



MISSION BIEN-ÊTRE
ET SANTÉ DES JEUNES

Annexes

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION



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

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

MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Les Ministres

Paris, le **29 SEP. 2015**

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

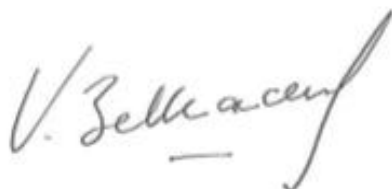
Monsieur Jean-Louis BRISON
20, rue Etienne Marcel
93500 PANTIN

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

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

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

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



Najat VALLAUD-BELKACEM



Marisol TOURAINE



Patrick KANNER

ANNEXE 2 : DES EXPERIENCES LOCALES INNOVANTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

smodier@sauvegrde.93.fr

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

Le témoignage d'une enseignante, directrice d'études

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

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

L'accompagnement scolaire à la *Maison de Solenn*

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

En hospitalisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Propositions

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

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

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

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

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

christine.baveux@aphp.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

gilbertduperray@hotmail.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

catherine.becht@ac-strasbourg.fr

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

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

Le collège

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

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

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

La démarche ABMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

martine.zapata@ac-lyon.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

carioul@ac-rouen.fr

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

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

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

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

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

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

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

catherine.brebant@fsef.net

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

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

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

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

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

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

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

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

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

odile.olympie@ac-bordeaux.fr

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

Les ALSES relèvent de la prévention spécialisée.

Présentation de la prévention spécialisée

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

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

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

La démarche des ALSES

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

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

Les missions des éducateurs sont notamment les suivantes :

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

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

fbobot@apsn-prev.fr

² Conseil, Recherche, Évaluation, Sciences Sociales.

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

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

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

De façon schématique, le processus est le suivant.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

philipperigoulot.mda30@gmail.com

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

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

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

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

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

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

Qui sont nos patients ?

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

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

Une collaboration permanente entre professeurs, médecins et soignants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³ Cf. document de présentation du projet en interne.

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

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

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

philippe.colin-madan@sef.net

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

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

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

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

Projets spécifiques de groupes d'analyse de situations problématiques

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

Modalités de fonctionnement

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

Les réunions peuvent être consacrées à trois groupes de questions :

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

Objectif du dispositif

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

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

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

Établissements et personnels concernés

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

loik.jousni@chu-brest.fr

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

Historique et structuration

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un fonctionnement qui recourt à de nouveaux leviers d'intervention

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

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

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

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

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

Évaluation

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

Perspectives

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

isema@adsea28.org

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c.prat@federationaddiction.fr

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

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

Le contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c.prat@federationaddiction.fr

CJC avancées en milieu scolaire – APLEAT, Orléans

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

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

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

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

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

dg@apleat.com

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

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

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

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

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

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

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

christine.cordoliani@ac-versailles.fr

ANNEXE 3. CONTRIBUTIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depuis les années 1970, le traitement des troubles psychiques privilégie l'intégration du patient dans la cité, et donc les soins ambulatoires plutôt que les hospitalisations. Ainsi, 76% des patients soignés dans un service de psychiatrie sont pris en charge en ambulatoire¹³. Cette spécificité est encore plus marquée pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour laquelle l'activité ambulatoire représente 97% de la prise en charge des enfants et adolescents.

Les capacités de prise en charge ambulatoire se sont fortement développées, tandis que les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont fortement diminué depuis les années 1970 : le nombre de lits en psychiatrie s'établissait à 60 000 en 2010 alors qu'il atteignait 130 000 en 1974. Les structures de prise en charge ambulatoire sont constituées essentiellement des centres médico-psychopédagogiques (CMP), qui jouent un rôle pivot dans la prise en charge. Bien que rattachées à un hôpital, ces unités extrahospitalières d'accueil et de coordination sont situées en ville. Elles sont dotées d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs...) qui offrent consultations, soins ambulatoires, actions de prévention et de suivi à domicile. Il existe environ 3 750 CMP en 2014, et 1 450 CMP en psychiatrie infanto-juvénile (qui réalisent environ 5 millions d'actes par an).

Les modalités d'hospitalisation à temps partiel

Les prises en charge hospitalières sont le plus souvent à temps partiel pour les enfants et adolescents :

- les hospitalisations à temps partiel de jour ou de nuit permettent des soins intensifs et polyvalents (9 420 places et 1,5 millions de journées pour les enfants et adolescents en hôpital de jour, 110 places et 9 000 journées en hôpital de nuit) ;
- les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques dispensent des soins moins intensifs (690 structures et 372 500 journées pour la psychiatrie infanto-juvénile).

Les structures d'hospitalisations à temps complet

Enfin, les prises en charge à temps complet se déclinent ainsi :

- à titre principal, des hospitalisations à temps complet dans des établissements de santé (2 160 lits pour les enfants et adolescents et 450 000 journées d'hospitalisation) ;
- l'accueil familial thérapeutique pour les patients (770 places en 2012 et près de 150 000 journées) ;
- l'hospitalisation à domicile (260 places et 17 500 journées en 2012) ;
- les centres d'accueil et de crise, qui assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques, et hospitalisent pour une courte durée (60 places en 2012 pour les enfants et adolescents et 16 000 journées).

¹² L'article L 3221-2-I du code de la santé publique, introduit par l'article 69 de la loi du 26/01/16 de modernisation de notre système de santé, précise qu'en l'absence d'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, le directeur général de l'ARS intervient pour s'assurer que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

¹³ Source : DREES, Le panorama des établissements de santé, 2014.

2. LES MAISONS DES ADOLESCENTS (MDA)

Le développement rapide des MDA dans les années 2000 a été rendu possible par les financements publics et le recours à un cadre juridique souple. Le développement des MDA a été soutenu par l'État et l'Assurance-Maladie à partir de 2005.

Historique des MDA

La première maison des adolescents est créée au Havre en 1999, à l'initiative du pédopsychiatre Alain Fuseau, et grâce à la mobilisation de responsables locaux. Installé au centre-ville, ce service extérieur de l'hôpital propose aux jeunes l'écoute d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, travailleurs sociaux,..) et l'orientation vers une prise en charge adaptée. Cette structure innovante est repérée par la Défenseure des enfants Claire Brisset en 2001, dans son rapport public qui préconise le développement de telles structures dans chaque département. A l'issue de la conférence de la famille en 2004, un programme national de développement des maisons des adolescents (2005-2010) est adopté par l'État.

Les dates-clés du développement des maisons des adolescents

1999	La première maison des adolescents est créée au Havre.
2001	Le rapport de la défenseure des enfants (Claire Brisset) préconise le développement d'une maison des adolescents dans chaque département.
2004	Dans le cadre de la conférence nationale de la famille, le gouvernement fixe l'objectif de développement des maisons des adolescents.
2005	Un programme national de développement des maisons des adolescents est lancé par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille. Il est cofinancé par l'État, l'assurance maladie et la fondation Hôpitaux de Paris- hôpitaux de France. Il s'inscrit dans le Plan Psychiatrie et santé mentale (2005-2008).
2007	Le rapport annuel de la défenseure des enfants (Dominique Versini) réaffirme la nécessité de développer une maison des adolescents par département.
2008	L'association nationale des maisons des adolescents (ANDMA) est créée.
2008	Le Plan Santé des jeunes fixe l'objectif d'une maison des adolescents par département d'ici à 2010.

Un soutien financier de l'État et de l'assurance-maladie au développement

Le programme de développement des maisons des adolescents mis en œuvre par l'état, par appel à projet, à partir de 2005 permettait la mobilisation de plusieurs sources de financement au service des maisons des adolescents, sous réserve du respect d'un cahier des charges. Les aides publiques mobilisables dans le cadre du programme de création des MDA étaient les suivantes :

- des aides à l'investissement (aide au démarrage) pouvant aller jusqu'à 350 000€ par projet (aides de l'état)- à ce titre, 12,6 M€ ont été accordés entre 2005 et 2010 ;
- des aides au fonctionnement reductibles :
 - un financement de l'activité de soins à hauteur de 156 000€ (ONDAM hospitalier)- entre 2006 et 2012, 64 M€ d'aides publiques ont été mobilisés dans ce cadre ;

- un financement de 52 000€ au titre des réseaux de santé, pour les MDA adossées à un réseau de santé, dans le cadre du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)¹⁴.

Au-delà de ces aides accordées dans le cadre du programme de développement des MDA, des soutiens publics de diverses natures ont été accordés aux maisons des adolescents :

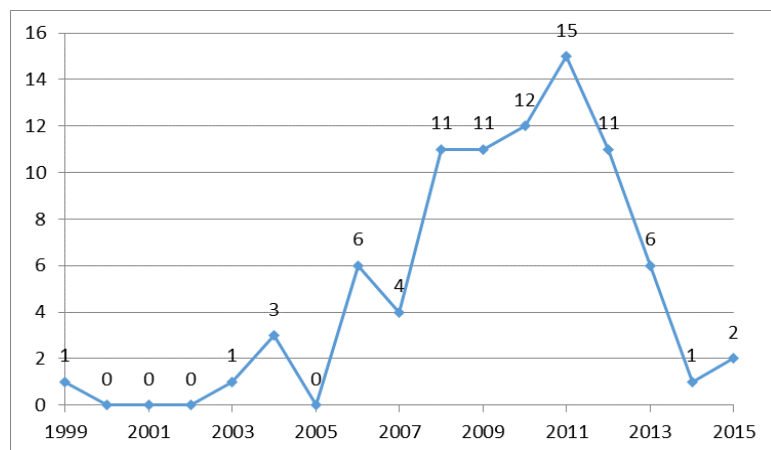
- des crédits complémentaires de l'État (notamment des crédits préalablement accordés à un PAEJ intégré au sein de la MDA ou des crédits de la politique de la ville) ;
- des mises à disposition de personnels publics, notamment par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou l'Éducation Nationale ;
- des financements complémentaires de centres hospitaliers partenaires ;
- des subventions de collectivités territoriales.

Par ailleurs, deux fondations ont apporté un soutien important aux MDA :

- la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France a subventionné plus de 50 MDA depuis 2004, pour un montant total d'environ 8 M€ (hors *Maison de Solenn* à Paris)¹⁵;
- la Fondation de France accorde depuis 1994 des financements sous forme d'appels à projets dans le cadre de son programme "santé des jeunes", qui peuvent bénéficier aux maisons des adolescents (financement à hauteur d'environ 200 000€ depuis 1994). Début 2016, un nouvel appel à projets "Favoriser l'accès aux dispositifs de soins pour les jeunes en situation de vulnérabilité" prolonge le soutien historique de la Fondation en faveur de la santé des jeunes.

Le réseau des MDA compte environ 105 structures en 2015, mais 11 départements en restent dépourvus

Le programme de développement des maisons des adolescents a contribué à leur développement rapide entre 2005 et 2011, en atteste le graphique ci-dessous.



Nombre de créations annuelles de MDA entre 1999 et 2015

Source : enquête menée par l'ANMDA (taux de réponse de 80%)

Lecture : en 2009, 11 MDA ont été créées

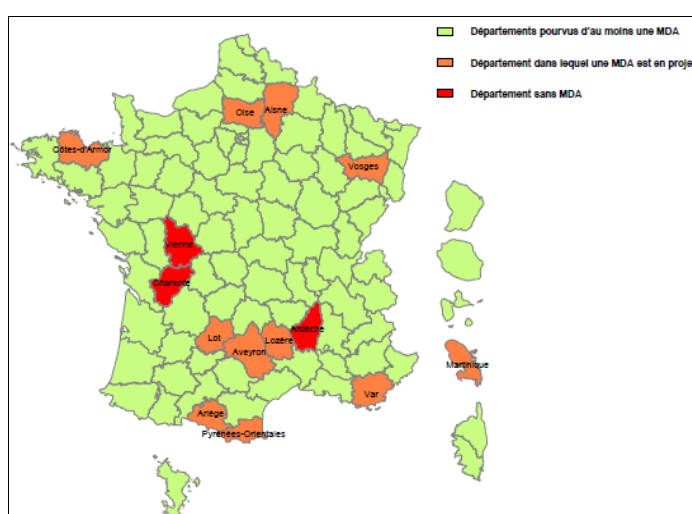
En 2015, il existe environ 105 maisons des adolescents (hors antennes)¹⁶. Quatorze départements restent cependant dépourvus de MDA¹⁷ :

¹⁴ Le FIR (Fonds d'intervention régional) s'est substitué au FICQS en 2012.

¹⁵ L'État et la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France ont conclu une convention-cadre de partenariat relative aux maisons des adolescents le 27/05/15.

- six départements dans lesquels un projet de création de MDA a été soutenu par l'ARS en 2015¹⁸, sans que celui-ci n'ait abouti à ce jour. Il s'agit de la Martinique, des Vosges, de l'Ariège, du Lot, de l'Aveyron et des Pyrénées orientales ;
- deux départements dans lesquels il existe des projets de création de MDA, selon l'ANMDA, sans soutien financier de l'ARS à ce stade : le Var et la Lozère ;
- trois départements dans lesquels les MDA ont fermé en 2013 ou en 2014 : Aisne (MDA de Château-Thierry) ; Oise (MDA de Creil et Beauvais) ; Cotes d'Armor (MDA Saint-Brieuc). Dans ces départements, des projets sont soutenus pour recréer une MDA ;
- trois départements dans lesquels il n'existe aucun projet de MDA : Ardèche, Charente, Vienne.

Cartographie des départements dépourvus de maisons des adolescents d'après données ANMDA et DGOS



Le cadre juridique des MDA confère une grande souplesse au dispositif

Le cadre juridique des maisons des adolescents est particulièrement souple, puisqu'aucun texte n'encadre spécifiquement leur intervention. Cependant, les financements publics accordés dans le cadre du programme de développement des MDA ont été conditionnés au respect d'un cahier des charges. Celui-ci précise les objectifs des MDA, et fixe des conditions au financement public, relatives :

- au montage du projet et au fonctionnement de la MDA (élaboration d'un diagnostic initial partagé ; mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité de suivi; accessibilité) ;
- aux missions des structures (accueil et écoute, évaluation, prise en charge médicale et psychologique et accompagnement éducatif, social et juridique) ;
- au public cible (actions à destination des adolescents, des familles et des partenaires) ;

¹⁶ Le recensement exact du nombre de MDA est rendu difficile par l'existence de plusieurs antennes par MDA.

¹⁷ En Haute-Saône, la MDA de l'aire urbaine (MDAU) de Belfort-Montbéliard compte toutefois une antenne, située à Héricourt.

¹⁸ La circulaire SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2015 prévoit une dotation complémentaire (de 156 000€) pour quatre agences régionales de santé (Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Lorrain et Midi-Pyrénées) "afin de mettre en œuvre des projets de maisons des adolescents dans des départements non pourvus".

- au caractère partenarial de leur action (santé, action sociale, éducation, justice, collectivités territoriales et secteur associatif).

Le rapport IGAS d'évaluation des MDA en 2013 préconisait la rénovation du cahier des charges défini en 2005, afin d'en faire un véritable référentiel annexé à une circulaire du Premier ministre. Ceci conférerait un statut à ce texte, qui pourrait servir de référence pour une labellisation des MDA.

D'une grande diversité, les MDA sont des structures pluridisciplinaires d'accueil des adolescents et de soutien des professionnels

Les missions des MDA sont définies de manière très large.

Le cahier des charges des maisons des adolescents leur attribue des missions extensives :

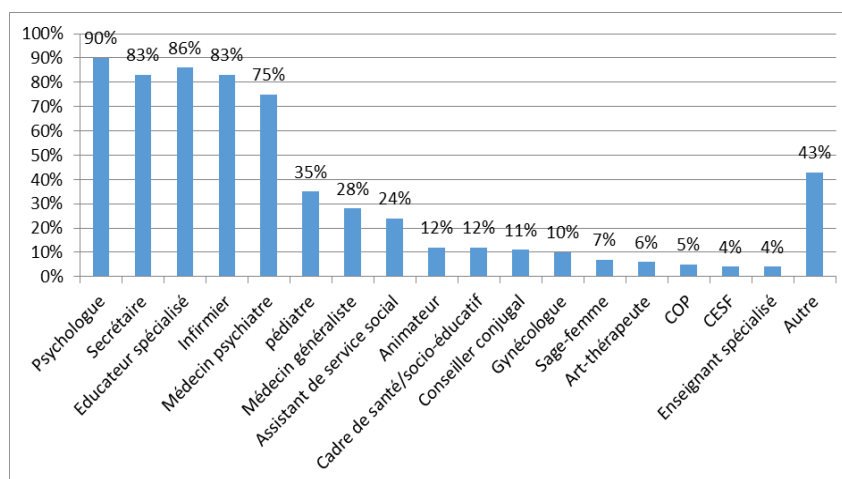
- **l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'évaluation.** L'accueil généraliste des adolescents (et de leurs familles) doit permettre d'évaluer la problématique de l'adolescent, de l'informer et de l'orienter au sein de la maison des adolescents, ou si besoin vers des structures plus spécialisées. D'après une enquête réalisée par l'ANMDA en 2015, une MDA reçoit en moyenne près de 800 situations par an. Les jeunes accueillis ont entre 10 et 25 ans, la tranche d'âge retenue variant selon les structures. Les problématiques des adolescents qui sollicitent les MDA relèvent de troubles du comportement, des addictions et conduites à risques, de tentatives de suicide, de risques liés aux réseaux sociaux, du décrochage scolaire ou de retrait scolaire, de violences et la prévention de la délinquance.
- **une prise en charge médicale et psychologique.** Ce volet sanitaire est plus ou moins développé selon les Maisons des adolescents. Certaines MDA sont dotées de capacités internes de prise en charge (consultations médicales par exemple) ou sont étroitement articulées avec des services permettant l'hospitalisation.
- **l'accompagnement éducatif, social et juridique.** De nature souvent partenariale, il permet de répondre aux difficultés rencontrées par les jeunes.

Au-delà, le cahier des charges précise que les MDA ont pour vocation de **constituer un lieu ressource sur un territoire donné** pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence. Cela peut se traduire par des conférences, par des actions d'information et de prévention, par des actions de formation de professionnels ou encore par l'organisation de réunions d'échanges de pratiques ou d'études de cas complexes.

La pluridisciplinarité constitue l'une des spécificités des MDA

D'après le cahier des charges des MDA, celles-ci ont vocation à réunir les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. **Cette prise en charge globale de l'adolescent nécessite l'intervention de professionnels variés.** La charte des MDA dispose que "les Maisons des adolescents se veulent des espaces pluridisciplinaires et pluri-partenariaux. La pluridisciplinarité, essentielle dans leur conception [...] permet de proposer aux adolescents la richesse de regards croisés, allant du médical au social et du juridique à l'éducatif".

Métiers représentés en MDA



Source : : enquête menée par l'ANMDA - Lecture : 90% des MDA interrogées disposent d'un psychologue (employé par la MDA ou mis à disposition)- COP: conseiller d'orientation-psychologue; CESF: conseiller en économie sociale et familiale

Ainsi, des professionnels de métiers variés contribuent au fonctionnement de la MDA, comme l'illustre le graphique présenté ci-après. L'équipe de base de la structure est en général constituée, sous la responsabilité d'un directeur ou coordonnateur, d'un médecin (psychiatre ou pédopsychiatre), d'un infirmier, d'un psychologue, d'un éducateur et d'un secrétaire. D'autres intervenants complètent l'équipe de base : assistant social, gynécologue, nutritionniste, addictologue, personnels d'associations (aide à la parentalité, planning familial, missions locales), avocats, etc.

Les maisons des adolescents s'inscrivent aussi dans un réseau pluri-partenarial. Ceci est garanti par la constitution du comité de pilotage des MDA, qui doit réunir ses principaux partenaires (centres hospitaliers, associations, conseil départemental, services de l'Etat, missions locales, CAF). Les partenaires avec lesquels les MDA formalisent le plus fréquemment leurs collaborations sont la PJJ (44%), l'aide sociale à l'enfance (41%) et l'Éducation Nationale (40%)¹⁹. Les partenariats se traduisent fréquemment par la mise à disposition de personnels.

Une grande diversité au sein du réseau des MDA

Des formes juridiques hétérogènes

La forme juridique des MDA n'est pas uniforme, comme l'y autorise le cahier des charges. Les MDA peuvent être adossées à des établissements de santé (environ 50% des MDA) ou à des collectivités, sans autonomie juridique. Environ 1/4 d'entre elles ont un statut associatif loi 1901, tandis que près de 15% d'entre elles prennent une forme de groupement d'intérêt public (GIP) ou de GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale)²⁰.

¹⁹ Données ANMDA, issues de l'enquête nationale 2015, à laquelle 75 MDA sur 104 recensées ont répondu.

²⁰ Données ANMDA 2015.

