

La prise en charge de la santé chez les jeunes sous-main de justice de la DT Nord

Mémoire de master 2 de Droit et politiques de santé

Année 2021-2022



Présenté par : KÖLLNER ANNA-VAHINI

Sous la direction de Madame J. Saison

UNIVERSITE DE LILLE

Faculté de Droit

**La prise en charge de la santé chez les jeunes sous-
main de justice de la DT Nord**

Sous la direction de : Madame J. Saison

Mémoire présenté par Anna-Vahini
Köllner, en vue de l'obtention du
diplôme de Master 2 de droit et
politiques de santé

Année académique 2021 – 2022

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de ce mémoire et qui m'ont aidée lors de sa rédaction.

Je voudrais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire, Mme Saison, directrice du Master 2 droit et politiques de santé de l'Université de Lille. Sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils m'ont aidée à alimenter ma réflexion.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de la DTPJJ du Nord, notamment Mme Courquin, directrice du STEI de Villeneuve d'Ascq Dunkerque, ma maîtresse de stage. Vous m'avez enseigné énormément de choses, poussé dans mes réflexions et apporté de nombreux conseils. Je vous remercie aussi de m'avoir permis de mener mes observations dans les différents établissements et services de la DTPJJ du Nord et de travailler avec vos agents. Ces derniers ont fait de leur possible pour m'accueillir et me fournir une précieuse aide, sans laquelle la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible. Je tiens aussi à remercier l'ensemble des familles et des jeunes qui se sont livrés et ont apporté de la matière à mon étude.

Je remercie également l'Université de Lille et sa bibliothèque, pour m'avoir permis d'accéder à un certain nombre d'ouvrages.

Enfin, je tiens enfin à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, ma famille pour m'avoir soutenue tout le long de ce travail de rédaction. Notamment ma grande sœur, pour ses critiques très constructives, et ma mère, pour ses relectures et sa patience. Enfin, mes amies, qui ont su me divertir lorsque j'en avais besoin.

Résumé

Le but de notre étude est de comprendre les réalités de la prise en charge de la santé des mineurs sous-main de justice suivis à la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) du Nord. Pour répondre à cette question, il convient de s'intéresser au concept même de « *santé* », entre ce qu'il recouvre et ce qu'il implique, mais également à l'organisme qu'est la PJJ, une grande institution au fonctionnement particulier. Comprendre ces concepts nous permettra alors de poser des bases solides pour répondre à notre problématique. Nous verrons que la santé et la PJJ entretiennent des liens étroits. En effet, cette dernière tente de placer la santé au cœur de sa mission éducative, s'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé depuis 2013. Cette démarche est élaborée au niveau national et se décline sur le territoire, à l'échelle locale, au plus près des jeunes mineurs. Toutefois, un paradoxe s'observe entre ce que la PJJ prévoit dans ses textes, et ce qui est réellement appliqué sur le terrain. Ces propos nous amènent à nous interroger sur la réalité de la prise en compte de la santé des mineurs sous-main de justice, la santé étant pourtant essentielle pour garantir la réinsertion, tant sociale que professionnelle, de ce public carencé.

Sommaire

PARTIE I : INTRODUCTION..... 1

CHAPITRE I : LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES EN FRANCE 3

TITRE I : LA SANTE DE TOUS, UNE VISION INTEGRATIVE4

I.	La santé, un concept polymorphe.....	4
I.1.	Les quatre approches de la santé.....	4
I.2.	La définition de l’OMS	4
I.3.	Une définition à compléter	6
II.	Les modèles de la santé	7
II.1.	Les déterminants de santé.....	7
II.2.	Les modèles explicatifs des déterminants de santé.....	8
III.	La mesure de l’état de santé collectif et individuel.....	11

TITRE II : LA LEGISLATION DE LA SANTE, DES SPECIFICITES POUR LES MINEURS14

I.	La législation du droit à la santé : une spécificité pour les mineurs.....	14
I.1.	La législation internationale.....	14
I.2.	La législation européenne	16
I.3.	La législation française.....	17
II.	L’accès à la santé en France.....	21
II.1.	Les acteurs et le pilotage du système de santé.....	21
II.2.	L’organisation des structures des soins de santé	24
II.3.	Les limites de l’accès aux soins : l’exemple de la psychiatrie infantile	26

