

Jeunes et adolescents en difficultés, l'ARS mobilisée pour réguler les parcours de prise en charge

La coordination des acteurs intervenants auprès des enfants ou adolescents en difficultés peut être améliorée par l'action des agences régionales de santé. L'expérience de l'ARS de Bretagne.

Salima Taymi

Chargée de mission à la direction adjointe prévention promotion de la santé

Jean-Michel Doki-Thonon

Directeur de la santé publique

Agence régionale de santé de Bretagne

Sollicitée par les quatre conseils généraux bretons au début de l'année 2012, l'agence régionale de santé de Bretagne s'est engagée auprès d'eux, à comprendre et à prévenir les ruptures dans les prises en charge de jeunes et adolescents cumulant des difficultés et nécessitant des prises en charge multiples et relevant de différents champs (sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire...).

Plus précisément, il s'agit d'enfants ou adolescents, confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre administratif ou judiciaire, présentant des troubles du comportement et ou de la personnalité en lien ou non avec un handicap identifié et nécessitant une prise en charge spécialisée sur le plan de la gestion quotidienne, de la scolarité et du soin. Les difficultés auxquelles certains de ces jeunes sont confrontés émanent du fait qu'ils relèvent à la fois de l'ASE, des services médico-sociaux – institut médico-éducatif (IME), institut médico-professionnel (Impro), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)... – et de la psychiatrie (parcours de soins ambulatoire et/ou hospitalier) et qu'ils ne trouvent de solution d'accueil exclusive et complète dans aucune structure de ces trois champs d'intervention.

En tout état de cause, ces jeunes, parfois appelés « incasables », font souvent face à l'épuisement des institutions et des travailleurs sociaux qui se retrouvent dans l'impasse quant à leur prise en charge, ainsi qu'au risque de sortie des dispositifs de prise en charge, voire d'accroissement des troubles et de passage à des situations d'errance et d'urgence.

La compréhension de cette problématique a exigé, outre une appréhension de la littérature

existante sur ce sujet, la réalisation d'un état des lieux basé sur l'étude de situations. Treize monographies de jeunes dits en difficulté ont ainsi été réalisées entre mai et septembre 2013 à partir d'une grille commune et validée permettant de retracer chronologiquement leurs trajectoires personnelles et institutionnelles. Ces études de cas ont été réalisées à partir d'une analyse du dossier individuel du jeune alimenté par l'ASE, ainsi que d'entretiens auprès du référent direct de la situation du jeune et du cadre intermédiaire ou chef de service.

L'étude du dossier papier a permis de mettre à jour la difficulté des référents ASE à disposer de l'ensemble des pièces permettant de retracer la trajectoire institutionnelle du jeune.

Cette première étude a mis en évidence les éléments suivants.

- Un environnement familial fragile conduisant à un placement familial...

La majorité des adolescents et jeunes concernés par l'étude évoluent dans des foyers monoparentaux (le plus souvent portés par la mère) en situation de précarité avec une fratrie connue des services de l'ASE dans le cadre de mesures de prévention (par exemple, une assistance éducative). Dans certains cas, les parents sont connus d'autres services des conseils généraux : la Protection maternelle et infantile ou encore les services en charge des demandes de revenus de solidarité active (RSA). Pour plus de la moitié des situations, les parents présentent des problématiques psychiatriques et/ou des problématiques liées à des conduites addictives pour lesquelles ils ont bénéficié d'un suivi médical ou non. Pour la majorité des situations, on note l'importance des violences intrafamiliales.



- ... qui a du mal à être maintenu dans le temps

Toutes les situations étudiées concernent des jeunes placés en familles d'accueil, dont plus de la moitié l'a été de façon tardive. Ces situations se caractérisent par la succession de familles d'accueil sur de très courtes périodes, voire le chevauchement dans le cadre de l'organisation d'accueils relais – les familles demandant souvent un arrêt de la prise en charge du jeune par manque d'expérience ou parce qu'elles se disent insuffisamment « armées » (absence de supervision, de lieux d'échanges de pratique, de modalités de soutien à la pratique...). Les équipes de l'ASE déclarent mobiliser une grande partie de leur temps dans la recherche d'hébergements pour ces jeunes qui alternent régulièrement familles d'accueil et établissements.

- Une scolarité en « dents de scie »

La grande majorité des jeunes de l'étude est déscolarisée ou bénéficie d'une scolarité adaptée (à temps très partiel). Certains d'entre eux ont changé d'établissement scolaire (jusqu'à 5 fois) pour différents motifs : exclusion définitive pour atteinte à l'intégrité physique d'un pair ou d'un membre du personnel de l'établissement, retrait par un parent du fait d'un désaccord avec la direction...

