



DIRECTION INTER-REGIONALE
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE
GRAND CENTRE

RAPPORT D'ENQUÊTE

Promouvoir la santé auprès des jeunes PJJ :
Exemple de la consommation de produits illicites et de leurs addictions



2 décembre 2014

Sommaire

I.CONTEXTE : Du lancement du projet « PJJ promotrice de santé » à l'enquête inter-régionale...	2
1°) Lancement de la dynamique nationale	2
2°) Implication de la DIR PJJ Grand-Centre	4
II. MÉTHODOLOGIE.....	6
1°) Choix de la méthodologie	6
a/Le cadre institutionnel de l'enquête.....	6
b/Les hypothèses initiales	7
c/Les contraintes temporelles de l'enquête	7
d/Echantillonnage	7
e/Répartition des tâches	9
2°) Difficultés rencontrées et points positifs.....	9
III. RÉSULTATS.....	11
1°) La perception de la santé.....	11
a/La perception des jeunes de la santé en général.....	11
b/La perception des jeunes de leur santé	12
c/La perception des cadres de la santé en général	13
d/La perception des cadres de la promotion de la santé.....	14
2°) La perception de ce que sont les addictions aux produits illicites pour les jeunes.....	15
3°) La perception des cadres de la consommation des jeunes	20
▶ Quelle(s) consommation(s) dans quelle(s) proportion(s) ?.....	20
▶ Quels indicateurs ?	22
▶ Lutter contre la consommation de produits illicites	22
▶ Les principaux atouts d'un service en matière de prévention des addictions aux produits illicites.....	24
4°) La dimension santé-bien-être dans l'action éducative/dans les modalités de prise en charge des jeunes	25
a/La perception de l'accompagnement éducatif en santé dont les jeunes bénéficient.....	25
b/La dimension santé dans la politique de l'établissement ou du service	26
c/La dimension santé dans les pratiques professionnelles	27
IV.SYNTHESE	29
V. CONCLUSION.....	32
Glossaire	36
Remerciements	37

I.CONTEXTE : Du lancement du projet « PJJ promotrice de santé » à l'enquête inter-régionale...

1°) Lancement de la dynamique nationale

Par une note, le 1^{er} février 2013, la DPJJ lance le projet « PJJ promotrice de santé ». L'objectif principal de ce projet est « *d'améliorer la santé globale des jeunes pris en charge par la PJJ en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge, dans une approche de promotion de la santé* ».

Cette note rappelle :

- Les préconisations issues de l'évaluation des précédentes orientations en santé (2005/2008) ;
- Le concept de la promotion de la santé défini en 1986 par la charte d'Ottawa.

Afin de mener à bien ce projet, la DPJJ compte s'appuyer sur une démarche participative tout en poursuivant le développement du travail partenarial déjà engagé (notamment avec la Direction Générale de la Santé -DGS-, la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé -FNES- et l'Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé -INPES-).

Elle instaure également l'installation d'un comité de pilotage national, d'un comité exécutif, d'un comité d'évaluation et de groupes de travail thématiques. Elle invite à formaliser le pilotage du projet au niveau des DIR.

La convention signée entre le DPJJ et la FNES en avril 2013 poursuit cette dynamique : un binôme par DIR (DIRPJJ/IREPS -Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé-) est constitué pour rendre davantage opérationnel le déploiement du projet. Ainsi, il sera plus facile de décliner la promotion de la santé dans l'ensemble des services et établissements de la PJJ.

Dès le lancement du projet, dans le souci de la démarche participative annoncée, chaque DIR a été investie afin de mener un diagnostic sur son inter-région (auto-estimations en santé-bien-être axées sur les 5 axes de promotion de la santé développés dans la charte d'Ottawa de 1986¹ et une évaluation de l'impact de la Loi dite « HPST » de juillet 2009²). Les premiers résultats, provenant uniquement du secteur public de la PJJ, ont été présentés lors des premières journées « PJJ promotrice de santé » à l'ENPJJ en avril 2013. Le constat est non seulement la diversité des dynamiques « santé-bien-être » en fonction des inter-régions (qui ne sont pas homogènes en terme de configuration d'emploi dédié à la santé au sein des DIR et des DT), mais aussi l'hétérogénéité des pratiques en fonction des spécificités des territoires, entre autres partenariales. Toutefois, un sincère élan est manifeste pour mener à bien ce projet (taux de réponses aux auto-estimations, fréquentations aux journées ENPJJ). Sur la DIR Grand-Centre, cet enthousiasme est confirmé : en novembre 2013, 93 % des unités du service public ont répondu soient 40 unités sur 43.

Les résultats de cette étude mettent en avant une implication plus forte des hébergements dans la promotion de la santé-bien-être. Par ailleurs, les deux axes forts de l'ensemble des unités sont « créer un environnement favorable » et « faciliter l'accès aux soins » et l'axe à viser serait, en premier lieu, « mettre en place des politiques positives de santé-bien-être ». Par contre, aucun élément ne permet de recenser exactement les besoins des jeunes en matière de consommation de produits et d'addiction.

En juin puis octobre 2013, les auto-estimations sont étendues au Secteur Associatif Habilité (SAH) de la PJJ qui, par ailleurs, avait été convié aux premières journées nationales « PJJ promotrice de santé ». A contrario du secteur public, le taux de réponses du SAH est faible (13 unités sur 88 établissements et services prenant en charge des jeunes dans le cadre judiciaire). Ce constat s'explique principalement par une échéance trop courte ne permettant pas aux CT santé des DT d'accompagner la démarche au sein des structures.

¹ Pour rappel, les 5 axes de promotion de la santé développés dans cette charte fondatrice sont :

1. Mettre en place des politiques positives pour la santé-bien-être ;
2. Créer des environnements favorables ;
3. Développer l'approche participative des jeunes et de leur entourage et la capacité à agir pour sa santé ;
4. Développer les aptitudes individuelles ;
5. Optimiser le recours aux services de soins et de prévention.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Le 27 décembre 2013, une note de cadrage DPJJ vient préciser le projet en terme opérationnel. Deux objectifs prioritaires sont visés :

- L'inscription de la santé-bien-être dans tous les projets de service ;
- L'instauration d'un meilleur accueil possible à tout jeune dont la prise en charge relève de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Parallèlement, le renouvellement de tous les projets de service a été imposé avec l'échéance du 31 décembre 2013.

En décembre 2013 également puis en février et octobre 2014, les binômes DIR PJJ/IREPS sont invités à des temps de formation/action. L'idée est à la fois de partager les projets de promotion de la santé existant sur les différents territoires et de suivre leur évolution mais aussi de créer un socle de travail interprofessionnel commun. Cet échange d'expériences sur tout le territoire national, encadré par des membres du comité exécutif, fédère l'action et lui donne sens dans le portage institutionnel décliné ensuite sur les différentes inter-régions.

C'est dans ce cadre que les acteurs DPJJ/SDK ³ annoncent la possibilité de financements de projets des DIR via les fonds de concours de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et leurs Consommation et leurs Addictions (MILDECA). Il s'agit alors, pour chaque binôme inter-régional, de penser un projet à soumettre aux instances de pilotage inter-régionales dans le registre thématique « consommation de produits illicites et addictions ».

2°) Implication de la DIR PJJ Grand-Centre

Le premier Comité de Pilotage (CoPil) inter-régional « PJJ promotrice de santé » s'est réuni en février 2014 puis quatre autres fois (en mai, juillet, septembre et octobre 2014).

Cette instance de pilotage rassemble, à ce jour, les six conseillères techniques santé des six DT et/ou les RPI de chaque DT, le binôme DIRPJJ/IREPS (incarné par la CTIR en charge du dossier santé et la directrice adjointe de l'IREPS Bourgogne), la RPE et le DPEA DIR PJJ Grand-Centre.

Outre l'installation officielle de ce comité inter-régional, le premier CoPil a permis d'ouvrir une réflexion sur l'opportunité d'un projet financé par les fonds de concours de la MILDECA.

³ Sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (SDK)/ Bureau des partenaires institutionnels et des territoires (K3)

Le constat partagé alors est que la synthèse des auto-estimations en santé-bien-être, bien qu'un outil précieux qui a permis d'établir un premier état des lieux, ne suffisait pas pour établir un bilan précis de la promotion de la santé auprès des jeunes PJJ dans les territoires de l'inter-région Grand-Centre. Par conséquent, il serait adapté d'aller plus loin dans le recueil de données pour mieux répondre aux attentes et besoins et ainsi mieux orienter l'action du binôme DIR PJJ/ IREPS et sa déclinaison territoriale.

L'idée est aussi de cibler le portage institutionnel du projet, notamment par les dynamiques d'élaboration de « projet de service » en corrélation avec les objectifs de la note de cadrage et le cahier des charges pour obtenir les fonds de concours de la MILDECA : les cadres de l'inter-région deviennent un public-cible. Pour autant, dans l'intérêt du portage institutionnel et compte tenu de l'implication de ces professionnels, les référents santé sont également concernés.

