



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

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

Jean-Louis BRISON
inspecteur d'académie
inspecteur pédagogique régional



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

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

Novembre 2016



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

PROPOSER UN RECIT A NOTRE JEUNESSE

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

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

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

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

SOMMAIRE

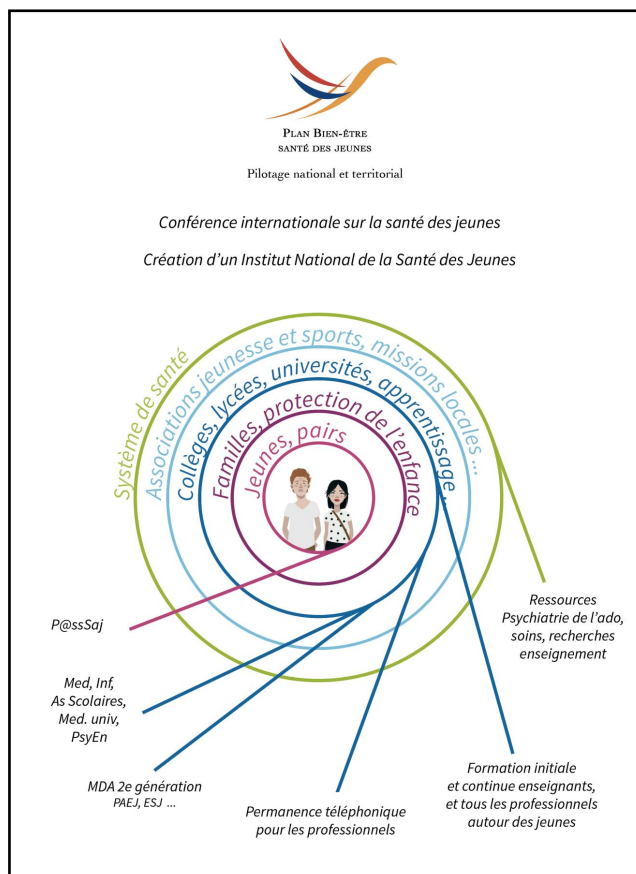
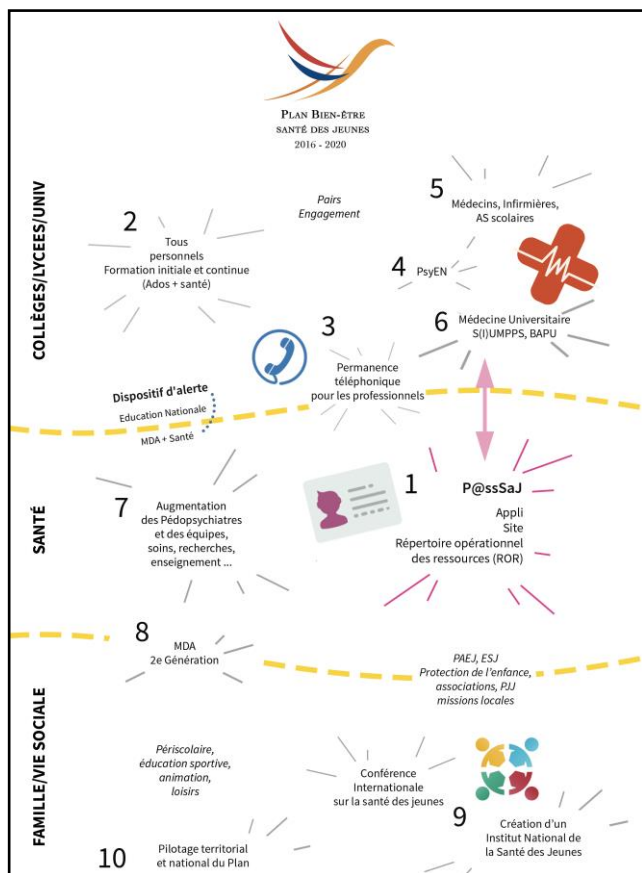
| | |
|---|-----------|
| Proposer un récit à notre jeunesse | 4 |
| Sommaire | 6 |
| La jeunesse : une priorité politique | 11 |
| | |
| 1. La santé des adolescents et des jeunes adultes : un défi national et international | 16 |
| 1.1 La santé des jeunes : une préoccupation internationale | 16 |
|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

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

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

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

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



Annexes

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

Annexe 2 : Des expériences locales innovantes

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

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

Annexe 3. Contributions

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

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

Annexe 5 : Bibliographie

Annexe 6. Liste des sigles



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

LA JEUNESSE : UNE PRIORITE POLITIQUE

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

Pour cela, plusieurs objectifs de travail ont été retenus.