TITRE III : LES JEUNES, UNE POPULATION A PROTEGER.....	31
I. Les problématiques de santé des jeunes	31
I.1. La malnutrition et l'inactivité physique, facteurs de risque d'obésité	31
I.2. La violence.....	32
I.3. La santé sexuelle	35
I.4. La santé mentale.....	36
I.5. Les consommations à risque	38
II. Les problématiques de santé des jeunes dans le Nord.....	40
 CHAPITRE II : LES MINEURS SOUS-MAIN DE JUSTICE DE LA DIRECTION TERRITORIALE DU NORD	 43
TITRE I : LA PJJ, UN ORGANISME MINISTERIEL	44
I. Les missions de la PJJ	44
I.1. L'aide à la préparation des décisions de l'autorité judiciaire	44
I.2. La mise en œuvre des décisions de l'autorité judiciaire.....	46
I.3. L'accueil et l'information des mineurs et des familles	46
I.4. La participation aux politiques publiques.....	46
II. La structuration de la PJJ.....	47
II.1. Les comités de direction de la PJJ	47
II.2. Les établissements et services de la PJJ	48
II.3. Les acteurs sur le terrain.....	51
III. Les mesures éducatives judiciaires	52
III.1. Les mesures civiles	52
III.2. Les mesures pénales.....	52
 TITRE II : LE PROFIL DES MINEURS SOUS-MAIN DE JUSTICE DE LA DT NORD.....	 55
I. Les facteurs favorisant la délinquance	55

I.1. Les facteurs sociaux	55
I.2. Les facteurs individuels et biologiques	57
I.3. Les facteurs psychologiques	58
II. Les jeunes sous-main de justice	59
II.1. Les mineurs délinquants selon le sexe, l'âge et la nationalité.....	59
II.2. Le type de faits et la réponse apportée	60
III. Les mineurs sous-main de justice de la DT Nord	61
III.1 Le Nord : une criminalité majeure.....	61
III.2. La DT Nord.....	62
III.3. Les mineurs délinquants de la DT nord	62
III.4. Les problématiques de santé des jeunes sous-main de justice	63

PARTIE II : "SANTÉ DES MINEURS SOUS-MAIN DE JUSTICE ET PJJ : QUELLES REALITÉS DE PRISE EN CHARGE ? " 67

CHAPITRE I : LA PJJ "PROMOTRICE DE SANTÉ" 69

TITRE I : LA NECESSITÉ DE MOBILISER LA PJJ AUTOUR DE LA SANTÉ69

I. Une démarche de santé publique intéressante pour les jeunes et pour l'institution.....	69
I.1. Un moyen de réduire les inégalités sociales en santé.....	69
I.2. Une opportunité d'accès à la santé pour le jeune.....	70
I.3. Un moyen et une condition de réussite de l'action éducative.....	70
II. Une démarche s'appuyant sur la promotion de la santé	71

TITRE II : LES DÉBUTS DE LA PJJPS74

I. La politique de santé 2005-2008 de la PJJ : un bilan contrasté	74
II. Le lancement du projet « PJJ promotrice de santé » en 2013.....	76
III. Le renouvellement du projet PJJPS en 2017	77

TITRE III : LES RESSOURCES DE LA PJJPS	79
I. Des textes structurants	79
I.1. La convention-cadre DPJJ/DGS 2017-2021	79
I.2. La convention-cadre DPJJ/FNES de 2013	81
I.3. Les plans nationaux	82
II. La déclinaison du projet PJJPS sur le terrain.....	85
II.1. Les outils et les dispositions de santé à la PJJ	86
II.2. La formation des agents de la PJJ à la santé.....	89
II.3. Les acteurs de la santé à la PJJ	90
CHAPITRE II : LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE AU SEIN DES SERVICES DE LA DTPJJ NORD	94
TITRE I : LES STRUCTURES DE MILIEU OUVERT	94
I. Le STEM0 de Dunkerque	94
II. Le STEI de Villeneuve d’Ascq	96
TITRE II : LES STRUCTURES DE MILIEU OUVERT , LE CEF DE CAMBRAI.....	99
CHAPITRE III : LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE DES JEUNES DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DU TERRAIN.....	102
TITRE I : L’EDUCATRICE DE L’UEAJ DE VILLENEUVE D’ASCQ	102
TITRE II: L’EDUCATEUR REFERENT SANTE DE L’UEHC DE LILLE	105
TITRE III: LE CTPS DE LA DTPJJ DU NORD	108
PARTIE III : DISCUSSION	113
I. Mise en lumière des résultats	113
I.1. Mettre en place des politiques publiques.....	113
I.2. Créer des milieux favorables à la prise en charge de la santé.....	114