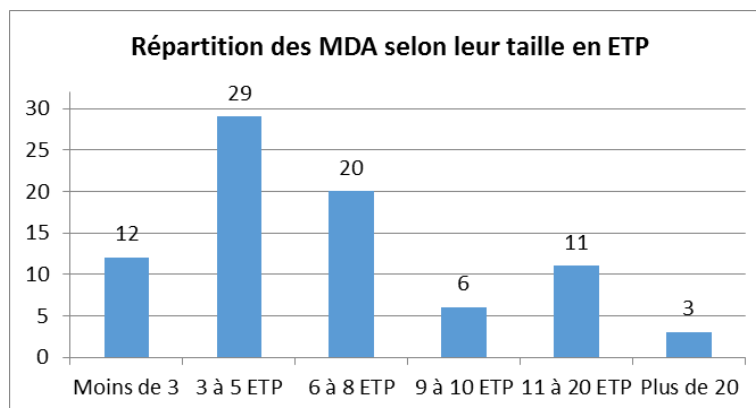
Des organisations de taille variable

Les maisons des adolescents sont majoritairement de petites structures. En moyenne, 7,6 ETP (Équivalent Temps Plein) contribuent au fonctionnement d'une MDA. Parmi eux, environ 3 ETP, soit 40% des ETP des MDA, sont mis à disposition par une structure externe. Cependant, cette moyenne cache des disparités importantes dans la taille des structures, comme en atteste le graphique ci-dessous.

Répartition des MDA selon le nombre de salariés (en ETP)

Source : enquête menée par l'ANMDA portant sur 75 MDA

Lecture: 12 MDA ont moins de 3 ETP.



De même, si le budget moyen d'une MDA est d'environ 400 000€, celui-ci peut varier entre 100 000€ et 2 Mi€.

Jugées globalement pertinentes et efficaces, Les MDA sont confrontées à des enjeux financiers et territoriaux

Un dispositif jugé très favorablement par les différents rapports qui lui ont été consacrés

Les différents rapports nationaux d'évaluation des maisons des adolescents ont porté une appréciation favorable sur le dispositif :

- un rapport de 2009 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)²¹ soulignait que "tous les acteurs auditionnés dans le cadre de la mission s'accordent à reconnaître l'incontestable intérêt des maisons des adolescents";
- un rapport de 2011 publié par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) établissait que la conformité au cahier des charges en terme de pluridisciplinarité et d'accessibilité par le public jeune semblait avoir été respectée pour la quasi-totalité des dispositifs²² ;
- en 2013, le rapport d'évaluation de l'IGAS²³ concluait à l'efficacité des maisons des adolescents, et à leur efficacité reconnue par tous. Selon le rapport, les MDA répondent à des attentes des adolescents, de leurs parents et de nombreux professionnels en relation avec eux. Elles contribueraient au désengorgement des CMP grâce à une intervention en amont, et participeraient à la lutte contre l'échec scolaire et la déscolarisation. Par ailleurs, l'ANMDA, tête de réseau des MDA, est jugée légitime et compétente.

Localement, certaines évaluations externes de MDA ont aussi tiré des conclusions positives de l'action des MDA :

²¹ "Les maisons des adolescents", M. Buisson, F. Salles, conseillers généraux des établissements de santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, février 2009.

²² "Maisons des adolescents- Bilan- Programme 2005-2010", DGCS, DGS, décembre 2011

²³ "Evaluation de la mise en place du dispositif "maison des adolescents" (MDA)", F. Amara, P. Naves, Inspection Générale des Affaires Sociales, octobre 2013.

- l'évaluation de la maison des adolescents du Calvados conclut que la MDA 14 a su apporter une réponse complète aux besoins de l'adolescent, de sa famille ou des professionnels [...] en permettant notamment le décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire ;
- l'évaluation de la MDA de Loire-Atlantique valorise le caractère pluri-professionnel et pluridisciplinaire de la structure, gage d'une expertise reconnue et appréciée tant auprès du public que des partenaires. L'approche globale des jeunes, la qualité de l'accompagnement, ainsi que la reconnaissance de la structure dans le département, à la fois sur sa mission d'accueil du public, mais aussi d'animation d'un réseau de partenaires constituent aussi des atouts de la structure.

Extraits de l'évaluation de la maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique, mai 2013

Selon les différents professionnels, la MDA correspond bien à un maillon de prise en charge des jeunes car elle n'apparaît pas comme une structure médicale. Toutefois, des questions peuvent se poser concernant les délais de prise en charge par l'équipe de la MDA au regard de l'augmentation du nombre d'adolescents.

Selon les intervenants spécialisés, la MDA permet d'être un "sas" pour des jeunes dont les problématiques ne nécessitent pas directement une prise en charge hospitalière. Ces différents intervenants, par leur compétence, apparaissent essentiels pour le fonctionnement de la prise en charge en faisant, pour certaines situations de jeunes, le lien avec des structures extérieures.

Les jeunes pris en charge apprécient le caractère accueillant et convivial de la structure, et plus particulièrement les modalités 'accueil propres au fonctionnement de la MDA (anonymat, gratuité, accueil immédiat par des professionnels) ainsi que la nature et la dynamique de la prise en charge proposée. Ils apprécient l'approche collective de la situation et la posture de conseil et de démarche active proposée par les professionnels. Cet aspect permet ainsi aux jeunes de se sentir écoutés, d'être à l'aise dans cette prise en charge et de distinguer l'approche proposée par la MDA d'un suivi thérapeutique.

Les parents apprécient eux aussi la simplicité de l'accueil, la réactivité du suivi et l'approche collective des situations. Toutefois, un flou demeure quant à leur place dans l'accompagnement.

Les partenaires extérieurs soulignent à la fois le professionnalisme de l'équipe et son caractère interdisciplinaire. Cependant, des interrogations subsistent sur la façon dont s'organise la prise en charge.

Synthèse de l'évaluation de la maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique, Le Grand, Mumiglia et Loncle, 2013

Un enjeu de consolidation financière

Les différents rapports ont souligné la fragilité financière des MDA, qui restent pour l'essentiel des structures de petite taille, dépendantes de multiples financeurs : l'ARS, principalement sur les crédits ONDAM (crédits hospitaliers) ou FIR (réseaux) ; le conseil départemental et plus rarement, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et les conseils régionaux ; les centres hospitaliers, qui peuvent abonder les crédits ARS ; les caisses d'allocation familiales ; l'Etat (DDCS, Éducation Nationale, PJJ) ; les fondations et associations.

Ces financements multiples ne sont pas toujours pérennes ni suffisants. Le rapport IGAS d'évaluation des MDA en 2013 appelait à un financement "de base" assuré par l'ARS ainsi que par les collectivités locales (les conseils départementaux, au titre de leur compétence en protection de l'enfance, et de façon complémentaire, les intercommunalités).

Un enjeu de maillage territorial, en particulier dans les territoires ruraux

Une quinzaine de départements est aujourd'hui dépourvu de maisons des adolescents (voir cartographie). Au-delà, dans certains départements qui disposent de MDA, la couverture géographique des maisons des adolescents est insuffisante, notamment dans les territoires ruraux, et ce malgré l'existence de plusieurs antennes par MDA. Le rapport d'évaluation de la MDA de Loire-Atlantique soulignait ainsi la problématique posée par les capacités d'accueil de la MDA pour des publics éloignés des dispositifs, notamment les publics issus des quartiers de la politique de la ville ou bien en situation de grande précarité sociale.

Pour accroître leur couverture géographique, certaines MDA ont mis en place des équipes mobiles. Ainsi, la MDA du Calvados propose des prises en charge individuelles délocalisées sur le département, lorsque les adolescents ne peuvent se déplacer, ainsi que des interventions collectives de soutien auprès d'équipes éducatives, de professionnels ou de parents confrontés à des situations de crise. De même, la MDA de Corrèze a mis en œuvre un dispositif expérimental d'équipe mobile pour "aller vers" les besoins des adolescents en s'appuyant sur un partenariat avec les professionnels des établissements scolaires. En 2014, le rapport d'évaluation de ce dispositif réalisé dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse²⁴ préconise de pérenniser l'antenne mobile sur le département, et d'essaimer ce projet dans d'autres territoires à dominante rurale.

Par ailleurs, les collectivités territoriales demeurent insuffisamment impliquées dans les MDA, notamment du conseil départemental. Les maisons des adolescents sont rarement associées aux dispositifs de politique de la ville (notamment dans les contrats locaux de santé ou dans les ateliers de santé ville). De même, les MDA sont rarement citées dans les projets régionaux de santé des agences régionales de santé.

Un enjeu d'articulation avec les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) et les espaces santé jeunes (ESJ) pour une meilleure lisibilité de l'offre locale

Deux dispositifs ont des missions proches des maisons des adolescents (MDA) : les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ), d'une part, et les espaces santé jeunes (ESJ), d'autre part. Le tableau de comparaison présenté ci-dessous montre la proximité forte entre ces dispositifs d'accueil généraliste et pluridisciplinaire, qui visent le même public. La taille moyenne des MDA est cependant un peu supérieure, tandis que leur caractère sanitaire est plus affirmé.

Comparaison des dispositifs maisons des adolescents (MDA), points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) et espaces santé jeunes (ESJ)

	MDA	PAEJ	ESJ
Nombre de structures	110	400	30, principalement situées dans les Hauts-de-Seine et dans les Bouches-du-Rhône
Textes de référence	Cahier des charges des MDA, annexé à la lettre circulaire du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents	- circulaire du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ, qui définit leur cahier des charges, - circulaire du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ.	Pas de texte juridique
Missions principales	- accueil, écoute, évaluation et orientation - prise en charge médicale et psychologique	- offrir un accueil, une écoute, et un soutien aux jeunes et à leurs parents - orientation vers un	- proposer un accueil individualisé, une écoute et une orientation - proposer des actions

²⁴ Rapport d'évaluation de l'Antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien (AMIES) au ministère des sports, de la jeunesse, de l'Éducation populaire et de la vie associative, Fonds d'expérimentation pour la jeunesse, 2014

	- accompagnement éducatif, social et juridique - lieu de ressources pour les professionnels	dispositif spécialisé si nécessaire	collectives sur les questions de santé (prévention) - développer le travail en réseau entre professionnels
Public accueilli	Les adolescents (entre 11 et 25 ans, selon les structures)	Jeunes âgés de 12 à 25 ans, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé	Jeunes âgés de 11 à 25 ans, parents et professionnels
Taille moyenne	7 ETP	2 ETP	3 ETP
Budget moyen	400 000€	130 000€	150 000€ en moyenne
Spécificités	Les MDA proposent des soins- Premier financeur : ARS	Les PAEJ ont été mis en difficulté par une diminution de moitié des financements de l'Etat entre 2009 et 2012.	Soutien historique de la Fondation de France- Financés principalement par les collectivités locales (communes et départements)
Tête de réseau	Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)	Association nationale des points d'accueil et d'écoutes jeunes (ANPAEJ)	Fédération des espaces santé jeunes (FESJ)

"Zoom 2014- Enquête sur le dispositif Espace santé Jeunes", fédération des espaces santé jeunes, septembre 2015; Etude relative aux PAEJ, ministère des affaires sociales, septembre 2015; enquête ANMDA 2015

Or l'articulation entre ces trois structures demeure imparfaite. D'après l'enquête menée par l'ANMDA, seules 21% des MDA ont un lien conventionné avec les PAEJ et les ESJ. Localement, des situations de concurrence ou de mésentente entre les structures peuvent aussi limiter les collaborations entre les structures. Ainsi, un rapport de 2013 portant sur l'articulation des PAEJ et des MDA en Bretagne soulignait le cloisonnement entre ces dispositifs²⁵. Le rapport IGAS de 2013 mettait aussi en exergue la difficulté d'articulation entre ESJ et MDA dans deux départements.

Sur la base de l'évaluation menée par l'IGAS sur les MDA et d'une étude sur les PAEJ, le ministère en charge de la santé et des affaires sociales a entamé des travaux pour mieux articuler les deux dispositifs, avec l'objectif de rénover conjointement les cahiers des charges des deux dispositifs.

Les modalités de collaboration entre maisons des adolescents et l'Éducation nationale sont nombreuses et hétérogènes

L'Éducation nationale est un partenaire institutionnel privilégié des MDA

Les collèges et lycées figurent parmi les premiers partenaires des maisons des adolescents. En effet, la grande majorité des jeunes suivis par les MDA sont scolarisés. Les établissements scolaires sont des lieux d'expression privilégiés du malaise des jeunes, du fait du temps passé par les jeunes dans leurs murs. Les difficultés scolaires (échec scolaire, décrochage scolaire, retrait scolaire, harcèlement..) font aussi partie des principales problématiques rencontrées par les adolescents suivies par les MDA.

²⁵ "Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance : freins et leviers à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne", Canler, EHESP, 2013.

L'Éducation nationale est souvent la **première institution partenaire de la MDA, en termes d'orientation des jeunes vers la structure**. Selon les MDA, entre 25 et 50% des jeunes suivis ont été adressés par des professionnels des collèges ou lycées (publics ou privés). Les principaux interlocuteurs des maisons des adolescents sont les infirmières scolaires, les assistantes sociales et les conseillers principaux d'éducation. Après l'orientation vers la MDA, les MDA restent en relation vers les personnels des établissements pour le suivi de la situation des jeunes. Le suivi de ces situations individuelles peut donner lieu à des coopérations formalisées, par exemple sous forme de rencontres régulières ou de fiche de suivi.

Ce partenariat privilégié peut aussi se traduire par la **participation de l'Éducation nationale aux instances de la MDA** (participation des chefs d'établissement ou d'inspecteurs d'académie aux comités de pilotage et comités de suivi). Plus rarement (environ 12% des MDA concernées²⁶), l'Éducation Nationale fait partie des personnes morales fondatrices de la MDA (par exemple lorsque les MDA sont constituées sous forme de GIP). Inversement, les MDA participent à des instances des collèges et lycées, qui concernent aussi bien des cas individuels (cellules de veille pluridisciplinaires, groupes de prévention contre le décrochage scolaire), que le collectif de l'établissement (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté). Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, **un levier essentiel dans la réussite du partenariat entre MDA et Education nationale réside dans la mise à disposition de personnels entre les structures**. Les mises à disposition de personnel de l'Education nationale dans les MDA concernent environ un quart des MDA²⁷. Les personnels concernés sont des infirmiers scolaires, des assistants de service social, des conseillers d'orientation-psychologues, ou encore des enseignants spécialisés. Ils jouent un rôle jugé très utile d'interface entre la MDA et les établissements de l'Education nationale. Leur expertise dans les dispositifs d'aménagement de parcours est également appréciée. Inversement, mais plus ponctuellement, certaines MDA mettent à disposition des personnels au sein d'établissements scolaires (notamment des psychologues, pour l'organisation de temps d'écoute).

Ces liens privilégiés ne se traduisent pas toujours par une convention globale de partenariat entre l'Education nationale (établissements ou DASEN) et les maisons des adolescents. En revanche, des conventions traitent d'aspects spécifiques du partenariat (mise à disposition de personnels; actions de lutte contre le décrochage ou contre le retrait scolaire par exemple).

Les actions et expérimentations conjointes MDA/ Education nationale sont très variées

En coopération avec la mission, l'association nationale des maisons des adolescents a mené une enquête flash auprès de son réseau, portant sur les liens entre maisons des adolescents et Éducation nationale. La typologie des modalités de collaboration présentée ci-dessous est issue de l'exploitation des résultats de cette enquête.

Les actions destinées aux adolescents scolarisés ou à leurs parents

Les actions auprès des adolescents sont de deux natures. En premier lieu, les interventions collectives des MDA dans les établissements scolaires, à des fins d'éducation et de promotion de la santé semblent répandues, au travers d'actions de prévention sur des thématiques spécifiques (prévention des addictions, éducation à la vie affective et sexuelle...), de forums santé, de conférences et de débats à thème. Elles peuvent aussi prendre la forme d'ateliers (écriture, théâtre, ciné-débat, etc.). Les actions à destination des parents d'élèves, plus ponctuelles, relèvent aussi en général d'actions collectives (organisation de conférences/ débats).

²⁶ Donnée issue de l'enquête nationale 2015 réalisée par l'ANMDA, avec un taux de réponse de 75%

²⁷ Ces données sont issues de l'enquête flash sur les liens entre MDA et Éducation nationale, réalisée par l'ANMDA (taux de réponse 55%).

En deuxième lieu, certaines MDA organisent des permanences d'écoute ou groupes de parole dédiés aux adolescents au sein des établissements scolaires (à une fréquence variable, hebdomadaire ou mensuelle). Ces temps d'écoute, le plus souvent organisés à la demande des établissements, ne font pas toujours l'objet de financement ad hoc par l'Éducation nationale et dépendent donc des ressources des MDA.

Les actions auprès des professionnels de l'Éducation nationale

Les interlocuteurs de la mission (professionnels des maisons des adolescents et de l'Éducation nationale) ont souligné l'importance de ces actions à destination des personnels de l'Éducation nationale pour améliorer le repérage des situations de mal-être et l'orientation des adolescents concernés.

Un premier niveau d'action relève de la formation ou de la sensibilisation des professionnels sur les thématiques liées à l'adolescence (repérage des signes de souffrance à l'adolescence, phobie scolaire, addictions...). Ces sessions de formation peuvent être organisées spécifiquement pour des professionnels de l'Éducation nationale, ou s'inscrire dans des actions de formation transdisciplinaire, avec d'autres institutions. Elles peuvent s'adresser aux personnels médico-sociaux des établissements (infirmiers, assistants sociaux notamment), mais aussi aux personnels de vie scolaire (CPE, assistants d'éducation), aux enseignants, voire au personnel de direction.

L'organisation de groupes de paroles sur les pratiques professionnelles constitue un second niveau d'action, jugé particulièrement riche, car il permet le croisement de regards professionnels. Selon le témoignage d'un personnel éducatif rencontré par la mission, *la clé d'entrée autour de l'adolescent est d'être à plusieurs autour de la table. Les regards croisés sur les jeunes permettent d'identifier si les signaux sont de réelles alertes.*

De nombreuses MDA organisent des groupes d'analyse des pratiques ou groupes-ressources, dans le cadre desquels des cas individuels sont étudiés. Ces dispositifs, le plus souvent pluridisciplinaires, peuvent concerner les infirmiers scolaires, les assistants sociaux, les CPE, et plus ponctuellement, les enseignants.

Ils peuvent s'inscrire dans des réseaux professionnels plus larges, souvent consacrés aux adolescents en grande difficulté (par exemple des adolescents de la protection de l'enfance ou de la PJJ). Ainsi, en Bretagne, dans le Finistère, un groupe de ressources locale se réunit mensuellement pour une analyse de situations complexes, souvent celles d'enfants placés en maisons d'enfant à caractère social qui sont aussi élèves de collègues, afin de trouver des solutions innovantes en croisant les regards professionnels.

Un troisième niveau d'accompagnement des MDA aux équipes pédagogiques est le soutien individuel, qui semble toutefois moins fréquent. L'appui individuel peut s'inscrire dans le cadre de l'accueil téléphonique de la MDA, ou, comme à la MDA du Finistère nord, se traduire ponctuellement par des sessions de soutien pour des enseignants. En effet, les enseignants peuvent se retrouver en difficulté dans leur posture professionnelle face aux attitudes et comportements des adolescents.

Enfin, certaines collaborations entre MDA et Éducation nationale portent sur des actions spécifiques de rescolarisation, dans le cadre de la politique de lutte contre le décrochage. À titre d'exemple, dans les Yvelines, la MDA Yvelines-Sud accompagne les professionnels d'un "lycée des possibles", qui accueille des jeunes décrocheurs avec une pédagogie adaptée.

Le projet de convention de partenariat entre l'ANMDA et le ministère de l'Éducation nationale doit permettre de renforcer les collaborations locales

Au niveau national, une convention de partenariat liant le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche et l'association nationale des maisons des adolescents (ANMDA). La

convention vise notamment à développer les actions de sensibilisation auprès des jeunes, en collège et en lycée, à développer la prise en charge des troubles des jeunes [...] afin de prévenir les risques d'échec scolaire, et à développer la formation continue auprès des personnels de l'éducation nationale. Cette convention, qui a vocation à être déclinée localement, constitue un levier pour renforcer les collaborations entre maisons des adolescents et les établissements de l'Éducation nationale.

3. LES POINTS D'ACCUEIL ET D'ECOUTE JEUNES (PAEJ)

Cadre juridique : circulaire DGS/ DGAS 2002/ 145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ (définition d'un cahier des charges) ; circulaire DGAS/LCEE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale

Les données chiffrées présentées dans cette note sont issues d'une enquête menée par la DGCS en 2014 sur les PAEJ. Par ailleurs, le cabinet Alenium Consultant a été retenu pour réaliser une étude auprès des PAEJ entre décembre 2014 et juin 2015. Cette étude a été menée auprès de 60 PAEJ.

Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans

Les PAEJ accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez-vous jeunes et/ ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social et scolaire. Ils ne proposent pas de soins.

D'après l'enquête commanditée par la DGCS, les principales thématiques traitées par les PAEJ sont le mal-être, le décrochage scolaire, les situations de crise, l'usage de substances psychoactives et les conduites violentes.