Pour ne pas asseoir une méthodologie déductive (descendante), afin de respecter la démarche participative souhaitée dans la note DPJJ du 1^{er} février 2013, il apparaît nécessaire d'associer les jeunes à cette démarche. La possibilité de mesurer les écarts entre les perceptions des jeunes et celles des cadres convainc les membres du CoPil.

De là, en effet, des perspectives de promotion de la santé pourront réellement s'affiner à plus ou moins long terme.

Enfin, pour rassembler les cadres et les référents santé autour de cette question de la promotion de la santé, pour créer une dynamique inter-régionale plus large, pour leur donner le diagnostic de l'inter-région en la matière et organiser la poursuite de ce travail de longue haleine, il est décidé d'organiser un temps de travail commun sous forme d'un séminaire interrégional « PJJ promotrice de santé ». Ce temps pourra être consacré à l'apport de connaissances et d'outils pour développer davantage la promotion de la santé sur les structures de l'inter-région.

Ainsi, un projet financé grâce aux fonds de concours nationaux de la MILDECA est présenté comme tel, à savoir s'appuyant sur deux actions :

- Une enquête interrégionale dont la méthodologie est explicitée ci-après ;
- Un séminaire des cadres en décembre 2014 permettant de découvrir et/ou mieux appréhender les compétences psychosociales en promotion de la santé.

II. MÉTHODOLOGIE

1°) Choix de la méthodologie

a/Le cadre institutionnel de l'enquête

Les auto-estimations en santé-bien-être, de février à octobre 2013, ont permis un premier bilan sur l'inter-région et la mise en marche d'une dynamique santé inter-régionale. Toutefois, leur exploitation et analyse ne permettent pas d'aller plus loin dans le diagnostic. Ce dernier pourrait constituer le lien avec la note de cadrage du 27 décembre 2013 et les deux priorités nationales, c'est à dire :

- l'inscription de la santé et de sa promotion dans tous les projets de service ;
- l'instauration d'un meilleur accueil possible des jeunes au sein de notre institution.

Enfin, le financement spécifique induit l'angle d'accroche de l'enquête à savoir la consommation et l'addiction aux produits illicites (fonds de concours de la MILDECA 2014).

Ces trois constats amènent à cibler l'enquête inter-régionale sur 2 aspects :

- Des données quantitatives et qualitatives sur les consommations des jeunes en matière de produits illicites et les possibles addictions ;
- Des éléments sur l'encadrement et le soutien de pratiques éducatives particulières en promotion de la santé en général.

Par conséquent, le choix d'une méthodologie qui puisse interroger à la fois les jeunes et les cadres sur la promotion de la santé par un focus sur les produits illicites semble adéquat.

L'objectif principal de cette démarche est de comprendre et d'expliquer les représentations des deux publics ciblés. L'enquête revêt, de fait, un caractère qualitatif.

b/ Les hypothèses initiales

Plusieurs hypothèses initiales prévalent à l'élaboration des outils d'enquête :

- Une vision de la santé importante dans son aspect sanitaire chez les cadres comme chez les jeunes ;
- Des partenariats institutionnels et des outils de management (projet de service) développés en conséquence ;
- Des savoirs et savoir-faire présents chez les professionnels éducatifs mais trop incorporés (ils n'en ont pas conscience) et pas assez reconnus.

c/ Les contraintes temporelles de l'enquête

Compte-tenu des délais impartis pour mener l'enquête (entre fin mai et début juillet 2014), des différents publics touchés (cadres PJJ et jeunes) et leurs caractéristiques, le choix de la méthodologie d'enquête s'est stabilisé autour :

- d'un recueil de données par voie d'entretien téléphonique auprès des cadres;
- d'un recueil de données à partir de focus groups (entretien collectif) auprès des jeunes.

Une formation à cette méthode d'entretien collectif a été initialement prévue mais n'a pas pu se tenir faute de temps. Charge à chaque intervenant IREPS de former en amont la conseillère technique santé territoriale sachant que le binôme inter-régional a produit la trame nécessaire à l'entretien collectif.

d/ Echantillonnage

La DIRPJJ Grand-Centre comprend 22 établissements et services dans le secteur public au moment de l'élaboration des outils de l'enquête. Le CoPil inter-régional a défini un échantillonnage pour représenter l'ensemble des unités tout en étant attentif aux résultats des auto-estimations, c'est-à-dire cibler prioritairement le milieu ouvert et l'insertion dans le secteur public. Concernant le secteur associatif habilité, l'opportunité d'explorer les structures qui ont des moyens renforcés en santé est adaptée : cela permettra ainsi d'affiner le premier diagnostic établi en matière de promotion de la santé-bien-être, les deux structures proposées ayant participé aux auto-estimations d'octobre 2014.

7 établissements et services ont été identifiés par chaque DT, cet ensemble regroupant l'insertion, le milieu ouvert et différents types d'hébergement relevant du SAH.

► **Types de services enquêtés**

- 3 STEMOI/UEMO dont une unité avec un volet insertion puisqu'avec une mission acquisition et une unité comprenant des ETP dédiés à une mission d'accompagnement en milieu fermé;
- 2 STEMOI/UEAJ ;
- 1 établissement avec un financement conjoint ARS/conseil Général/PJJ ;
- 1 Centre éducatif fermé (CEF) du secteur associatif habilité renforcé en moyens en santé mentale.

► **Caractéristiques des cadres interviewés**

7 directeurs de services ont été interviewés, 7 responsables d'unité éducative/chefs de service du SAH.

- Moyenne de l'ancienneté dans leur fonction :
 - *directeur de service : 5,5 ans (maximum : 16,8 ans /minimum : 0,5 an) ;
 - *Responsable d'unité/chef de service : 4,7 ans (maximum : 14 ans /minimum : 2 ans).

Sur les 5 directeurs de service du secteur public, au moins 2 ont été éducateurs PJJ avant d'accéder à cette fonction.

Tous les RUE (secteur public) ont été éducateurs PJJ auparavant.

Les entretiens ont eu lieu entre le 5 juin et le 17 juillet 2014.

► **Focus Groups**

7 Focus groups ont été réalisés. Au total 28 jeunes ont participé sur, a priori, 53 mobilisés (53%).

- Les raisons d'absence identifiées :
 - L'incarcération ;
 - L'hospitalisation ;
 - Des parents n'ont pas pu accompagner leur enfant ;
 - La fugue.

- Configurations :
 - 2 Focus groups ont accueilli un seul jeune (respectivement une jeune fille et un jeune homme) ;
 - 2 ont réuni 7 jeunes ;
 - 1 a réuni 5 jeunes ;
 - 1 a réuni 4 jeunes ;
 - 1 a réuni 3 jeunes.

Les Focus groups ont été réalisés entre le 26 juin et le 10 juillet 2014.

e/Répartition des tâches

Les conseillères techniques santé en DT ont été chargées, par le CoPil inter-régional « PJJ promotrice de santé » réuni en mai 2014, de mener les Focus groups en binôme avec des intervenants IREPS locaux. Le binôme inter-régional IREPS/DIRPJJ a élaboré la trame de ces Focus groups.

Le binôme IREPS/DIR PJJ a été désigné pour mener les entretiens téléphoniques des cadres (directeur de service et Responsable d'Unité Educative, Chef de service pour le secteur associatif habilité). Il a élaboré le guide des entretiens téléphoniques. Ce guide a été construit dans une perspective de démarche compréhensive (questions en grande majorité ouvertes).

Le binôme IREPS/DIRPJJ a mené 14 entretiens téléphoniques au total. Chaque entretien a duré trois quart d'heure à une heure environ.

Les CT santé, en lien avec les intervenants IREPS, FRAPS ou CODES des territoires concernés, ont animé les Focus groups, 7 au total.

2°) Difficultés rencontrées et points positifs

La préparation en amont des entretiens collectifs a été disparate sur les différents territoires du fait de la disponibilité de chacun.

Pour autant, il avait été décidé, lors du Copil inter-régional du 7 mai 2014 :

- Du contenu de la trame (suite à proposition du binôme IREPS/DIRPJJ) ;
- De l'importance d'un lieu d'entretien collectif en dehors du quotidien des jeunes ou de l'institution PJJ ;
- De l'importance pour chaque jeune, individuellement, de recevoir une convocation par la DT ;
- De la nécessité in situ de rappeler les conditions de cette méthodologie (enregistrement vocal mais anonymat préservé lors de la retranscription) ;
- De l'absence de toute personne hormis les intervenants du Focus group ;
- De l'exhaustivité de la retranscription c'est à dire tant sur les contenus des échanges in extenso (aspect verbal) mais aussi sur le comportement (aspect non verbal) ;
- De la nécessité d'un retour auprès des jeunes interviewés après l'exploitation des données.