I.3. Favoriser le travail avec le jeune, la famille et les partenariats	115
I.4. Acquérir des connaissances	115
I.5. Travailler avec les dispositifs de droit commun	116
II. Limitations	116
II.1. Limitations concernant la revue de la littérature	116
II.2. Limitations concernant l'étude	117
III. Ouverture	117
CONCLUSION	120

Table des figures, des tableaux et des annexes

I. Figures

Figure 1 : Modèle des déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead (1991).....	8
Figure 2 : Comparaison de la médecine clinique et de la santé publique — Source : Thèmes sanitaires et sociaux 2021-2022, Ellipes	13
Figure 3 : La famille comme milieu à risque (Born, 2021)	56
Figure 4 : Répartition des mineurs selon l'âge et le sexe	59
Figure 5 : Répartition du type de faits en fonction du sexe	60
Figure 6 : Carte de la région Nord.....	61
Figure 7 : Les 5 axes de la Charte d'Ottawa	72

II. Tableaux

Tableau 1 : Missions en fonction des comités de direction de la PJJ. Nb: Nombre de comités	48
Tableau 2 : Missions en fonction des services de la PJJ de milieu ouvert	49
Tableau 3 : Missions en fonction des services de la PJJ de milieu fermé	50
Tableau 4 : Répartition des unités/services et des mesures pénales suivis en 2020 entre la PJJ et le SAH.....	51
Tableau 5 : Référentiel des alternatives, des peines et aménagements de peine	54
Tableau 6 : Nombre de jeunes suivis, en fonction de leur âge et du type de placement.....	63
Tableau 7 : Comparaison de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis entre les jeunes PJJ et les jeunes de 17 ans.....	65

III. Annexes

Annexe 1 : Le modèle des déterminants de santé de la CDSS (2007)

Annexe 2 : Protection sociale des mineurs et jeunes majeurs pris en charge par la PJJ

Annexe 3 : Les missions de régulation, d'orientation et d'organisation de l'offre de santé de l'ARS

Annexe 4 : Les établissements et services médico-sociaux pour la protection de l'enfance

Annexe 5 : Les établissements et services médico-sociaux pour jeunes handicapés

Annexe 6 : Les établissements et services médico-sociaux pour la réinsertion sociale

Annexe 7 : Le taux de viols chez les jeunes en France

Annexe 8 : Le taux d'agressions sexuelles chez les jeunes en France

Annexe 9 : Le profil des auteurs de violences sexuelles en France

Annexe 10 : Le RIS

Annexe 11 : Le PAI

Annexe 12 : Projet santé « *atelier santé et bien-être* » de l'UEHC de Lille de 2017

Liste des abréviations

- **ACT** : Appartement de coordination thérapeutique
- **AEMO** : Aide éducative en milieu ouvert
- **AIAVM** : Association intercommunale d'aide aux victimes et de médiation
- **ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **ANPAA** : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- **ANSP** : Agence nationale de santé publique
- **API** : Alcoolisation ponctuelle importante
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **ASE** : Aide sociale à l'enfance
- **CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- **CAMPS** : Centres d'action médico-sociale précoce
- **CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- **CDSS** : Commission des déterminants sociaux de la santé
- **CEF** : Centre éducatif fermé
- **CER** : Centre éducatif renforcé
- **CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- **CIDE** : Convention internationale des droits de l'enfant
- **CJPM** : Code de la justice pénale des mineurs
- **CMP** : Centre médico-psychologique
- **CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique
- **CMU** : Couverture maladie universelle
- **COT** : Comité opérationnel territorial
- **CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- **CPFSE** : Centre de placement familial socio-éducatif
- **CSP** : Code de la santé publique
- **CTPS** : Conseiller technique en promotion de la santé