Un bon maillage territorial

Le réseau des PAEJ compte plusieurs centaines de structures [323 structures recensées par le cabinet Alenium²⁸] ; selon l'enquête DGCS 2014 ; 58% des PAEJ disposent d'antennes (une à trois antennes majoritairement). La moitié des structures est mobile. Cette mobilité se traduit assez généralement par des interventions « hors-les-murs » dans des établissements scolaires ou d'autres institutions. Cette mobilité des structures, et la proximité avec les jeunes est considérée par les PAEJ et par les partenaires comme un des principaux atouts des PAEJ.

Un travail partenarial quasi-systématique avec l'éducation nationale, tandis que le partenariat avec les MDA peut être amélioré

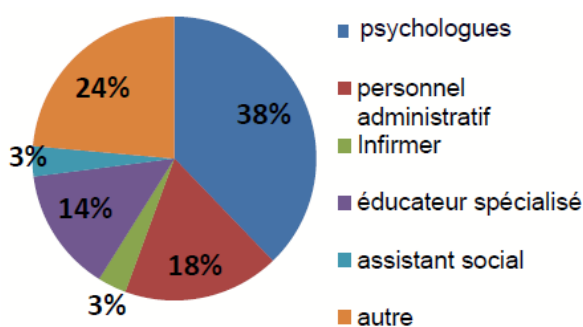
Les PAEJ ont vocation à inscrire systématiquement leur action en partenariat avec les autres réseaux d'accueil des jeunes (missions locales, maisons de l'adolescent). Certains PAEJ ont d'ailleurs été intégrés aux MDA lors de leur création. Cependant, d'après l'enquête DGCS 2014, si les partenariats des PAEJ sont très fréquents avec l'éducation Nationale (90% des structures), seuls 38% des PAEJ ont des interactions régulières avec les MDA. La qualité des partenariats entre PAEJ et MDA semble très variable.

- **Des structures de petite taille, fragiles financièrement**

Les PAEJ sont des structures de très petite taille, comptant en moyenne 3,9 intervenants / 2 ETP en moyenne par structure, avec de forts écarts entre PAEJ. Parfois le dispositif repose sur seulement 1 ETP environ, ce qui constitue un facteur de risque pour la continuité de l'activité.

²⁸ Étude relative aux Points d'accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ) - Rapport final ALENIMUM Consultants, 6 juillet 2015.

Les profils des intervenants des PAEJ sont dominés par les psychologues (38%) :



En moyenne, une structure a accueilli 491 personnes en 2014.

- **Des structures mises en difficulté financièrement par le retrait de l'État entre 2009 et 2012**

En 2014, le budget moyen d'un PAEJ est d'environ 130 000 €. Les PAEJ ont été mises en difficulté financièrement par le retrait des financements de l'État entre 2009 et 2012, qui ont diminué de moitié (de 9,7 millions d'euros à 5 millions). Ceci aurait causé la fermeture d'un tiers des structures. Le rapport IGAS de 2013 d'évaluation des MDA préconisait une sanctuarisation du financement de ces structures. Depuis, les financements de l'État se maintiennent à hauteur de 5,36 M€ (programme 304- pilotage par la DGCS).

Les financeurs des PAEJ sont les suivants :

- État 26% dont ARS, FIPD, CUCS en plus de la DGCS
- Commune 13%
- Département 11%
- EPCI 7%
- Région 6%
- CAF 4%
- FSE 3%
- Financeurs privés 6%
- Autres financeurs 24%

Les PAEJ assurent donc une mission complémentaire de celle des MDA et en lien fort avec l'école.

4. LES NOUVEAUX REFERENTIELS POUR LES PSYCHOLOGUES DE L'EDUCATION NATIONALE

Un référentiel de connaissances et de compétences des psychologues de l'éducation nationale (PsyEN) et des directeurs de centres d'information et d'orientation (DCIO)

Le référentiel s'appuie notamment sur la recommandation 2006/962/CE du Parlement européen qui définit la compétence comme un « ensemble de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées au contexte », chacune impliquant de celui qui la met en œuvre « la réflexion critique, la créativité, l'initiative, la résolution de problèmes, l'évaluation des risques, la prise de décision et la gestion constructive des sentiments ». Du fait des critères, conditions et niveau de recrutement au sein du corps de psychologues de l'éducation nationale, sont considérées comme acquises les connaissances et compétences afférentes à l'exercice de la profession réglementée de psychologue.

Il inventorie donc, en complément, l'ensemble de connaissances et de compétences communes et spécifiques susceptibles d'être mobilisées par les psychologues de l'éducation nationale des deux spécialités, en fonction des situations et des besoins des enfants, des adolescents, des familles et des équipes éducatives.

Chaque connaissance ou compétence est illustrée d'items qui en détaillent les composantes et en précisent le champ. Ces items en proposent les différentes mises en œuvre possibles, dans les situations diverses liées aux fonctions exercées par les psychologues de l'éducation nationale.

Sont ainsi définies :

- les connaissances et savoirs ressources communs nécessaires à l'exercice de chacune des spécialités et fonctions au sein du corps des PsyEN ;
- les compétences communes aux deux spécialités du corps ;
- les compétences spécifiques propres à l'exercice de la spécialité « éducation, développement et apprentissages » ;
- les compétences spécifiques propres à l'exercice de la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnel » ;
- les « compétences particulières » nécessaires à l'exercice des fonctions de DCIO.
- Ces connaissances et compétences professionnelles s'acquièrent et s'approfondissent dans un processus en continu par la formation initiale, l'expérience professionnelle et la formation continue.

1. Connaissances et savoirs ressources communs aux deux spécialités de psychologues de l'éducation nationale

Acteurs à part entière du service public d'éducation, les psychologues de l'éducation nationale interviennent dans un cadre institutionnel se référant aux principes de responsabilité de l'ensemble de ses personnels et dans le respect des fondements déontologiques et éthiques caractérisant la profession réglementée de psychologue²⁹.

Au service de la réussite de tous les élèves, leurs interventions s'inscrivent dans une indispensable complémentarité de la mission d'enseignement et de l'action éducative de l'École.

²⁹ Respect des droits de la personne, de son autonomie, de sa liberté de jugement et de sa décision, confidentialité des échanges, préservation de la vie privée et de l'intimité des personnes, respect des compétences professionnelles et des principes de rigueur, de probité et d'intégrité...

Ils concourent au bon déroulement de l'ensemble des missions d'instruction et d'éducation que la Nation assigne à l'École et participent à la lutte contre les effets des inégalités sociales.

Ils contribuent dans leur action à faire partager les valeurs fondamentales de la République, à promouvoir l'esprit de responsabilité et la recherche de bien commun en excluant toute forme de discrimination.

Ils interviennent au sein des conseils et instances institutionnels au service de la complémentarité, de la diversité et de la continuité éducative.

Pour ces raisons, outre les connaissances fondant leur qualification de psychologue, il est attendu de leur part un ensemble de connaissances indispensables à l'exercice de leurs missions au sein du service public d'éducation :

- la connaissance des principes éthiques et déontologiques communs à tous les fonctionnaires ;
- la connaissance des principes fondamentaux du système éducatif et de son organisation ;
- une culture des grands textes qui régissent le système éducatif, le cadre réglementaire de l'École et de ses établissements, les droits et obligations des fonctionnaires ;
- une vision précise de la politique éducative nationale, des principales étapes de l'histoire des institutions scolaires, de ses enjeux et ses défis ;
- la compréhension des missions imparties aux enseignants des premier et second degrés ainsi que celles des personnels d'éducation et de vie scolaire.

De plus, en tant que psychologues de l'éducation nationale, ils apportent à la communauté éducative des éclairages particuliers nécessitant :

- une connaissance solide de l'histoire et de la spécificité des théories, courants et modèles de la psychologie dans son ensemble et notamment ceux se rapportant à l'éducation et à l'orientation ;
- une expertise approfondie des processus psychiques³⁰ impliqués dans le développement personnel et les apprentissages des jeunes, dans leur accès à l'autonomie, à la culture et à la qualification ;
- une compréhension de l'évolution des principes de l'inclusion scolaire et de l'éducation pour tous, en particulier concernant les élèves à besoins particuliers ou en situation de handicap ;
- une connaissance des missions des structures d'accompagnement, de soutien ou de prise en charge des enfants, adolescents ou jeunes adultes concernés par un appui extérieur à l'éducation nationale.

2. Compétences communes aux deux spécialités de psychologues de l'éducation nationale

Qu'ils interviennent dans l'une ou l'autre des spécialités constitutives du corps, les psychologues de l'éducation nationale doivent, à l'issue de leur année de formation professionnalisante, confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences leur permettant d'être en capacité :

- d'analyser les situations éducatives et institutionnelles comme les problématiques singulières de chaque enfant, adolescent ou jeune adulte
- de contribuer à la compréhension de leurs difficultés scolaires et de l'évolution de leur développement psychologique et social
- de réaliser des entretiens et des bilans psychologiques
- de savoir instaurer des temps d'écoute, de dialogue et de concertation selon les besoins des enfants et des adolescents dans le cadre scolaire
- d'instaurer dialogue et échanges entre les adultes autour de l'enfant ou de l'adolescent
- de contribuer à la réussite scolaire de tous les élèves dans leur diversité et selon la nature de leurs besoins
- de prendre part à l'instauration d'un climat scolaire serein et de conditions d'études propices à la mobilisation scolaire

³⁰ Processus cognitifs, psycho affectifs, sociaux...

- d'apporter des éléments de compréhension adaptés à la prise de décisions au sein des différentes instances où l'avis du PsyEN est requis ou sollicité³¹ ;
- le cas échéant d'intervenir au titre de leur professionnalité de psychologue dans la conception de modules de formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale

3. Compétences spécifiques à l'exercice des activités de la spécialité « éducation, développement et apprentissages »

A l'issue de leur année de formation professionnalisante, les psychologues de cette spécialité doivent pouvoir en outre confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences spécialisées leur permettant d'être en capacité :

- d'évaluer la situation et le type d'aide et de réponses à mettre en place lors d'une sollicitation directe de familles, d'enseignants ou d'enfants
- d'évaluer la pertinence d'un suivi psychologique et créer les conditions de sa mise en œuvre
- de concevoir et conduire des actions de prévention et de remédiation individuelles ou collectives au titre de leurs interventions dans les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)
- d'accompagner les familles et les enfants lors des transitions entre cycles d'enseignement et lors de la première scolarisation à l'entrée à l'école maternelle
- de contribuer à la mise en place d'actions propices à favoriser un climat scolaire bienveillant dans les écoles :
- de participer à l'activité du pôle ressources de circonscription
- de partager les grands axes de son activité.

4. Compétences spécifiques à l'exercice des activités de la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle »

A l'issue de leur année de formation professionnalisante, les psychologues de cette spécialité doivent pouvoir en outre confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences leur permettant d'être en capacité :

- d'intervenir auprès des élèves et étudiants qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement spécifique dans l'élaboration de leur projet d'avenir et d'un conseil en orientation
- de participer au suivi des parcours des adolescents et des jeunes adultes en collaboration avec les équipes enseignantes dans le cadre des projets d'établissement et de CIO
- de définir et de conduire des entretiens psychologiques³² permettant d'apporter une réponse adaptée à la problématique soulevée par un élève ou par son environnement³³
- d'apporter leur expertise dans la prise en compte des problématiques spécifiques de l'adolescence et dans la contribution de la réussite scolaire et universitaire :
- de contribuer aux initiatives visant l'instauration d'un climat scolaire bienveillant
- d'apporter leur contribution à la réflexion collective du district ou du bassin sur l'orientation et l'affectation
- d'intervenir dans le cadre du CIO en direction des publics sortis du système scolaire³⁴.

³¹ MDPH, CDOEA, Commissions d'appel, commissions Classes relais ou nouvelles chances...

³² Entretiens d'explicitation ou clinique, cognitif centré sur les apprentissages, systémique, d'orientation...

³³ Famille, équipes éducatives...

³⁴ Conformément aux termes de la loi 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale et de l'accord-cadre entre l'Etat et l'association des régions de France du 28 novembre 2014.

5. Compétences spécifiques à l'exercice des missions de directeur de centre d'information et d'orientation

Les psychologues de l'éducation nationale accédant à la fonction de directeur de CIO doivent pouvoir confirmer l'acquisition d'un ensemble de compétences spécialisées³⁵ leur permettant d'être en capacité :

- d'organiser le fonctionnement du CIO dont ils ont la responsabilité
- de veiller à la gestion du CIO
- de veiller à l'organisation de contacts réguliers entre PsyEN de la spécialité et leurs partenaires internes à l'éducation nationale
- de conforter la place du CIO en tant que structure de proposition, d'expertise et de conseil aux établissements et aux autorités académiques
- de veiller à donner au CIO la fonction qui lui est assignée par l'Etat dans le cadre des partenariats extérieurs à l'éducation nationale.

Un référentiel d'activités des psychologues de l'éducation nationale (PsyEN)

Dans le cadre du service public de l'éducation, les psychologues de l'éducation nationale participent à la lutte contre les effets des inégalités sociales et inscrivent leur action au bénéfice de la réussite scolaire pour tous.

De par leur qualification en psychologie, ils apportent un appui spécifique aux enfants, aux adolescents et jeunes adultes ainsi qu'à leurs familles et accompagnent dans cette perspective les équipes éducatives des écoles et des établissements d'enseignement. En mobilisant cette expertise au service de la prise en compte de toutes les dimensions de l'évolution et du développement psychologique et social de chacun, ils contribuent à favoriser une approche bienveillante de l'École.

Leurs interventions ont vocation à faciliter l'accès de tous les élèves aux apprentissages, à la culture, à la citoyenneté, à l'autonomie et au « vivre-ensemble ». Ils partagent l'objectif des équipes éducatives d'élever le niveau d'aspiration et de formation de tous et ainsi de contribuer à accompagner chacun vers une qualification reconnue, gage d'une insertion sociale et professionnelle future.

Conformément aux priorités définies nationalement et déclinées dans des projets académiques, dans le respect du cadre déontologique et éthique de la profession réglementée de psychologue, ils exercent leurs missions au sein des deux spécialités suivantes :

- Au sein de la spécialité « Éducation, développement et apprentissages », les PsyEN contribuent à l'acquisition des apprentissages fondamentaux par les enfants. Ils mobilisent en outre leurs compétences en faveur de leur développement psychologique et de leur socialisation. Ils interviennent auprès des élèves en difficulté ou en situation de handicap en participant à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de mesures d'aide individuelle ou collective appropriées à leur situation.
- Au sein de la spécialité « Éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle », les PsyEN contribuent au développement harmonieux de la personnalité des adolescents. Ils mobilisent leurs compétences au service de l'élaboration progressive des projets d'orientation et de formation de ces

³⁵ Les directeurs de CIO nouvellement promus bénéficieront d'une formation délivrée par l'ESENESR aux fins d'acquisition des compétences propres à l'exercice de leurs missions.

derniers. Ils interviennent dans la lutte contre toutes les formes de ruptures scolaires et participent à l'information et au premier accueil pour toute personne en recherche de solutions pour son orientation.

Les compétences requises pour exercer les missions de PsyEN doivent leur permettre de conduire des activités à la fois communes aux deux spécialités et spécifiques à chacune d'entre elles.

1. Activités communes aux deux spécialités

Les PsyEN, personnes ressources du service public de l'éducation nationale

- AA1** : Assurer un accompagnement visant à la réussite et à l'épanouissement des publics dont ils ont la charge ;
- AA2** : Étudier la situation des enfants ou adolescents en difficulté ou en situation de handicap ou de ceux nécessitant une attention particulière et approfondie ;
- AA3** : Conduire des entretiens permettant l'analyse de situations dans l'objectif de mieux définir les besoins des jeunes ;
- AA4** : Réaliser, si nécessaire, les bilans psychologiques appropriés pour éclairer les problématiques soulevées ;
- AA5** : Élaborer et construire des modalités de suivi psychologique adaptées et contribuer à la conception de réponses pédagogiques ;
- AA6** : Favoriser par l'accueil le lien de confiance concourant à la mobilisation et à la persévérance scolaire des élèves ;
- AA7** : Promouvoir les initiatives en matière de prévention des phénomènes de violence, de lutte contre les discriminations et les inégalités filles-garçons.

Les PsyEN, interlocuteurs des enfants, des adolescents, des familles et des équipes enseignantes

- AA8** : Accueillir, écouter, informer et élaborer avec les publics dont ils ont la charge et avec les familles, les modalités d'aide et de suivi individuelles ou collectives nécessaires ;
- AA9** : Partager les éléments d'évaluation et de remédiation avec les enfants, les adolescents, les jeunes adultes, les familles et les enseignants ;
- AA10** : Contribuer à l'élaboration et au suivi des projets personnalisés de scolarisation des élèves et des étudiants en situation de handicap ;
- AA11** : Apporter un soutien aux élèves et aux équipes pédagogiques et éducatives en situation de crise, particulièrement en cas d'impact sur la communauté scolaire.

Les PsyEN, experts au service de la communauté éducative et des instances de dialogue

- AA12** : Travailler en coordination avec les professionnels des services médico-sociaux dans ou hors éducation nationale ;
- AA13** : Échanger avec les familles les éléments nécessaires qui permettent d'assurer la continuité de l'accompagnement d'un élève dans son parcours scolaire ;
- AA14** : Apporter une expertise aux différentes instances (maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), commissions d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré (CDOEA)...
- AA15** : Participer au travail de coordination entre spécialités de PsyEN dans le cadre du cycle de consolidation (CM1-CM2, 6ème) ;
- AA16** : Participer aux travaux de réflexion professionnelle et intervenir dans les actions de formation professionnelle continue.

2. Activités spécifiques aux psychologues de l'éducation nationale de la spécialité « éducation, développement et apprentissages »

Sous l'autorité du recteur d'académie et la responsabilité de l'inspecteur de l'éducation nationale, au sein des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, les PsyEN apportent leur aide à l'analyse de la situation particulière des enfants en liaison étroite avec les familles et les enseignants.

Ils appuient leurs investigations par l'utilisation d'outils et de méthodes spécifiques et adaptés à la situation de chaque enfant tels qu'entretiens, observations, bilans, tests...

Ils conduisent des actions de prévention des difficultés d'apprentissage et des risques de désinvestissement scolaire et contribuent à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans d'accompagnement personnalisés et des projets personnalisés de scolarisation.

Avec les autres membres du RASED, ils élaborent les projets d'aides spécialisées.

Le cas échéant, ils peuvent être sollicités pour assurer une coordination de la spécialité auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale.

La spécificité de leurs activités se définit de la façon suivante :

AB1 : Favoriser l'adaptation scolaire par des actions de prévention, individuelles ou collectives ;

AB2 : Faciliter les transitions famille-école - entrée à l'école maternelle - et les transitions entre cycles d'enseignement ;

AB3 : Sensibiliser les enfants, les familles, les enseignants aux différents parcours de scolarisation possibles ;

AB4 : Contribuer à l'éducation à la citoyenneté et à la qualité du vivre ensemble à l'école ;

AB5 : Participer en tant que de besoin à la vie des écoles ainsi qu'aux projets qu'elle organise ;

AB6 : Participer à l'élaboration du projet d'école et contribuer à la mise en place d'actions de prévention ;

AB7 : Apporter une aide à la décision de l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription et, en tant que de besoin, à celle de l'inspecteur de l'éducation nationale pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves en situation de handicap ;

AB8 : Contribuer, en tant que membres du RASED, aux actions du pôle ressource de circonscription ;

AB9 : Contribuer à l'information et à la formation des enseignants sur le développement psychologique des enfants et les facteurs environnementaux qui le favorisent.

3 - Activités spécifiques aux psychologues de la spécialité « Éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle »

Sous l'autorité du recteur d'académie, du directeur du centre d'information et d'orientation dans lequel ils sont affectés et en lien avec l'inspecteur de l'éducation nationale en charge de l'information et de l'orientation, les PsyEN concourent à l'information et à la réflexion sur les parcours de formation et la mise en perspective des débouchés qu'ils permettent.

Ils contribuent à la réussite scolaire et universitaire des adolescents et des jeunes adultes et à leur adaptation aux différents cycles d'enseignement de telle sorte qu'ils s'inscrivent dans un projet d'orientation et de formation. Ils conseillent et accompagnent ainsi tous les élèves et leurs familles, le cas échéant les étudiants, dans l'élaboration de leurs projets professionnels.

Ils conduisent leurs missions en s'appuyant en tant que de besoin sur l'utilisation d'outils et de méthodes adaptés aux besoins des jeunes. Ils interviennent spécifiquement auprès des élèves en difficulté, en situation de handicap et en risque de rupture scolaire. Ils contribuent à l'élaboration et la mise en œuvre du programme d'orientation du projet d'établissement. Ils participent à l'information et au premier accueil pour toute personne en recherche de solutions pour son orientation. La spécificité de leurs activités se définit de la façon suivante :

AC1 : Réaliser des entretiens approfondis afin de favoriser le développement psychologique et social des adolescents, la construction d'un rapport positif aux apprentissages et une projection dans l'avenir ambitieuse ;

AC2 : Proposer des méthodes ou des outils permettant un travail sur les représentations des formations ou des activités professionnelles, une exploration des centres d'intérêts, une prise de conscience des enjeux de l'orientation ;

AC3 : Encourager la mobilisation scolaire des élèves rencontrant des situations particulières (élèves ayant des besoins éducatifs particuliers, EANA, Jeunes faisant l'objet de mesures PJJ, jeunes en rupture scolaire...)