Augmenter le bien-être de *tous* les jeunes

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

¹ Cf. annexe 1.

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

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

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

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

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

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

Traiter ce mal-être de manière globale

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

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

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

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

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

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

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

Faire tomber les murs : de nouvelles alliances éducatives et thérapeutiques

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

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

Une méthode pragmatique

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

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

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

⁵ Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional.

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

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

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

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

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

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

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

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



MISSION BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES

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

1.1 La santé des jeunes : une préoccupation internationale

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

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

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

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

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

1.2 L'enchevêtrement des vulnérabilités psychiques, sociales et culturelles

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

⁹ Source OMS, 2014.

¹⁰ Rapport 2009-2010.

¹¹ OMS, 2014.

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

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

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

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

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

¹⁴ INPES, 2012.

¹⁵ DREES, 2014.

¹⁶ Delahaye, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁹ Comme celles de Christopher Peterson par exemple.

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

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

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

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

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

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

²³ Guimard et coll., 2015, p 163.

²⁴ OCDE 2010.

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

²⁵ Bavoux et Pugin (2012).

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

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

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

2.1 Des besoins nouveaux à prendre en compte

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

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

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

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

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

2.2 Une insuffisante coordination entre les professionnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : DREES, SAE

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

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

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

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

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

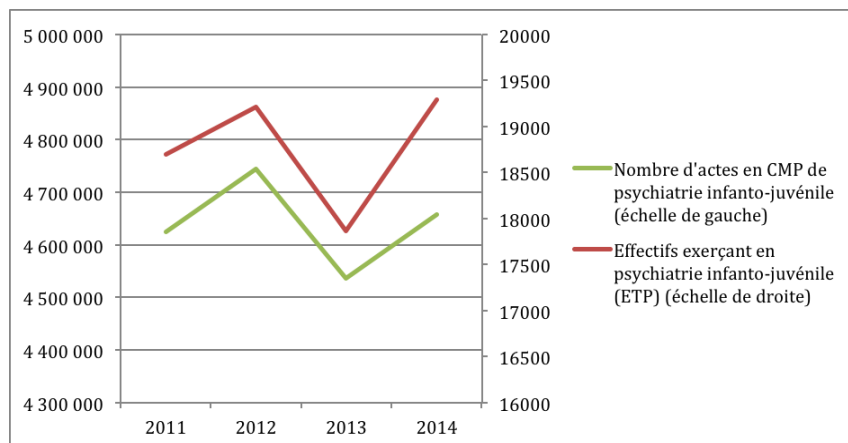
Le nombre des autres structures dévolues à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'elles soient associatives, privées, hospitalières, hospitalo-universitaires ou médico-sociales n'a pas augmenté ces dernières années ; toutefois, le nombre d'actes réalisés dans l'ensemble de ces structures a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

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

³² Inserm (2009).

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

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



Source : DREES, SAE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³⁵ Source DREES, SAE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴¹ Données ASIP-santé RPPS, traitement DREES.

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

⁴³ Données de l'Ordre des médecins.

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

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

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

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

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

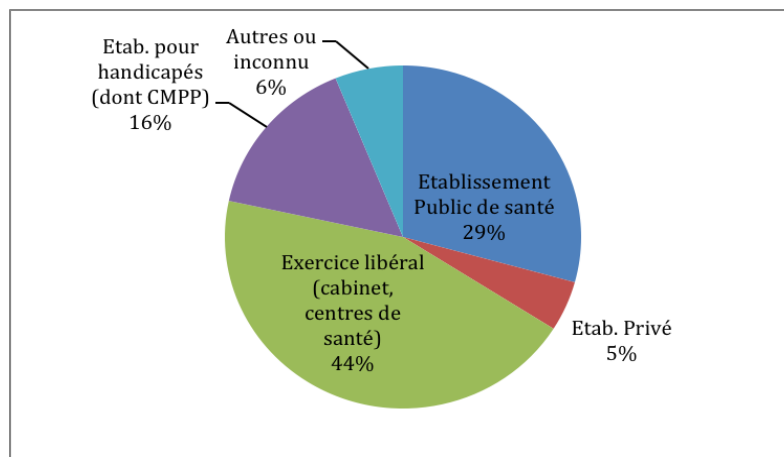
2.4.3 Une proportion importante des pédopsychiatres exerce en libéral

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

⁴⁴ Données du Centre National de Gestion (CNG).