L'ensemble des binômes territoriaux s'est organisé pour garantir les différents points évoqués. Pour autant, certains Focus groups ont été complexes à mettre en place :

- Par la difficulté à rassembler un groupe de jeunes notamment en dehors des hébergements ;
- Par un manque de communication auprès des professionnels éducatifs : les informations sur ces rendez-vous collectifs ont été parfois insuffisamment comprises par ces derniers et/ou partiellement retransmises auprès des jeunes ;
- Par une forme de résistance à l'interview en général ou sur place : dans deux entretiens collectifs, un seul jeune s'est présenté ; certains jeunes n'ont pas souhaité être enregistrés ou une fois l'entretien fini, ont décidé de s'exprimer plus librement sur le sujet ; d'autres, sous l'effet du groupe, ont eu du mal à s'exprimer véritablement voire ont été très turbulents ;
- Du fait d'écarts entre les attentes de certains jeunes et la réalité de l'enquête.

Dans un des lieux d'entretien, un des intervenants connu et repéré par les jeunes a dû s'absenter au dernier moment pour des raisons liées aux problématiques de la prise en charge (fugue).

Pour l'exploitation des données, quelques éléments manquent à la précision du rendu compte, notamment le taux d'absentéisme précis : combien d'absences sur le nombre de jeunes ciblés initialement ? Pour quelles raisons ?

Cependant, les deux entretiens individuels se sont avérés très instructifs et ont permis d'aller plus loin dans la thématique.

De plus, cinq Focus groups se sont tenus dans un lieu « extraordinaire » (en dehors du quotidien institutionnel). Certains lieux d'accueil ont pu favoriser la dimension de convivialité lors de l'accueil (exemple : confection de brioches).

Enfin, un des effets indirects de ces réunions est à souligner : leur mise en place a créé ou renforcé la dynamique « binôme territorial », essentielle à moyen terme pour la poursuite du projet national « PJJ promotrice de santé ».

III. RÉSULTATS

1°) La perception de la santé

a/La perception des jeunes de la santé en général

La santé c'est essentiellement pour les jeunes rencontrés : ne pas être malade, ne pas devoir aller à l'hôpital, se faire soigner, tout ce qui a rapport au corps (l'alimentation, la pratique d'un sport et la sexualité reviennent dans la majorité des entretiens), alors que le bien-être renvoie au fait de se sentir bien, une perception propre à chacun.

« Malade et aller bien c'est différent, être bien c'est le savoir soi-même, on se sent bien soi-même, c'est dans ta tête, c'est un ressenti en fait le bien-être (...) Malade c'est le médecin ».

« Les entretiens du corps, toutes ces choses-là. Le médecin, il peut nous faire un entretien du corps pour voir si on est malade ».

La santé c'est aussi : dormir, manger et faire du sport (l'ordre est important pour les jeunes).

Par ailleurs, les éléments de réponses à cette question ne sont pas toujours très exploitables car devant les silences des jeunes, la question posée a été celle de « Qu'est-ce que le bien être ? ».

Par conséquent, certaines réponses se sont exprimées comme telles : « *Je ne sais même pas ce que c'est le bien être* » « *Je suis mal d'être ici...je suis ici, je suis mal, je suis chez moi, je suis mieux, c'est tout* » « *Le bien être : c'est avoir ce qui te manque auprès de toi* »

Les autres termes évoqués concernant le bien-être : c'est être bien, prendre soin de soi-même, être en forme, se sentir bien, être bien dans sa peau, bien manger, bien grandir, faire attention à soi, à son entourage, se sentir à l'aise.

b/La perception des jeunes de leur santé

Globalement, il leur est difficile de parler de leur santé, ils sont souvent fuyants avec des rires, des mimiques, des « c'est quoi cette question », des silences, ... ou alors ont des propos très « noirs ».

« De toutes façons, que tu sois en bonne santé ou en mauvaise santé, si c'est pour partir, tu partiras »,

« - Tu disais tout à l'heure que tu étais déjà mort, quand je te demandais si tu étais en bonne santé

- Pourri de l'intérieur, mort de l'intérieur

- Tu es mort de l'intérieur par rapport à quoi ?

- Je ne sais pas, c'est parce que je fume, mes poumons ils doivent être... »,

La santé est essentiellement évoquée par l'entrée maladie et médecin, c'est au médecin de dire, de parler de leur santé.

« C'est le médecin qui peut dire si on est en bonne santé »

« Comment je vais savoir que je suis bien ? Parce qu'à l'intérieur on ne sait pas si on est bien (...) on fait l'entretien du corps régulièrement, par rapport au médecin, tout ça, ça nous permet de savoir si on est en bonne santé ou pas ».

Si les jeunes sont parfois dans la provocation et une certaine forme de « violence »/« agressivité » verbale, les entretiens se sont bien déroulés. Seul un éducateur est resté présent lors d'un focus.

Globalement les jeunes rencontrés s'expriment peu sur eux-mêmes. Ils restent sur des généralités, les pratiques des autres et parfois dans le silence et le chahut. Il apparaît donc difficile pour les jeunes de parler d'eux, de ce qui touche à l'intime et ce plus particulièrement en collectif.

Concernant les actions santé à dimension préventive, les jeunes expriment « un ras le bol », une saturation vis-à-vis de messages qu'ils connaissent en termes de « bon » comportement et d'effets néfastes sur la santé comme l'usage de tabac et de cannabis.

c/La perception des cadres de la santé en général

La question d'entrée était « *Pour vous, la santé, c'est ...* ». Cette question a surpris par sa largesse, et a donné lieu à un inventaire de la notion de santé allant de la santé physique, mentale, sociale jusqu'au prendre soin, la capacité d'avoir des perspectives, l'ensemble du corps et de l'esprit, le rapport au corps...

Pour les directeurs de service et les responsables d'unités interviewés, ce sont donc les mêmes expressions qui reviennent le plus souvent : « se sentir bien », « santé physique » et « santé mentale », « dimension sociale ». On peut cependant noter que les directeurs de service interviewés évoquent davantage la notion de santé physique et mentale alors que pour les RUE interviewés, c'est celle de « *se sentir bien* » ou de « *prendre soin* ».

Pour l'ensemble des cadres, deux approches différentes sont à noter sur ce qu'est le soin : le soin est perçu comme l'idée de prendre soin dans toutes ses dimensions (corps sommeil, alimentation, psychisme) alors que la question du soin a été aussi envisagée dans sa dimension sanitaire, renvoyant au médical.

A noter également qu'une seule réponse se situe véritablement dans le champ du social et de ses déterminants: « *La santé ? C'est un ensemble d'éléments personnels associés à l'environnement qui permet d'être disponible et bien au quotidien tant au travail que personnellement. Un environnement agréable pour y vivre c'est-à-dire est-ce que cet environnement permet d'être au mieux en termes de locaux par exemple mais aussi l'environnement entendu comme « avec qui je suis en lien et comment. La santé c'est comment tout cela interagit* ».

d/La perception des cadres de la promotion de la santé

La question de la promotion de la santé, abordée auprès des cadres, renvoie à **trois** aspects principaux :

- celui de l'action menée en santé (mise en place d'ateliers, existence de référents santé, partenariat, participation aux commissions de santé territoriales...);
- celui des messages de prévention (affiches, plaquettes d'information...);
- celui de l'articulation en interne à la PJJ (interface DT/professionnels, liens institutionnels).

Cette notion de promotion, au regard de la définition de la charte d'Ottawa, semble confuse. Pourtant, il y a un existant, une visibilité sur de nombreuses actions ou outils (livret d'accueil, DIPC, RIS...) mais cela n'indique pas que le processus de promotion de la santé est articulé avec le projet éducatif du jeune de manière transversale. Un des obstacles à cette articulation serait l'illégitimité à recueillir des informations touchant à la santé du jeune, c'est-à-dire le fait, en demandant des informations précises sur l'état de santé de l'utilisateur, de dépasser les frontières du secret médical.

Aussi, si les cadres indiquent, de manière quasi unanime qu'il est possible d'améliorer la dynamique de la promotion de la santé au sein de leur service, l'idéal pour eux serait des moyens renforcés en santé sur deux registres :

- en moyens humains dédiés ;
- en activités proposées aux jeunes.

Ainsi, certains souhaitent développer davantage d'actions auprès des jeunes (sport, alimentation) ; D'autres voudraient des missions mieux repérées pour les référents santé, le développement de partenariats en santé mentale, plus de temps accordés spécifiquement en réunion à la question de la santé, de la formation continue et sur site des agents, ou de l'emploi dédié (infirmière, psychologue). Ce dernier élément questionne sur leurs perspectives d'envisager la santé comme une compétence existante au sein de leur équipe qui n'est pas portée uniquement par un professionnel expert. Dans le même sens, ils évoquent, comme possibilité de faire évoluer la promotion de la santé, « *des temps assurés par des professionnels de santé sur place* », « *ritualiser les interventions des référents santé* »... Alors que le portage institutionnel dans le sens d'une santé accompagnée par tous (« *la santé partagée par tous* ») reste à la marge.

