son identité. Sa maladie l'accapare. Elle tend à le définir tout entier. Elle le tient tout autant qu'il la contient. Elle le ramène en permanence au moment présent. Reprendre l'école, c'est retrouver ses pairs, renouer avec une identité collective. C'est se voir proposer un projet, des échéances scolaires scandées par la vie sociale. Le bien-être, même relatif, correspond ici à la reconquête d'une unité personnelle. La scolarité relie aux autres. C'est à ces titres divers que l'on peut avancer que, pour les élèves qui souffrent de grandes difficultés psychologiques ou psychiques, elle participe étroitement à la thérapie.

A ce titre, le modèle « Soins-Études » développé au sein des établissements de la *Fondation Santé des Étudiants de France*, bien que non exclusif, est très illustratif, compte tenu de l'ampleur et de l'ancienneté de son réseau. Ses établissements, répartis dans toute la France, accueillent aujourd'hui environ 4000 à 4500 jeunes malades par an.

La part des jeunes accueillis qui souffrent principalement de grandes difficultés psychologiques ou psychiques augmente régulièrement : elle représente aujourd'hui plus de 50% des jeunes pris en charge par la Fondation. Dans cette population, le nombre de collégiens est en hausse rapide. Or, pour ceux-là, le temps moyen d'attente pour une prise en charge par un établissement du réseau est d'une année. Il augmente lui aussi. Ce délai correspond très souvent à un temps de déscolarisation où les apprentissages se perdent... Ce temps d'attente dit à lui seul l'ampleur des besoins.

Le réseau des établissements susceptibles d'accueillir les élèves qui présentent des souffrances psychiques est composé d'internats, d'hôpitaux de jour ou d'externats. Les soins y sont adaptés à toutes les situations : thérapies individuelles ou familiales, consultations psychiatriques, soins institutionnels, réadaptation, activités thérapeutiques, suivi éducatif et social etc. La scolarité peut aussi être assurée dans l'établissement d'origine quand cela s'avère souhaitable et possible par le biais d'adaptations. Elle s'organise aussi au sein de la structure de soin. Cette organisation prend la forme d'annexes pédagogiques rattachées à des lycées ou des cités scolaires ce qui permet la constitution de services partagés des enseignants entre les établissements d'enseignement de droit commun et les établissements de soin. Au-delà même de la gestion, ce « rattachement » manifeste une communauté de service dont le retentissement éducatif chez les élèves malades, leurs parents et les élèves bien-portants des lycées est majeur.

Ces considérations emportent des conséquences institutionnelles et pédagogiques qui à ce jour ne sont pas totalement assumées par les pouvoirs publics, même si beaucoup a déjà été réalisé.

Premièrement, les institutions de soins doivent être pourvues du nombre d'emplois d'enseignants nécessaire. Les besoins augmentent.

Deuxièmement, il conviendrait de renforcer les coordinations entre les différents lieux eux-mêmes (établissement scolaire, hôpital, domicile, établissement de soins longs etc.) mais aussi entre les différents moments de la vie scolaire. Les rythmes scolaires de l'élève malade psychiquement peuvent requérir des adaptations ; ce rythme parfois s'accélère et parfois se ralentit ; parfois apparaissent des centres d'intérêt exclusifs, investis intensément par l'élève malade. Cette « élasticité » des cheminements est précieuse. Il serait donc peut-être souhaitable que le jeune et ses parents soient accompagnés, s'ils le souhaitent (et ce à l'identique des élèves en situation de handicap depuis la loi de 2005), par un enseignant ou un personnel éducatif référent qui se porte garant de ce parcours atypique.

Troisièmement, les dimensions pédagogiques de cet enseignement mériteraient d'être soutenues et encouragées par l'institution scolaire. Pour riches que soient les expériences locales, elles restent trop souvent marginales. Par exemple, à l'heure où le nombre des phobies scolaires graves augmente, il serait précieux de connaître les initiatives qui tendent à réconcilier les jeunes atteints de cette grave difficulté avec le collège et le lycée. Le travail conduit par la Fondation Santé des Étudiants de France aux lycées Champollion et Stendhal de Grenoble au bénéfice de ces élèves en est une illustration.

La mission appelle donc de ses vœux le développement de ce modèle, son évaluation, sa généralisation, et le cas échéant son exportation. La mission préconise également la transformation de certains de ces établissements en institutions de formation universitaire pour les professionnels et de recherche. Pour cela, il conviendrait d'y nommer des professeurs de psychiatrie de l'adolescent capables de développer ces aspects académiques et d'étendre la vocation de ces établissements vers la prise en charge d'autres types de pathologies, comme les addictions, les troubles du comportement alimentaire, les troubles des comportements, etc.

Enfin, les compétences des personnels pédagogiques de ces établissements pourraient utilement trouver à s'employer dans la formation continue des enseignants des établissements scolaires de droit commun.

5.4 Deux contextes particuliers dont il faut se soucier

5.4.1 Dans les zones de grande diversité culturelle : les enfants de migrants et les enfants qui viennent d'arriver

Le rapport de l'OCDE sur *Les élèves immigrés et l'école de 2015* affirme que 12% des élèves de 15 ans dans la zone de l'OCDE sont « issus de l'immigration ». Ils se concentrent dans certaines classes et écoles ce qui accentue le défi de la diversité pour les enseignants et les chefs d'établissements. Le rapport montre que ces élèves sont globalement plus motivés que leurs camarades de même niveau social. Il en est de même pour leurs parents. Enfin, il est établi qu'il n'existe aucune relation entre le

pourcentage d'élèves issus de familles immigrées dans un système d'éducation et ses performances globales.

Dans notre société multiculturelle française où la diversité des origines et des histoires des jeunes est très importante, l'attention de la mission est attirée par la question de la diversité culturelle à l'école. Les discriminations de cette nature sont des facteurs de mal-être importants dans la phase de construction de la vie affective et sociale. L'école peut agir sur ce puissant déterminant de souffrance et de non réussite. Quels sont les éventuels préjudices vécus par les enfants, les adolescents et les jeunes adultes dans leur milieu scolaire ou universitaire du fait de leur origine, de leur religion ou de leur couleur de peau ?

Des travaux déjà anciens aux USA, au Canada et dans les pays d'Europe du Nord ont alerté les spécialistes⁸⁶. Une recommandation européenne de 2009 *sur l'éducation des enfants de migrants en Europe* et tout récemment une étude française, publiée en 2016, ont décrit les effets de l'origine sur le devenir des parents vivant en France métropolitaine et de leurs enfants (Beauchemin et coll., 2016). Cette enquête menée en 2008-2009 sur les trajectoires et origines (TeO), financée par plusieurs ministères et institutions publiques, a reçu l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Elle a été menée par quinze chercheurs pluridisciplinaires à partir de près de 22 000 entretiens de migrants et des descendants de migrants en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM). C'est la première étude démographique menée en population générale par l'Institut National d'Études Démographiques (INED) et l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) qui tente de saisir ces paramètres de manière qualitative et quantitative. Elle permet aussi de sortir d'un débat très français et un peu vain : les discriminations observées sont-elles seulement d'origine sociale ou seulement d'origine culturelle ? Pour cela, l'étude compare ce que vivent les migrants et leurs descendants, toutes choses égales par ailleurs, pour tenir compte des effets des origines sociales, des situations familiales, des « effets quartiers »...

L'origine est un facteur d'inégalité à l'école et pour le devenir des enfants et des jeunes en milieu scolaire

L'enquête TeO s'affranchit des idées reçues sur l'intégration à la française et des représentations stéréotypées pour définir si l'origine en soi est un facteur d'inégalités ou simplement de différenciation dans l'accès aux différentes ressources de la vie sociale. Elle étudie différents paramètres de ces trajectoires pour les migrants arrivés à différents âges et pour ceux qui sont nés en France : la maîtrise de la langue maternelle ou de la langue française, les parcours scolaires, universitaires ou professionnels, les stratégies matrimoniales, la religion, l'accès au logement et à la santé, etc.

Pour ce qui concerne la période scolaire et universitaire, plusieurs faits apparaissent comme préoccupants : les originaires (migrants eux-mêmes ou descendants de migrants) d'Afrique subsaharienne (ex. Golfe de Guinée ou Afrique centrale), d'un département d'outre-mer ou du Maghreb sont plus nombreux à déclarer avoir été « la cible d'insultes, de propos ou d'attitudes

⁸⁶ Cf. Moro en collaboration avec Peiron (2012) pour une analyse de toutes les études disponibles sur la scolarisation des enfants de migrants en France et dans le monde.

ouvertement racistes ». Ils expriment là le déni de « francité » (ne pas être reconnu comme français) qui leur est adressé. Ces déclarations sont cohérentes avec des discriminations vécues dans des situations concrètes à l'école ou à l'université. Ce n'est pas simplement un vécu subjectif, mais bel et bien une réalité avec laquelle les jeunes doivent composer.

Les garçons plus en difficultés que les filles pour la seconde génération à l'école (TeO, 2016)

Les risques de ne posséder aucun diplôme de l'enseignement secondaire sont plus élevés pour les descendants de migrants originaires du Maghreb, de Turquie ou d'Afrique subsaharienne. Les trajectoires de réussite à l'école, en particulier pour les filles, côtoient des sorties précoces du système scolaire surtout pour les garçons de la seconde génération. Les filles de migrants, quelles que soient les origines de leurs parents, sont nettement plus diplômées de l'enseignement supérieur que les fils. Les difficultés des garçons dans le système scolaire apparaissent très tôt et à tous les niveaux : « Ils ont dès l'école primaire, de plus grandes chances de redoublement et, plus tard, des taux supérieurs de sortie du système scolaire sans aucun diplôme »⁸⁷. Même en tenant compte des déterminants sociaux (milieu social des parents, conditions de vie, maîtrise du langage et connaissance du système scolaire moindre des parents), l'étude constate que « tout se passe **comme si l'institution scolaire ne produisait pas de désavantages liés à l'origine pour les filles, mais en créait pour les garçons ou se montrait dans l'incapacité de les juguler** »⁸⁸. Les garçons se plaignent d'une attitude discriminatoire de la part des agents scolaires, par exemple dans la façon dont on s'adresse à eux ou dans les orientations précoces en filière professionnelle qu'on leur propose massivement. Pour les auteurs, cela confirme l'existence d'un fonctionnement discriminatoire de l'institution scolaire à l'encontre des garçons sur le fondement de leur origine⁸⁹. Par la suite, l'accès au travail leur est également plus difficile.

En ce qui concerne les discriminations subies dans tous les lieux de la société, ceux qui s'en plaignent le plus sont de loin, les fils et les familles venant d'Afrique subsaharienne, d'un DOM ou du Maghreb, puis ceux d'Asie du sud-est ou de Turquie et enfin les Européens. Tous ceux qui appartiennent à « des minorités visibles » se plaignent d'être « altérisés », renvoyés à des origines non françaises, dans plus de 50% des cas alors qu'ils se sentent majoritairement appartenir à la société française. Cela provoque « une dissonance identitaire » qui progresse au fil des âges et met l'adolescent, en particulier de la seconde génération, dans une position difficile pour investir l'école de la République et se sentir légitime pour apprendre. La même dissonance se retrouve pour la religion où, à la seconde génération, un grand nombre d'entre eux se déclarant athées sont renvoyés tout de même à la religion de leurs parents (le plus souvent l'Islam). Cette « assignation » systématique est délétère.

Les enfants d'immigrés une chance pour l'école de la République ? À quelles conditions ?

Les études de clinique transculturelle en milieu scolaire, très développées au Canada⁹⁰, dans certains pays européens du Nord et en France⁹¹, ont permis de valider des préconisations pour transformer ce

⁸⁷ Moro, Peiron, 2012, p.26.

⁸⁸ Ibid. p. 26-27.

⁸⁹ Beauchemin et coll., 2016, p.27.

⁹⁰ Par exemple, Rousseau à Mc Gill (Montréal).

« risque transculturel », d'une part en créativité pour ces élèves et en opportunité pour toute la classe. Ces préconisations découlent d'études internationales et sont résumées dans plusieurs textes déjà cités comme la Résolution du Parlement européen du 2 avril 2009 *sur l'éducation des enfants de migrants en Europe* ou le rapport de l'OCDE sur *les élèves immigrés et l'école de 2015*.

À partir de ces études on peut rapidement faire la liste des principes d'une école accueillante à la diversité culturelle et qui en fait un atout pour le bien-être de tous.

- *Reconnaître les langues maternelles et la diversité des langues à l'école.* Il s'agit de valoriser la langue maternelle des enfants et de favoriser sa transmission par les parents, son existence voire son enseignement, sa pratique dans les activités périscolaires, et ce le plus tôt possible afin de donner aux élèves la sécurité linguistique qui leur permet aussi de mieux maîtriser le français comme langue seconde.
- *Respecter les parents et favoriser leur connaissance de l'école française.* Il s'agit de faciliter leur implication dans l'école (par le recours à des interprètes, par la participation à la vie scolaire...) pour cela, des médiations scolaires transculturelles sont parfois nécessaires pour négocier entre l'école, les parents et les élèves⁹².
- *Former les enseignants et tous les professionnels de l'école à la question inter et transculturelle.* Pour que la diversité des élèves ne soit pas considérée comme un obstacle mais comme un levier pour la pédagogie et la vie à l'école, il est nécessaire d'inscrire cette approche dans la formation initiale et surtout continue de tous les personnels, sans omettre l'université, l'enseignement agricole, les centres de formation etc.
- *Éduquer les élèves tout au long de leur scolarité à la diversité.* La promotion de la citoyenneté pour tous passe par la reconnaissance de la multiplicité des langues et des histoires, de la laïcité, du bien commun, de la lutte contre les discriminations.
- *Considérer l'identité des élèves comme plurielle.* L'identité n'est pas univoque : les enfants de migrants sont des métis et c'est cela qui fait leur force, ils s'inscrivent et participent à l'identité de l'école et de la société qui est maintenant la leur et qui a accueilli leurs parents (identité acquise, identité de fait) mais ils peuvent aussi garder des traces d'appartenance à la société de leurs parents (identité narrative).

Dans la résolution de 2009, le Parlement européen se dit « **convaincu que les mesures visant à améliorer l'éducation des enfants de migrants profitent à la société dans son ensemble** ». En effet, ces principes font reculer une discrimination souvent vécue comme une grande violence par les élèves (ceux qui la subissent et ceux qui en sont témoins). Ce souci transculturel permet de ne laisser personne aux marges de l'institution scolaire. Si l'école est à l'image de la société et de sa diversité culturelle, elle peut retrouver le rôle central quelle semble avoir parfois perdu ces dernières années en ne s'adressant pas à tous les élèves. Une école plus forte, plus ambitieuse pour l'ensemble de ses élèves, plus respectueuse de leurs parents, de leur savoir et de leur diversité, verra sa légitimité renforcée. Enfin, l'institution a tout à gagner à développer chez les élèves, comme chez les enseignants, aujourd'hui désemparés faute de formation adaptée, des compétences interculturelles.

⁹¹ Par exemple, Moro à Paris.

⁹² Comme les médiations transculturelles faites dans le cadre du programme *Métisvo* du Centre Babel (Paris) : www.centrebabel.fr

Ces dernières les aideraient à être à l'aise et à bien faire leur travail avec des élèves qui connaissent plusieurs langues, plusieurs histoires, plusieurs sociétés, plusieurs rapports au religieux... Sensibles aux logiques culturelles multiples, les enseignants sauront prendre en charge tous les élèves dans leur singularité, à commencer par leur langue. Ce serait un atout pour le rayonnement économique, diplomatique et culturel de notre pays. Connaître plusieurs langues et valoriser le plurilinguisme constituent une richesse pour tous, y compris pour ceux dont la langue maternelle est le français et qui ont du mal à se penser polyglotte et à se sentir capable d'apprendre une ou plusieurs langues dites « étrangères ».

Faire de la diversité une chance pour l'école, c'est le meilleur antidote à nos peurs, la meilleure réponse aux intégrismes et à la mondialisation⁹³.

Les enfants primo-arrivants : une scolarisation très insuffisante qui ne tient pas ses promesses

Pour les primo-arrivants le plus souvent allophones (ne parlant pas le français), les dispositifs scolaires spécifiques qui leur sont réservés ne tiennent pas toutes leurs promesses. L'école française garde pour autant sa force d'attractivité et de motivation pour les familles réfugiées, leurs enfants et les mineurs isolés non accompagnés. Les enfants allophones nouvellement arrivés (EANA) sont scolarisés dans des dispositifs spécifiques dits unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants (UPE2A) avec des enseignants souvent bien formés au FLE (Français/Langue étrangère) ou au FLS (Français/Langue de scolarisation). Quand ce n'est pas possible, ils sont scolarisés dans une classe « ordinaire ». Les classes d'accueil sont en nombre insuffisant et ne scolarisent que moins d'un tiers des 6/11 ans et 45% des 12/16 ans. Parmi l'ensemble des primo-arrivants en France, 20% seulement déclarent maîtriser la langue française et près d'un tiers « des immigrés tardifs » (après 11 ans) sortent du système scolaire sans diplôme. Par ailleurs, les besoins ne sont pas anticipés (ex. l'arrivée récente des enfants irakiens ou des enfants syriens). De surcroît, ces classes, pourtant spécifiques, accueillent parfois d'autres enfants connaissant d'autres difficultés. Enfin, ces dispositifs pédagogiques, qui sont destinés à accueillir les élèves pour des temps courts, les gardent parfois très longtemps alors qu'au même moment, des élèves qui en relèveraient sont scolarisés de manière inadaptée. L'enquête TeO qualifie ces enfants de « la part la plus méconnue de la population d'origine étrangère ».

Réenchanter l'école

Pour que l'environnement scolaire soit favorable au bien-être et à la réussite scolaire de tous les enfants et plus tard, de tous les jeunes dans leur milieu universitaire, d'apprentissage ou de formation, il importe que l'École de la République se préoccupe de tous ses enfants quelles que soient leurs histoires. C'est là le véritable sens du mot égalité, une égalité de fait et pas seulement de principe. A côté des élèves issus de l'immigration, il y a aussi tous ceux qui nécessitent une attention particulière en raison du mode de vie de leur famille. La fraternité et l'égalité sont le fruit de la bienveillance et de la rigueur. Au-delà, cette perspective pose la question des outils dont nous devons nous doter pour

⁹³ Moro et coll. (2012).

lutter contre les inégalités (sociales, culturelles, de genre) à l'école (Beauchemin et coll., 2016), combat déterminant du bien-être de tous les élèves, de leur santé et de la justice sociale.

5.4.2 Dans les zones rurales

La mission a pu prendre connaissance de nombreuses organisations et expériences conduites de manière remarquablement efficace dans les territoires ruraux, alors que les institutions de soins sont éloignées, souvent étrangères aux établissements scolaires, voire saturées. Pour répondre à cette situation, il semble important de faire converger des initiatives sur trois plans complémentaires.

Promouvoir un collège bienveillant

Les mesures évoquées plus haut dans le présent chapitre, ainsi que les dix préconisations du chapitre suivant s'adressent à tous. Elles prennent toutefois une importance accrue quand on considère que le collège rural concentre sur lui seul l'essentiel de la vie en collectivité des jeunes gens qui le fréquentent.

Il est donc primordial de mettre en œuvre un ensemble de mesures « minimales » et qui ont fait leur preuve : un projet de vie scolaire qui articule droits et devoirs ; un projet de comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui traite sur quatre ans de toutes les dimensions de la santé des adolescents ; une éducation explicite aux compétences psychosociales par des ateliers thématiques de pratiques culturelles, sportives ou artistiques ; une initiation aux pratiques de relaxation et de maîtrise du stress ; un groupe de paroles pour les adolescents ; un programme de conférences sur les adolescents pour les parents ; un protocole d'orientation des élèves repérés en souffrance vers les personnels médico-sociaux. A toutes ces dispositions, il convient de ne pas omettre l'installation d'un lieu où les personnels de l'éducation et de la santé peuvent se rencontrer pour parler des jeunes en difficulté.

Organiser un réseau d'écoute et de conseil entre plusieurs collèges d'un même canton ou de cantons voisins

Afin de répondre aux difficultés induites par le temps trop long d'attente pour consulter et les distances trop grandes pour accéder à des prises en charges spécialisées, il convient de s'appuyer sur le réseau actuel de l'organisation de la santé en milieu rural. Les maisons de santé réunissent plusieurs praticiens de compétences diverses : leur mutualisation, avec l'appui le cas échéant d'une association, permet l'organisation de consultations pour l'écoute, le conseil et un premier diagnostic des adolescents en souffrance. Cette consultation (ambulatoire) peut être confiée à un psychologue clinicien, qui reçoit sur recommandation écrite du médecin généraliste. Le service est supervisé par un pédopsychiatre hospitalier ; le lien avec les services spécialisés est ainsi garanti par des professionnels. Les parents ne sont pas seuls pour nouer les contacts utiles. En outre, l'installation d'une permanence de la Maison des adolescents dans une maison médicale peut conforter ce réseau de premier recours⁹⁴.

⁹⁴ Cf. exemple du « SAMEAD plus intercommunautaire », fiche illustrative 3.

Apporter des soutiens méthodologiques

Les initiatives prises au sein des établissements scolaires (éducation à la santé et au bien-être, repérage et orientation) et, dans le proche environnement (première réponse thérapeutique, accompagnement vers les spécialistes en ville), nécessitent un étayage administratif fort. Les services académiques et l'ARS doivent se porter garants des appuis suivants :

- un protocole pour identifier toutes les situations de difficultés d'un adolescent dans tous les collèges et lycées de la zone ;
- un réseau unique de praticiens, habilités par convention à intervenir dans les établissements, pour aider les équipes éducatives à repérer les situations de souffrances les plus importantes chez les élèves ;
- une diffusion des bonnes pratiques dans les domaines de l'éducation, du repérage et de l'accompagnement vers les soins ;
- la pérennité des parcours scolaires adaptés pour les élèves qui ont besoin de privilégier les soins ;
- un groupe départemental d'observations des dispositifs locaux d'aide et de soins et de leur lien avec les établissements scolaires ;
- la création de Maisons des adolescents là où elles font encore défaut et l'organisation de permanences dans les maisons de santé des localités au cœur des cantons.

6. DIX NOUVELLES PRECONISATIONS POUR UNE MEILLEURE SANTE DES JEUNES

Le plan bien-être et santé des jeunes : présentation des 10 préconisations

Les mesures proposées au chapitre 5 concernant les établissements d'enseignement servent de fondation aux 10 préconisations majeures qui suivent. Le tout a vocation à former un « Plan Bien-être et Santé des Jeunes ».

1. **Création d'un P@ss Santé des jeunes (P@ssSaJ) : un droit pour tous, une appli, un site.** Le P@ssSaJ permettra au jeune de rencontrer gratuitement le médecin de son choix pour une évaluation de ses besoins et, si c'est nécessaire, de bénéficier au plus de dix séances avec un psychologue inscrit dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR). Le ROR est constitué au niveau régional et connu de tous les établissements scolaires. Le jeune peut aussi être adressé à une structure adaptée pour les adolescents. Cela constitue un nouveau droit pour tous, de 11 à 21 ans, accessible dès l'inscription au collège, au lycée, en CFA, à l'Université, en IUT, en mission locale... Pour les collégiens, le P@ssSaJ permet un accès à l'information, l'accès aux soins restant déterminé par les parents. Pour les lycéens et étudiants ou tout jeune du même âge, l'accès aux soins est direct. Il s'agit de concrétiser un droit universel d'accès des jeunes à la santé.
2. **Formation initiale et continue systématique et renforcée des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et aux problématiques de santé des jeunes.** Renforcement de la formation initiale des personnels de l'Éducation nationale dans les Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) sur la psychologie et les besoins des jeunes (conformément au cahier des charges national de 2013). Développement de cette formation sur les problématiques d'éducation à la santé dans les collèges et les lycées et sur les questions de santé. Organisation d'une formation continue, territorialisée, pluridisciplinaire, pluri-professionnelle et partenariale pour tous les personnels qui travaillent dans les établissements. Ceci vaut aussi pour tous les personnels de l'enseignement supérieur et des centres de formation.
3. **La création d'une permanence téléphonique dédiée à tous les personnels des établissements scolaires du second degré, de l'enseignement supérieur et des institutions, associations et services éducatifs qui prennent en charge les activités sportives, culturelles et de loisirs des jeunes.** Ces personnels doivent pouvoir accéder à un accompagnement et à des conseils pour la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes qui présentent des souffrances psychiques ou des problèmes de santé. Inspiré du dispositif parisien *Fil Harmonie* conçu par la Fondation Santé des Étudiants de France, en collaboration avec le rectorat de Paris, l'ARS Ile-de-France et la Fondation Deniker, un dispositif téléphonique similaire doit se déployer dans chacun des rectorats. Cette permanence

téléphonique doit avoir à sa disposition le répertoire opérationnel des ressources sur la santé des jeunes. Cette permanence dédiée à tous les professionnels s'occupant de la jeunesse est complémentaire de *Fil Santé Jeunes* qui s'adresse directement aux adolescents. Ce dispositif téléphonique doit lui-même faire l'objet d'une information systématique à tous les jeunes par les établissements scolaires. Il peut être porté à la connaissance de tous par les réseaux sociaux.

4. **La création du corps unique des psychologues de l'Éducation nationale (PsyEN).** Il convient d'accompagner et de consolider la création d'un corps de psychologues de l'Éducation nationale qui, pour le second degré, permette une meilleure réponse, un meilleur accompagnement et un meilleur suivi des élèves en mal aise ou en difficulté psychologique.
5. **Le renforcement de la médecine scolaire dans les collèges et les lycées,** d'abord par l'attribution de tous les postes aujourd'hui vacants. Des mesures incitatives doivent permettre de pourvoir les emplois de médecins scolaires, ainsi que les emplois d'infirmier(e)s et d'assistants de services sociaux. Des liens plus structurés avec le système de santé grâce au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) partagé doivent être construits. Enfin, la mise en place d'un **dispositif d'alerte médico-psycho-social** à l'intérieur des établissements, pour aider les adolescents en souffrance, constitue une des pierres angulaires du rapport : ce dispositif doit permettre aux professionnels de l'éducation et à ceux de la santé de nouer des alliances nouvelles.
6. **Renforcement de la médecine universitaire d'une part (SMU) et des bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) de l'autre et ce, dans chaque université, grande école ou institution de formation** conformément au Plan national de vie étudiante de 2015. Le cahier des charges des BAPU devra être élargi pour s'adapter aux besoins de la santé des jeunes (psychothérapies, psychiatrie...).
7. **Une augmentation nécessaire des ressources en psychiatrie de l'adolescent de 25%** avec une extension du champ de la pédopsychiatrie à 18 ans ; une reconnaissance de la spécificité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; une meilleure articulation de la pédopsychiatrie avec la psychiatrie adultes ; une augmentation du nombre de postes de psychiatre d'enfants et d'adolescents et de pédopsychiatres formés (sachant que *le nombre a diminué de près de la moitié entre 2007 et 2016*) ; une augmentation du nombre de professionnels de ces équipes, en particulier de psychologues et, enfin, une sanctuarisation des postes d'infirmiers et d'assistants sociaux. Pour assurer la qualité de la recherche et de la formation, une augmentation des postes de pédopsychiatrie universitaire doit se faire rapidement étant donnée la carence actuelle très importante (au moins 3 postes de PU-PH dans chaque faculté de médecine, 5 postes dans les grandes villes universitaires et ce d'ici 5 ans).
8. **Le développement de Maisons des adolescents de 2ème génération,** d'abord par la création de maisons dans les départements qui n'en n'ont pas encore et par l'implantation d'antennes pour augmenter leur couverture territoriale. Des conventions de travail doivent être constituées avec les directions académiques des services départementaux de l'Éducation Nationale et les rectorats dans le cadre de la convention nationale de partenariat entre le

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et l'Association Nationale des Maisons des Adolescents de juin 2016. Un nouveau cahier des charges qui amplifie les missions des MDA et intègre les préconisations de ce rapport doit être rédigé rapidement.

9. **La création d'un Institut National de la Santé des Jeunes** qui coordonne dans un même lieu les initiatives de prévention, d'intervention, de formation et de recherche. Cette dernière doit être pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle. L'institut a vocation à soutenir les dynamiques existantes, par exemple au CNRS, à l'INSERM, dans les Universités, dans les grands investissements... Il réunit toutes les compétences et les ressources sur la santé des jeunes en associant toutes les disciplines médicales, psychologiques, scolaires, sociales... Pour lancer ce grand chantier, une **Conférence internationale sur la santé des jeunes** devrait avoir lieu à Paris sous l'égide de l'OMS.

10. **La mise en œuvre d'un pilotage national et territorial du plan « Bien-être et Santé des Jeunes » (2016-2020)**. La mise en œuvre du plan « Bien-être et Santé des Jeunes » nécessite un pilotage fort. Ce pilotage doit s'organiser au niveau national et territorial, et en tout état de cause associer sans exception éducation et santé. Le comité national et les comités régionaux doivent pouvoir s'appuyer sur l'Institut. Au plan régional, le pilotage associe rectorat et agences régionales de santé. Au plan local enfin, il associe les établissements scolaires d'un même bassin et, par convention les MDA et les structures de soins.

Préconisation 1. Le P@ss Santé des Jeunes (P@ssSaJ), un droit pour tous, une appli, un site

Pourquoi d'autres dispositifs spécifiques pour les jeunes ?

Des dispositifs existent. Certains sont d'application générale : les jeunes ont accès aux soins par la couverture de protection sociale de leurs parents (sécurité sociale et mutuelle ou institution de prévoyance, CMU avec CMU complémentaire ou AME) ou par leur affiliation de droit (pour les jeunes salariés et pour les étudiants). D'autres sont spécifiques : dans le domaine de la prévention - promotion de la santé (dans ou hors les établissements d'enseignement) et dans le domaine des soins. À titre d'exemple, les moyens fournis par l'État à *Fil Santé Jeunes* ou le développement du nombre de Maisons des adolescents, depuis 15 ans, traduisent bien cette volonté d'apporter des réponses adaptées aux besoins des jeunes. Aujourd'hui un renforcement de l'efficacité et des moyens disponibles est indispensable. Il n'y aura pas de Maison des adolescents ou de structure pour accueillir et écouter les jeunes dans chaque ville ou quartier en difficulté. Il faut donc une mesure spécifique supplémentaire pour couvrir le million et demi de jeunes entre 11 et 21 ans susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation ou d'un soin psychique.

La réponse essentielle à apporter aux jeunes et à leurs parents s'organise donc sur deux versants :

- permettre aux médecins généralistes d'écouter et d'orienter, si besoin, vers un professionnel compétent pour les problèmes auquel un jeune fait face. Il s'agit d'instaurer une consultation de première intention par le médecin traitant (ou un médecin généraliste de leur choix), pour évaluation et, si nécessaire, prescription d'un forfait de prise en charge par un psychologue : forfait court de 5 séances ou forfait long de 10 séances avec une possibilité pour les parents de venir à la consultation avec le médecin généraliste et de venir aussi en début et en fin de la prise en charge psychologique ;
- permettre aux jeunes de trouver rapidement l'information, avec leur smartphone, grâce à une « appli santé » et un site avec des informations, dans le cadre du service public de l'information en santé (SPIS), créé par l'article 88 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La consultation d'un médecin généraliste, suivie, si besoin, par des séances avec un psychologue (10 maximum)

Confrontés à des situations qui nécessitent une écoute particulière et du temps de coordination, les médecins doivent pouvoir avoir recours à un dispositif adapté pour la consultation de jeunes souffrant de mal-être (ainsi que leurs parents) puis leur orientation. L'objectif est de permettre l'intervention d'un psychologue libéral après adressage par le médecin traitant (ou un médecin généraliste) dans le cadre d'une consultation longue. Une dizaine de séances de psychologiques seront prises en charge, de même que la possibilité de 2 consultations de soutien à la parentalité (pour leurs parents). Les psychologues et le médecin seront inscrits dans un répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui

permettra une prise en charge forfaitaire du médecin et du psychologue et une formation des médecins volontaires.

L'appli et le site « Bien-être et santé des jeunes » : un outil pour prendre soin des adolescents d'aujourd'hui

Pourquoi une appli santé ? Les jeunes, sans doute par méconnaissance, n'ont pas systématiquement recours aux dispositifs de droits communs. Certains jeunes ne se soignent pas – faute de moyens suffisants pour ce faire : « 8 % des étudiants ont déclaré ne pas disposer d'assurance complémentaire de santé ; 33% des jeunes déclarent renoncer aux soins pour des raisons financières ».

Le projet de loi « Égalité et Citoyenneté » prévoit, pour l'heure, en son article 17, que : « Chaque jeune bénéficie d'une information individualisée transmise par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie sur ses droits en matière de couverture santé, sur les dispositifs et programmes de prévention ainsi que sur les examens de santé gratuits tels que celui prévu à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale auxquels il peut avoir accès. Cette information est dispensée à trois moments, à seize ans, lors de sa sortie du statut d'ayant droit à l'assurance maladie et à vingt-trois ans, selon des modalités prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ». Ce projet d'article est lui-même étayé par l'exposé des motifs suivants : « À partir de 16 ans, la plupart des jeunes entrent dans une période d'autonomisation s'agissant notamment de leurs droits et de leur santé. Il s'agit d'une période où ils sont – ou se croient – généralement en bonne santé et où s'exprime donc un relatif détachement sur ces questions. Ils ne prêtent que peu d'attention aux démarches à entreprendre pour bénéficier d'une couverture santé. Leurs comportements, s'agissant notamment des addictions, des conduites alimentaires ou de la sexualité, peuvent porter préjudice à leur santé. Ils ont enfin des difficultés à se repérer dans un paysage d'offre en santé pas suffisamment lisible, alors qu'ils pourraient bénéficier de nombreux services ou dispositifs existants ». Quel que soit le devenir de ce texte en cours d'examen, il indique une orientation irréversible.

Les besoins de santé de la génération « Y » nécessitent de proposer un outil de prévention et promotion de la santé adapté. En effet, il convient de prendre conscience que « la quasi-totalité des 15/30 ans (93%) sont des internautes et 48% d'entre eux ont cherché au cours des douze derniers mois des informations ou des conseils pour leur santé sur la toile [...]. Les trois quart déclarent l'avoir fait en lien avec une consultation dont 45% juste avant ou après cette dernière. Près de 15% des 15/30 ans déclarent changer leur façon de s'occuper de leur santé du fait d'internet ». En outre, selon une enquête Médiamétrie de 2013, 80% des 15/24 ans sont équipés de smartphones.

Par ailleurs, la loi Kouchner de 2002⁹⁵ précise qu'à partir de 15 ans, un jeune peut demander des soins sans autorisation parentale préalable.

⁹⁵ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé « Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps

Cette appli-santé facilitera l'accès aux professionnels de santé pour les jeunes qui le nécessitent et ainsi diminuera le nombre de non-recours des jeunes, notamment dans les zones rurales ou dans les banlieues démunies en professionnels de santé.

Principes opérationnels

- Favoriser, d'une part, une approche ludique de la santé avec des « jeux » et, d'autre part, proposer des fonctionnalités intégrant des données de santé personnelles⁹⁶.
- Soutenir une approche préventive par une information garantie par des professionnels, non moralisante et accessible à tout moment.
- Proposer des ressources de proximité immédiate pour le jeune et sa famille – notamment par la possibilité d'être géolocalisé et un site internet intégrant des informations locales.
- Rendre effectif l'accès plus facile, en tous lieux du territoire national, à des consultations auprès de certains acteurs de santé et spécialistes (gynécologie, dermatologie, psychologie, psychiatrie ...) sans nécessaire autorisation parentale en particulier pour les plus de 15 ans.

Les deux volets

- **Le volet « Prévention - promotion de la santé »** : une application sur téléphone ou tablette, qui propose : des « jeux » santé, des fonctionnalités intégrant des données personnelles (sur l'hygiène de vie, la nutrition, le sommeil...), de l'information thématique sur tous les sujets de santé des jeunes et la possibilité de communiquer avec des professionnels de santé (en lien avec *Fil Santé Jeunes* et les MDA).
- **Le volet « Accès aux droits »** : une application qui permet également de localiser des professionnels de santé ; qu'ils soient professionnels référencés et conventionnés, pour un remboursement direct par les CPAM ou professionnels intervenants dans des lieux ressources tels que les planning familiaux, les consultations jeunes consommateurs etc.

Modalités de mise en œuvre

L'infographie présentée ci-dessous donne un aperçu des différentes étapes de mise en œuvre de l'appli. Elle intègre la dimension prévention - promotion de la santé et accès aux droits et aux soins.

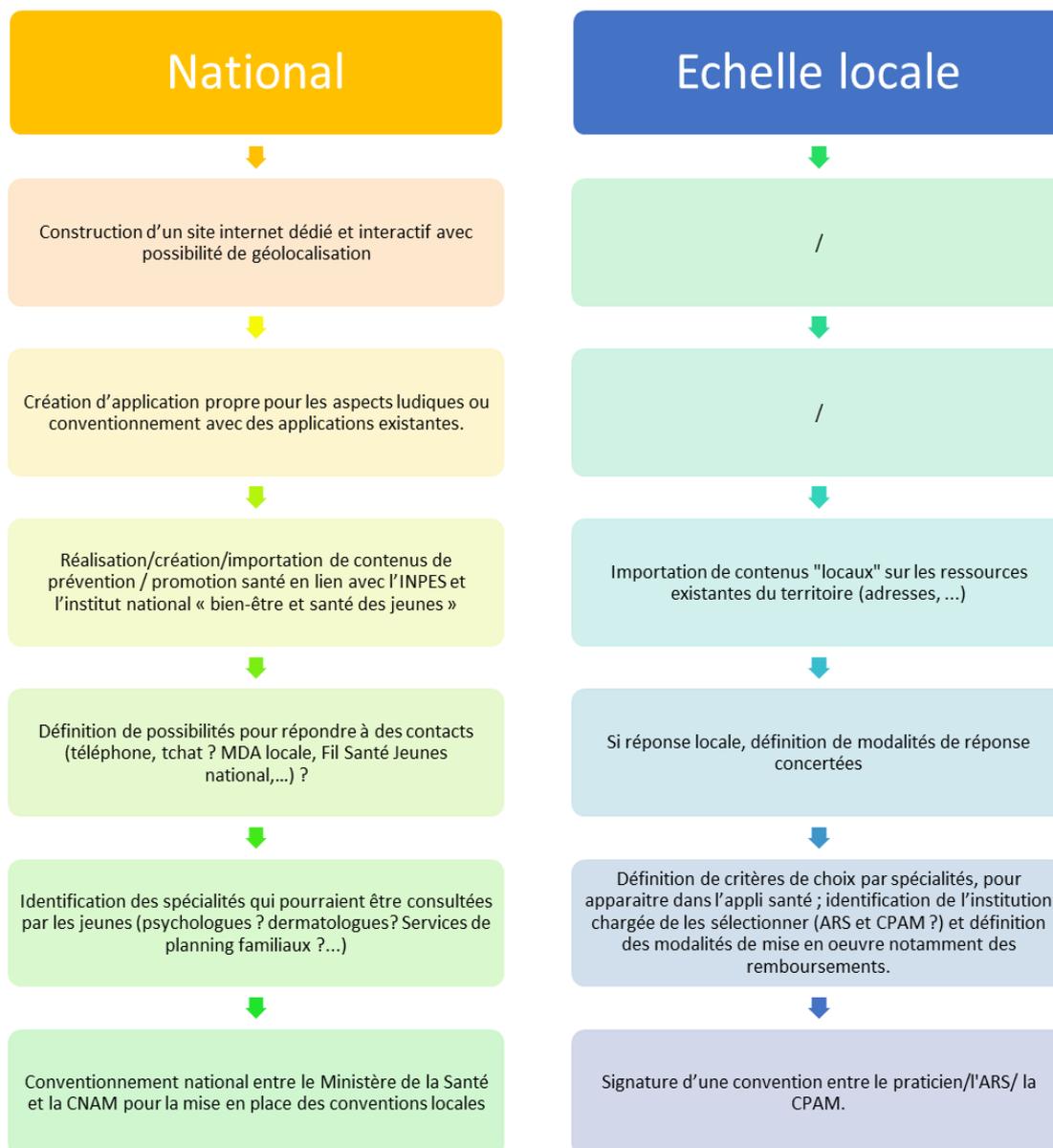
Une expérimentation devra être faite sur 1000 jeunes environ dans trois régions (par exemple Pays de la Loire, Lorraine et Ile de France) ou des régions volontaires ce qui permettra de bien en définir les modalités sur le terrain et de manière participative, les coûts et les économies, les limites et les

s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

⁹⁶ Ce qui complétera le type de réponse fourni par *Fil Santé Jeunes*, appelé par des jeunes qui attendent une réponse à un problème qu'ils identifient ; il y a bien deux démarches distinctes et complémentaires.

aménagements et ensuite l'étendre à l'ensemble du territoire. Le coût de l'expérimentation est environ de 1 million d'euros.

Pendant cette période sera constitué aussi le répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui associé au P@ssSaj, au site et à l'application, permettront lors de sa généralisation la création d'un nouveau droit pour les jeunes pas seulement de principe mais de fait, **le droit universel à la santé pour tous les jeunes de 11 à 21 ans** (période initiale de l'expérimentation).



Préconisation 2. Amélioration de la formation initiale et continue des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et à leurs problématiques de santé

La formation des enseignants et des personnels d'éducation est un des piliers essentiels de la refondation de l'École (Loi d'orientation et de programmation pour la refondation du 9 juillet 2013). Le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation⁹⁷ comporte deux indications majeures au titre des compétences communes : "connaître les concepts fondamentaux de la psychologie de l'adolescent et du jeune adulte" et "apporter sa contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé". Les Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) organisent le master "métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation" (MEEF) en articulant "des enseignements théoriques et pratiques avec un ou plusieurs stages d'observation ou de pratique accompagnée et des périodes d'alternance"⁹⁸. La mission fait des préconisations afin de renforcer cette alternance entre théorie et pratique.