- Une prise en charge sanitaire plus ou moins continue

La quasi-totalité des jeunes relevant de l'étude bénéficie d'un suivi en pédopsychiatrie ou en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Pour beaucoup, ce suivi n'est pas inscrit dans la continuité : plusieurs de ces jeunes ne font que transiter par les urgences somatiques ou psychiatriques suite à une crise ou un passage à l'acte sans qu'un suivi leur soit ensuite proposé. D'autres ont connu des discontinuités dans leurs prises en charge, soit du fait de leur absence d'adhésion aux soins proposés, soit du fait d'une décision de l'établissement. La grande majorité des situations concernent des jeunes sous traitement avec des interrogations sur les modalités de renouvellement et de garantie de la bonne observance des traitements.

- Une prise en charge médico-sociale qui pose problème

Tous ces jeunes relèvent d'une prise en charge médico-sociale – notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) –, mais celle-ci n'est effective, au moment de la réalisation de l'étude, que pour la moitié des cas (en ITEP surtout). Pour l'autre moitié, leur prise en charge a évolué au cours du temps (temps très partiel) ou ils sont sortis du dispositif en raison de leur comportement ou à l'initiative de l'établissement qui les prend en charge.

- Des trajectoires institutionnelles relevant du bricolage

On relève à travers cette étude la difficulté pour les services de l'ASE d'anticiper dans la gestion des situations de ces jeunes. La stabilisation temporaire d'une situation relève ainsi davantage du bricolage que de la construction d'un parcours.

Le passage d'un dispositif à un autre se concrétise souvent à travers une négociation informelle entre personnes. En effet, à l'exception d'une situation, il n'existe pas d'accord formalisé et validé par les partenaires autour des prises en charges du jeune.

On note une méconnaissance des différents intervenants sur les modalités d'entrée ou de sortie des dispositifs ainsi que du fonctionnement de certains partenaires. Cela génère des situations de crispations et d'incompréhension des mesures entreprises.

Enfin, pour ces jeunes, la multiplicité des intervenants entraîne une déperdition des informations relatives au jeune et une absence de coordination des acteurs autour du jeune : aucun des acteurs n'assume ce rôle et n'est reconnu en tant que tel par les autres. Les parents titulaires de l'autorité parentale restent assez absents ou sont peu associés, ou à l'inverse trop entreprenant et les jeunes eux-mêmes semblent subir les prises en charge qui leur sont proposées.

Les modalités de « droit commun » de coordination des acteurs (maisons des adolescents) sont peu sollicitées pour ces situations.

- La difficulté à quantifier la problématique

Si le département d'Ille-et-Vilaine a estimé à 30 sur environ 2700 jeunes confiés à l'ASE les cas de jeunes les plus complexes, il en est tout autrement pour les trois autres départements. En effet, le conseil général d'Ille-et-Vilaine a procédé à un recensement des situations en interrogeant les centres départementaux d'action sociale (20 en tout) concernant les jeunes ayant des notifications MDPH connues des services (ce n'est pas toujours le cas puisque les notifications sont transmises aux parents encore détenteurs de l'autorité parentale), pour lesquels il n'y a pas d'intégration scolaire et qui ont des troubles du comportement et/ou de la personnalité (trace d'un suivi médical).

Pour les autres départements, les systèmes d'information actuels ne permettent pas de recenser les situations concernées par la présente étude et exigeraient de croiser des données individuelles avec celles des MDPH, ce qui n'est pas sans poser de difficultés.


Partager les dysfonctionnements et co-construire les réponses pour éviter les ruptures dans les parcours de soins

La deuxième phase de l'état des lieux consiste à élargir les discussions et le recueil des points de rupture dans les prises en charge à d'autres acteurs que sont les établissements médico-sociaux, les professionnels de la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les maisons des adolescents, les MDPH. Cette deuxième phase consiste en la réalisation d'entretiens collectifs avec les différents professionnels qui s'étendront de mars à juin 2014.

L'état des lieux final repose donc sur un partage des points de rupture dans les prises en charge des jeunes et adolescents en difficulté. Il constitue la base d'un travail plus large de définition de parcours complexes de santé en faveur de jeunes en difficulté, dont l'un des préalables est la coordination des acteurs des différents champs à plusieurs niveaux (stratégique, décisionnel, opérationnel, de proximité) puis ensuite la protocolisation des relations entre les différents acteurs à chacun de ces niveaux.

D'ores et déjà, certains domaines d'amélioration se dégagent, par exemple le partage de l'information sur les situations, la gestion du suivi médical, la formation commune santé/social portant notamment sur les modalités d'entrée et de sortie des dispositifs, l'élaboration de protocoles d'intervention partagée.

Ce travail est mené en parallèle à une réflexion régionale visant à interroger la place et le rôle des dispositifs d'accueil, d'écoute, de prise en charge et/ou d'accompagnement des jeunes en difficulté impliquant la mise en place d'une nouvelle gouvernance.