D'ailleurs, une large minorité de services ou établissements interviewés ont intégré la dimension santé de manière transversale dans leur projet.

Peu de cadres interviewés indiquent que la promotion de la santé fait partie intégrante du travail éducatif et ne voit pas l'action spécifique en santé comme seul préalable à la promotion de la santé : « *convaincre les agents que cela fait partie intégrante de leur travail* », « *faire admettre aux professionnels qu'ils font de la santé* » ; « *déjà avoir conscience que les professionnels font de la santé et du bien-être* ».

Au final, la promotion de la santé-bien-être demeure principalement une histoire « *d'interface* » de « *donner les moyens* », de « *favoriser le lien institutionnel* » et de « *développer des partenariats* ».

2°) La perception de ce que sont les addictions aux produits illicites pour les jeunes

« *Fumer, ça abîme la santé mais c'est un plaisir qu'on aime aussi avoir* ».

Les jeunes PJJ interviewés sont a priori tous fumeurs de cigarettes et en grande majorité, ils parlent de consommation de cannabis (« shit » et herbe). Au travers des éléments précis de leur discours, on perçoit qu'ils ont un vécu et des expériences.

Leurs propos montrent également qu'ils sont très renseignés sur la question des addictions : « *L'addiction c'est quand il n'y a plus de contrôle de la consommation. Il faudrait des Carambars qu'on effrite comme le shit pour rester dans la dépendance gestuelle sans danger*».

« *Quand on ne peut pas s'en passer, avoir une certaine dose un truc régulier, c'est obligatoire, c'est tous les jours, ça se voit, on peut faire la différence entre quand il a fumé et quand il est normal. Il est nerveux, on peut le voir : il a les yeux écartés ; c'est physique mais après la façon qu'il peut avoir de faire c'est son comportement. Et c'est là qu'on voit qu'il est accroc, il se sent mal sans avoir fumé (...) celui qui est addict, il se dit en fumant je vais vendre ça et comme ça je pourrai m'en racheter, oui ça peut partir comme ça, ça peut partir aussi des gens qui sont tout seuls* ».

« *Quand on ne peut pas s'en passer, avoir une certaine dose, c'est régulier, c'est tous les jours, c'est obligatoire, c'est être accroc, ne plus avoir de contrôle sur sa consommation* »,

« (La cigarette), Pour moi c'est de la drogue parce que ça rend accro aussi. Mais une cigarette c'est une cigarette. Depuis que je suis petit, les gens ils fument des cigarettes et la cigarette pour moi c'était normal. Le shit, pour moi, j'ai vu ça normal récemment. Pourquoi parce que je vois plus de gens fumer, des petits de 13 ans qui commencent à fumer, des trucs comme ça. Vous voyez ».

« Quelqu'un qui est dépendant, il est complètement déchiré du matin au soir il n'a plus de vie »

Le rapport INSERM de février 2014 « *Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement - Principaux constats et recommandations* »⁴ propose une définition et une analyse des comportements des adolescents : « L'adolescence constitue la période de transition entre l'enfance et la vie d'adulte. Il s'agit d'un intervalle de temps débutant vers l'âge de 10-11 ans chez les filles et plutôt 12-13 ans chez les garçons, pour s'achever autour de 18 ans, voire au-delà dans certaines sociétés. Si l'adolescence s'accompagne de nombreux changements physiologiques et physiques, c'est aussi une période de maturation et d'évolution psychologique complexe, en lien avec la rupture avec l'enfance et les nombreuses interrogations vis-à-vis de la future vie d'adulte, et avec une forte signature sociale. C'est une période au cours de laquelle l'adolescent s'affranchit progressivement du lien de dépendance aux parents, en affirmant ses propres désirs, par la recherche de nouvelles figures d'identification, mais aussi par la recherche de nouvelles expériences associant souvent une certaine résistance aux règles établies. Dans le désir d'émancipation vis-à-vis des parents et d'intégration dans un nouveau groupe, celui des pairs, avec la recherche de leur reconnaissance, l'adolescence constitue également une phase de curiosité, de prises de risque et de défi ».

Les jeunes « PJJ » ne sont pas en décalage fort avec les adolescents de leur âge : « *Faut tester, faut tout faire, faut tester pour savoir si c'est bien ou pas* ».

⁴ Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement - Principaux constats et recommandations, Expertise collective, Inserm, 6 février 2014, 60 p. (<http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/etudes-et-rapports/rapports-scientifiques/2010-a-2014/>)

Pour autant leur situation personnelle les a conduits le plus souvent à une conscience de la réalité de la vie exacerbée. En effet, leur environnement social et/ou familial a pu être particulièrement violent et les a amenés à envisager la question des produits illicites et de leur consommation comme une échappatoire même si ils sont bien informés et conscients des problèmes de santé que cela peut engendrer.

La question de l'ennui, du manque d'occupation...est très largement évoquée par les jeunes : « *C'est psychologique. M'dame là on fume parce que y a pas d'occupation* »

Ils cumulent pour la majorité d'entre eux plusieurs facteurs associés aux usages problématiques de produits (rapport Inserm 2014 de février 2014 « *Conduites addictives chez les adolescents, Usages, prévention et accompagnement - Principaux constats et recommandations* ») notamment les facteurs suivant :

Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques associés aux conduites addictives à l'adolescence incluent le défaut d'assertivité, la mauvaise estime de soi et le manque de confiance en soi ; l'impulsivité, la recherche de nouveauté et de sensations ; les troubles de l'humeur, les troubles anxieux; les événements de vie négatifs (...)

Facteurs socioéconomiques et scolaires

Les inégalités sociales dans le domaine des conduites addictives commencent dès l'adolescence ; L'expérimentation des produits psychoactifs est influencée par le milieu socioéconomique familial (...)

Facteurs familiaux et transmission intergénérationnelle des conduites addictives

Chez le jeune adolescent, les conduites addictives sont souvent un refuge, une réponse face à une situation familiale ou personnelle difficile. Les pratiques parentales en termes d'écoute et de supervision sont à cet égard déterminantes ; En effet, un climat familial favorable (bonne entente entre parents et adolescents, connaissance qu'ont les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants) est associé à une probabilité plus faible d'usage problématique de produits psychoactifs(...)

Cercle amical et conduites addictives

Les jeunes dont les amis consomment des produits psychoactifs présentent des niveaux de consommation plus élevés que ceux dont les amis ne consomment pas, ce qui reflète probablement à la fois la façon dont les adolescents choisissent leurs amis et l'influence des consommations des pairs sur les populations adolescentes(...)

L'influence du groupe de pairs sera d'autant plus manifeste que les parents ne peuvent assurer une surveillance et garantir un attachement de qualité.

Marketing et communication publicitaire des industriels

Le marketing et la communication publicitaire se définissent comme l'ensemble des produits, informations, messages et autres signaux envoyés par l'entreprise sur des publics cibles pour les inciter à acheter leur produit (publicités dans les médias, sur les points de vente, sur Internet, packaging, produits aromatisés, relations vers les journalistes, les élus...) ; Une littérature internationale a mis en évidence l'influence des actions marketing et de communication publicitaire déployées par les industriels (alcool, tabac, jeux) sur les envies de consommation des jeunes(...) »

D'une manière générale que ce soit sur les produits illicites ou les effets des produits, ils ont les éléments de connaissance et d'information.

Les produits cités : cigarette, stupéfiants, alcool, café, cocaïne, héroïne la « bouffe, les cachetons/les médicaments (le tercián, le subutex, le théralène), cannabis, herbe, « shit ».

Les principaux effets cités : « Nervosité, les yeux éclatés, la tête qui tourne, le vieillissement de la peau, les neurones diminuent, ça dépend des personnes, l'alcool ça bousille le foie, l'alcool ça remonte au crâne mais ça ne bousille pas les neurones. Ça nique le cerveau, les poumons. Les drogues dures, c'est physique on le ressent dans notre corps. Overdose. Mourir, rigoler pour rien, avoir la gueule de bois, perdre la mémoire, ne plus se souvenir de rien,... »

Les produits illicites cités : les stupéfiants, la drogue, la coke, l'héroïne, le cannabis, un truc à ne pas toucher, le crack, l'ecstasy, des aiguilles, des putains de merde, que de la merde à part le shit, l'herbe.

