



de domination liée à l'âge ; jamais la récréation n'a été aussi calme, pas un seul conflit n'a été constaté par les enseignants, pour le mieux-être de tous. Le respect des règles instituées constitue aujourd'hui un indicateur de réussite de la transformation de la cour. Un sentiment de justice, de reconnaissance de chacun et la régulation par les adultes permettent plus de confiance des élèves, notamment des délégués, envers les adultes.

Lors d'un second temps de travail sur le parcours éducatif de santé, il nous faudra mener une réflexion élargie à tous les adultes de l'école si l'on veut faire croître les premières graines de cette culture de la santé à l'école. Cela nécessitera un « déplacement » de la part des enseignants, une ouverture qui ne peut s'effectuer en un jour.

### Le cheminement et la formation

Il est assez étonnant de constater que le cheminement de ces enseignants qui n'avaient pas bénéficié de formation spécifique à ce sujet, lorsqu'ils réfléchissent à la santé à l'école, correspond à celui, historique, des

concepts de santé. Ils sont partis d'une approche biomédicale centrée sur la maladie et ses aménagements possibles, pour aller vers les dépistages, puis l'hygiène, les habitudes de vie et finalement aboutir à l'importance de l'environnement, du cadre et de l'organisation.

La formation constitue un outil majeur pour ce « déplacement » dans la vision du métier d'enseignant, pour qu'ils s'autorisent à penser la santé de leurs élèves. Cette approche, loin de prendre la place des parents dans l'éducation et la construction de la santé des enfants, la valorise et montre qu'elle en est aussi complémentaire qu'indispensable. La formation initiale en écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) ainsi que la formation continue, notamment grâce à des outils, comme le parcours M@gistère<sup>5</sup>, permettent d'espérer une appropriation et une mise en œuvre généralisées de la promotion de la santé à l'école par tous ses acteurs. ➤

5. <http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html#lien5>

# Promouvoir la santé à la Justice ? Un défi, une alliance, une chance

**Françoise Marchand-Buttin**  
Médecin de santé publique, sous-direction des missions, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

**A**méliorer la santé des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), plus vulnérables que leurs pairs, apparaît d'abord comme une question de santé publique. Si la prise en charge judiciaire comporte un risque de ruptures supplémentaires sur des parcours souvent chaotiques, elle constitue aussi une formidable opportunité d'accès à des jeunes marqués déjà par les inégalités sociales de santé. Souvent en difficultés scolaires quand ils n'ont pas décroché, baignés dans un environnement en général peu favorable au bien-être, l'accompagnement éducatif est aussi une chance pour leur santé.

### L'expérience de la « PJJ promotrice de santé » : un défi

Cependant, investir la santé comme un enjeu par une institution non sanitaire se présente d'abord comme un défi, d'autant plus si cette institution n'est pas seulement éducative et sociale mais avant tout judiciaire.

La DPJJ, direction chargée de la Justice des mineurs, prend en charge des jeunes ayant commis au moins un acte de délinquance. Le juge pour enfants peut ordonner mesures ou sanctions éducatives et sanctions pénales. Mais qu'ils fassent l'objet d'un simple rappel à la loi, d'une mesure de réparation, de stages de sensibilisation, de placement ou exceptionnellement d'incarcération, les

jeunes sont toujours suivis par une équipe éducative de la PJJ. Ainsi s'incarne l'un des principes fondateurs de l'ordonnance de 1945<sup>1</sup> relative à l'enfance délinquante, qui fonde ses missions : la primauté de l'éducation sur la répression.

C'est précisément dans cette ouverture, placée dès l'origine au cœur de la Justice des mineurs, que viennent se nicher la possibilité et la pertinence de promouvoir la santé.

La vision commune d'une santé centrée sur la maladie et les soins, à laquelle la PJJ n'échappe pas, est le premier obstacle. Si la santé n'appartient qu'aux soignants, elle est « hors mission ». Comment s'y sentir légitime en tant qu'éducateur ou directeur de service ? Comment en tisser le lien avec la prise en charge ?