Dans le cadre de sa mission générale, prévue par la loi HPST, de mise œuvre de la politique de santé publique et de régulation de l'offre de services de soins et de services médico-sociaux, l'ARS joue un rôle majeur en termes d'exigence et de vigilance sur la construction des parcours de soins. Au regard des enjeux autour de la santé des enfants et des adolescents et de la nécessité d'une action coordonnée de nombreux acteurs, dont une part importante relève du champ de compétences de l'ARS (services de pédopsychiatrie, IME, Impro, ITEP, maisons des adolescents...), cette démarche, en cours en Bretagne, montre que l'ARS, qui a pris en considération dans son projet régional de santé les besoins de cette population, se trouve appelée par l'ensemble des acteurs à jouer un rôle moteur dans la régulation des parcours de soins des enfants et des adolescents, en particulier ceux qui sont en souffrance, afin d'éviter les ruptures. 

Épigénétique sociale, épidémiologie biographique et inégalités sociales de santé : une invitation à la prévention ?

Les connaissances nouvelles relatives aux influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression de nos gènes conduisent à insister sur la nécessité d'investir sur un environnement favorable, durant les premières années de vie, de façon à compenser les inégalités sociales de santé.

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

**Michelle Kelly Irving
Cyrille Delpierre
Thierry Lang**

UMR Université Paul-Sabatier-Inserm
1027, IFRISS, Toulouse

Épigénétique sociale : *a priori* il s'agit d'un oxymore évoquant d'une part un nouveau développement d'une médecine biologique toujours plus performante et technique et de l'autre des préoccupations sociales évoquant la médecine sociale du XIX^e siècle. En réalité, les deux mondes ne sont pas si éloignés et une réflexion sur ces approches peut apporter une contribution importante à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Épigénétique : de quoi s'agit-il ?

L'épigénétique fait référence à toute information héritable pendant la division cellulaire en dehors de la séquence de l'ADN elle-même (Feinberg *in* [58]). Les processus épigénétiques sont donc essentiels à la compréhension de la fonction des gènes et de leur expression. C'est un processus de régulation normale de l'expression des gènes, essentiel à la croissance, au développement et au vieillissement des organismes développés. Un point essentiel est que cette régulation de l'expression du génome peut faire varier la susceptibilité aux maladies.

Des modifications épigénétiques au niveau moléculaire ont été impliquées dans l'origine développementale d'un certain nombre de maladies courantes tels les maladies cardiovasculaires, le cancer ou certaines pathologies psychiatriques (Hochberg, Szyf, *in* [58]). Mais au-delà, elles ont été mises en évidence comme un lien plausible entre les facteurs environnementaux, la modification de l'expression des gènes et la susceptibilité aux maladies (Jirtle *in* [58]). Un des mécanismes de base de cette

modification épigénétique est représenté par la méthylation désignant le fait qu'un groupement méthyl soit ajouté à l'ADN. La méthylation de régions critiques des gènes peut affecter l'expression génétique, l'hyperméthylation étant habituellement associée à une réduction de l'expression des gènes, tandis que l'hypométhylation est associée à une activation des gènes. Ces altérations peuvent être stables et de long terme, mais aussi réversibles.

Malgré la référence à la génétique, l'épigénétique s'inscrit dans une perspective plus large, celle de l'épidémiologie biographique...

Un environnement défavorable modifierait des processus biologiques impliqués dans le développement d'un état morbide futur, d'autant plus que l'exposition est précoce. Dans les années 1990, Barker démontra qu'un retard de croissance intra-utérin était corrélé à une augmentation du risque de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte et introduisit le concept de « programmation foetale ». Ce concept postulait que les conditions environnementales durant des fenêtres précises du développement peuvent avoir des effets à long terme sur l'organogenèse des processus métaboliques et physiologiques. Depuis, des travaux en épidémiologie ont montré le rôle de l'environnement sur l'état de santé futur en dehors de la période foetale.

Un des enjeux majeurs de l'épidémiologie sociale est de comprendre la façon dont les facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux sont liés et d'identifier les enchaînements par lesquels ces différents



La santé : un capital en construction dès l'enfance

facteurs peuvent jouer un rôle sur la santé. L'approche de type « *life-course analysis* » (épidémiologie biographique) offre un cadre théorique pour tenter de mieux explorer ces liens. Cette approche se définit comme l'étude des effets à long terme sur la santé des expositions physiques et sociales durant la grossesse, l'enfance, l'adolescence et la vie adulte mais aussi à travers les générations. Ce domaine inclut l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux et psychosociaux qui opèrent au travers de toute la vie d'un individu pour influencer son état de santé. Cette approche souligne la notion de chaînes de causalité, « la cause » n'étant alors que la désignation pragmatique d'un point dans la chaîne des événements sur lequel il est possible d'envisager d'intervenir.

Ce que ces deux approches ont en commun

L'environnement façonne le biologique

Ces travaux tentent d'étudier la façon dont l'environnement, notamment social et psychosocial, « pénètre sous la peau » pour participer à expliquer une partie du gradient social de morbi-mortalité dans la quasi-totalité des pathologies chroniques. Une explication, encore peu mise en avant, réside en une action biologique directe des déterminants sociaux et psychosociaux. Ce rôle biologique direct renvoie à la notion d'incorporation biologique (*embodiment*) de l'environnement au sens large (physique, chimique, etc.), et en particulier économique et psychosocial, et à la façon dont il devient biologique.