Ils évoquent une lassitude des messages de prévention : « *En cours on a déjà assez parlé de ça (alimentation, sommeil, hygiène de vie), si y a une éducatrice en plus qui te parle de ça, c'est comme ça que ça nous saouïe en fait. On en est conscient, on fait à notre façon, après* »

Certains ont également une interprétation des messages de prévention : « *Les photos qu'ils mettent sur les paquets de clopes ça fait peur à personne. Je connais un mec qui les collectionne. Faut arrêter, on voit bien y a des montages, on est en 2014, faut se réveiller, c'est des montages les poumons qu'ils mettent* »

D'autres proposent que les intervenants s'y prennent autrement en prenant en compte un contexte intergénérationnel prégnant.

« *Faut continuer à persévérer dans ce que vous faites, parce que pour l'instant y'a pas d'autres idées donc vous ne pouvez pas lâcher ça, voyez, mais ... il faut trouver d'autres idées, d'autres idées, d'autres idées. Moi c'est tout ce que je peux vous dire, il faut trouver d'autres idées. Parce que je vous dis la vérité que, on fait ça mais le but c'est de sauver beaucoup de personnes vous voyez, mais ... Déjà notre génération, déjà moi j'ai remarqué de génération en génération les gens ils n'écoutent pas, vous voyez. On se dégrade de génération en génération* ».

Les jeunes ont leur propre interprétation de l'interdit (l'illicite) et de l'intervention de l'Etat sur la consommation de produits licites et illicites. En effet, le rapport à l'argent est bien présent dans leur discours à savoir que l'alcool et la cigarette sont mauvais pour la santé. Toutefois, l'état en fait des bénéfices et ne s'intéresse finalement pas à la santé des consommateurs.

« *C'est illicite parce que l'état prend pas d'argent c'est juste pour ça que c'est illicite. (...) Ils s'en foutent de notre santé* ».

« *Moi je connais ce système-là, publicité, modération. Mais ils s'en foutent de la modération, ils veulent seulement encaisser l'argent. Ils font ça parce que la loi dit qu'il faut prévenir, mais ils savent très bien que les gens ils vont continuer à acheter* »

«(...) Même les publicités tout ça, ça sert, ça prévient mais bon, ça sert à rien. Par exemple les publicités « manger, bouger », ça sert à rien du tout ! Moi j'vous dis que je tape des grecs tout le temps (...) quand je dis ça que j'me tape des grecs, je mange des MacDo tout ça, mais on dit que non, faut boire de l'eau tout le temps ... Mais c'est même passé à la télé (...)

« Pourtant ça prévient « manger, bouger » mais ça sert à rien. Vous parlez de la santé le bien-être et tout et tout, l'éducation aussi en parle, mais on continue quand même à boire du jus, et oublier que de temps en temps il faut boire de l'eau et toutes ces choses-là. Faut que vous trouvez une autre technique pour faire comprendre, faut faire quelque chose (Rires) (...) Faut que vous trouviez une autre technique parce que parler, pour moi, ça sert à rien, parler ça sert à rien ... »

Le collectif/le groupe est également un aspect important dans la consommation et la perception qu'ils ont de leur consommation. Si la consommation se réalise de manière individuelle, cela pose problème en terme de statut (« Mais si tu fumes (cannabis) tout seul alors tu es un drogué »,), de mal être mais si la consommation se fait dans le cadre d'un groupe c'est pour mieux « s'ambiancer ».

« Mais si on est, genre quatre-cinq et qu'y'en a un qui fume pas, l'autre il n'est pas dans le même délire ! (...) il a l'air d'un con, le pauvre, s'il n'est pas défoncé ! Il n'est pas dans le même délire ! (...) Du coup, faut le faire fumer, obligé ! (rires) Ou tu lui souffles à la gueule ! (rires) »

« Je connais les parents d'un mec, ils consomment une cartouche à deux en deux jours. Tous les deux jours, ils ont une nouvelle cartouche : ils ont fini une clope, voilà ils en rallument une autre. Ils ne peuvent pas vivre avec l'oxygène (rire). Ils respirent avec (les cigarettes). Voilà ils ne peuvent pas vivre avec l'oxygène sinon ils meurent(...) ils ne sont pas bien. Ils meurent s'ils respirent de l'oxygène (rires) ».

3°) La perception des cadres de la consommation des jeunes

► Quelle(s) consommation(s) dans quelle(s) proportion(s) ?

En terme de consommation de produits illicites ou addictions, les cadres évoquent principalement, tout comme les jeunes, la question du cannabis, du tabac et de l'alcool (même si, ces deux derniers ne sont pas des produits illicites).

Un des services interviewés a mis en exergue, début 2014, les différentes problématiques de santé ; celle liée à la consommation de « stupéfiants » s'élève à 28,75 % des jeunes suivis en milieu ouvert (18,75% ont, par ailleurs, des problèmes de consommation d'alcool, 30% des jeunes ont des problèmes liés au tabac).

Sinon, en grande majorité, les cadres interviewés ne se sont pas prononcés : une approximation du nombre de consommateurs de produits illicites parmi les jeunes suivis par leur équipe semble complexe à réaliser. Si quelques hypothèses ont pu être faites avec une grande prudence, c'est plutôt par les cadres de proximité qui ont la possibilité de mieux observer et repérer des comportements liés à ce type de consommation.

La spécificité des publics pris en charge dans les différents types de services et/ou établissements est un élément incontournable de la proportion potentielle de jeunes consommateurs de produits illicites. En effet, lorsqu'un service de milieu ouvert réalise en majorité des Mesures Judiciaires d'Investigation Educatives (MJIE) avec un très jeune public, la proportion est moindre.

La spécificité des mesures impacte également une possible approximation : un service de milieu ouvert qui organise principalement des mesures dites courtes comme des réparations, des stages de citoyenneté ne connaît pas suffisamment les habitudes des jeunes pour en tirer des conclusions sur leur consommation de produits illicites.

Par contre, sur les services d'insertion et d'hébergement, le quotidien éducatif permet de mieux cerner le type de consommation de produit et la fréquence. En CEF ou foyer, les retours de week-end peuvent être marqués par un changement physique du jeune (yeux rouges, par exemple). En UEAJ, il a été possible d'évoquer une fréquence de « plusieurs fois par jour ».

D'ailleurs, cela pose un véritable problème à gérer par les professionnels. En effet, la présence quotidienne des jeunes permet, même si le recensement ne peut être affirmé, d'insister sur la prégnance de la consommation de cannabis dans ce type d'unité.

► Quels indicateurs ?

Les premiers indicateurs recensés par les cadres sont le comportement du jeune, son état physique et psychique principalement. Souvent, ils en prennent connaissance par les professionnels éducatifs ou de santé, plus rarement par les parents. Il peut arriver que le jeune soit pris en flagrant délit de consommation, notamment en insertion ou en hébergement ou que la dynamique du groupe soit impactée. Certains partenaires, comme l'éducation nationale, font facilement état de la consommation d'un jeune lors d'un suivi éducatif.

Plus rarement, l'ordonnance du magistrat peut indiquer une problématique de consommation de produits illicites dans le cadre d'une infraction sur la législation des stupéfiants (ILS). Enfin, est fait état, lorsque les jeunes indiquent une consommation de cannabis aux professionnels éducatifs ou de santé, la tendance des jeunes à banaliser leur consommation.

► Lutter contre la consommation de produits illicites

La lutte contre la consommation de produits illicites et leurs addictions est un souci partagé par l'ensemble des professionnels. Pour autant, une majorité de cadres, particulièrement sur le milieu ouvert ou l'insertion, situent l'action PJJ :

- dans l'orientation vers le soin ;
- ou encore dans la mise en place d'actions collectives de prévention en interne.

Si pratiquement tous les cadres indiquent que ce type d'actions a lieu dans leur service ou établissement, la question de la fréquence est moins affirmative, le spectre s'étendant d'un « tous les jours dans l'accompagnement éducatif » à « tous les trois ans ». Un service de milieu ouvert dit ne pas en faire, une action étant forcément collective. Sur un autre service de milieu ouvert, une action collective est envisagée à destination des professionnels ; cependant, un des cadres insiste sur l'accompagnement éducatif au quotidien qui entraîne indéniablement des actions de type individuel.

Les modalités sont différentes : en milieu ouvert, il a y peu d'actions collectives proposées aux jeunes dans les services enquêtés à moins qu'elles s'organisent dans le cadre d'un stage de citoyenneté avec un focus sur la législation des stupéfiants ou, moins fréquemment, dans le cadre des activités du Dispositif Accueil Accompagnement (DAA).

La présence de professionnels extérieurs est majoritaire dans ce type d'activité (gendarmerie nationale, ANPAA, CSAPA, CDAD, SEDAP, PHARE 69). Intervenants extérieurs ou professionnels en interne PJJ, ce sont avant tout des professionnels de santé. Lorsque ce sont des professionnels éducatifs qui animent ce type d'intervention, l'animation se réalise quasi systématiquement en doublon avec un professionnel de santé. Parfois, il est possible de bénéficier de forums extérieurs, en lien, par exemple, avec l'éducation nationale.