AC4 : Participer à la vie des établissements et travailler en collaboration avec les enseignants pour sensibiliser les élèves, les étudiants et les familles aux enjeux de l'orientation, à la connaissance des milieux professionnels, des diplômes et des parcours de formation ;

AC5 : participer aux initiatives visant à rendre accessibles aux jeunes les dispositifs d'aide à l'orientation (parcours Avenir, FOLIOS, reviens te former...) et d'affectation ;

AC6 : Contribuer aux actions de prévention, d'intervention et de remédiation du décrochage et des ruptures scolaires au sein des établissements (GPDS) et des réseaux formation, qualification, emploi (FOQUALE) en concertation avec les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD) ;

AC7 : Conseiller le chef d'établissement pour l'élaboration du programme d'orientation du projet d'établissement et contribuer à l'analyse des situations éducatives et des parcours et la mise en œuvre de dispositifs adaptés ;

AC8 : Contribuer à l'information et à la formation des enseignants sur les processus psychologiques et sociaux d'élaboration des projets d'avenir à l'adolescence, sur les facteurs qui les influencent et sur les procédures d'orientation et d'affectation, ainsi que sur la connaissance des métiers et des formations ;

AC9 : Contribuer au service public régional de l'orientation (SPRO) conformément aux termes de l'accord cadre du 28 novembre 2014 et de la convention type Etat-Région.

5. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES JEUNES EN FRANCE

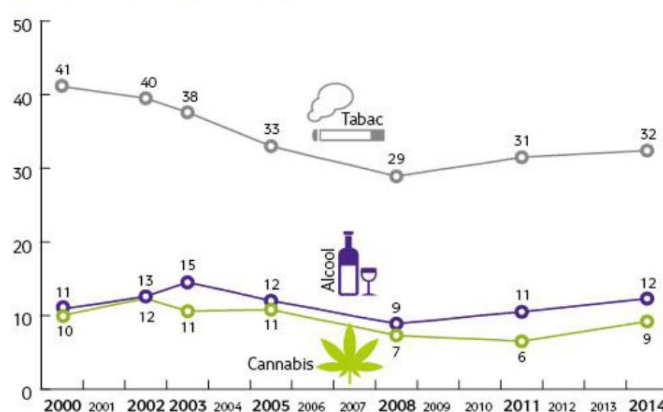
Tabac, alcool et cannabis sont les trois substances psychoactives les plus expérimentées à l'adolescence. Le tabac et l'alcool sont licites, même si la vente en est interdite aux mineurs. Dans le calendrier des initiations, l'essentiel se joue au collège : première cigarette et premier verre d'alcool vers 14 ans en moyenne, première ivresse alcoolique et premier joint vers 15 ans. Ces niveaux de diffusion, qui n'ont guère évolué depuis une quinzaine d'années, traduisent une forte accessibilité de ces produits dès le plus jeune âge : à 15-16 ans, 85 % des adolescents estiment qu'il est facile de s'approvisionner en alcool, 62 % en cigarettes et 43 % en cannabis. C'est le passage de la 4^e à la 3^e qui constitue une période charnière du point de vue des expérimentations de drogues : en fin de 3^e, un quart des collégiens a expérimenté le cannabis, un tiers l'ivresse, plus de la moitié la cigarette³⁶.

Les années lycée se caractérisent pour leur part par l'apparition, chez certains adolescents, des premiers usages réguliers³⁷. L'initiation au cannabis se généralise : au-delà de la seconde, plus d'un lycéen sur quatre a consommé du cannabis au moins une fois dans le mois écoulé. L'usage régulier de cannabis concerne un adolescent sur dix. Toutefois, pendant les années lycée, la progression des niveaux d'usage régulier de tabac et d'alcool n'est pas moins nette que celle du cannabis : entre la troisième et la terminale, la part des fumeurs est multipliée par deux et celle des buveurs réguliers par trois. Ainsi, en fin de lycée, les niveaux d'usage régulier de tabac et d'alcool sont trois à quatre fois plus élevés que pour le cannabis : un lycéen sur trois fume du tabac tous les jours et un sur quatre consomme régulièrement des boissons alcoolisées.

Si le cannabis est largement diffusé dès l'adolescence, il en va tout autrement pour les autres produits illicites. Plus tardive, leur expérimentation concerne entre 3 et 5 % des jeunes à la fin de l'adolescence : le poppers (5,4 %), les produits à inhaler (4,3 %), les champignons hallucinogènes (3,8 %), l'ecstasy/MDMA (3,8 %) et la cocaïne (3,1 %). Si l'usage d'ecstasy/MDMA est apparu en forte hausse récente, une des évolutions les plus notables concerne la diffusion de la cocaïne : son niveau d'expérimentation à 17 ans a triplé entre 2000 et 2014³⁸. L'usage de ces produits stimulants se trouve presque toujours inscrit dans un usage festif. Ils sont très souvent consommés simultanément avec de l'alcool, du tabac voire du cannabis. En outre, la très grande majorité des expérimentateurs ne renouveleront pas cette première fois.

Au-delà de ces substances "traditionnelles", de nouveaux produits ou modes de consommation sont apparus ces dernières années et bouleversent l'offre à laquelle les jeunes sont confrontés. Il s'agit par exemple des produits permettant la vaporisation (ou cigarettes électroniques) : plus d'un adolescent de 17 ans sur deux (53 %) l'ont déjà expérimentée (56 % des garçons et 50 % des filles), mais seuls 2 % en font un usage quotidien. L'usage de la chicha ou

Évolutions entre 2000 et 2014 des niveaux d'usages réguliers des principaux produits actifs à 17 ans, en métropole (%)



Source : ESCAPAD, OFDT

³⁶ Spilka et al., 2015.

³⁷ L'usage régulier est défini dans les enquêtes auprès des adolescents par la fréquence : au moins 10 fois dans le mois.

³⁸ Spilka et al., 2015.

narguilé semble se développer également depuis quelques années parmi les adolescents. Près de deux jeunes sur trois l'ont déjà expérimentée (65 %) et un quart l'a fait au moins 10 fois au cours de sa vie. Enfin, seuls 1,7 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà consommé un des nouveaux produits de synthèses (NPS), substances imitant les effets d'une drogue souvent vendus sur internet.

Autre nouveauté de taille, la place occupée par les écrans en tout genre, jeux vidéos et réseaux sociaux qui, s'ils correspondent pour une minorité d'adolescents à une conduite addictive, peuvent parfois se poser comme des pratiques alternatives à l'usage de substances. Si les travaux dans ce sens sont encore très parcellaires, la tendance très récente au retardement de l'entrée dans l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis pourrait être en partie liée à une évolution de la sociabilité des jeunes (moins d'opportunités de consommations hors du regard des adultes référents). Cette tendance est encourageante car la précocité de l'entrée dans les usages apparaît fortement liée à la survenue ultérieure de problèmes sanitaires, scolaires ou autres.

En revanche, le fait que les niveaux d'usage réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis à la fin de l'adolescence aient progressé ces dernières années milite pour des actions visant à réduire les risques pris par les grands adolescents et les jeunes adultes.

Les comportements de consommation de substances psychoactives varient fortement selon le genre. Les garçons sont plus souvent consommateurs réguliers d'alcool et de cannabis que les filles, et ceci est d'autant plus vrai que l'usage s'intensifie. On assiste toutefois, en France comme ailleurs en Europe, à un rapprochement des comportements entre garçons et filles. Ce rapprochement est très fort pour le tabagisme, les filles étant désormais aussi nombreuses à fumer que les garçons mais il se retrouve, dans une moindre mesure, pour l'alcool et le cannabis. Cette convergence des comportements de consommation depuis plusieurs décennies s'explique par différents facteurs, notamment l'uniformisation des rôles sociaux liés au genre³⁹. Par ailleurs, les stratégies marketing de l'industrie des boissons alcoolisées ciblent de manière de plus en plus affirmée les jeunes femmes, avec des produits conçus selon une esthétique proche de celle de la mode, ou encore des « prémix » (mélange de spiritueux et de sodas, très sucrés pour masquer le goût de l'alcool), d'une présentation attrayante et offrant une grande diversité de goûts.

La consommation concomitante de plusieurs produits, ou poly-consommation, se traduit souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité. En 2014, à 17 ans, 13 % des adolescents cumulent un usage régulier d'au moins deux substances parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. Ce cumul des usages réguliers ne facilite pas la gestion de chacun des comportements : il n'est pas rare que des adolescents, essayant de limiter leur consommation de cannabis, "compensent" cet effort en fumant davantage de cigarettes (et vice versa).

Les enquêtes montrent qu'une grande majorité des jeunes qui expérimentent le cannabis abandonnent à court terme cet usage, soit parce qu'ils n'y trouvent pas d'intérêt particulier, soit parce qu'ils s'en éloignent spontanément une fois entrés dans la vie adulte (fin des études, mise en couple, premier emploi, premier enfant...). À l'aube de la trentaine, 72 % de ceux qui ont expérimenté du cannabis pendant l'adolescence déclarent ne pas en avoir consommé dans l'année⁴⁰. Ainsi, la consommation de cannabis est associée à une période de la vie des jeunes générations actuelles (entre 15 et 25 ans, classe d'âge où l'usage dans l'année dépasse 20 %) : au-delà, la proportion d'usagers dans l'année recule très fortement, parfois au profit d'une consommation d'alcool plus commune.

Lors du passage à l'âge adulte, on observe généralement un glissement progressif des pratiques d'API (alcoolisation ponctuelle importante) vers une consommation moins importante en volume mais plus installée et cette caractéristique progresse avec l'avancée en âge. Pour la majorité des jeunes qui les pratiquent, les API

³⁹ Beck et al., 2010.

⁴⁰ Beck et Richard, 2013

sont liées à des circonstances de sociabilité particulières (le weekend, en soirée...) et sont abandonnées lors du passage à l'âge adulte, que ce soit lors de l'entrée dans la vie active, de la mise en couple ou de l'arrivée du premier enfant. Certains restent cependant dans une consommation régulière, moins liée à des événements festifs, et, pour une minorité, la consommation régulière peut se transformer en dépendance, avec tous les problèmes sanitaires et sociaux que cela peut poser. En revanche, pour le tabac, la sortie de la consommation est nettement moins aisée du fait du caractère fortement addictogène du produit. Les jeunes adultes présentent des prévalences tabagiques très élevées.

L'expérimentation de drogues est fortement liée au milieu socioéconomique familial. Les jeunes de milieux favorisés expérimentent plus volontiers que ceux de milieu modeste. Les écarts sont faibles pour le tabac mais très marqués pour l'alcool et le cannabis. En revanche, l'installation dans des consommations fréquentes ou problématiques est plus courante dans des situations socio-économiques et culturelles défavorables. Cet apparent paradoxe illustre le fait que les jeunes de milieux favorisés conçoivent davantage leurs pratiques d'usage comme ponctuelles, hédonistes et devant cesser de manière naturelle avec l'entrée dans la vie adulte et la prise de responsabilités professionnelles⁴¹. Cette projection structure et légitime en quelque sorte ces usages présents en les inscrivant dans une chronologie établie. Il est probable également qu'ils puissent mieux maîtriser leurs consommations dans un cadre familial plus sécurisé et qu'ils rencontrent moins de difficultés concomitantes. Par opposition, les adolescents des milieux moins favorisés se projettent parfois plus difficilement dans la vie adulte et leurs consommations, lorsqu'elles surviennent, sont plus souvent subies et engendrent plus rapidement des difficultés qu'elles soient d'ordre financières, scolaires, psychologiques... Les consommations de produits psychoactifs licites et illicites sont également liées à la situation scolaire. Les adolescents inscrits en filière générale présentent des niveaux d'usages plus faibles que ceux qui sont inscrits en filière professionnelle. Quant aux jeunes sortis du système scolaire, qu'ils soient en situation d'activité professionnelle ou chômeurs, ou ceux qui sont en apprentissage ou en formation alternée, ils présentent des niveaux d'usage souvent plus élevés que leurs homologues du même âge.

François Beck⁴², Francois.Beck@ofdt.fr

⁴¹ Spilka et al., 2010.

⁴² Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France et Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 6, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), F75012, Paris.

6. FACTEURS DE « SURVICTIMISATION » LORS DE LA SURVENUE D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES EN MILIEU SCOLAIRE

Face à un événement « mortel » des professionnels non formés peuvent prendre des initiatives malencontreuses :

- ne pas s'assurer de la réalité de la mort (ultime recours pour la vérification à solliciter auprès du Préfet) ;
- transmettre comme vérité absolue des informations de chaînes d'informations continue (exemple de quatre personnes retrouvées décédées dans une maison avec annonce aux élèves de la mort de leur camarade et de toute sa famille alors qu'un des enfants retrouvés morts n'était pas de la fratrie mais un camarade venu passer la nuit) ;
- déléguer l'annonce à l'enseignant ou à un professionnel de la cellule d'écoute alors que cette responsabilité incombe au chef d'établissement qui représente l'autorité, facteur essentiel de réassurance ;
- informer tous les niveaux de classe quand un seul serait nécessaire ;
- suspendre tous les cours pour une durée indéterminée ;
- contraindre à un temps de parole tous les élèves d'une classe juste après l'annonce du décès (forcer à parler et à témoigner n'est en rien apaisant) ;
- organiser un groupe de parole avec plus de 15 élèves ou avec un groupe d'élèves n'ayant pas le même niveau d'exposition à l'événement ou les mêmes liens avec les personnes impliquées ;
- réaliser les temps d'écoute dans les classes (définitivement parasitées par les risques de reviviscences des émotions qui se seraient exprimées lors de ces temps de parole) ;
- commenter les causes de la mort en particulier quand elle a eu lieu à l'extérieur (ce qui relève de la vie privée des familles) ;
- ne pas assurer la continuité élèves-famille-établissement en informant les parents de ce qui est fait ou non (par exemple si la minute de silence a été réalisée ; ce qui a été dit aux élèves, etc.) ;
- louer un car pour emmener tous les élèves aux obsèques ;
- demander à un enseignant d'accompagner les élèves à l'institut médico-légal.

source : Hélène Romano, Docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute spécialisée dans la prise en charge des blessés psychiques ; comité de protection des personnes (Lyon 3)

7. LA SANTE MENTALE DES ETUDIANTS

La question de la santé mentale chez les étudiants est une question importante pour les services de santé universitaires, ce qui est illustré par le fait que tous les services ont créé des consultations « psy », avec des offres de prises en charge variées : psychologues psychothérapeutes de différents courants, psychiatres, psychanalystes. A ces consultations spécialisées, il faut ajouter une présence régulière d'activités liées à la gestion du stress : ateliers de détente, de gestion du stress, training autogène, sophrologie. Si cette question est une préoccupation constante, elle pose le problème de la délimitation du champ « santé mentale » qui va autant marquer la façon d'aborder et d'enquêter le(s) problème(s) que les stratégies de réponses. Nous aborderons la santé mentale sous trois angles : la pathologie, les addictions et le mal être.

Quels types de pathologies ?

Très globalement, trois grandes pathologies et deux contextes pathologiques vont dominer cet aspect de la santé mentale :

- Tout d'abord les troubles de la sphère de la schizophrénie (les cas où le diagnostic est posé et les situations limites où le diagnostic reste incertain même en fin d'études). L'âge de début se situant entre 18 et 25 ans, cette pathologie qui concerne 1 à 4% de la population adulte se retrouve donc à débiter aussi à l'université. Elle ne présente pas de particularité universitaire. La précocité de sa prise en charge et la capacité pour le patient d'intégrer un programme de psycho éducation sont des facteurs de bon pronostic, ce qui repose sur la qualité et l'efficacité d'un travail en réseau tant pour le repérage que pour la prise en charge. Par contre, la variabilité des troubles, l'existence d'épisodes psychotiques aigus, vont demander un ajustement quasi permanent, tant pour les SSU que pour le corpus universitaire ou les CROUS, et de nombreux allers et retours avec les services d'hospitalisation.
- Les troubles bipolaires sont tout autant présents en termes de fréquence et d'âge de début.
- Les troubles du comportement alimentaire et au premier plan l'anorexie. Autant les questions de boulimies « seules » peuvent être révélées lors de consultations infirmières, médicales ou de diététiciennes, aboutissant une fois le trouble mis à jour de façon acceptée à une prise en charge bénéfique, autant les anorexies sont des situations où la mise en échec du réseau de repérage universités – CROUS et des professionnels de santé est une constante majeure. C'est le plus souvent un trouble dénié avec une attitude de privation revendiquée.
- Les problèmes psychologiques « lourds » liés souvent à des contextes familiaux dysfonctionnants (violences familiales physique, psychologique, plus rarement sexuelles, carences socioéducatives), sont souvent révélés lors de situations d'échec et/ou de demande de prise en charge dans un contexte d'addiction (alcool et cannabis principalement, les usagers de drogues « dures » ayant tendance à s'exclure rapidement de l'université). Leur révélation est souvent tardive, car frappés de déni (« ce que j'ai vécu est normal ») pour des étudiants dont l'entrée à l'université est la preuve que cela ne va pas si mal que cela. A la dysfonction familiale peut s'ajouter un contexte de précarité sociale (dont la rupture familiale), économique (accru par l'extension du chômage de masse des parents et la difficulté à trouver des petits boulots correctement rémunérés) et culturelle (absence des bases permettant la réussite à l'université lorsque l'on vient de bac professionnels ou technologiques) qui fait des assistantes sociales (difficulté à payer un loyer, peur de perdre une bourse liée à un redoublement) et des infirmières (sur des demandes « démedicalisées » de symptôme physiques variés, de contexte de post alcoolisation, de problèmes de contraception,...) des portes d'entrée à la prise en charge majeures. Si les tentatives de suicide sont correctement repérées par le réseau université –CROUS, les autres comportements ordaliques sont souvent banalisés et non reconnus, voire valorisés par les réseaux sociaux. Souvent ce type de problème éclate secondairement à l'université : en L2 ou L3 lorsque le cumul d'UE à rattraper met en situation

d'échec. En master 2, lorsque le cocon protecteur constitué à l'université touche à sa fin et que se profile la vie professionnelle.

- Les troubles comportementaux de type phobies, compulsions,... ont également une modalité de révélation indirecte, par la mise en échec dans les études, des demandes « démedicalisées » ou de tentatives de suicide. A la différence de l'anorexie, des aménagements d'études et d'examens sont souvent demandés pour compenser les difficultés perçues.

Le handicap d'origine psychique

Le handicap psychique reconnu (c'est-à-dire faisant l'objet d'une reconnaissance au sein de l'université, par le SSU, le SUH voire la MDPH) concerne 12,7% des étudiants en situation de handicap (2.285 étudiants comptabilisés en 2014) auquel il faut ajouter les reconnaissances pour handicap cognitif ou apparenté – soit au total 17,5% (3.148 étudiants). Encore ce chiffre est-il minimal, une partie des étudiants n'ayant pas la perception de leur trouble ou refusant une reconnaissance. La gestion du handicap à l'université est assez mal adaptée à la volonté, souvent légitime, d'étudiants ne nécessitant pas d'accompagnement (au sens usuellement prévu pour le handicap) et qui craignent une reconnaissance stigmatisante. Toujours est-il qu'il s'agit d'une activité en forte hausse ($\times 3,1$ depuis 2007) un peu plus rapide que celles des autres handicaps à l'université ($\times 2,9$ depuis 2007), pour des prises en charge beaucoup plus lourdes du fait de l'instabilité de l'évolution et d'épisodes pouvant nécessiter des prises en charge et hospitalisation en urgence, parfois sous contrainte.

1-3 Les acteurs de la prise en charge dans les universités et campus

1-3-1 Les SSU, Services de Santé Universitaires

Les SSU sont au cœur du réseau universitaire. Obligatoirement présents sur tous les sites universitaires, ils interviennent au niveau du repérage, au moment de la prise en charge et au moment du retour dans l'université. Ils sont également sollicités et présents lorsqu'il s'agit de mettre en place une cellule d'aide psychologique, un groupe de parole, des consultations après un évènement traumatisant (suicide, accident...). Ils jouent un rôle d'interface important entre services de soins, communauté universitaire (enseignants, personnels de scolarité) et CROUS, cet interface se traduisant souvent par des organisations formelles (conventions de partenariats, réseaux sur l'étudiant différent,...). Ils jouent un rôle pédagogique sur les façons d'accompagner ce type de handicap auprès des universités, du CROUS et du SUH, que ce soit à l'occasion de prises en charge individuelles ou lors de journées de formation (comme celles sur l'étudiant « différent », ou l'échec à l'université). Pour autant, ils sont confrontés à un manque de moyens (leurs moyens n'ayant pas accompagné la massification des études universitaires), manque aggravé par les difficultés de l'offre de soins en ville, comme en CMP ou en hospitalisation. Pire même, lorsque les SSU sont identifiés comme ayant des compétences « psy », ils se retrouvent à devoir prendre en charge des patients lourds envoyés par des secteurs de psychiatrie débordés et qui y voient une façon de gérer leurs propres manques de moyens.