Bien sûr, elle s'impose parfois lorsque l'état de santé du jeune accueilli fait écran à toute action éducative. La demande vis-à-vis du secteur du soin, notamment psychiatrique, se fait alors dans l'urgence parce que la rapidité de la réponse des soignants paraît conditionner la prise en charge par la PJJ.

La promotion de la santé nous permet de répondre à ce défi. Elle offre une voie pour sortir de ces impasses qui laissent les professionnels démunis et rendent difficiles

1. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945.

les partenariats et les prises en charge conjointes. Elle révèle aussi l'intérêt de la prise en compte de la santé et du mieux-être pour la réussite éducative, l'insertion et la prévention de la récidive, qui constituent ensemble, sans équivoque possible, la mission première de la PJJ.

La santé y est conçue comme une ressource pour la vie et non uniquement la réponse à la maladie. Elle est un chemin bruyant d'échanges, de rencontres soignantes et soutenantes, d'étapes constructives tolérant les retours en arrière, qui permet d'exercer ses choix et d'avancer accompagné, vers le meilleur état de soi-même. On est loin du synthétique « *silence des organes* » et proche de la définition proposée par Christophe Dejourné : « *La santé pour chaque femme et chaque homme, c'est avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychologique et social* ».

Appuyée sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, l'OMS, depuis la Charte d'Ottawa, nous propose de penser l'amélioration de la santé comme un enjeu non seulement individuel mais collectif, selon cinq axes stratégiques. La PJJ se les approprie depuis 2013 : politique positive, environnements favorables, participation du public, développement des aptitudes individuelles, optimisation du recours aux soins et à la prévention [5].

### Une alliance

Cette alliance entre l'« éducatif judiciaire » et la santé passe par une mobilisation institutionnelle large, reposant sur quatre dimensions.

### Plaidoyer/valeurs

La démarche de plaidoyer en promotion de la santé vise à construire dès cette étape le socle d'une fondation commune à l'image du projet à déployer. Comme le disait Jacques Fortin : « *Promouvoir la santé d'une population n'est pas appliquer un programme rationnel, "clés en main" [...]. c'est communiquer pour concevoir ensemble [...].* » Ainsi, le plaidoyer tient compte de l'institution elle-même, de ses références, valeurs, langage, attentes.

À la DPJJ, le plaidoyer s'est appuyé sur les points de convergence. Les valeurs qui fondent ses missions et celles énoncées par la charte d'Ottawa sont proches : justice, bien commun, respect de la personne, éducativité, engagement, responsabilité sociale... Elles ont été adoptées indépendamment mais dans le même contexte d'évolutions sociales (ordonnance de 1945 et définition de la santé bien-être de l'OMS en 1946, Charte d'Ottawa en 1986, décret transformant l'éducation surveillée en PJJ en 1990 et marquant ainsi l'évolution des modes de prises en charge...). Ces valeurs ont produit des pratiques et des actions qui ont elles-mêmes des points communs, qui peuvent faire dire : « *À la DPJJ, on fait de la promotion de la santé sans le savoir* ». Et en effet, toute action éducative bien menée permet de s'inscrire facilement dans l'axe de développement des aptitudes individuelles ; les préoccupations sanitaires ou les conduites à risque des jeunes poussent les

équipes à travailler l'accès aux structures de soins ou de prévention ; de même, un projet de service de qualité prendra en compte l'environnement d'accueil du jeune ; enfin, les outils utilisés ont des points communs (médiations culturelles ou sportifs, approche systémique). Identifier les convergences évite une santé « hors mission » et balise les enrichissements possibles.

Le plaidoyer n'est jamais fini, en raison du *turn-over* des professionnels, mais aussi car son déploiement se poursuit à des niveaux plus fins grâce aux acteurs eux-mêmes, s'acculturant au fil du temps et se nourrissant des exemples qui marchent.