La formation initiale peut s'entendre du master 1 à la deuxième année de titularisation. À l'inverse des enseignants du premier degré qui ont toujours assumé de manière très forte une prise en charge globale des élèves, les enseignants du second degré ont traditionnellement manifesté des difficultés à y parvenir, que ce soit au collège et plus encore au lycée. Cela tient pour partie à la segmentation des disciplines et à la distinction entre les missions des enseignants et celles des personnels d'éducation. Or, l'adolescent et le jeune adulte doivent être abordés dans leur globalité ; les occasions sont à rechercher de sensibiliser les professionnels aux diverses dimensions de la santé et du bien-être telles qu'elles s'expriment dans toutes les situations d'apprentissage et tous les moments de vie dans le collège ou le lycée. À côté des apports théoriques, on se doit surtout de privilégier les analyses de cas et les retours d'expérience suites aux stages.

Toutes les ESPE disposent aujourd'hui des services d'un **correspondant-santé** appartenant au réseau de l'association des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÈS), à l'exception de deux d'entre elles. Ce réseau national fédère des formateurs, enseignants et chercheurs pour la promotion de l'éducation à la santé en lien avec 18 laboratoires de recherche et dans 9 disciplines. Il constitue un lien solide entre la formation aux métiers de la santé et la formation aux métiers de l'éducation. D'ores et déjà il importe de faire valoir les qualités du parcours M@gistère « Intégrer l'éducation à la santé dans les pratiques d'enseignement-apprentissage et dans les projets d'école ». Ce réseau mérite d'être conforté.

Afin de renforcer les équipes de formateurs et de pourvoir à leur formation continue, une convention peut être passée entre l'ESPE et le réseau régional des Maisons des adolescents. Ce réseau rassemble

⁹⁷ Arrêté du 1er juillet 2013.

⁹⁸ Arrêté du 27 août 2013 fixant le cadre national des formations dispensées au sein des masters « métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation ».

les compétences locales pour la formation continue des personnels, telle que les établissements scolaires peuvent en avoir besoin. La commission « Bien-être et santé des jeunes » instituée au sein des bassins de formation doit pouvoir définir et porter ces projets locaux de sensibilisation au plus près des établissements.

En dernier lieu, les prochaines modalités de la formation professionnelle des psychologues scolaires pour le second degré⁹⁹, constituent une opportunité inédite d'organiser, autant que nécessaire, des formations conjointes entre enseignants et psychologues. Pour le moins, le développement d'une culture commune devrait ainsi s'amorcer et permettre, à terme, un repérage et une prise en charge plus précoce, dans les classes, de nombre de difficultés inhérentes à certains mal-être de l'adolescent.

⁹⁹ Cf. les référentiels de formation publiés ici en annexe.

Préconisation 3. Création d'une permanence téléphonique dédiée à tous les personnels rencontrant des adolescents et des jeunes adultes en grande difficulté

Fort de l'expérience initiée par la Fondation Santé des Étudiants de France, le rectorat de Paris, l'ARS de l'Île-de-France et la Fondation de Deniker qui ont créé, avec efficacité, le dispositif *Fil'harmonie*¹⁰⁰, le département de la Seine-et-Marne a mis en place récemment un dispositif identique. Chaque rectorat doit aujourd'hui organiser un dispositif d'écoute téléphonique des personnels placés professionnellement au contact quotidien des adolescents et jeunes adultes qui manifestent des signes inquiétants de mal-être.

Le dispositif doit être connu et ouvert à tous les professionnels des établissements scolaires, des institutions de loisirs, de sports et de culture qui prennent en charge les adolescents et les jeunes adultes de 11 à 21 ans. À ce titre, le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports et les collectivités territoriales doivent être associés à sa gestion en partenariat avec le rectorat et l'ARS. Dans la mesure où le dispositif s'ouvre aux personnels de service, les collectivités territoriales dont ils dépendent peuvent être associées à sa gestion. La création d'un dispositif de cette nature, adapté à la taille des académies, voire des départements, requiert un cahier des charges de référence dont la rédaction pourrait entrer dans le plan d'action interministériel « Bien-être et santé des jeunes ».

Pour le moins ce cahier des charges devrait inclure les éléments suivants.

Objectifs

- Apporter au professionnel qui constate des troubles du comportement ou des signes de souffrance psychologiques chez un élève ou chez un étudiant des éléments de première analyse
- Informer le professionnel sur les personnels, ressources et dispositifs, accessibles dans l'établissement, dans l'académie et dans l'environnement
- Conseiller l'appelant sur les modalités que pourraient utiliser le jeune ou ses parents pour prendre contact avec des professionnels susceptibles de les aider
- Informer, le cas échéant, le membre du réseau le plus approprié, au premier abord, pour prendre le relais du professionnel appelant
- Inscrire et sécuriser immédiatement la démarche d'information dans un réseau de professionnels partageant une stricte déontologie, de manière à ne pas compromettre ultérieurement une mise en place de soins
- Écouter et recueillir la souffrance éventuelle du professionnel qui appelle, et amorcer avec lui et pour lui un parcours de soutien

¹⁰⁰ Cf. fiche 7 en annexe.

Fonctionnement

- Une permanence téléphonique plusieurs demi-journées par semaine, en fonction des besoins, tenue par un psychologue clinicien et supervisée par un psychiatre
- Une anonymisation de toutes les données relatives à l'appelant et au jeune concerné
- Une adresse électronique dédiée pour recueillir, en dehors des heures de permanence, les informations urgentes qui nécessitent un contact rapide
- Un rappel systématique de l'appelant, à échéance régulière pour faire un point

Conditions requises pour la création d'un dispositif

- Installation de la permanence au rectorat ou à la direction académique
- Information systématique des établissements, destinataires, par ailleurs, du bilan annuel d'activité du dispositif
- Constitution d'un comité de pilotage du dispositif placé sous l'autorité des deux personnalités désignées par le recteur et la direction de l'agence régionale de santé pour le pilotage de la politique en faveur des jeunes en souffrance (cf. préconisation 10)

Bénéfices généraux du fonctionnement d'un dispositif académique et régional

- Apport d'un premier regard non différé sur une situation inquiétante, dans un contexte largement marqué par des délais de consultation trop longs et des difficultés pour que des adolescents ou jeunes adultes puissent rencontrer un professionnel
- Rapprochement entre les professionnels des structures et dispositifs de soins spécialisés et ceux des établissements scolaires et de l'enseignement supérieur
- Contribution à la territorialisation des politiques de santé, notamment l'aide à la constitution des conseils locaux de santé mentale prônée par la loi¹⁰¹
- Recueil d'informations statistiques sur la population concernée, les troubles constatés, les actions conduites et la nature des soins apportés
- Participation des responsables du dispositif à l'animation des établissements scolaires qui font de la promotion de la santé un projet explicite

Les moyens

- Un numéro téléphonique, une localisation et un psychologue référent dont les coordonnées et les attributions sont portées à la connaissance des personnels tous les ans
- Un temps professionnel de psychiatre pour la supervision médicale, un temps dédié de personnel administratif
- Un conventionnement avec une organisation (une association gestionnaire d'établissement, une MDA...) susceptible de porter la réalisation des actions, de recevoir les subventions de fonctionnement de la part des pouvoirs publics et des collectivités territoriales, sur le modèle du « portage » réalisé à Paris par la *Fondation Santé des Étudiants de France*.

¹⁰¹ Art. 67, 68 et 69 ; art. 104 et suivants de la loi du 26 janvier 2016.

Préconisation 4. Création du corps des psychologues de l'éducation nationale PsyEN

État des lieux

Les rapports entre la psychologie et l'éducation ont toujours été contrastés. Autant la psychologie cognitive a su s'imposer dans le champ de la pédagogie, de la didactique, de la construction des apprentissages et du développement, autant les approches cliniques ont été et sont encore insuffisamment mobilisées pour l'accompagnement des jeunes dans leur vie scolaire.

Dans le premier degré les missions des psychologues scolaires, dont l'existence résulte des préconisations du plan Langevin Wallon (1945), sont restées dépendantes du statut d'enseignant du premier degré. Ces missions ont été principalement orientées vers le fonctionnement de l'institution et d'identification des élèves en échec ou inadaptés. La prise en compte de la diversité et de la complexité des difficultés psychologiques rencontrées par les élèves est restée secondaire. Le travail des psychologues s'est trouvé ainsi concentré, pendant de nombreuses décennies, sur l'usage des tests psychométriques, le calcul du QI des élèves en grande difficulté et le fonctionnement des commissions de l'enseignement spécial.

Dans le second degré comme dans l'enseignement supérieur, l'usage du titre de psychologue n'a été « concédé » aux conseillers d'orientation qu'en 1991. Toutefois, si leurs missions ont comporté une dimension psychologique indéniable, elles sont restées très fortement dictées par des préoccupations institutionnelles : choix de filière de formation, procédures d'affectation, lutte contre le décrochage scolaire et plus récemment construction des parcours des jeunes comme des adultes exerçant leur droit au retour en formation. De plus, les emplois du temps des conseillers d'orientation-psychologues sont souvent demeurés « embolisés » par la réalisation des bilans requis par la maison départementale des personnes handicapées.

Contexte

On ne peut que le déplorer mais, à ce stade, tous les personnels du système éducatif, officiellement désignés pour exercer des missions de psychologues, sont davantage sollicités pour réguler le système lui-même que pour analyser les problèmes psychologiques des élèves. Les débats et les consultations préparatoires à la loi de refondation de l'École de la République ont permis, en 2012-2013, de mettre l'accent sur la nécessité de faire évoluer en profondeur la prise en compte par l'École des difficultés psychologiques rencontrées par les jeunes. Ainsi, qu'il s'agisse des conditions de leur orientation, de la bienveillance qui doit s'exercer à leur endroit, du climat et de l'écoute dont ils doivent pouvoir bénéficier, une nouvelle approche de la place de la psychologie dans le système éducatif se dessine. Le projet de création d'un corps unique de psychologues de l'éducation, au service de missions redéfinies, s'inscrit dans cet horizon nouveau¹⁰².

¹⁰² Cf. référentiels en annexe.

Les années qui viennent de s'écouler ont vu apparaître de nouvelles formes de malaise au sein des établissements accueillant des adolescents et des jeunes adultes. Aux difficultés personnelles inhérentes à certains jeunes, sont venues se greffer des inquiétudes relativement inédites liées aux incertitudes grandissantes sur l'avenir, à la prolifération des théories du complot, au prosélytisme en matière de radicalisation, au racisme et à l'antisémitisme décomplexés, etc. Ces malaises ont pu générer, chez les élèves, des nouvelles formes de souffrances. Ces mal-être se conjuguent bien souvent pour beaucoup avec des souffrances personnelles déroutantes. Souvent démunis face à ces manifestations, les familles comme les enseignants expriment de plus en plus fréquemment le besoin d'offrir aux jeunes – et parfois à eux-mêmes - la possibilité de trouver au sein des établissements une écoute attentive et qualifiée en psychologie.

La création d'un corps unique

La création du corps unique de psychologues de l'éducation est en cours. Les psychologues scolaires et conseillers d'orientation-psychologues actuellement en poste représentent un effectif de 7500 professionnels pour plus de 12 millions d'élèves des premier et second degrés, *soit en moyenne 1 psychologue pour 1600 élèves*. Ils seront intégrés dans le nouveau corps unique dans le courant de 2017.

La mission souhaite que soit accélérée la procédure de création du nouveau corps et qu'il soit donné à cette réforme un écho efficace auprès des enseignants, des parents et des élèves eux-mêmes.

La mission rappelle enfin que cette création est qualitativement d'autant plus nécessaire que le nombre des emplois consacrés à la psychologie à l'École reste, en France, inférieur, toutes choses étant égales par ailleurs, à ceux des pays européens. Le ratio moyen dans l'Union Européenne est de 1/800 (1/600 en Finlande, souvent évoquée pour l'excellence de son système scolaire...).

Cette création concourt à l'installation, au cœur des établissements, d'un dispositif médico-psycho-social qui, associé à un répertoire opérationnel des ressources et des procédures partagées, permettra de mieux repérer et accompagner les adolescents et les jeunes adultes qui manifestent des signes importants de mal-être.

Préconisation 5. Renforcement de la médecine scolaire dans les collèges et les lycées et création d'un service médico-psycho-social au service du bien-être et de la santé des jeunes

La mission donne un sens large à la notion de bien-être et de santé des collégiens et des lycéens. Le repérage et l'accompagnement thérapeutique de ceux des adolescents qui souffrent nécessitent une approche globale qui intègre donc des dimensions pédagogique, psychologique et sociale.

Le dispositif d'alerte médico-psycho-social¹⁰³ qu'il faut instaurer dans chacun des établissements a pour fonction de réunir, à la demande du chef d'établissement et sous l'autorité du médecin scolaire ou de l'infirmier(e), les personnels qui ont à connaître de la situation d'un élève qui suscite des inquiétudes particulières quant à sa santé. L'infirmier(e), l'assistant(e) de service social, le psychologue de l'Éducation nationale et tout enseignant et éducateur ont vocation, à l'invitation du chef d'établissement, à s'associer à ce tour de table. La participation aux travaux de cette instance par un spécialiste de l'adolescence, extérieur à l'établissement (MDA, PAEJ, structures de soins, etc.) est essentielle et doit être définie dans chaque établissement. Au cours de la réunion de cette instance, il convient d'arrêter la stratégie commune à suivre pour l'accompagnement de l'élève, le lien à établir avec lui et ses parents, l'éventuel recours à une instance de conseil ou de soins à l'extérieur de l'établissement.

Ce dispositif d'alerte constitue une étape vers la **création d'un service médico-psycho-social dévolu au bien-être et à la santé des jeunes**.

En tout état de cause, ce dispositif d'alerte doit faire l'objet, dans chaque établissement, d'une charte de fonctionnement, validée par le conseil d'administration et portée à la connaissance des élèves, de leurs parents et de tous les professionnels. Cette charte de fonctionnement est ainsi inscrite dans le règlement intérieur et dans le livret d'accueil.

Bien que hors du champ strict de leur mission, les auteurs **plaident pour le renforcement de la continuité des prises en charge des enfants plus jeunes entre la protection maternelle-infantile et la médecine scolaire**. L'articulation des personnels médico-psycho-sociaux des établissements scolaires avec tous les personnels des institutions de prévention, de conseil et de soins, présents dans l'environnement plus ou moins éloigné, est une nécessité rappelée à chaque page de notre rapport (ex. partage du répertoire opérationnel des ressources). Ceci permettra au médecin scolaire, à l'infirmière ou l'assistante sociale scolaire de connaître et de nouer des relations étroites avec les autres partenaires du soin.

Enfin, pour **rapprocher la médecine scolaire du système de santé de droit commun** et réciproquement, on peut envisager une **contractualisation** permettant à des médecins de ville

¹⁰³ Cf. partie 5.1.1.

d'intervenir dans les établissements d'enseignement sur des missions de médecine scolaire quand c'est nécessaire.

La mission s'interroge sur le nombre d'emplois vacants des personnels concernés par cette politique. La refondation du service des psychologues de l'Éducation nationale fait l'objet d'une attention particulière qui s'exprime dans la préconisation 4. Le pourcentage d'emplois vacants pour les assistants sociaux s'élève à environ 18% pour l'année 2015. Celui des emplois vacants pour les infirmier(e)s s'élève, quant à lui, pour la même période à un peu plus de 8%. En revanche, la situation des médecins est plus préoccupante et nécessite une description plus développée.

En effet, le développement de l'éducation à la santé (ex : du parcours éducatif de santé), le déploiement du dispositif d'alerte et l'extension des partenariats évoqué plus haut, appellent nécessairement un renforcement des actions conduites par les pouvoirs publics pour pourvoir les emplois de médecins de santé scolaire aujourd'hui vacants en trop grand nombre.

Il est établi que le taux moyen des emplois de médecins scolaires utilisés par les académies, rapporté au nombre des emplois délégués par le ministère, se détériore. Il passe de 78,5% en 2011 à 75% en 2014. Les académies d'outre-mer sont en grande difficulté (Guadeloupe 47,3%, Guyane 53,2%). Certaines académies métropolitaines ne sont guère mieux loties (Reims 51,5%, Rouen 52,2%, Orléans-Tours 56,8%, Besançon 61,9%, Créteil 65,5%, Limoges 65,9%).

Selon les données fournies par la direction générale des ressources humaines du ministère de l'Éducation nationale, au 1^{er} juin 2015, la situation était la suivante :

- 1178 postes étaient occupés par des médecins titulaires, dont 113 conseillers techniques et 1065 en secteur dans les départements
- 268 postes restaient vacants, au 1^{er} septembre de la même année, après affectation des reçus au concours. On notera que pour l'année 2016, le nombre de reçus s'élève à 34, ce qui pourrait apparaître suffisant si, par ailleurs, on ne comptait pas autant de postes vacants.

En France il y avait 2150 médecins scolaires en 2005. Il y en a seulement près de 1000 en 2016. Le nombre de médecins rapporté au nombre des seuls élèves du second degré n'est pas connu. Rapporté au nombre de tous les élèves de l'enseignement scolaire (premier et second degré), il se détériore passant d'un médecin pour 9 824 élèves, en 2011, à un médecin pour 10 931 en 2014 (soit plus de 11,3%). Sans tenir compte des territoires d'outre-mer, on peut faire apparaître que ce taux passe du simple au double pour les deux académies situées aux deux extrémités du classement évoqué plus haut : 1 pour 8 073 à Poitiers et 1 pour 16 838 à Orléans-Tours. Cette dégradation est ancienne et identifiée depuis de longues années. Des réponses y ont été apportées qui demeurent encore partielles.

Ainsi, le nombre même de candidats aux concours de recrutement organisés par l'Éducation nationale pourrait être augmenté par des mesures spécifiques de revalorisation, comme celles que le ministère a d'ores et déjà adoptées, à l'automne 2015. Il convient de rappeler qu'en 2019, 42% des médecins scolaires actuellement en poste seront en âge de partir à la retraite.

Les membres de la mission soulignent la nécessaire revalorisation des rémunérations des médecins scolaires. À terme, l'alignement de leur salaire sur celui des médecins de protection maternelle et infantile (PMI), en tenant compte des conditions et des durées de travail respectives, pourraient constituer une perspective d'évolution.

Enfin, la mission souhaite que l'on prenne appui sur des exemples d'actions menées sous l'impulsion de la médecine scolaire et en collaboration étroite avec la pédopsychiatrie. À titre d'exemple, les programmes conduits à Toulouse par le Dr E. Godeau¹⁰⁴ et par le Pr JP. Raynaud¹⁰⁵, ainsi que les actions conduites avec la médecine scolaire par le Dr N. Catheline¹⁰⁶ à Poitiers sont particulièrement dignes d'intérêt. Des programmes collaboratifs de cette nature sont à conduire dans toutes les académies.

¹⁰⁴ Adjointe du médecin conseiller de la rectrice de l'académie de Toulouse.

¹⁰⁵ Professeur de pédopsychiatrie.

¹⁰⁶ Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées.

Préconisation 6. Développement des services de santé dédiés et adaptés dans chaque université

Plusieurs¹⁰⁷ types de services sont disponibles pour les besoins de santé des étudiants : les SUMPPS (Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé), les SSU (Services de Santé Universitaires), les SIUMPPS (inter-universitaires), et les BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire). Ces derniers sont dédiés à la prise en charge psychologique des étudiants à l'extérieur ou sur le lieu même de l'Université quand ils sont intégrés à un SUMPPS.

L'accroissement de la population étudiante a été très élevé depuis vingt ans. Les besoins de santé des étudiants sont particulièrement importants et divers. En effet, devenir étudiant entraîne un changement souvent radical de mode de vie, auquel s'ajoute, pour beaucoup d'entre eux, un changement de lieu. La « décohabitation » d'avec les parents et la famille au sens large peut avoir des conséquences certes financières, mais aussi affectives. Ces conditions nouvelles agissent souvent comme de puissants déterminants de santé.

Plusieurs réponses institutionnelles ont été apportées au cours des dernières années.

La création d'un régime de sécurité sociale étudiant (RSSE)

Tout étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur (université, IUT, BTS, classe préparatoire etc.) doit être affilié à la sécurité sociale étudiante et choisir une mutuelle étudiante. Cette affiliation ouvre droit au remboursement des soins en cas de maladie (ou de maternité) pendant toute la durée de l'année universitaire (du 1er octobre au 1er octobre suivant¹⁰⁸).

Ce principe est aménagé pour les étudiants dont les parents ont des revenus modestes : étudiants boursiers, application de la CMU complémentaire (CMUc) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Ainsi est respecté le choix fondamental, fait par notre pays dès 1948, d'ouvrir droit à la sécurité sociale aux étudiants comme à toutes les autres catégories d'actifs¹⁰⁹ et de permettre ainsi leur accès aux soins.

La sécurité sociale pour tous les étudiants, certes perfectible dans certaines de ses modalités d'ouverture de droits, permet un accès à des soins ambulatoires ou hospitaliers, comme pour l'ensemble des citoyens. Cette ouverture des droits pourrait être simplifiée et plus rapide. Certains étudiants auditionnés ont fait part de plusieurs mois d'attente pour qu'elle soit effective.

¹⁰⁷ Nous avons déjà traité auparavant les interventions en prévention organisées avec l'aide des collectivités territoriales (par ex. à Rennes).

¹⁰⁸ Le « basculement » au 1^{er} septembre est à l'étude, comme précisé dans le plan national de vie étudiante (PNVE).

¹⁰⁹ Salariés, exploitants et salariés agricoles, salariés des mines, professions libérales...

Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS)¹¹⁰

Les premiers services universitaires de médecine préventive sont créés dès les années 1920. Ils répondent à la même nécessité que celle qui prévaut pour les salariés des entreprises de production ou de services. Il s'agit, entre autre, de faire face aux risques épidémiques. Depuis lors, et tout particulièrement depuis les années 1950-1960, de nombreuses évolutions se sont produites. Aujourd'hui, fait référence le décret du 7 octobre 2008 pour l'organisation et les missions des services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS). Une circulaire du 4 mars 2010 en précise les grandes lignes. Sont évoquées d'abord des *missions obligatoires* : l'examen préventif au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur ; la participation au dispositif d'accompagnement et d'intégration des étudiants en situation de handicap ; l'impulsion et la coordination des programmes d'éducation à la santé ; la participation au comité d'hygiène et de sécurité etc. La circulaire traite aussi de son *organisation* : un SUMPPS est un service d'une université qui peut, par convention, intervenir dans d'autres universités ; son budget est fixé en conséquence.

Cette circulaire établit aussi la possibilité pour un SUMPPS d'être agréé comme centre de santé : « Du fait de sa situation de proximité avec les étudiants, un SUMPPS/SIUMPPS agréé "centre de santé" peut apporter une aide médicale appropriée et rapide aux étudiants, notamment à ceux en situation de précarité ou présentant des besoins spécifiques, qui sans cela renonceraient aux soins ». Ce choix a été fait par certaines universités qui ont voulu tenir compte de « la situation dans l'environnement médical local ; de la définition des publics accueillis ; de l'estimation des coûts supplémentaires ».

Renforcer les BAPU pour qu'aucun étudiant ne reste sans soins psychiques

Les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) se sont développés quasiment en parallèle et grâce à l'impulsion des mouvements étudiants et de psychiatres et/ou de psychanalystes. Ils sont reconnus officiellement par un décret de novembre 1964 qui précise leurs conditions de fonctionnement. Le titre même de ce décret où figurent l'expression « centres de diagnostic et de traitement (des BAPU) », la précision selon laquelle ils « peuvent être agréés pour donner des soins aux assurés sociaux » et l'absence de signature par le ministre de l'éducation nationale (ou des universités), situent clairement l'orientation de ce dispositif vers les soins. Les BAPU, par le décret même, assurent des psychothérapies essentiellement psychanalytiques, à court et à long terme. Pour cela, ils sont précieux.

Le panorama des BAPU est actuellement limité et fragmenté : seuls 16 BAPU sont clairement recensés. Trois BAPU sont multi-sites, ce qui porte à 21 le nombre de lieux de consultations. A l'exception d'un BAPU géré par un SUMPPS, tous les autres sont portés par une association qui, dans 9 cas sur 16, gère aussi un centre médico-psychopédagogique (CMPP). Il convient de compléter ce

¹¹⁰ Voir aussi la contribution du Pr L Gerbaud, responsable du SIUMPP de Clermont Ferrand en annexe.

tableau insatisfaisant en faisant remarquer, de surcroît, que seules 9 villes universitaires de province disposent d'un BAPU¹¹¹.

Confronté à un problème temporaire de mal-être, peut-être même à une souffrance psychologique, voire à un trouble psychique émergent, un étudiant risque de ne pas pouvoir s'adresser aisément à un professionnel compétent. Or, il convient de rappeler que les études constituent une période de vulnérabilité particulière du fait de la séparation fréquente d'avec le milieu parental, des problèmes d'orientation qui se posent en fin de licence 1 et début de licence 2, de la difficulté d'entrer dans des masters 2 sélectifs, de la difficulté enfin d'entrer dans la vie professionnelle... Des souffrances dans ces moments cruciaux de la vie entraînent des conséquences importantes pour le devenir adultes si elles ne sont pas correctement prises en charge.

Renforcer les mesures du Plan National de Vie Étudiante (PNVE)

Il convient donc de conforter les avancées portées par le Plan national de vie étudiante. En effet, les dispositifs actuels n'arrivent pas à faire face aux besoins des étudiants. En souffrent nombre d'entre eux et les professionnels dont l'activité leur est dédiée. Les conséquences de cette inadéquation retentissent aussi sur les parents et les proches des étudiants ainsi que sur de nombreux professionnels de la santé, confrontés à des demandes qu'ils ont des difficultés à apprécier.

Les maisons des adolescents, qui accueillent, orientent et accompagnent des jeunes de 11 à 18, 21 ou 25 ans, peuvent apporter une première réponse. Ces réponses resteront toutefois insuffisantes au regard des besoins et des moyens dont elles disposent. Mieux organiser, dans chaque université, une médecine de prévention et de soin primaire, incluant spécifiquement un volet santé mentale, est une nécessité déjà affirmée dans le Plan national de vie étudiante.¹¹²

Le choix de porter de 20 à 30 le nombre de SUMPPS disposant d'un « centre de santé » à échéance de la rentrée universitaire 2017, correspond à ce besoin. Il ne s'agit pas de freiner l'accès à l'offre de soins « de droit commun ». Tout au contraire : il convient de rendre possible une première étape dans un parcours de soins. Une bonne inscription des SUMPPS dans l'offre de soins locale (mesure 18 du PNVE) constitue la condition indispensable de ces parcours pour les étudiants en souffrance.

La mise en place effective des directives énoncées dans la mesure 19 du PNVE : « développer l'offre de soins à destination du public étudiant » retient prioritairement l'attention de la mission. Cette mise en place urgente passe par un **accroissement du nombre de BAPU**. Pour cela, les financements par les agences régionales de santé (ARS) doivent découler de stratégies définies dans des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM), signées entre la ou les universités, la personne morale gestionnaire du BAPU et l'ARS.

¹¹¹ La liste communiquée à la mission, ne mentionne pas de BAPU à Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nantes, Toulouse ni à Dijon, Limoges, Nancy, Poitiers, Rouen....

¹¹² Voir, entre autres, dans le PNVE (oct. 2015) les « mesures » 6 et 16 à 24.

Cette volonté politique forte doit se traduire dans un plan à cinq ans garantissant, à son terme, que tout étudiant en difficulté importante, voire en détresse, soit accueilli immédiatement pour se voir proposer un accompagnement thérapeutique spécifique et adapté.

Enfin, un effort d'information aux étudiants devra être fait pour toutes ces questions de prévention de la souffrance psychologique. A ce titre, on peut citer entre autre l'exemple du Victoria College de Toronto, qui offre sur son portail une information très claire et très pertinente pour les étudiants, avec le programme « Ask, listen, talk¹¹³ » (« Poser des questions, écouter, parler »).

¹¹³ <http://www.vic.utoronto.ca/students.htm>

Préconisation 7. Augmentation nécessaire et significative des ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

L'offre en psychiatrie de l'adolescent doit être renforcée pour des soins et des interventions spécifiques et adaptées, pour de la recherche innovante et pluridisciplinaire et, enfin, pour permettre aux professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de participer à l'augmentation des compétences de tous ceux qui travaillent avec les jeunes au collège, au lycée, à l'université notamment mais aussi dans tous leurs lieux de vie.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit être renforcée dans sa composante « soins » (effectifs et organisation)

Cette offre doit être renforcée dans l'ensemble de ses composantes de soins comme l'ont montré les *États Généraux de la Pédopsychiatrie* qui se sont tenus en 2014 à Paris¹¹⁴. Les mêmes constats ont abouti aux mêmes demandes, portées par tous les professionnels qui interviennent en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, on retrouve les mêmes conclusions dans toutes les études, comme nous le montrons ici¹¹⁵. Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) dans son atlas de 2016 a mis en évidence le fait qu'il y a eu une diminution de presque 50% des inscriptions comme pédopsychiatre entre 2007 et 2016. **Toutes ces analyses plaident pour un moratoire immédiat sur tous les postes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et une augmentation de 25% au moins des postes dans l'ensemble du territoire dans les cinq ans.** Ce moratoire, puis l'augmentation des postes, doivent concerner les psychiatres d'adolescents aussi bien que tous les autres professionnels qui travaillent au service de ces jeunes : psychologues, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs, psychomotriciens, psychiatres de jeunes adultes...

Le passage de la psychiatrie de l'adolescent à la psychiatrie de l'adulte doit être consolidé. Pour cela, il faut créer des réseaux entre services de psychiatrie de l'enfant et services de psychiatrie de l'adulte. Ces créations doivent favoriser la prise en charge des jeunes entre 15 et 21 ans, ainsi que la recherche sur cette période de transition, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres disciplines médicales. Il faut donc concevoir la prise en charge des adolescents et des adultes jeunes comme une discipline à part entière dédiée à cette transition.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit être renforcée dans sa composante « recherche »

Il y a aussi très peu de structures de recherche aussi bien à l'Université, à l'Inserm ou au CNRS, dédiées à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Par exemple, à l'Inserm on ne compte

¹¹⁴ Ces États Généraux, portés par l'ensemble des acteurs de la pédopsychiatrie française, ont renforcé les conclusions déjà établies par les États Généraux de la pédopsychiatrie, réunis avant en Seine-Saint-Denis.

¹¹⁵ En particulier au chapitre concernant l'offre de soins en 2.3.

véritablement qu'une unité partiellement dédiée à la pédopsychiatrie, et en particulier à la psychiatrie de l'adolescent de manière significative. Il s'agit de l'Unité 1178 qui fait partie du CESP (Centre d'Études en Santé Publique dirigé par B. Falissard). Or les questions de souffrance des jeunes à l'école, avec les nouvelles formes qu'elles prennent aujourd'hui, comme l'importance des comportements suicidaires ou des automutilations, l'augmentation des phobies scolaires ou les tentations de radicalisation, exigent des recherches innovantes, internationales et pluridisciplinaires. Ces recherches doivent être articulées, non seulement avec les neurosciences, mais de manière forte avec les sciences humaines comme la psychologie, la sociologie, l'anthropologie ou les sciences de l'éducation... et ce à l'instar de ce qui se fait sur le plan international¹¹⁶.

- Nous proposons donc de soutenir la création de structures de recherche pluridisciplinaires dédiées à l'ensemble des problématiques de la santé des jeunes en souffrance (équipes universitaires, INSERM, CNRS... sous la responsabilité de chercheurs engagés dans ce domaine) dans les grandes régions et au niveau national. Ceci peut-être favorisé par le fléchage de budgets de recherche spécifiques sur la santé des jeunes.
- Cette recherche doit être consolidée par un Institut National de la Santé des Jeunes¹¹⁷ dont nous préconisons la création et qui a vocation à réunir l'ensemble des disciplines relatives à la santé des jeunes et aux contextes dans lesquels elles se développent (psychiatrie, psychologie, sciences sociales et sciences de l'éducation, pédagogie, anthropologie, didactique, médecine de l'adolescent, épidémiologie etc.).
- Cette dynamique doit être impulsée sur le plan organisationnel par un Pilotage National du Plan¹¹⁸ et sur le plan scientifique et sociétal par une Conférence Internationale sur le Bien-être et la Santé des Jeunes¹¹⁹.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit être renforcée dans sa composante « enseignement et formation »

La psychiatrie générale et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent appartiennent à la même filière médicale. Le diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie, qui permet l'exercice des deux disciplines, comporte une formation obligatoire à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, comptant aujourd'hui au minimum deux semestres de stage dans un service validant pour la pédopsychiatrie et une formation théorique minimale en pédopsychiatrie. En complément, les internes en psychiatrie générale, ainsi que les internes en pédiatrie, ont la possibilité de s'inscrire au *Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires* (DESC) de pédopsychiatrie. Il s'agit d'une formation facultative dite de type 1, c'est-à-dire apportant une compétence mais ne débouchant pas sur un exercice exclusif. Elle permet donc d'exercer aussi comme psychiatre d'adulte.

¹¹⁶ Cf. Par exemple ce qui se fait en Australie avec les travaux de P Mc Gorry.

¹¹⁷ Cf. préconisation 9.

¹¹⁸ Cf. préconisation 10.

¹¹⁹ Cf. préconisation 9.

Une réforme du troisième cycle des études médicales a été annoncée par le gouvernement. Ses modalités n'ont pas été arrêtées, et devraient être précisées par le Pr Schlemmer, nommé par la Ministre en charge de la santé et par le secrétaire d'État à l'enseignement supérieur et à la recherche à l'été 2016. Un premier rapport sur la restructuration du troisième cycle des études médicales, établi par les professeurs Couraud et Pruvot, préconisait de transformer le DESC1 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en option du DES de psychiatrie.

Or, selon une enquête menée, par l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) auprès des internes inscrits au DES de psychiatrie pour l'année universitaire 2011-2012¹²⁰, environ un tiers des internes en psychiatrie souhaitent s'inscrire à un DESC. Parmi eux, 60% souhaiteraient s'inscrire à un DESC de pédopsychiatrie. 16% des internes déclarent souhaiter exercer en pédopsychiatrie, 22% en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte, 55% en psychiatrie adulte (7% ne savent pas). Mais dans certaines régions, il n'y a pas de professeurs de pédopsychiatrie, ce qui rend leur formation plus difficile et diminue l'offre de soins en pédopsychiatrie.

De même si 20% des internes souhaiteraient avoir une activité de recherche à l'issue de leur internat, l'enseignement et la recherche en pédopsychiatrie sont pénalisés par le très faible nombre de professeurs universitaires-praticiens hospitaliers PU-PH en France dans ce domaine.

- C'est pourquoi il faut reconnaître la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comme une spécialité (option) et la renforcer dans ses aspects hospitalo-universitaires : les PU-PH en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent représentent **0,73% de l'ensemble de tous les postes de professeurs** avec un taux d'encadrement très bas de **1 universitaire pour plus de 63 internes**. Il faudrait **au moins 3 PU-PH** de pédopsychiatrie dans chaque Faculté de médecine ou ville universitaire petite ou moyenne et **5 dans les Facultés des métropoles** d'ici 5 ans pour permettre que tous les champs de la psychiatrie du bébé à l'adolescent soient couverts (différents âges en particulier adolescents, enfants, bébés, addictions, pédopsychiatrie médico-légale...) et qu'il y ait un psychiatre spécialisé dans le champ de l'adolescence dans chaque Faculté de médecine ce qui est actuellement bien loin d'être le cas. Pour développer des compétences pluridisciplinaires, nous soutenons la création de postes universitaires dans toutes les autres disciplines qui spécialiseraient des postes en santé des jeunes (psychiatrie adultes, pédiatrie avec la médecine de l'adolescent, médecine de la transition...).
- Pour être en cohérence avec ce que l'on sait aujourd'hui du développement des adolescents et en convergence avec d'autres rapports récents, la mission propose que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent soit responsable des adolescents **jusque 18 ans (âge de la majorité)** et non jusqu'à 15 ans seulement, norme floue parfois encore en vigueur aujourd'hui. Cela suppose bien sûr de rééquilibrer les moyens en faveur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

¹²⁰ Taux de réponse : 53%.

Préconisation 8. Développement de Maisons des Adolescents de 2^{ème} génération

La convention nationale de partenariat entre le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et l'association nationale des maisons des adolescents, signée à Strasbourg le 16 juin 2016, doit trouver ses déclinaisons locales. Les dispositions suivantes ont pour objet d'approfondir et de pérenniser ce partenariat.

Un nouveau cahier des charges national à rédiger pour

- des MDA promotrices de la santé et du bien-être, actrices de la prévention des problèmes de santé et des mal être dans les territoires urbains comme ruraux
- des MDA missionnées régulièrement par les pouvoirs publics pour être têtes de réseau, dans un territoire donné, de tous les « acteurs de l'adolescence » (participation à la constitution d'un répertoire opérationnel de ressources pour les professionnels, les jeunes et leurs parents ; animation d'un comité local de pilotage, etc.)
- des MDA proposant des accompagnements, des prises en charge et des soins, dont le caractère pluri-professionnel et pluri-institutionnel est garanti
- des MDA sources de connaissances de la population des jeunes et productrices d'information et de formation pour tous, en lien avec l'institut national de la santé des jeunes ¹²¹.

En fonction de la manière dont les MDA se sont constituées, de l'organisation locale de l'offre de soins et des besoins prioritaires identifiés dans les territoires considérés, le cahier des charges national sera décliné, pour chaque MDA, dans une lettre de cadrage rédigée par les pouvoirs publics locaux compétents.

Une animation territoriale

La maison des adolescents est un dispositif ouvert. Assumer la responsabilité de tête de réseau nécessite que la MDA mette annuellement en débat avec ses partenaires les axes de ses actions, afin de faire la démonstration que ces dernières sont, pour l'essentiel, une contribution aux missions de chacun d'entre eux. Si la situation le requiert, la maison des adolescents, tout comme le PAEJ, favorise l'orientation de l'adolescent, de ses parents ou des professionnels vers les services de protection de l'enfance du département. Cette démarche est facilitée par les habitudes de coopération encouragées, d'une part, par le comité de pilotage de la MDA et, d'autre part, grâce au protocole de prévention départementale dont les directions académiques des services départementaux de l'Education nationale et les ARS sont signataires (loi du 14 mars 2016).

Le comité de pilotage territorial rend compte ainsi de la dimension adaptée au nombre et à l'engagement des partenaires. Il se réunit au moins une fois par an.

¹²¹ Cf. préconisation 9.

Des moyens adaptés

La définition des moyens nécessaires au fonctionnement des MDA, comme têtes de réseau, implique que soient d'abord conduits localement des audits. Ces derniers devraient permettre d'établir :

- le nombre et le statut des personnels employés directement par les MDA
- le nombre, le statut, l'origine et la quotité de temps de travail des personnels mis à disposition des MDA
- les moyens de fonctionnement globalisés
- la part de chacun des contributeurs et la nature de leurs contributions.

Cette première analyse permettrait d'estimer les coûts de fonctionnement des MDA. Ces audits doivent être de nature à éclairer les pouvoirs publics sur les coûts prévisionnels d'une mise en œuvre du nouveau cahier des charges, voire de création d'antennes ou de MDA ex-nihilo.

Une circulaire interministérielle

Une circulaire interministérielle pourrait définir le cadre politique et réglementaire dans lequel devrait s'inscrire la refondation des MDA telle qu'elle est évoquée ici. L'ampleur des engagements nécessités, le poids des enjeux en termes de santé publique et de justice sociale, ainsi que le nombre et l'importance des acteurs sollicités, et ce au plus près de tous les territoires de la République, requièrent que cet approfondissement des missions des MDA fassent l'objet d'un texte fort.

A cette préconisation, s'ajoutent la structuration et le soutien nécessaire à apporter aux PAEJ complémentaires des MDA¹²².

¹²² Cf. Partie 4.1.2.

Préconisation 9. Création d'un Institut National pour la Santé des Jeunes

La création de cet institut est nécessaire pour faire progresser les connaissances et la pertinence des modalités d'intervention de tous les acteurs au service du bien-être et de la santé des jeunes. Elle donnera une visibilité nationale et internationale à la politique de recherche et d'enseignement. Elle portera une valeur symbolique s'ajoutant à son intérêt opérationnel : favoriser la coordination des travaux dans tous les champs qui traitent de la santé des jeunes et accroître les compétences de tous ceux dont l'action contribue au bien-être et à la santé des jeunes.

Dans le champ aujourd'hui négligé et sous-évalué de la santé des jeunes, l'institut aura une vocation d'agence d'expertise et d'agence d'objectifs et de moyens. La santé s'entend ici au sens large pour des jeunes de 10 à 25 ans¹²³ qui représentent, sur notre territoire national, plus de 12 millions de jeunes¹²⁴. Il permettra aussi de mettre en valeur et de faire interagir ce qui existe déjà de manière parcellaire dans ce domaine de la santé des jeunes.

- A l'instar de tous les autres instituts thématiques multi-organismes (ITMO), l'institut doit jouer un rôle d'accélérateur du progrès au service des jeunes, de leurs proches, des usagers du système scolaire, universitaire, sanitaire et social, des professionnels de la santé et de l'éducation, des chercheurs, des experts, des associations et des décideurs.
- Sous la tutelle des ministères chargés de la Santé, de l'Éducation, de la Recherche et de la Jeunesse, l'institut favorise des approches de la jeunesse qui intègrent plusieurs dimensions (santé, scolarité, vie sociale, vie économique etc.). Il prend en compte les logiques inhérentes à la prévention, au dépistage, aux soins, aux interventions et à la recherche liées à la santé des jeunes.
- Il participe à des appels à projets de recherche, de prévention et d'interventions, en lien avec les autres acteurs de ces champs, pour s'assurer que la santé des jeunes est prise en compte à sa juste place. Il initie lui-même des appels à projets et des appels à candidature spécifiques, destinés à améliorer la santé des jeunes dans ses différentes composantes. Il accompagne les politiques de santé publique en faveur de la santé des jeunes en France en s'appuyant sur les innovations internationales (Australie, Canada...) et sur les expériences qui ont fait leur preuve.
- Plusieurs types d'appels à projets peuvent se concevoir : les projets directement subventionnés par l'institut des appels dont les financements seraient constitués par les dotations du Ministère de la Santé (dont via les ARS) ou par le Ministère de l'Éducation nationale ou de la Recherche. En se basant sur l'expérience des autres instituts thématiques nationaux et sur les besoins du champ de la jeunesse, on peut imaginer deux types d'intervention pour renforcer la thématique santé des

¹²³ Nous avons élargi l'âge dans cette préconisation pour favoriser toutes les transitions.