Un des mécanismes biologiques principaux utilisés par les organismes pour s'adapter à leur environnement comprend les réponses des systèmes au stress, *via* notamment le système hypothalamo-hypophysaire et le système sympathique, qui contrôlent la libération d'hormones de stress. Exposés à un stress chronique, ces systèmes sont en état constant de « surchauffe » (Lutgendorf *in* [58]) avec des conséquences néfastes sur la régulation des systèmes biologiques.

L'épigénétique n'est alors qu'un des mécanismes biologiques par lesquels l'organisme s'adapte à son environnement et *in fine* par lesquels l'environnement « pénètre sous la peau ».

Des expériences stressantes durant l'enfance pourraient ainsi entraîner des modifications de systèmes biologiques, impliquant notamment le système hormonal, inflammatoire, immunologique, ou encore des mécanismes épigénétiques et d'expression génique.

Des facteurs d'exposition précoces et un enchaînement tout au long de la vie

Un jeu subtil d'interrelations entre les fonctions biologiques et l'environnement se poursuit tout au long de la vie. Deux mécanismes sont en fait étroitement liés. L'existence de périodes sensibles pendant le cours de la vie ne peut pas être facilement démembrée d'autres mécanismes tels qu'un processus d'accumulation ou des enchaînements de facteurs défavorables. La façon dont les processus biologiques et comportementaux interagissent avec les facteurs psychosociaux est probablement différente selon la position sociale.

L'absence de déterminisme

Que l'enfance prépare le futur est une idée communément acceptée, mais nous savons aussi que les personnes, les individus peuvent être résilients face aux difficultés de la vie. Il est connu que certains individus arrivent à surmonter de redoutables épisodes dans leur vie. Le développement humain est caractérisé par des périodes de développement rapide. Les facteurs environnementaux sont plus susceptibles d'avoir une influence sur la santé si l'exposition a lieu pendant ces périodes sensibles. La notion d'une période sensible unique est trop schématisée et il est probable que des degrés de sensibilité sont en perpétuelle évolution selon les différents systèmes physiologiques. Ces périodes sensibles surviennent le plus fréquemment dans les premières années de vie, mais continuent à survenir tout au long de celle-ci.

Bien que les travaux de recherche suggèrent que pendant cette période sensible une exposition au stress pourrait conduire au développement de maladies chroniques, il est trop simple de penser que cette plasticité de l'organisme s'interrompt, que les dommages sont fixés et aboutiront à une pathologie. Les humains témoignent en effet d'une remarquable adaptabilité physiologique et d'une plasticité cérébrale tout au long de la vie. La question de savoir comment intervenir chez les sujets avec une susceptibilité accrue pendant certaines phases de leur développement et dans certains domaines (éducatif, nutritionnel) est essentielle. Les enfants qui ont dû faire face à une adversité pendant l'enfance ne doivent pas être étiquetés ou considérés comme exposés de façon déterministe à développer des psychopathologies ou des maladies chroniques. Au contraire, la formidable capacité d'adaptation des êtres vivants est une caractéristique probablement plus grande chez les humains du fait de leurs capacités cognitives et socio-

émotionnelles. À un stade précoce de la vie, quand l'investissement des parents est essentiel, des interventions pour améliorer cet investissement parental peuvent prévenir les situations affectives mal adaptées et la dérégulation de systèmes biologiques de l'enfant, améliorant ainsi sa réponse à des événements stressants dommageables à la santé (Mayes *in* [58]). Il est clair que les périodes sensibles ne peuvent pas être aisément dissociées d'un effet cumulatif des expositions, la combinaison de ces deux mécanismes durant la trajectoire de vie d'un individu augmentant probablement de façon conjointe les résultats sanitaires défavorables. Rappelons qu'il existe, au-delà de l'enfance, d'autres périodes sensibles, qu'elles soient biologiques (la ménopause, par exemple) ou sociales (entrée dans la vie active, retraite, parentalité...), justifiant de penser l'incorporation biologique de son environnement comme un processus continu.

Adversité dans l'enfance et santé à l'âge adulte : un exemple de résultats épidémiologiques

Dans une cohorte de naissance britannique de personnes nées en 1958, les événements intrafamiliaux stressants rapportés à l'âge de 7, 11 et 16 ans, ont inclus le fait, pour les enfants, d'avoir eu des parents décédés, divorcés, séparés, alcooliques, mais aussi des problèmes de malnutrition ou de maltraitance signalés par les professeurs. Un lien a été noté entre l'adversité psychosociale durant l'enfance, définie à partir des expositions précédentes, et la survenue d'un cancer avant l'âge de 50 ans, indépendamment des facteurs de risques de cancers connus, comme le tabac, l'alcool mais aussi d'autres variables comme le statut socio-économique dans l'enfance et le niveau d'éducation à l'âge adulte, l'âge de la première grossesse ou encore la dépression. Un risque de cancer deux fois plus élevé a été observé pour les femmes ayant rencontré au cours de leur enfance au moins deux adversités par rapport à celles n'ayant rencontré aucune adversité. Sur la même cohorte, une association entre adversité durant l'enfance et mortalité précoce toutes causes confondues a été observée chez les hommes. Ceux qui ont rencontré au moins deux adversités avaient un risque 57 % plus élevé de mourir avant 50 ans que ceux n'ayant rencontré aucune adversité. Cet accroissement de la mortalité était de 80 % chez les femmes [56, 57].