1-3-2 Les BAPU

Les BAPU sont des structures indépendantes de l'université, constitués sur l'approche psychanalytique. Ils ne sont pas présents sur tous les sites universitaires. Un seul est intégré à un SSU et peu ont de réseaux de partenariats établis avec les universités, comme cela se fait à Paris (intramuros). Le lien avec le réseau université-CROUS est à développer.

1-3-3 Les autres structures

Il existe des réseaux d'intervention de psychologues intervenant en « animation » et repérage (et souvent, faute de structures de proximité en prise en charge) au sein des CROUS (comme le réseau APSYTUDE).

Malheureusement, l'expérience montre que la coordination de leur intervention et prises en charge avec les SSU n'est pas toujours optimal.

Il existe également des consultations de psychologie universitaire ouverte par des Facultés de psychologie. Toutefois, celles-ci ne sont pas systématiquement gratuites pour les étudiants (alors qu'elles ne font l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie) ou alors à des conditions contraires à la déontologie médicale (comme lorsque la gratuité est obtenue en échange de l'engagement à entrer dans un protocole de recherche).

1-4 La constitution de réseaux de repérage/ prise en charge précoce de l'étudiant « différent »

Un point sur lequel il faut insister est la constitution de réseaux au sein des universités et du CROUS pour le repérage et la prise en charge. Ce réseau s'appuie sur l'université (enseignants comme personnels administratifs, par exemple des scolarités), les CROUS – ce qui dans les deux cas nécessite de travailler avec les médecins de prévention de ces institutions. Ce réseau est constitué des étudiants eux-mêmes, que ce soient les étudiants relais de santé (qui lors de leurs actions vont être confrontés à d'autres étudiants en difficulté), les bureaux d'associations étudiantes et tout simplement les amis, les proches. La capacité à interroger des pratiques, à ne pas les banaliser (notamment quant aux alcoolisations ponctuelles importantes (API) et à la consommation chronique de cannabis), à orienter demande un savoir-faire. Elle doit être apprise, travaillée, entretenue, ce qui permet aussi de dédramatiser et dé-stigmatiser la question « psy ». Plus le réseau de professionnels est structuré, coordonné, respectueux des compétences, plus il apparaît cohérent, donnant confiance, facilitant le fait de s'adresser à lui.

Il est important de souligner que nombre d'étudiants en souffrance sont vus tardivement, alors que des mécanismes de sanction ont été déclenchés (à l'université : blâme, exclusion partielle..., au CROUS : exclusion du logement, perte de bourse,...), ce qui constitue autant de pertes de chance.

2 Les addictions

Les addictions sont un mode fréquent de découverte de l'une des pathologies précédemment évoquées. Mais elles couvrent un champ beaucoup plus large et ajoutent le problème de la dépendance et des conséquences physiques et psychiques de l'usage abusif de produits psychodysléptiques.

2-1 Les problématiques

Le constat est connu et tourne autour d'alcool, tabac et cannabis, les usagers de drogues dures disparaissant assez vite des universités. Mais la situation est hétérogène : autant le cannabis est stigmatisé par l'institution, reste un vecteur de « contreculture », mais en termes de prise en charge est rarement posé de façon isolée- étant le plus souvent associé à une pathologie psy- autant le tabac est peu « visible » - les consultations de sevrage tabagique ne concernant qu'une très faible minorité d'étudiants (25 pour 60.000 étudiants à Toulouse en 2007, 15 pour 35.000 étudiants à Clermont-Ferrand la même année), autant le problème de l'alcool fait l'objet d'un déni, au nom d'un droit à la fête qui est vécu comme droit à l'alcoolisation et qui est supporté par des « séniors » de l'université ou du CROUS eux-mêmes en difficulté par rapport à l'alcool et par une industrie alcoolière puissante, dynamique et inventive. L'accidentologie constitue souvent un mode de visibilité de ces addictions, mais elle est tardive et les réactions de nature émotionnelle priment trop souvent sur la mise en place de politiques de prévention. 4

Résultats de l'enquête ADSSU⁴³ 2013

Tableau 2. Pratiques addictives des étudiants, France, février à juillet 2013.

	Total % ^a (n ^b)	Hommes % ^a (n ^b)	Femmes % ^a (n ^b)	p
Alcool	N=36427			
Expérimentation	91,3 (33113)	91,9 (9853)	90,9 (23260)	< 0,0001
≥ 1 usage dans les 30 jours précédents	79,0 (28197)	82,9 (8858)	76,1 (19339)	< 0,0001
≥ 10 usages dans les 30 jours précédents	8,8 (2615)	14,4 (1470)	4,6 (1145)	< 0,0001
≥ 1 usage par jour	1,9 (522)	3,3 (332)	0,8 (190)	< 0,0001
≥ 1 ivresse dans l'année précédente	59,0 (20498)	66,6 (7095)	53,2 (13403)	< 0,0001
≥ 3 ivresses dans l'année précédente	33,9 (11076)	43,8 (4595)	26,3 (6481)	< 0,0001
≥ 10 ivresses dans l'année précédente	12,3 (3679)	19,5 (2026)	6,9 (1653)	< 0,0001
≥ 5 verres en une occasion	27,4 (8959)	36,6 (3888)	20,4 (5071)	< 0,0001
Tabac	N=36427			
Expérimentation	65,2 (22984)	64,9 (6792)	65,4 (16192)	< 0,0001
Usage actuel	26,3 (8742)	27,4 (2740)	25,4 (6002)	< 0,0001
Usage quotidien	18,1 (5878)	19,8 (1954)	16,8 (3924)	< 0,0001
Test de Fagerström	N = 5878			<0,0001
Dépendance physique faible	25,2 (1420)	27,5 (510)	23,1 (910)	
Dépendance physique moyenne	13,5 (766)	13,9 (272)	13,2 (494)	
Dépendance physique forte ou très forte	6,5 (346)	6,8 (124)	6,2 (222)	
Cannabis	N=36427			
Expérimentation	42,8 (14617)	48,3 (5077)	38,6 (9540)	< 0,0001
≥ 1 usage dans l'année précédente	25,2 (8312)	31,3 (3275)	20,7 (5037)	< 0,0001
≥ 1 usage dans les 30 derniers jours	13,3 (4266)	17,3 (1790)	10,3 (2476)	< 0,0001
≥10 usages dans les 30 derniers jours	3,9 (1159)	6,0 (622)	2,3 (537)	< 0,0001
≥1 usage par jour	1,7 (492)	2,5 (259)	1,0 (233)	< 0,0001
DETC	N = 14617			

2-2 Stratégies de repérage et stratégies de prise en charge

La massivité des consommations amènent à interroger le repérage à partir de la consommation simple. Si les interventions brèves et approches motivationnelles ont été développées par la plupart des SSU, leurs moyens rendent assez illusoire de les appliquer à tous les étudiants chaque année. Un travail de priorisation doit être fait pour prendre en charge prioritairement ceux les plus à risques, et qui sont aussi les plus incitateurs à consommer. Concernant l'alcool, l'enquête ADSSU a permis de cibler les 7,2% d'étudiants entrés dans la dépendance par leurs API répétées à partir de 3 questions simples (ne pas pouvoir s'arrêter de boire, avoir des amnésies post alcoolisations et ne pas faire ce que l'on avait voulu faire du fait de l'alcool). Spécifiquement pour l'alcool, le travail doit être conjoint avec la médecine de prévention des personnels : les filières où les API sont fréquentes et répétées d'années en années sont parfois celles ayant des enseignants en forte difficulté avec l'alcool et pour lesquels les comportements d'API servent de banalisation de leurs propres comportements.

⁴³ Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires.

Le déni des institutions universitaires, des collectivités territoriales où se situent les universités mais aussi des institutions en général est un frein au repérage des pratiques comme des prises en charge précoce.

La formation à la réduction de risques de bureaux et associations étudiantes et primordial, car incluant aussi le repérage de ceux qui ne vont pas bien, mais suppose que l'on ne trouve pas normal que la qualité de la fête du « beaujolais nouveau » se mesure en quantité de vomis dans les couloirs de l'université ou dans la rue, ou que l'élection des responsables associatifs se fasse par un concours d'alcoolisation.

3 Le mal-être émotionnel et/ou psychologique

3-1 Connaissance et reconnaissance

L'absence de concept clair et de méthodes de mesures définies et validées du mal être, conduit à un double processus d'occultation de tout débat (l'invocation servant de raisonnement) et d'absence de politique (tout s'arrête après le processus invocation/ lamentation). Les concepts doivent être définis, y compris dans leurs possibles polysémies, les stratégies de réponse doivent être posées. Des travaux dans ce domaine sont nécessaires. Malgré ce contexte flou, il est possible d'abord certaines pistes.

3-2 Questions de violence

La question de la violence est importante par ces conséquences à court ou long terme. L'enquête nationale ADSSU de 2013 a montré l'ampleur du problème. Mais surtout elle a permis d'illustrer l'écart entre les discours et la réalité déclarée par les étudiants. Alors que les violences sexuelles occupent l'essentiel du discours, ne laissant la place qu'aux violences physiques, il est frappant de constater que les violences psychologiques sont eu premier plan et n'ont pas moins de conséquences que les autres. Les violences physiques sont celles qui sont principalement associées à l'alcoolisation dans des positions souvent associées de victimes et de responsables. Ces trois types de violence ont des profils différents, ce qui nécessite de ne pas les assimiler l'une à l'autre tant en termes de repérage que de prise en charge.

3-3 De grands oublis : isolement et rupture amoureuse

Autre point frappant l'absence dans les discours de toute discussion concernant deux facteurs importants de mal être : l'isolement et la rupture amoureuse.

L'isolement est une réalité de la vie étudiante. La rupture avec la famille (réelle ou symbolique), mais aussi les pseudos socialisations (des rites divers ou de l'alcoolisation) sont parfois identifiés, mais il est encore difficile de faire entendre qu'un étudiant peut mener une année universitaire sans voir personne. Certes, il ira dans un amphitheâtre bondé, dans une bibliothèque silencieuse et fera la queue au restaurant universitaire, mais il n'aura fréquenté personne. La multiplication des enseignements à distance, tutoriels informatiques, MOOC... doivent être pensés à conditions de favoriser la rupture d'isolement. Fondamentalement, l'université doit être vue comme un lieu de vie, il faut pouvoir aller à l'université non seulement parce que l'on y a cours, mais aussi – et avant tout, parce qu'il y a quelque chose de vivant qui s'y passe, parce qu'il y a des rencontres à y faire, parce qu'il y fait bon vivre.

Un cas particulier de l'isolement est celui lié à des différences : l'orientation sexuelle « minoritaire », un handicap « psy », la dyslexie, le fait de ne pas boire d'alcool là où tout le monde consomme (tout comme de ne pas fumer de cannabis)... L'apprentissage au respect de l'autre et de ses différences, reste à poursuivre.

La rupture amoureuse est l'autre absente du paysage. Alors que les histoires cliniques de déstabilisation sont légions (plutôt anorexie chez les filles, alcoolisation chez les garçons, tentative de suicide ordalique chez les deux...), alors que la culture (de la littérature la plus classique à la dernière des chansonnettes à la mode) en est emplie, alors que c'est de loin l'expérience douloureuse la plus commune, que c'est même l'un des rares domaines où les « vieux » ont quelque chose à dire aux jeunes, la rupture amoureuse est méconnue même

quand il s'agit de santé sexuelle. Quel dommage, que de paroles importantes qui ne sont pas échangées ; que d'occasions ratées de renforcer le vivre ensemble ! Parlons nous aussi de comment on survit à ce qui fait mal, utilisons les ressources cathartiques de la culture, montrons que nous sommes proches de nos plus jeunes.

3-4 Des politiques à ébaucher : lieux de vie, temps de vie, mesure d'impact sur la santé

La prévention ne peut s'appuyer que sur les réseaux sociaux et groupaux existants. Il est donc impératif de les renforcer, c'est-à-dire de décloisonner la vie de campus : entre université et CROUS, entre étudiants, enseignants et personnels : ayons (au moins quelques) activités communes culturelles, sportives – douces, des jardins partagés, mangeons (au moins de temps en temps) dans les mêmes lieux... Cela nécessite des lieux de vie, où il se passe toujours quelque chose, où il fait bon aller à tout moment. Que grande est la tristesse des campus français par rapport à la plupart des campus des autres pays !

La vie de l'étudiant ne se résume pas au cycle étude, stage, examen. Il est impératif de comprendre les différents temps, dans la journée, la semaine comme l'année. Temps de loisir, de fête, de travail rémunéré, de déplacements... s'enchevêtrent avec les temps d'étude, avec des impacts sur la santé et la santé mentale qu'il faut comprendre pour intervenir correctement. Cette compréhension doit associer les collectivités territoriales et les structures qui gravitent autour de l'université, à l'exemple de ce qui est fait dans les bureaux des temps.

Enfin, l'université doit avoir la préoccupation des conséquences des décisions qu'elle prend que la santé et la santé mentale des étudiants : rythme d'étude, modalités de sanction des connaissances, conséquence de ces sanctions... doivent être étudiées en termes de réussite et aussi d'impacts sur la santé.

source : Pr Laurent Gerbaud, Service de Santé Universitaire, Université Clermont-Auvergne, CHU de Clermont Ferrand, lgerbaud@chu-clermontferrand.fr

8. « La santé globale des étudiant.e.s » - Note de la Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE)

Les jeunes, un public à la prise en charge sanitaire complexe. Une des principales difficultés pour connaître la situation sanitaire des jeunes et pour les prendre en charge de manière optimale est que, par définition, leur jeunesse ne les expose pas à une grande partie des pathologies visibles, développées avec l'âge. Les jeunes sont plutôt touchés par des pathologies asymptomatiques (certaines infections sexuellement transmissibles...) ou dont la détection n'est pas aisée (souffrances psychologiques...). Les jeunes, notamment étudiants, sont aussi beaucoup plus souvent seuls voire isolés, sans un entourage qui peut les amener à chercher une prise en charge.

A. Quel état des lieux ?

a. Situation sanitaire des jeunes

i. Non-recours aux soins

D'après l'enquête Conditions de Vie 2013 de l'Observatoire de la Vie Étudiante, 27,2 % des étudiants ont déjà renoncé aux soins, notamment :

1. pour raisons financières : explique 49% des renoncements
2. par manque d'éducation à la santé (ne pas avoir conscience d'être malade ou de la gravité de son cas) dans des proportions difficiles à estimer
3. par manque de temps : le manque de temps apparaît comme 4^{ème} raison du renoncement à 35%.

ii. Offre de soins indisponible

Les obstacles sont nombreux qui peuvent expliquer un non-recours aux soins, notamment géographiques et temporels : les rendez-vous chez le spécialiste sont parfois très longs à être obtenus, certaines zones sont de réels déserts médicaux, certains médecins ne prennent pas de nouveaux patients, alors que la majorité des étudiants doit trouver un nouveau médecin généraliste, puisqu'ils n'habitent plus dans leur ville d'origine où exerce leur médecin de famille.

b. Fragilités psychologiques et troubles psychiatriques des jeunes

i. Le mal-être, un mal bien trop sous-estimé

L'enquête « Conditions de vie 2013 » s'intéresse aussi à la santé mentale des étudiants. Une question est relative aux fragilités psychologiques. Parmi les répondants, 40% d'entre eux ont ressenti des problèmes de sommeil au cours des 7 derniers jours précédant l'enquête, 53% se sentent épuisés, 26% se sentent déprimés, 53% stressés. Seuls 21% des répondants ne ressentaient aucune fragilité psychologique au moment de l'enquête. Les étudiantes sont plus exposées, notamment au stress avec presque 20 points d'écart. Elles ne sont que 14,8 % à ne ressentir aucune fragilité contre 28,1 % d'étudiants. Concernant l'isolement, 20,8 % des étudiants de France se sentent isolés, contre 31,5% des étudiants internationaux.

Plusieurs enquêtes montrent que les études universitaires sont un des facteurs importants de stress dont sont victimes de nombreux jeunes. Le stress est ainsi vécu par les étudiants comme le premier facteur de dégradation de la qualité de vie, de conduites à risque, et aussi de résultats médiocres.

ii. Le suicide, deuxième cause de mortalité des jeunes

Le suicide est, dans la continuité de la souffrance psychologique, un risque majeur auquel sont exposés les étudiants. Le suicide représente ainsi la deuxième cause de mortalité des jeunes. D'après le Baromètre

Santé⁴⁴ 2010, **0,9% des 15-30 ans** (0,5% des hommes et 1,3% des femmes) **ont fait une tentative de suicide** au cours des douze derniers mois. Cette tranche d'âge est ainsi la plus concernée, et là encore en particulier pour les femmes. D'autre part, 3,4% des 15-30 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

c. Conduites à risque
i. Addictions

Les jeunes sont aussi fortement exposés aux addictions. Ainsi, 32% des jeunes sont fumeurs. La consommation d'alcool est elle-aussi préoccupante : un nombre croissant de jeunes consomment de l'alcool de manière massive (*binge drinking*), avec un pic entre 15 et 24 ans, de 14%. La tendance est nettement à la hausse sur les dernières années, notamment pour les femmes. Quant à la consommation de cannabis, celle-ci est de loin la première en termes de consommation illicite, principalement par les jeunes générations : ainsi, 12% des 15-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois et 5% sont des usagers réguliers. La France est d'ailleurs un des pays d'Europe avec la plus forte proportion de consommateurs.

ii. Alimentation et TCA

Les jeunes sont aussi fortement exposés aux troubles du comportement alimentaire, là encore avec une prépondérance féminine. Ainsi, l'anorexie mentale toucherait 1,5% des jeunes femmes de 15 à 35 ans. D'autre part, la boulimie toucherait 3 à 4% des jeunes femmes de 15 à 35 ans et trente fois moins d'hommes.⁴⁵ Chez les étudiants, 95% d'entre eux grignotent au cours de la journée et les *snackeurs* sont à 63 % des jeunes de 15 à 24 ans.

iii. Sexualité

Chaque année, un peu plus de 700 jeunes découvrent leur séropositivité. D'autre part, on voit aussi une recrudescence des autres infections sexuellement transmissibles, notamment des anciennes, telles que la syphilis. L'infection par chlamydiae continue d'augmenter, chez les hommes comme chez les femmes. Chez les jeunes, les nouvelles générations qui n'ont pas connu l'épidémie de VIH, on constate une nette diminution de l'utilisation du préservatif et une hausse des comportements sexuels à risque. Les diverses enquêtes montrent que 2/3 des grossesses non prévues ont lieu sous contraception. La couverture contraceptive est moins efficace chez les personnes en situation de précarité. La question est particulièrement préoccupante puisque les jeunes ont d'autres comportements qui favorisent les comportements sexuels à risque, notamment l'alcoolisation importante au cours des soirées étudiantes. D'autre part, la jeunesse va plus souvent de pair avec une période de changement régulier de partenaire sexuel, accentuant les risques d'infection.

B. Quels enjeux à mieux prévenir et mieux soigner le mal-être des jeunes ?

a. Enjeu éthique

Il y a un réel enjeu éthique à être en capacité de prévenir et de guérir le mal-être des jeunes, alors même que la grande majorité des facteurs exogènes conduisant à celui-ci proviennent de la société, de son organisation, de ses normes, etc. Nous ne pouvons pas laisser en place un système d'enseignement supérieur qui, entre autres, induit et alimente le mal-être des étudiants. On ne peut pas non plus fermer les yeux sur les normes sociales qui pèsent concernant le physique et l'apparence, notamment sur les femmes, et alimentent les troubles du

⁴⁴ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Tentatives-suicide-pensees-suicidaires-15-30-ans.pdf>

⁴⁵ <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-208-epidemiologie-des-tca.htm>

comportement alimentaire. On ne peut donc déceimment pas laisser sans détection et sans accompagnement ces jeunes en situation de mal-être, exposés à d'importantes souffrances psychologiques.

b. Enjeu de santé publique et économique

Il y a aussi un enjeu sanitaire et économique à améliorer la prévention et la prise en charge du mal-être, puisque celles-ci permettent d'éviter une aggravation sanitaire, aux conséquences beaucoup plus délétères pour les malades et qui coûte plus cher à la société.

c. Enjeu pour la mobilité sociale

Enfin, une meilleure prévention et prise en charge de la santé mentale et du mal-être recouvre un enjeu de mobilité sociale, puisque la santé en est un facteur clé. Une bonne santé, physique et mentale, est en effet un déterminant essentiel de l'accès à la formation, à l'emploi, au logement... Les étudiants qui ne sont pas en bonne santé, qui sont victimes de souffrances psychologiques verront, très certainement, leur réussite universitaire mise à mal. Alors que l'accès au diplôme est un réel levier de mobilité sociale, favoriser la réussite au sein des études en améliorant la santé mentale et en prévenant le mal-être est donc essentiel.