¹²⁴ Environ 8 millions entre 11 et 21 ans (nés entre 1995 et 2005) et 12 entre 10 et 25 ans (nés entre 1996 et 2001) ; voir par exemple la pyramide des âges présenté par l'INED (<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/pyramide-ages/>).

jeunes : des appels à projets libres ou thématiques dans le domaine de la recherche en particulier qualitative et compréhensive, de la santé publique, des soins et de la qualité de vie des jeunes, des élèves, des apprentis, des jeunes en recherche d'emploi... Ces appels à projets pourraient être conjoints avec d'autres institutions et l'institut assurerait le processus d'évaluation en partenariat avec la DGOS via le PHRC (Projet hospitalier de recherche clinique) dont une partie pourrait être fléchée « santé jeunes », des programmes de recherche de l'Éducation Nationale ou du commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) par exemple ; enfin, une labellisation d'organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé des jeunes dans l'ensemble du territoire.

- L'institut recherchera des synergies avec la Chaire Jeunesse de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) qui travaille sur l'engagement des jeunes et leur santé.
- Enfin, l'institut s'intégrera au Portail National de Recherche en Santé¹²⁵ prévu dans le plan d'action pour la recherche en santé en veillant à identifier des projets fléchés sur la santé des jeunes ; dans la logique présentée par Y Lévy, président d'AVIESAN (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) et PDG de l'Inserm, dans le Plan d'action pour l'organisation de la programmation de la recherche en santé qu'il a présenté au gouvernement le 15 juillet 2015¹²⁶.

Dans tous ces domaines, l'institut assurera la promotion et le progrès des connaissances et des actions en faveur de la santé des jeunes en lien avec les acteurs de terrain et de la recherche.

Pour lancer cet institut, une **Conférence internationale sur le bien-être et la santé des jeunes** pourrait avoir lieu à Paris sous l'égide de l'OMS, réunissant les pays les plus en avance sur cette question comme l'Australie, Le Canada et certains pays européens comme la Finlande.

¹²⁵ <http://www.aap-recherchesante.fr/contenu.php?page=presentation>

¹²⁶ Et remis à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Najat Vallaud-Belkacem, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et Thierry Mandon, secrétaire d'État chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Préconisation 10. Mise en œuvre d'un pilotage national et territorial du Plan Bien-être et Santé des Jeunes (2016-2020)

Un comité de pilotage national pour animer la mise en œuvre d'un plan d'action

A la suite de la remise du rapport, les ministres signataires de la lettre de mission déterminent les préconisations qu'ils retiennent. Ils instituent un comité de pilotage national pour leur mise en œuvre. Ils désignent son président et son vice-président. Ces derniers appartiennent à l'Éducation nationale et à la Santé. Le comité de pilotage a pour première tâche de rédiger un plan d'action interministériel pour la mise en œuvre des mesures retenues. Pour chacune d'entre elles, un chef de projet est désigné dans le ou les départements ministériels concernés. Le président du comité de pilotage coordonne l'action des chefs de projets. Il dispose d'une capacité propre d'interpellation des administrations centrales et déconcentrées ainsi que de leurs partenaires. Le comité de pilotage national chargé de l'accompagnement et du suivi du Plan d'action est appelé à présenter l'état d'avancement de l'application du plan devant le comité interministériel de la jeunesse¹²⁷. Pour l'ensemble de missions qui lui sont attribuées, le président du comité de pilotage du plan d'action "Bien-être et santé des jeunes" reçoit une lettre de mission signée des ministres. Les ministres réunissent au moins une fois par an le comité national de suivi et d'accompagnement du plan d'action pour un examen systématique des mesures¹²⁸.

Un pilotage régional pour l'organisation d'actions concrètes et partagées entre les établissements scolaires, les MDA et les acteurs des territoires de santé

Conformément à la circulaire de la rentrée du 20 mai 2014, les recteurs sont invités à confier aux proviseurs-vie-scolaire (PVS) ou à un inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional-établissements-vie-scolaire (IA-IPR-EVS) la co-animation d'une instance commune de travail en charge d'accompagner les projets locaux prioritaires. Cette instance est également pilotée par un responsable régional désigné par le directeur de l'Agence Régionale de Santé. Ces priorités s'inscrivent dans le plan d'action national. Elles sont l'objet d'un volet du projet académique. Le recteur et le directeur de l'ARS désignent chacun, sur le modèle de la présidence du comité national, un responsable du groupe de travail académique.

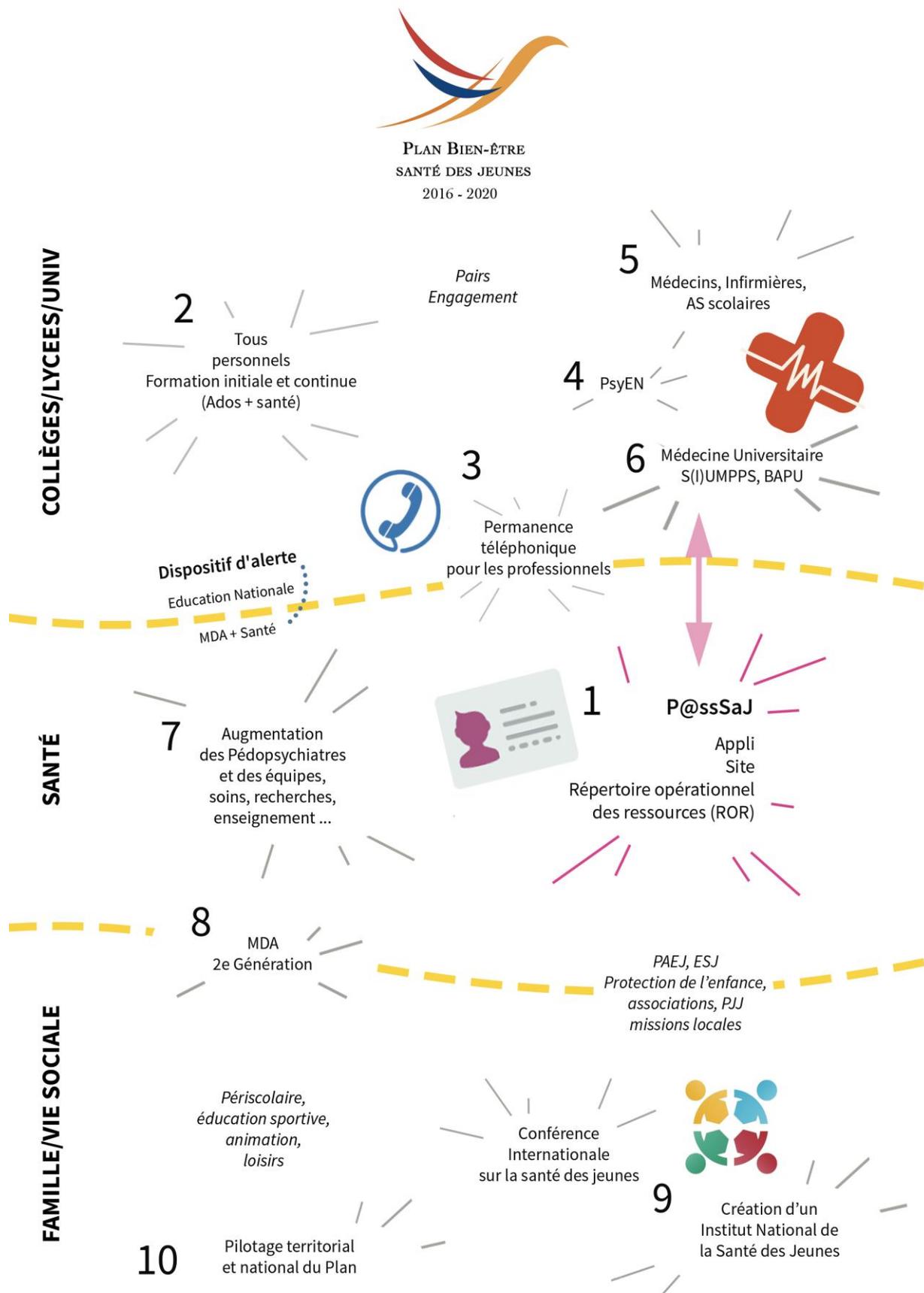
L'institut National de la Santé des Jeunes

À terme, l'institut se voit confier dans son cahier des charges la mission d'appui et d'animation du réseau national des responsables académiques et régionaux, ainsi que le suivi de l'application du plan d'action et de ses développements.

¹²⁷ Voir décret du 30 avril 1982 portant création d'un comité interministériel de la jeunesse.

¹²⁸ Cf. circulaire du Premier ministre du 2 mai 2016 : « Évaluation de l'impact sur la jeunesse des projets de lois et de textes réglementaires ».

Les deux schémas récapitulatifs du Plan *Bien-être et Santé des Jeunes*



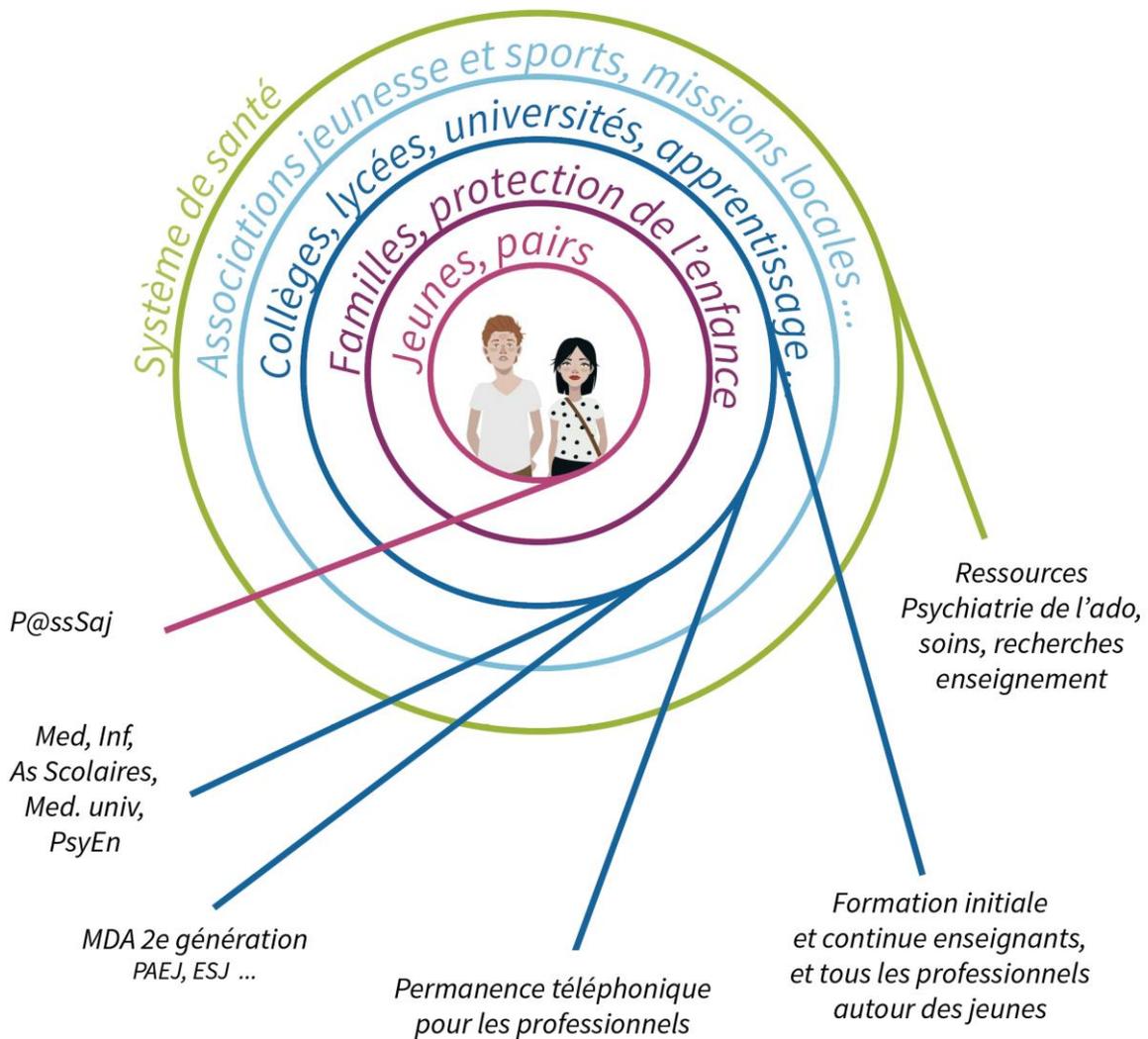


PLAN BIEN-ÊTRE
SANTÉ DES JEUNES

Pilotage national et territorial

Conférence internationale sur la santé des jeunes

Création d'un Institut National de la Santé des Jeunes





MISSION BIEN-ÊTRE
ET SANTÉ DES JEUNES

Annexes

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Les Ministres

Paris, le **29 SEP. 2015**

Madame, Monsieur,

Dans le prolongement de la priorité jeunesse inscrite par le Président de la République au cœur de son mandat, celui-ci a souhaité que l'année 2016 soit celle du lancement d'une action autour du thème de la « jeunesse : une période fragile », afin que soit abordé spécifiquement le problème du mal-être et de la souffrance des enfants, des adolescents et des jeunes adultes (1^{er} cycle universitaire, parcours d'insertion...).

Le monde médical et les responsables académiques partagent la même perception d'une insuffisance de prise en compte et d'organisation face à ces problèmes dans les écoles, collèges et lycées, universités, même si de nombreuses initiatives (publiques, associatives...) existent.

Il s'agit donc de mieux organiser la détection précoce des signes du mal-être ou de souffrance aux différents âges de la jeunesse – quelle qu'en soit la signification ultérieure et « avant que ces difficultés ne s'installent comme un mode habituel de fonctionnement et contribuent à réorganiser le développement de l'enfant autour d'elles » comme le Pr Philippe Jemmet le soulignait déjà en 1996.

Il s'agit aussi de mieux orienter les jeunes concernés vers des professionnels compétents et de mieux appuyer les personnels du milieu scolaire ou universitaire confrontés à ces situations. Il s'agit enfin d'améliorer les différentes modalités de soutien et de prise en charge pour contribuer au mieux-être des jeunes.

Madame Marie Rose MORO
Maison des adolescents
Hôpital Cochin
97 boulevard du Port Royal
75014 PARIS Cedex

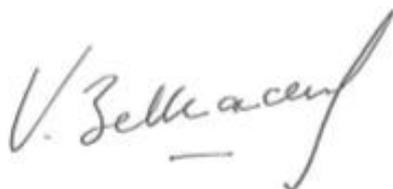
Monsieur Jean-Louis BRISON
20, rue Etienne Marcel
93500 PANTIN

Trois principes doivent guider les évolutions souhaitables : considérer le jeune dans sa globalité (ce qu'il vit en classe, dans sa famille et en dehors) ; organiser résolument des interfaces et des modes de travail moins cloisonnés entre les différents acteurs compétents (professionnels des milieux scolaires et universitaires, de la médecine de ville et hospitalière, associations, etc.) ; partir des territoires car les organisations seront nécessairement différentes et adaptées aux réseaux d'acteurs locaux.

Les prochains mois devront être consacrés à la définition d'une méthode, de repères et d'objectifs communs ; ceux-ci seront rassemblés dans une note d'orientation à nous remettre d'ici la fin de l'année. Sur la base de ces orientations, des expérimentations seront conduites dans trois à cinq académies volontaires, sur quelques sites identifiés, tout au long du premier semestre 2016. Une évaluation de ces actions sera alors établie, comprenant des préconisations pour faciliter la généralisation de ces démarches sur le territoire national à compter de la rentrée 2016.

Vous bénéficierez à cet effet de l'appui de nos services, ainsi que de l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et de l'Inspection générale de l'éducation nationale (IGEN). Une réunion sera organisée au tout début du mois de septembre à la présidence de la République pour échange et cadrage de ces travaux.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre sincère considération.



Najat VALLAUD-BELKACEM



Marisol TOURAINE



Patrick KANNER

ANNEXE 2 : DES EXPERIENCES LOCALES INNOVANTES

Les expériences qui font ici l'objet d'une description n'ont pas vocation à être exhaustives. Elles illustrent certaines initiatives que les membres de la mission ont pu observer sur le terrain et qui leur sont apparues particulièrement intéressantes.

1. « *Etap'Ado* » à Pantin, un lieu d'accueil et d'écoute pour adolescent (Seine-Saint-Denis) 4
2. *Le souci du bonheur d'apprendre pour tous dans une Maison des Adolescents, la Maison de Solenn à Paris* 6
3. *Le "SAMEAD plus intercommunautaire" service d'aide multi-professionnelle pour les enfants et adolescents en difficulté (ou... " Ça m'aide!") dans les cantons ruraux de l'arrondissement de Roanne (Loire)* 8
4. *Le dispositif « Lien ressources pour l'élève adolescent » des collèges de « Mulhouse Alsace Agglomération » et la maison des adolescents (Haut-Rhin)* 9
5. *Un collège qui remonte la pente en faisant du mieux être un axe de son projet : le collège Jules Vallès à la Ricamarie (Loire)* 10
6. *Le collège Maurice de Vlaminck de Verneuil-sur-Avre - académie de Rouen : un collège rural qui prend en considération le bien-être des collégiens (Eure)* 12
7. *« Fil harmonie » : une ligne téléphonique dédiée aux enseignants et aux personnels éducatifs de l'académie de Paris : le 01 53 60 83 68* 13
8. *Les dispositifs départementaux de prévention et de prise en charge de la souffrance psychique des adolescents organisés en réseau : l'exemple du « RESEDA » (Lot-et Garonne)* 14
9. *Les acteurs de liaison sociale dans les établissements scolaires (ALSES) (Nord)* 16
10. *La prévention de la radicalisation des jeunes (Gard)* 18
11. *Le Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents (CMPA) de Neufmontiers-en-Brie (Seine-et-Marne) : un dispositif intégré de soins-études à la croisée des champs « santé » et « éducation »* 20
12. *Animation de la cellule de veille au sein d'établissements scolaires avec la supervision des professionnels de la Maison des adolescents : l'exemple de Brest (Finistère)* 23
13. *L'internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents (ISEMA) Jean Baudin à Illiers – Combray (Eure et Loir)* 25
14. *L'accompagnement des jeunes consommateurs : l'exemple des consultations jeunes consommateurs (CJC) de Montauban (Tarn et Garonne)* 27
15. *Actions partenariales des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) avec les jeunes en CFA ou en milieu scolaire à Toulouse (Haute-Garonne) et à Orléans (Loiret)* 28
16. *Une formation spécifique des assistants d'éducation (Yvelines)* 30

1- « Etap'Ado » à Pantin, un lieu d'accueil et d'écoute pour adolescent (Seine-Saint-Denis)

Le service accueille de manière inconditionnelle, immédiate, et 7 jours sur 7, des adolescents entre 13 et 17 ans qui vivent des situations, souvent brutales, de rupture familiale ou scolaire. On vient à "Etap'Ado" pour se "poser", pour profiter d'un sas de décompression, pour gérer un quotidien trop problématique et trouver des débuts de réponses à une crise. Avec l'accord des parents, l'accueil de une à trois nuits est possible. Le Parquet des mineurs est informé.

Le jeune est librement entendu s'il le souhaite, mais aucun entretien préalable à l'accueil ne s'impose. Dès son arrivée, des activités lui sont proposées dans les domaines artistiques ou corporels (collage, boxe, photolangage, danse, musique etc.), comme autant d'espaces individuels de symbolisation. Une psychomotricienne, employée permanente de la structure, met en œuvre des médiations corporelles dans l'objectif d'apaiser au mieux les tensions de tous ordres (psychiques, physiques, émotionnelles) qui font souffrir le jeune.

En 2015, le service mobilisait 11 éducateurs, un psychologue, une psychomotricienne. 484 jeunes ont frappé à la porte d'Étap' Ado, dont 327 pour la première fois (60% de jeunes filles). 131 ont bénéficié de l'accueil de nuit, 48 ont été accueillis par une ordonnance provisoire de placement. 116 familles ont été rencontrées.

La structure est née de la volonté du conseil départemental. L'association support est la Sauvegarde de la Seine-Saint-Denis, dont une des missions principales est la protection de l'enfance. Etap' Ado inscrit son action de prévention dans ce champ, en cohérence avec la loi du 5 mars 2007 réformant l'organisation de cette mission par les pouvoirs publics.

Le partenariat avec les collèges est très structuré, même s'il doit connaître de nouveaux développements. Le service social scolaire en faveur des élèves, de la direction académique, a été le premier partenaire d'Etap' Ado. Aujourd'hui, si les assistants de service social restent les premiers relais pour permettre aux jeunes d'accéder au service, les conseillers principaux d'éducation et les infirmières scolaires sont de plus en plus des recours. Les articulations avec les institutions ou associations à vocation sociale se multiplient. Un engagement plus important de tous les proviseurs de lycées et principaux de collèges du département permettrait de donner toute son ampleur à un service appelé à se développer.

La réussite d' Etap'Ado c'est de faire la démonstration aux jeunes accueillis, à leurs parents, et aux professionnels de l'éducation et de la santé, que l'apaisement respectueux des tensions psychologiques et émotionnelles est un préalable à toute reprise d'un parcours social, familial et scolaire pour un adolescent en crise. Cet apaisement s'amorce quand on prend soin de réarticuler les différentes temporalités de la vie du jeune en crise (immédiateté et urgence, temps et rythme de la scolarité, durée et filiation etc.)

Cet apaisement est nécessairement affaire de professionnels, dans un espace dédié.

smodier@sauvegrde.93.fr

2- Le souci du bonheur d'apprendre pour tous dans une Maison des Adolescents, la Maison de Solenn à Paris

Le témoignage d'une enseignante, directrice d'études

Dans notre service, nous recevons chaque année 3000 adolescents de 11 à 18 ans, de la 6^{ème} à la terminale venant de toutes les académies. Nous avons ainsi une observation très diversifiée des ressentis et problèmes liés à la scolarité. Nous entendons des plaintes récurrentes qui soulignent la souffrance scolaire non seulement des élèves, mais de leurs parents.

Il semble que ce qui rend les élèves malheureux, ce ne sont ni le travail, ni les savoirs, ni l'ennui mais un horaire et des programmes pléthoriques : difficile de travailler dans la sérénité, quand les devoirs à la maison s'ajoutent à une journée déjà bien remplie.

L'accompagnement scolaire à la *Maison de Solenn*

Une enseignante est spécialement chargée de la scolarité : elle reçoit, à la demande des médecins, les jeunes et leur famille pour les accompagner dans les difficultés et répercussions qu'entraînent les différentes pathologies sur la scolarité. Par ailleurs, en plus de cette directrice des études, il y a une professeure de philosophie et d'arts plastiques, un professeur d'éducation physique et un de musique.

En hospitalisation

Les cours sont un moment privilégié qui fait du bien aux adolescents (en très grande majorité) selon l'évaluation qui est faite lors de leur sortie. Chaque adolescent est reçu en entretien pour un bilan : difficultés, inquiétudes en raison de l'absence d'un projet scolaire de sortie. En plus des cours assurés par les enseignants de la MDA, des cours particuliers sont dispensés par l'association *L'École à l'Hôpital* à raison de 5 heures maximum par semaine : en effet, il faut laisser du temps pour les soins et les autres activités. De plus, un cours individuel d'1 heure équivaut à 3 h en classe. Pendant l'hospitalisation, les parents sont reçus et nous écoutons leurs inquiétudes et répondons à leurs questions. Le professeur se coordonne avec les établissements, par le biais des médecins scolaires, infirmiers, CPE pour évoquer le travail, la reprise des cours, une réorientation éventuelle ou une réaffectation dans le quartier ou en internat.

Nous avons à cœur à la MDA que l'hospitalisation d'un adolescent ne pénalise pas sa scolarité et nous sommes heureux de compter chaque année des résultats très positifs aux différents examens nationaux.

En hospitalisation de Jour et Centre d'Accueil Thérapeutique en Temps Partiel

Le même accompagnement des familles est proposé mais pour des jeunes qui, en majorité, restent scolarisés. Seul un groupe suit un programme avec le professeur de lettres qui vise dans la durée un projet personnalisé de retour vers les études. Le principe de cet atelier est de retrouver confiance en ses capacités et compétences. Le professeur s'appuie sur leurs nombreux prérequis qu'ils redécouvrent avec bonheur, car ils s'aperçoivent qu'ils n'ont pas tout oublié ou, rien appris... Il s'agit aussi de retrouver une attitude d'élève et le bonheur d'être élève.

En consultation : l'accompagnement scolaire reste très soutenu et la coordination avec les établissements fondamentale.

Les devoirs, le travail personnel : l'enfer à la maison

La plainte se situe d'abord au niveau du temps : après des journées parfois très longues (6-7 h), l'élève rentre, goûte et normalement se met au travail. Le ressenti est qu'il n'a pas de temps pour sa vie.

Cette impression de devoir « sacrifier » sa vie personnelle a évolué au fil du temps. Aujourd'hui l'enjeu est encore plus pressant. Si on ne travaille pas à l'école, on ne s'en sortira pas dans la vie. Or, avec l'évolution des moyens technologiques et la liberté d'en user en fonction des exigences parentales, si le jeune ne communique pas dans l'immédiat avec le groupe, il craint d'être exclu, de manquer l'information essentielle de sa « tribu ». Quand les familles ont les moyens, elles résolvent le problème avec des cours et un préceptorat et encore, cela ne fonctionne pas toujours, mais pour les autres, le système s'avère inévitabile. C'est donc un problème posé aux parents : l'épreuve des devoirs est un poison dans la relation parents/enfants et elle commence au primaire. Les adolescents nous disent bien que leurs parents ne parlent que de cela encore et toujours dès qu'ils rentrent à la maison. Sans compter que l'enfant qui travaille sous le regard de ses parents se retrouve dans une tension faite d'inquiétude de ne pas comprendre, de mal faire et de décevoir ses parents.

Par ailleurs, nous avons constaté à la MDA que le lien dans le travail maman/papa/enfant met en place une dépendance affective au travail qui aggrave la difficulté et laisse l'enfant en grand désarroi quand il se retrouve seul lors des contrôles.

Propositions

L'appropriation personnelle des savoirs et les exercices d'application sont nécessaires à tout apprentissage. Il s'agit donc d'accompagner cette démarche le plus efficacement possible et de façon la moins coûteuse en énergie parentale. Les parents ne devraient pas porter la casquette de pédagogue à la maison : c'est un métier, pas le leur. Les devoirs devraient donc se réaliser dans l'établissement scolaire : il n'est pas question de soustraire les jeunes à ce travail nécessaire. Et il ne faut pas oublier que l'école est un lieu d'éducation, complémentaire à celle des parents : éducation à la vie en groupe, au respect et surtout au sens de l'effort.

Ainsi, dans un esprit de justice, d'égalité mais surtout d'efficacité, il nous paraît essentiel que ce travail personnel s'effectue au collège avec les professeurs pour l'encadrer.

Le but serait que le jeune quitte son établissement en ayant le temps de faire du sport, ou toute autre activité ou de communiquer avec ses copains, de jouer, voire de ne rien faire sans culpabiliser.

Bien sûr, aucune solution n'est parfaite mais rendons aux jeunes un peu de temps personnel, d'insouciance et dégageons les familles d'un travail qui s'ajoute à leur journée et à leurs obligations parentales sans qu'ils aient, pour autant, les compétences pédagogiques !

C'est pourquoi, en tant qu'enseignante, je suis très attachée au plaisir d'apprendre et pas seulement à celui de savoir.

christine.baveux@aphp.fr

3- Le "SAMEAD plus intercommunautaire" service d'aide multi-professionnelle pour les enfants et adolescents en difficulté (ou... " Ça m'aide !") dans les cantons ruraux de l'arrondissement de Roanne (Loire)

En milieu rural, les parents dont les enfants connaissent des mal-être ou des souffrances psychologiques, se heurtent à la raréfaction, voire à l'inexistence de l'offre en pédopsychiatrie libérale, ainsi qu'à la saturation des structures existantes (CMP, CMPP, etc.).

Pour répondre aux besoins, un dispositif expérimental a été créé à l'initiative d'un pédopsychiatre hospitalier et de médecins généralistes d'un pôle de santé. Depuis 2010, il s'est élargi à quatre communautés de communes rurales. Il se déploie aujourd'hui sur cinq sites d'intervention. Le service, essentiellement financé par l'ARS, est géré par une association de bénévoles réunissant des professionnels de l'enfance, des parents, des élus, des médecins etc.

L'admission se fait sur proposition d'un médecin. Une infirmière coordinatrice assure le premier contact avec la famille. Elle délivre toutes les informations utiles sur le fonctionnement du service. Son travail est supervisé au quotidien par un médecin généraliste, coordinateur à temps partiel. Elle est secondée par un secrétariat. Les soins sont actuellement effectués par des psychologues et psychomotriciens libéraux dont les actes (non-remboursés par la sécurité sociale) sont rétribués par le service, ainsi que par des orthophonistes libéraux et médecins traitants. La supervision est, en tout état de cause, réalisée par un pédopsychiatre hospitalier.

Ce dispositif de premier recours permet de renvoyer les atteintes les plus complexes vers les structures de soins spécialisées, tout comme il permet de libérer ces dernières des problématiques les plus simples.

Plusieurs facteurs favorisent l'efficacité d'un tel service. L'offre est de proximité. Elle est reconnue au sein des maisons de santé, comme toute autre offre médicale. Les réponses sont rapides. Les rendez-vous sont hors temps scolaire. L'implication du médecin traitant est rassurante. La gratuité des soins permet un accès égalitaire.

Pour une majorité de parents et de jeunes, cette procédure permet de dédramatiser les premiers signes de mal-être. Pour les parents et les jeunes en butte à des difficultés plus lourdes, elle permet aussi de lever les préventions et les appréhensions pour les soins psychiatriques. L'association par ailleurs s'engage dans la promotion de la santé et du bien-être des adolescents au sein des collèges. Elle participe très activement aux activités des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Elles organisent régulièrement des conférences d'information pour les parents. Certains intervenants de la Maison des Adolescents de Roanne délocalisent leurs actions en partenariat avec le service (ex : groupes de paroles pour les parents). Des formations communes de professionnels ont vu le jour, notamment sur le repérage et les prises en charge des troubles du développement et des souffrances psychiques.

L'originalité foncière de cette organisation c'est d'allier la proximité et la gratuité, l'éducation et les soins, et, pour ce faire, d'associer les élus et les parents à la gestion de l'association.

gilbertduperray@hotmail.fr

4- Le dispositif « Lien ressources pour l'élève adolescent » des collèges de « Mulhouse Alsace Agglomération » et la maison des adolescents (Haut-Rhin)

Un premier projet s'est mis en place il y a un peu plus de cinq ans pour répondre à la situation inquiétante de collèges particulièrement difficiles. Les violences verbales, les conduites à risque et toutes les manifestations de mal-être des adolescents nécessitaient, pour le moins, une approche psychologique spécialisée que, par ailleurs, l'institution scolaire ne pouvait assurer. La maison des adolescents a pu, en revanche, mettre à disposition des collèges un psychologue référent pour apporter l'éclairage de sa discipline aux équipes enseignantes et d'éducation. À partir de ce projet initial, des développements indispensables sont venus renforcer les partenariats.

Aujourd'hui, le projet a pris une nouvelle ampleur. Financé aux deux tiers par l'agglomération et pour le reste par la politique de la ville, il engage tous les collèges de la grande agglomération, et au premier chef, ceux qui sont classés en éducation prioritaire. Il se déploie sur quatre axes :

-des ateliers animés par la maison des adolescents et des personnels médico-sociaux des collèges, portant sur des sujets d'éducation à la citoyenneté (ex : « les différences culturelles, comment comprendre l'autre ? »),

-une permanence téléphonique de psychologue pour permettre aux personnels des établissements scolaires d'évoquer toutes les situations concrètes et inquiétantes d'élèves,

-un réseau de professionnels de la MDA et des collèges destiné à apporter son concours à toutes les réflexions conduites dans les établissements sur le repérage, l'éclairage psychologique et l'étayage de l'enseignement aux adolescents vulnérables,

-des formations et des débats organisés par la MDA et l'assistante de service social, conseillère technique de la direction académique, (ex : « Café-infos »), qui permettent de mettre en commun les savoirs et savoir-faire relatifs aux adolescents très difficiles tels qu'ils donnent à voir leur mal-être au collège, dans le quartier, à la MDA.

On peut souhaiter que la refonte des missions des psychologues de l'Éducation nationale, dans le champ du second degré, puisse permettre de réorienter le service apporté par le psychologue référent de la MDA vers les élèves les plus problématiques. L'orientation des jeunes et de leurs parents vers les structures adaptées est pour l'heure réalisée essentiellement par les assistant(e)s de service social : cette charge pourrait être également mieux répartie grâce à un découplage plus net entre les missions de psychologue et d'orientation.

L'une des originalités du dispositif mulhousien est de porter une attention égale au bien-être individuel, à l'appétence scolaire et à l'inscription sociale de l'adolescent dans son quartier. A cet égard, le travail avec les associations est appelé à se développer.

catherine.becht@ac-strasbourg.fr

5- Un collège qui remonte la pente en faisant du mieux être un axe de son projet : le collège Jules Vallès à La Ricamarie (Loire)

Le collège s'inscrit dans l'expérimentation ABMA – aller bien pour mieux apprendre – conduite par l'académie de Lyon. Ce projet date de 2010. Il est fondé sur un travail avec l'INPES. Une convention a été signée par l'académie avec l'INPES pour 2012 -2017. Sept établissements se sont engagés en 2012 et seront évalués après cinq ans. 30 collèges sont aujourd'hui inclus dans le projet. C'est le volontariat qui prime. Les établissements présentent des profils sociaux et scolaires variés. Aucune incitation financière n'est prévue.

Le collège

C'est un établissement de très petite taille (180 élèves) en fort déclin démographique. La sociologie est très défavorisée. Le collège a été inscrit dans le réseau Écoles, Collèges et Lycées pour l'Ambition et la Réussite (ECLAIR) et dans le Réseau Ambition et Réussite (RAR). Il est également Réseau d'Éducation Prioritaire (REP¹). L'équipe de direction insiste sur l'augmentation des manifestations des comportements liés à la religion. La principale actuelle est arrivée sur sollicitation des autorités académiques en mai 2012 alors que l'établissement était en perdition : violences entre élèves, hostilité réciproque de certains élèves pour les enseignants et de certains enseignants pour les élèves, évitement massif, "turn over" des professeurs.

Aujourd'hui, la réputation du collège est bien meilleure. La majorité des élèves du secteur y est scolarisée. L'établissement est pacifié. Les conseils de discipline sont beaucoup moins nombreux, les résultats se sont améliorés. L'écart reste toutefois encore substantiel par rapport à la moyenne des collèges. Les élèves qui vont au lycée, surtout au lycée général, subissent un double choc : travailler dans une collectivité de taille très supérieure avec un tissu d'adulte beaucoup moins maillé, être en compétition avec des élèves mieux armés.

La principale du collège présente un profil peu fréquent : école de commerce, gestion des ressources humaines (GRH) en entreprise de travail temporaire, travail dans l'éducation nationale en tant que conseillère en formation continue en GRETA, puis concours de personnel de direction en 2009. Elle est sensible aux démarches qualité et au management.

La démarche ABMA

Le projet ABMA se décline sur plusieurs niveaux. On distingue les interventions relatives à l'organisation et au fonctionnement, à l'éducatif, au pédagogique. Des actions plus ponctuelles peuvent enrichir chacune de ces démarches.

Les interventions portent sur la gestion du temps, la gestion des espaces, les relations interpersonnelles, la communication, le développement des compétences sociales et personnelles, le partenariat.

Beaucoup d'initiatives ont été prises : sur le service de vie scolaire, la gestion des espaces, la gestion du temps, les activités hors temps scolaires, le travail avec les associations, le sentiment d'appartenance. Il faut noter que les choix du collège sont réversibles et souvent mis en débat. Ces réorientations sont plus aisées dans une collectivité de petite taille.

1 – Le service de vie scolaire, concentré dans les bureaux de la direction a été systématiquement déployé sur les points cruciaux pour la sécurité des personnes et des biens.

¹ ECLAIR - école, collège et lycée pour l'ambition et la réussite ; RAR : réseau ambition réussite ; REP + : réseau éducation prioritaire (à distinguer des REP qui cumulent moins de difficultés).

2 – Les locaux ont été réorganisés. Des étages, rendus inutiles par la décline démographique, ont été neutralisés, ce qui facilite la surveillance.

Le collège avait adopté le principe d'une salle par classe. Il l'a abandonné, en raison des difficultés de surveillance.

Point intéressant : soucieux d'assurer la sécurité des élèves qui viennent tous à pied, le CPE se poste systématiquement quatre fois par jour (8 h-12 h, 13h30-16h30) à trois ou 400 mètres du collège dans une rue où passent presque tous les élèves.

3 – L'organisation du temps a fait l'objet de beaucoup de réflexions. Il a été considéré que 55 minutes par séquence pédagogique c'était trop long et qu'il fallait les réduire à 50 minutes. Ces cinq minutes de cours ont été transformées en aide aux devoirs d'une demi-heure deux fois par jour. Cette configuration a été abandonnée. Aujourd'hui les élèves redeviennent des « élèves comme les autres » avec des séquences de 55 minutes.

Plus encore, s'inspirant d'expériences en cours dans de nombreux collèges, Jules Vallès envisage des séquences plus longues – par exemple 3 h en histoire géographie, interrompues par la seule récréation.

Pendant les récréations, les élèves ne sont pas laissés à eux-mêmes. Des activités leur sont proposées. Les problèmes liés à la surveillance s'en trouvent résolus.

Le collège est pionnier pour la réforme du collège en organisant dès cette année l'accompagnement éducatif pour tous les élèves.

4 - Un travail est mené sur l'estime de soi avec une compagnie théâtrale. Il vient en complément de séances assurées par l'assistante sociale.

5 – Les partenariats ne sont pas le point fort. C'est en grande partie dû à la faiblesse du tissu local. Plusieurs élus locaux et parents d'élèves ont fait, avec une dimension militante, le choix de scolariser leurs enfants dans cet établissement, s'inscrivant en réaction contre la tendance inverse de beaucoup de parents appartenant aux mêmes catégories sociales. Ils sont engagés dans la vie du collège ; toutefois, ils sont déçus de constater qu'ils sont restés seuls, depuis trois ans, dans leur volonté de promouvoir la mixité scolaire. Par ailleurs la direction du collège se méfie de certaines associations qui iraient jusqu'à pratiquer l'aide aux devoirs en turc, arabe ... pour des élèves tout à fait francophones.

6 – Le suivi des élèves est très organisé avec un cahier par classe sur lequel chaque enseignant est appelé à porter toutes ses observations. Une cellule de veille (principal, CPE, AS, COP) se réunit toutes les semaines et passe en revue tous les élèves. Des actions de santé individuelles sont déclenchées après.

7 – Le sentiment d'appartenance est développé par des manifestations sportives auxquelles participent tous les collégiens.

martine.zapata@ac-lyon.fr

6- Le collège Maurice de Vlaminck de Verneuil-sur-Avre - académie de Rouen : un collège rural qui prend en considération le bien-être des collégiens (Eure)

Dans ce collège de 700 élèves, trois séries d'actions concourent à promouvoir une conception exigeante du bien-être.

Un projet de vie scolaire donne aux élèves les clés de l'organisation même du collège, des cours, des études et de la vie sociale qui s'y déploie. Travailler ensemble se traduit par une discipline collective qui rassure. Le projet contient, comme il se doit, les prescriptions réglementaires traditionnelles (horaires, retards, absences, autorisations, sanctions etc.). Il décrit également des droits. Ces droits sont des recours pour un meilleur travail scolaire (aides diverses, renforcement de l'environnement numérique de travail, refonte du carnet de correspondances, simplification de la relation administrative entre le collège, les élèves et leurs parents etc.) Au-delà de l'originalité de certaines de ses actions, ce qui fait la force éducative du projet scolaire, c'est l'équilibre recherché entre les prescriptions nécessaires au bon fonctionnement d'un établissement scolaire (les devoirs, ce qui est dû par les élèves à l'institution) et les recours (les droits, ce qui est dû par l'institution aux élèves).

Un projet de comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) se soucie du bien-être quotidien, à la fois comme condition et comme objectif des apprentissages scolaires. Ces préoccupations portent de manière classique sur la santé au sens général (ex : éducation bucco-dentaire, éducation nutritive etc.). Elles font une part nouvelle aux questions d'ergonomie (ex : poids du cartable et mal de dos). Elles privilégient la prévention des conduites à risque, qu'il s'agisse d'informer sur la consommation de stupéfiants ou sur les relations sexuelles non protégées. Ces thématiques sont enrichies par des actions relatives à la prévention des dangers encourus par une pratique inconsidérée des jeux vidéos, et au-delà par l'identification de tous les pièges d'Internet. Les préoccupations concrètes sont toujours privilégiées, ainsi le lien entre travail, repos, sommeil et vie virtuelle...

Ces deux séries de projets se renforcent l'une l'autre.