- **CTPS** : Conseiller technique en promotion de la santé
- **CTT** : Comité technique territorial
- **DAP** : Direction de l'administration pénitentiaire
- **DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- **DGER** : Direction générale des études et recherches
- **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- **DGPN** : Direction générale de la police nationale
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **DIR** : Direction inter régionale
- **DPJJ** : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
- **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation
- **DRJSCS** : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- **DSS** : Direction de la sécurité sociale
- **DT** : Direction territoriale
- **DTPAS** : Direction territoriale de prévention et d'action sociale
- **DTPJJ** : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse
- **DUDH** : Déclaration universelle des droits de l'homme
- **DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels
- **EHESP** : École des hautes études en santé publique
- **ENAP** : École nationale d'administration pénitentiaire
- **ENPJJ** : Ecole nationale de la protection judiciaire de la jeunesse
- **EPE** : Etablissement de placement éducatif
- **EPM** : Etablissement pénitentiaire pour mineurs
- **FJT** : Foyer de jeunes travailleurs
- **FNES** : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HCSP** : Haut conseil de la santé publique
- **IEM** : Institut d'éducation motrice
- **IMC** : Indice de masse corporelle
- **IME** : Institut médicoéducatif
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **IREPS** : Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
- **IST** : Infection sexuellement transmissible
- **ITEP** : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- **IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- **JDE** : Juge des enfants
- **LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale
- **LSU** : Traitement en institution sécurisée
- **MAAPRAT** : Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité, et de l'aménagement du territoire
- **MDT** : Méthode de thérapie familiale multidimensionnelle
- **MECS** : Maison d'enfants à caractère social
- **MEJ** : Mesure éducative judiciaire
- **MILDECA** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
- **MILDECA** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
- **MJIE** : Mesure judiciaire d'investigation éducative
- **MLDS** : Mission de lutte contre le décrochage scolaire
- **MNA** : Mineur non accompagné
- **MNVI** : Mission nationale de veille et d'information
- **OFDT** : Observatoire français des drogues et des tendances addictives
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONDAM** : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- **ONU** : Organisation des nations unies
- **PAI** : Projet d'accueil individualisé
- **PJJ** : Protection judiciaire de la jeunesse
- **PJJPS** : Protection judiciaire de la jeunesse promotrice de santé
- **PJM** : Protection jeunes majeurs
- **PMI** : Protection maternelle infantile
- **PPSMJ** : Personne placée sous-main de justice
- **PRS** : Projet régional de santé

- **RDSE** : Rassemblement démocratique et social européen
- **RIS** : Recueil information santé
- **RRSE** : Recueil de renseignements sociaux éducatif
- **SAH** : Secteur associatif habilité
- **SEAT** : Service éducatif auprès du tribunal
- **SE-EPM** : Service éducatif en établissement pénitentiaire pour mineur
- **SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- **SIDA** : Syndrome de l'immunodéficience acquise
- **SIS** : Soins en institution
- **SPA** : Société protectrice des animaux
- **SPF** : Santé publique France
- **SPF** : Santé publique France
- **SROMS** : Schéma régional d'organisation médico-sociale
- **SROS** : Schéma régional d'organisation des soins
- **SSPT** : Syndrome de stress post traumatique
- **STEI** : Services territorial éducatif et d'insertion
- **STEMO** : Service territorial éducatif de milieu ouvert
- **TFUE** : Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
- **TPE** : Tribunal pour enfants
- **TUE** : Traité sur l'Union Européenne
- **UE** : Union Européenne
- **UEAJ** : Unité éducative d'activités de jour
- **UEHC** : Unité éducative d'hébergement collectif
- **UEHD** : Unité éducative d'hébergement diversifié
- **UEMO** : Unité éducative de milieu ouvert
- **UEQM** : Unité éducative de quartier mineur
- **URSAVS** : Unité régionale de soins des auteurs de violence sexuelle
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