L'opportunité d'interventions en interne est liée au type d'unité : en effet, il semblerait qu'en insertion et hébergement, l'accompagnement quotidien étant plus prégnant, il est plus aisé de mobiliser le groupe sur cette thématique voire de mobiliser l'équipe pour assurer le rôle d'intervenant. Par exemple, une des réponses donnée par un cadre a été moins catégorique en terme d'intervenant potentiel puisque soulignant que « *tous les membres de l'équipe interviennent dans le sens de la qualité relationnelle* ».

Enfin, si un groupe de parole existe, il est animé par des professionnels de santé (psychologue y compris).

Certains cadres indiquent que les professionnels éducatifs doutent de leur légitimité à le faire. Mais, d'autre part, certains cadres se disent à l'origine des dynamiques de prévention dans ce domaine (en y incluant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et particulièrement les conseillères technique santé ou les professionnels de santé in situ si leurs postes existent). Ainsi, si le recours à des intervenants extérieurs est important, qu'ils aient été mobilisés par des cadres ou d'autres professionnels, cela traduit un sentiment général d'incapacité à animer une session de prévention dans ce domaine. D'ailleurs, sur deux services, dont un estime ne pas faire d'action, l'idée est de former les professionnels avant tout pour leur donner suffisamment de connaissances en la matière.

Se pose alors la question d'un recensement précis des besoins en formation, ce qui a sans doute conduit l'autre des deux services sus cité à recevoir une formation qui n'était pas adaptée (les professionnels visés disposaient déjà des connaissances sur le sujet abordé lors de la formation).

Cette question de la légitimité ou non à intervenir en interne est à mettre en lien avec la question des compétences spécifiques en matière de prévention à la consommation de produits illicites. 9 cadres sur 14 pensent que les professionnels n'ont pas de compétences dans ce domaine, 4 sont plus hésitants. Des réponses entre les deux types de cadres (DS et RUE) ont pu être totalement opposées. Il est évident que cette question divise même si, majoritairement, l'idée d'une forme d'expertise pour s'autoriser à prendre la parole dans ce domaine est bien ancrée.

► Les principaux atouts d'un service en matière de prévention des addictions aux produits illicites

Un partenariat implanté, reconnu, ou qui se développe en matière de prévention aux produits illicites est un atout indéniable pour quasi l'ensemble des cadres. Toutefois, est souligné l'importance de la démarche éducative au quotidien et donc de la posture professionnelle. Sur cet aspect, la maturité professionnelle, l'hétérogénéité des équipes en matière d'expérience et d'âge sont considérées comme de véritables ressources. La pluridisciplinarité est mise en exergue : les hébergements pourvus en moyens en santé mentale apprécient cette plus-value ; d'autres structures moins dotées, évoquent un concept « santé » étudié de manière transversale qui contribue à une posture professionnelle adaptée. Certaines références théoriques partagées par l'équipe participeraient aussi à une meilleure prise en charge globale et légitimeraient l'accompagnement quotidien en santé-bien-être.

Autre aspect évoqué, celui de dire les choses simplement, sans tabou dans la relation éducative : cela permet d'évoquer de manière plus efficiente les problématiques de consommation de produits. Cependant, les problèmes d'hygiène restent parfois délicats à aborder : « *Cette question - atouts du service en matière de prévention de la consommation de produits illicites- est abordée de manière franche lors des suivis. Il est par contre plus difficile de parler de l'hygiène* ».

Des personnels identifiés santé, comme les référents ou correspondants santé et les psychologues, incarnent un potentiel du service à pouvoir traiter ces questions de prévention.

Enfin, des outils comme le bilan de santé systématique à l'arrivée du jeune sont des moyens de repérage en termes d'addiction aux produits illicites.

4°) La dimension santé-bien-être dans l'action éducative/dans les modalités de prise en charge des jeunes

a/La perception de l'accompagnement éducatif en santé dont les jeunes bénéficient

Beaucoup de silences sur les questions concernant la manière dont les professionnels PJJ abordent la question de la santé avec les jeunes. Des propos négatifs voire violents sont à souligner notamment en hébergement.

Si les jeunes évoquent beaucoup l'usage du tabac majoritairement ils disent que les professionnels ne parlent pas de santé avec eux. Les jeunes ajoutent que leur santé, c'est leur affaire et pas celle des professionnels qui les encadrent (même si ils se plaignent de manque d'écoute des adultes : là encore tout le paradoxe des adolescents). De plus, certains professionnels sont tout comme eux, consommateurs de cigarettes.

« Ils me disent pourquoi tu fumes (cigarette) ? Bah parce que je fume »,

« C'est à eux (les professionnels) de faire ce qu'ils ont à faire »,

« (Fumer) C'est notre affaire, si on a envie ..., c'est notre problème »,

« C'est que quand j'ai fumé C'est mon problème, j'assume, j'ai pris ma décision voilà, ce n'est pas ses poumons (à l'éducateur) qui vont être cramés »,

« En plus les éducs ils te payent des clopes (rires) ».

D'autres jeunes, minoritaires, tiennent un autre discours (notamment en UEAJ) :

« Des fois peut être en pause, on mange, bon comme je parle bien aussi avec eux, donc on discute aussi de la vie. On parle aussi par rapport aux filles, on parle aussi par rapport aux garçons. Pourquoi les garçons ils sont comme ça avec les filles, pourquoi les filles sont comme ça avec les garçons ? »,

« Quand on parle de filles-garçons, ça fait partie de la santé parce que ça regroupe le sexe, ça regroupe même les amitiés. Même par exemple les trucs d'homo, ça regroupe aussi la santé »,

« Les éducateurs, on échange bien, on discute bien (...) Parce que y'a des parents qui sont pas à l'écoute, parce que ils se sentent gênés de discuter de ces choses-là, vous voyez. Normalement on a besoin de grandes personnes qui savent aussi nous écouter pour discuter et avoir des connaissances d'une grande personne. Mais des choses que je parle ici avec vous, vous croyez que je vais parler de ça avec mes parents ? C'est mort ! (Rires).

Je vais jamais parler de ça avec mes parents parce que déjà de moi-même je vais me sentir gêné. Même mon père il va se sentir gêné de parler de ça avec moi ».

b/La dimension santé dans la politique de l'établissement ou du service

Les DS interviewés sont conscients de l'importance du portage institutionnel afférent aux questions de santé. Il s'illustre, comme déjà partiellement évoqué, par :

- leur soutien aux actions menés par les RUE et éducateurs auprès des jeunes dans leur service ;
- leur désir de faire monter en compétences leurs agents sur ces questions ;
- leur accompagnement sur les questions de formalisation de partenariats notamment dans le cadre de la santé mentale ;
- leur ouverture en général et pour la recherche de financements, en particulier, par leur implication dans des instances d'hygiène et de sécurité.

Ils soulignent une dimension importante de leur fonction dans le registre de la communication institutionnelle, en particulier dans l'interface direction territoriale/équipe.

« Les cadres sont là pour faciliter, inciter »,

« Mon rôle est d'établir des liens entre les partenaires, élaborer des conventions, appuyer des demandes, des recherches de financements »,

« Je suis ouvert à toutes suggestions des professionnels dans ce domaine »,

« Il s'agit pour l'essentiel de formaliser les pratiques partenariales qui sont souvent informelles par connaissances personnelles »,

« Interface DT/positionnement et discours par rapport aux équipes »,

« Mon travail est d'encourager les démarches santé dans le service. Mais je dois le faire et le porter au travers des deux RUE, pas forcément directement ».

Les RUE sont dans une forme d'opérationnalité institutionnelle. Ils connaissent les outils mis à disposition des professionnels éducatifs (RIS, DIPC) et incitent à les utiliser, ils sollicitent les professionnels sur cette question dans le cadre des réunions d'unité et des écrits professionnels, élaborent des états des lieux avec les professionnels éducatifs pour envisager des protocoles en interne (exemple : protocole d'accueil des jeunes en UEAJ), ciblent des partenariats pour envisager des conventionnements. Ils sont soucieux de l'offre d'une information de prévention santé dans le lieu d'accueil (salle d'attente).

La répartition du portage institutionnel est suffisamment claire dans l'articulation DS et RUE. Toutefois, certains cadres constatent une forme de résistance à remplir les documents en lien avec la santé : soit du fait d'un aspect trop administratif (« *Le RIS est un document difficile à mettre en œuvre de par son aspect trop administratif pour les éducateurs* », « *Le RIS n'est pas un document approprié (...) c'est davantage un document vécu comme une contrainte administrative* »), soit parce qu'ils s'interrogent sur la pertinence de recenser à leur niveau ce type d'informations (« *Ensuite, que fait-on des informations recueillies comme le numéro de sécurité sociale, les vaccinations ... ?* »).