Conséquences pour la prévention

Ces nouvelles connaissances sur l'incorporation

ration biologique de son environnement tout au long de la vie, avec des périodes sensibles telles que les premières années de la vie, et le développement de l'épigénétique comme mécanisme de cette incorporation n'impliquent pas et ne permettent pas de conclusions au niveau individuel, et par conséquent pas de dépistage ou de prédiction individuels. Les conséquences sont d'ordre collectif. Elles montrent l'importance des facteurs environnementaux, physiques, chimiques et sociaux sur le développement d'un certain nombre d'organes, la santé, et de façon plus nouvelle sur l'expression de gènes. C'est donc une approche collective, sur les premières années de la vie, qui découle de ces nouvelles connaissances scientifiques. Si on prend l'exemple d'une période critique particulière et d'un organe essentiel, le cerveau, il est certain que les premières années de la vie sont une période sensible. Les travaux menés sur une cohorte britannique montrent bien que le développement intellectuel émotionnel et personnel d'enfants suivis jusqu'à l'âge de cinq ans, mesuré par une série de scores, varie considérablement selon la position socio-économique des parents. Les enfants dont les parents ont une position socio-économique favorisée garderont un avantage sur ces tests de l'âge de 22 mois à 120 mois ou rattraperont les enfants nés avec un score élevé si le leur est faible. À l'inverse, les enfants dont les parents ont une position socio-économique faible perdent progressivement leur avantage au cours du suivi s'ils avaient un score initial élevé et ne progresseront pas si leur score initial était faible [28]. Les possibilités de rattraper ce développement cognitif par la mise à disposition de modes de garde des enfants dans les premières années ont été montrées. Sans effet chez les enfants dont la mère a un haut niveau d'études, elle permet en revanche de compenser le désavantage des enfants dont la mère a un faible niveau d'études si ceux-ci bénéficient d'un mode de garde collective ou individuelle en complément du milieu familial [33].

Conclusions

L'épigénétique comme l'analyse du parcours biographique en épidémiologie se présentent comme une incitation à de nouvelles interventions de type multifactoriel. Elles soulignent la nécessité de repenser le rôle de l'environnement précoce dans la production de l'état de santé d'une population et de sa distribution. Investir dans un environnement favorable pour les premières années est important pour

la santé et le bien-être tout au long de la vie. Mais notre capacité, ou la capacité de l'être humain, de s'adapter à son environnement signifie aussi que les interventions pour améliorer sa qualité sont possibles tout au long de la vie pour améliorer la santé et le bien-être : il n'est jamais trop tôt mais il n'est jamais trop tard. 



tribunes

L'École est l'un des lieux privilégiés pour mettre en place les dispositifs qui contribueront à réduire les inégalités sociales et de santé.

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

L'École au cœur des territoires : construire au quotidien la santé de tous les enfants et adolescents

Comparativement à nos voisins, la France se caractérise par l'absence de politique spécifiquement dédiée à la jeunesse. Les dimensions sanitaire, éducative et sociale propres aux enfants et adolescents sont traitées de façon autonome au sein de textes juridiques et réglementaires relevant de champs distincts. Cette absence de mise en synergie n'est pas sans conséquence sur la santé des jeunes. En effet, les données de la recherche montrent clairement que bien d'autres déterminants que l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci conditionnent très fortement la santé [65]. Outre les facteurs individuels, ce sont les conditions et les habitudes de vie qui sont au premier plan. Sont donc concernées toutes les dimensions de la vie des jeunes, qu'il s'agisse de la vie en famille, à l'école au collège ou au lycée, dans le cadre des activités périscolaires, culturelles ou de loisirs.

Par ailleurs, les conséquences sur la santé tant des conditions de vie que des habitudes sont d'autant plus marquées que les personnes sont dans des conditions socio-économiques plus défavorables. Les données disponibles montrent que les inégalités de santé, territoriales comme sociales, s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé clairement établie se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Dans notre pays, c'est déjà près d'un tiers des adolescents de 17 ans (31,5 %) qui sont des fumeurs quotidiens [70]. Une récente étude de la Drees réalisée auprès d'élèves en classe de CM2 met en avant le fait que l'obésité touche 7 fois plus les enfants d'ouvriers que les enfants de

cadres. Cette étude montre également par exemple que 45 % des enfants de cadres déclarent manger des fruits et des légumes tous les jours de la semaine, contre 23 % des enfants d'ouvriers [23]. D'une façon plus générale, le rapport Marmott [65] souligne que « le premier objectif politique concernant la réduction des inégalités de santé est de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie par des dispositifs d'éducation et de prise en charge développés proportionnellement au gradient social ». Construire la santé de tous les enfants et adolescents, notamment celle des plus vulnérables d'entre eux, nécessite un engagement réel de l'ensemble des parties prenantes et l'articulation étroite des politiques sanitaire, éducative et sociale.