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

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



Source : RPPS, traitement DREES

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

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

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

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

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

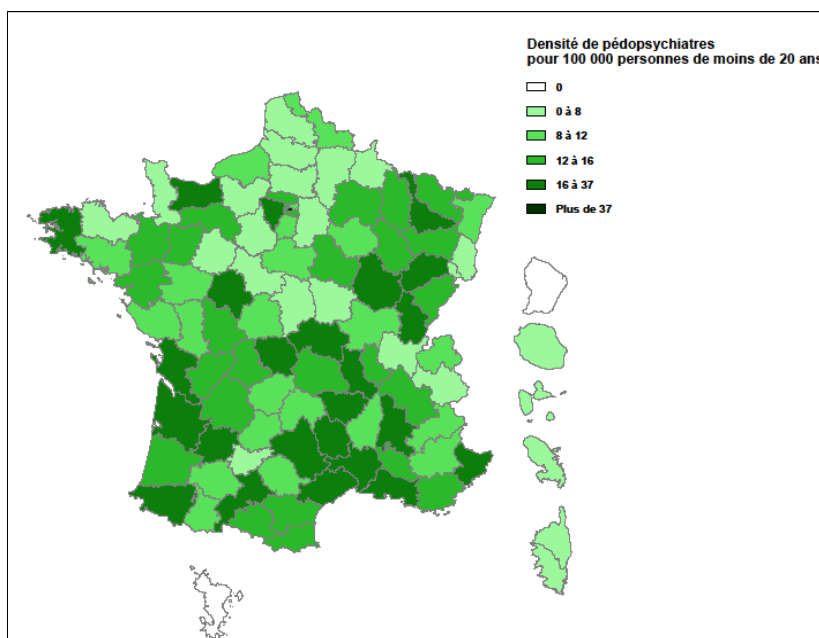
Source : RPPS, traitement DREES

2.4.5 Une répartition territoriale des pédopsychiatres très inégale

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

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

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



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

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

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

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

3.1.1 Une place pour la bienveillance dans les textes officiels

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

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

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

⁴⁶ C'est nous qui soulignons.

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

3.1.2 La bienveillance dans les pratiques pédagogiques

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

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

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

⁴⁷ Collas (2016).

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁹ Cf. dispositif nouveau institué au chapitre 5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵² Cf. chapitre 5.

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

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

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

3.2.3 Un enseignement nouveau délivré pour partie en partenariat

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

⁵³ www.filsantejeunes.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁹ Cf. Chapitre 6.

⁶⁰ Et sur les auteurs d'agressions sexuelles.

⁶¹ p. 80 à 83.

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

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

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

4.2.5 Les consultations jeunes consommateurs (CJC)

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

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

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

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

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

⁶⁴ Rapport annuel des CJC, 2015.

⁶⁵ Enquête ESCAPAD, 2014.

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

4.3 Les réponses aux évènements traumatiques en milieu scolaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5.2 Des conventions entre rectorats et ARS

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

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

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

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

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

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

5.1 Dans les collèges et les lycées

5.1.1 Comment identifier les vulnérabilités ?

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

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

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

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

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

⁷⁰ Cf. www.ipsos.fr

⁷¹ Jeammet, 1996, p.39.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁷⁴ Cf. Chapitre 6, préconisation 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.5 Une attention nouvelle aux conditions de travail des élèves

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

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

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

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

5.1.6 Un pilotage académique et national

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

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

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

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

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

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

5.1.7 L'enseignement agricole

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

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

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

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

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

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

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

⁷⁹ www.reseau.cdrflorac.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.1 Dans les établissements de soins pour les situations aiguës

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Deux contextes particuliers dont il faut se soucier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸⁷ Moro, Peiron, 2012, p.26.

⁸⁸ Ibid. p. 26-27.

⁸⁹ Beauchemin et coll., 2016, p.27.

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

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

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

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

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

⁹¹ Par exemple, Moro à Paris.

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

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

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

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

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

Réenchanter l'école

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

⁹³ Moro et coll. (2012).

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

5.4.2 Dans les zones rurales

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

Promouvoir un collège bienveillant

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

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

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

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

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

Apporter des soutiens méthodologiques

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

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

6. DIX NOUVELLES PRECONISATIONS POUR UNE MEILLEURE SANTE DES JEUNES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pourquoi d'autres dispositifs spécifiques pour les jeunes ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principes opérationnels