Ce programme est complété par une troisième série d'activités qui traitent directement du bien-être des élèves. Trois d'entre elles sont exemplaires :

- Des ateliers de pratique sportive, ou artistique, ou culturelle conçus explicitement pour développer les compétences psycho-sociales des élèves nécessaires à la persévérance scolaire (" La Parenthèse") ;
- Un atelier pour les élèves, mais aussi un atelier spécifique pour les professeurs, de pratiques de la sophrologie ; étant entendu qu'au-delà même des exercices de cette discipline, il s'agit de se familiariser avec les problèmes posés par l'expression des émotions ;
- Un groupe de paroles " Oz'é dire !", animé par un psychologue du CMP, qui constitue, chaque mois, une occasion en petit groupe d'amorcer une éducation à l'écoute de soi et des autres.

Enfin, il convient d'évoquer les initiatives pour informer les parents d'élèves sur les réalités de l'adolescent d'aujourd'hui par des conférences thématiques organisées chaque année.

carioul@ac-rouen.fr

7- « Fil'harmonie » : une ligne téléphonique dédiée aux enseignants et aux personnels éducatifs de l'académie de Paris : le 01 53 60 83 68

« Fil'harmonie » est un dispositif innovant, conçu par la *Fondation Santé des Étudiants de France*, en collaboration avec le rectorat de l'académie de Paris, l'agence régionale de santé d'Île-de-France et la fondation Deniker. Ce dispositif s'adresse aux personnels des lycées d'enseignement général, des lycées polyvalents, des lycées techniques et professionnels, des classes préparatoires et des BTS. Il s'adresse également aux personnels qui prennent en charge les élèves de 3^{ème} en collège. Les professionnels des lycées qui appellent sont reçus téléphoniquement par une psychologue clinicienne qui procède à une première évaluation. L'absentéisme, le décrochage scolaire, les troubles du comportement, les violences agies ou subies, les souffrances et les multiples signes par lesquelles elles trouvent à s'exprimer, etc. sont autant d'occasions de saisir le dispositif. Le professionnel qui appelle "Fil'harmonie" accepte ipso facto de devenir référent de la situation. La supervision d'un psychiatre est requise pour que s'engage si nécessaire une orientation vers le service ou le praticien spécialiste. Le référent lui-même fait l'objet d'un accompagnement par le service pour assurer le suivi du jeune.

Le dispositif est animé par une stricte déontologie : les appelants et les jeunes concernés sont assurés de l'anonymat de toutes les données.

Les caractéristiques des situations font l'objet d'un traitement statistique et descriptif, en étroite collaboration avec les personnels d'encadrement du rectorat et les chefs d'établissement. Ces analyses fournissent ainsi des éléments d'évaluation propres à diagnostiquer certaines situations collectives. Les actions éducatives de prévention s'en trouvent utilement renforcées.

Grâce à une parfaite connaissance des ressources thérapeutiques disponibles (constitution d'un annuaire pour les professionnels de l'académie), le dispositif poursuit aussi un objectif d'égalité dans l'accès aux soins à Paris. En effet, on sait que dans la capitale (à l'instar de la carte scolaire) les soins ne sont souvent accessibles que par le seul privilège que confère la détention de l'information ou l'inscription de ses démarches dans un réseau social caché.

Le fonctionnement d'un service de cette nature permet d'établir une catégorisation des problématiques et difficultés rencontrées en milieu scolaire. A savoir :

- opérer un lien entre situation d'échec scolaire et souffrances psychologiques,
- repérer, au moment propice, l'émergence d'une souffrance psychologique et des troubles psychopathologiques sous-jacents, alors que l'adolescence est le temps du remaniement fréquent,
- sensibiliser le jeune et sa famille,
- identifier l'interlocuteur pour les soins.

catherine.brebant@fsef.net

8- Les dispositifs départementaux de prévention et de prise en charge de la souffrance psychique des adolescents organisés en réseau : l'exemple du « RESEDA » (Lot-et-Garonne)

Le réseau départemental de prise en charge des adolescents en difficulté (RESEDA) a été constitué en 1999. Il dépend du centre hospitalier départemental. Il s'adresse à tous les établissements scolaires du second degré.

Le protocole de travail prévoit que le repérage des jeunes en souffrance soit réalisé, au sein des établissements, par le service infirmier ou social. Le jeune est invité à rencontrer un infirmier du RESEDA dans l'établissement. Ces rencontres n'excèdent pas le nombre de trois. Au-delà, les contacts peuvent se poursuivre au domicile ou dans tout autre lieu non-scolaire (locaux de la structure, centres hospitaliers, CMP, etc.) Afin de ne pas inquiéter inutilement les parents les premiers contacts sont toujours le fait du personnel médico-social du collège ou du lycée. L'infirmier peut être ensuite à l'initiative d'une orientation vers un psychologue ou un médecin du service. L'adaptation de la scolarité fait toujours l'objet d'une attention prioritaire.

L'article 4 de la convention constitutive du RESEDA mérite d'être cité intégralement : « Dans la perspective d'une intervention et d'une prise en charge des adolescents aussi précoce que possible et ce, avant la structuration de pathologies avérées, il est envisagé d'articuler autant que faire se peut le soin avec les divers lieux d'expression de la souffrance psychique qu'ils soient scolaire, social, judiciaire, etc. »

La Maison des adolescents d'Agen dépend d'une association portée également, mais non exclusivement, par les professionnels de l'hôpital départemental. Son territoire d'action reste limité essentiellement à l'agenais. C'est d'abord un lieu d'écoute où s'expriment des doutes, des questions, des mal-être. On y trouve un accompagnement vers les aides sociales ou thérapeutiques. C'est aussi un lieu d'accès à une multitude d'informations qui concernent la vie concrète des jeunes. La structure propose ainsi des actions de sensibilisation des élèves, dans le cadre du CESC de leur établissement scolaire. Les conférences en direction des parents sont particulièrement nombreuses. Les modalités offertes aux élèves de s'exprimer sont tout aussi importantes (ex : théâtre-forum, « Des mots pour le dire », « J'étais ado en... »). Le développement des compétences psychosociales devient, en tant que tel, un sujet de préoccupation pour nombre de collègues.

Au cours de cette année scolaire, il est prévu de procéder de manière pluridisciplinaire à des analyses de cas avec les personnels scolaires. Une supervision se met en place en lien avec le médecin psychiatre de la MDA.

A la suite de plusieurs événements dramatiques, des actions spécifiques sur la prévention du suicide des adolescents sont en cours de déploiement. En lien avec la MGEN, un CD-Rom a déjà été réalisé. A la demande des établissements scolaires, la formation sur le terrain concerne tous les personnels, au premier rang desquels les assistants d'éducation. Une équipe ressource départementale est d'ores et déjà en place pour venir en appui aux établissements confrontés à ce type d'événement.

Au centre hospitalier départemental *La Candélie* d'Agen, une unité de 10 lits a été créée en 2009. Le lien du patient hospitalisé avec l'établissement scolaire est maintenu coûte que coûte. Des inscriptions dans un nouveau parcours scolaire peuvent être initiées. Certaines prises en charge alternent hospitalisation de nuit et, le cas échéant, le week-end, et scolarisation de jour (cas de phobies scolaires, suites de tentatives de suicide etc.)

En tout état de cause, ces actions éducatives (pour le plus grand nombre des élèves et de leurs parents), ainsi que tous les parcours de soins et de scolarité spécialisés (pour ceux qui relèvent d'une prise en charge thérapeutique), sont rendus possibles par la mise en communication de dispositifs qui, laissés à eux-mêmes, resteraient impuissants à couvrir tous les besoins. Il convient de souligner ici l'importance d'une coordination portée par les autorités académiques qui travaille tant avec les établissements scolaires qu'avec les lieux et institutions de soins. La taille du département est sans doute favorable à ce changement de mode du pilotage. La prise en charge efficace des élèves qui souffrent porte en elle-même des germes d'innovation continue au bénéfice de tous.

odile.olympie@ac-bordeaux.fr

9- Les acteurs de liaison sociale dans les établissements scolaires (ALSES) (Nord)

Les ALSES relèvent de la prévention spécialisée.

Présentation de la prévention spécialisée

Créées au début des années 70, les équipes de prévention spécialisée sont composées de personnels au profil divers : éducateurs spécialisés, animateurs socio-éducatifs, psychologues, conseillers en économie sociale et familiale, animateurs sportifs. Elles sont régies par les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Elles interviennent au bénéfice des jeunes en voie de marginalisation.

Ces équipes agissent sur un territoire préalablement défini et dans une logique partenariale. Leurs principes fondateurs sont le respect de l'anonymat des jeunes (tant qu'il est nécessaire à leur protection), leur libre-adhésion à l'offre éducative proposée, le travail en partenariat et la non-institutionnalisation de ses projets (afin de garder souplesse et innovation).

Les équipes de prévention spécialisée sont rattachées au conseil départemental (la loi Nouvelle organisation territoriale de la République, du 7 août 2015, transfère la compétence aux métropoles là où celles-ci sont créées). Le statut est associatif dans la très grande majorité des cas.

La démarche des ALSES

C'est en 1995 que, dans la métropole lilloise, la persistance de phénomènes de violence dans certains collèges a suscité une démarche conjointe des services de l'éducation nationale et des élus locaux. Le choix a été fait d'organiser l'intervention de la prévention spécialisée en collège. L'objectif était de renforcer les liens entre le milieu scolaire et les autres environnements des jeunes. La démarche a été reprise par le conseil départemental. Elle concerne aujourd'hui 30 des 201 collèges publics du département.

Un éducateur par collège travaille à mi-temps dans l'établissement. Chaque établissement doit offrir bureau et ligne téléphonique ; il doit aussi assurer la visibilité de l'intervention de l'éducateur.

Les missions des éducateurs sont notamment les suivantes :

- Faire le lien entre le collège et le quartier, où ils passent la moitié de leur temps de travail, et faciliter les relations avec certains parents qui ne vont pas au collège et dont la situation est mal connue de l'éducation nationale.
- Participer aux cellules de veille, avec le principal, le (s) CPE, l'infirmière, l'assistante sociale ; l'examen de chaque cas débouche sur la définition de modalités d'accompagnement.
- Prendre en charge chacun des jeunes entrant dans leur champ d'intervention à la fois dans l'école et la famille.
- Tisser des liens entre les différents professionnels et particulièrement avec ceux de la communauté éducative.
- Organiser des actions collectives en groupe restreint (ex : sorties).
- Accueillir des élèves exclus temporairement du collège pour faire comprendre le caractère éducatif de la sanction, assurer la continuité du travail scolaire et veiller à la socialisation, au respect des règles et à l'accompagnement des parents.

Une étude réalisée, en 2011, par le cabinet CRESS² pour une expérimentation financée par le Fond d'expérimentation pour la Jeunesse (FEJ), concluait à un satisfecit massif du dispositif par les acteurs des 20 collèges interrogés. La mobilisation des ALSSES sur les relations avec les familles, la liaison collège – quartier et les situations personnelles d'élèves en difficulté était fortement mise en avant. Dans le même temps, il était indiqué que « les familles inaccessibles restent un problème majeur ».

fbobot@apsn-prev.fr

² Conseil, Recherche, Évaluation, Sciences Sociales.

10- La prévention de la radicalisation des jeunes (un exemple dans le Gard)

En avril 2014, le gouvernement a adopté un plan national de lutte contre la radicalisation violente et les filières terroristes. L'action présentée dans cette fiche constitue un exemple de l'application du volet préventif de ce plan.

Dans le Gard a été constitué un réseau pour adolescents en dérives ordinaires (RADO). Il concerne les jeunes de 11 à 25 ans.

De façon schématique, le processus est le suivant.

- Un numéro vert national et un numéro départemental peuvent être utilisés par des parents ou des professionnels en relation avec les jeunes pour signaler une situation problématique.
- Une cellule départementale de suivi des signalements saisit le procureur de la République.
- Si celui-ci estime qu'il n'y a pas lieu de prendre une mesure de protection judiciaire, un accompagnement social est toutefois mis en place. C'est la plateforme départementale, dont l'animation a été confiée à la MDA par un courrier du préfet du département en date du 9 juin 2015, qui intervient.
- De fait, la plateforme peut donc être saisie soit par la cellule préfectorale, soit directement par des professionnels ou des familles et des proches qui ne souhaitent pas utiliser le numéro vert.

Le préfet a attribué à la MDA 80 000 € qui lui ont été délégués au titre du FIPD (fonds interministériel de prévention de la délinquance).

La plateforme prend en charge des situations individuelles (I) et mène des actions de formation (II).

I - La plateforme organise la prévention secondaire, au bénéfice des publics repérés et leurs familles. Elle propose un parcours individualisé avec suivi par un référent. Le diagnostic est suivi par un programme d'intégration sociale. Ce programme est composé d'une insertion professionnelle, d'une remobilisation scolaire, d'un accès aux droits et d'un soutien psychologique. Si les parents le souhaitent, une alliance thérapeutique est recherchée avec eux.

La MDA précise que le dispositif doit respecter les principes de gratuité, d'anonymat et de respect du secret professionnel. Il n'a pas de visée « sanctionnante » et n'est pas fondé sur un processus formalisé de repérage du risque de dérive sectaire. La place de la famille est considérée comme décisive. L'interprétation du processus de dérive est ainsi prioritairement référée à la question des enjeux identitaires de l'adolescence, et non pas à celle d'un conflit de civilisation, comme les tenants de l'intégrisme religieux voudrait le laisser croire pour mieux le légitimer.

Les partenaires de la plateforme sont nombreux. Leurs interventions respectives couvrent les différents domaines qui permettent de définir un parcours individualisé :

- santé physique (caisse primaire d'assurance maladie, organismes impliqués dans le dépistage et les vaccins),
- santé psychique (psychologues, consultations ethnocliniques, cybers-addictions, « désendoctrinement »),
- insertion socioprofessionnelle avec, par exemple, la mission locale,
- accès au droit (droits des enfants, droits des femmes victimes de violences etc),
- protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance, cellule « d'alerte-enfance » en cas d'information préoccupante, signalement au procureur),
- scolarité (centre d'informations et d'orientation et plus globalement services d'orientation, centre académique pour la scolarisation des enfants allophones nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs),
- soutien à la parentalité (consultations de psychologues, réseau d'entraide, d'appui et de soutien à la parentalité par des groupes de parole),
- prévention spécialisée et protection judiciaire de la jeunesse (séjours, stages, etc.)
- offre culturelle, de loisirs et sportive, ateliers de médiations (art thérapie, gestion du stress, hip hop).

Le démarrage effectif a eu lieu à la rentrée 2015. Six mois après, on comptait 23 orientations. Dans 11 situations, le suivi était en cours et pour 12 d'entre-elles le suivi était en veille.

II - Le second volet de l'action de la plateforme est de former les acteurs afin qu'ils acquièrent un langage commun et appréhendent mieux le phénomène de la radicalisation et des dérives.

Dans l'ensemble du département du Gard, 1 023 professionnels ont été formés en quatre sessions, de septembre à décembre 2015. Quatre sessions sont en cours pour les élus eux-mêmes du département. Cet effort se poursuit en 2016 avec de nouvelles sessions de formation.

philipperigoulot.mda30@gmail.com

11- Le Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents (CMPA) de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne) : un dispositif intégré de soins-études à la croisée des champs « santé » et « éducation »

Dans chaque établissement hospitalier de la Fédération Santé des Étudiants de France (FSEF) est intégré un service des études, annexé à un lycée public de secteur, qui permet aux patients accueillis de poursuivre leurs études dans des conditions adaptées.

Les enseignements sont assurés par des professeurs de l'éducation nationale placés sous la responsabilité d'un directeur des études, qui est un personnel de direction. Les annexes pédagogiques sont identifiées par un numéro d'établissement consultable dans l'annuaire de l'éducation nationale. Les personnels enseignants et d'éducation sont affectés sur ce numéro d'établissement. Ce ne sont pas des détachements ou des mises à disposition mais bien des affectations. Les différents postes d'enseignement et d'éducation sont profilés et proposés lors du mouvement de mutation intra-académique selon les procédures habituelles de l'académie.

Le Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents (CMPA) de Neufmoutiers-en-Brie est un établissement qui accueille 203 adolescents âgés de 11 à 25 ans, pris en charge dans le cadre d'un double projet soins-études.

La prise en charge sanitaire des adolescents s'organise autour de trois pôles spécialisés :

- la médecine physique et de réadaptation fonctionnelle,
- les soins de suite médicalisés,
- la psychiatrie.

Qui sont nos patients ?

Ce sont des jeunes touchés par des maladies graves, et souvent durables, qui entravent ou altèrent cette phase de développement qu'est l'adolescence. En effet, pour pouvoir affronter la maladie et guérir, il faut être bien dans sa peau, être assez solide pour encercler la maladie. Et cette maladie montre des symptômes. La modification de la scolarité en est un.

Le modèle Soins-Études permet de soigner le sujet et sa maladie dans sa globalité. En proposant une prise en charge pédagogique individualisée, la scolarité va devenir un élément positif supplémentaire dans le combat contre la maladie.

Une collaboration permanente entre professeurs, médecins et soignants

L'offre « Soins-Études » vise à construire avec chaque patient un projet global associant les soins à un projet éducatif et scolaire dont le but est la réinsertion sociale. Ce projet de santé personnalisé prend en compte, au-delà de la dimension physique et psychique de la pathologie, la prévention, l'éducation thérapeutique, les suites des maladies, l'apprentissage de l'autonomie, l'intégration familiale, l'insertion sociale et professionnelle.

En sus de l'objectif réglementaire de garantir la continuité scolaire, les projets Soins-Études utilisent l'articulation de ces deux domaines comme un ressort essentiel du traitement médical.

Dans l'établissement de soins, les services médicaux et pédagogiques participent à une forme " d'alliance thérapeutique " qui définit la place pédagogique comme partie intégrante du projet thérapeutique. Cette alliance est conçue comme un élément du soin et adaptée à chaque patient-élève, dont elle contribue à reconstruire l'identité

Dans ce cadre, les études rendent à ces jeunes hospitalisés une identité adolescente que l'isolement social dû à la maladie leur fait perdre. Ils ne sont plus réduits à l'état de « malades » et, en se réinscrivant dans les règles de vie inhérentes à toute scolarité, ils redeviennent des élèves, comme tous les jeunes de leur âge. Le lien avec cette

identité scolaire, constituant de leur propre identité, leur redonne une estime de soi, la capacité de se penser et, par là-même, de se projeter vers l'avenir.

Les enseignants affectés dans les services des études, et sous l'autorité du directeur des études, doivent mettre en œuvre le projet scolaire défini dans le cadre de l'alliance thérapeutique pour chaque jeune patient. Cet accompagnement est pensé dans une logique de parcours individuel, même si l'on tient compte aussi des niveaux scolaires, des programmes et des examens. Il s'exerce soit en classe, souvent à faible effectif, soit au chevet du malade, lorsque sa pathologie le bloque au lit ou l'empêche de croiser physiquement les autres élèves, soit en petit groupe dans un cadre modulaire, soit enfin en face à face individuel.

Au sein du pôle de psychiatrie du CMPA, deux unités sont plus particulièrement dédiées à la prise en charge de troubles pouvant se manifester durant la scolarité : l'UTTAC et le CESA.

- L'UTTAC (Unité de traitement des troubles de l'affectivité et de la cognition) prend en charge des adolescents de 11 à 18 ans en situation de décrochage scolaire.

- Le CESA (Centre d'évaluation et de soins pour adolescents) propose des consultations ambulatoires dès la 6^{ème}, pour des jeunes présentant des troubles psychiatriques qui s'expriment par des troubles du comportement ou de l'inhibition en milieu scolaire.

Pour tous les pôles du CMPA, la poursuite de la scolarité est l'objectif concomitant à la mise en place de soins. Il est donc possible de suivre des enseignements de la 6^{ème} jusqu'au baccalauréat (professionnel, général ou technologique). Les apprentissages tiennent compte du projet de formation du jeune ainsi que des retentissements de la pathologie et des séquelles prévisibles de celle-ci sur son insertion professionnelle.

Au CMPA on a pu constater que 75% des jeunes admis présentaient un retard scolaire moyen d'une à deux années. Deux dispositifs de remédiation scolaire peuvent donc être proposés aux adolescents rencontrant le plus de difficultés :

- Le DERPA (Dispositif d'évaluation, de remédiation pédagogique et d'accueil) propose une évaluation lorsque des doutes s'expriment sur le niveau scolaire d'un élève et/ou ses capacités cognitives.

- Les GPS (Groupes à Pédagogie Spécifique) permettent à des adolescents qui ont connu une période de déscolarisation d'être accompagnés, grâce à un enseignement spécifique, vers une re-scolarisation dans leur classe d'origine au sein de l'unité soins-études du CMPA.

Par ailleurs, l'établissement propose un grand nombre d'activités culturelles et sportives.

Un lien permanent entre les personnels du CMPA et les établissements scolaires d'origine permet de travailler un projet de retour à l'école ordinaire en relation avec le médecin scolaire. De fait, 2/3 des jeunes entrants au CMPA finissent par réintégrer le milieu scolaire « classique », le tiers restant s'inscrivant par la suite dans des maladies invalidantes, nécessitant une réinsertion en milieu protégé.

Enfin, pour prévenir les hospitalisations et le décrochage scolaire, des dispositifs ambulatoires viennent parachever la panoplie de l'établissement de la Fondation Santé des Étudiants de France.

- Le « relais collégien/lycéen 77 » . Cette consultation pluridisciplinaire propose un repérage, une évaluation, une prise en charge brève (en 3 séances) et une remédiation pédagogique sous forme d'ateliers. Le relais remplit donc une mission de prévention secondaire, auprès d'adolescents « tout venant » mais dont les caractéristiques socio-économiques sont marquées généralement par la précarité et la vulnérabilité médico-psycho-sociale »³.

³ Cf. document de présentation du projet en interne.

- Un « Filharmonie 77 ». Ce dispositif de ligne téléphonique est dédié au soutien des personnels de l'Éducation nationale pour le repérage de difficultés psychologique des jeunes et pour la gestion quotidienne des problèmes induits par des comportements inadaptés d'élèves. Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet « Filharmonie 75 ».

- Le « relais Étudiants 77 ». Cette structure a pour mission le repérage, l'évaluation et l'orientation – au sein du système universitaire – de jeunes en souffrance psychologique.

Ces dispositifs soins-études démontrent ainsi la nécessité d'une relation suivie et efficace entre les établissements scolaires et les services de pédopsychiatrie, pour prendre en charge des adolescents en souffrance. Il conviendra également de noter que ces dispositifs ont vocation à s'adapter continuellement aux nouvelles demandes et donc aux modalités émergentes d'expression du mal-être des adolescents.

philippe.colin-madan@sef.net

12- Animation de la cellule de veille au sein d'établissements scolaires avec la supervision des professionnels de la Maison des adolescents : l'exemple de Brest (Finistère)

Contexte général des relations entre la MDA et l'Éducation nationale

Depuis 2008, la MDA⁴ propose écoute, accompagnement et soutien des professionnels travaillant au quotidien auprès d'adolescents, dont les personnels de l'Éducation Nationale. Ce travail de partenariat se traduit, dans le pays de Brest par :

- l'orientation de jeunes et de leur famille vers la MDA par des infirmières, assistants sociaux, médecins scolaires, CPE, chefs d'établissements, enseignants (soit 38% des situations répertoriées par la MDA en 2015) ;
- des échanges téléphoniques quotidiens sur certaines situations pour avis, partage d'informations, évaluation commune, recherche d'orientation adaptée... ;
- des réunions de synthèse individuelles ;
- des temps de formation thématiques ;
- des groupes de réflexion et d'analyse de situations ou de cas problématiques d'élèves.

Projets spécifiques de groupes d'analyse de situations problématiques

A la demande d'équipes pédagogiques et/ou médico-sociales d'établissements du second degré, plusieurs groupes de ce type fonctionnent régulièrement, sans formalisation écrite conventionnée.

Modalités de fonctionnement

La mise en place de groupes d'analyse de situations individuelles difficiles nécessite l'élaboration d'un projet commun et de protocoles de travail rigoureux : définition des modalités et des règles de fonctionnement, identification stricte des participants, échéances des réunions, déontologie des échanges.

Les réunions peuvent être consacrées à trois groupes de questions :

- présentation par les participants de situations d'élèves posant problème suscitant l'inquiétude, l'incompréhension, le rejet, etc.
- interrogation des participants sur leur positionnement professionnel et sur les conduites les plus adaptées à tenir individuellement et collectivement face à certains de ces jeunes ;
- évocation de problématiques transversales concernant plusieurs élèves (rapport à l'autorité, relations filles-garçons, revendications religieuses, malaises somatiques à répétition, absentéisme ...).

Objectif du dispositif

- aide à une meilleure compréhension par les membres de l'équipe pédagogique de l'expression verbale, somatique ou comportementale d'un élève et de l'éventuelle signification symptomatique d'un mal-être psychique personnel, relationnel ou familial ;
- consolidation d'une culture partagée autour des questions générales de prévention et de promotion de la santé dans les établissements scolaires ;

⁴ Pour laquelle l'équipe peut dégager jusqu'à deux jours par semaine.

- approfondissement de la réflexion personnelle et collective des professionnels de l'Éducation Nationale sur des situations qui nécessitent un l'éclairage spécialisé des professionnels du domaine de la santé ;
- meilleure connaissance réciproque des institutions et des cultures professionnelles ;
- renforcement de l'accompagnement individuel des élèves qui, en raison de leur mal-être, doivent se voir offrir un parcours partagé entre les institutions d'éducation et les institutions de soins.

Établissements et personnels concernés

ÉTABLISSEMENT	PARTICIPANTS	LIEU	DEPUIS
Espace de Médiation Scolaire en conventionnement avec l'Association Don Bosco (Brest)	5 enseignants + une éducatrice spécialisée	Dans l'établissement concerné	2010
Lycée Professionnel Dupuy-de Lôme (Brest)	2 infirmières scolaires, 3 C.P.E., l'équipe d'A.S.E.N	Dans l'établissement concerné	2012
Assistants sociaux scolaires du bassin de Brest	10 professionnels	Cité scolaire de Kérichen	2014
Collège Nelson Mandela (Plabennec)	Enseignants, C.P.E., principale-adjointe, principale, A.S.E.N., infirmière scolaire	Dans l'établissement concerné	2016

loik.jousni@chu-brest.fr

13- L'internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents (ISEMA) Jean Baudin à Illiers-Combray (Eure-et-Loir)⁵

Historique et structuration

Au cours des années 90, les établissements sociaux et médico-sociaux, qui accueillent des mineurs dans le cadre de la protection de l'enfance, affirment être de plus en plus souvent confrontés à l'impuissance du dispositif de protection de l'enfance face à de jeunes adolescents de 12 à 18 ans, qui présentent des difficultés cumulées (psychologiques, psychiatriques, éducatives, scolaires, familiales, sociales et parfois judiciaires), sous-tendues par des organisations psychopathologiques diverses.

Ces adolescents mettent en échec l'ensemble des dispositifs de prise en charge.

En août 2000, un bilan dresse l'inventaire de plusieurs constats : difficultés à distinguer une situation de crise d'une réelle urgence psychiatrique ; nécessité de développer des liens stables entre les services de pédopsychiatrie et les acteurs médico-socio-éducatifs, dans le cadre d'une politique concertée. A la demande du préfet d'Eure-et-Loir, une démarche nouvelle pour trouver des réponses adaptées est concertée avec des administrations, des organismes publics ou associatifs et des entreprises.

En juillet 2002, plusieurs orientations sont prises : l'élaboration de conventions entre les établissements hospitaliers du département ; l'élaboration d'une charte définissant une instance départementale ; l'élaboration d'une charte pour la création d'une unité mobile médicalisée pour la gestion et la régulation de crise ; la rédaction du cahier des charges d'une structure à triple compétence (soin, justice, aide sociale à l'enfance). Cette structure a pour spécificité la complémentarité entre l'encadrement éducatif et le suivi ou l'accompagnement psychiatrique.

En mars 2005, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales relance le projet parallèlement aux travaux du schéma régional d'organisation des soins (SROS) de 3^{ème} génération.

Deux ans plus tard, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est promulguée. Elle favorise le développement de réponses institutionnelles innovantes globales. Le cahier des charges de la structure à triple habilitation précitée répond à ces caractéristiques.

Le projet d'internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents (**Isema**) est dès lors adopté au sein de l'association départementale de la sauvegarde l'enfant et de l'adulte de l'Eure-et-Loir (Adsea). Ce projet fait l'objet en 2007 d'une « charte d'engagement », signée par le président du conseil général d'Eure-et-Loir, par le directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa), par le préfet, par le président de l'Adsea et par le ministre de la santé et des solidarités.

L'Isema est habilité à recevoir des mineurs au titre de l'aide sociales à l'enfance (articles 375 à 375-9-2 du code civil) et de l'ordonnance du 2 février 45 (dite « habilitation justice »). L'Isema ouvre ses portes officiellement en avril 2009 pour une expérimentation de trois ans, portée à cinq ans en 2012. La capacité d'accueil est de 12 places, pour des adolescents de 12 à 18 ans, accueillis durant 6 à 24 mois, tous les jours de l'année et 24 heures sur 24.

⁵ Texte issu de documents communiqués par Philippe Sultan, IGAENR, et Pierre Ferreri, anciennement directeur territorial par intérim de la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Loiret.

Un fonctionnement qui recourt à de nouveaux leviers d'intervention

Le fonctionnement de l'Isema est étayé par un cadre théorique et clinique emprunté à l'approche interactionnelle et stratégique de l'école de Palo Alto⁶. Un travail permanent d'accompagnement, de formation et de supervision clinique de l'équipe de l'Isema est au principe de la mise en cohérence de l'équipe. L'approche interactionnelle et stratégique s'oppose à une approche strictement individuelle qui ne prendrait en compte que les déterminismes personnels (génétiques et historiques).

L'accent est mis sur le contexte relationnel. Celui-ci influence les comportements et les idées, l'expression des émotions, les valeurs, l'image que la personne a d'elle-même et du monde. Les individus se construisent par la communication. En cela, l'Isema a cherché à s'inscrire en rupture avec des méthodes visant plus l'explication des problèmes que leur résolution.

Quelques points importants, qui illustrent l'approche résolument pragmatique, sont à souligner :

- Le travail se fait par objectifs. Il va de pair avec une modification du contexte relationnel. Les entretiens d'étape et de bilans sont filmés. Le « comment ? » est privilégié sur le « pourquoi ? ».
- On passe d'un accompagnement susceptible de déresponsabiliser le jeune à un enrôlement dans le changement pour la résolution des problèmes.

On attend des autorités à l'origine de la saisine de l'Isema (justice ou services d'un conseil départemental) qu'elles fixent un cadre d'intervention clair avec des objectifs précis. Les responsables de l'Isema mettent en garde contre la tendance, trop fréquente, selon eux, dans le travail social, à transmettre des interprétations sans reprendre les faits. Pour eux, il faut partir des faits et viser des solutions praticables, acceptables et non idéales.

Évaluation

En 2013, un audit conjoint du conseil départemental, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'agence régionale de santé a conclu à la réussite de l'expérience. Les mineurs pris en charge, dans leur grande majorité, ont été stabilisés et ont connu des modifications profondes de leur dynamique interne, y compris ceux qui étaient antérieurement placés en détention. L'expérimentation a pris fin et le dispositif a été pérennisé. De 2009 à 2016, 80 adolescents ont été accueillis. Le dispositif fonctionne au maximum de sa capacité. Les sollicitations sont nombreuses et il faut refuser des admissions. Dans ce cas-là, des accompagnements en amont sont assurés. Par ailleurs, la sortie de l'ISEMA et l'articulation avec l'éducateur référent sont encore à améliorer.

Perspectives

L'Isema est un modèle qui ne peut être transféré⁷ qu'à la condition de s'appuyer sur un engagement fort de l'équipe et un soutien constant des partenaires et des institutions. En effet, la mise en œuvre de ce modèle requiert d'adhérer à un principe fondamental : l'échec de l'éducation ne peut être transformé en symptôme d'une pathologie psychiatrique (Botbol, 2016, p. 49-53).

isema@adsea28.org

⁶ Ses principaux auteurs sont Bateson et Watzlawick ; d'autres pays comme l'Allemagne, l'Italie, la Belgique, le Luxembourg ou la Russie font une plus large place à cette approche.

⁷ Cf. P Ferreri, G Pain, « L'ISEMA (ADSEA 28) : une folie initiale devenue un formidable espoir ».

14- L'accompagnement des jeunes consommateurs : l'exemple des consultations jeunes consommateurs (CJC) de Montauban (Tarn-et-Garonne)

EPICE 82 accueille depuis 20 ans des jeunes consommateurs dans le cadre d'entretiens individuels. Depuis l'ouverture de la Maison des Adolescents du Tarn-et-Garonne, le choix a été fait de créer un accueil, par le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) hospitalier, au sein même de la MDA. En effet, ce lieu est moins stigmatisant. Il permet de faire le lien entre les premières consommations et les questions d'adolescence. La MDA et « l'espace-parole-identité-connaissance-économie » (EPICE 82) interviennent conjointement pour une approche globale incluant la dimension éducative proposée par EPICE 82 et la dimension de soins.

Les adolescents et les jeunes adultes sont invités à réfléchir sur leurs consommations et sur les conduites à risques. Cela permet d'aborder les représentations que peut avoir ce public sur ses propres consommations et expériences, sur son mal-être et sur ses projets. Ils peuvent ainsi affronter les situations à risques qu'ils rencontrent en s'inscrivant dans un accompagnement éducatif visant à apporter des repères liés à la justice, à la santé, au soin, à la culture.

Afin de faciliter l'accès des jeunes vivant dans tout le département à une prise en charge socio-éducative adaptée, ce dispositif est transposé dans des permanences de territoire d'EPICE 82 (Nègrepelisse, St Antonin, Caussade).

En 2015, la première consultation, organisée à la MDA, a permis de rencontrer 18 adolescents ou jeunes adultes d'une moyenne d'âge de 18 ans (16 garçons et 2 filles). 36 entretiens ont été conduits, 12 personnes ont été reçues deux fois ou plus. Les produits consommés sont le plus souvent le cannabis et l'alcool. La MDMA, la cocaïne et les jeux vidéo sont évoqués plus occasionnellement.

Les adresseurs sont divers : Justice : 7, structures sociales ou médico-sociales : 4, MDA : 2, parents : 3 etc. Certaines orientations sont le fait de médecins, de psychologues et d'infirmiers. Les parents accompagnant les adolescents peuvent se voir proposer un espace de discussion.

Ce dispositif est encore en cours de déploiement. Des réunions d'analyses cliniques des situations prises en charge devraient se mettre en place entre tous les intervenants.

c.prat@federationaddiction.fr

15- Actions partenariales des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) avec les jeunes en CFA ou en milieu scolaire à Toulouse (Haute-Garonne) et à Orléans (Loiret)

CJC avancées en CFA – Association *Clémence Isaure* à Toulouse

Le contexte

Un programme de prévention a été mis en œuvre par l'association dans cinq CFA de la région Midi-Pyrénées depuis 2009 sur le thème : « Prévention des conduites à risques et des usages de substances psychoactives ». Plusieurs niveaux d'actions sont proposés :

- à destination des adultes (formateurs, encadrants, direction...) pour sensibiliser, former, et **fonder une culture commune** de prévention ;

- à destination des jeunes apprentis pour leur permettre de **repérer** les influences psycho-sociales de leur environnement et qui auraient un impact sur leurs usages de substances psychoactives et leurs prises de risques (famille, pairs, milieux professionnels, difficultés sociales, scolaires, professionnelles...);

- à destination des jeunes apprentis pour leur permettre **d'imaginer** des évolutions de comportements afin de réduire les risques.

Ces interventions sont participatives et interactives. Elles ont pour objectif de renforcer les compétences psycho-sociales. Nous avons ciblé les cinq CFA les plus importants de la Région, avec une diversité de secteurs professionnels représentés.

Dans le cadre de ces actions, on constate que les CFA ne disposant pas de personnels de santé et sociaux, il a été proposé l'idée d'une consultation avancée au sein de chaque CFA.

Le sens et l'organisation « Là où ils sont, là où ils en sont »

La CJC avancée en CFA s'inscrit dans le cadre de la démarche d'Intervention Précoce, pour articuler nos actions de prévention avec l'accès au soin, mais en allant vers les jeunes apprentis, « là où ils sont, là où ils en sont ».

Il s'agit de jeunes dont la moyenne d'âge est de 17 ans, apprentis en CFA, dans différents secteurs : restauration, industrie, transports et logistique, mécanique, carrosserie...

Des données locales et nationales montrent que ces jeunes sont plus fréquemment que d'autres des usagers réguliers de substances psychoactives. Ils sont aussi sur-impliqués dans les accidents de la route, en particulier en deux roues motorisés.

La CJC est proposée une fois par mois dans chaque CFA, pour une durée de trois heures. Elle est assurée par une psychologue, spécialisée en addictologie. Elle reçoit les jeunes apprentis qui souhaitent parler et faire un point sur leurs usages de substances psychoactives (cannabis, alcool, tabac, cocaïne, MDMA...). Dans ce cadre, l'échange permet d'évaluer leur consommation, et de créer un climat de confiance pour attirer l'attention sur les risques et comment les réduire. Dans certains cas, il peut apparaître nécessaire d'accompagner vers le soin.

Un kit de communication spécifique a été conçu et diffusé pour informer les apprentis de cette consultation en affirmant son caractère anonyme et gratuit (affiches, mini flyer, flash code avec lien vers site Internet...).

Le principal frein est la méconnaissance de ce type de consultations par la Direction et les personnels des CFA. Ce n'est pas dans les pratiques professionnelles. Un travail de communication et de pédagogie a donc été nécessaire. Il n'est pas simple pour ces établissements d'accepter le fait que des jeunes consomment des substances psychoactives, tant dans le contexte professionnel, que dans des contextes festifs...

Par ailleurs, il reste aussi très difficile et inhabituel, pour les jeunes apprentis, de pouvoir parler de leurs usages de substances psychoactives.

Enfin, la présence des jeunes en CFA est assimilée à un temps de travail, et il a été nécessaire de faire reconnaître la CJC avancée dans ce cadre, notamment auprès du Conseil Régional Midi-Pyrénées qui finance le temps de formation en CFA.

Les partenariats réunissent les CFA, la Chambre des Métiers de la Haute-Garonne et les organisations professionnelles et syndicats professionnels par filières. Le financement est assuré par l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées.

c.prat@federationaddiction.fr

CJC avancées en milieu scolaire – APLEAT, Orléans

L'Association pour l'Écoute et l'Accueil en Addictologie et Toxicomanies (APLEAT) a expérimenté puis déployé des points de contacts avancés de CJC dans les établissements scolaires à l'adresse des jeunes, mais en respectant certains principes :

- former les professionnels des établissements à commencer par les infirmières qui orientent 75 à 80 % des jeunes reçus ;
- accueillir toutes les demandes (fort souvent au motif de « mal être») et réorienter vers les partenaires les plus adaptés aux besoins ;
- partager les informations utiles au parcours du jeune, avec son assentiment, en respectant confidentialité et anonymat autant que nécessaire ;
- faire des évaluations régulières du dispositif qui permettent de repérer ce qui "marche" et ce qui entrave le bon fonctionnement, que ce soit objectif ou subjectif, pour trouver ensemble les réponses et dépasser les craintes et les obstacles ;
- formaliser au fur et à mesure les principes intangibles et les modes d'intervention déclinés eux selon le lieu et les équipes.

Les trois acteurs précités ont été cofondateurs de l'association AMARA qui gère la MDA. Y est associé le réseau 45 de l'adolescence afin de garder en mouvement les équipes et les réflexions communes. A la MDA comme dans les établissements scolaires, la CJC y intègre un « point station », point de contact avancé.

Modalité choisie : la psychologue consacre une part de son temps aux demandes généralistes et une autre à la CJC.

La MDA du Loiret a pour champ d'intervention l'accueil et l'orientation, pas le suivi au long cours, ni les soins. Les adolescents sont accompagnés dans les lieux de soins dont ils ont besoin le cas échéant. Cette condition favorise la venue de tous sans a priori. Cela permet aussi d'articuler les spécificités de chacun dans des lieux généralistes non "étiquetés" ce qui change beaucoup les conditions d'accessibilité à la prévention individuelle et aux soins, y compris pour ceux que l'on n'aurait pas repérés, à commencer par les jeunes filles qui viennent à parité dans les points CJC (ce qui n'est pas le cas en général) et à la MDA.

dg@apleat.com

16- Une formation spécifique des assistants d'éducation (Yvelines)

En lien avec la Maison des adolescents des Yvelines-sud, quatre collèges et un lycée ont conçu un programme de formation des assistants d'éducation pour leur permettre de mieux comprendre la psychologie et les comportements des adolescents et savoir adopter une attitude professionnelle face aux éventuels conflits.

Sur la base d'une enquête préalable, ces besoins généraux ont été principalement rapportés à trois types de situation :

- comment gérer la violence ? L'irrespect ? Le refus de l'autorité ?
- comment recueillir la parole, voire la confiance, de l'adolescent ?
- comment communiquer avec la famille en cas de conflit ?

Le module de formation d'une durée de six heures est scindé en deux sessions.

La première demi-journée est consacrée à un travail sur les fonctions professionnelles de l'assistant d'éducation. Il est en effet à noter que l'institution scolaire est, dans ses textes réglementaires, assez peu explicite sur ce point. Exercé souvent en parallèle avec une autre activité et, de toute façon, pour un temps limité, être assistant d'éducation n'est pas un « vrai » métier. Pour autant, la fonction n'échappe pas à la nécessité d'être approchée dans chacune des dimensions qui définissent tous les métiers ayant trait à l'éducation : objectifs, valeurs, déontologie... La proximité générationnelle entre les adolescents, surtout les lycéens, et les assistants d'éducation, constitue un atout tout autant qu'une limite. Autour d'un outil pédagogique composé de photographies les présupposés et les représentations des assistants d'éducation sont donc interrogées et élucidées. Ce travail est conduit par des conseillers d'éducation et des chefs d'établissement.