### Portage/Participation

Le portage de la PJJ promotrice de santé a visé la constitution d'un environnement institutionnel favorable, et pas seulement la valorisation d'initiatives de terrain innovantes. Sans soutien politique marqué, nombre d'actions remarquables mais « personnes-dépendantes » s'étiolent par épuisement ou *turn-over*. La prise en compte doit devenir une responsabilité assumée par toute l'institution, de l'unité éducative jusqu'à l'administration centrale, y compris les services des moyens et des ressources humaines, avec l'appui notamment de conseillers techniques en promotion de la santé placés en directions interrégionales (DIR) et territoriales (DT).

L'instauration de journées de travail annuelles PJJ promotrice de santé a lancé en 2013 cette dynamique d'élaboration commune. Des représentants de tous les types de professionnels de la PJJ – santé, éducatifs, encadrants – ont pointé en ateliers ce qui relevait déjà de la promotion de la santé dans leur expérience. Des objectifs collectifs adaptés à la mission et l'organisation de la PJJ ont été définis et rassemblés dans un cadrage opérationnel sous les cinq axes de la promotion de la santé. Ce cadrage national a été diffusé par la direction à toutes les DIR, en leur laissant la latitude de le décliner en fonction des particularités de leurs territoires<sup>2</sup>.

Ainsi, certaines DIR ont lancé un diagnostic santé interrégional, d'autres un accompagnement rapproché de quelques unités éducatives, un travail sur les représentations de la santé ou encore une approche thématique (addictions, santé mentale...).

À l'occasion d'une enquête auprès des directions territoriales<sup>3</sup>, l'apport du cadrage national pour revisiter ou relancer la prise en compte de la santé sur leur territoire a été relevé. Une enquête d'évaluation menée en 2015 montrait également l'effet mobilisateur du portage. L'enjeu est désormais la mutualisation des pratiques de terrain promotrices de santé qui fait depuis deux ans, l'objet des ateliers des journées annuelles PJJ promotrice de santé (PJJPS).

2. Document technique de cadrage opérationnel, et note d'accompagnement, DPJJ, 27 décembre 2013.

3. Euillet S. et al. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Accès aux soins et sens du soin, Défenseur des droits, 2016.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



### Partenariats/Ressources externes

La capacité de la PJJ à nouer des partenariats utiles à la prise en charge s'exerce depuis longtemps pour la scolarisation, l'insertion, la citoyenneté, la culture ou le sport, mais aussi pour la prise en charge des addictions ou pour les actions de prévention, et vient servir la promotion de la santé à tous les niveaux. Trois partenariats nationaux sont particulièrement structurants pour la PJJ promotrice de santé.

- Dès le lancement des orientations PJJ promotrice de santé, une convention a été signée en mars 2013, avec la Fédération nationale de prévention et promotion de la santé (Fnps), qui, soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a pu accompagner par son réseau d'instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) le déploiement de la démarche. Onze binômes, composés de représentants de la PJJ et d'une Ireps de chaque interrégion, se sont mis en place dans chaque DIR pour apporter théorie, méthodologie de projets d'intervention et d'évaluation en promotion de la santé. Cet accompagnement sur mesure a généré ou soutenu des formes d'engagement très différentes. Les trois regroupements nationaux annuels des binômes visent la mutualisation des expériences, des partages d'outils, une formation-action avec apports théoriques adaptés et un enrichissement direct du portage national fondé sur les expériences dans les territoires.

- La Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives (Mildeca) soutient l'intérêt d'un travail institutionnel de fond et d'une approche globale pour prévenir ou limiter les conduites addictives. Le Fonds de concours « drogues », notamment, a permis de financer des projets présentés par les DIR répondant non seulement aux critères de la Mildeca, mais aussi aux exigences d'une approche de promotion de la santé. Cette convergence a donné une cohérence nationale sur laquelle les territoires ont pu s'appuyer pour proposer des projets de plus en plus pertinents au fil des ans.