C. Quelles solutions ?

a. Prévention

i. Prévention par les pairs

L'interaction entre pairs est souvent plus efficace, surtout chez les jeunes, notamment en matière de santé. L'étude de l'INSERM sur l'éducation à la santé des jeunes souligne à quel point l'éducation à la santé par les pairs est efficace, notamment puisque les jeunes peuvent s'identifier à la personne qui les forme et se sentent de fait plus concernés, plus en confiance et sont plus réceptifs au message qui leur est adressé.

1. Étudiants relai-santé

La mise en place des étudiants relai-santé au sein des universités, notamment dans le cadre du "Plan National de la Vie Étudiante", est à soutenir. Ils ont en effet pour mission d'animer des missions de prévention. En tant que pairs, ce sont donc des acteurs bien acceptés. Néanmoins, le fait d'avoir des étudiants relais-santé ne doit pas être considéré comme la modalité exclusive de prévention par les pairs, notamment vis-à-vis des associations de jeunesse telles que la FAGE qui développent des projets de prévention, notamment concernant le mal-être.

2. Projets d'innovation sociale

Les projets d'innovation sociale de prévention de santé publique sont nombreux. L'objectif de ceux-ci est d'apporter une réponse concrète à des besoins bien identifiés, en l'occurrence des problèmes de santé publique. La FAGE en développe de nombreux, notamment concernant le mal-être et l'isolement social.

Ainsi, le projet « Bouge ton Blues » a pour vocation de prévenir le suicide. Celui-ci est mis en place et animé par les associations étudiantes du réseau de la FAGE, en partenariat avec des professionnels de santé. Les étudiants sont amenés à remplir un questionnaire, qui les interroge sur leur humeur, leur consommation de substances psychoactives. Ils sont ensuite orientés vers les services adéquats. Le mérite de ce type d'actions est de permettre aux étudiants de prendre conscience, parfois, de leur mal-être. Des conférences sont aussi organisées avec des intervenants spécialisés sur les questions de suicide, en adaptant les thématiques des conférences en fonction des contextes. L'autre objectif de ce projet est de lutter contre l'isolement social des étudiants, un des facteurs de risque de suicide.

Les projets de prévention de la FAGE en matière de santé publique sont regroupés au sein de la campagne « Bouge ta Santé ». Les autres campagnes concernent les infections sexuellement transmissibles, les conduites addictives, la sécurité routière...

ii. Prévention par les professionnels de santé et les structures connexes

Enfin, il est nécessaire d'augmenter les actions de dépistage sur les campus organisées par les services de santé universitaires. Leur transformation en centres de santé universitaires, dans lesquels les professionnels de santé ont une capacité de prescription, doit être accélérée, puisque l'amélioration de l'accès aux soins est aussi un facteur de prévention.

b. Améliorer l'accès aux soins

i. Réformer le régime de sécurité sociale étudiant

Le régime de sécurité social étudiant montre aujourd'hui ses défaillances. Alors que sa création partait d'une intention louable de permettre aux étudiants d'être couverts en tant qu'assurés sociaux propres dès 18 ans, celui-ci montre aujourd'hui ses limites. Ce régime est géré par les mutuelles étudiantes (LMDE et mutuelles régionales du réseau Emevia), qui bénéficient d'une délégation de service public de la part de la Sécurité Sociale, financées au travers de remises de gestion.

Les mutuelles présentent aujourd'hui de nombreux dysfonctionnements, au détriment des étudiants. De nombreux rapports pointent ces dysfonctionnements : rupture d'affiliation, extrêmement grave, notamment en cas d'affection longue durée, retard de remboursements, absence de réponse au téléphone...

La qualité de l'accès aux soins des étudiants s'en fait ressentir : ils sont nombreux à renoncer à des soins pour raisons financières, entre autres par retard de remboursements.

La LMDE, en proie à de gros problèmes de gestion, a transféré une partie de sa gestion à la CNAMTS, afin d'éviter sa faillite. Ce sont donc désormais quatre CPAM qui réalisent les opérations administratives : remboursements, affiliation...

D'autre part, de réels conflits d'intérêt persistent puisque les mutuelles étudiantes, en parallèle de la gestion d'un service public – l'assurance maladie obligatoire – développent aussi une offre de complémentaires santé. Les mutuelles étudiantes se livrent donc à une réelle concurrence sur les campus, afin d'attirer vers eux le maximum d'étudiants, en utilisant l'obligation qu'ont les étudiants de cotiser au régime étudiant et en entretenant, parfois de manière volontaire, la confusion qui réside dans l'esprit des étudiants sur la distinction entre assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Enfin, les mutuelles étudiantes ont une mission théorique de prévention. Pourtant, les actions de prévention à destination des étudiants sont bien trop rares, puisqu'un faible budget leur est dédié.

Pour toutes ces raisons, ce système, qui, à la fois, entrave l'accès aux soins et ne remplit pas sa mission de prévention, doit arriver à son terme. Pour améliorer l'efficacité, la lisibilité et le coût de ce système, la FAGE propose de supprimer la délégation de service public dont bénéficient les mutuelles étudiantes et propose :

- Le rattachement des jeunes au régime général, avec une gestion administrative de leurs dossiers par les CPAM.
- Afin de que les jeunes puissent toujours être force de proposition, notamment concernant la politique de prévention mise en place pour eux, de créer une commission consultative au sein de la CNAMTS, chargée de déterminer la politique de prévention à destination des jeunes, dans laquelle siègerait des représentants étudiants.

ii. Faciliter l'accès à la CMU-c

L'accès à la CMU-c pour les jeunes doit être facilité et ne doit pas être limité aux étudiants boursiers.

iii. Organisation de l'offre de soins sur le territoire : augmenter le nombre et la proximité de structures de soins adaptées aux spécificités des jeunes = CSU

Tel que cité plus haut, le développement des centres de santé universitaires, prévu par le Plan National de la Vie Étudiante, doit être accéléré.

c. Agir à la cause : améliorer le bien-être des étudiants, notamment en supprimant les facteurs anxiogènes des études

i. Rénovation pédagogique

1. Modalités d'enseignement et d'évaluation

La France est un mauvais élève en matière de modalités pédagogiques, qu'elles soient d'enseignement ou d'évaluation. Notre système cherche bien plus à classer les étudiants, à les faire entrer en concurrence, c'est-à-dire à les évaluer non pas à l'aune de leur progrès mais uniquement par rapport aux autres, qu'à les faire réussir et à chercher de faire monter le niveau de chacun, de tirer tout le monde vers le haut. C'est pourquoi ce système est très anxiogène pour les étudiants. Ceux-ci se mettent une pression importante pour réussir, par peur d'être moins bons que les autres. Réformer ce système, en mettant en place des modalités pédagogiques d'enseignement et d'évaluation qui permettent à l'étudiant d'évaluer sa progression et sa maîtrise des compétences nécessaires à une qualification, serait un levier efficace de prévention du stress des étudiants.

Concernant l'enseignement : celui-ci est basé, le plus souvent, sur une relation verticale, qui ne favorise pas l'autonomisation et la prise de confiance des étudiants. La majorité des cours sont réalisés sous forme magistrale et plus basés sur l'apprentissage de connaissances que l'acquisition de compétences..

Dans l'enquête de l'Université de Montpellier, les étudiants proposent d'ailleurs des solutions pour remédier à leur stress, basées notamment sur une réforme des modalités pédagogiques et des modalités d'évaluation. Ceux-ci demandent notamment la mise en place d'accompagnement individuel, l'augmentation des travaux dirigés, une meilleure répartition des enseignements au cours de l'année... La FAGE, réalisant le même constat que ces étudiants interrogés, a ainsi compilé ses propositions sur la pédagogie dans ses « États généraux de la pédagogie ».

2. Constante macabre et culture de l'échec

La **constante macabre** est un phénomène observé lors de la notation d'examens, par lequel la proportion de mauvaises notes est similaire quel que soit le sujet de l'examen et quel que soit le correcteur, indépendamment de la qualité véritable des réponses données par ceux qui passent l'examen. Ce phénomène de « sociologie de l'évaluation » a depuis fait l'objet de plusieurs études, notamment dans le cadre de la sociologie de l'éducation. Cette théorie met l'accent sur le poids excessif qu'a la note et surtout la systématisation des mauvaises notes qui pousse à la sélection par l'échec avec comme conséquence le découragement et l'exclusion de nombreux élèves.

3. Rythmes

Un autre facteur anxiogène correspond aux rythmes universitaires. On voit en effet que les cours sont très condensés au cours de l'année universitaire : condensés entre mardi et jeudi, condensés entre octobre et mai. Cette organisation force les étudiants à subir un rythme très intense de cours. Enfin, beaucoup d'étudiants ne bénéficient pas d'une pause méridienne, c'est-à-dire une pause d'au moins une heure le midi, pour avoir le temps de déjeuner. L'absence de pause méridienne est un facteur important de mal-être chez les étudiants : elle les oblige à se restaurer de manière rapide (restauration debout, *snacking*...) et ne laisse pas le temps de se reposer, de parler avec ses amis, etc.

- ii. Permettre la socialisation
 1. Un campus lieu de vie

En faisant du campus un réel lieu de vie, où l'étudiant ne vient pas consommer du savoir en arrivant juste avant son heure de cours puis en repartant juste après, on permet aux étudiants de se socialiser, de s'engager sur leur campus, de donner plus de sens à leur vie étudiante. Tout cet environnement est donc un réel facteur de prévention du mal-être.

- a. Des services adaptés et de qualité

Des services de qualité sont un levier efficace pour faire du campus un lieu de vie : permettre à l'étudiant d'avoir accès à une restauration universitaire de qualité, à un logement universitaire proche du campus, à des rendez-vous avec les assistantes sociales du CROUS et de l'Université, à un accès aux services de santé... Il faut donc veiller à un maillage réellement suffisant des services du CROUS sur les différents campus, notamment dans les sites dits « délocalisés ».

- b. Des lieux de vie

Mettre à disposition des lieux de vie (salles de repos, salles pour se restaurer avec ses propres produits...), notamment autogérés par les étudiants, est un autre levier important de bien-être et de création d'un climat de vie propice à l'épanouissement. Enfin, l'aménagement du campus en réel lieu de vie, avec des espaces où les membres de la communauté universitaire peuvent se rencontrer, peut aussi permettre de remettre en cause la relation très verticale entre étudiants et enseignants, dans la continuité d'une révolution pédagogique.

- iii. Favoriser la bonne santé / agir sur les déterminants de santé sur le campus
 1. Favoriser le sport universitaire

Un autre facteur de prévention du mal-être et de promotion de la santé est le sport. Faciliter l'accès au sport universitaire est donc essentiel, à la fois grâce à des tarifs abordables mais aussi en développant une offre sportive suffisante, accessible en termes de lieux et d'horaires.

2. Favoriser le bien-manger

Enfin, favoriser le bien-manger est un autre facteur de prévention du mal-être et de réduction du stress. Pour ce faire, il est nécessaire que les Universités et les CROUS développent en bonne intelligence une offre de restauration universitaire de qualité, à moindre coût.

Bibliographie

- Mutuelles étudiantes
 - o Rapport de la sénatrice Procaccia : <https://www.senat.fr/rap/l14-086/l14-0861.pdf>
 - o Rapport du député Door : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3316.asp>
 - o Enquête du Défenseur des Droits sur l'accès aux soins des étudiants : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/acces-des-etudiants-aux-soins-leur-protection-sociale-est-elle-la-hauteur-des-enjeux>
 - o Enquête UFC-Que Choisir : <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-inscriptions-a-la-faculte-l-ufc-que-choisir-met-au-banc-les-mutuelles-etudiantes-n13793/>
- Etats généraux de la pédagogie de la FAGE : http://www.fage.org/ressources/documents/2/2592.2015_04_13_EGP_Version_web.pdf
- Enquête de l'Université de Montpellier sur la santé des étudiants : http://www.univ-montp3.fr/filemanager/vie_etudiante/OVE/enquete-stress-etudiants-um-2010.pdf
- Enquête "Conditions de Vie des Etudiants", Observatoire de la Vie Etudiante : http://www.ove-national.education.fr/medias/OVEDonnees_sante_CDV2013.pdf

Victor Bygodt, vice-président en charge de l'innovation sociale et Alice Clément, vice-présidente en charge des affaires sociales
alice.clement@fage.org

ANNEXE 4 : PERSONNES ET ORGANISMES AUDITIONNES, EQUIPES RENCONTREES SUR LE TERRAIN, PERSONNES AYANT REMIS UN RAPPORT ECRIT

Date	Structure	Personnes auditionnées
24 novembre 2015	Direction Académique des Services de l'Éducation nationale (DASEN) Nanterre	Mme Jany VEG, médecin conseiller technique départemental Mme BOVADJIAN, DCIO de Nanterre Mme Séverine RABILLARD, COP au CIO de Nanterre Mme BLAIN, IEN - IO Mme Raphaëlle LARTIGOU, IEN - IO
3 décembre 2015	Direction Générale de la Santé (DGS)	Mme Zina BESSA, sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques Mme Perrine RAME-MATHIEU, adjointe à la sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques M. Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale
8 Décembre 2015	Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS)	Mme Isabelle PRADE, cheffe du bureau "Prise en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale" M. Laurent BURCKEL, chargé de mission sur la psychiatrie
10 décembre 2015	MDA des Yvelines Sud	Dr Hélène LIDA-PULIK, pédopsychiatre et chef projet de la MDA Dr Francesca DI GIACOMO, pédopsychiatre et responsable médical à la MDA
	Personnels EN des Yvelines	Mme Nahide ROCHE, coordinatrice du "Lycée des possibles", intégré au lycée Colbert de la Celle-Saint-Cloud Dr Caroline MAURIN, conseillère technique du directeur académique des Yvelines Mme Sophie FIEUX, principale-adjointe, collège La fosse aux Dames de des Clayes-sous-Bois Mme Isabelle MAZEAS, conseillère principale d'éducation du lycée S. Delaunay de Villepreux
	MDA du Val d'Oise – Gonesse	Mme MENETRIER, cadre de santé à la MDA Dr GUILLONNEAU, responsable de la MDA Mme DESCAMPS, infirmière diplômée d'état à la MDA
	Personnels EN du Val d'Oise	Mme Claire BELDON, principale du collège Pierre Curie de Goussainville Mme Éliane JACQUES, infirmière diplômée d'état au collège Pierre Curie de Goussainville Mme Nathalie ROGEL, conseillère d'orientation-psychologue au CIO de Gonesse
	MDA du Calvados	Dr Patrick GENVRESSE, pédopsychiatre et directeur médical de la MDA Mme Véronique DESRAME, directrice administrative

10 décembre 2015	Personnels EN du Calvados	M. François-Michel DUPONT, chargé de direction du Collège-Lycée-Expérimental (CLE) d'Hérouville-Saint-Clair Mme Catherine SAFDARI, proviseure adjointe du Lycée Victor HUGO de Caen M Arnaud DUREL, enseignant spécialisé, rattaché à la MDA
	MDA du Finistère nord - Brest	M. Loïk JOUSNI, responsable de la MDA Mme Valérie LE MENN, infirmière diplômée d'État à la MDA
	Personnels EN du Finistère	M. Pierre-Yves LE GALL, assistant de service social au centre médico-social de la cité scolaire KERICHEN de Brest Mme Élisabeth ESPERANDIEU, médecin scolaire au centre médico-social de la cité scolaire KERICHEN de Brest Mme Catherine FEAT, conseillère principale d'éducation au lycée Dupuy de Lôme de Brest
12 janvier 2016	ANPAEJ – Association Nationale des PAEJ	M. Marc LERAY, président de l'ANPAEJ Mme Élisabeth MONNERAT, déléguée ANPAEJ de la région Ile de France Mme Danièle CONSTANT, déléguée ANPAEJ de la région PACA
14 janvier 2016	ARS Aquitaine – Mission santé mentale	M Michel LAFORCADE – DG ARS Aquitaine
	Mission de prévention et de lutte contre les violences en milieu scolaire	M André CANVEL – délégué ministériel, MENESR
18 janvier 2016	EHESP - École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes	Mme Patricia LONCLE - titulaire de la chaire « Jeunesse » à l'École des Hautes Études en Santé Publique et enseignant-chercheur au département SHSC et CRAPE (UMR CNRS 6051)
20 janvier 2016	Réunion nationale avec les Directeur Généraux des Agences Régionales de Santé et les Recteurs	Pr Olivier LYON-CAEN, conseiller à l'Élysée M. Christophe PROCHASSON, conseiller à l'Élysée Mme Nathalie DESTAIS, conseillère à l'Élysée M. Ali SAIB, conseiller au cabinet du Premier Ministre Mme Cécile TAGLIANA, conseillère au cabinet du Premier Ministre Mme Frédérique WEIXLER, conseillère au cabinet de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Mme Marie-Cécile NAVES, conseillère au cabinet de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Mme Valérie DELESTRE, chargée de mission au cabinet de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche M. Nicolas PEJU, directeur adjoint du cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé Mme Zina BESSA, direction générale de la santé Pr Odile KREMP, direction générale de la santé

		<p>Mme Pauline MAZURIER-NOLIN, conseillère au Cabinet de la Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes</p> <p>Mme Mireille GAUZERE, conseillère du Ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports</p> <p>Mme Juliette LAGANIER, conseillère au cabinet du Ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports</p> <p>M. François LEMOINE, conseiller au cabinet du Secrétaire d'état à l'enseignement supérieur</p> <p>M. Gilles PECOUT, recteur de Nancy-Metz</p> <p>Mme Véronique ZAERCHER-KECK</p> <p>Dr. Marie-Hélène QUINET</p> <p>Mme Laurence SCHUMENG</p> <p>M. Claude d'HARCOURT, directeur général de l'ARS d'Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne</p> <p>Dr Arielle BRUNNER, conseillère médicale, ARS Lorraine</p> <p>M. Daniel FILATRE, recteur de l'académie de Versailles</p> <p>M. Laurent CASTRA, directeur santé publique de l'ARS Ile de France (représenté M. Christophe DEVYS, directeur général, empêché)</p> <p>M. William MAROIS, recteur de l'académie de Nantes</p> <p>Dr Anne-Léopoldine VINCENT, médecin conseillère technique rectorat de Nantes</p> <p>Mme Cécile COURREGES, directrice générale de l'ARS Pays de la Loire</p> <p>M. le Dr DUVAUX, ARS Ile de France</p>
<p>21 janvier 2016</p>	<p>CNLAPS - Conseil National des Acteurs de Prévention Spécialisée</p>	<p>M. Éric RIEDERER, coordonnateur national du CNLAPS</p> <p>M. Guillaume AUDEGON, directeur association AAE - Dunkerque</p> <p>M. Ludovic CLARYS, chef de service association AAE - Dunkerque</p> <p>Mme Corinne DEWEVRE, directrice adjointe association « Rencontre et Loisir » -Nord-Pas-de-Calais</p> <p>Mme Dorothee ANTOSIAK, éducatrice association « Rencontre et Loisir » -Nord-Pas-de-Calais</p> <p>Mme Fatima BENNOUKH, directrice de la Prévention spécialisée - Association « Espoir CFDJ » 94</p> <p>Mme Khouka ZEGHDOUDI, chef de service - Association « Espoir CFDJ »</p> <p>Mme Christine HERITIER, éducatrice association « Espoir CFDJ »</p>
<p>22 janvier 2016</p>	<p>FCMPP - Fédération des Centres Médico-Psychopédagogiques</p>	<p>Mme Sylvie CHAMPION, présidente</p>
	<p>FFP - Fédération Française de Psychiatrie</p>	<p>Dr Jean-Paul BOUVETTIER, chef de service au CH Esquirol et Président d'Ancre-psy</p> <p>Dr. Jean CHAMBRY, collègue de pédopsychiatrie</p>