La seconde demi-journée est animée par les intervenants de la Maison des adolescents (médecin généraliste, psychologue, psychiatre). Elle comporte un temps d'apports scientifiques (par exemple, ce que recouvre la notion de puberté ; les réaménagements psychologiques, affectifs et sociaux induits par l'adolescence ; les différents modèles qui permettent de décrire les relations éducatives). Elle fait une large part à des analyses de situation concrètes préalablement recueillies auprès des stagiaires.

christine.cordoliani@ac-versailles.fr

ANNEXE 3. CONTRIBUTIONS

1. LES INTERSECTEURS DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Une offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent insuffisante et inégalement répartie sur le territoire

La loi de modernisation de notre système de santé a redéfini le cadre juridique de la psychiatrie tout en confortant son organisation territoriale sectorisée

En France, la psychiatrie publique, pour les adultes aussi bien que pour les enfants, repose principalement sur un principe de sectorisation qui a été réaffirmé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette organisation territoriale a historiquement été instituée par la circulaire 340 du 15 mars 1960 du ministère de la santé publique, avant d'être entérinée par la loi en 1985⁸. Le découpage territorial spécifique à la psychiatrie infanto-juvénile a été acté par deux circulaires ministérielles de 1972 et 1974.

Ainsi, le territoire français est découpé en zones géographiques, rassemblant une population théorique de 70 000 habitants pour la psychiatrie adulte et 210 000 habitants pour la psychiatrie infanto-juvénile⁹. Il existe environ 850 secteurs adultes et 350 secteurs infanto-juvéniles). Selon le paragraphe I de l'article L.3221-3 du code de la santé publique, la mission de psychiatrie de secteur permet de garantir la proximité de la prise en charge, notamment grâce à des soins ambulatoires ; l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ; la continuité des soins.

Après 16 ans, bien qu'encore mineurs, les jeunes relèvent du secteur de psychiatrie adulte. Or les secteurs de psychiatrie adultes ne sont pas adaptés, en général, à la prise en charge des mineurs ni même à celle des jeunes adolescents. Ce hiatus pose problème de l'avis de tous, spécialistes, familles et associations. Cela a conduit au développement, ces dernières années, de services dédiés aux adolescents et aux jeunes adultes et de Maisons des Adolescents (MDA).¹⁰ Si ces secteurs de psychiatrie adultes sont des recours pour les pathologies psychiatriques lourdes des adolescents, ils le sont beaucoup moins pour la souffrance quotidienne des jeunes lycéens, étudiants ou apprentis qui, de plus, vivent ces lieux comme trop stigmatisants.

Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur adulte et infanto-juvénile sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé¹¹. Les services assurant cette mission aussi bien pour les adultes que pour les enfants, sont hospitaliers pour la majorité, ou hospitalo-universitaires (CHU) pour un petit nombre d'entre eux ; ce qui implique une responsabilité dans le cadre des CHU en recherche et en enseignement.

⁸ Loi 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses mesures d'ordre social et loi 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

⁹ L'article R3221-1 du code de la santé publique distingue trois types de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

¹⁰ Une minorité de ces dernières a en effet des capacités d'hospitalisation comme par exemple la *Maison de Solenn* à Paris ; la majorité a une capacité de soins ambulatoires ou d'orientation vers le soin.

¹¹ Article L 3221-4 du code de la santé publique.

La politique de santé mentale est définie à l'article L 3221-1 du code de la santé publique de manière large : actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. La loi du 26 janvier 2016 a largement étendu le champ d'intervention (auparavant limité à "la lutte contre les maladies mentales") et les catégories d'acteurs contribuant à sa mise en œuvre. A côté des établissements de santé, seuls cités auparavant, on trouve désormais les médecins libéraux, les psychologues, les acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. Ces derniers doivent dorénavant élaborer et formaliser un projet territorial de santé mentale pour articuler leur action¹².

Essentiellement ambulatoire, la prise en charge en psychiatrie de secteur infanto-juvénile s'organise autour des CMP

Depuis les années 1970, le traitement des troubles psychiques privilégie l'intégration du patient dans la cité, et donc les soins ambulatoires plutôt que les hospitalisations. Ainsi, 76% des patients soignés dans un service de psychiatrie sont pris en charge en ambulatoire¹³. Cette spécificité est encore plus marquée pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour laquelle l'activité ambulatoire représente 97% de la prise en charge des enfants et adolescents.

Les capacités de prise en charge ambulatoire se sont fortement développées, tandis que les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont fortement diminué depuis les années 1970 : le nombre de lits en psychiatrie s'établissait à 60 000 en 2010 alors qu'il atteignait 130 000 en 1974. Les structures de prise en charge ambulatoire sont constituées essentiellement des centres médico-psychopédagogiques (CMP), qui jouent un rôle pivot dans la prise en charge. Bien que rattachées à un hôpital, ces unités extrahospitalières d'accueil et de coordination sont situées en ville. Elles sont dotées d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs...) qui offrent consultations, soins ambulatoires, actions de prévention et de suivi à domicile. Il existe environ 3 750 CMP en 2014, et 1 450 CMP en psychiatrie infanto-juvénile (qui réalisent environ 5 millions d'actes par an).

Les modalités d'hospitalisation à temps partiel

Les prises en charge hospitalières sont le plus souvent à temps partiel pour les enfants et adolescents :

- les hospitalisations à temps partiel de jour ou de nuit permettent des soins intensifs et polyvalents (9 420 places et 1,5 millions de journées pour les enfants et adolescents en hôpital de jour, 110 places et 9 000 journées en hôpital de nuit) ;
- les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques dispensent des soins moins intensifs (690 structures et 372 500 journées pour la psychiatrie infanto-juvénile).

Les structures d'hospitalisations à temps complet

Enfin, les prises en charge à temps complet se déclinent ainsi :

- à titre principal, des hospitalisations à temps complet dans des établissements de santé (2 160 lits pour les enfants et adolescents et 450 000 journées d'hospitalisation) ;
- l'accueil familial thérapeutique pour les patients (770 places en 2012 et près de 150 000 journées) ;
- l'hospitalisation à domicile (260 places et 17 500 journées en 2012) ;
- les centres d'accueil et de crise, qui assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques, et hospitalisent pour une courte durée (60 places en 2012 pour les enfants et adolescents et 16 000 journées).

¹² L'article L 3221-2-I du code de la santé publique, introduit par l'article 69 de la loi du 26/01/16 de modernisation de notre système de santé, précise qu'en l'absence d'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, le directeur général de l'ARS intervient pour s'assurer que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

¹³ Source : DREES, Le panorama des établissements de santé, 2014.

2. LES MAISONS DES ADOLESCENTS (MDA)

Le développement rapide des MDA dans les années 2000 a été rendu possible par les financements publics et le recours à un cadre juridique souple. Le développement des MDA a été soutenu par l'État et l'Assurance-Maladie à partir de 2005.

Historique des MDA

La première maison des adolescents est créée au Havre en 1999, à l'initiative du pédopsychiatre Alain Fuseau, et grâce à la mobilisation de responsables locaux. Installé au centre-ville, ce service extérieur de l'hôpital propose aux jeunes l'écoute d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, travailleurs sociaux,..) et l'orientation vers une prise en charge adaptée. Cette structure innovante est repérée par la Défenseure des enfants Claire Brisset en 2001, dans son rapport public qui préconise le développement de telles structures dans chaque département. A l'issue de la conférence de la famille en 2004, un programme national de développement des maisons des adolescents (2005-2010) est adopté par l'État.

Les dates-clés du développement des maisons des adolescents

1999	La première maison des adolescents est créée au Havre.
2001	Le rapport de la défenseure des enfants (Claire Brisset) préconise le développement d'une maison des adolescents dans chaque département.
2004	Dans le cadre de la conférence nationale de la famille, le gouvernement fixe l'objectif de développement des maisons des adolescents.
2005	Un programme national de développement des maisons des adolescents est lancé par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille. Il est cofinancé par l'État, l'assurance maladie et la fondation Hôpitaux de Paris- hôpitaux de France. Il s'inscrit dans le Plan Psychiatrie et santé mentale (2005-2008).
2007	Le rapport annuel de la défenseure des enfants (Dominique Versini) réaffirme la nécessité de développer une maison des adolescents par département.
2008	L'association nationale des maisons des adolescents (ANDMA) est créée.
2008	Le Plan Santé des jeunes fixe l'objectif d'une maison des adolescents par département d'ici à 2010.

Un soutien financier de l'État et de l'assurance-maladie au développement

Le programme de développement des maisons des adolescents mis en œuvre par l'état, par appel à projet, à partir de 2005 permettait la mobilisation de plusieurs sources de financement au service des maisons des adolescents, sous réserve du respect d'un cahier des charges. Les aides publiques mobilisables dans le cadre du programme de création des MDA étaient les suivantes :

- des aides à l'investissement (aide au démarrage) pouvant aller jusqu'à 350 000€ par projet (aides de l'état)- à ce titre, 12,6 M€ ont été accordés entre 2005 et 2010 ;
- des aides au fonctionnement reductibles :
 - un financement de l'activité de soins à hauteur de 156 000€ (ONDAM hospitalier)- entre 2006 et 2012, 64 M€ d'aides publiques ont été mobilisés dans ce cadre ;

- un financement de 52 000€ au titre des réseaux de santé, pour les MDA adossées à un réseau de santé, dans le cadre du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)¹⁴.

Au-delà de ces aides accordées dans le cadre du programme de développement des MDA, des soutiens publics de diverses natures ont été accordés aux maisons des adolescents :

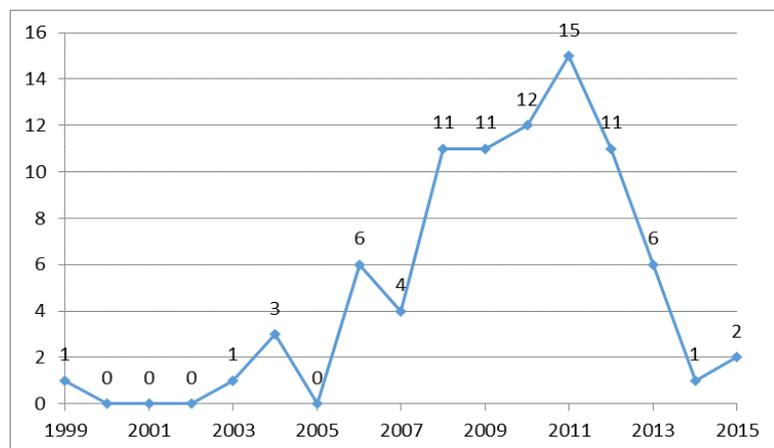
- des crédits complémentaires de l'État (notamment des crédits préalablement accordés à un PAEJ intégré au sein de la MDA ou des crédits de la politique de la ville) ;
- des mises à disposition de personnels publics, notamment par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou l'Éducation Nationale ;
- des financements complémentaires de centres hospitaliers partenaires ;
- des subventions de collectivités territoriales.

Par ailleurs, deux fondations ont apporté un soutien important aux MDA :

- la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France a subventionné plus de 50 MDA depuis 2004, pour un montant total d'environ 8 M€ (hors *Maison de Solenn* à Paris)¹⁵;
- la Fondation de France accorde depuis 1994 des financements sous forme d'appels à projets dans le cadre de son programme "santé des jeunes", qui peuvent bénéficier aux maisons des adolescents (financement à hauteur d'environ 200 000€ depuis 1994). Début 2016, un nouvel appel à projets "Favoriser l'accès aux dispositifs de soins pour les jeunes en situation de vulnérabilité" prolonge le soutien historique de la Fondation en faveur de la santé des jeunes.

Le réseau des MDA compte environ 105 structures en 2015, mais 11 départements en restent dépourvus

Le programme de développement des maisons des adolescents a contribué à leur développement rapide entre 2005 et 2011, en atteste le graphique ci-dessous.



Nombre de créations annuelles de MDA entre 1999 et 2015

Source : enquête menée par l'ANMDA (taux de réponse de 80%)

Lecture : en 2009, 11 MDA ont été créées

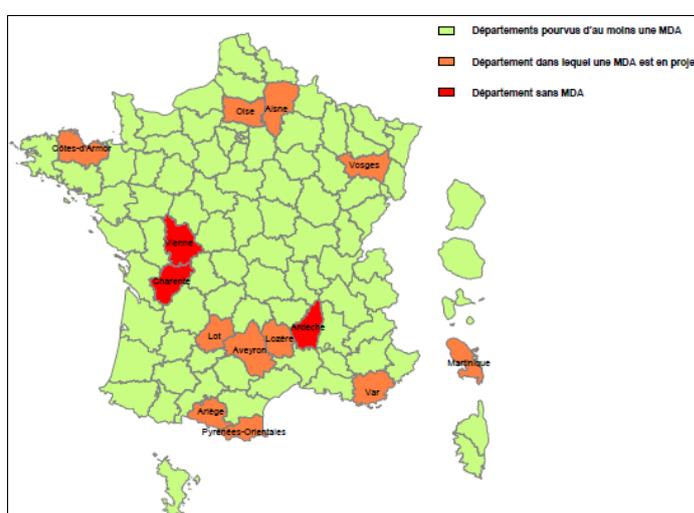
En 2015, il existe environ 105 maisons des adolescents (hors antennes)¹⁶. Quatorze départements restent cependant dépourvus de MDA¹⁷ :

¹⁴ Le FIR (Fonds d'intervention régional) s'est substitué au FICQS en 2012.

¹⁵ L'État et la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France ont conclu une convention-cadre de partenariat relative aux maisons des adolescents le 27/05/15.

- six départements dans lesquels un projet de création de MDA a été soutenu par l'ARS en 2015¹⁸, sans que celui-ci n'ait abouti à ce jour. Il s'agit de la Martinique, des Vosges, de l'Ariège, du Lot, de l'Aveyron et des Pyrénées orientales ;
- deux départements dans lesquels il existe des projets de création de MDA, selon l'ANMDA, sans soutien financier de l'ARS à ce stade : le Var et la Lozère ;
- trois départements dans lesquels les MDA ont fermé en 2013 ou en 2014 : Aisne (MDA de Château-Thierry) ; Oise (MDA de Creil et Beauvais) ; Cotes d'Armor (MDA Saint-Brieuc). Dans ces départements, des projets sont soutenus pour recréer une MDA ;
- trois départements dans lesquels il n'existe aucun projet de MDA : Ardèche, Charente, Vienne.

Cartographie des départements dépourvus de maisons des adolescents d'après données ANMDA et DGOS



Le cadre juridique des MDA confère une grande souplesse au dispositif

Le cadre juridique des maisons des adolescents est particulièrement souple, puisqu'aucun texte n'encadre spécifiquement leur intervention. Cependant, les financements publics accordés dans le cadre du programme de développement des MDA ont été conditionnés au respect d'un cahier des charges. Celui-ci précise les objectifs des MDA, et fixe des conditions au financement public, relatives :

- au montage du projet et au fonctionnement de la MDA (élaboration d'un diagnostic initial partagé ; mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité de suivi; accessibilité) ;
- aux missions des structures (accueil et écoute, évaluation, prise en charge médicale et psychologique et accompagnement éducatif, social et juridique) ;
- au public cible (actions à destination des adolescents, des familles et des partenaires) ;

¹⁶ Le recensement exact du nombre de MDA est rendu difficile par l'existence de plusieurs antennes par MDA.

¹⁷ En Haute-Saône, la MDA de l'aire urbaine (MDAU) de Belfort-Montbéliard compte toutefois une antenne, située à Héricourt.

¹⁸ La circulaire SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2015 prévoit une dotation complémentaire (de 156 000€) pour quatre agences régionales de santé (Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Lorrain et Midi-Pyrénées) "afin de mettre en œuvre des projets de maisons des adolescents dans des départements non pourvus".

- au caractère partenarial de leur action (santé, action sociale, éducation, justice, collectivités territoriales et secteur associatif).

Le rapport IGAS d'évaluation des MDA en 2013 préconisait la rénovation du cahier des charges défini en 2005, afin d'en faire un véritable référentiel annexé à une circulaire du Premier ministre. Ceci conférerait un statut à ce texte, qui pourrait servir de référence pour une labellisation des MDA.

D'une grande diversité, les MDA sont des structures pluridisciplinaires d'accueil des adolescents et de soutien des professionnels

Les missions des MDA sont définies de manière très large.

Le cahier des charges des maisons des adolescents leur attribue des missions extensives :

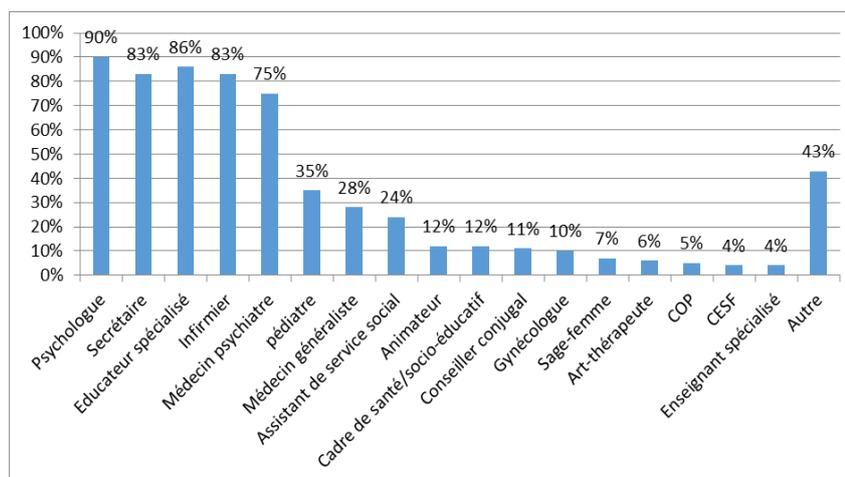
- **l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'évaluation.** L'accueil généraliste des adolescents (et de leurs familles) doit permettre d'évaluer la problématique de l'adolescent, de l'informer et de l'orienter au sein de la maison des adolescents, ou si besoin vers des structures plus spécialisées. D'après une enquête réalisée par l'ANMDA en 2015, une MDA reçoit en moyenne près de 800 situations par an. Les jeunes accueillis ont entre 10 et 25 ans, la tranche d'âge retenue variant selon les structures. Les problématiques des adolescents qui sollicitent les MDA relèvent de troubles du comportement, des addictions et conduites à risques, de tentatives de suicide, de risques liés aux réseaux sociaux, du décrochage scolaire ou de retrait scolaire, de violences et la prévention de la délinquance.
- **une prise en charge médicale et psychologique.** Ce volet sanitaire est plus ou moins développé selon les Maisons des adolescents. Certaines MDA sont dotées de capacités internes de prise en charge (consultations médicales par exemple) ou sont étroitement articulées avec des services permettant l'hospitalisation.
- **l'accompagnement éducatif, social et juridique.** De nature souvent partenariale, il permet de répondre aux difficultés rencontrées par les jeunes.

Au-delà, le cahier des charges précise que les MDA ont pour vocation de **constituer un lieu ressource sur un territoire donné** pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence. Cela peut se traduire par des conférences, par des actions d'information et de prévention, par des actions de formation de professionnels ou encore par l'organisation de réunions d'échanges de pratiques ou d'études de cas complexes.

La pluridisciplinarité constitue l'une des spécificités des MDA

D'après le cahier des charges des MDA, celles-ci ont vocation à réunir les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. **Cette prise en charge globale de l'adolescent nécessite l'intervention de professionnels variés.** La charte des MDA dispose que "les Maisons des adolescents se veulent des espaces pluridisciplinaires et pluri-partenariaux. La pluridisciplinarité, essentielle dans leur conception [...] permet de proposer aux adolescents la richesse de regards croisés, allant du médical au social et du juridique à l'éducatif".

Métiers représentés en MDA



Source : : enquête menée par l'ANMDA - Lecture : 90% des MDA interrogées disposent d'un psychologue (employé par la MDA ou mis à disposition)- COP: conseiller d'orientation-psychologue; CESF: conseiller en économie sociale et familiale

Ainsi, des professionnels de métiers variés contribuent au fonctionnement de la MDA, comme l'illustre le graphique présenté ci-après. L'équipe de base de la structure est en général constituée, sous la responsabilité d'un directeur ou coordonnateur, d'un médecin (psychiatre ou pédopsychiatre), d'un infirmier, d'un psychologue, d'un éducateur et d'un secrétaire. D'autres intervenants complètent l'équipe de base : assistant social, gynécologue, nutritionniste, addictologue, personnels d'associations (aide à la parentalité, planning familial, missions locales), avocats, etc.

Les maisons des adolescents s'inscrivent aussi dans un réseau pluri-partenarial. Ceci est garanti par la constitution du comité de pilotage des MDA, qui doit réunir ses principaux partenaires (centres hospitaliers, associations, conseil départemental, services de l'Etat, missions locales, CAF). Les partenaires avec lesquels les MDA formalisent le plus fréquemment leurs collaborations sont la PJJ (44%), l'aide sociale à l'enfance (41%) et l'Éducation Nationale (40%)¹⁹. Les partenariats se traduisent fréquemment par la mise à disposition de personnels.

Une grande diversité au sein du réseau des MDA

Des formes juridiques hétérogènes

La forme juridique des MDA n'est pas uniforme, comme l'y autorise le cahier des charges. Les MDA peuvent être adossées à des établissements de santé (environ 50% des MDA) ou à des collectivités, sans autonomie juridique. Environ 1/4 d'entre elles ont un statut associatif loi 1901, tandis que près de 15% d'entre elles prennent une forme de groupement d'intérêt public (GIP) ou de GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale)²⁰.

¹⁹ Données ANMDA, issues de l'enquête nationale 2015, à laquelle 75 MDA sur 104 recensées ont répondu.

²⁰ Données ANMDA 2015.

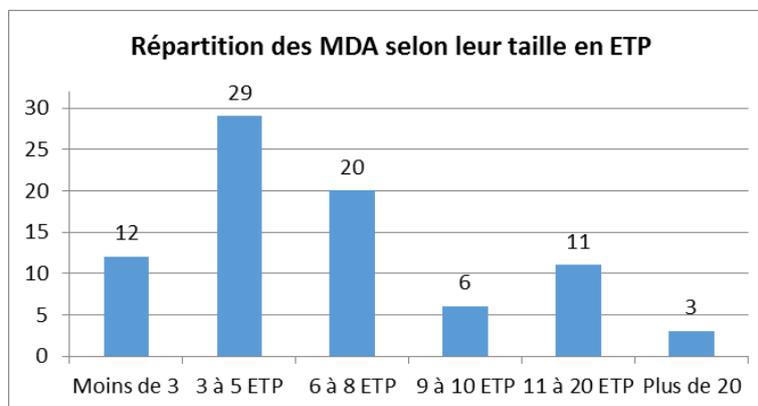
Des organisations de taille variable

Les maisons des adolescents sont majoritairement de petites structures. En moyenne, 7,6 ETP (Équivalent Temps Plein) contribuent au fonctionnement d'une MDA. Parmi eux, environ 3 ETP, soit 40% des ETP des MDA, sont mis à disposition par une structure externe. Cependant, cette moyenne cache des disparités importantes dans la taille des structures, comme en atteste le graphique ci-dessous.

Répartition des MDA selon le nombre de salariés (en ETP)

Source : enquête menée par l'ANMDA portant sur 75 MDA

Lecture: 12 MDA ont moins de 3 ETP.



De même, si le budget moyen d'une MDA est d'environ 400 000€, celui-ci peut varier entre 100 000€ et 2 Mi€.

Jugées globalement pertinentes et efficaces, Les MDA sont confrontées à des enjeux financiers et territoriaux

Un dispositif jugé très favorablement par les différents rapports qui lui ont été consacrés

Les différents rapports nationaux d'évaluation des maisons des adolescents ont porté une appréciation favorable sur le dispositif :

- un rapport de 2009 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)²¹ soulignait que "tous les acteurs auditionnés dans le cadre de la mission s'accordent à reconnaître l'incontestable intérêt des maisons des adolescents";
- un rapport de 2011 publié par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) établissait que la conformité au cahier des charges en terme de pluridisciplinarité et d'accessibilité par le public jeune semblait avoir été respectée pour la quasi-totalité des dispositifs²² ;
- en 2013, le rapport d'évaluation de l'IGAS²³ concluait à l'efficacité des maisons des adolescents, et à leur efficacité reconnue par tous. Selon le rapport, les MDA répondent à des attentes des adolescents, de leurs parents et de nombreux professionnels en relation avec eux. Elles contribueraient au désengorgement des CMP grâce à une intervention en amont, et participeraient à la lutte contre l'échec scolaire et la déscolarisation. Par ailleurs, l'ANMDA, tête de réseau des MDA, est jugée légitime et compétente.

Localement, certaines évaluations externes de MDA ont aussi tiré des conclusions positives de l'action des MDA :

²¹ "Les maisons des adolescents", M. Buisson, F. Salles, conseillers généraux des établissements de santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, février 2009.

²² "Maisons des adolescents- Bilan- Programme 2005-2010", DGCS, DGS, décembre 2011

²³ "Evaluation de la mise en place du dispositif "maison des adolescents" (MDA)", F. Amara, P. Naves, Inspection Générale des Affaires Sociales, octobre 2013.

- l'évaluation de la maison des adolescents du Calvados conclut que la MDA 14 a su apporter une réponse complète aux besoins de l'adolescent, de sa famille ou des professionnels [...] en permettant notamment le décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire ;
- l'évaluation de la MDA de Loire-Atlantique valorise le caractère pluri-professionnel et pluridisciplinaire de la structure, gage d'une expertise reconnue et appréciée tant auprès du public que des partenaires. L'approche globale des jeunes, la qualité de l'accompagnement, ainsi que la reconnaissance de la structure dans le département, à la fois sur sa mission d'accueil du public, mais aussi d'animation d'un réseau de partenaires constituent aussi des atouts de la structure.

Extraits de l'évaluation de la maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique, mai 2013

Selon les différents professionnels, la MDA correspond bien à un maillon de prise en charge des jeunes car elle n'apparaît pas comme une structure médicale. Toutefois, des questions peuvent se poser concernant les délais de prise en charge par l'équipe de la MDA au regard de l'augmentation du nombre d'adolescents.

Selon les intervenants spécialisés, la MDA permet d'être un "sas" pour des jeunes dont les problématiques ne nécessitent pas directement une prise en charge hospitalière. Ces différents intervenants, par leur compétence, apparaissent essentiels pour le fonctionnement de la prise en charge en faisant, pour certaines situations de jeunes, le lien avec des structures extérieures.

Les jeunes pris en charge apprécient le caractère accueillant et convivial de la structure, et plus particulièrement les modalités 'accueil propres au fonctionnement de la MDA (anonymat, gratuité, accueil immédiat par des professionnels) ainsi que la nature et la dynamique de la prise en charge proposée. Ils apprécient l'approche collective de la situation et la posture de conseil et de démarche active proposée par les professionnels. Cet aspect permet ainsi aux jeunes de se sentir écoutés, d'être à l'aise dans cette prise en charge et de distinguer l'approche proposée par la MDA d'un suivi thérapeutique.

Les parents apprécient eux aussi la simplicité de l'accueil, la réactivité du suivi et l'approche collective des situations. Toutefois, un flou demeure quant à leur place dans l'accompagnement.

Les partenaires extérieurs soulignent à la fois le professionnalisme de l'équipe et son caractère interdisciplinaire. Cependant, des interrogations subsistent sur la façon dont s'organise la prise en charge.

Synthèse de l'évaluation de la maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique, Le Grand, Mumiglia et Loncle, 2013

Un enjeu de consolidation financière

Les différents rapports ont souligné la fragilité financière des MDA, qui restent pour l'essentiel des structures de petite taille, dépendantes de multiples financeurs : l'ARS, principalement sur les crédits ONDAM (crédits hospitaliers) ou FIR (réseaux) ; le conseil départemental et plus rarement, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et les conseils régionaux ; les centres hospitaliers, qui peuvent abonder les crédits ARS ; les caisses d'allocation familiales ; l'Etat (DDCS, Éducation Nationale, PJJ) ; les fondations et associations.

Ces financements multiples ne sont pas toujours pérennes ni suffisants. Le rapport IGAS d'évaluation des MDA en 2013 appelait à un financement "de base" assuré par l'ARS ainsi que par les collectivités locales (les conseils départementaux, au titre de leur compétence en protection de l'enfance, et de façon complémentaire, les intercommunalités).

Un enjeu de maillage territorial, en particulier dans les territoires ruraux

Une quinzaine de départements est aujourd'hui dépourvu de maisons des adolescents (voir cartographie). Au-delà, dans certains départements qui disposent de MDA, la couverture géographique des maisons des adolescents est insuffisante, notamment dans les territoires ruraux, et ce malgré l'existence de plusieurs antennes par MDA. Le rapport d'évaluation de la MDA de Loire-Atlantique soulignait ainsi la problématique posée par les capacités d'accueil de la MDA pour des publics éloignés des dispositifs, notamment les publics issus des quartiers de la politique de la ville ou bien en situation de grande précarité sociale.

Pour accroître leur couverture géographique, certaines MDA ont mis en place des équipes mobiles. Ainsi, la MDA du Calvados propose des prises en charge individuelles délocalisées sur le département, lorsque les adolescents ne peuvent se déplacer, ainsi que des interventions collectives de soutien auprès d'équipes éducatives, de professionnels ou de parents confrontés à des situations de crise. De même, la MDA de Corrèze a mis en œuvre un dispositif expérimental d'équipe mobile pour "aller vers" les besoins des adolescents en s'appuyant sur un partenariat avec les professionnels des établissements scolaires. En 2014, le rapport d'évaluation de ce dispositif réalisé dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse²⁴ préconise de pérenniser l'antenne mobile sur le département, et d'essaimer ce projet dans d'autres territoires à dominante rurale.

Par ailleurs, les collectivités territoriales demeurent insuffisamment impliquées dans les MDA, notamment du conseil départemental. Les maisons des adolescents sont rarement associées aux dispositifs de politique de la ville (notamment dans les contrats locaux de santé ou dans les ateliers de santé ville). De même, les MDA sont rarement citées dans les projets régionaux de santé des agences régionales de santé.

Un enjeu d'articulation avec les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) et les espaces santé jeunes (ESJ) pour une meilleure lisibilité de l'offre locale

Deux dispositifs ont des missions proches des maisons des adolescents (MDA) : les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ), d'une part, et les espaces santé jeunes (ESJ), d'autre part. Le tableau de comparaison présenté ci-dessous montre la proximité forte entre ces dispositifs d'accueil généraliste et pluridisciplinaire, qui visent le même public. La taille moyenne des MDA est cependant un peu supérieure, tandis que leur caractère sanitaire est plus affirmé.

Comparaison des dispositifs maisons des adolescents (MDA), points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) et espaces santé jeunes (ESJ)

	MDA	PAEJ	ESJ
Nombre de structures	110	400	30, principalement situées dans les Hauts-de-Seine et dans les Bouches-du-Rhône
Textes de référence	Cahier des charges des MDA, annexé à la lettre circulaire du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents	- circulaire du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ, qui définit leur cahier des charges, - circulaire du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ.	Pas de texte juridique
Missions principales	- accueil, écoute, évaluation et orientation - prise en charge médicale et psychologique	- offrir un accueil, une écoute, et un soutien aux jeunes et à leurs parents - orientation vers un	- proposer un accueil individualisé, une écoute et une orientation - proposer des actions

²⁴ Rapport d'évaluation de l'Antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien (AMIES) au ministère des sports, de la jeunesse, de l'Éducation populaire et de la vie associative, Fonds d'expérimentation pour la jeunesse, 2014

	- accompagnement éducatif, social et juridique - lieu de ressources pour les professionnels	dispositif spécialisé si nécessaire	collectives sur les questions de santé (prévention) - développer le travail en réseau entre professionnels
Public accueilli	Les adolescents (entre 11 et 25 ans, selon les structures)	Jeunes âgés de 12 à 25 ans, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé	Jeunes âgés de 11 à 25 ans, parents et professionnels
Taille moyenne	7 ETP	2 ETP	3 ETP
Budget moyen	400 000€	130 000€	150 000€ en moyenne
Spécificités	Les MDA proposent des soins- Premier financeur : ARS	Les PAEJ ont été mis en difficulté par une diminution de moitié des financements de l'Etat entre 2009 et 2012.	Soutien historique de la Fondation de France- Financés principalement par les collectivités locales (communes et départements)
Tête de réseau	Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)	Association nationale des points d'accueil et d'écoutes jeunes (ANPAEJ)	Fédération des espaces santé jeunes (FESJ)

"Zoom 2014- Enquête sur le dispositif Espace santé Jeunes", fédération des espaces santé jeunes, septembre 2015; Etude relative aux PAEJ, ministère des affaires sociales, septembre 2015; enquête ANMDA 2015

Or l'articulation entre ces trois structures demeure imparfaite. D'après l'enquête menée par l'ANMDA, seules 21% des MDA ont un lien conventionné avec les PAEJ et les ESJ. Localement, des situations de concurrence ou de mésentente entre les structures peuvent aussi limiter les collaborations entre les structures. Ainsi, un rapport de 2013 portant sur l'articulation des PAEJ et des MDA en Bretagne soulignait le cloisonnement entre ces dispositifs²⁵. Le rapport IGAS de 2013 mettait aussi en exergue la difficulté d'articulation entre ESJ et MDA dans deux départements.

Sur la base de l'évaluation menée par l'IGAS sur les MDA et d'une étude sur les PAEJ, le ministère en charge de la santé et des affaires sociales a entamé des travaux pour mieux articuler les deux dispositifs, avec l'objectif de rénover conjointement les cahiers des charges des deux dispositifs.

Les modalités de collaboration entre maisons des adolescents et l'Éducation nationale sont nombreuses et hétérogènes

L'Éducation nationale est un partenaire institutionnel privilégié des MDA

Les collèges et lycées figurent parmi les premiers partenaires des maisons des adolescents. En effet, la grande majorité des jeunes suivis par les MDA sont scolarisés. Les établissements scolaires sont des lieux d'expression privilégiés du malaise des jeunes, du fait du temps passé par les jeunes dans leurs murs. Les difficultés scolaires (échec scolaire, décrochage scolaire, retrait scolaire, harcèlement..) font aussi partie des principales problématiques rencontrées par les adolescents suivies par les MDA.

²⁵ "Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance : freins et leviers à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne", Canler, EHESP, 2013.

L'Éducation nationale est souvent la **première institution partenaire de la MDA, en termes d'orientation des jeunes vers la structure**. Selon les MDA, entre 25 et 50% des jeunes suivis ont été adressés par des professionnels des collèges ou lycées (publics ou privés). Les principaux interlocuteurs des maisons des adolescents sont les infirmières scolaires, les assistantes sociales et les conseillers principaux d'éducation. Après l'orientation vers la MDA, les MDA restent en relation vers les personnels des établissements pour le suivi de la situation des jeunes. Le suivi de ces situations individuelles peut donner lieu à des coopérations formalisées, par exemple sous forme de rencontres régulières ou de fiche de suivi.

Ce partenariat privilégié peut aussi se traduire par la **participation de l'Éducation nationale aux instances de la MDA** (participation des chefs d'établissement ou d'inspecteurs d'académie aux comités de pilotage et comités de suivi). Plus rarement (environ 12% des MDA concernées²⁶), l'Éducation Nationale fait partie des personnes morales fondatrices de la MDA (par exemple lorsque les MDA sont constituées sous forme de GIP). Inversement, les MDA participent à des instances des collèges et lycées, qui concernent aussi bien des cas individuels (cellules de veille pluridisciplinaires, groupes de prévention contre le décrochage scolaire), que le collectif de l'établissement (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté). Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, **un levier essentiel dans la réussite du partenariat entre MDA et Education nationale réside dans la mise à disposition de personnels entre les structures**. Les mises à disposition de personnel de l'Éducation nationale dans les MDA concernent environ un quart des MDA²⁷. Les personnels concernés sont des infirmiers scolaires, des assistants de service social, des conseillers d'orientation-psychologues, ou encore des enseignants spécialisés. Ils jouent un rôle jugé très utile d'interface entre la MDA et les établissements de l'Éducation nationale. Leur expertise dans les dispositifs d'aménagement de parcours est également appréciée. Inversement, mais plus ponctuellement, certaines MDA mettent à disposition des personnels au sein d'établissements scolaires (notamment des psychologues, pour l'organisation de temps d'écoute).

Ces liens privilégiés ne se traduisent pas toujours par une convention globale de partenariat entre l'Éducation nationale (établissements ou DASEN) et les maisons des adolescents. En revanche, des conventions traitent d'aspects spécifiques du partenariat (mise à disposition de personnels; actions de lutte contre le décrochage ou contre le retrait scolaire par exemple).

Les actions et expérimentations conjointes MDA/ Éducation nationale sont très variées

En coopération avec la mission, l'association nationale des maisons des adolescents a mené une enquête flash auprès de son réseau, portant sur les liens entre maisons des adolescents et Éducation nationale. La typologie des modalités de collaboration présentée ci-dessous est issue de l'exploitation des résultats de cette enquête.

Les actions destinées aux adolescents scolarisés ou à leurs parents

Les actions auprès des adolescents sont de deux natures. En premier lieu, les interventions collectives des MDA dans les établissements scolaires, à des fins d'éducation et de promotion de la santé semblent répandues, au travers d'actions de prévention sur des thématiques spécifiques (prévention des addictions, éducation à la vie affective et sexuelle...), de forums santé, de conférences et de débats à thème. Elles peuvent aussi prendre la forme d'ateliers (écriture, théâtre, ciné-débat, etc.). Les actions à destination des parents d'élèves, plus ponctuelles, relèvent aussi en général d'actions collectives (organisation de conférences/ débats).

²⁶ Donnée issue de l'enquête nationale 2015 réalisée par l'ANMDA, avec un taux de réponse de 75%

²⁷ Ces données sont issues de l'enquête flash sur les liens entre MDA et Éducation nationale, réalisée par l'ANMDA (taux de réponse 55%).

En deuxième lieu, certaines MDA organisent des permanences d'écoute ou groupes de parole dédiés aux adolescents au sein des établissements scolaires (à une fréquence variable, hebdomadaire ou mensuelle). Ces temps d'écoute, le plus souvent organisés à la demande des établissements, ne font pas toujours l'objet de financement ad hoc par l'Éducation nationale et dépendent donc des ressources des MDA.

Les actions auprès des professionnels de l'Éducation nationale

Les interlocuteurs de la mission (professionnels des maisons des adolescents et de l'Éducation nationale) ont souligné l'importance de ces actions à destination des personnels de l'Éducation nationale pour améliorer le repérage des situations de mal-être et l'orientation des adolescents concernés.

Un premier niveau d'action relève de la formation ou de la sensibilisation des professionnels sur les thématiques liées à l'adolescence (repérage des signes de souffrance à l'adolescence, phobie scolaire, addictions...). Ces sessions de formation peuvent être organisées spécifiquement pour des professionnels de l'Éducation nationale, ou s'inscrire dans des actions de formation transdisciplinaire, avec d'autres institutions. Elles peuvent s'adresser aux personnels médico-sociaux des établissements (infirmiers, assistants sociaux notamment), mais aussi aux personnels de vie scolaire (CPE, assistants d'éducation), aux enseignants, voire au personnel de direction.

L'organisation de groupes de paroles sur les pratiques professionnelles constitue un second niveau d'action, jugé particulièrement riche, car il permet le croisement de regards professionnels. Selon le témoignage d'un personnel éducatif rencontré par la mission, *la clé d'entrée autour de l'adolescent est d'être à plusieurs autour de la table. Les regards croisés sur les jeunes permettent d'identifier si les signaux sont de réelles alertes.*

De nombreuses MDA organisent des groupes d'analyse des pratiques ou groupes-ressources, dans le cadre desquels des cas individuels sont étudiés. Ces dispositifs, le plus souvent pluridisciplinaires, peuvent concerner les infirmiers scolaires, les assistants sociaux, les CPE, et plus ponctuellement, les enseignants.

Ils peuvent s'inscrire dans des réseaux professionnels plus larges, souvent consacrés aux adolescents en grande difficulté (par exemple des adolescents de la protection de l'enfance ou de la PJJ). Ainsi, en Bretagne, dans le Finistère, un groupe de ressources locale se réunit mensuellement pour une analyse de situations complexes, souvent celles d'enfants placés en maisons d'enfant à caractère social qui sont aussi élèves de collèges, afin de trouver des solutions innovantes en croisant les regards professionnels.

Un troisième niveau d'accompagnement des MDA aux équipes pédagogiques est le soutien individuel, qui semble toutefois moins fréquent. L'appui individuel peut s'inscrire dans le cadre de l'accueil téléphonique de la MDA, ou, comme à la MDA du Finistère nord, se traduire ponctuellement par des sessions de soutien pour des enseignants. En effet, les enseignants peuvent se retrouver en difficulté dans leur posture professionnelle face aux attitudes et comportements des adolescents.

Enfin, certaines collaborations entre MDA et Éducation nationale portent sur des actions spécifiques de rescolarisation, dans le cadre de la politique de lutte contre le décrochage. À titre d'exemple, dans les Yvelines, la MDA Yvelines-Sud accompagne les professionnels d'un "lycée des possibles", qui accueille des jeunes décrocheurs avec une pédagogie adaptée.

Le projet de convention de partenariat entre l'ANMDA et le ministère de l'Éducation nationale doit permettre de renforcer les collaborations locales

Au niveau national, une convention de partenariat liant le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche et l'association nationale des maisons des adolescents (ANMDA). La

convention vise notamment à développer les actions de sensibilisation auprès des jeunes, en collège et en lycée, à développer la prise en charge des troubles des jeunes [...] afin de prévenir les risques d'échec scolaire, et à développer la formation continue auprès des personnels de l'éducation nationale. Cette convention, qui a vocation à être déclinée localement, constitue un levier pour renforcer les collaborations entre maisons des adolescents et les établissements de l'Éducation nationale.