En France plus qu'ailleurs, l'action publique est principalement orientée vers la prise en charge et le soin, reléguant au second plan la dimension préventive. Si ce déséquilibre peut s'expliquer par un contexte historique, culturel, social et politique propre, il importe de le dépasser. Il est indispensable de s'engager de façon déterminée dans la prévention des risques pour la santé (agir sur les environnements de vie notamment) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé). Il est ici question d'accompagner les personnes, dans leur grande diversité, de créer un environnement favorable à toutes les étapes de leur développement. Un pas significatif dans cette direction a été fait en septembre 2013 avec la mise en avant de la santé de la jeunesse et de la prévention dans la stratégie nationale de santé.

Didier Jourdan

Laboratoire ACTÉ EA4281,
université Blaise-Pascal Clermont-Ferrand

Offrir un environnement éducatif et sanitaire favorable

À l'échelle de leur territoire de vie, qui est l'échelon adapté pour une offre de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé, les enfants et adolescents partagent leur temps entre le milieu familial, l'école et le quartier ou le village. La référence au territoire dépasse ici le territoire tel que défini d'un point de vue administratif ou démographique. Il apparaît d'abord comme un territoire vécu. L'Insee produit une carte des territoires vécus sur la base de l'organisation territoriale de l'emploi et des services [47] susceptibles de donner à voir les relations entretenues par les individus à leur espace de vie. La population des enfants et des adolescents présente un vécu spécifique du territoire notamment du fait de sa plus faible autonomie de déplacement que les adultes. Le territoire est donc celui des familles auquel se surajoute celui de l'établissement scolaire. L'établissement est structurant de l'espace physique et humain des enfants et des adolescents. Selon le groupe social, les territoires des jeunes seront différents, mais ce qui est commun à tous, c'est l'établissement scolaire¹. Les activités de loisirs, culturels ou sportifs sont très largement référées à l'espace scolaire et se définissent par rapport à lui. La décentralisation a conduit à donner un rôle de plus en plus important aux collectivités territoriales en matière d'éducation, ce qui les conduit à développer des activités périscolaires. De la même façon, les politiques sociales et sanitaires en direction des jeunes, notamment les plus vulnérables, qui, si elles se structurent en référence à leurs logiques propres, sont très fortement articulées à la vie scolaire.

Les travaux de recherche internationaux, (voir référence dans [83]) comme les rapports de l'OMS, mettent en avant le rôle central du milieu scolaire. Les données disponibles montrent l'efficacité de certains dispositifs dans la réduction des conduites à risque ou la promotion d'une alimentation saine par exemple. La politique de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé des jeunes se doit d'être intégrée et concerner les différents lieux de vie des enfants et adolescents, un volet scolaire est indispensable.

1. Ceci est valable pour les enfants et adolescents scolarisés. Pour ceux d'entre eux qui sont en institutions éducatives ou bien reçoivent leur instruction en famille, le contexte est différent. Permettre à tous de bénéficier d'une éducation à la santé est un enjeu de premier ordre c'est pourquoi des travaux de recherche centrés sur les besoins éducatifs spécifiques doivent être développés.

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République offre un cadre pour le développement d'une telle politique. Il est tout d'abord nécessaire de redéfinir les missions de l'école en matière de santé et d'affirmer l'ambition publique en la matière. L'école doit offrir à tous les élèves un environnement favorable à leur réussite éducative tant en ce qui concerne le climat d'établissement que l'accès à un accompagnement sanitaire, social et éducatif adapté. Tous les élèves doivent bénéficier, tout au long de leur scolarité, d'une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et ainsi de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.

De façon opérationnelle, cette redéfinition du cadre de l'action publique en matière de santé à l'école doit s'accompagner de cinq mesures à brève échéance.

Il s'agit d'abord de la réorganisation du pilotage de la politique de santé à l'école à l'échelon national (coopération étroite entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale), régional (dans le cadre d'une politique régionale portée par les rectorats en lien avec les agences régionales de santé) et local (dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté et des contrats éducatifs territoriaux).

C'est ensuite la nécessaire relance de la médecine scolaire *via* un recentrage des examens de santé périodiques sur deux consultations devenant réellement systématiques (alors qu'elles ne concernent à présent au mieux que 65 % des élèves!) et par le développement de l'accueil individuel des élèves; le renforcement des liens entre médecine scolaire, médecine de prévention territorialisée, médecine de ville et médecine hospitalière.