Partie I : Introduction

« Les questions de santé propres à l'adolescence ont longtemps été mal comprises, voire ignorées dans certains cas. Aujourd'hui, la situation a évolué et la santé et le développement de l'adolescent font désormais partie intégrante de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) » affirme Buestro (2017), sous-directeur général de la santé de la famille, de la femme et de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹. Effectivement, considérer la santé de l'adolescence a un avantage triple : elle permet d'améliorer directement la santé globale, entraîne des effets positifs à l'âge adulte et favorise la transmission des acquis à la génération suivante (Buestro, 2017). Notre premier chapitre ambitionnera, dans son titre I, de présenter la santé comme un concept polymorphe dans une dimension intégrative (OMS, 1948), au travers de ses déterminants multiples (Brault, 2016). Nous aborderons, dans un second titre, la législation sur la santé et ses spécificités concernant les mineurs : les textes constitutionnels et législatifs, internationaux, européens et nationaux ayant consacré « un droit à la santé » (Pontier, 2021). Nous ferons aussi lumière sur l'accès aux soins en France, notamment sur la mauvaise répartition de l'offre de soins et l'engorgement des structures (Haut conseil de la santé publique, 2017). Enfin, dans un troisième et dernier titre, nous présenterons les problématiques de santé spécifiques aux jeunes du Nord. Effectivement, nous verrons que cette région est la plus jeune de France (Insee, 2019), et que les problématiques de santé y sont plus sévères qu'au niveau national.

Les mineurs sous-main de justice sont des mineurs particulièrement vulnérables, présentant plus de facteurs de risque pour la santé que leurs pairs (Choquet, Hassler et Morin, 2005). Effectivement, selon ces chercheurs, les mineurs délinquants évoluent dans des conditions de vie sociofamiliales moins favorables, sont victimes de plus de violences, consomment plus de toxiques, ont une santé plus dégradée. L'ouverture de l'ordonnance de 1945 ayant trait à l'enfance délinquante, bien qu'ayant été modifiée quarante fois, puis abrogée avec l'entrée en vigueur du Code de la justice pénale des mineurs (CJPM) le 30 septembre 2021, est toujours d'actualité : « Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et, parmi eux, ceux qui concernent l'enfance traduite en justice. La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres

¹ Propos tenus lors de sa participation à la rédaction du dossier « Action mondiale en faveur de la santé des adolescents (AA-HA !) orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays — Résumé » élaboré par l'OMS en 2017.

sains. La guerre, et les bouleversements d'ordre matériel et moral qu'elle a provoqués ont accru dans des proportions inquiétantes la délinquance juvénile. La question de l'enfance coupable est une des plus urgentes de l'époque présente ». Eric Dupont-Moretti (2022) est venu réaffirmer ce souhait : « Prévenir, détecter, protéger l'enfance en danger, mais également sanctionner de manière adaptée les mineurs délinquants. La justice des mineurs veille au respect de leurs besoins fondamentaux, en garantissant leur santé et leur sécurité, en préservant leurs droits ». Le mineur sous-main de justice peut donc être un enfant en danger, « dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises », selon l'article 375 du Code civil. La considération de la jeunesse délinquante sous-main de justice reste donc au cœur des débats, tant politiques que sociologiques, en attestent les nombreux articles de presse, les débats télévisés, les émissions sur la question. Nous présenterons, dans le premier titre de notre chapitre II, l'organisme ministériel qu'est la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) au travers de ses missions, de sa structuration et de ses acteurs. Notre second titre brossera le portrait des mineurs sous-main de justice, plus spécifiquement du Nord.

La lecture de ces deux chapitres : la prise en charge de la santé des jeunes en France, et les mineurs sous-main de justice de la direction territoriale (DT) du Nord, nous amènera à nous poser la question suivante, problématique de notre travail de recherche : « **Santé des mineurs sous-main de justice et PJJ : quelles réalités de prise en charge ?** ». Répondre à cette interrogation nous demandera de faire la revue des politiques et des moyens mis en œuvre par la PJJ pour considérer la santé des jeunes qu'elle suit, il s'agit alors du premier intérêt de notre recherche : un intérêt exploratoire. Nous expliciterons ensuite nos propos par l'exemple de trois structures de la PJJ du Nord, au sein desquelles nous avons pu mener nos observations, au travers de nos stages. L'intérêt sera donc plus clinique, permettant d'analyser les effets des plans nationaux sur le terrain. Nous discuterons enfin de nos observations, en nous tournant vers d'autres pays tels que la Belgique, l'Espagne, la Suède, le Royaume-Uni, la Finlande, la Suisse et la Lettonie, afin d'observer comment y est prise en charge la santé des mineurs sous-main de justice.