Ils sont conscients de l'importance d'intégrer la santé dans les projets de service. Toutefois, et trop souvent, dans les structures non renforcées en moyens en santé mentale, cette question reste cloisonnée par rapport aux autres items abordés (malgré un discours sur la transversalité de la notion de santé).

« *Oui, un volet santé est intégré dans le projet de service par une fiche spécifique* »,
« *Deux volets existent : un volet informatif et un volet prise en charge ponctuelle vers le soin en plus de la bobologie* ».

Dans tous les cas, une volonté partagée d'inscrire leur service ou leur établissement dans une politique de promotion de la santé est affirmée.

c/La dimension santé dans les pratiques professionnelles

► L'accompagnement versus partenariat

L'accompagnement est surtout orienté vers la question du recours aux soins.

En effet, la grande majorité des cadres évoquent la nécessité de développer des partenariats formalisés avec des professionnels extérieurs, des structures « labellisées santé » dans une dimension essentiellement biomédicale de la santé.

Le professionnel éducatif est celui qui connaît un réseau, qui s'appuie sur des partenariats et fait le lien entre un besoin ou une demande du jeune qu'il accompagne et la structure ad hoc.

« La santé n'est pas prise en charge dans le service, c'est l'accompagnement vers les soins en santé qui est réalisé »,

« Ils -les éducateurs- savent solliciter les personnes ressources »,

« Les professionnels connaissent des personnes compétentes « relais », des personnes ressources en matière de santé ».

► Les compétences

Les cadres interviewés sont assez sceptiques sur la question des compétences en santé de leurs personnels éducatifs. Ils pensent, de manière quasi unanime, qu'il faudrait les former davantage et sur site : les contextes locaux de santé ou des pré requis sur le poste occupé pourraient être mieux pris en compte (les éducateurs des hébergements SAH enquêtés n'étant pas tous diplômés de l'éducation spécialisée).

« Ils ont des compétences mais pas sur des éléments précis. Il y a une marge de progrès mais on y travaille par des formations sur site ».

Ils expriment de nombreux et variés besoins en formation pour leurs agents (vie affective et sexualité, repérage des conduites à risque, mineurs auteurs d'agression sexuelle, capacités relationnelles en matière de santé, détente et relaxation à destination des jeunes et des professionnels, développement de l'enfant et puberté, usage et accès à internet des jeunes, dispositifs de santé aujourd'hui, organisation du système de santé...).

Peu évoquent la question de l'analyse de la pratique ; a contrario d'autres font état d'un besoin d'échanges d'informations au niveau inter-régional.

Un cadre s'interroge sur la question de la compétence notamment dans le domaine des produits stupéfiants et de ce qu'elle signifie.

Plusieurs cadres insistent sur l'importance de la parole, de l'écoute dans l'accompagnement éducatif et le rôle de prévention au quotidien qu'un éducateur peut avoir, même si il n'est pas formé à la question spécifiquement. L'idée d'une santé transversale est alors présente mais s'exprime de manière différente. Pour l'un, ce sera dans l'explicitation de la pratique éducative lors de l'accueil du jeune, pour l'autre ce sera « *d'être sur le comment* » j'entretiens la relation éducative, enfin « *le souci de l'accueil, du bien-être* » dans l'accompagnement.

D'autres estiment que les référents santé sont leurs atouts en matière de compétences en santé mais qu'il faudrait structurer leur fiche de mission et leur accorder « *plus de place* » dans les réunions de service.

Parfois, certains professionnels, qui n'ont pas été repérés pour cette fonction de référent santé, sont sensibles aux questions de santé mais cela reste exception.

IV.SYNTHESE

Les données recueillies dans le cadre des Focus groups et des entretiens téléphoniques amènent à réfléchir :

- sur plusieurs items (le concept de promotion de la santé d'un point de vue de l'institution et des compétences des agents sous l'angle, entre autres, de la consommation des produits illicites par les jeunes et leur appréhension de l'addiction),
- dans différentes dimensions (structurelles, institutionnelles, partenariales),
- à différents niveaux (ressenti et/ou constats des différents publics).

Tout d'abord, un écart de perception de la santé est à remarquer entre les cadres et les jeunes : ce que les jeunes nous disent spontanément, c'est que la santé est médicale et sanitaire avant tout (absence de maladie) alors que les cadres ont un discours ancré dans une approche plus globale de la santé.

Les jeunes ont le sentiment que les professionnels ne leur accordent globalement pas assez d'écoute et de disponibilité plus spécifiquement sur le registre de la santé-bien-être.

Il ressort, d'une manière générale, que la dimension collective d'une approche santé doit davantage s'appuyer sur des espaces de vie quotidienne (comme des moments de repas, d'ateliers, ...) et par une dimension d'accueil. Ou, si le suivi éducatif permet un face à face régulier, il permet davantage une relation de confiance d'adulte à adolescent. Par conséquent, avec leurs mots, les jeunes accordent de l'importance à leur environnement de vie et, en soulevant cet élément, sont au cœur des questions des déterminants sociaux.

Quant aux professionnels éducatifs, les cadres estiment qu'ils mériteraient d'être plus formés ; toutefois, leurs tâches ne doivent pas se substituer à celles des professionnels de santé. C'est pourquoi, ils les encouragent dans ce qu'ils savent faire : accompagner chaque jeune vers le soin (activation de réseau, orientation vers les soins ad hoc).

Par ailleurs, ils abordent l'aspect de la légitimité à recueillir des informations relatives à la santé du jeune (le professionnel éducatif ne dépasse-t-il pas les frontières du secret médical ?)

et posent la question de l'intérêt.

Cet élément questionne sur leurs perspectives d'envisager la santé comme une compétence existante au sein de leur équipe qui n'est pas portée uniquement par un professionnel expert.

Ainsi, dans la pratique, la santé reste pensée comme étant aux mains de professionnels de santé qui ont une expertise en la matière et donc une légitimité pour agir. Il reste difficile pour les professionnels d'entrevoir la santé comme une ressource de l'action éducative. Même s'ils évoquent le bien-être et le prendre soin, se sentir bien, ils gardent une vision sanitaire de la santé dans la pratique. Pourtant, au quotidien, des actions en faveur du bien-être et de la santé des jeunes sont mises en œuvre (ateliers, jardin,) mais les professionnels, dans leur discours, n'envisagent pas ces actions dans une démarche de promotion de la santé. Ces difficultés reflètent l'expression du cloisonnement culturel du social et du sanitaire, difficile à dépasser pour la plupart des professionnels, quel que soit leur statut.

La volonté institutionnelle est pourtant bien prégnante. Cela s'illustre, en premier lieu, par des « auto-constats » francs comme :

- ne pas avoir intégré la santé dans certains projets de service,
- la difficulté de développer le réseau partenarial « santé mentale »,
- le peu d'actions réalisées sur certains services ou leurs fréquences manifestement faibles,
- des professionnels éducatifs pas suffisamment formés ou qui ne trouvent pas d'intérêt à remplir des informations en santé jugées trop administratives.

Ensuite, elle s'exprime par le souhait de soutenir toutes les initiatives en santé, de les encourager, de les faire valoir.

Cette volonté s'inscrit également dans le fait d'améliorer la communication interne, de garantir la diffusion de l'information auprès des équipes et auprès de la direction territoriale.

Mais comment passer d'un état des lieux à des changements de pratiques ? Comment considérer l'approche santé comme un levier et non une tâche qui s'ajoute à l'activité déjà intense ? Est-ce en se préoccupant de l'accueil, du bien-être, en étant à l'écoute ? Ces interrogations sont le constat d'un manque évident d'explicitation de leur activité professionnelle : qu'est-ce que je fais dans chaque geste professionnel ? Pourquoi je le fais ? Quel est l'intérêt pour le jeune et sa famille ?

Une part d'intuition professionnelle est manifestement prépondérante dans leurs habitudes professionnelles et s'ils arrivaient à lui donner forme par la parole tout en la structurant, ce serait une véritable progression dans leur approche globale de la promotion de la santé.

V. CONCLUSION

L'objectif de l'enquête était de mieux cerner les représentations en santé et en promotion de la santé des cadres et des jeunes PJJ pris en charge dans les différents types de structures. Le résultat confirme tout ou partie des hypothèses préalables.

En effet, la vision de la santé est prépondérante dans son aspect sanitaire chez les jeunes ; Par contre, elle est à nuancer chez les cadres : ils ont une définition de la santé globale, une représentation positive mais qui demeure proche de celle de l'OMS en 1946⁵. Cette définition a évolué depuis : l'OMS s'inscrit à ce jour dans une dimension plus dynamique de la santé⁶. Leur approche opérationnelle de la promotion de la santé reste, par conséquent, trop cloisonnée.

Les partenariats institutionnels et les outils de management (projet de service) sont développés en conséquence, c'est-à-dire des interventions principalement dédiées aux experts en santé et des projets de service encore trop dichotomiques (la santé d'un côté, l'éducatif de l'autre).