	API - Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile	Dr. Roger TEBOUL, président de l'API
	FSEF - Fondation Santé des Étudiants de France	M. Vincent BEAUGRAND, directeur général M. Éric VERNIN, directeur général adjoint – Idf Dr. Philippe LESIEUR, président de la CME Dr Dominique MONCHABLON, psychiatre et chef de service du Relais étudiants lycéens M. Philippe COLIN-MADAN, directeur des études
31 janvier 2016	MDA et CMPP des Bouches du Rhône	Dr Guillaume BRONSARD – pédopsychiatre et directeur
10 février 2016	Rectorat de Toulouse HBSC	Dr Emmanuelle GODEAU, adjointe du médecin conseiller de la rectrice de l'académie de Toulouse / coordinatrice de l'enquête « <i>Health behaviour in school-aged children (HBSC)</i> » pour la France
	SFPEADA – Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées	M. Michel WAWRZYNIAK, président de la SFPEADA Dr Nicole CATHELINE, présidente du conseil scientifique Dr Bruno RIST, trésorier et chef de service à la Fondation Santé des étudiants de France
	EPE – École des Parents et des Éducateurs d'Ile de France	Pr Philippe JEAMMET, professeur émérite, Paris Descartes
	SFSA - Société Française pour la Santé de l'Adolescent	Dr Paul JACQUIN, président de la SFSA Dr Marie-Pierre ARCHAMBEAUD, SFSA
	Défenseur des enfants	Mme Geneviève AVENARD, défenseure des enfants, adjointe au défenseur des droits Mme Marie LIEBERHERR, chef de pôle département de l'enfant
17 février 2016	Canton de Genève	M. David NAKACH, travailleur social dans les établissements scolaires du canton de Genève
	UNML - Union nationale des Missions Locales	M. Jean-Patrick GILLES, président M. Serge KROICHVILLI, délégué général
18 février 2016	Université Lumière LYON II et centre de Recherche Max WEBER (CNRS)	M. Bertrand RAVON, professeur de sociologie à l'Université Lumière-Lyon II, chercheur au Centre Max-Weber (CNRS)
24 février 2016	Conseillers de la Ministre des Affaires sociales et de la santé	M. Nicolas PEJU, directeur de cabinet adjoint de la Ministre de la Santé M. Nicolas PRISSE (cabinet santé, santé publique) Mme Perrine RAME-MATHIEU, DGS M. Philippe LEBORGNE, DHOS
25 février 2016	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	Mme Catherine SULTAN, directrice DPJJ Mme Frédérique BOTELLA, adjointe au sous-directeur ; sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (DMPJE) Mme Danielle FORGEOT, infirmière-rédacteur ; DPJJ, DMPJE

4 mars 2016	Conseil départemental de Seine-Saint-Denis	Mme Leyla TEMEL, directrice de l'enfance et de la famille) M. HOULDWORTH, directeur adjoint MDPH M. Mathias BAUCHER – ASE Mme Stéphanie GOURDOL, direction de l'éducation et de la jeunesse M. Jean-Paul ESPIE, direction de l'éducation et de la jeunesse
9 mars 2016	Commissariat général à l'investissement (CGI)	M. Frédéric BOURTHOUMIEU, conseiller Éducation Jeunesse au CGI
	CHU Toulouse	Pr Jean-Philippe RAYNAUD, professeur de pédopsychiatrie
	Centre Philippe Paumelle-Paris	Dr Alain BRACONNIER, pédopsychiatre
	France Santé Publique	M. Didier JOURDAN, professeur en sciences de l'éducation ; directeur de la prévention et promotion de la santé de France Santé Publique
16 mars 2016	CNS – Conférence Nationale de Santé	Mme Eve GUILLAUME (Paris) Mme Lola ERHART (Montpellier) M. Thibaud BRY (Strasbourg)
16 mars 2016	EHESP de Rennes	Mme Valérie HAMDI – « jeunes en transition »
	EHESP de Rennes	Mme Karinne GUILLOUX, directrice du Projet PIA JETTT (Politiques de jeunesse intégrées dans les territoires bretons)
	CNUP - Collège National des Universitaires de Psychiatrie	Pr. Pierre THOMAS, psychiatre et pédopsychiatre universitaire, président du CNUP
18 mars 2016	Conférence des Présidents d'Université (CPU)	Pr Jean-Loup SALTZMANN, président de la CPU (conférence des présidents d'université) Pr Laurent GERBAUD, directeur de l'association des directeurs des services de santé, professeur CHU Clermont-Ferrand Mme Clotilde MARSEAULT, chargée de mission vie étudiante et vie de campus
23 mars 2016	Académie de Versailles	Mme Ayana ABBADI, principale du collège de l'Agiot, Elancourt, Yvelines M Pierre ANSELMO, principal du collège Guy Moquet, Gennevilliers, Hauts de Seine Mme Sandrine ESKENAZI, principale du collège Louise Weiss, Nozay, Essonne M François FONTAINE, proviseur du LP Louis Blériot, Trappes, Yvelines Mme Odile MOUTAUX, proviseure du LGT Alfred Kastler, Cergy, Val d'Oise M Christian VANDEPORTA, proviseur du LPO L'Essouriau, Les Ulis, Essonne Dr. CORDIOLANI, médecin conseillère technique auprès du recteur
23 mars 2016	EHESP – École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes	Mme Lila le TRIVIDIC - chercheur

	CNU de pédopsychiatrie - Conseil National des Universités	Pr. David COHEN, président du CNU
	ADF - Assemblée des départements de France	M. Jean-Michel RAPINAT, directeur délégué en charge des solidarités et des affaires sociales à l'Assemblée des départements de France
4 avril 2016	PEEP - Parents d'Élèves de l'Enseignement Public	Mme MARTY, présidente
6 avril 2016	Centre Babel	Mme Adeline SAROT, psychologue Mme Marielle LEMAIRE, enseignante et coordinatrice du projet « Persée » au collège G. Brassens, Paris
	Mairie de Nanterre	M. Jean-Luc VILLEMIN, responsable du PRE de Nanterre Mme Karine DURAND, coordinatrice du PRE
	Fil Santé Jeunes	Mme Mirentxu BACQUERIE, directrice de l'PEPE Ile de France / Fil Santé Jeunes
8 avril 2016	Direction Générale de la Santé	Mme Zina BESSA, sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques Mme Perrine RAME-MATHIEU, adjointe à la sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques M. Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale
11 avril 2016	MILDECA - Mission Interministérielle de Lutte contre des Drogues et les Conduites Addictives	Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER, présidente Mme Caroline VETCHEFF, chargée de mission
	FAGE - Fédération des Associations Générales Étudiantes	Mme Alice CLEMENT, vice-présidente chargée des affaires sociales M Victor BYODT, vice-président chargé des innovations sociales et de la prévention
12 avril 2016	FCPE- Fédération des Conseils de Parents d'élèves	Mme DURAND - présidente
13 avril 2016	ARF - Assemblée des Régions de France	M. BONNEAU, président de la région Centre et de l'ARF
10 mai 2016	MAP - Mission de Modernisation de l'Action publique sur la médecine scolaire – IGAS, IGEN, IGAENR	Mme Anne BURSTIN, IGAS– mission de médecine scolaire
	BAPU – Bureau d'Aide Psychologique Universitaire	Dr Frédéric ATGER, responsable de BAPU (FSEF) Pascal (5 ^{ème} arrondissement)
11 mai 2016	Comité de Suivi de la Réforme des enseignants (ESPE) /	M. Daniel FILATRE, recteur de l'académie de Versailles, président

	Éducation nationale	
	FIDL – Fédération Indépendante et Démocratique Lycéenne	Mme Juliette CHILOWICZ, présidente Mme Chloé DEVERLY, porte-parole
12 mai 2016	UNEF - Union nationale des Étudiants de France	M. Bastien ZAPATA, responsable de la commission santé au bureau national
	Enseignement catholique	M. BERRUER, adjoint au secrétaire général
	Fédération Addiction	M. Jean-Pierre COUTERON, président de la Fédération Mme Caroline PRAT, chargée de mission
17 mai 2016	Ministère de l'Agriculture – Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche	M. Philippe SCHNAABELE, directeur général adjoint, chef de service de l'enseignement technique M. Michel LEVEQUE, sous-directeur des politiques de formation et d'éducation
	Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)	Mme Françoise PETREAULT, sous-directrice, DGESCO B3, vie scolaire, établissements et actions socio-éducatives Mme Véronique GASTE, DGESCO B 3-1, cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité Dr Brigitte MOLTRECHT, conseillère technique
8 juin 2016	Association des Parents d'élèves de l'enseignement libre (APPEL)	Mme Martine CARRE, responsable du service d'information et conseil aux familles – APEL national
20 juin 2016	Réunion nationale avec les Directeur Généraux des Agences Régionales de Santé et les Recteurs	Mme Nathalie DESTAIS, conseillère à l'Élysée M. William MAROIS, recteur de l'académie de Nantes M. Simon KIEFFER, directeur de l'accès à la santé et aux soins de proximité, ARS Lorraine Dr Arielle BRUNNER, conseillère médicale, ARS Lorraine M. Laurent CASTRA, directeur santé publique de l'ARS Ile de France M. Emmanuel BOURREL, directeur académique des services de l'éducation nationale des Vosges Mme Lise JANNEAU, chargée de mission ARS Ile de France Mme Nadège CHANNOT, ARS Ile de France Mme Marie-Hélène BOURVEN, infirmière conseillère technique, rectorat de Versailles Dr Anne-Léopoldine VINCENT, médecin conseillère technique, rectorat de Nantes Dr DUVAUX, ARS Ile de France
27 juin 2016	Cabinet de Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé	M Nicolas PEJU, directeur adjoint du cabinet de Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé Dr Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale M. Nicolas PRISSE (Cabinet santé, santé publique) Mme Perrine RAME-MATHIEU, DGS Mme Odile MAURICE, DGOS

		Mme Julie BIGA, bureau R4 «Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale »
30 juin 2016	Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Organisation des Soins	Dr Philippe LEBORGNE, adjoint du chef de bureau santé mentale Mme Perrine RAME-MATHIEU, DGS Mme Julie BIGA, DGOS Mme Odile MAURICE, DGOS M. Patrick AMBROISE, Bureau santé des populations, DGS
5 juillet 2016	Ministère des Affaires sociales et de la Santé	Mme Giovanna MARSICO, chargée de mission au secrétariat général du ministère chargé des affaires sociales et de la santé, pour la mise en œuvre du service public d'information en santé

Visites

Date	Lieu	Structure	Personnes auditionnées
12 novembre 2015	La Ricamarie	Collège Jules VALLES	Mme Martine ZAPATA, principale
12 décembre 2015	Roanne	Dispositif SAMEAD	Communauté de communes sud-roannais
25 janvier 2016	Rennes	CHAIRE de la Jeunesse - EHESP	Mme Patricia LONCLE et son équipe
26 janvier 2016	Nantes (Loire-Atlantique)	Maison des Adolescents	M Patrick COTTIN, directeur de la MDA M Pierre POITOU, coordinateur Mme Hélène PICOT
9 février 2016	Nîmes	MDA, préfecture, académie, DASEN et ARS	M AUBOIS, DASEN Montpellier M.ROIS, ARS du Gard Mme FEGER, préfecture du Gard Mme DUMONTIER DA SILVA, CPEF du Gard M Philippe RIGOULOT, MDA du Gard Mme PELLERIN, DASEN du Gard Mme ALZUYETA, DASEN du Gard Mme BOUCHER, DASEN du Gard M MESLET, proviseur vie scolaire, académie de Montpellier
11 février 2016	Neufmoutiers-en-Brie (Seine et Marne)	Fondation Santé des Étudiants de France	M Alexandre THIEBAULT, directeur du CMPA Mme Sabine DURIEUX, proviseure adjointe du CMPA M Éric VERNIN, directeur général adjoint de la FSEF M Philippe COLIN-MADAN, directeur des études et de la pédagogie de la FSEF Mme Patricia BLOCH, DASEN Mme Marjorie PINCON, COP au CIO de Roissy en Brie Mme Catherine DOMER, enseignante au CMPA Mme Catherine CONEJERO, professeure de français au CMPA M. Christophe SANCHEZ, proviseur adjoint du Lycée JEHAN de Chelles Mme Nathalie ALBAN, enseignante et coordinatrice du DERPA Dr. Agathe BASSI TREVISIOL, pédiatre Dr. Elise BERTAUT, pédopsychiatre M. Daniel DJIMADOUM, proviseur du lycée support de Melun Dr. Nicolas GIRARDON, pédopsychiatre M. Steven ADAM, élève de 1ère S au CMPA Mme DOMERC, professeur principale de 3ème
1 ^{er} mars 2016	Agen		DASEN du Lot et Garonne Dr OLYMPIE, conseillère technique responsable départementale (CTRD) Mme TOUTIN (ICTRD) Mme PRABONNEAU (CTRD CTSS) Mme BLAIZAC, assistante sociale des personnels

Mme BLIN, coordinatrice de la MLDS

LP LOMET – Agen

M. DUZAN, proviseur

Mme PITICCO Nathaly, CPE

Mme PORTEJOIE, assistante sociale scolaire

Collège Ducos de Hauron – AGEN

Mme BIETH-ZOU, principale adjointe

Collège Jean ROSTAND – CASTELJALOUX

Mme PUJOLE, infirmière scolaire

Collège J. MOULIN – MARMANDE

M. NICOLON, principal

Mme BERNY, infirmière scolaire

Mme MARIAGE, assistante sociale scolaire

Collège P. FROMET – Ste LIVRADE

Mme BOUGARDIER, principale

Classe relai départementale 47

Mme FAGES, professeur coordonnateur

CMPP de Villeneuve sur Lot

M FOSSATS, directeur

MDA AGEN

M. FAURE, cadre de santé

Dr TANDONNET, médecin psychiatre

RESEDA AGEN

Dr CORS, psychiatre

Mme MATHIEU-LEROY, psychologue

SOLINCITE Pôle enfants 47 – Escassefort

Mme RENTE, directrice

M EL BOUMEDIAN, éducateur spécialisé

Personnes ayant remis des contributions écrites

Contributeurs	Institution
ATGER Frédéric, responsable du Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) Pascal	Fondation Santé des Étudiants de France
AUDEGON Guillaume, directeur de l'association « AAE »	Association Action Éducative (AAE)
BAVEUX Christine, professeur de lettres	Maison de Solenn, Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin
BECHT Catherine, assistante sociale, conseillère technique du directeur académique	Direction académique des services départementaux de l'Éducation nationale du Haut-Rhin
BECK François, directeur	Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)
BOTELLA Frédérique, adjointe à la sous-directrice, Sous-Direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (SDMPJE)	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)
BREBANT Catherine, responsable du dispositif Fil'Harmonie	Fondation Santé des Étudiants de France
BRONSARD Guillaume, pédopsychiatre et directeur	Maison des Adolescents de Marseille
CARIOU Léna, conseillère principale d'éducation (CPE)	Collège Maurice de Vlaminck de Verneuil-sur-Avre
CLEMENT Alice, vice-présidente en charge des affaires sociales	Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE)
COLIN-MADAN Philippe, directeur des études et de la pédagogie de la Fondation	Fondation Santé des Étudiants de France
CORDIOLANI Christine, médecin conseiller technique auprès du recteur de l'académie	Académie de Versailles
COUTERON Jean-Pierre, président PRAT Caroline, chargée de mission	Fédération addiction
DUPERRAY Gilbert, président	Service d'aide multi-professionnelle pour les enfants et adolescents en difficulté (SAMEAD)

GERBAUD Laurent, directeur de l'association des directeurs des services de santé, professeur CHU Clermont-Ferrand	Conférence des Présidents d'Universités
JACQUIN Paul, président	Société Française pour la Santé de l'Adolescent
JOUSNI Loïk, responsable de la MDA	Maison des Adolescents de Brest
MODIER Sophie, directrice Etap'ADO	Sauvegarde de Seine-Saint-Denis
NAKACH David, travailleur social dans les établissements scolaires du canton de Genève	Canton de Genève
OLYMPIE Odile, médecin conseillère technique de la Direction académique	Association RESEDA du Lot et Garonne
RIGOULOT Philippe, directeur	Maison des Adolescents du Gard
ROMANO Hélène, docteur en psychologie, spécialisée dans la prise en charge des blessés	Université Lyon 3 – Comité de protection des personnes
SAROT Adeline, doctorante, formatrice	Centre BABEL, Centre de Ressources transculturelles, Paris
ZAPATA Martine, principale	Collège Jules Vallès, la Ricamarie

ANNEXE 5 : BIBLIOGRAPHIE

Articles, ouvrages et revues

- BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P.(dir.), *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris, Ined, 2016.
- BECK F, OBRADOVIC I, JAUFFRET-ROUSTIDE M, LEGLEYE S. Regards sur les addictions des jeunes en France. *Sociologie* 2010 ; 4 : 517-36.
- BECK F., RICHARD J.-B. (dir.) *Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010*. St Denis : Inpes ; 2013.
- BEYER C., Immigration : les failles du système scolaire face aux primo-arrivants in *Le Figaro*, 8 janvier 2016.
- BOTBOL M. Mission d'Appui PJJ/Psychiatrie, Rapport Final, mai 2011 ; « États limites et délinquance juvénile : évolution des réponses judiciaires ». *L'information psychiatrique* 2016 ; 92(1) : 49-53.
- BOUYSSIÈRE-CATUSSE E, RAYNAUD JP. *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats*. St Agne : Erès ; 2012.
- BRACONNIER A. *L'enfant optimiste*. Paris : Odile Jacob ; 2015.
- CATHELINE N. *Psychopathologie de la scolarité*. Paris : Masson ; 2011.
- CATHELINE N. *Le harcèlement scolaire*. Paris : PUF ; 2015.
- CATHELINE N, BEDIN V. *Les années collège : le grand malentendu*. Paris ; Albin Michel ; 2004.
- CATHELINE N, BEDIN V. *Harcèlements à l'école*. Paris ; Albin Michel ; 2008.
- CATHELINE N, MARCELLI D. *Ces adolescents qui évitent de penser*. St Agne ; Erès ; 2014.
- CHARREL M. L'angoisse du bachelier - Chronique in *Le Monde* 12/13 juin 2016.
- CHATAGNER A, OLLIAC B, CHOQUET L-H, BOTBOL M, RAYNAUD J-P. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2015 ; 63 (2) : 124-32.
- CHATAGNER A, RAYNAUD J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2013 ; 61 (1) : 8-16.
- CHILAND C, RAYNAUD JP. *Cerveau, psyché et développement*. Paris : Odile Jacob ; 2014.
- COLLAS A. Supprimer les notes en classe réduirait les inégalités sociales. *Le Monde* ; 16 mars 2016.
- COTTIN K, CHOQUET M, POMMEREAU X, LAGADIC C. *Les élèves à l'infirmerie scolaire. Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. Inserm ; 2001.
- FASSIN D, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : Coll. Alternatives sociales, La Découverte ; 2004.
- FERRERI P., PAIN G. *Questionner les doctrines d'intervention, Proposer de nouveaux leviers d'action - Quelques enseignements de l'expérimentation ISEMA (ADSEA 28)*. Article interne à la PJJ, 2014.
- GARDNER H. *Les intelligences multiples. Pour changer l'école : la prise en compte des différentes formes d'intelligence*. Paris : Retz ; 2000.
- GENET C. Les élèves « absents » et le soutien de leurs pairs. *La revue de santé scolaire & universitaire*, mai-juin 2016, n°39 : 1.
- GODEAU E, SANTENAC M, LIZ PACORICONA ALFARO D, EHLINGER V. Élèves en situation de handicap ou porteurs de maladies chroniques - Perception de leur vie et de leur bien-être au collège. *Éducation et formation* décembre 2015 : 88-89.
- GUIMARD P, BACRO F, FERRIERE S, FLORIN A, GAUDONVILLE T, THANH NGO H. Le bien-être des élèves à l'école et au collège – validation d'une échelle multidimensionnelle, analyses descriptives et différentielles. *Éducation et formation* décembre 2015 : 88-89.
- GUIMARD P, BACRO F, FERRIERE S, FLORIN A, GAUDONVILLE T, THANH NGO H. « Le bien-être des élèves à l'école et au collège – validation d'une échelle multidimensionnelle, analyses descriptives et différentielles » in *Éducation et formation* n° 88/89 de décembre 2015 : 163.