Chapitre I : La prise en charge de la santé des jeunes en France

La place accordée à la santé prend de plus en plus d'ampleur dans les débats publics. Effectivement, à l'époque, la maladie était considérée comme une fatalité, aux causes inconnues, relevant, et de la médecine, et des médecins. Une personne en bonne santé était donc un individu n'ayant pas de maladie sérieuse (Girard, 2020).

Les progrès de la médecine n'ont fait que s'accroître depuis le dix-neuvième siècle, avec la découverte des microbes par Pasteur « *l'un des faits les plus importants de l'histoire de la médecine, de la santé et sans doute de l'Histoire tout court* » d'après Zeitoun (2021). Cette découverte va entraîner une modification des modes de vie, limitant la transmission des maladies (Mias, 1996). L'avènement des médicaments, notamment les antibiotiques, lors de la Première Guerre mondiale, ne va pas seulement permettre d'éviter la maladie, mais aussi de la soigner (ASBL Question Santé, 2020). Désormais curable, la santé ne peut plus se résumer à l'absence de pathologies (Girard, 2020). C'est ce qui conduira l'OMS, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, à adopter une vision bien plus large de la santé, définition à laquelle nous adhérons aujourd'hui.

L'OMS est alors libre de proposer des plans d'actions plus ciblés notamment envers les jeunes, en atteste l'adoption de l'action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents ou AA-HA ! qui traduit de « *l'arrivée à maturité du domaine de la santé de l'adolescent dans le cadre mondial de la santé publique* » (Buestro, 2017). Le sous-directeur général de l'OMS appuie effectivement l'importance de prendre en charge ce public : « *en matière de santé de l'adolescent, le retour sur investissement est triple : amélioration de la santé pendant l'adolescence, effets par la suite à l'âge adulte et transmission des avantages à la génération suivante. La santé et le bien-être des adolescents sont des moteurs du changement vers des sociétés plus durables et en meilleure santé* ».

Pontier (2021), affirme que « *pour proclamer le droit à la santé, il faut d'abord savoir ce qu'est la santé* », définir ce terme sera donc l'objet du premier titre de ce chapitre. Il affirme ensuite que les « *les textes, constitutionnels et législatifs, ont consacré un droit à la santé* ». Le second titre de ce chapitre visera à préciser la législation le soutenant. Enfin, nous verrons que les jeunes forment une population particulièrement vulnérable.

Titre I : La santé de tous, une vision intégrative

Ce titre I invite le lecteur à comprendre le concept polymorphe de la santé, dans sa dimension intégrative englobant le bien-être. Nous ferons ensuite état des différents modèles explicatifs de cette dernière, permettant de comprendre les facteurs la favorisant. Enfin, nous comprendrons l'état de santé comme un sujet à la fois collectif et individuel.

I. La santé, un concept polymorphe

La santé se définit différemment en fonction du point de vue adopté. L'OMS propose une vision intégrative de la santé, que certains jugent trop subjective, aussi est-il nécessaire de la compléter.

I.1. Les quatre approches de la santé

Brault (2016) distingue quatre approches classiquement retrouvées. La première, l'approche adaptative, comprend la santé comme « *la capacité d'adaptation à son environnement et ses déficiences* » selon Canguilhem (1990). Il la définit comme « *la normativité, c'est-à-dire la capacité à imposer ses normes à l'environnement naturel ou social, donc pas simplement s'adapter à son environnement, mais aussi adapter son environnement à soi en le transformant, être créateur de normes vitales* ». La seconde approche, fonctionnelle, est biomédicale, considérant la santé comme la capacité de l'individu à fonctionner, soit l'absence de maladie. Elle n'inclut donc ni la notion d'environnement ni la notion d'adaptation. Ensuite, l'approche perceptuelle renvoie à la notion de bien-être et fait appel à la subjectivité du sujet, au travers notamment de sa qualité de vie. La dernière approche est celle de l'OMS (1948). Elle conjugue les deux précédentes, alliant notions biomédicales et psychologiques. Ainsi, elle définit la santé dans le préambule de sa Constitution² comme « *un état de complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». C'est cette dernière approche et ses apports, que nous allons considérer au sein de ce travail de recherche.