3. LES POINTS D'ACCUEIL ET D'ECOUTE JEUNES (PAEJ)

Cadre juridique : circulaire DGS/ DGAS 2002/ 145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ (définition d'un cahier des charges) ; circulaire DGAS/LCEE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale

Les données chiffrées présentées dans cette note sont issues d'une enquête menée par la DGCS en 2014 sur les PAEJ. Par ailleurs, le cabinet Alenium Consultant a été retenu pour réaliser une étude auprès des PAEJ entre décembre 2014 et juin 2015. Cette étude a été menée auprès de 60 PAEJ.

Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans

Les PAEJ accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez-vous jeunes et/ ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social et scolaire. Ils ne proposent pas de soins.

D'après l'enquête commanditée par la DGCS, les principales thématiques traitées par les PAEJ sont le mal-être, le décrochage scolaire, les situations de crise, l'usage de substances psychoactives et les conduites violentes.

Un bon maillage territorial

Le réseau des PAEJ compte plusieurs centaines de structures [323 structures recensées par le cabinet Alenium²⁸] ; selon l'enquête DGCS 2014 ; 58% des PAEJ disposent d'antennes (une à trois antennes majoritairement). La moitié des structures est mobile. Cette mobilité se traduit assez généralement par des interventions « hors-les-murs » dans des établissements scolaires ou d'autres institutions. Cette mobilité des structures, et la proximité avec les jeunes est considérée par les PAEJ et par les partenaires comme un des principaux atouts des PAEJ.

Un travail partenarial quasi-systématique avec l'éducation nationale, tandis que le partenariat avec les MDA peut être amélioré

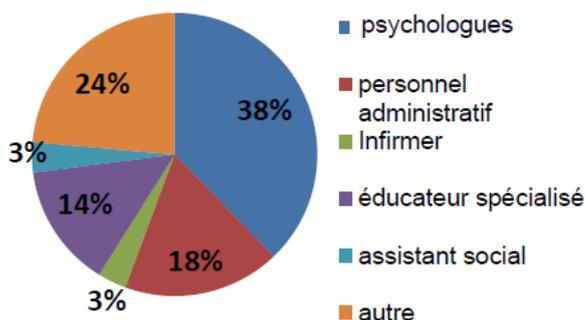
Les PAEJ ont vocation à inscrire systématiquement leur action en partenariat avec les autres réseaux d'accueil des jeunes (missions locales, maisons de l'adolescent). Certains PAEJ ont d'ailleurs été intégrés aux MDA lors de leur création. Cependant, d'après l'enquête DGCS 2014, si les partenariats des PAEJ sont très fréquents avec l'éducation Nationale (90% des structures), seuls 38% des PAEJ ont des interactions régulières avec les MDA. La qualité des partenariats entre PAEJ et MDA semble très variable.

- **Des structures de petite taille, fragiles financièrement**

Les PAEJ sont des structures de très petite taille, comptant en moyenne 3,9 intervenants / 2 ETP en moyenne par structure, avec de forts écarts entre PAEJ. Parfois le dispositif repose sur seulement 1 ETP environ, ce qui constitue un facteur de risque pour la continuité de l'activité.

²⁸ Étude relative aux Points d'accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ) - Rapport final ALENIMUM Consultants, 6 juillet 2015.

Les profils des intervenants des PAEJ sont dominés par les psychologues (38%) :



En moyenne, une structure a accueilli 491 personnes en 2014.

- **Des structures mises en difficulté financièrement par le retrait de l'État entre 2009 et 2012**

En 2014, le budget moyen d'un PAEJ est d'environ 130 000 €. Les PAEJ ont été mises en difficulté financièrement par le retrait des financements de l'État entre 2009 et 2012, qui ont diminué de moitié (de 9,7 millions d'euros à 5 millions). Ceci aurait causé la fermeture d'un tiers des structures. Le rapport IGAS de 2013 d'évaluation des MDA préconisait une sanctuarisation du financement de ces structures. Depuis, les financements de l'État se maintiennent à hauteur de 5,36 M€ (programme 304- pilotage par la DGCS).

Les financeurs des PAEJ sont les suivants :

- État 26% dont ARS, FIPD, CUCS en plus de la DGCS
- Commune 13%
- Département 11%
- EPCI 7%
- Région 6%
- CAF 4%
- FSE 3%
- Financeurs privés 6%
- Autres financeurs 24%

Les PAEJ assurent donc une mission complémentaire de celle des MDA et en lien fort avec l'école.

4. LES NOUVEAUX REFERENTIELS POUR LES PSYCHOLOGUES DE L'EDUCATION NATIONALE

Un référentiel de connaissances et de compétences des psychologues de l'éducation nationale (PsyEN) et des directeurs de centres d'information et d'orientation (DCIO)

Le référentiel s'appuie notamment sur la recommandation 2006/962/CE du Parlement européen qui définit la compétence comme un « ensemble de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées au contexte », chacune impliquant de celui qui la met en œuvre « la réflexion critique, la créativité, l'initiative, la résolution de problèmes, l'évaluation des risques, la prise de décision et la gestion constructive des sentiments ». Du fait des critères, conditions et niveau de recrutement au sein du corps de psychologues de l'éducation nationale, sont considérées comme acquises les connaissances et compétences afférentes à l'exercice de la profession réglementée de psychologue.

Il inventorie donc, en complément, l'ensemble de connaissances et de compétences communes et spécifiques susceptibles d'être mobilisées par les psychologues de l'éducation nationale des deux spécialités, en fonction des situations et des besoins des enfants, des adolescents, des familles et des équipes éducatives.

Chaque connaissance ou compétence est illustrée d'items qui en détaillent les composantes et en précisent le champ. Ces items en proposent les différentes mises en œuvre possibles, dans les situations diverses liées aux fonctions exercées par les psychologues de l'éducation nationale.

Sont ainsi définies :

- les connaissances et savoirs ressources communs nécessaires à l'exercice de chacune des spécialités et fonctions au sein du corps des PsyEN ;
- les compétences communes aux deux spécialités du corps ;
- les compétences spécifiques propres à l'exercice de la spécialité « éducation, développement et apprentissages » ;
- les compétences spécifiques propres à l'exercice de la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnel » ;
- les « compétences particulières » nécessaires à l'exercice des fonctions de DCIO.
- Ces connaissances et compétences professionnelles s'acquièrent et s'approfondissent dans un processus en continu par la formation initiale, l'expérience professionnelle et la formation continue.

1. Connaissances et savoirs ressources communs aux deux spécialités de psychologues de l'éducation nationale

Acteurs à part entière du service public d'éducation, les psychologues de l'éducation nationale interviennent dans un cadre institutionnel se référant aux principes de responsabilité de l'ensemble de ses personnels et dans le respect des fondements déontologiques et éthiques caractérisant la profession réglementée de psychologue²⁹.

Au service de la réussite de tous les élèves, leurs interventions s'inscrivent dans une indispensable complémentarité de la mission d'enseignement et de l'action éducative de l'École.

²⁹ Respect des droits de la personne, de son autonomie, de sa liberté de jugement et de sa décision, confidentialité des échanges, préservation de la vie privée et de l'intimité des personnes, respect des compétences professionnelles et des principes de rigueur, de probité et d'intégrité...

Ils concourent au bon déroulement de l'ensemble des missions d'instruction et d'éducation que la Nation assigne à l'École et participent à la lutte contre les effets des inégalités sociales.

Ils contribuent dans leur action à faire partager les valeurs fondamentales de la République, à promouvoir l'esprit de responsabilité et la recherche de bien commun en excluant toute forme de discrimination.

Ils interviennent au sein des conseils et instances institutionnels au service de la complémentarité, de la diversité et de la continuité éducative.

Pour ces raisons, outre les connaissances fondant leur qualification de psychologue, il est attendu de leur part un ensemble de connaissances indispensables à l'exercice de leurs missions au sein du service public d'éducation :

- la connaissance des principes éthiques et déontologiques communs à tous les fonctionnaires ;
- la connaissance des principes fondamentaux du système éducatif et de son organisation ;
- une culture des grands textes qui régissent le système éducatif, le cadre réglementaire de l'École et de ses établissements, les droits et obligations des fonctionnaires ;
- une vision précise de la politique éducative nationale, des principales étapes de l'histoire des institutions scolaires, de ses enjeux et ses défis ;
- la compréhension des missions imparties aux enseignants des premier et second degrés ainsi que celles des personnels d'éducation et de vie scolaire.

De plus, en tant que psychologues de l'éducation nationale, ils apportent à la communauté éducative des éclairages particuliers nécessitant :

- une connaissance solide de l'histoire et de la spécificité des théories, courants et modèles de la psychologie dans son ensemble et notamment ceux se rapportant à l'éducation et à l'orientation ;
- une expertise approfondie des processus psychiques³⁰ impliqués dans le développement personnel et les apprentissages des jeunes, dans leur accès à l'autonomie, à la culture et à la qualification ;
- une compréhension de l'évolution des principes de l'inclusion scolaire et de l'éducation pour tous, en particulier concernant les élèves à besoins particuliers ou en situation de handicap ;
- une connaissance des missions des structures d'accompagnement, de soutien ou de prise en charge des enfants, adolescents ou jeunes adultes concernés par un appui extérieur à l'éducation nationale.

2. Compétences communes aux deux spécialités de psychologues de l'éducation nationale

Qu'ils interviennent dans l'une ou l'autre des spécialités constitutives du corps, les psychologues de l'éducation nationale doivent, à l'issue de leur année de formation professionnalisante, confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences leur permettant d'être en capacité :

- d'analyser les situations éducatives et institutionnelles comme les problématiques singulières de chaque enfant, adolescent ou jeune adulte
- de contribuer à la compréhension de leurs difficultés scolaires et de l'évolution de leur développement psychologique et social
- de réaliser des entretiens et des bilans psychologiques
- de savoir instaurer des temps d'écoute, de dialogue et de concertation selon les besoins des enfants et des adolescents dans le cadre scolaire
- d'instaurer dialogue et échanges entre les adultes autour de l'enfant ou de l'adolescent
- de contribuer à la réussite scolaire de tous les élèves dans leur diversité et selon la nature de leurs besoins
- de prendre part à l'instauration d'un climat scolaire serein et de conditions d'études propices à la mobilisation scolaire

³⁰ Processus cognitifs, psycho affectifs, sociaux...

- d'apporter des éléments de compréhension adaptés à la prise de décisions au sein des différentes instances où l'avis du PsyEN est requis ou sollicité³¹ ;
- le cas échéant d'intervenir au titre de leur professionnalité de psychologue dans la conception de modules de formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale

3. Compétences spécifiques à l'exercice des activités de la spécialité « éducation, développement et apprentissages »

A l'issue de leur année de formation professionnalisante, les psychologues de cette spécialité doivent pouvoir en outre confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences spécialisées leur permettant d'être en capacité :

- d'évaluer la situation et le type d'aide et de réponses à mettre en place lors d'une sollicitation directe de familles, d'enseignants ou d'enfants
- d'évaluer la pertinence d'un suivi psychologique et créer les conditions de sa mise en œuvre
- de concevoir et conduire des actions de prévention et de remédiation individuelles ou collectives au titre de leurs interventions dans les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)
- d'accompagner les familles et les enfants lors des transitions entre cycles d'enseignement et lors de la première scolarisation à l'entrée à l'école maternelle
- de contribuer à la mise en place d'actions propices à favoriser un climat scolaire bienveillant dans les écoles :
- de participer à l'activité du pôle ressources de circonscription
- de partager les grands axes de son activité.

4. Compétences spécifiques à l'exercice des activités de la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle »

A l'issue de leur année de formation professionnalisante, les psychologues de cette spécialité doivent pouvoir en outre confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences leur permettant d'être en capacité :

- d'intervenir auprès des élèves et étudiants qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement spécifique dans l'élaboration de leur projet d'avenir et d'un conseil en orientation
- de participer au suivi des parcours des adolescents et des jeunes adultes en collaboration avec les équipes enseignantes dans le cadre des projets d'établissement et de CIO
- de définir et de conduire des entretiens psychologiques³² permettant d'apporter une réponse adaptée à la problématique soulevée par un élève ou par son environnement³³
- d'apporter leur expertise dans la prise en compte des problématiques spécifiques de l'adolescence et dans la contribution de la réussite scolaire et universitaire :
- de contribuer aux initiatives visant l'instauration d'un climat scolaire bienveillant
- d'apporter leur contribution à la réflexion collective du district ou du bassin sur l'orientation et l'affectation
- d'intervenir dans le cadre du CIO en direction des publics sortis du système scolaire³⁴.

³¹ MDPH, CDOEA, Commissions d'appel, commissions Classes relais ou nouvelles chances...

³² Entretiens d'explicitation ou clinique, cognitif centré sur les apprentissages, systémique, d'orientation...

³³ Famille, équipes éducatives...

³⁴ Conformément aux termes de la loi 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale et de l'accord-cadre entre l'État et l'association des régions de France du 28 novembre 2014.

5. Compétences spécifiques à l'exercice des missions de directeur de centre d'information et d'orientation

Les psychologues de l'éducation nationale accédant à la fonction de directeur de CIO doivent pouvoir confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences spécialisées³⁵ leur permettant d'être en capacité :

- d'organiser le fonctionnement du CIO dont ils ont la responsabilité
- de veiller à la gestion du CIO
- de veiller à l'organisation de contacts réguliers entre PsyEN de la spécialité et leurs partenaires internes à l'éducation nationale
- de conforter la place du CIO en tant que structure de proposition, d'expertise et de conseil aux établissements et aux autorités académiques
- de veiller à donner au CIO la fonction qui lui est assignée par l'Etat dans le cadre des partenariats extérieurs à l'éducation nationale.

Un référentiel d'activités des psychologues de l'éducation nationale (PsyEN)

Dans le cadre du service public de l'éducation, les psychologues de l'éducation nationale participent à la lutte contre les effets des inégalités sociales et inscrivent leur action au bénéfice de la réussite scolaire pour tous.

De par leur qualification en psychologie, ils apportent un appui spécifique aux enfants, aux adolescents et jeunes adultes ainsi qu'à leurs familles et accompagnent dans cette perspective les équipes éducatives des écoles et des établissements d'enseignement. En mobilisant cette expertise au service de la prise en compte de toutes les dimensions de l'évolution et du développement psychologique et social de chacun, ils contribuent à favoriser une approche bienveillante de l'École.

Leurs interventions ont vocation à faciliter l'accès de tous les élèves aux apprentissages, à la culture, à la citoyenneté, à l'autonomie et au « vivre-ensemble ». Ils partagent l'objectif des équipes éducatives d'élever le niveau d'aspiration et de formation de tous et ainsi de contribuer à accompagner chacun vers une qualification reconnue, gage d'une insertion sociale et professionnelle future.

Conformément aux priorités définies nationalement et déclinées dans des projets académiques, dans le respect du cadre déontologique et éthique de la profession réglementée de psychologue, ils exercent leurs missions au sein des deux spécialités suivantes :

- Au sein de la spécialité « Éducation, développement et apprentissages », les PsyEN contribuent à l'acquisition des apprentissages fondamentaux par les enfants. Ils mobilisent en outre leurs compétences en faveur de leur développement psychologique et de leur socialisation. Ils interviennent auprès des élèves en difficulté ou en situation de handicap en participant à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de mesures d'aide individuelle ou collective appropriées à leur situation.
- Au sein de la spécialité « Éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle », les PsyEN contribuent au développement harmonieux de la personnalité des adolescents. Ils mobilisent leurs compétences au service de l'élaboration progressive des projets d'orientation et de formation de ces

³⁵ Les directeurs de CIO nouvellement promus bénéficieront d'une formation délivrée par l'ESENESR aux fins d'acquisition des compétences propres à l'exercice de leurs missions.

derniers. Ils interviennent dans la lutte contre toutes les formes de ruptures scolaires et participent à l'information et au premier accueil pour toute personne en recherche de solutions pour son orientation.

Les compétences requises pour exercer les missions de PsyEN doivent leur permettre de conduire des activités à la fois communes aux deux spécialités et spécifiques à chacune d'entre elles.

1. Activités communes aux deux spécialités

Les PsyEN, personnes ressources du service public de l'éducation nationale

- AA1** : Assurer un accompagnement visant à la réussite et à l'épanouissement des publics dont ils ont la charge ;
- AA2** : Étudier la situation des enfants ou adolescents en difficulté ou en situation de handicap ou de ceux nécessitant une attention particulière et approfondie ;
- AA3** : Conduire des entretiens permettant l'analyse de situations dans l'objectif de mieux définir les besoins des jeunes ;
- AA4** : Réaliser, si nécessaire, les bilans psychologiques appropriés pour éclairer les problématiques soulevées ;
- AA5** : Élaborer et construire des modalités de suivi psychologique adaptées et contribuer à la conception de réponses pédagogiques ;
- AA6** : Favoriser par l'accueil le lien de confiance concourant à la mobilisation et à la persévérance scolaire des élèves ;
- AA7** : Promouvoir les initiatives en matière de prévention des phénomènes de violence, de lutte contre les discriminations et les inégalités filles-garçons.

Les PsyEN, interlocuteurs des enfants, des adolescents, des familles et des équipes enseignantes

- AA8** : Accueillir, écouter, informer et élaborer avec les publics dont ils ont la charge et avec les familles, les modalités d'aide et de suivi individuelles ou collectives nécessaires ;
- AA9** : Partager les éléments d'évaluation et de remédiation avec les enfants, les adolescents, les jeunes adultes, les familles et les enseignants ;
- AA10** : Contribuer à l'élaboration et au suivi des projets personnalisés de scolarisation des élèves et des étudiants en situation de handicap ;
- AA11** : Apporter un soutien aux élèves et aux équipes pédagogiques et éducatives en situation de crise, particulièrement en cas d'impact sur la communauté scolaire.

Les PsyEN, experts au service de la communauté éducative et des instances de dialogue

- AA12** : Travailler en coordination avec les professionnels des services médico-sociaux dans ou hors éducation nationale ;
- AA13** : Échanger avec les familles les éléments nécessaires qui permettent d'assurer la continuité de l'accompagnement d'un élève dans son parcours scolaire ;
- AA14** : Apporter une expertise aux différentes instances (maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), commissions d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré (CDOEA)...
- AA15** : Participer au travail de coordination entre spécialités de PsyEN dans le cadre du cycle de consolidation (CM1-CM2, 6ème) ;
- AA16** : Participer aux travaux de réflexion professionnelle et intervenir dans les actions de formation professionnelle continue.

2. Activités spécifiques aux psychologues de l'éducation nationale de la spécialité « éducation, développement et apprentissages »

Sous l'autorité du recteur d'académie et la responsabilité de l'inspecteur de l'éducation nationale, au sein des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, les PsyEN apportent leur aide à l'analyse de la situation particulière des enfants en liaison étroite avec les familles et les enseignants.

Ils appuient leurs investigations par l'utilisation d'outils et de méthodes spécifiques et adaptés à la situation de chaque enfant tels qu'entretiens, observations, bilans, tests...

Ils conduisent des actions de prévention des difficultés d'apprentissage et des risques de désinvestissement scolaire et contribuent à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans d'accompagnement personnalisés et des projets personnalisés de scolarisation.

Avec les autres membres du RASED, ils élaborent les projets d'aides spécialisées.

Le cas échéant, ils peuvent être sollicités pour assurer une coordination de la spécialité auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale.

La spécificité de leurs activités se définit de la façon suivante :

AB1 : Favoriser l'adaptation scolaire par des actions de prévention, individuelles ou collectives ;

AB2 : Faciliter les transitions famille-école - entrée à l'école maternelle - et les transitions entre cycles d'enseignement ;

AB3 : Sensibiliser les enfants, les familles, les enseignants aux différents parcours de scolarisation possibles ;

AB4 : Contribuer à l'éducation à la citoyenneté et à la qualité du vivre ensemble à l'école ;

AB5 : Participer en tant que de besoin à la vie des écoles ainsi qu'aux projets qu'elle organise ;

AB6 : Participer à l'élaboration du projet d'école et contribuer à la mise en place d'actions de prévention ;

AB7 : Apporter une aide à la décision de l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription et, en tant que de besoin, à celle de l'inspecteur de l'éducation nationale pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves en situation de handicap ;

AB8 : Contribuer, en tant que membres du RASED, aux actions du pôle ressource de circonscription ;

AB9 : Contribuer à l'information et à la formation des enseignants sur le développement psychologique des enfants et les facteurs environnementaux qui le favorisent.

3 - Activités spécifiques aux psychologues de la spécialité « Éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle »

Sous l'autorité du recteur d'académie, du directeur du centre d'information et d'orientation dans lequel ils sont affectés et en lien avec l'inspecteur de l'éducation nationale en charge de l'information et de l'orientation, les PsyEN concourent à l'information et à la réflexion sur les parcours de formation et la mise en perspective des débouchés qu'ils permettent.

Ils contribuent à la réussite scolaire et universitaire des adolescents et des jeunes adultes et à leur adaptation aux différents cycles d'enseignement de telle sorte qu'ils s'inscrivent dans un projet d'orientation et de formation. Ils conseillent et accompagnent ainsi tous les élèves et leurs familles, le cas échéant les étudiants, dans l'élaboration de leurs projets professionnels.

Ils conduisent leurs missions en s'appuyant en tant que de besoin sur l'utilisation d'outils et de méthodes adaptés aux besoins des jeunes. Ils interviennent spécifiquement auprès des élèves en difficulté, en situation de handicap et en risque de rupture scolaire. Ils contribuent à l'élaboration et la mise en œuvre du programme d'orientation du projet d'établissement. Ils participent à l'information et au premier accueil pour toute personne en recherche de solutions pour son orientation. La spécificité de leurs activités se définit de la façon suivante :

AC1 : Réaliser des entretiens approfondis afin de favoriser le développement psychologique et social des adolescents, la construction d'un rapport positif aux apprentissages et une projection dans l'avenir ambitieuse ;

AC2 : Proposer des méthodes ou des outils permettant un travail sur les représentations des formations ou des activités professionnelles, une exploration des centres d'intérêts, une prise de conscience des enjeux de l'orientation ;

AC3 : Encourager la mobilisation scolaire des élèves rencontrant des situations particulières (élèves ayant des besoins éducatifs particuliers, EANA, Jeunes faisant l'objet de mesures PJJ, jeunes en rupture scolaire...)

AC4 : Participer à la vie des établissements et travailler en collaboration avec les enseignants pour sensibiliser les élèves, les étudiants et les familles aux enjeux de l'orientation, à la connaissance des milieux professionnels, des diplômes et des parcours de formation ;

AC5 : participer aux initiatives visant à rendre accessibles aux jeunes les dispositifs d'aide à l'orientation (parcours Avenir, FOLIOS, reviens te former...) et d'affectation ;

AC6 : Contribuer aux actions de prévention, d'intervention et de remédiation du décrochage et des ruptures scolaires au sein des établissements (GPDS) et des réseaux formation, qualification, emploi (FOQUALE) en concertation avec les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD) ;

AC7 : Conseiller le chef d'établissement pour l'élaboration du programme d'orientation du projet d'établissement et contribuer à l'analyse des situations éducatives et des parcours et la mise en œuvre de dispositifs adaptés ;

AC8 : Contribuer à l'information et à la formation des enseignants sur les processus psychologiques et sociaux d'élaboration des projets d'avenir à l'adolescence, sur les facteurs qui les influencent et sur les procédures d'orientation et d'affectation, ainsi que sur la connaissance des métiers et des formations ;

AC9 : Contribuer au service public régional de l'orientation (SPRO) conformément aux termes de l'accord cadre du 28 novembre 2014 et de la convention type Etat-Région.

5. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES JEUNES EN FRANCE

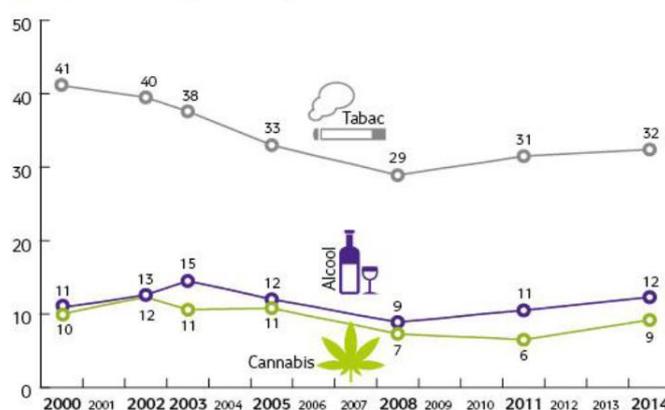
Tabac, alcool et cannabis sont les trois substances psychoactives les plus expérimentées à l'adolescence. Le tabac et l'alcool sont licites, même si la vente en est interdite aux mineurs. Dans le calendrier des initiations, l'essentiel se joue au collège : première cigarette et premier verre d'alcool vers 14 ans en moyenne, première ivresse alcoolique et premier joint vers 15 ans. Ces niveaux de diffusion, qui n'ont guère évolué depuis une quinzaine d'années, traduisent une forte accessibilité de ces produits dès le plus jeune âge : à 15-16 ans, 85 % des adolescents estiment qu'il est facile de s'approvisionner en alcool, 62 % en cigarettes et 43 % en cannabis. C'est le passage de la 4^e à la 3^e qui constitue une période charnière du point de vue des expérimentations de drogues : en fin de 3^e, un quart des collégiens a expérimenté le cannabis, un tiers l'ivresse, plus de la moitié la cigarette³⁶.

Les années lycée se caractérisent pour leur part par l'apparition, chez certains adolescents, des premiers usages réguliers³⁷. L'initiation au cannabis se généralise : au-delà de la seconde, plus d'un lycéen sur quatre a consommé du cannabis au moins une fois dans le mois écoulé. L'usage régulier de cannabis concerne un adolescent sur dix. Toutefois, pendant les années lycée, la progression des niveaux d'usage régulier de tabac et d'alcool n'est pas moins nette que celle du cannabis : entre la troisième et la terminale, la part des fumeurs est multipliée par deux et celle des buveurs réguliers par trois. Ainsi, en fin de lycée, les niveaux d'usage régulier de tabac et d'alcool sont trois à quatre fois plus élevés que pour le cannabis : un lycéen sur trois fume du tabac tous les jours et un sur quatre consomme régulièrement des boissons alcoolisées.

Si le cannabis est largement diffusé dès l'adolescence, il en va tout autrement pour les autres produits illicites. Plus tardive, leur expérimentation concerne entre 3 et 5 % des jeunes à la fin de l'adolescence : le poppers (5,4 %), les produits à inhaler (4,3 %), les champignons hallucinogènes (3,8 %), l'ecstasy/MDMA (3,8 %) et la cocaïne (3,1 %). Si l'usage d'ecstasy/MDMA est apparu en forte hausse récente, une des évolutions les plus notables concerne la diffusion de la cocaïne : son niveau d'expérimentation à 17 ans a triplé entre 2000 et 2014³⁸. L'usage de ces produits stimulants se trouve presque toujours inscrit dans un usage festif. Ils sont très souvent consommés simultanément avec de l'alcool, du tabac voire du cannabis. En outre, la très grande majorité des expérimentateurs ne renouveleront pas cette première fois.

Au-delà de ces substances "traditionnelles", de nouveaux produits ou modes de consommation sont apparus ces dernières années et bouleversent l'offre à laquelle les jeunes sont confrontés. Il s'agit par exemple des produits permettant la vaporisation (ou cigarettes électroniques) : plus d'un adolescent de 17 ans sur deux (53 %) l'ont déjà expérimentée (56 % des garçons et 50 % des filles), mais seuls 2 % en font un usage quotidien. L'usage de la chicha ou

Évolutions entre 2000 et 2014 des niveaux d'usages réguliers des principaux produits actifs à 17 ans, en métropole (%)



Source : ESCAPAD, OFDT

³⁶ Spilka et al., 2015.

³⁷ L'usage régulier est défini dans les enquêtes auprès des adolescents par la fréquence : au moins 10 fois dans le mois.

³⁸ Spilka et al., 2015.

narguilé semble se développer également depuis quelques années parmi les adolescents. Près de deux jeunes sur trois l'ont déjà expérimentée (65 %) et un quart l'a fait au moins 10 fois au cours de sa vie. Enfin, seuls 1,7 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà consommé un des nouveaux produits de synthèses (NPS), substances imitant les effets d'une drogue souvent vendus sur internet.

Autre nouveauté de taille, la place occupée par les écrans en tout genre, jeux vidéos et réseaux sociaux qui, s'ils correspondent pour une minorité d'adolescents à une conduite addictive, peuvent parfois se poser comme des pratiques alternatives à l'usage de substances. Si les travaux dans ce sens sont encore très parcellaires, la tendance très récente au retardement de l'entrée dans l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis pourrait être en partie liée à une évolution de la sociabilité des jeunes (moins d'opportunités de consommations hors du regard des adultes référents). Cette tendance est encourageante car la précocité de l'entrée dans les usages apparaît fortement liée à la survenue ultérieure de problèmes sanitaires, scolaires ou autres.

En revanche, le fait que les niveaux d'usage réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis à la fin de l'adolescence aient progressé ces dernières années milite pour des actions visant à réduire les risques pris par les grands adolescents et les jeunes adultes.

Les comportements de consommation de substances psychoactives varient fortement selon le genre. Les garçons sont plus souvent consommateurs réguliers d'alcool et de cannabis que les filles, et ceci est d'autant plus vrai que l'usage s'intensifie. On assiste toutefois, en France comme ailleurs en Europe, à un rapprochement des comportements entre garçons et filles. Ce rapprochement est très fort pour le tabagisme, les filles étant désormais aussi nombreuses à fumer que les garçons mais il se retrouve, dans une moindre mesure, pour l'alcool et le cannabis. Cette convergence des comportements de consommation depuis plusieurs décennies s'explique par différents facteurs, notamment l'uniformisation des rôles sociaux liés au genre³⁹. Par ailleurs, les stratégies marketing de l'industrie des boissons alcoolisées ciblent de manière de plus en plus affirmée les jeunes femmes, avec des produits conçus selon une esthétique proche de celle de la mode, ou encore des « prémix » (mélange de spiritueux et de sodas, très sucrés pour masquer le goût de l'alcool), d'une présentation attrayante et offrant une grande diversité de goûts.

La consommation concomitante de plusieurs produits, ou poly-consommation, se traduit souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité. En 2014, à 17 ans, 13 % des adolescents cumulent un usage régulier d'au moins deux substances parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. Ce cumul des usages réguliers ne facilite pas la gestion de chacun des comportements : il n'est pas rare que des adolescents, essayant de limiter leur consommation de cannabis, "compensent" cet effort en fumant davantage de cigarettes (et vice versa).

Les enquêtes montrent qu'une grande majorité des jeunes qui expérimentent le cannabis abandonnent à court terme cet usage, soit parce qu'ils n'y trouvent pas d'intérêt particulier, soit parce qu'ils s'en éloignent spontanément une fois entrés dans la vie adulte (fin des études, mise en couple, premier emploi, premier enfant...). À l'aube de la trentaine, 72 % de ceux qui ont expérimenté du cannabis pendant l'adolescence déclarent ne pas en avoir consommé dans l'année⁴⁰. Ainsi, la consommation de cannabis est associée à une période de la vie des jeunes générations actuelles (entre 15 et 25 ans, classe d'âge où l'usage dans l'année dépasse 20 %) : au-delà, la proportion d'usagers dans l'année recule très fortement, parfois au profit d'une consommation d'alcool plus commune.

Lors du passage à l'âge adulte, on observe généralement un glissement progressif des pratiques d'API (alcoolisation ponctuelle importante) vers une consommation moins importante en volume mais plus installée et cette caractéristique progresse avec l'avancée en âge. Pour la majorité des jeunes qui les pratiquent, les API

³⁹ Beck et al., 2010.

⁴⁰ Beck et Richard, 2013

sont liées à des circonstances de sociabilité particulières (le weekend, en soirée...) et sont abandonnées lors du passage à l'âge adulte, que ce soit lors de l'entrée dans la vie active, de la mise en couple ou de l'arrivée du premier enfant. Certains restent cependant dans une consommation régulière, moins liée à des événements festifs, et, pour une minorité, la consommation régulière peut se transformer en dépendance, avec tous les problèmes sanitaires et sociaux que cela peut poser. En revanche, pour le tabac, la sortie de la consommation est nettement moins aisée du fait du caractère fortement addictogène du produit. Les jeunes adultes présentent des prévalences tabagiques très élevées.

L'expérimentation de drogues est fortement liée au milieu socioéconomique familial. Les jeunes de milieux favorisés expérimentent plus volontiers que ceux de milieu modeste. Les écarts sont faibles pour le tabac mais très marqués pour l'alcool et le cannabis. En revanche, l'installation dans des consommations fréquentes ou problématiques est plus courante dans des situations socio-économiques et culturelles défavorables. Cet apparent paradoxe illustre le fait que les jeunes de milieux favorisés conçoivent davantage leurs pratiques d'usage comme ponctuelles, hédonistes et devant cesser de manière naturelle avec l'entrée dans la vie adulte et la prise de responsabilités professionnelles⁴¹. Cette projection structure et légitime en quelque sorte ces usages présents en les inscrivant dans une chronologie établie. Il est probable également qu'ils puissent mieux maîtriser leurs consommations dans un cadre familial plus sécurisé et qu'ils rencontrent moins de difficultés concomitantes. Par opposition, les adolescents des milieux moins favorisés se projettent parfois plus difficilement dans la vie adulte et leurs consommations, lorsqu'elles surviennent, sont plus souvent subies et engendrent plus rapidement des difficultés qu'elles soient d'ordre financières, scolaires, psychologiques... Les consommations de produits psychoactifs licites et illicites sont également liées à la situation scolaire. Les adolescents inscrits en filière générale présentent des niveaux d'usages plus faibles que ceux qui sont inscrits en filière professionnelle. Quant aux jeunes sortis du système scolaire, qu'ils soient en situation d'activité professionnelle ou chômeurs, ou ceux qui sont en apprentissage ou en formation alternée, ils présentent des niveaux d'usage souvent plus élevés que leurs homologues du même âge.

François Beck⁴², Francois.Beck@ofdt.fr

⁴¹ Spilka et al., 2010.

⁴² Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France et Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 6, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), F75012, Paris.

6. FACTEURS DE « SURVICTIMISATION » LORS DE LA SURVENUE D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES EN MILIEU SCOLAIRE

Face à un événement « mortel » des professionnels non formés peuvent prendre des initiatives malencontreuses :

- ne pas s'assurer de la réalité de la mort (ultime recours pour la vérification à solliciter auprès du Préfet) ;
- transmettre comme vérité absolue des informations de chaînes d'informations continue (exemple de quatre personnes retrouvées décédées dans une maison avec annonce aux élèves de la mort de leur camarade et de toute sa famille alors qu'un des enfants retrouvés morts n'était pas de la fratrie mais un camarade venu passer la nuit) ;
- déléguer l'annonce à l'enseignant ou à un professionnel de la cellule d'écoute alors que cette responsabilité incombe au chef d'établissement qui représente l'autorité, facteur essentiel de réassurance ;
- informer tous les niveaux de classe quand un seul serait nécessaire ;
- suspendre tous les cours pour une durée indéterminée ;
- contraindre à un temps de parole tous les élèves d'une classe juste après l'annonce du décès (forcer à parler et à témoigner n'est en rien apaisant) ;
- organiser un groupe de parole avec plus de 15 élèves ou avec un groupe d'élèves n'ayant pas le même niveau d'exposition à l'événement ou les mêmes liens avec les personnes impliquées ;
- réaliser les temps d'écoute dans les classes (définitivement parasitées par les risques de reviviscences des émotions qui se seraient exprimées lors de ces temps de parole) ;
- commenter les causes de la mort en particulier quand elle a eu lieu à l'extérieur (ce qui relève de la vie privée des familles) ;
- ne pas assurer la continuité élèves-famille-établissement en informant les parents de ce qui est fait ou non (par exemple si la minute de silence a été réalisée ; ce qui a été dit aux élèves, etc.) ;
- louer un car pour emmener tous les élèves aux obsèques ;
- demander à un enseignant d'accompagner les élèves à l'institut médico-légal.

source : Hélène Romano, Docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute spécialisée dans la prise en charge des blessés psychiques ; comité de protection des personnes (Lyon 3)

7. LA SANTE MENTALE DES ETUDIANTS

La question de la santé mentale chez les étudiants est une question importante pour les services de santé universitaires, ce qui est illustré par le fait que tous les services ont créé des consultations « psy », avec des offres de prises en charge variées : psychologues psychothérapeutes de différents courants, psychiatres, psychanalystes. A ces consultations spécialisées, il faut ajouter une présence régulière d'activités liées à la gestion du stress : ateliers de détente, de gestion du stress, training autogène, sophrologie. Si cette question est une préoccupation constante, elle pose le problème de la délimitation du champ « santé mentale » qui va autant marquer la façon d'aborder et d'enquêter le(s) problème(s) que les stratégies de réponses. Nous aborderons la santé mentale sous trois angles : la pathologie, les addictions et le mal être.

Quels types de pathologies ?

Très globalement, trois grandes pathologies et deux contextes pathologiques vont dominer cet aspect de la santé mentale :

- Tout d'abord les troubles de la sphère de la schizophrénie (les cas où le diagnostic est posé et les situations limites où le diagnostic reste incertain même en fin d'études). L'âge de début se situant entre 18 et 25 ans, cette pathologie qui concerne 1 à 4% de la population adulte se retrouve donc à débiter aussi à l'université. Elle ne présente pas de particularité universitaire. La précocité de sa prise en charge et la capacité pour le patient d'intégrer un programme de psycho éducation sont des facteurs de bon pronostic, ce qui repose sur la qualité et l'efficacité d'un travail en réseau tant pour le repérage que pour la prise en charge. Par contre, la variabilité des troubles, l'existence d'épisodes psychotiques aigus, vont demander un ajustement quasi permanent, tant pour les SSU que pour le corpus universitaire ou les CROUS, et de nombreux allers et retours avec les services d'hospitalisation.
- Les troubles bipolaires sont tout autant présents en termes de fréquence et d'âge de début.
- Les troubles du comportement alimentaire et au premier plan l'anorexie. Autant les questions de boulimies « seules » peuvent être révélées lors de consultations infirmières, médicales ou de diététiciennes, aboutissant une fois le trouble mis à jour de façon acceptée à une prise en charge bénéfique, autant les anorexies sont des situations où la mise en échec du réseau de repérage universités – CROUS et des professionnels de santé est une constante majeure. C'est le plus souvent un trouble dénié avec une attitude de privation revendiquée.
- Les problèmes psychologiques « lourds » liés souvent à des contextes familiaux dysfonctionnants (violences familiales physique, psychologique, plus rarement sexuelles, carences socioéducatives), sont souvent révélés lors de situations d'échec et/ou de demande de prise en charge dans un contexte d'addiction (alcool et cannabis principalement, les usagers de drogues « dures » ayant tendance à s'exclure rapidement de l'université). Leur révélation est souvent tardive, car frappés de déni (« ce que j'ai vécu est normal ») pour des étudiants dont l'entrée à l'université est la preuve que cela ne va pas si mal que cela. A la dysfonction familiale peut s'ajouter un contexte de précarité sociale (dont la rupture familiale), économique (accru par l'extension du chômage de masse des parents et la difficulté à trouver des petits boulots correctement rémunérés) et culturelle (absence des bases permettant la réussite à l'université lorsque l'on vient de bac professionnels ou technologiques) qui fait des assistantes sociales (difficulté à payer un loyer, peur de perdre une bourse liée à un redoublement) et des infirmières (sur des demandes « démedicalisées » de symptôme physiques variés, de contexte de post alcoolisation, de problèmes de contraception,...) des portes d'entrée à la prise en charge majeures. Si les tentatives de suicide sont correctement repérées par le réseau université –CROUS, les autres comportements ordaliques sont souvent banalisés et non reconnus, voire valorisés par les réseaux sociaux. Souvent ce type de problème éclate secondairement à l'université : en L2 ou L3 lorsque le cumul d'UE à rattraper met en situation

d'échec. En master 2, lorsque le cocon protecteur constitué à l'université touche à sa fin et que se profile la vie professionnelle.

- Les troubles comportementaux de type phobies, compulsions,... ont également une modalité de révélation indirecte, par la mise en échec dans les études, des demandes « démedicalisées » ou de tentatives de suicide. A la différence de l'anorexie, des aménagements d'études et d'examens sont souvent demandés pour compenser les difficultés perçues.

Le handicap d'origine psychique

Le handicap psychique reconnu (c'est-à-dire faisant l'objet d'une reconnaissance au sein de l'université, par le SSU, le SUH voire la MDPH) concerne 12,7% des étudiants en situation de handicap (2.285 étudiants comptabilisés en 2014) auquel il faut ajouter les reconnaissances pour handicap cognitif ou apparenté – soit au total 17,5% (3.148 étudiants). Encore ce chiffre est-il minimal, une partie des étudiants n'ayant pas la perception de leur trouble ou refusant une reconnaissance. La gestion du handicap à l'université est assez mal adaptée à la volonté, souvent légitime, d'étudiants ne nécessitant pas d'accompagnement (au sens usuellement prévu pour le handicap) et qui craignent une reconnaissance stigmatisante. Toujours est-il qu'il s'agit d'une activité en forte hausse ($\times 3,1$ depuis 2007) un peu plus rapide que celles des autres handicaps à l'université ($\times 2,9$ depuis 2007), pour des prises en charge beaucoup plus lourdes du fait de l'instabilité de l'évolution et d'épisodes pouvant nécessiter des prises en charge et hospitalisation en urgence, parfois sous contrainte.