- GUTTON P. *Adolescents*. Paris : PUF ; 2015.
- JEAMMET P. *L'anorexie mentale*. Doin : Paris, 1996.
- JEAMMET P. *Grandir en temps de crise. Comment aider nos enfants à croire en l'avenir*. Bayard : Paris ; 2014.
- L'autre, Cliniques, Cultures et sociétés, Grandir*. La Pensée Sauvage, Grenoble 2007 ; 8(3).
- L'autre, Cliniques, Cultures et sociétés, L'enfant plurilingue à l'école*. La Pensée Sauvage, Grenoble 2011 ; 12 (2).
- LEQUIEN V. Immigration : les garçons réussissent moins bien et sont plus souvent victimes de discrimination. in *La revue de santé scolaire & universitaire*, mars-avril 2016, n°38.
- LEZE S, FASSIN D. Des maux indicibles. *Sociologie des lieux d'écoute. L'Homme*, janvier-juin 2006 : 177-178.
- MANSOURI M. *Révoltes post-coloniales au cœur de l'Hexagone. Voix d'adolescents*. Paris : PUF ; 2013.
- MARCELLI D. *L'enfant, chef de famille : l'autorité de l'infantile*. Paris, Albin Michel ; 2016.
- Ministère de l'Éducation nationale, « Climat scolaire et bien-être à l'école » in *Éducation et formation* n° 88/89 de décembre 2015.
- McGORRY P, BATES T, BIRCHWOOD M. Designing youth mental health services for the 21th century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 2013 ; 202 : 30-35.
- MORO MR. *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- MORO MR. *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris : Odile Jacob ; 2010.
- MORO MR. *Les enfants de l'immigration. Une chance pour l'école*. Paris : Bayard ; 2012.
- MORO MR (Ed) *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement. Comprendre et soigner*. Paris : Armand Colin ; 2013.
- MORO MR (Ed) *Devenir adulte. Chances et difficultés*. Paris : Armand Colin ; 2014.
- MORO MR (Ed) *L'adolescent créatif face aux malaises de la société*. Paris : Dunod ; 2015.
- Premier ministre (service de presse) « *Plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme* », Dossier de presse ; 9 mai 2016.
- RAVON B, LAVAL C. *L'aide aux adolescents difficiles – Chroniques d'un problème public*. Toulouse : Erès ; 2015.
- Revue française de pédagogie, recherches en éducation*. Évaluation des politiques éducatives et comparaisons internationales, n°164, juillet-août et septembre 2008. Institut National de recherche pédagogique.
- RAYNAUD JP, POTEL BARNARES C, ROCHE JF. Parcours de vie, parcours de soin. *Enfances & PSY*, 2008 ; 38.
- SAROT A, BOUZNAH S, MORO MR. Le rôle de l'école dans la prévention du terrorisme. *Soins Psychiatrie*, 2016 ; 302 : 32-34.
- SKANDRANI S. *Les mille et une voix de Shabrazade. Construction identitaire des adolescentes d'origine maghrébine en France*. Grenoble : La pensée sauvage ; 2011.
- SPIILKA S, EHLINGER V, LE NEZET O., PACORICONA D, NGANTCHA M., GODEAU E, Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». *Tendances 2015*2015a ; OFDT ; 106 : 1-6.
- SPIILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M., BECK F, LEGLEYE S. *Les usages des drogues des adolescents parisiens- Étude qualitative*. Rapport ; 2010.
- SPIILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M., BECK F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD. *Tendances 2014* ; 201b5 (100) : 1-8.
- TEBOUL R, NADAUD S, CARRIE JP, KNERA L, FERMANIAN J, PAYAN C, Méthodologie et résultats d'une recherche clinique (PHRC) chez les adolescents dans les zones urbaines. *Perspectives Psy* 2015 ; 54 (2) : 132-41.
- TEBOUL R, NADAUD S, CARRIE JP, KNERA L, FERMANIAN J, PAYAN C. Deux biais méthodologiques importants menacent les études cliniques chez les adolescents difficiles - Les leçons d'une recherche de plusieurs années chez 213 jeunes contactés. *Perspectives Psy* 2013 ; 52 (4) : 332-9.
- VOLKMAR C. *Protection de l'enfance. Évaluation initiale des situations familiales*. Dossier de presse n°138, Ed. du CREAM de Rhône-Alpes septembre 2006.
- WAWRZYNIAK M, RASSINON S. Quand le parcours de soins rencontre le champ judiciaire : un méta système thérapeutique ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau, Approche systémique des institutions*, Ed. De Boeck, 2012 ; 50 (1) : 199-211.

Enquêtes et consultations

- *Consultation nationale des 6/18 ans*, 1995.
- *Enquête HBSC*, 2010.
- *La santé des adolescents à la loupe, Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children 2010*. INPES – Ministère de l'éducation nationale ; 2012.
- *Santé et conditions de vie des étudiants*. Enquête nationale réalisée en collaboration avec l'Institut français d'opinion publique (IFOP) et La Mutuelle des Étudiants (LMDE) ; 2012.
- *PISA*, 2012.
- *Baromètre santé de l'Inpes (devenu santé publique France) 2014* ainsi que 2010 avec *Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010* ; F. BECK et J-B. RICHARD ; 2013.
- *Les adolescents et la loi*. Premiers résultats des Bouches du Rhône, Février 2013.
- *État de santé des Étudiants en France*. Enquête nationale sur la santé des étudiants de France, La Mutuelle des Etudiants (LMDE) ; 2014.
- *Écoutons ce que les enfants ont à nous dire – Adolescents en France : le grand malaise*, UNICEF France, 2014.
- *La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie*. Rapport OMS 2014. WHO/FWC/MCA/14.05. Et Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).
- *La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième*. DREES, Études et Résultats février 2014.
- *Enquête qualitative des Programmes de Réussite éducative*. Commissariat Général à l'égalité des Territoires, décembre 2015.
- *Enquête quantitative sur les jeunes de Nanterre*. Ville de Nanterre, L-M. ROMAIN et A. MARTIN, 2015.
- *Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé*. L'état de santé de la population en France, Rapport 2015.
- *3ème édition de l'enquête internationale de victimisation et de délinquance auto-déclarée* (sous la direction de S. Roche en collaboration avec l'IPSOS), 2016.
- *Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance : freins et leviers à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne*, J-C. CANLER, EHESP, 2014.

Guides utiles

- *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent*. Guide pratique protection de l'enfance, Ministère de la santé et des solidarités, 2008.
- *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*. Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale, ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de l'Éducation nationale 2014.
- *Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves, guide à l'attention des équipes éducatives des collèges et des lycées*. Ministère de l'Éducation nationale 2014.
- *Climat scolaire et bien-être à l'école, Éducation et formations*. Ministère de l'éducation nationale, décembre 2015 ; n°88-89.

Lois et textes d'institutions européennes

- Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi 2005-102 du 11-02-2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance
- Résolution du Parlement européen du 2 avril 2009 portant sur l'éducation des enfants de migrants en Europe.
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République
- Loi 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République
- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
- Projet de loi "Égalité et Citoyenneté", 2016.

Décrets, circulaires, instructions ministérielles

- Décret 64-1202 du 25 novembre 1964 complété par une annexe XXXIII le décret 56-284 du 9 mars 1956 (Conditions techniques d'agrément des centres de diagnostic et de traitement des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires).
- Circulaire 89/17 du 30 octobre 1989 et Décret 2009-378 du 2 avril 2009 relatifs aux *Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, Sessad*.
- Circulaire 96/378 du 14 juin 1996 du Ministère du travail et des affaires sociales ; PEJ : circulaire 097/280 du 10 avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration ; PAEJ : circulaire DGS/DGAS 2002/145 du 12 mars 2002.
- Circulaire 98-151 du 17-07-1998 Assistances pédagogiques à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
- Circulaire DGS/ DGAS 2002/ 145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ (définition d'un cahier des charges)
- Circulaire interministérielle (DGS/DGAS/DHOS/DPJJ) 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.
- Circulaire 2003-134 du 08-09-2003 accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé
- Circulaire 2003-135 du 08/09/03 relative aux Projets d'accueil individualisés.
- Circulaire DGAS/LCEE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale
- Circulaire interministérielle (DGS/DHOS/DGESCO 2005) sur le repérage de la souffrance psychique des enfants et des adolescents.
- Décret 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
- Circulaire 2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques
- Note de la DPJJ en date du 27 décembre 2013 : « cadrage opérationnel du projet « PJJ promotrice de santé, 2013/2017 ».
- Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAF - 2013/2017.
- Note d'orientation de la Protection Judiciaire de la Jeunesse JUSF1423190N 2014.
- Circulaire 2014/37 relative au schéma académique et au pilotage des dispositifs relais : ateliers, classes et internats.
- Circulaire du 3 juillet 2015, relative au partenariat entre le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGESCO) et le Ministère de la Justice (DPJJ).
- Instruction DGOS/PF3/SG/2015/269 du 10 août 2015 relative aux territoires prioritaires d'implantation de nouveaux centres de santé.
- Circulaire 2015-117 du 10-11-2015, politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves.
- Circulaire 2015-118 du 10-11-2015, missions des médecins de l'éducation nationale.
- Circulaire 2015-119 du 10-11-2015, missions des infirmiers-ères scolaires.

Rapports

- *Rapport Langerin-Wallon*, éd. Mille et une nuits, 2002, réédition commentée par C. ALLEGRE, F. DUBET et P. MEIRIEU.
- *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Haut Comité à la Santé Publique ; 2000.
- *Jeunesse, le devoir d'avenir*, rapport de la commission présidée par D. CHARVET avec P-J. ANDRIEU, F. LABADIE, M-O. PADIS, M. THERY ; Commissariat général du Plan ; 2001.
- *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents*. IGAS ; 2003.
- *Rapport d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. IGAS-IGEN-IGAENR, 2004.
- *Santé, adolescence et familles*. Rapport préparatoire à la conférence de la famille, présidé par M. RUFO ; 2004.
- *La prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*. IGAS, 2004.
- *Le travail social auprès des jeunes en difficulté dans leur environnement*. IGAS, 2005.
- *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Expertise collective, INSERM, 2005.
- *Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent*. Pr D. SOMMELET ; 2006.
- *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*. Rapport thématique, D. VERSINI (défenseure des enfants) ; 2007.
- *De la coopération entre les acteurs de l'institution scolaire et de la prévention spécialisée*. Conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée, 2008.
- *Santé des enfants et des adolescents, Propositions pour la préserver*, INSERM 2008, 2009.
- *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. E. COUTY, 2009.
- *Les maisons des adolescents*. Ministère de la santé, M. BUISSON et F. SALLES, 2009.
- *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*. Avis du Conseil économique, social et environnemental, J-R BUISSON ; 2010.
- *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, Cour des comptes, 2011.
- *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*. Haut conseil de la santé publique, 2011.
- *Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire*, rapport R. GAILLARD, 2011.
- *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale" (2005-2010)*. rapport public thématique, Cour des comptes, 2011.
- *Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes*. Conseil économique, social et environnemental, A. DULIN, 2015- avis de suite de l'avis "Droits formels/ droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes", 2012.
- *Agir contre le décrochage scolaire : alliance éducative et approche pédagogique repensée*. IGEN, IGAENR, 2013.
- *Évaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents »*. IGAS, 2013.
- *Rapport d'évaluation sur les politiques de soutien à la parentalité.*, IGAS 2013.
- Groupe d'experts franco-québécois sur la persévérance scolaire et la réussite éducative *Persévérance scolaire, réussite éducative et innovation : pilotage de la coopération franco-québécoise. Rapport final*. Paris et Saguenay : VISAJ et Anaré, 2013.
- *Priorité jeunesse*, compte-rendu de la Conférence Interministérielle de la Jeunesse de 2013.
- *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Rapport d'information de l'Assemblée nationale, D ROBILLARD, 2013.
- *Rapport d'évaluation "Antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien"*. F. CATHELINEAU ; 2014.
- *Rapport de la concertation « Refondons l'École de la République »*, 2014.
- *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*. IGAS, 2014.
- *Évaluation partenariale de la politique de lutte contre le décrochage scolaire*. Sous la direction de F.WEIXLER, ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche - SGMAP, 2014.
- *Rapports de l'Observatoire national du suicide ; " État des lieux des connaissances sur le suicide et perspectives de recherche" ; premier rapport (2014) et "Suicide, connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives" ; deuxième rapport (2015)*.
- *Accès des étudiants aux soins : leur protection sociale est-elle à la hauteur des enjeux ?* Le Défenseur des droits, 2015.

- *La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire, dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps.* D. JOURDAN, P. LOMBRAIL, 2015.
- *Étude relative aux Points d'accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ) - Rapport final* ALENIUM Consultants, 2015.
- *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent.* F. DE SINGLY, V. WISNIA-WEILL, France Stratégie ; 2015.
- *Annexe au projet de loi de finances pour 2016.* Extrait du bleu budgétaire de la mission : politique des territoires, 2015.
- *Évaluation des partenariats entre l'État (DRJSCS) et les régions en matière de politiques de jeunesse.* Inspection Générale de la jeunesse et des sports, Rapport 2015 – M14, 2015.
- *Les dispositifs et les crédits mobilisés en faveur des jeunes sortis sans qualification du système scolaire.* Cour des comptes, 2015.
- *Les élèves immigrés et l'école. Avancer sur le chemin de l'intégration.* OCDE, 2015.
- *Annexe au projet de loi de finances pour 2016.* Enseignement scolaire ; 2015.
- *Rapport du Défenseur des droits au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ;* 2015.
- *Grande pauvreté et réussite scolaire - Le choix de la solidarité pour la réussite de tous,* rapport de J-P. DELAHAYE, IGEN ; 2015.
- *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles.* Le Défenseur des droits G. AVENARD ; 2015.
- *Comment lutter contre la violence et le harcèlement à l'école et au collège ? Effets du dispositif de médiation sociale France Médiation et d'un dispositif de prise de conscience du niveau de violence".* Rapport d'évaluation- ALGAN, GUYON, JUILLERY 2015.
- *Rapport du Comité de pilotage : synthèse des évaluations sur le programme de réussite éducative.* Commissariat Général à l'égalité des Territoires, 2016.
- *Rapport d'évaluation des programmes de réussite éducative.* Rapport IPP n°13 ; 2016.
- *Pour une amélioration du programme de réussite éducative – Préconisations.* Commissariat Général à l'Égalité des territoires ; 2016.
- *Atlas de la démographie médicale en France,* 10ème Atlas National CNOM, sous la direction de J-F. RAULT et réalisé par G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, 2016.
- *Place de la santé scolaire dans la santé des jeunes - État des lieux et perspectives,* rapport IGAS—IGAENR—IGEN, 2016.
- *Rapport relatif à la santé mentale,* M. LAFORCADE, ministère des affaires sociales et de la santé, 2016.

Sites

www.LMDE.fr	www.jeunes.gouv.fr
www.ladocumentationfrancaise.fr	teo.site.ined.fr
www.anmda.fr	www.lefigaro.fr
www.ameli.fr	www.milestone-transitionstudy.eu/fr
www.filsantejeunes.com	www.maisondesolenn.fr
www.ofdt.fr	www.clinique-transculturelle.org
www.has-sante.fr	www.milestone-transitionstudy.eu/fr
www.gouvernement.fr	http://www.vic.utoronto.ca/students.htm
www.drogues.gouv.fr	www.reseau.cdrflorac.fr
www.education.gouv.fr	www.centrebabel.fr
www.sante.gouv.fr	
www.santepubliquefrance.fr	

ANNEXE 6. LISTE DES SIGLES

AAE	Association Action Éducative
AIEP	Association Internationale d’Ethnopsychanalyse
ABMA	Aller Bien pour Mieux Apprendre
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ADF	Assemblée des Départements de France
ADSEA	Association Départementale de la Sauvegarde l’Enfant et de l’Adulte
ADSSU	Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires
AFEV	Association de la Fondation Étudiante pour la Ville
AFPEP	Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie
ALSES	Acteurs de Liaison Sociale dans les Établissements Scolaires
AMARA	Association pour la Maison des Adolescents et le Réseau de l’Adolescence
AME	Aide Médicale d’État
AMIES	Antenne Mobile d’Intervention, d’Écoute et de Soutien
ANMDA	Association Nationale des Maisons des Adolescents
ANPAEJ	Association Nationale des Points Accueil Écoute Jeunes
APEL	Association des Parents d’Élèves de l’Enseignement Libre
API	Association des Psychiatres de Secteur Infanto-Juvénile
APLEAT	Association pour l’Écoute et l’Accueil en Addictologie et Toxicomanies
ARF	Assemblée des Régions de France
ARS	Agence Régionale de Santé
ASEN	Assistant de Service Social de l’Éducation Nationale
ASV	Ateliers Santé Ville
ATTE	Agents Techniques Territoriaux des Établissements Scolaires
AVIESAN	Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé
BAPU	Bureaux d’Aide Psychologique Universitaire
BeSaJ	« Bien-être et Santé des Jeunes »
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAEN	Conseil Académique de l’Éducation Nationale

CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAPP	Centre d'Aide Psycho-Pédagogique
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CAVC	Comité Académique de Vie Collégienne
CAVL	Comité Académique de Vie Lycéenne
CCA	Chef de Clinique Assistant
CDESC	Comité Départemental d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CDOEA	Commission Départementale d'Orientation vers les Enseignements Adaptés
CESA	Centre d'Évaluation et de Soins pour Adolescents
CESC	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CESP	Centre d'Études en Santé Publique
CFA	Centre de Formation d'Apprentis
CGET	Commissariat Général à l'Égalité des Territoires
CGI	Commissariat Général à l'Investissement
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIO	Centre d'Information et d'Orientation
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Contrat Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPA	Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNESCO	Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNLAPS	Conseil National des Acteurs de Prévention Spécialisée
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNU	Collège National Universitaire
CNUP	Collège National des Universitaires de Psychiatrie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPE	Conseiller Principal d'Éducation
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPU	Conférence des Présidents d'Université
CRESS	Conseil, Recherche, Évaluation, Sciences Sociales
CROUS	Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVC	Conseil de la Vie Collégienne
CVL	Conseil de la Vie Lycéenne
DASEN	Direction Académique des Services de l'Éducation Nationale
DCIO	Directeur de Centre d'Information et d'Orientation
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DERPA	Dispositif d'Évaluation, de Remédiation Pédagogique et d'Accueil
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGESCO	Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
DGESIP	Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMNP	Dossier Médical Numérique Personnel
DOM	Département d'Outre-Mer
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSDEN	Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale

EANA	Enfants Allophones Nouvellement Arrivés
ECLAIR	École, Collège et Lycée pour l'Ambition et la Réussite
ECN	Épreuve Classante Nationale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
EPE	École des Parents et des Éducateurs
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
ESENSR	École Supérieure de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
ESJ	Espace Santé Jeune
ESPE	École Supérieure du Professorat et de l'Éducation
ETP	Équivalent Temps Plein
FAGE	Fédération des Associations Générales Étudiantes
FCMPP	Fédération des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
FCPE	Fédération des Conseils de Parents d'Élèves
FEJ	Fond d'Expérimentation pour la Jeunesse
FESF	Fondation Santé des Étudiants de France
FESJ	Fédération des Espaces Santé Jeunes
FFP	Fédération Française de Psychiatrie
FIDL	Fédération Indépendante et Démocratique Lycéenne
FIPD	Fond Interministériel de Prévention de la Délinquance
FIQCS	Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR	Fond d'Intervention Régional
FLE	Français/Langue Étrangère
FLS	Français/Langue de Scolarisation
FOQUALE	Formation Qualification Emploi (réseau)
FSE	Fond Social Européen
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GPDS	Groupe de Prévention du Décrochage Scolaire
GRETA	Groupement d'Établissements

GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children (enquête)
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	Hôpital-Patients-Santé-Territoires
IA – IPR	Inspecteur d'Académie – Inspecteur Pédagogique Régional
IA-IPR-EVS	Inspecteur d'Académie-Inspecteur Pédagogique Régional-Établissements-Vie-Scolaire
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGEN	Inspection Générale de l'Éducation Nationale
InBeSaJ	Institut National de la Santé des Jeunes
INCA	Institut National du Cancer
INED	Institut National d'Études Démographiques
INOP	Institut National d'Orientation Professionnelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISEMA	Internat Socio-Éducatif Médicalisé pour Adolescents
ITMO	Institut Thématique Multi-Organisme
IUT	Institut Universitaire de Technologie
LSUN	Livret scolaire Unique Numérique
MAP	Mission de Modernisation de l'Action Publique
MCU-PH	Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier
MDA	Maison des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEEF	Métier de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation Nationale
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre des Drogues et les Conduites Addictives
NPS	Nouveaux Produits de Synthèses

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONS	Observatoire National du Suicide
PAEJ	Point Accueil Écoute Jeunes
PAJ	Points Accueil Jeunes
PART	Plan d'Action contre la Radicalisation et le Terrorisme
PAS	Prévention Aide Suivi
PEEP	Parents d'Élèves de l'Enseignement Public
PEJ	Points Écoute pour les Jeunes
PH	Praticien Hospitalier
PHRC	Projet Hospitalier de Recherche Clinique
PISA	Program for International Student Assessment
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PAI	Projet d'Accompagnement Individualisé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNVE	Plan National de Vie Étudiante
PRS	Programme Régional de Santé
PSAD	Plate-forme de Suivi et d'Appui aux Décrocheurs
PsyEN	Psychologue de l'Éducation Nationale
PU-PH	Professeur des Universités–Praticien Hospitalier
PVS	Proviseur-Vie-Scolaire
RADO	Réseau pour Adolescents en Dérives Ordinaires
RAR	Réseau Ambition Réussite
RASED	Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté
REP	Réseau d'Éducation Prioritaire
RESEDA	Réseau Départemental de Prise en Charge des Adolescents en Difficulté
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSSE	Régime de Sécurité Sociale Étudiant

SAE	Statistique Annuelle des Établissements de Santé
SAMEAD	Service d'Aide Multi-Professionnelle pour les Enfants et Adolescents en Difficulté
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SFPEADA	Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées
SIUMPPS	Service Interuniversitaires de Médecine Universitaire Préventive et de Promotion de la Santé
SMU	Service de Médecine Universitaire
SPRO	Service Public Régional de l'Orientation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SUH	Service Université Handicap
SUIO	Service Universitaire d'Information et d'Orientation
SUMPPS	Service de Médecine Universitaire Préventive et de Promotion de la Santé
TéO	Trajectoires et Origines (enquête)
UNEF	Union Nationale des Étudiants de France
UNIRèS	Réseau de l'Association des Universités pour l'Éducation à la Santé
UNML	Union Nationale des Missions Locales
UPE2A	Unité Pédagogique pour Elèves Allophones Arrivants
UTTAC	Unité de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



MISSION BIEN-ÊTRE
ET SANTÉ DES JEUNES