L'intuition « du geste professionnel » adapté en santé est présente : les professionnels éducatifs possèdent indéniablement des savoirs et savoir-faire, et donc des compétences mais beaucoup trop incorporées à leur pratique (ils n'en ont pas conscience) et pas suffisamment reconnues par les cadres.

L'axe 1 de la charte d'Ottawa « Mettre en place des politiques positives pour la santé » qui était identifié comme un axe faible suite aux auto-estimations en santé-bien-être fin 2013, apparaît comme une véritable préoccupation des services et établissements de l'inter-région.

⁵ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

⁶ La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

Reste à penser sa mise en œuvre effective. Les postes de CT santé en DT sont actuellement pourvus, l'inter-région s'est préoccupée du pilotage du projet « PJJ promotrice de santé », les auto-estimations ont lancé un premier diagnostic : autant d'éléments qui participent à ce que cet axe progresse.

La perspective serait d'apporter une grille de lecture « santé » différente pour engager une réelle dynamique « santé » des services: l'appréhension du travail d'équipe autour d'un projet de service revisité sous l'angle du développement/renforcement des compétences psychosociales des jeunes PJJ peut correspondre à cette nécessité.

L'axe 2 de la charte, « Créer un environnement favorable », était un axe fort des auto-estimations. Cela démontre, là encore, que les professionnels ont des compétences en la matière. Celles-ci mériteraient d'être mieux explicitées. Dans cette perspective, il semble nécessaire, dans un second temps du projet, de penser plus précisément la question des rituels en institution (accueil, fin de mesure, repas, restitution... par exemple), toujours en termes de « ce que je fais » et « comment je le fais ».

L'axe 3 « Développer l'approche participative des jeunes et de leur entourage et la capacité à agir pour sa santé » est une démarche à encourager compte-tenu du faible résultat, en moyenne, lors des auto-estimations fin 2013.

Cette question de l'association des jeunes et de leurs parents aux questions de santé-bien-être mérite d'être explorée. Pour quelles raisons, par exemple, le DIPC reste un outil participatif insuffisamment considéré comme tel ? Ou encore quels éléments peuvent expliquer un manque d'implication des jeunes dans la définition de projet ou d'action dont ils vont bénéficier ? Il en est de même concernant le choix des interventions de partenaires extérieurs dans les projets menés : le soutien de la valorisation des compétences et la participation active des jeunes existent mais doit davantage prendre racine.

Les outils pour la contribution des jeunes, de leur famille et les actions projetées sont encore trop cloisonnés dans l'accompagnement éducatif.

L'axe 4 « Développer les aptitudes individuelles » a été identifié comme un axe plutôt porteur pour les UEAJ et UEMO de l'inter-région. Les Rapports Annuels d'Activité et de Performance (RAAP), les auto-estimations et l'enquête recensent des activités nombreuses et variées qu'elles relèvent du domaine de la santé, du sport, de la culture et/ou de l'insertion. Elles existent en service d'insertion ou dans le cadre du développement du DAA en milieu ouvert. Si ces prises en charge ponctuelles favorisent la prévention santé auprès des jeunes dans toutes ses thématiques, elles contribuent également à construire l'opinion personnelle du jeune, à le valoriser, à réfléchir ou intégrer certaines valeurs comme le respect, la coopération, le soutien... C'est donc dans le cadre de cet axe, à ce jour, que s'illustrent le travail éducatif réalisé (mais sans le « savoir ») concernant le développement des compétences psychosociales des jeunes.

L'axe 5 « Optimiser le recours aux services de soins et prévention » : les résultats de l'auto-estimation sur cet axe sont faibles : c'est un axe à travailler, tout particulièrement en milieu ouvert et insertion. Pourtant, l'enquête amène à penser que la question de l'orientation vers les soins comme mission éducative est bien intégrée par les cadres et les professionnels.

Est-ce parce que le recours aux soins est une interface entre soins sanitaires et santé-bien-être, une dichotomie rassurante pour les professionnels puisqu'elle conduit au recours à l'expertise ? Pourtant, les professionnels, dans leur manière d'accompagner le jeune vers le soin, sont bien dans une forme de bienveillance, dans une écoute en lien avec le bien-être du jeune.

En effet, dans leur premier diagnostic éducatif, les éducateurs déterminent les facteurs sociaux de danger potentiels ou avérés : ce sont bien eux qui sont à l'origine du soin. Cette prise de conscience est là encore nécessaire à l'amélioration de la promotion de la santé dans l'accompagnement éducatif. Les données de l'enquête expriment, par ailleurs, un déficit partenarial dans le domaine de la santé mentale : il est complexe de formaliser et d'inscrire des collaborations dans le temps. Ce constat, récurrent, est à prendre en considération : comment créer des leviers concrets pour faciliter ces prises en charge spécifiques mais courantes chez les adolescents PJJ (obligations de soins, hospitalisations etc.) ?

Pour finir, au-delà d'un état des lieux exhaustif de la promotion de la santé au sein des établissements et services de l'inter-région Grand-Centre, cette enquête pose la question plus générale des perspectives en santé-bien-être, puisqu'elle identifie clairement des besoins dans la pratique tels que :

- La gestion du tabac en hébergement ;
- La gestion de la consommation du cannabis notamment en insertion ;
- La difficulté des partenariats pérennes en santé mentale ou de leur mise en place ;
- Le souhait de créer et animer des instances inter-régionales entre cadres (DS, RUE) ;
- Le souhait de bénéficier davantage d'espaces pour réfléchir sur la pratique santé-bien-être;
- Le problème d'une analyse fine des besoins en formation : identifier les connaissances réelles des professionnels pour adapter plus justement les interventions de formateurs extérieurs ;
- L'engagement dans les CHSCT car la dimension de la santé bien-être des professionnels ne doit pas être oubliée dans la promotion de la santé.

Aussi, il sera nécessaire que les instances compétentes (Direction des Politiques Educatives et de l'Audit, Direction des Ressources Humaines, Pôle Territorial de Formation, Comité de pilotage inter-régional PJJ promotrice de santé, Commission Santé Inter-régionale, Commissions Territoriales de Santé) s'emparent davantage de ces problématiques pour établir leur degré de pertinence, de priorité, poursuivre ce travail et pérenniser la dynamique de promotion de la santé déjà engagée.

Glossaire

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

CEF : Centre Educatif Fermé

CODES : COmité Départemental d'Education pour la Santé

CoPil : Comité de Pilotage

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et Prévention en Addictologie

CSIR : Commission Santé Inter-Régionale

DAA : Dispositif Accueil Accompagnement

DGS : Direction Générale de la Santé

DIR : Direction Inter-régionale

DIPC : Dossier Individuel de Prise en Charge

DPEA : Direction des Politiques Educatives et de l'Audit

DRH : Direction des Ressources Humaines

DS : Directeur de Service

DT : Direction Territoriale

DPJJ : Direction nationale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

FNES : Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé

FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

ILS : Infraction à la Législation sur les Stupéfiants

INPES : Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé

IREPS : Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et leurs Consommation et Addictions

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAAP : Rapport Annuel d'Activité et de Performance

RIS : Recueil Information Santé

RUE : Responsable d'Unité Educative

SEDAP : Société d'Entraide et d'Action Psychologique

STEMOI : Service Territorial de Milieu Ouvert et d'Insertion

UEAJ : Unité Educative d'Activité de Jour

UEMO : Unité Educative de Milieu Ouvert

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement :

- **Les jeunes** qui ont pris du temps pour participer aux réunions collectives, qui ont fait confiance aux adultes qui les entouraient pour pouvoir leur dire un certain nombre de choses qu'ils constatent à leur niveau ;
- **Les binômes territoriaux, en particulier les CT santé** des différentes DT, pour leur adaptabilité aux besoins de l'enquête compte-tenu des échéances courtes. Un remerciement également pour le long travail de retranscription qu'elles ont réalisé. Merci aux IREPS/FRAPS pour leur formation en accéléré à la méthodologie et leur précieuse participation aux Focus groups ;
- **Les DS, les RUE et les Chefs de service** pour le temps qu'ils nous ont consacré lors des entretiens téléphoniques et la richesse des échanges ;
- D'une manière plus générale, nous remercions **tous les membres du CoPil inter-régional « PJJ promotrice de santé » et la direction inter-régionale Grand-Centre** qui ont porté et accompagné cette démarche ainsi que le bureau SDK/K3 de la DPJJ et la FNES pour leur soutien notamment dans le cadre de l'obtention des financements interministériels.



DIR PJJ Grand Centre
12, boulevard Carnot
21 000 Dijon
Tél. : 03 45 21 50 00
dirpjj-grand-centre@justice.fr



IREPS Bourgogne
Le diapason
2, place des savoirs
21 000 DIJON
Tél. : 03 80 66 73 48
contact@ireps-bourgogne.org