1-3 Les acteurs de la prise en charge dans les universités et campus

1-3-1 Les SSU, Services de Santé Universitaires

Les SSU sont au cœur du réseau universitaire. Obligatoirement présents sur tous les sites universitaires, ils interviennent au niveau du repérage, au moment de la prise en charge et au moment du retour dans l'université. Ils sont également sollicités et présents lorsqu'il s'agit de mettre en place une cellule d'aide psychologique, un groupe de parole, des consultations après un évènement traumatisant (suicide, accident...). Ils jouent un rôle d'interface important entre services de soins, communauté universitaire (enseignants, personnels de scolarité) et CROUS, cet interface se traduisant souvent par des organisations formelles (conventions de partenariats, réseaux sur l'étudiant différent,...). Ils jouent un rôle pédagogique sur les façons d'accompagner ce type de handicap auprès des universités, du CROUS et du SUH, que ce soit à l'occasion de prises en charge individuelles ou lors de journées de formation (comme celles sur l'étudiant « différent », ou l'échec à l'université). Pour autant, ils sont confrontés à un manque de moyens (leurs moyens n'ayant pas accompagné la massification des études universitaires), manque aggravé par les difficultés de l'offre de soins en ville, comme en CMP ou en hospitalisation. Pire même, lorsque les SSU sont identifiés comme ayant des compétences « psy », ils se retrouvent à devoir prendre en charge des patients lourds envoyés par des secteurs de psychiatrie débordés et qui y voient une façon de gérer leurs propres manques de moyens.

1-3-2 Les BAPU

Les BAPU sont des structures indépendantes de l'université, constitués sur l'approche psychanalytique. Ils ne sont pas présents sur tous les sites universitaires. Un seul est intégré à un SSU et peu ont de réseaux de partenariats établis avec les universités, comme cela se fait à Paris (intramuros). Le lien avec le réseau université-CROUS est à développer.

1-3-3 Les autres structures

Il existe des réseaux d'intervention de psychologues intervenant en « animation » et repérage (et souvent, faute de structures de proximité en prise en charge) au sein des CROUS (comme le réseau APSYTUDE).

Malheureusement, l'expérience montre que la coordination de leur intervention et prises en charge avec les SSU n'est pas toujours optimal.

Il existe également des consultations de psychologie universitaire ouverte par des Facultés de psychologie. Toutefois, celles-ci ne sont pas systématiquement gratuites pour les étudiants (alors qu'elles ne font l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie) ou alors à des conditions contraires à la déontologie médicale (comme lorsque la gratuité est obtenue en échange de l'engagement à entrer dans un protocole de recherche).

1-4 La constitution de réseaux de repérage/ prise en charge précoce de l'étudiant « différent »

Un point sur lequel il faut insister est la constitution de réseaux au sein des universités et du CROUS pour le repérage et la prise en charge. Ce réseau s'appuie sur l'université (enseignants comme personnels administratifs, par exemple des scolarités), les CROUS – ce qui dans les deux cas nécessite de travailler avec les médecins de prévention de ces institutions. Ce réseau est constitué des étudiants eux-mêmes, que ce soient les étudiants relais de santé (qui lors de leurs actions vont être confrontés à d'autres étudiants en difficulté), les bureaux d'associations étudiantes et tout simplement les amis, les proches. La capacité à interroger des pratiques, à ne pas les banaliser (notamment quant aux alcoolisations ponctuelles importantes (API) et à la consommation chronique de cannabis), à orienter demande un savoir-faire. Elle doit être apprise, travaillée, entretenue, ce qui permet aussi de dédramatiser et dé-stigmatiser la question « psy ». Plus le réseau de professionnels est structuré, coordonné, respectueux des compétences, plus il apparaît cohérent, donnant confiance, facilitant le fait de s'adresser à lui.

Il est important de souligner que nombre d'étudiants en souffrance sont vus tardivement, alors que des mécanismes de sanction ont été déclenchés (à l'université : blâme, exclusion partielle..., au CROUS : exclusion du logement, perte de bourse,...), ce qui constitue autant de pertes de chance.

2 Les addictions

Les addictions sont un mode fréquent de découverte de l'une des pathologies précédemment évoquées. Mais elles couvrent un champ beaucoup plus large et ajoutent le problème de la dépendance et des conséquences physiques et psychiques de l'usage abusif de produits psychodysléptiques.

2-1 Les problématiques

Le constat est connu et tourne autour d'alcool, tabac et cannabis, les usagers de drogues dures disparaissant assez vite des universités. Mais la situation est hétérogène : autant le cannabis est stigmatisé par l'institution, reste un vecteur de « contreculture », mais en termes de prise en charge est rarement posé de façon isolée- étant le plus souvent associé à une pathologie psy- autant le tabac est peu « visible » - les consultations de sevrage tabagique ne concernant qu'une très faible minorité d'étudiants (25 pour 60.000 étudiants à Toulouse en 2007, 15 pour 35.000 étudiants à Clermont-Ferrand la même année), autant le problème de l'alcool fait l'objet d'un déni, au nom d'un droit à la fête qui est vécu comme droit à l'alcoolisation et qui est supporté par des « séniors » de l'université ou du CROUS eux-mêmes en difficulté par rapport à l'alcool et par une industrie alcoolière puissante, dynamique et inventive. L'accidentologie constitue souvent un mode de visibilité de ces addictions, mais elle est tardive et les réactions de nature émotionnelle priment trop souvent sur la mise en place de politiques de prévention. 4

Résultats de l'enquête ADSSU⁴³ 2013

Tableau 2. Pratiques addictives des étudiants, France, février à juillet 2013.

	Total % ^a (n ^b)	Hommes % ^a (n ^b)	Femmes % ^a (n ^b)	p
Alcool	N=36427			
Expérimentation	91,3 (33113)	91,9 (9853)	90,9 (23260)	< 0,0001
≥ 1 usage dans les 30 jours précédents	79,0 (28197)	82,9 (8858)	76,1 (19339)	< 0,0001
≥ 10 usages dans les 30 jours précédents	8,8 (2615)	14,4 (1470)	4,6 (1145)	< 0,0001
≥ 1 usage par jour	1,9 (522)	3,3 (332)	0,8 (190)	< 0,0001
≥ 1 ivresse dans l'année précédente	59,0 (20498)	66,6 (7095)	53,2 (13403)	< 0,0001
≥ 3 ivresses dans l'année précédente	33,9 (11076)	43,8 (4595)	26,3 (6481)	< 0,0001
≥ 10 ivresses dans l'année précédente	12,3 (3679)	19,5 (2026)	6,9 (1653)	< 0,0001
≥ 5 verres en une occasion	27,4 (8959)	36,6 (3888)	20,4 (5071)	< 0,0001
Tabac	N=36427			
Expérimentation	65,2 (22984)	64,9 (6792)	65,4 (16192)	< 0,0001
Usage actuel	26,3 (8742)	27,4 (2740)	25,4 (6002)	< 0,0001
Usage quotidien	18,1 (5878)	19,8 (1954)	16,8 (3924)	< 0,0001
Test de Fagerström	N = 5878			<0,0001
Dépendance physique faible	25,2 (1420)	27,5 (510)	23,1 (910)	
Dépendance physique moyenne	13,5 (766)	13,9 (272)	13,2 (494)	
Dépendance physique forte ou très forte	6,5 (346)	6,8 (124)	6,2 (222)	
Cannabis	N=36427			
Expérimentation	42,8 (14617)	48,3 (5077)	38,6 (9540)	< 0,0001
≥ 1 usage dans l'année précédente	25,2 (8312)	31,3 (3275)	20,7 (5037)	< 0,0001
≥ 1 usage dans les 30 derniers jours	13,3 (4266)	17,3 (1790)	10,3 (2476)	< 0,0001
≥10 usages dans les 30 derniers jours	3,9 (1159)	6,0 (622)	2,3 (537)	< 0,0001
≥1 usage par jour	1,7 (492)	2,5 (259)	1,0 (233)	< 0,0001
DETC	N = 14617			

2-2 Stratégies de repérage et stratégies de prise en charge

La massivité des consommations amènent à interroger le repérage à partir de la consommation simple. Si les interventions brèves et approches motivationnelles ont été développées par la plupart des SSU, leurs moyens rendent assez illusoire de les appliquer à tous les étudiants chaque année. Un travail de priorisation doit être fait pour prendre en charge prioritairement ceux les plus à risques, et qui sont aussi les plus incitateurs à consommer. Concernant l'alcool, l'enquête ADSSU a permis de cibler les 7,2% d'étudiants entrés dans la dépendance par leurs API répétées à partir de 3 questions simples (ne pas pouvoir s'arrêter de boire, avoir des amnésies post alcoolisations et ne pas faire ce que l'on avait voulu faire du fait de l'alcool). Spécifiquement pour l'alcool, le travail doit être conjoint avec la médecine de prévention des personnels : les filières où les API sont fréquentes et répétées d'années en années sont parfois celles ayant des enseignants en forte difficulté avec l'alcool et pour lesquels les comportements d'API servent de banalisation de leurs propres comportements.

⁴³ Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires.

Le déni des institutions universitaires, des collectivités territoriales où se situent les universités mais aussi des institutions en général est un frein au repérage des pratiques comme des prises en charge précoce.

La formation à la réduction de risques de bureaux et associations étudiantes et primordial, car incluant aussi le repérage de ceux qui ne vont pas bien, mais suppose que l'on ne trouve pas normal que la qualité de la fête du « beaujolais nouveau » se mesure en quantité de vomis dans les couloirs de l'université ou dans la rue, ou que l'élection des responsables associatifs se fasse par un concours d'alcoolisation.

3 Le mal-être émotionnel et/ou psychologique

3-1 Connaissance et reconnaissance

L'absence de concept clair et de méthodes de mesures définies et validées du mal être, conduit à un double processus d'occultation de tout débat (l'invocation servant de raisonnement) et d'absence de politique (tout s'arrête après le processus invocation/ lamentation). Les concepts doivent être définis, y compris dans leurs possibles polysémies, les stratégies de réponse doivent être posées. Des travaux dans ce domaine sont nécessaires. Malgré ce contexte flou, il est possible d'abord certaines pistes.

3-2 Questions de violence

La question de la violence est importante par ces conséquences à court ou long terme. L'enquête nationale ADSSU de 2013 a montré l'ampleur du problème. Mais surtout elle a permis d'illustrer l'écart entre les discours et la réalité déclarée par les étudiants. Alors que les violences sexuelles occupent l'essentiel du discours, ne laissant la place qu'aux violences physiques, il est frappant de constater que les violences psychologiques sont eu premier plan et n'ont pas moins de conséquences que les autres. Les violences physiques sont celles qui sont principalement associées à l'alcoolisation dans des positions souvent associées de victimes et de responsables. Ces trois types de violence ont des profils différents, ce qui nécessite de ne pas les assimiler l'une à l'autre tant en termes de repérage que de prise en charge.

3-3 De grands oublis : isolement et rupture amoureuse

Autre point frappant l'absence dans les discours de toute discussion concernant deux facteurs importants de mal être : l'isolement et la rupture amoureuse.

L'isolement est une réalité de la vie étudiante. La rupture avec la famille (réelle ou symbolique), mais aussi les pseudos socialisations (des rites divers ou de l'alcoolisation) sont parfois identifiés, mais il est encore difficile de faire entendre qu'un étudiant peut mener une année universitaire sans voir personne. Certes, il ira dans un amphitheâtre bondé, dans une bibliothèque silencieuse et fera la queue au restaurant universitaire, mais il n'aura fréquenté personne. La multiplication des enseignements à distance, tutoriels informatiques, MOOC... doivent être pensés à conditions de favoriser la rupture d'isolement. Fondamentalement, l'université doit être vue comme un lieu de vie, il faut pouvoir aller à l'université non seulement parce que l'on y a cours, mais aussi – et avant tout, parce qu'il y a quelque chose de vivant qui s'y passe, parce qu'il y a des rencontres à y faire, parce qu'il y fait bon vivre.

Un cas particulier de l'isolement est celui lié à des différences : l'orientation sexuelle « minoritaire », un handicap « psy », la dyslexie, le fait de ne pas boire d'alcool là où tout le monde consomme (tout comme de ne pas fumer de cannabis)... L'apprentissage au respect de l'autre et de ses différences, reste à poursuivre.

La rupture amoureuse est l'autre absente du paysage. Alors que les histoires cliniques de déstabilisation sont légions (plutôt anorexie chez les filles, alcoolisation chez les garçons, tentative de suicide ordalique chez les deux...), alors que la culture (de la littérature la plus classique à la dernière des chansonnettes à la mode) en est emplie, alors que c'est de loin l'expérience douloureuse la plus commune, que c'est même l'un des rares domaines où les « vieux » ont quelque chose à dire aux jeunes, la rupture amoureuse est méconnue même

quand il s'agit de santé sexuelle. Quel dommage, que de paroles importantes qui ne sont pas échangées ; que d'occasions ratées de renforcer le vivre ensemble ! Parlons nous aussi de comment on survit à ce qui fait mal, utilisons les ressources cathartiques de la culture, montrons que nous sommes proches de nos plus jeunes.

3-4 Des politiques à ébaucher : lieux de vie, temps de vie, mesure d'impact sur la santé

La prévention ne peut s'appuyer que sur les réseaux sociaux et groupaux existants. Il est donc impératif de les renforcer, c'est-à-dire de décloisonner la vie de campus : entre université et CROUS, entre étudiants, enseignants et personnels : ayons (au moins quelques) activités communes culturelles, sportives – douces, des jardins partagés, mangeons (au moins de temps en temps) dans les mêmes lieux... Cela nécessite des lieux de vie, où il se passe toujours quelque chose, où il fait bon aller à tout moment. Que grande est la tristesse des campus français par rapport à la plupart des campus des autres pays !

La vie de l'étudiant ne se résume pas au cycle étude, stage, examen. Il est impératif de comprendre les différents temps, dans la journée, la semaine comme l'année. Temps de loisir, de fête, de travail rémunéré, de déplacements... s'enchevêtrent avec les temps d'étude, avec des impacts sur la santé et la santé mentale qu'il faut comprendre pour intervenir correctement. Cette compréhension doit associer les collectivités territoriales et les structures qui gravitent autour de l'université, à l'exemple de ce qui est fait dans les bureaux des temps.

Enfin, l'université doit avoir la préoccupation des conséquences des décisions qu'elle prend que la santé et la santé mentale des étudiants : rythme d'étude, modalités de sanction des connaissances, conséquence de ces sanctions... doivent être étudiées en termes de réussite et aussi d'impacts sur la santé.

source : Pr Laurent Gerbaud, Service de Santé Universitaire, Université Clermont-Auvergne, CHU de Clermont Ferrand, lgerbaud@chu-clermontferrand.fr

8. « La santé globale des étudiant.e.s » - Note de la Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE)

Les jeunes, un public à la prise en charge sanitaire complexe. Une des principales difficultés pour connaître la situation sanitaire des jeunes et pour les prendre en charge de manière optimale est que, par définition, leur jeunesse ne les expose pas à une grande partie des pathologies visibles, développées avec l'âge. Les jeunes sont plutôt touchés par des pathologies asymptomatiques (certaines infections sexuellement transmissibles...) ou dont la détection n'est pas aisée (souffrances psychologiques...). Les jeunes, notamment étudiants, sont aussi beaucoup plus souvent seuls voire isolés, sans un entourage qui peut les amener à chercher une prise en charge.

A. Quel état des lieux ?

a. Situation sanitaire des jeunes

i. Non-recours aux soins

D'après l'enquête Conditions de Vie 2013 de l'Observatoire de la Vie Étudiante, 27,2 % des étudiants ont déjà renoncé aux soins, notamment :

1. pour raisons financières : explique 49% des renoncements
2. par manque d'éducation à la santé (ne pas avoir conscience d'être malade ou de la gravité de son cas) dans des proportions difficiles à estimer
3. par manque de temps : le manque de temps apparaît comme 4^{ème} raison du renoncement à 35%.

ii. Offre de soins indisponible

Les obstacles sont nombreux qui peuvent expliquer un non-recours aux soins, notamment géographiques et temporels : les rendez-vous chez le spécialiste sont parfois très longs à être obtenus, certaines zones sont de réels déserts médicaux, certains médecins ne prennent pas de nouveaux patients, alors que la majorité des étudiants doit trouver un nouveau médecin généraliste, puisqu'ils n'habitent plus dans leur ville d'origine où exerce leur médecin de famille.

b. Fragilités psychologiques et troubles psychiatriques des jeunes

i. Le mal-être, un mal bien trop sous-estimé

L'enquête « Conditions de vie 2013 » s'intéresse aussi à la santé mentale des étudiants. Une question est relative aux fragilités psychologiques. Parmi les répondants, 40% d'entre eux ont ressenti des problèmes de sommeil au cours des 7 derniers jours précédant l'enquête, 53% se sentent épuisés, 26% se sentent déprimés, 53% stressés. Seuls 21% des répondants ne ressentaient aucune fragilité psychologique au moment de l'enquête. Les étudiantes sont plus exposées, notamment au stress avec presque 20 points d'écart. Elles ne sont que 14,8 % à ne ressentir aucune fragilité contre 28,1 % d'étudiants. Concernant l'isolement, 20,8 % des étudiants de France se sentent isolés, contre 31,5% des étudiants internationaux.

Plusieurs enquêtes montrent que les études universitaires sont un des facteurs importants de stress dont sont victimes de nombreux jeunes. Le stress est ainsi vécu par les étudiants comme le premier facteur de dégradation de la qualité de vie, de conduites à risque, et aussi de résultats médiocres.

ii. Le suicide, deuxième cause de mortalité des jeunes

Le suicide est, dans la continuité de la souffrance psychologique, un risque majeur auquel sont exposés les étudiants. Le suicide représente ainsi la deuxième cause de mortalité des jeunes. D'après le Baromètre

Santé⁴⁴ 2010, **0,9% des 15-30 ans** (0,5% des hommes et 1,3% des femmes) **ont fait une tentative de suicide** au cours des douze derniers mois. Cette tranche d'âge est ainsi la plus concernée, et là encore en particulier pour les femmes. D'autre part, 3,4% des 15-30 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

c. Conduites à risque
i. Addictions

Les jeunes sont aussi fortement exposés aux addictions. Ainsi, 32% des jeunes sont fumeurs. La consommation d'alcool est elle-aussi préoccupante : un nombre croissant de jeunes consomment de l'alcool de manière massive (*binge drinking*), avec un pic entre 15 et 24 ans, de 14%. La tendance est nettement à la hausse sur les dernières années, notamment pour les femmes. Quant à la consommation de cannabis, celle-ci est de loin la première en termes de consommation illicite, principalement par les jeunes générations : ainsi, 12% des 15-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois et 5% sont des usagers réguliers. La France est d'ailleurs un des pays d'Europe avec la plus forte proportion de consommateurs.

ii. Alimentation et TCA

Les jeunes sont aussi fortement exposés aux troubles du comportement alimentaire, là encore avec une prépondérance féminine. Ainsi, l'anorexie mentale toucherait 1,5% des jeunes femmes de 15 à 35 ans. D'autre part, la boulimie toucherait 3 à 4% des jeunes femmes de 15 à 35 ans et trente fois moins d'hommes.⁴⁵ Chez les étudiants, 95% d'entre eux grignotent au cours de la journée et les *snackeurs* sont à 63 % des jeunes de 15 à 24 ans.

iii. Sexualité

Chaque année, un peu plus de 700 jeunes découvrent leur séropositivité. D'autre part, on voit aussi une recrudescence des autres infections sexuellement transmissibles, notamment des anciennes, telles que la syphilis. L'infection par chlamydiae continue d'augmenter, chez les hommes comme chez les femmes. Chez les jeunes, les nouvelles générations qui n'ont pas connu l'épidémie de VIH, on constate une nette diminution de l'utilisation du préservatif et une hausse des comportements sexuels à risque. Les diverses enquêtes montrent que 2/3 des grossesses non prévues ont lieu sous contraception. La couverture contraceptive est moins efficace chez les personnes en situation de précarité. La question est particulièrement préoccupante puisque les jeunes ont d'autres comportements qui favorisent les comportements sexuels à risque, notamment l'alcoolisation importante au cours des soirées étudiantes. D'autre part, la jeunesse va plus souvent de pair avec une période de changement régulier de partenaire sexuel, accentuant les risques d'infection.

B. Quels enjeux à mieux prévenir et mieux soigner le mal-être des jeunes ?

a. Enjeu éthique

Il y a un réel enjeu éthique à être en capacité de prévenir et de guérir le mal-être des jeunes, alors même que la grande majorité des facteurs exogènes conduisant à celui-ci proviennent de la société, de son organisation, de ses normes, etc. Nous ne pouvons pas laisser en place un système d'enseignement supérieur qui, entre autres, induit et alimente le mal-être des étudiants. On ne peut pas non plus fermer les yeux sur les normes sociales qui pèsent concernant le physique et l'apparence, notamment sur les femmes, et alimentent les troubles du

⁴⁴ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Tentatives-suicide-pensees-suicidaires-15-30-ans.pdf>

⁴⁵ <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-208-epidemiologie-des-tca.htm>

comportement alimentaire. On ne peut donc déceimment pas laisser sans détection et sans accompagnement ces jeunes en situation de mal-être, exposés à d'importantes souffrances psychologiques.

b. Enjeu de santé publique et économique

Il y a aussi un enjeu sanitaire et économique à améliorer la prévention et la prise en charge du mal-être, puisque celles-ci permettent d'éviter une aggravation sanitaire, aux conséquences beaucoup plus délétères pour les malades et qui coûte plus cher à la société.

c. Enjeu pour la mobilité sociale

Enfin, une meilleure prévention et prise en charge de la santé mentale et du mal-être recouvre un enjeu de mobilité sociale, puisque la santé en est un facteur clé. Une bonne santé, physique et mentale, est en effet un déterminant essentiel de l'accès à la formation, à l'emploi, au logement... Les étudiants qui ne sont pas en bonne santé, qui sont victimes de souffrances psychologiques verront, très certainement, leur réussite universitaire mise à mal. Alors que l'accès au diplôme est un réel levier de mobilité sociale, favoriser la réussite au sein des études en améliorant la santé mentale et en prévenant le mal-être est donc essentiel.

C. Quelles solutions ?

a. Prévention

i. Prévention par les pairs

L'interaction entre pairs est souvent plus efficace, surtout chez les jeunes, notamment en matière de santé. L'étude de l'INSERM sur l'éducation à la santé des jeunes souligne à quel point l'éducation à la santé par les pairs est efficace, notamment puisque les jeunes peuvent s'identifier à la personne qui les forme et se sentent de fait plus concernés, plus en confiance et sont plus réceptifs au message qui leur est adressé.

1. Étudiants relai-santé

La mise en place des étudiants relai-santé au sein des universités, notamment dans le cadre du "Plan National de la Vie Étudiante", est à soutenir. Ils ont en effet pour mission d'animer des missions de prévention. En tant que pairs, ce sont donc des acteurs bien acceptés. Néanmoins, le fait d'avoir des étudiants relais-santé ne doit pas être considéré comme la modalité exclusive de prévention par les pairs, notamment vis-à-vis des associations de jeunesse telles que la FAGE qui développent des projets de prévention, notamment concernant le mal-être.

2. Projets d'innovation sociale

Les projets d'innovation sociale de prévention de santé publique sont nombreux. L'objectif de ceux-ci est d'apporter une réponse concrète à des besoins bien identifiés, en l'occurrence des problèmes de santé publique. La FAGE en développe de nombreux, notamment concernant le mal-être et l'isolement social.

Ainsi, le projet « Bouge ton Blues » a pour vocation de prévenir le suicide. Celui-ci est mis en place et animé par les associations étudiantes du réseau de la FAGE, en partenariat avec des professionnels de santé. Les étudiants sont amenés à remplir un questionnaire, qui les interroge sur leur humeur, leur consommation de substances psychoactives. Ils sont ensuite orientés vers les services adéquats. Le mérite de ce type d'actions est de permettre aux étudiants de prendre conscience, parfois, de leur mal-être. Des conférences sont aussi organisées avec des intervenants spécialisés sur les questions de suicide, en adaptant les thématiques des conférences en fonction des contextes. L'autre objectif de ce projet est de lutter contre l'isolement social des étudiants, un des facteurs de risque de suicide.

Les projets de prévention de la FAGE en matière de santé publique sont regroupés au sein de la campagne « Bouge ta Santé ». Les autres campagnes concernent les infections sexuellement transmissibles, les conduites addictives, la sécurité routière...

ii. Prévention par les professionnels de santé et les structures connexes

Enfin, il est nécessaire d'augmenter les actions de dépistage sur les campus organisées par les services de santé universitaires. Leur transformation en centres de santé universitaires, dans lesquels les professionnels de santé ont une capacité de prescription, doit être accélérée, puisque l'amélioration de l'accès aux soins est aussi un facteur de prévention.

b. Améliorer l'accès aux soins

i. Réformer le régime de sécurité sociale étudiant

Le régime de sécurité social étudiant montre aujourd'hui ses défaillances. Alors que sa création partait d'une intention louable de permettre aux étudiants d'être couverts en tant qu'assurés sociaux propres dès 18 ans, celui-ci montre aujourd'hui ses limites. Ce régime est géré par les mutuelles étudiantes (LMDE et mutuelles régionales du réseau Emevia), qui bénéficient d'une délégation de service public de la part de la Sécurité Sociale, financées au travers de remises de gestion.

Les mutuelles présentent aujourd'hui de nombreux dysfonctionnements, au détriment des étudiants. De nombreux rapports pointent ces dysfonctionnements : rupture d'affiliation, extrêmement grave, notamment en cas d'affection longue durée, retard de remboursements, absence de réponse au téléphone...

La qualité de l'accès aux soins des étudiants s'en fait ressentir : ils sont nombreux à renoncer à des soins pour raisons financières, entre autres par retard de remboursements.

La LMDE, en proie à de gros problèmes de gestion, a transféré une partie de sa gestion à la CNAMTS, afin d'éviter sa faillite. Ce sont donc désormais quatre CPAM qui réalisent les opérations administratives : remboursements, affiliation...

D'autre part, de réels conflits d'intérêt persistent puisque les mutuelles étudiantes, en parallèle de la gestion d'un service public – l'assurance maladie obligatoire – développent aussi une offre de complémentaires santé. Les mutuelles étudiantes se livrent donc à une réelle concurrence sur les campus, afin d'attirer vers eux le maximum d'étudiants, en utilisant l'obligation qu'ont les étudiants de cotiser au régime étudiant et en entretenant, parfois de manière volontaire, la confusion qui réside dans l'esprit des étudiants sur la distinction entre assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Enfin, les mutuelles étudiantes ont une mission théorique de prévention. Pourtant, les actions de prévention à destination des étudiants sont bien trop rares, puisqu'un faible budget leur est dédié.

Pour toutes ces raisons, ce système, qui, à la fois, entrave l'accès aux soins et ne remplit pas sa mission de prévention, doit arriver à son terme. Pour améliorer l'efficacité, la lisibilité et le coût de ce système, la FAGE propose de supprimer la délégation de service public dont bénéficient les mutuelles étudiantes et propose :

- Le rattachement des jeunes au régime général, avec une gestion administrative de leurs dossiers par les CPAM.
- Afin de que les jeunes puissent toujours être force de proposition, notamment concernant la politique de prévention mise en place pour eux, de créer une commission consultative au sein de la CNAMTS, chargée de déterminer la politique de prévention à destination des jeunes, dans laquelle siègerait des représentants étudiants.

ii. Faciliter l'accès à la CMU-c

L'accès à la CMU-c pour les jeunes doit être facilité et ne doit pas être limité aux étudiants boursiers.

iii. Organisation de l'offre de soins sur le territoire : augmenter le nombre et la proximité de structures de soins adaptées aux spécificités des jeunes = CSU

Tel que cité plus haut, le développement des centres de santé universitaires, prévu par le Plan National de la Vie Étudiante, doit être accéléré.

c. Agir à la cause : améliorer le bien-être des étudiants, notamment en supprimant les facteurs anxiogènes des études

i. Rénovation pédagogique

1. Modalités d'enseignement et d'évaluation

La France est un mauvais élève en matière de modalités pédagogiques, qu'elles soient d'enseignement ou d'évaluation. Notre système cherche bien plus à classer les étudiants, à les faire entrer en concurrence, c'est-à-dire à les évaluer non pas à l'aune de leur progrès mais uniquement par rapport aux autres, qu'à les faire réussir et à chercher de faire monter le niveau de chacun, de tirer tout le monde vers le haut. C'est pourquoi ce système est très anxiogène pour les étudiants. Ceux-ci se mettent une pression importante pour réussir, par peur d'être moins bons que les autres. Réformer ce système, en mettant en place des modalités pédagogiques d'enseignement et d'évaluation qui permettent à l'étudiant d'évaluer sa progression et sa maîtrise des compétences nécessaires à une qualification, serait un levier efficace de prévention du stress des étudiants.

Concernant l'enseignement : celui-ci est basé, le plus souvent, sur une relation verticale, qui ne favorise pas l'autonomisation et la prise de confiance des étudiants. La majorité des cours sont réalisés sous forme magistrale et plus basés sur l'apprentissage de connaissances que l'acquisition de compétences..

Dans l'enquête de l'Université de Montpellier, les étudiants proposent d'ailleurs des solutions pour remédier à leur stress, basées notamment sur une réforme des modalités pédagogiques et des modalités d'évaluation. Ceux-ci demandent notamment la mise en place d'accompagnement individuel, l'augmentation des travaux dirigés, une meilleure répartition des enseignements au cours de l'année... La FAGE, réalisant le même constat que ces étudiants interrogés, a ainsi compilé ses propositions sur la pédagogie dans ses « États généraux de la pédagogie ».

2. Constante macabre et culture de l'échec

La **constante macabre** est un phénomène observé lors de la notation d'examens, par lequel la proportion de mauvaises notes est similaire quel que soit le sujet de l'examen et quel que soit le correcteur, indépendamment de la qualité véritable des réponses données par ceux qui passent l'examen. Ce phénomène de « sociologie de l'évaluation » a depuis fait l'objet de plusieurs études, notamment dans le cadre de la sociologie de l'éducation. Cette théorie met l'accent sur le poids excessif qu'a la note et surtout la systématisation des mauvaises notes qui pousse à la sélection par l'échec avec comme conséquence le découragement et l'exclusion de nombreux élèves.

3. Rythmes

Un autre facteur anxiogène correspond aux rythmes universitaires. On voit en effet que les cours sont très condensés au cours de l'année universitaire : condensés entre mardi et jeudi, condensés entre octobre et mai. Cette organisation force les étudiants à subir un rythme très intense de cours. Enfin, beaucoup d'étudiants ne bénéficient pas d'une pause méridienne, c'est-à-dire une pause d'au moins une heure le midi, pour avoir le temps de déjeuner. L'absence de pause méridienne est un facteur important de mal-être chez les étudiants : elle les oblige à se restaurer de manière rapide (restauration debout, *snacking*...) et ne laisse pas le temps de se reposer, de parler avec ses amis, etc.

- ii. Permettre la socialisation
 1. Un campus lieu de vie

En faisant du campus un réel lieu de vie, où l'étudiant ne vient pas consommer du savoir en arrivant juste avant son heure de cours puis en repartant juste après, on permet aux étudiants de se socialiser, de s'engager sur leur campus, de donner plus de sens à leur vie étudiante. Tout cet environnement est donc un réel facteur de prévention du mal-être.

- a. Des services adaptés et de qualité

Des services de qualité sont un levier efficace pour faire du campus un lieu de vie : permettre à l'étudiant d'avoir accès à une restauration universitaire de qualité, à un logement universitaire proche du campus, à des rendez-vous avec les assistantes sociales du CROUS et de l'Université, à un accès aux services de santé... Il faut donc veiller à un maillage réellement suffisant des services du CROUS sur les différents campus, notamment dans les sites dits « délocalisés ».

- b. Des lieux de vie

Mettre à disposition des lieux de vie (salles de repos, salles pour se restaurer avec ses propres produits...), notamment autogérés par les étudiants, est un autre levier important de bien-être et de création d'un climat de vie propice à l'épanouissement. Enfin, l'aménagement du campus en réel lieu de vie, avec des espaces où les membres de la communauté universitaire peuvent se rencontrer, peut aussi permettre de remettre en cause la relation très verticale entre étudiants et enseignants, dans la continuité d'une révolution pédagogique.

- iii. Favoriser la bonne santé / agir sur les déterminants de santé sur le campus
 1. Favoriser le sport universitaire

Un autre facteur de prévention du mal-être et de promotion de la santé est le sport. Faciliter l'accès au sport universitaire est donc essentiel, à la fois grâce à des tarifs abordables mais aussi en développant une offre sportive suffisante, accessible en termes de lieux et d'horaires.

2. Favoriser le bien-manger

Enfin, favoriser le bien-manger est un autre facteur de prévention du mal-être et de réduction du stress. Pour ce faire, il est nécessaire que les Universités et les CROUS développent en bonne intelligence une offre de restauration universitaire de qualité, à moindre coût.

Bibliographie

- Mutuelles étudiantes
 - o Rapport de la sénatrice Procaccia : <https://www.senat.fr/rap/l14-086/l14-0861.pdf>
 - o Rapport du député Door : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3316.asp>
 - o Enquête du Défenseur des Droits sur l'accès aux soins des étudiants : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/acces-des-etudiants-aux-soins-leur-protection-sociale-est-elle-la-hauteur-des-enjeux>
 - o Enquête UFC-Que Choisir : <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-inscriptions-a-la-faculte-l-ufc-que-choisir-met-au-banc-les-mutuelles-etudiantes-n13793/>
- Etats généraux de la pédagogie de la FAGE : http://www.fage.org/ressources/documents/2/2592.2015_04_13_EGP_Version_web.pdf
- Enquête de l'Université de Montpellier sur la santé des étudiants : http://www.univ-montp3.fr/filemanager/vie_etudiante/OVE/enquete-stress-etudiants-um-2010.pdf
- Enquête "Conditions de Vie des Etudiants", Observatoire de la Vie Etudiante : http://www.ove-national.education.fr/medias/OVEDonnees_sante_CDV2013.pdf

Victor Bygodt, vice-président en charge de l'innovation sociale et Alice Clément, vice-présidente en charge des affaires sociales
alice.clement@fage.org

ANNEXE 4 : PERSONNES ET ORGANISMES AUDITIONNES, EQUIPES RENCONTREES SUR LE TERRAIN, PERSONNES AYANT REMIS UN RAPPORT ECRIT

Date	Structure	Personnes auditionnées
24 novembre 2015	Direction Académique des Services de l'Éducation nationale (DASEN) Nanterre	Mme Jany VEG, médecin conseiller technique départemental Mme BOVADJIAN, DCIO de Nanterre Mme Séverine RABILLARD, COP au CIO de Nanterre Mme BLAIN, IEN - IO Mme Raphaëlle LARTIGOU, IEN - IO
3 décembre 2015	Direction Générale de la Santé (DGS)	Mme Zina BESSA, sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques Mme Perrine RAME-MATHIEU, adjointe à la sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques M. Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale
8 Décembre 2015	Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS)	Mme Isabelle PRADE, cheffe du bureau "Prise en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale" M. Laurent BURCKEL, chargé de mission sur la psychiatrie
10 décembre 2015	MDA des Yvelines Sud	Dr Hélène LIDA-PULIK, pédopsychiatre et chef projet de la MDA Dr Francesca DI GIACOMO, pédopsychiatre et responsable médical à la MDA
	Personnels EN des Yvelines	Mme Nahide ROCHE, coordinatrice du "Lycée des possibles", intégré au lycée Colbert de la Celle-Saint-Cloud Dr Caroline MAURIN, conseillère technique du directeur académique des Yvelines Mme Sophie FIEUX, principale-adjointe, collège La fosse aux Dames de des Clayes-sous-Bois Mme Isabelle MAZEAS, conseillère principale d'éducation du lycée S. Delaunay de Villepreux
	MDA du Val d'Oise – Gonesse	Mme MENETRIER, cadre de santé à la MDA Dr GUILLONNEAU, responsable de la MDA Mme DESCAMPS, infirmière diplômée d'état à la MDA
	Personnels EN du Val d'Oise	Mme Claire BELDON, principale du collège Pierre Curie de Goussainville Mme Éliane JACQUES, infirmière diplômée d'état au collège Pierre Curie de Goussainville Mme Nathalie ROGEL, conseillère d'orientation-psychologue au CIO de Gonesse
	MDA du Calvados	Dr Patrick GENVRESSE, pédopsychiatre et directeur médical de la MDA Mme Véronique DESRAME, directrice administrative

10 décembre 2015	Personnels EN du Calvados	M. François-Michel DUPONT, chargé de direction du Collège-Lycée-Expérimental (CLE) d'Hérouville-Saint-Clair Mme Catherine SAFDARI, proviseure adjointe du Lycée Victor HUGO de Caen M Arnaud DUREL, enseignant spécialisé, rattaché à la MDA
	MDA du Finistère nord - Brest	M. Loïk JOUSNI, responsable de la MDA Mme Valérie LE MENN, infirmière diplômée d'État à la MDA
	Personnels EN du Finistère	M. Pierre-Yves LE GALL, assistant de service social au centre médico-social de la cité scolaire KERICHEN de Brest Mme Élisabeth ESPERANDIEU, médecin scolaire au centre médico-social de la cité scolaire KERICHEN de Brest Mme Catherine FEAT, conseillère principale d'éducation au lycée Dupuy de Lôme de Brest
12 janvier 2016	ANPAEJ – Association Nationale des PAEJ	M. Marc LERAY, président de l'ANPAEJ Mme Élisabeth MONNERAT, déléguée ANPAEJ de la région Ile de France Mme Danièle CONSTANT, déléguée ANPAEJ de la région PACA
14 janvier 2016	ARS Aquitaine – Mission santé mentale	M Michel LAFORCADE – DG ARS Aquitaine
	Mission de prévention et de lutte contre les violences en milieu scolaire	M André CANVEL – délégué ministériel, MENESR
18 janvier 2016	EHESP - École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes	Mme Patricia LONCLE - titulaire de la chaire « Jeunesse » à l'École des Hautes Études en Santé Publique et enseignant-chercheur au département SHSC et CRAPE (UMR CNRS 6051)
20 janvier 2016	Réunion nationale avec les Directeur Généraux des Agences Régionales de Santé et les Recteurs	Pr Olivier LYON-CAEN, conseiller à l'Élysée M. Christophe PROCHASSON, conseiller à l'Élysée Mme Nathalie DESTAIS, conseillère à l'Élysée M. Ali SAIB, conseiller au cabinet du Premier Ministre Mme Cécile TAGLIANA, conseillère au cabinet du Premier Ministre Mme Frédérique WEIXLER, conseillère au cabinet de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Mme Marie-Cécile NAVES, conseillère au cabinet de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Mme Valérie DELESTRE, chargée de mission au cabinet de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche M. Nicolas PEJU, directeur adjoint du cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé Mme Zina BESSA, direction générale de la santé Pr Odile KREMP, direction générale de la santé

		<p>Mme Pauline MAZURIER-NOLIN, conseillère au Cabinet de la Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes</p> <p>Mme Mireille GAUZERE, conseillère du Ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports</p> <p>Mme Juliette LAGANIER, conseillère au cabinet du Ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports</p> <p>M. François LEMOINE, conseiller au cabinet du Secrétaire d'état à l'enseignement supérieur</p> <p>M. Gilles PECOUT, recteur de Nancy-Metz</p> <p>Mme Véronique ZAERCHER-KECK</p> <p>Dr. Marie-Hélène QUINET</p> <p>Mme Laurence SCHUMENG</p> <p>M. Claude d'HARCOURT, directeur général de l'ARS d'Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne</p> <p>Dr Arielle BRUNNER, conseillère médicale, ARS Lorraine</p> <p>M. Daniel FILATRE, recteur de l'académie de Versailles</p> <p>M. Laurent CASTRA, directeur santé publique de l'ARS Ile de France (représenté M. Christophe DEVYS, directeur général, empêché)</p> <p>M. William MAROIS, recteur de l'académie de Nantes</p> <p>Dr Anne-Léopoldine VINCENT, médecin conseillère technique rectorat de Nantes</p> <p>Mme Cécile COURREGES, directrice générale de l'ARS Pays de la Loire</p> <p>M. le Dr DUVAUX, ARS Ile de France</p>
<p>21 janvier 2016</p>	<p>CNLAPS - Conseil National des Acteurs de Prévention Spécialisée</p>	<p>M. Éric RIEDERER, coordonnateur national du CNLAPS</p> <p>M. Guillaume AUDEGON, directeur association AAE - Dunkerque</p> <p>M. Ludovic CLARYS, chef de service association AAE - Dunkerque</p> <p>Mme Corinne DEWEVRE, directrice adjointe association « Rencontre et Loisir » -Nord-Pas-de-Calais</p> <p>Mme Dorothee ANTOSIAK, éducatrice association « Rencontre et Loisir » -Nord-Pas-de-Calais</p> <p>Mme Fatima BENNOUKH, directrice de la Prévention spécialisée - Association « Espoir CFDJ » 94</p> <p>Mme Khouka ZEGHDOUDI, chef de service - Association « Espoir CFDJ »</p> <p>Mme Christine HERITIER, éducatrice association « Espoir CFDJ »</p>
<p>22 janvier 2016</p>	<p>FCMPP - Fédération des Centres Médico-Psychopédagogiques</p>	<p>Mme Sylvie CHAMPION, présidente</p>
	<p>FFP - Fédération Française de Psychiatrie</p>	<p>Dr Jean-Paul BOUVETTIER, chef de service au CH Esquirol et Président d'Ancre-psy</p> <p>Dr. Jean CHAMBRY, collègue de pédopsychiatrie</p>