La mise en place d'un parcours éducatif en santé pour tous les élèves constitue le cœur du dispositif. Basé sur le socle commun et les programmes scolaires, il décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité. Le parcours éducatif, qui prend place au sein des projets d'école et d'établissement, est appelé à être le constituant central du projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements. Il explicite ce qui est réellement offert aux

élèves compte tenu non seulement des textes officiels mais également des besoins des élèves et des ressources disponibles.

La création en France, comme c'est le cas dans tous les pays européens, d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » doit être réalisé à court terme. Celui-ci assurera la mise à disposition de ressources pédagogiques et l'accompagnement des établissements à l'échelon national et régional.

Il importe enfin de développer un dispositif national de formation, d'accompagnement et de recherche-action, appuyé sur l'École des hautes études en santé publique et un consortium d'universités. L'enjeu en est la création d'une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation comme sociaux ou de santé, notamment *via* un dispositif de formation initiale et continue mis en place à l'échelon régional au sein des écoles supérieures du professorat et de l'éducation.

L'accroissement des inégalités tant de santé que d'éducation appelle une réponse déterminée des pouvoirs publics. Pour la santé à l'école, c'est le temps de l'action car, comme le rappelait Jean Rostand, « *On a beaucoup parlé de priorités, et même de priorités des priorités. En termes de priorités, je n'en connais que deux : l'instruction publique et la santé publique* ». ❗



tribunes

De quelques difficultés de la prévention dans l'enfance et l'adolescence

Pour être efficace la prévention doit être crédible et reposer sur la confiance donnée à ceux qui la conçoivent. Propositions pour plus de réalisme et moins de dogmatisme.

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

Patrick Peretti-Watel
Sociologue, Inserm UMR 912, Sesstim
ORS Paca, université Aix-Marseille

« Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain, parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible. Notre monde atteint un stade critique. Les enfants n'écoutent plus leurs parents. »¹

Le « péril jeune »

Évidemment, la santé des enfants et des adolescents constitue une priorité de santé publique ; une de plus pourrait-on dire. Toutefois cette priorité-là est sûrement plus impérieuse que d'autres, à la fois parce que les jeunes ont l'avenir devant eux, qu'ils sont l'avenir, et parce qu'ils sont aussi une population vulnérable : comme le rappelle une récente expertise collective de l'Inserm, le cerveau connaît d'importantes étapes de maturation jusqu'à 25 ans, ce qui le rend particulièrement vulnérable aux effets délétères de l'alcool et des drogues illicites [50]. Ajoutons que cette vulnérabilité n'est pas seulement physiologique : les jeunes représentent aujourd'hui une cible de choix pour un marketing parfois très agressif, qui promeut des produits et des activités qui peuvent avoir un impact délétère sur la santé.

Il faut également préciser que les politiques menées en direction des jeunes, et la prévention ne fait pas exception à la règle, ne devraient pas faire l'économie d'une réflexion sur les rapports ambivalents qu'entretient toute société adulte avec « ses » jeunes. Même s'ils sont l'avenir, ou peut-être plutôt justement parce qu'ils le sont, les jeunes ont tendance

à susciter notre inquiétude. Et cela ne date pas d'hier : la citation d'Hésiode, placée en exergue de ce texte, date du huitième siècle avant notre ère. Les historiens ont bien montré le caractère récurrent des tensions intergénérationnelles, les craintes des adultes à l'égard des jeunes s'incarnant dans des stéréotypes menaçants : les « apaches » au début du xx^e siècle, puis les « blousons noirs », les « punks » et les « skinheads », ou plus récemment les « jeunes des banlieues ». Il en va de même, dans une certaine mesure, pour les plus jeunes. L'enfant est un être considéré à la fois comme en danger et dangereux, qu'il faut surveiller de près, comme l'illustrent la répression de la masturbation infantile au xix^e siècle et les fantasmes associés [30], ou plus récemment les tentatives pour repérer les futurs psychopathes dès le plus jeune âge [71].

Rompre avec le stéréotype « du » jeune

Il est utile de garder à l'esprit ces éléments de contexte pour interroger notre propre conception de la jeunesse en tant que cible de la prévention, conception façonnée par la description parfois caricaturale qu'en fait la littérature de santé publique. Tout à la poursuite de la satisfaction immédiate de ses envies, « le » jeune serait narcissique, excessif, impulsif, irréfléchi et d'autant plus insensible aux risques encourus qu'il se sentirait invulnérable. Hésiode le décrivait déjà ainsi : insupportable, sans retenue, terrible. Même si cette description est souvent plus nuancée, et donc plus juste, elle obscurcit notre capacité à comprendre les comportements « des » jeunes, dans leur variété comme dans leur intelligibilité.

1. Hésiode, viii^e siècle avant J.-C.

A fortiori, pour prendre un exemple caricatural, lorsqu'un médecin auditionné en tant qu'expert par les sénateurs leur explique doctement, en « s'appuyant » sur des données épidémiologiques et neurobiologiques, que les jeunes d'aujourd'hui régressent à l'état de primates à cause de la musique trop forte, de la violence et du sexe à la télévision, de la vitesse en deux roues et bien sûr du cannabis, sans même se prononcer sur la scientificité de ce discours, il est clair qu'il véhicule un stéréotype insultant pour les premiers concernés et contre-productif pour la prévention [71].