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

Les deux volets

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

Modalités de mise en œuvre

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

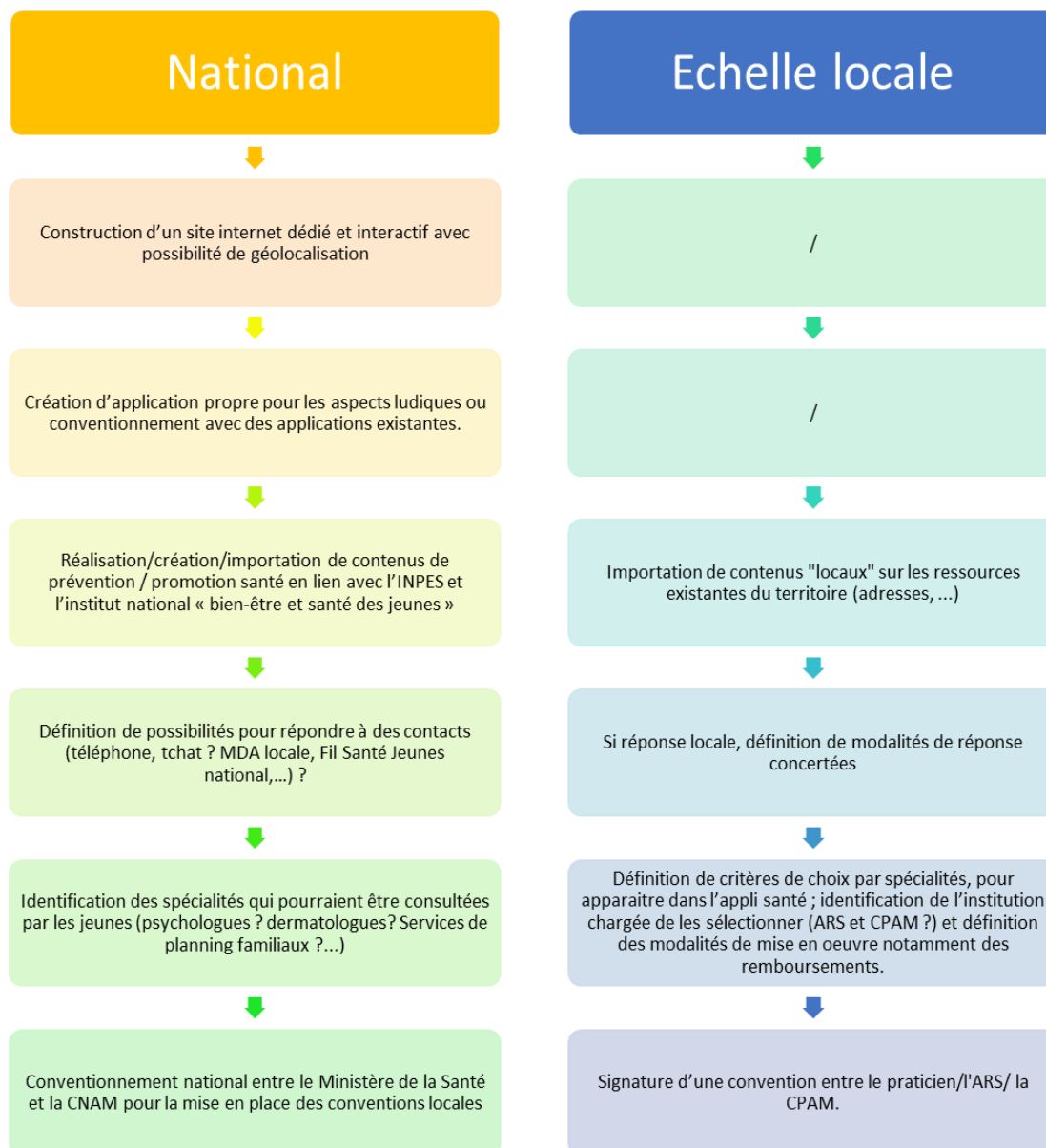
Une expérimentation devra être faite sur 1000 jeunes environ dans trois régions (par exemple Pays de la Loire, Lorraine et Ile de France) ou des régions volontaires ce qui permettra de bien en définir les modalités sur le terrain et de manière participative, les coûts et les économies, les limites et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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

⁹⁷ Arrêté du 1er juillet 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objectifs

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

¹⁰⁰ Cf. fiche 7 en annexe.

Fonctionnement

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

Conditions requises pour la création d'un dispositif

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

Bénéfices généraux du fonctionnement d'un dispositif académique et régional

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

Les moyens

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

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

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

État des lieux

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

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

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

Contexte

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

¹⁰² Cf. référentiels en annexe.

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

La création d'un corps unique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰³ Cf. partie 5.1.1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰⁵ Professeur de pédopsychiatrie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹¹⁷ Cf. préconisation 9.

¹¹⁸ Cf. préconisation 10.