	API - Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile	Dr. Roger TEBOUL, président de l'API
	FSEF - Fondation Santé des Étudiants de France	M. Vincent BEAUGRAND, directeur général M. Éric VERNIN, directeur général adjoint – Idf Dr. Philippe LESIEUR, président de la CME Dr Dominique MONCHABLON, psychiatre et chef de service du Relais étudiants lycéens M. Philippe COLIN-MADAN, directeur des études
31 janvier 2016	MDA et CMPP des Bouches du Rhône	Dr Guillaume BRONSARD – pédopsychiatre et directeur
10 février 2016	Rectorat de Toulouse HBSC	Dr Emmanuelle GODEAU, adjointe du médecin conseiller de la rectrice de l'académie de Toulouse / coordinatrice de l'enquête « <i>Health behaviour in school-aged children (HBSC)</i> » pour la France
	SFPEADA – Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées	M. Michel WAWRZYNIAK, président de la SFPEADA Dr Nicole CATHELINE, présidente du conseil scientifique Dr Bruno RIST, trésorier et chef de service à la Fondation Santé des étudiants de France
	EPE – École des Parents et des Éducateurs d'Ile de France	Pr Philippe JEAMMET, professeur émérite, Paris Descartes
	SFSA - Société Française pour la Santé de l'Adolescent	Dr Paul JACQUIN, président de la SFSA Dr Marie-Pierre ARCHAMBEAUD, SFSA
	Défenseur des enfants	Mme Geneviève AVENARD, défenseure des enfants, adjointe au défenseur des droits Mme Marie LIEBERHERR, chef de pôle département de l'enfant
17 février 2016	Canton de Genève	M. David NAKACH, travailleur social dans les établissements scolaires du canton de Genève
	UNML - Union nationale des Missions Locales	M. Jean-Patrick GILLES, président M. Serge KROICHVILLI, délégué général
18 février 2016	Université Lumière LYON II et centre de Recherche Max WEBER (CNRS)	M. Bertrand RAVON, professeur de sociologie à l'Université Lumière-Lyon II, chercheur au Centre Max-Weber (CNRS)
24 février 2016	Conseillers de la Ministre des Affaires sociales et de la santé	M. Nicolas PEJU, directeur de cabinet adjoint de la Ministre de la Santé M. Nicolas PRISSE (cabinet santé, santé publique) Mme Perrine RAME-MATHIEU, DGS M. Philippe LEBORGNE, DHOS
25 février 2016	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	Mme Catherine SULTAN, directrice DPJJ Mme Frédérique BOTELLA, adjointe au sous-directeur ; sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (DMPJE) Mme Danielle FORGEOT, infirmière-rédacteur ; DPJJ, DMPJE

4 mars 2016	Conseil départemental de Seine-Saint-Denis	Mme Leyla TEMEL, directrice de l'enfance et de la famille) M. HOULDWORTH, directeur adjoint MDPH M. Mathias BAUCHER – ASE Mme Stéphanie GOURDOL, direction de l'éducation et de la jeunesse M. Jean-Paul ESPIE, direction de l'éducation et de la jeunesse
9 mars 2016	Commissariat général à l'investissement (CGI)	M. Frédéric BOURTHOUMIEU, conseiller Éducation Jeunesse au CGI
	CHU Toulouse	Pr Jean-Philippe RAYNAUD, professeur de pédopsychiatrie
	Centre Philippe Paumelle-Paris	Dr Alain BRACONNIER, pédopsychiatre
	France Santé Publique	M. Didier JOURDAN, professeur en sciences de l'éducation ; directeur de la prévention et promotion de la santé de France Santé Publique
16 mars 2016	CNS – Conférence Nationale de Santé	Mme Eve GUILLAUME (Paris) Mme Lola ERHART (Montpellier) M. Thibaud BRY (Strasbourg)
16 mars 2016	EHESP de Rennes	Mme Valérie HAMDI – « jeunes en transition »
	EHESP de Rennes	Mme Karinne GUILLOUX, directrice du Projet PIA JETTT (Politiques de jeunesse intégrées dans les territoires bretons)
	CNUP - Collège National des Universitaires de Psychiatrie	Pr. Pierre THOMAS, psychiatre et pédopsychiatre universitaire, président du CNUP
18 mars 2016	Conférence des Présidents d'Université (CPU)	Pr Jean-Loup SALTZMANN, président de la CPU (conférence des présidents d'université) Pr Laurent GERBAUD, directeur de l'association des directeurs des services de santé, professeur CHU Clermont-Ferrand Mme Clotilde MARSEAULT, chargée de mission vie étudiante et vie de campus
23 mars 2016	Académie de Versailles	Mme Ayana ABBADI, principale du collège de l'Agiot, Elancourt, Yvelines M Pierre ANSELMO, principal du collège Guy Moquet, Gennevilliers, Hauts de Seine Mme Sandrine ESKENAZI, principale du collège Louise Weiss, Nozay, Essonne M François FONTAINE, proviseur du LP Louis Blériot, Trappes, Yvelines Mme Odile MOUTAUX, proviseure du LGT Alfred Kastler, Cergy, Val d'Oise M Christian VANDEPORTA, proviseur du LPO L'Essouriau, Les Ulis, Essonne Dr. CORDIOLANI, médecin conseillère technique auprès du recteur
23 mars 2016	EHESP – École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes	Mme Lila le TRIVIDIC - chercheur

	CNU de pédopsychiatrie - Conseil National des Universités	Pr. David COHEN, président du CNU
	ADF - Assemblée des départements de France	M. Jean-Michel RAPINAT, directeur délégué en charge des solidarités et des affaires sociales à l'Assemblée des départements de France
4 avril 2016	PEEP - Parents d'Élèves de l'Enseignement Public	Mme MARTY, présidente
6 avril 2016	Centre Babel	Mme Adeline SAROT, psychologue Mme Marielle LEMAIRE, enseignante et coordinatrice du projet « Persée » au collège G. Brassens, Paris
	Mairie de Nanterre	M. Jean-Luc VILLEMIN, responsable du PRE de Nanterre Mme Karine DURAND, coordinatrice du PRE
	Fil Santé Jeunes	Mme Mirentxu BACQUERIE, directrice de l'EPPE Ile de France / Fil Santé Jeunes
8 avril 2016	Direction Générale de la Santé	Mme Zina BESSA, sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques Mme Perrine RAME-MATHIEU, adjointe à la sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques M. Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale
11 avril 2016	MILDECA - Mission Interministérielle de Lutte contre des Drogues et les Conduites Addictives	Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER, présidente Mme Caroline VETCHEFF, chargée de mission
	FAGE - Fédération des Associations Générales Étudiantes	Mme Alice CLEMENT, vice-présidente chargée des affaires sociales M Victor BYODT, vice-président chargé des innovations sociales et de la prévention
12 avril 2016	FCPE- Fédération des Conseils de Parents d'élèves	Mme DURAND - présidente
13 avril 2016	ARF - Assemblée des Régions de France	M. BONNEAU, président de la région Centre et de l'ARF
10 mai 2016	MAP - Mission de Modernisation de l'Action publique sur la médecine scolaire – IGAS, IGEN, IGAENR	Mme Anne BURSTIN, IGAS– mission de médecine scolaire
	BAPU – Bureau d'Aide Psychologique Universitaire	Dr Frédéric ATGER, responsable de BAPU (FSEF) Pascal (5 ^{ème} arrondissement)
11 mai 2016	Comité de Suivi de la Réforme des enseignants (ESPE) /	M. Daniel FILATRE, recteur de l'académie de Versailles, président

	Éducation nationale	
	FIDL – Fédération Indépendante et Démocratique Lycéenne	Mme Juliette CHILOWICZ, présidente Mme Chloé DEVERLY, porte-parole
12 mai 2016	UNEF - Union nationale des Étudiants de France	M. Bastien ZAPATA, responsable de la commission santé au bureau national
	Enseignement catholique	M. BERRUER, adjoint au secrétaire général
	Fédération Addiction	M. Jean-Pierre COUTERON, président de la Fédération Mme Caroline PRAT, chargée de mission
17 mai 2016	Ministère de l'Agriculture – Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche	M. Philippe SCHNAABELE, directeur général adjoint, chef de service de l'enseignement technique M. Michel LEVEQUE, sous-directeur des politiques de formation et d'éducation
	Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)	Mme Françoise PETREAULT, sous-directrice, DGESCO B3, vie scolaire, établissements et actions socio-éducatives Mme Véronique GASTE, DGESCO B 3-1, cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité Dr Brigitte MOLTRECHT, conseillère technique
8 juin 2016	Association des Parents d'élèves de l'enseignement libre (APPEL)	Mme Martine CARRE, responsable du service d'information et conseil aux familles – APEL national
20 juin 2016	Réunion nationale avec les Directeur Généraux des Agences Régionales de Santé et les Recteurs	Mme Nathalie DESTAIS, conseillère à l'Élysée M. William MAROIS, recteur de l'académie de Nantes M. Simon KIEFFER, directeur de l'accès à la santé et aux soins de proximité, ARS Lorraine Dr Arielle BRUNNER, conseillère médicale, ARS Lorraine M. Laurent CASTRA, directeur santé publique de l'ARS Ile de France M. Emmanuel BOURREL, directeur académique des services de l'éducation nationale des Vosges Mme Lise JANNEAU, chargée de mission ARS Ile de France Mme Nadège CHANNOT, ARS Ile de France Mme Marie-Hélène BOURVEN, infirmière conseillère technique, rectorat de Versailles Dr Anne-Léopoldine VINCENT, médecin conseillère technique, rectorat de Nantes Dr DUVAUX, ARS Ile de France
27 juin 2016	Cabinet de Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé	M Nicolas PEJU, directeur adjoint du cabinet de Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé Dr Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale M. Nicolas PRISSE (Cabinet santé, santé publique) Mme Perrine RAME-MATHIEU, DGS Mme Odile MAURICE, DGOS

		Mme Julie BIGA, bureau R4 «Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale »
30 juin 2016	Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Organisation des Soins	Dr Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale Mme Perrine RAME-MATHIEU, DGS Mme Julie BIGA, DGOS Mme Odile MAURICE, DGOS M. Patrick AMBROISE, Bureau santé des populations, DGS
5 juillet 2016	Ministère des Affaires sociales et de la Santé	Mme Giovanna MARSICO, chargée de mission au secrétariat général du ministère chargé des affaires sociales et de la santé, pour la mise en œuvre du service public d'information en santé

Visites

Date	Lieu	Structure	Personnes auditionnées
12 novembre 2015	La Ricamarie	Collège Jules VALLES	Mme Martine ZAPATA, principale
12 décembre 2015	Roanne	Dispositif SAMEAD	Communauté de communes sud-roannais
25 janvier 2016	Rennes	CHAIRE de la Jeunesse - EHESP	Mme Patricia LONCLE et son équipe
26 janvier 2016	Nantes (Loire-Atlantique)	Maison des Adolescents	M Patrick COTTIN, directeur de la MDA M Pierre POITOU, coordinateur Mme Hélène PICOT
9 février 2016	Nîmes	MDA, préfecture, académie, DASEN et ARS	M AUBOIS, DASEN Montpellier M.ROIS, ARS du Gard Mme FEGER, préfecture du Gard Mme DUMONTIER DA SILVA, CPEF du Gard M Philippe RIGOULOT, MDA du Gard Mme PELLERIN, DASEN du Gard Mme ALZUYETA, DASEN du Gard Mme BOUCHER, DASEN du Gard M MESLET, proviseur vie scolaire, académie de Montpellier
11 février 2016	Neufmoutiers-en-Brie (Seine et Marne)	Fondation Santé des Étudiants de France	M Alexandre THIEBAULT, directeur du CMPA Mme Sabine DURIEUX, proviseure adjointe du CMPA M Éric VERNIN, directeur général adjoint de la FSEF M Philippe COLIN-MADAN, directeur des études et de la pédagogie de la FSEF Mme Patricia BLOCH, DASEN Mme Marjorie PINCON, COP au CIO de Roissy en Brie Mme Catherine DOMER, enseignante au CMPA Mme Catherine CONEJERO, professeure de français au CMPA M. Christophe SANCHEZ, proviseur adjoint du Lycée JEHAN de Chelles Mme Nathalie ALBAN, enseignante et coordinatrice du DERPA Dr. Agathe BASSI TREVISIOL, pédiatre Dr. Elise BERTAUT, pédopsychiatre M. Daniel DJIMADOUM, proviseur du lycée support de Melun Dr. Nicolas GIRARDON, pédopsychiatre M. Steven ADAM, élève de 1ère S au CMPA Mme DOMERC, professeur principale de 3ème
1 ^{er} mars 2016	Agen		DASEN du Lot et Garonne Dr OLYMPIE, conseillère technique responsable départementale (CTRD) Mme TOUTIN (ICTRD) Mme PRABONNEAU (CTRD CTSS) Mme BLAIZAC, assistante sociale des personnels

Mme BLIN, coordinatrice de la MLDS

LP LOMET – Agen

M. DUZAN, proviseur

Mme PITICCO Nathaly, CPE

Mme PORTEJOIE, assistante sociale scolaire

Collège Ducos de Hauron – AGEN

Mme BIETH-ZOU, principale adjointe

Collège Jean ROSTAND – CASTELJALOUX

Mme PUJOLE, infirmière scolaire

Collège J. MOULIN – MARMANDE

M. NICOLON, principal

Mme BERNY, infirmière scolaire

Mme MARIAGE, assistante sociale scolaire

Collège P. FROMET – Ste LIVRADE

Mme BOUGARDIER, principale

Classe relai départementale 47

Mme FAGES, professeur coordonnateur

CMPP de Villeneuve sur Lot

M FOSSATS, directeur

MDA AGEN

M. FAURE, cadre de santé

Dr TANDONNET, médecin psychiatre

RESEDA AGEN

Dr CORS, psychiatre

Mme MATHIEU-LEROY, psychologue

SOLINCITE Pôle enfants 47 – Escassefort

Mme RENTE, directrice

M EL BOUMEDIAN, éducateur spécialisé

Personnes ayant remis des contributions écrites

Contributeurs	Institution
ATGER Frédéric, responsable du Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) Pascal	Fondation Santé des Étudiants de France
AUDEGON Guillaume, directeur de l'association « AAE »	Association Action Éducative (AAE)
BAVEUX Christine, professeur de lettres	Maison de Solenn, Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin
BECHT Catherine, assistante sociale, conseillère technique du directeur académique	Direction académique des services départementaux de l'Éducation nationale du Haut-Rhin
BECK François, directeur	Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)
BOTELLA Frédérique, adjointe à la sous-directrice, Sous-Direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (SDMPJE)	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)
BREBANT Catherine, responsable du dispositif Fil'Harmonie	Fondation Santé des Étudiants de France
BRONSARD Guillaume, pédopsychiatre et directeur	Maison des Adolescents de Marseille
CARIOU Léna, conseillère principale d'éducation (CPE)	Collège Maurice de Vlaminck de Verneuil-sur-Avre
CLEMENT Alice, vice-présidente en charge des affaires sociales	Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE)
COLIN-MADAN Philippe, directeur des études et de la pédagogie de la Fondation	Fondation Santé des Étudiants de France
CORDIOLANI Christine, médecin conseiller technique auprès du recteur de l'académie	Académie de Versailles
COUTERON Jean-Pierre, président PRAT Caroline, chargée de mission	Fédération addiction
DUPERRAY Gilbert, président	Service d'aide multi-professionnelle pour les enfants et adolescents en difficulté (SAMEAD)

GERBAUD Laurent, directeur de l'association des directeurs des services de santé, professeur CHU Clermont-Ferrand	Conférence des Présidents d'Universités
JACQUIN Paul, président	Société Française pour la Santé de l'Adolescent
JOUSNI Loïk, responsable de la MDA	Maison des Adolescents de Brest
MODIER Sophie, directrice Etap'ADO	Sauvegarde de Seine-Saint-Denis
NAKACH David, travailleur social dans les établissements scolaires du canton de Genève	Canton de Genève
OLYMPIE Odile, médecin conseillère technique de la Direction académique	Association RESEDA du Lot et Garonne
RIGOULOT Philippe, directeur	Maison des Adolescents du Gard
ROMANO Hélène, docteur en psychologie, spécialisée dans la prise en charge des blessés	Université Lyon 3 – Comité de protection des personnes
SAROT Adeline, doctorante, formatrice	Centre BABEL, Centre de Ressources transculturelles, Paris
ZAPATA Martine, principale	Collège Jules Vallès, la Ricamarie

ANNEXE 5 : BIBLIOGRAPHIE

Articles, ouvrages et revues

- BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P.(dir.), *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris, Ined, 2016.
- BECK F, OBRADOVIC I, JAUFFRET-ROUSTIDE M, LEGLEYE S. Regards sur les addictions des jeunes en France. *Sociologie* 2010 ; 4 : 517-36.
- BECK F., RICHARD J.-B. (dir.) *Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010*. St Denis : Inpes ; 2013.
- BEYER C., Immigration : les failles du système scolaire face aux primo-arrivants in *Le Figaro*, 8 janvier 2016.
- BOTBOL M. Mission d'Appui PJJ/Psychiatrie, Rapport Final, mai 2011 ; « États limites et délinquance juvénile : évolution des réponses judiciaires ». *L'information psychiatrique* 2016 ; 92(1) : 49-53.
- BOUYSSIÈRE-CATUSSE E, RAYNAUD JP. *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats*. St Agne : Erès ; 2012.
- BRACONNIER A. *L'enfant optimiste*. Paris : Odile Jacob ; 2015.
- CATHELINE N. *Psychopathologie de la scolarité*. Paris : Masson ; 2011.
- CATHELINE N. *Le harcèlement scolaire*. Paris : PUF ; 2015.
- CATHELINE N, BEDIN V. *Les années collège : le grand malentendu*. Paris ; Albin Michel ; 2004.
- CATHELINE N, BEDIN V. *Harcèlements à l'école*. Paris ; Albin Michel ; 2008.
- CATHELINE N, MARCELLI D. *Ces adolescents qui évitent de penser*. St Agne ; Erès ; 2014.
- CHARREL M. L'angoisse du bachelier - Chronique in *Le Monde* 12/13 juin 2016.
- CHATAGNER A, OLLIAC B, CHOQUET L-H, BOTBOL M, RAYNAUD J-P. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2015 ; 63 (2) : 124-32.
- CHATAGNER A, RAYNAUD J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2013 ; 61 (1) : 8-16.
- CHILAND C, RAYNAUD JP. *Cerveau, psyché et développement*. Paris : Odile Jacob ; 2014.
- COLLAS A. Supprimer les notes en classe réduirait les inégalités sociales. *Le Monde* ; 16 mars 2016.
- COTTIN K, CHOQUET M, POMMEREAU X, LAGADIC C. *Les élèves à l'infirmerie scolaire. Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. Inserm ; 2001.
- FASSIN D, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : Coll. Alternatives sociales, La Découverte ; 2004.
- FERRERI P., PAIN G. *Questionner les doctrines d'intervention, Proposer de nouveaux leviers d'action - Quelques enseignements de l'expérimentation ISEMA (ADSEA 28)*. Article interne à la PJJ, 2014.
- GARDNER H. *Les intelligences multiples. Pour changer l'école : la prise en compte des différentes formes d'intelligence*. Paris : Retz ; 2000.
- GENET C. Les élèves « absents » et le soutien de leurs pairs. *La revue de santé scolaire & universitaire*, mai-juin 2016, n°39 : 1.
- GODEAU E, SANTENAC M, LIZ PACORICONA ALFARO D, EHLINGER V. Élèves en situation de handicap ou porteurs de maladies chroniques - Perception de leur vie et de leur bien-être au collège. *Éducation et formation* décembre 2015 : 88-89.
- GUIMARD P, BACRO F, FERRIERE S, FLORIN A, GAUDONVILLE T, THANH NGO H. Le bien-être des élèves à l'école et au collège – validation d'une échelle multidimensionnelle, analyses descriptives et différentielles. *Éducation et formation* décembre 2015 : 88-89.
- GUIMARD P, BACRO F, FERRIERE S, FLORIN A, GAUDONVILLE T, THANH NGO H. « Le bien-être des élèves à l'école et au collège – validation d'une échelle multidimensionnelle, analyses descriptives et différentielles » in *Éducation et formation* n° 88/89 de décembre 2015 : 163.

- GUTTON P. *Adolescents*. Paris : PUF ; 2015.
- JEAMMET P. *L'anorexie mentale*. Doin : Paris, 1996.
- JEAMMET P. *Grandir en temps de crise. Comment aider nos enfants à croire en l'avenir*. Bayard : Paris ; 2014.
- L'autre, Cliniques, Cultures et sociétés, Grandir*. La Pensée Sauvage, Grenoble 2007 ; 8(3).
- L'autre, Cliniques, Cultures et sociétés, L'enfant plurilingue à l'école*. La Pensée Sauvage, Grenoble 2011 ; 12 (2).
- LEQUIEN V. Immigration : les garçons réussissent moins bien et sont plus souvent victimes de discrimination. in *La revue de santé scolaire & universitaire*, mars-avril 2016, n°38.
- LEZE S, FASSIN D. Des maux indicibles. *Sociologie des lieux d'écoute. L'Homme*, janvier-juin 2006 : 177-178.
- MANSOURI M. *Révoltes post-coloniales au cœur de l'Hexagone. Voix d'adolescents*. Paris : PUF ; 2013.
- MARCELLI D. *L'enfant, chef de famille : l'autorité de l'infantile*. Paris, Albin Michel ; 2016.
- Ministère de l'Éducation nationale, « Climat scolaire et bien-être à l'école » in *Éducation et formation* n° 88/89 de décembre 2015.
- McGORRY P, BATES T, BIRCHWOOD M. Designing youth mental health services for the 21th century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 2013 ; 202 : 30-35.
- MORO MR. *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- MORO MR. *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris : Odile Jacob ; 2010.
- MORO MR. *Les enfants de l'immigration. Une chance pour l'école*. Paris : Bayard ; 2012.
- MORO MR (Ed) *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement. Comprendre et soigner*. Paris : Armand Colin ; 2013.
- MORO MR (Ed) *Devenir adulte. Chances et difficultés*. Paris : Armand Colin ; 2014.
- MORO MR (Ed) *L'adolescent créatif face aux malaises de la société*. Paris : Dunod ; 2015.
- Premier ministre (service de presse) « Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme », Dossier de presse ; 9 mai 2016.
- RAVON B, LAVAL C. *L'aide aux adolescents difficiles – Chroniques d'un problème public*. Toulouse : Erès ; 2015.
- Revue française de pédagogie, recherches en éducation*. Évaluation des politiques éducatives et comparaisons internationales, n°164, juillet-août et septembre 2008. Institut National de recherche pédagogique.
- RAYNAUD JP, POTEL BARNARES C, ROCHE JF. Parcours de vie, parcours de soin. *Enfances & PSY*, 2008 ; 38.
- SAROT A, BOUZNAH S, MORO MR. Le rôle de l'école dans la prévention du terrorisme. *Soins Psychiatrie*, 2016 ; 302 : 32-34.
- SKANDRANI S. *Les mille et une voix de Shabrazade. Construction identitaire des adolescentes d'origine maghrébine en France*. Grenoble : La pensée sauvage ; 2011.
- SPIILKA S, EHLINGER V, LE NEZET O., PACORICONA D, NGANTCHA M., GODEAU E, Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». *Tendances* 20152015a ; OFDT ; 106 : 1-6.
- SPIILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M., BECK F, LEGLEYE S. *Les usages des drogues des adolescents parisiens- Étude qualitative*. Rapport ; 2010.
- SPIILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M., BECK F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD. *Tendances* 2014 ; 201b5 (100) : 1-8.
- TEBOUL R, NADAUD S, CARRIE JP, KNERA L, FERMANIAN J, PAYAN C, Méthodologie et résultats d'une recherche clinique (PHRC) chez les adolescents dans les zones urbaines. *Perspectives Psy* 2015 ; 54 (2) : 132-41.
- TEBOUL R, NADAUD S, CARRIE JP, KNERA L, FERMANIAN J, PAYAN C. Deux biais méthodologiques importants menacent les études cliniques chez les adolescents difficiles - Les leçons d'une recherche de plusieurs années chez 213 jeunes contactés. *Perspectives Psy* 2013 ; 52 (4) : 332-9.
- VOLKMAR C. *Protection de l'enfance. Évaluation initiale des situations familiales*. Dossier de presse n°138, Ed. du CREAM de Rhône-Alpes septembre 2006.
- WAWRZYNIAK M, RASSINON S. Quand le parcours de soins rencontre le champ judiciaire : un méta système thérapeutique ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau, Approche systémique des institutions*, Ed. De Boeck, 2012 ; 50 (1) : 199-211.

Enquêtes et consultations

- *Consultation nationale des 6/18 ans*, 1995.
- *Enquête HBSC*, 2010.
- *La santé des adolescents à la loupe, Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children 2010*. INPES – Ministère de l'éducation nationale ; 2012.
- *Santé et conditions de vie des étudiants*. Enquête nationale réalisée en collaboration avec l'Institut français d'opinion publique (IFOP) et La Mutuelle des Étudiants (LMDE) ; 2012.
- *PISA*, 2012.
- *Baromètre santé de l'Inpes (devenu santé publique France) 2014* ainsi que 2010 avec *Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010* ; F. BECK et J-B. RICHARD ; 2013.
- *Les adolescents et la loi*. Premiers résultats des Bouches du Rhône, Février 2013.
- *État de santé des Étudiants en France*. Enquête nationale sur la santé des étudiants de France, La Mutuelle des Etudiants (LMDE) ; 2014.
- *Écoutons ce que les enfants ont à nous dire – Adolescents en France : le grand malaise*, UNICEF France, 2014.
- *La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie*. Rapport OMS 2014. WHO/FWC/MCA/14.05. Et Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).
- *La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième*. DREES, Études et Résultats février 2014.
- *Enquête qualitative des Programmes de Réussite éducative*. Commissariat Général à l'égalité des Territoires, décembre 2015.
- *Enquête quantitative sur les jeunes de Nanterre*. Ville de Nanterre, L-M. ROMAIN et A. MARTIN, 2015.
- *Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé*. L'état de santé de la population en France, Rapport 2015.
- *3ème édition de l'enquête internationale de victimisation et de délinquance auto-déclarée* (sous la direction de S. Roche en collaboration avec l'IPSOS), 2016.
- *Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance : freins et leviers à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne*, J-C. CANLER, EHESP, 2014.

Guides utiles

- *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent*. Guide pratique protection de l'enfance, Ministère de la santé et des solidarités, 2008.
- *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*. Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale, ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de l'Éducation nationale 2014.
- *Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves, guide à l'attention des équipes éducatives des collèges et des lycées*. Ministère de l'Éducation nationale 2014.
- *Climat scolaire et bien-être à l'école, Éducation et formations*. Ministère de l'éducation nationale, décembre 2015 ; n°88-89.

Lois et textes d'institutions européennes

- Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi 2005-102 du 11-02-2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance
- Résolution du Parlement européen du 2 avril 2009 portant sur l'éducation des enfants de migrants en Europe.
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République
- Loi 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République
- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
- Projet de loi "Égalité et Citoyenneté", 2016.

Décrets, circulaires, instructions ministérielles

- Décret 64-1202 du 25 novembre 1964 complété par une annexe XXXIII le décret 56-284 du 9 mars 1956 (Conditions techniques d'agrément des centres de diagnostic et de traitement des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires).
- Circulaire 89/17 du 30 octobre 1989 et Décret 2009-378 du 2 avril 2009 relatifs aux *Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, Sessad*.
- Circulaire 96/378 du 14 juin 1996 du Ministère du travail et des affaires sociales ; PEJ : circulaire 097/280 du 10 avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration ; PAEJ : circulaire DGS/DGAS 2002/145 du 12 mars 2002.
- Circulaire 98-151 du 17-07-1998 Assistances pédagogiques à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
- Circulaire DGS/ DGAS 2002/ 145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ (définition d'un cahier des charges)
- Circulaire interministérielle (DGS/DGAS/DHOS/DPJJ) 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.
- Circulaire 2003-134 du 08-09-2003 accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé
- Circulaire 2003-135 du 08/09/03 relative aux Projets d'accueil individualisés.
- Circulaire DGAS/LCEE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale
- Circulaire interministérielle (DGS/DHOS/DGESCO 2005) sur le repérage de la souffrance psychique des enfants et des adolescents.
- Décret 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
- Circulaire 2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques
- Note de la DPJJ en date du 27 décembre 2013 : « cadrage opérationnel du projet « PJJ promotrice de santé, 2013/2017 ».
- Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAF - 2013/2017.
- Note d'orientation de la Protection Judiciaire de la Jeunesse JUSF1423190N 2014.
- Circulaire 2014/37 relative au schéma académique et au pilotage des dispositifs relais : ateliers, classes et internats.
- Circulaire du 3 juillet 2015, relative au partenariat entre le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGESCO) et le Ministère de la Justice (DPJJ).
- Instruction DGOS/PF3/SG/2015/269 du 10 août 2015 relative aux territoires prioritaires d'implantation de nouveaux centres de santé.
- Circulaire 2015-117 du 10-11-2015, politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves.
- Circulaire 2015-118 du 10-11-2015, missions des médecins de l'éducation nationale.
- Circulaire 2015-119 du 10-11-2015, missions des infirmiers-ères scolaires.

Rapports

- *Rapport Langerin-Wallon*, éd. Mille et une nuits, 2002, réédition commentée par C. ALLEGRE, F. DUBET et P. MEIRIEU.
- *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Haut Comité à la Santé Publique ; 2000.
- *Jeunesse, le devoir d'avenir*, rapport de la commission présidée par D. CHARVET avec P-J. ANDRIEU, F. LABADIE, M-O. PADIS, M. THERY ; Commissariat général du Plan ; 2001.
- *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents*. IGAS ; 2003.
- *Rapport d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. IGAS-IGEN-IGAENR, 2004.
- *Santé, adolescence et familles*. Rapport préparatoire à la conférence de la famille, présidé par M. RUFO ; 2004.
- *La prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*. IGAS, 2004.
- *Le travail social auprès des jeunes en difficulté dans leur environnement*. IGAS, 2005.
- *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Expertise collective, INSERM, 2005.
- *Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent*. Pr D. SOMMELET ; 2006.
- *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*. Rapport thématique, D. VERSINI (défenseure des enfants) ; 2007.
- *De la coopération entre les acteurs de l'institution scolaire et de la prévention spécialisée*. Conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée, 2008.
- *Santé des enfants et des adolescents, Propositions pour la préserver*, INSERM 2008, 2009.
- *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. E. COUTY, 2009.
- *Les maisons des adolescents*. Ministère de la santé, M. BUISSON et F. SALLES, 2009.
- *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*. Avis du Conseil économique, social et environnemental, J-R BUISSON ; 2010.
- *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, Cour des comptes, 2011.
- *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*. Haut conseil de la santé publique, 2011.
- *Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire*, rapport R. GAILLARD, 2011.
- *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale" (2005-2010)*. rapport public thématique, Cour des comptes, 2011.
- *Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes*. Conseil économique, social et environnemental, A. DULIN, 2015- avis de suite de l'avis "Droits formels/ droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes", 2012.
- *Agir contre le décrochage scolaire : alliance éducative et approche pédagogique repensée*. IGEN, IGAENR, 2013.
- *Évaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents »*. IGAS, 2013.
- *Rapport d'évaluation sur les politiques de soutien à la parentalité.*, IGAS 2013.
- Groupe d'experts franco-québécois sur la persévérance scolaire et la réussite éducative *Persévérance scolaire, réussite éducative et innovation : pilotage de la coopération franco-québécoise. Rapport final*. Paris et Saguenay : VISAJ et Anaré, 2013.
- *Priorité jeunesse*, compte-rendu de la Conférence Interministérielle de la Jeunesse de 2013.
- *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Rapport d'information de l'Assemblée nationale, D ROBILLARD, 2013.
- *Rapport d'évaluation "Antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien"*. F. CATHELINEAU ; 2014.
- *Rapport de la concertation « Refondons l'École de la République »*, 2014.
- *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*. IGAS, 2014.
- *Évaluation partenariale de la politique de lutte contre le décrochage scolaire*. Sous la direction de F.WEIXLER, ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche - SGMAP, 2014.
- *Rapports de l'Observatoire national du suicide ; " État des lieux des connaissances sur le suicide et perspectives de recherche" ; premier rapport (2014) et "Suicide, connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives" ; deuxième rapport (2015)*.
- *Accès des étudiants aux soins : leur protection sociale est-elle à la hauteur des enjeux ?* Le Défenseur des droits, 2015.

- *La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire, dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps.* D. JOURDAN, P. LOMBRAIL, 2015.
- *Étude relative aux Points d'accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ) - Rapport final* ALENIUM Consultants, 2015.
- *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent.* F. DE SINGLY, V. WISNIA-WEILL, France Stratégie ; 2015.
- *Annexe au projet de loi de finances pour 2016.* Extrait du bleu budgétaire de la mission : politique des territoires, 2015.
- *Évaluation des partenariats entre l'État (DRJSCS) et les régions en matière de politiques de jeunesse.* Inspection Générale de la jeunesse et des sports, Rapport 2015 – M14, 2015.
- *Les dispositifs et les crédits mobilisés en faveur des jeunes sortis sans qualification du système scolaire.* Cour des comptes, 2015.
- *Les élèves immigrés et l'école. Avancer sur le chemin de l'intégration.* OCDE, 2015.
- *Annexe au projet de loi de finances pour 2016.* Enseignement scolaire ; 2015.
- *Rapport du Défenseur des droits au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ;* 2015.
- *Grande pauvreté et réussite scolaire - Le choix de la solidarité pour la réussite de tous,* rapport de J-P. DELAHAYE, IGEN ; 2015.
- *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles.* Le Défenseur des droits G. AVENARD ; 2015.
- *Comment lutter contre la violence et le harcèlement à l'école et au collège ? Effets du dispositif de médiation sociale France Médiation et d'un dispositif de prise de conscience du niveau de violence".* Rapport d'évaluation- ALGAN, GUYON, JUILLERY 2015.
- *Rapport du Comité de pilotage : synthèse des évaluations sur le programme de réussite éducative.* Commissariat Général à l'égalité des Territoires, 2016.
- *Rapport d'évaluation des programmes de réussite éducative.* Rapport IPP n°13 ; 2016.
- *Pour une amélioration du programme de réussite éducative – Préconisations.* Commissariat Général à l'Égalité des territoires ; 2016.
- *Atlas de la démographie médicale en France,* 10ème Atlas National CNOM, sous la direction de J-F. RAULT et réalisé par G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, 2016.
- *Place de la santé scolaire dans la santé des jeunes - État des lieux et perspectives,* rapport IGAS—IGAENR—IGEN, 2016.
- *Rapport relatif à la santé mentale,* M. LAFORCADE, ministère des affaires sociales et de la santé, 2016.

Sites

www.LMDE.fr	www.jeunes.gouv.fr
www.ladocumentationfrancaise.fr	teo.site.ined.fr
www.anmda.fr	www.lefigaro.fr
www.ameli.fr	www.milestone-transitionstudy.eu/fr
www.filsantejeunes.com	www.maisondesolenn.fr
www.ofdt.fr	www.clinique-transculturelle.org
www.has-sante.fr	www.milestone-transitionstudy.eu/fr
www.gouvernement.fr	http://www.vic.utoronto.ca/students.htm
www.drogues.gouv.fr	www.reseau.cdrflorac.fr
www.education.gouv.fr	www.centrebabel.fr
www.sante.gouv.fr	
www.santepubliquefrance.fr	

ANNEXE 6. LISTE DES SIGLES

AAE	Association Action Éducative
AIEP	Association Internationale d’Ethnopsychanalyse
ABMA	Aller Bien pour Mieux Apprendre
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ADF	Assemblée des Départements de France
ADSEA	Association Départementale de la Sauvegarde l’Enfant et de l’Adulte
ADSSU	Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires
AFEV	Association de la Fondation Étudiante pour la Ville
AFPEP	Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie
ALSES	Acteurs de Liaison Sociale dans les Établissements Scolaires
AMARA	Association pour la Maison des Adolescents et le Réseau de l’Adolescence
AME	Aide Médicale d’État
AMIES	Antenne Mobile d’Intervention, d’Écoute et de Soutien
ANMDA	Association Nationale des Maisons des Adolescents
ANPAEJ	Association Nationale des Points Accueil Écoute Jeunes
APEL	Association des Parents d’Élèves de l’Enseignement Libre
API	Association des Psychiatres de Secteur Infanto-Juvenile
APLEAT	Association pour l’Écoute et l’Accueil en Addictologie et Toxicomanies
ARF	Assemblée des Régions de France
ARS	Agence Régionale de Santé
ASEN	Assistant de Service Social de l’Éducation Nationale
ASV	Ateliers Santé Ville
ATTE	Agents Techniques Territoriaux des Établissements Scolaires
AVIESAN	Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé
BAPU	Bureaux d’Aide Psychologique Universitaire
BeSaJ	« Bien-être et Santé des Jeunes »
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAEN	Conseil Académique de l’Éducation Nationale

CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAPP	Centre d'Aide Psycho-Pédagogique
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CAVC	Comité Académique de Vie Collégienne
CAVL	Comité Académique de Vie Lycéenne
CCA	Chef de Clinique Assistant
CDESC	Comité Départemental d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CDOEA	Commission Départementale d'Orientation vers les Enseignements Adaptés
CESA	Centre d'Évaluation et de Soins pour Adolescents
CESC	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CESP	Centre d'Études en Santé Publique
CFA	Centre de Formation d'Apprentis
CGET	Commissariat Général à l'Égalité des Territoires
CGI	Commissariat Général à l'Investissement
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIO	Centre d'Information et d'Orientation
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Contrat Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPA	Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNESCO	Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNLAPS	Conseil National des Acteurs de Prévention Spécialisée
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNU	Collège National Universitaire
CNUP	Collège National des Universitaires de Psychiatrie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPE	Conseiller Principal d'Éducation
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPU	Conférence des Présidents d'Université
CRESS	Conseil, Recherche, Évaluation, Sciences Sociales
CROUS	Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVC	Conseil de la Vie Collégienne
CVL	Conseil de la Vie Lycéenne
DASEN	Direction Académique des Services de l'Éducation Nationale
DCIO	Directeur de Centre d'Information et d'Orientation
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DERPA	Dispositif d'Évaluation, de Remédiation Pédagogique et d'Accueil
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGESCO	Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
DGESIP	Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMNP	Dossier Médical Numérique Personnel
DOM	Département d'Outre-Mer
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSDEN	Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale

EANA	Enfants Allophones Nouvellement Arrivés
ECLAIR	École, Collège et Lycée pour l'Ambition et la Réussite
ECN	Épreuve Classante Nationale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
EPE	École des Parents et des Éducateurs
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
ESENSR	École Supérieure de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
ESJ	Espace Santé Jeune
ESPE	École Supérieure du Professorat et de l'Éducation
ETP	Équivalent Temps Plein
FAGE	Fédération des Associations Générales Étudiantes
FCMPP	Fédération des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
FCPE	Fédération des Conseils de Parents d'Élèves
FEJ	Fond d'Expérimentation pour la Jeunesse
FESF	Fondation Santé des Étudiants de France
FESJ	Fédération des Espaces Santé Jeunes
FFP	Fédération Française de Psychiatrie
FIDL	Fédération Indépendante et Démocratique Lycéenne
FIPD	Fond Interministériel de Prévention de la Délinquance
FIQCS	Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR	Fond d'Intervention Régional
FLE	Français/Langue Étrangère
FLS	Français/Langue de Scolarisation
FOQUALE	Formation Qualification Emploi (réseau)
FSE	Fond Social Européen
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GPDS	Groupe de Prévention du Décrochage Scolaire
GRETA	Groupement d'Établissements

GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children (enquête)
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	Hôpital-Patients-Santé-Territoires
IA – IPR	Inspecteur d'Académie – Inspecteur Pédagogique Régional
IA-IPR-EVS	Inspecteur d'Académie-Inspecteur Pédagogique Régional-Établissements-Vie-Scolaire
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGEN	Inspection Générale de l'Éducation Nationale
InBeSaJ	Institut National de la Santé des Jeunes
INCA	Institut National du Cancer
INED	Institut National d'Études Démographiques
INOP	Institut National d'Orientation Professionnelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISEMA	Internat Socio-Éducatif Médicalisé pour Adolescents
ITMO	Institut Thématique Multi-Organisme
IUT	Institut Universitaire de Technologie
LSUN	Livret scolaire Unique Numérique
MAP	Mission de Modernisation de l'Action Publique
MCU-PH	Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier
MDA	Maison des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEEF	Métier de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation Nationale
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre des Drogues et les Conduites Addictives
NPS	Nouveaux Produits de Synthèses

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONS	Observatoire National du Suicide
PAEJ	Point Accueil Écoute Jeunes
PAJ	Points Accueil Jeunes
PART	Plan d'Action contre la Radicalisation et le Terrorisme
PAS	Prévention Aide Suivi
PEEP	Parents d'Élèves de l'Enseignement Public
PEJ	Points Écoute pour les Jeunes
PH	Praticien Hospitalier
PHRC	Projet Hospitalier de Recherche Clinique
PISA	Program for International Student Assessment
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PAI	Projet d'Accompagnement Individualisé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNVE	Plan National de Vie Étudiante
PRS	Programme Régional de Santé
PSAD	Plate-forme de Suivi et d'Appui aux Décrocheurs
PsyEN	Psychologue de l'Éducation Nationale
PU-PH	Professeur des Universités–Praticien Hospitalier
PVS	Proviseur-Vie-Scolaire
RADO	Réseau pour Adolescents en Dérives Ordinaires
RAR	Réseau Ambition Réussite
RASED	Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté
REP	Réseau d'Éducation Prioritaire
RESEDA	Réseau Départemental de Prise en Charge des Adolescents en Difficulté
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSSE	Régime de Sécurité Sociale Étudiant

SAE	Statistique Annuelle des Établissements de Santé
SAMEAD	Service d'Aide Multi-Professionnelle pour les Enfants et Adolescents en Difficulté
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SFPEADA	Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées
SIUMPPS	Service Interuniversitaires de Médecine Universitaire Préventive et de Promotion de la Santé
SMU	Service de Médecine Universitaire
SPRO	Service Public Régional de l'Orientation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SUH	Service Université Handicap
SUIO	Service Universitaire d'Information et d'Orientation
SUMPPS	Service de Médecine Universitaire Préventive et de Promotion de la Santé
TéO	Trajectoires et Origines (enquête)
UNEF	Union Nationale des Étudiants de France
UNIRèS	Réseau de l'Association des Universités pour l'Éducation à la Santé
UNML	Union Nationale des Missions Locales
UPE2A	Unité Pédagogique pour Elèves Allophones Arrivants
UTTAC	Unité de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



MISSION BIEN-ÊTRE
ET SANTÉ DES JEUNES