Primate en devenir, « le » jeune est aussi souvent décrit comme un être très influençable, enclin à imiter les mauvaises habitudes de ceux qui l'entourent : c'est la fameuse « pression des pairs ». Remarquons que lorsqu'ils sont interrogés à ce sujet, les adolescents ont tendance à rejeter cette explication, à nier avoir cédé à une telle pression. Il est bien sûr possible que, dans un souci de présentation de soi, ils préfèrent dissimuler une pression pourtant bien ressentie, ou qu'ils y aient été inconsciemment soumis. Néanmoins, il conviendrait de nuancer une explication massivement rejetée par ceux dont elle est censée décrire le comportement.

Comprendre les conduites à risque juvéniles pour mieux les prévenir implique au préalable que l'on rompe avec ces représentations trop stéréotypées « du » jeune, sans bien sûr verser dans l'excès inverse, en tenant compte de la complexité de l'adolescence et des transformations qui l'accompagnent (par exemple, en ne confondant pas l'égoïsme « transitoire » de l'adolescence avec un narcissisme pathologique [50]).

Restaurer la confiance

Ensuite, il est important de rappeler que la population française semble accorder bien peu de confiance aux autorités chargées de gérer les risques en général, et les conduites à risque en particulier. Selon le dernier Baromètre de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, qui sonde les attitudes des Français à l'égard de nombreux risques, entre un quart et un tiers de la population a confiance dans les autorités françaises pour leurs actions de protection des personnes dans les domaines suivants : alcoolisme, obésité des jeunes, drogue, tabagisme des jeunes². S'agissant cette fois des informations diffusées, pour ces mêmes domaines, un peu moins d'un Français

sur deux estime qu'on lui dit la vérité sur les dangers qu'ils représentent pour la population.

En ce qui concerne plus précisément les adolescents, des recherches menées en France comme à l'étranger suggèrent que les actions de sensibilisation aux dangers des drogues en milieu scolaire sont peu efficaces et suscitent plutôt l'indifférence des élèves. Mais les résultats les plus frappants sont observés lorsque le message délivré concerne le cannabis, en particulier lorsque cette substance est comparée sans nuance à l'héroïne ou à la cocaïne, un tel message contribuant surtout à convaincre les adolescents que les adultes ne sont pas des interlocuteurs crédibles pour discuter de ces questions [71].

Ajoutons que pour les plus jeunes se pose bien sûr la question de la confiance qu'accordent ou non leurs parents aux autorités de santé. Dans le cas de la vaccination, entre 2005 et 2010, suite à la gestion chaotique de la pandémie H1N1, le niveau de défiance à l'égard des vaccinations en général a été multiplié par quatre (de 8-9 % à 32-36 %) parmi les Français âgés de 25 à 49 ans, qui sont *a priori* ceux qui ont des décisions à prendre concernant la vaccination de leurs enfants [73]. Il est vrai que, fort heureusement, la majorité des parents méfiants font malgré tout vacciner leur progéniture, mais ils sont tout de même significativement moins enclins à le faire que les parents qui déclarent faire confiance aux vaccinations.

Veiller à ce que la prévention ne soit pas instrumentalisée

À l'évidence, restaurer la confiance à l'égard des autorités de santé, en particulier parmi les adolescents et les parents de jeunes enfants, constitue une priorité transversale des politiques de santé (une de plus...). Brosser un aperçu des pistes possibles pour relever ce défi dépasse de loin les ambitions de cette tribune, mais *a minima* il serait nécessaire, pour ne pas détériorer davantage cette confiance, de veiller à ce que la prévention ne soit pas instrumentalisée par des intérêts économiques ou des « entrepreneurs de morale ».

La santé est en effet devenue, une valeur cardinale, un « bien suprême », dans nos sociétés contemporaines, et devenir ici un argument détourné pour servir des intérêts multiples [72]. Encourager la consommation de produits laitiers dans les écoles maternelles, par exemple, pratique initiée par Pierre Mendès-France en 1954, et toujours active il y a peu, était-ce un moyen d'améliorer la santé des enfants ou de résorber les surplus laitiers

générés par la politique agricole commune ? Sous couvert de lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, de même, certains pays prônent l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage et plus généralement le retour à des mœurs plus traditionnelles. Sans oublier notre Conseil supérieur de l'audiovisuel, qui proposait de mieux prévenir les usages de drogues licites et illicites à l'adolescence en luttant contre la pornographie sur les écrans [72].

En bref, la prévention des conduites à risque, en particulier lorsqu'elle vise l'enfant et l'adolescent, doit rompre avec certains stéréotypes persistants, restaurer la confiance qui lui fait aujourd'hui défaut, ce qui implique de s'abstraire des tentatives d'instrumentalisation dont elle fait parfois l'objet. **f**

2. http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre_2013.pdf