- Depuis 2016, la Direction générale de la santé s'est engagée très fortement pour soutenir la PJJ promotrice de santé. La convention cadre de partenariat en santé publique, signée le 25 avril 2017, cible particulièrement la nécessité d'un engagement mutuel ARS/PJJ au bénéfice des jeunes pris en charge par la PJJ. Fin 2017, sur les dix-sept ARS, neuf avaient déjà une convention signée avec la PJJ ou en cours d'élaboration.

Ce soutien a permis également de lancer une étude de faisabilité en 2018, par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, en vue de renouveler une enquête nationale sur la santé des jeunes pris en charge par la PJJ, la dernière datant de 2005 [15].

### Communication/Formation

En interne, la communication, fortement liée au plaidoyer, s'est appuyée sur les cinq axes de la promotion de la santé comme un leitmotiv. Le nom donné au « projet » devenu « démarche » PJJ promotrice de santé a permis

de rendre lisible l'intention et d'en faire résonner le vocabulaire. Un logo et une plaquette de présentation permettent son repérage visuel. Les temps de portage sont aussi des temps forts de communication (journées PJJ promotrice de santé, comité de pilotage national...). La difficulté, néanmoins, est de maintenir le niveau de communication suffisant pour une appropriation large sans trop lasser. En effet, le temps de l'expérimentation et de la perception des effets à tous les niveaux est beaucoup plus lent que celui de la communication, et ce décalage peut décrédibiliser la démarche.

La communication externe – groupes de travail, colloques, articles... – fait partager l'engagement de la DPJJ. Cette reconnaissance des partenaires peut agir en feed-back positif pour conforter son engagement de l'extérieur.

La stratégie de formation prend le relais de la communication. La DPJJ dispose d'une école nationale, qui forme ses éducateurs et directeurs de service mais aussi l'ensemble des professionnels en formation continue. Elle dispose de pôles territoriaux de formation, qui, avec les DIR, construisent un programme adapté, intégrant de plus en plus les outils et thématiques de la promotion de la santé.

### Une chance

En conclusion, même si la PJJ promotrice de santé, qui a six ans d'âge, doit encore se déployer<sup>4</sup> pour qu'une diffusion des pratiques au plus près des jeunes soit généralisée et même s'il persiste des facteurs de fragilité (charges de travail, *turn-over* important, statut des professionnels de santé à la PJJ...), certains éléments, issus de travaux de recherche ou d'évaluation et de l'accompagnement rapproché, indiquent que la promotion de la santé dans une institution non sanitaire est une chance collective.

- Pour les jeunes, puisqu'elle vient soutenir l'approche éducative et la promotion du pouvoir d'agir, en rappelant que la santé-bien-être est une responsabilité collective. Ainsi, être accueilli dans une unité qui a pensé son projet pour améliorer le bien-être par l'environnement physique, la cohérence des adultes, l'accueil et l'écoute, les activités et la vie quotidienne qui renforcent les compétences psychosociales, la prévention et l'accès soins, est une chance.

- Pour les professionnels, car elle intègre leur santé-bien-être comme condition pour la prise en charge et le bien-être des jeunes. Ils doivent être formés, soutenus, accompagnés dans leurs pratiques. Les professionnels qui s'approprient la promotion de la santé y trouvent une cohérence pour la prise en charge, et leur engagement peut être valorisé par l'institution.

- Pour la direction, car porter une vigilance particulière à la santé et au bien-être est une manière décalée de repenser et d'enrichir l'action éducative, le management,

4. DPJJ. Note PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021, 1<sup>er</sup> février 2017.

la transversalité les partenariats. La PJJ promotrice de santé a permis de valoriser la place de la DPJJ comme un acteur de la santé publique dans les régions, au sein des instances ARS, comme dans les instances de santé publique nationales.