¹¹⁹ Cf. préconisation 9.

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

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

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

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

¹²⁰ Taux de réponse : 53%.

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

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

Un nouveau cahier des charges national à rédiger pour

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

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

Une animation territoriale

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

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

¹²¹ Cf. préconisation 9.

Des moyens adaptés

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

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

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

Une circulaire interministérielle

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

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

¹²² Cf. Partie 4.1.2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

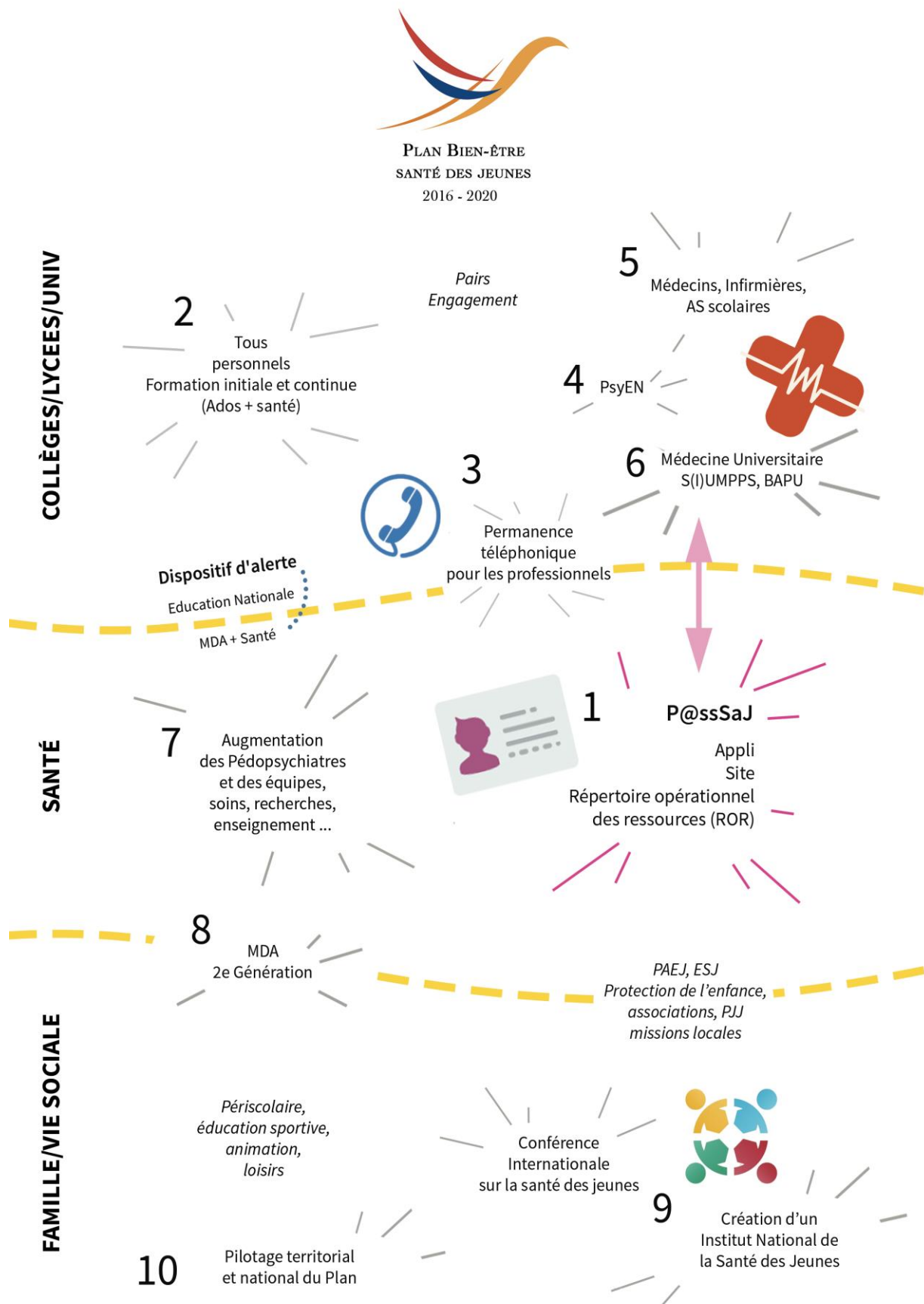
L'institut National de la Santé des Jeunes

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

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

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

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





PLAN BIEN-ÊTRE
SANTÉ DES JEUNES

Pilotage national et territorial

Conférence internationale sur la santé des jeunes

Création d'un Institut National de la Santé des Jeunes