- Pour la santé publique, puisqu'il paraît possible d'intégrer la promotion de la santé à la culture et aux pratiques d'une institution non sanitaire et ainsi d'agir au plus près des jeunes qui cumulent des facteurs de vulnérabilités familiales, sociales, scolaires et de santé. En repérant leurs problèmes de santé, en les

prévenant parfois, en contribuant à des prises en charge conjointes, il est possible d'utiliser à meilleur escient les ressources du système de soins et d'agir pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Les professionnels de santé, souvent infirmiers ou professionnels de santé publique, sont un maillon essentiel de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Leurs possibilités de formation et la fluidité de leur parcours professionnel d'une institution à l'autre (hôpital, Éducation nationale, secteur social ou judiciaire...) devraient être néanmoins repensées. ➤

## La santé des personnes sans-abri de longue durée : le programme « Un chez-soi d'abord »

**L**a recherche interventionnelle peut-elle répondre à la fois à des enjeux d'efficacité et d'un meilleur respect des droits humains ? Le programme « Un chez-soi d'abord » est un cas exemplaire dans le champ du handicap psychosocial.

### Une réponse sociale inefficace et violente vis-à-vis des personnes en situation de handicap psychosocial

En France, comme dans de nombreux pays, la charge globale attribuée à la santé mentale est très élevée et augmente chaque année. Une personne en situation de handicap psychosocial a 25 ans d'espérance de vie en moins que la population générale, et cet écart n'a pas diminué au cours des vingt dernières années malgré un investissement humain et financier important. Nous avons le deuxième plus haut budget européen par habitant consacré à la santé mentale, avec 22 milliards d'euros annuels et près de 10 milliards uniquement en hospitalisation. Malgré cela, en 2015, près de 45 000 personnes en situation de handicap psychosocial vivaient dans la rue et 25 000 en prison, et les indicateurs nationaux de santé mentale ne montrent pas d'amélioration significative. De plus, les mesures légales d'enfermements et de coercition psychiatrique augmentent considérablement, touchant 90 000 personnes en 2015, soit une augmentation de 15 % depuis la réforme juridique de 2011, et les droits de l'homme sont encore violés de façon répétée.

De l'hécatombe des fous dans les asiles français entre 1939 et 1945, qualifiée d'extermination douce, en passant par les programmes de stérilisation des pays scandinaves jusque dans les années 1990, pour finir par les maltraitements et abus coercitifs reconnus dans plusieurs hôpitaux psychiatriques français, force est de constater que les démocraties modernes ont du mal à accueillir la diversité de leur population. Cette différence chez certains d'entre nous, à la fois géné-

rique, environnementale, contextuelle et sociale, est source de comportements atypiques et excentriques, parfois désordonnés. La réponse sociale à ces différences oscille entre d'une part, une politique d'aide et de soutien des États providences, et, d'autre part, la contrainte, l'enfermement et autre politique de contrôle des États totalitaires. Notre histoire récente semble rattacher les racines de cette réponse sociale, pour le moins discordante avec le projet démocratique, à deux fausses évidences : le concept de dangerosité et le concept de nécessité médicale de « réparer un trouble ».

Pourtant, nous assistons aujourd'hui à une véritable prise de conscience, d'une partie de la société française, de la maltraitance et des abus de pouvoir du système psychiatrique. La rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées vient de publier un prérapport, fin 2017, suite à sa visite en France<sup>1</sup>, assez critique. La ministre des Solidarités et de la Santé s'est prononcée sur la psychiatrie en début d'année 2018 et souhaite que les soins sous contrainte diminuent et que les bonnes pratiques se généralisent, *via* entre autres des projets de recherche plus nombreux en santé mentale. Mais ces projets de recherche peuvent-ils répondre à ce double enjeu d'améliorer l'efficacité et les droits humains ? C'est ce que nous allons essayer de montrer au travers de l'histoire du programme « Housing First » et de son implantation en France.

### L'implantation excentrique d'une nouvelle politique publique : le cas du « Housing First » en France

C'est à New York, en 1991, qu'un modèle d'intervention a été créé pour tenter de répondre aux problèmes de

1. Observations préliminaires de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar, au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017.

<http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>

**Pascale Estecahandy**  
Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (Dihal)  
**Thomas Bosetti**  
Médecins du monde  
**Vincent Girard**  
ARS PACA, laboratoire de santé publique EA3279 Aix-Marseille université