I.2. La définition de l'OMS

L'OMS propose une vision globale de la santé. Nous allons en voir les apports, avant de faire état des critiques la concernant. Enfin, nous apporterons des éléments de complément.

² La Constitution de l'OMS a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946. Elle est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

I.2.1. Les apports de la définition de l'OMS

L'OMS, organisme de l'Organisation des Nations unies (ONU), a comme mission première « *la promotion de la santé tout au long de la vie pour permettre le niveau de santé le plus élevé possible de tous ses états membres* » (OMS, 2022). La définition qu'elle donne de la santé se veut globale, elle dépasse le médical et propose une vision positive de la santé. Mias (1996) explique qu'elle met en avant les différentes dimensions de la santé, tant physiques, que psychiques ou sociales. Elle ne s'attarde donc pas sur l'aspect purement somatique, propre au champ médical. De ce fait, elle propose une vision « *démédicalisée* » de la santé, positive, car ne se limitant pas à l'absence de maladie, mais impliquant le sentiment subjectif de bien-être. La santé n'est donc plus « *une norme* » qui s'oppose à la maladie « *anormale* », classement qui venait justifier des différences de considérations, notamment juridiques, demandant une évolution des actes judiciaires contemporains (Dupéré, 2020). De ce fait, la définition de l'OMS, bien qu'intéressante, reste critiquable.

I.2.2. Les critiques de la définition de l'OMS

La définition donnée se veut ambitieuse, exigeante et dynamisante, cependant elle adopte un caractère subjectif et relatif la complexifiant. En insistant sur l'aspect purement subjectif, perceptuel de la santé, elle renvoie au « *ressentir* », à « *la vérité du corps* » (Canguilhem, 1990). Elle devient donc variable en fonction des époques, lieux, sexe, catégorie sociale, âge... Effectivement, chaque population perçoit différemment sa santé ; or Mias (1996) avance que le vécu de la maladie influence la maladie en elle-même. Nous pouvons donc nous étonner du décalage parfois existant entre mesure objective et mesure subjective : des personnes âgées, handicapées, des malades chroniques lourds jugent parfois leur état de santé satisfaisant. Mias (1996) appuie donc sur les incohérences découlant de cette subjectivation, poussant parfois le « *bien-être complet* », à la notion d'utopie. Effectivement, la mesure de ce bien-être et son caractère figé questionne. De fait, « *la santé est moins un état, avec la connotation inerte, voire végétative, que cela comporte, qu'un processus qui se déroule dans le temps* » (Mias, 1996).

Hirtzlin (2018) avance une autre critique : en démédicalisant la santé et en appuyant sur l'aspect subjectif, l'individu peut se croire en bonne santé tout en étant malade. Elle explicite ce point avec l'exemple du diabète, dont les manifestations peuvent apparaître des années après une évolution à bas bruit. La santé, n'étant pas une norme, n'est donc pas objectivable et son appréciation est propre à chaque individu. Juge de son degré de bien-être physique, mental et social, le sujet est aussi seul à mesurer la nécessité d'améliorer cet état le cas échéant (Dupéré,

2020). Aussi, la santé se pose comme un droit vague, effectivement en la considérant ainsi, une grande partie de la population serait en bonne santé (Pontier, 2021). Or, si nous considérons l'exemple du diabète, la personne qui se considère comme étant en bonne santé et qui donc ne se soigne pas, vient mettre en jeu sa santé médicale.

La définition donnée par l'OMS est donc à compléter : si la santé ne se limite pas à son aspect physique, intégrant également une dimension psychique, elle inclut encore davantage une composante sociale sur laquelle nombre d'auteurs insistent.

I.3. Une définition à compléter

L'OMS a défini la santé à une période où la population était surtout rurale. L'urbanisation de la société et ses changements sociodéveloppementaux amènent à reconsidérer le rôle de l'environnement pour mettre en avant l'aspect adaptatif de la santé (Mias, 1996).

René Dubos, dans les années soixante, propose une nouvelle définition dans laquelle, au niveau individuel comme collectif, le milieu (l'environnement) prend toute sa place. Selon lui, la santé est « *la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. La santé est un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu considéré de fonctionner aussi bien que possible dans son milieu. La santé c'est un état qui permet à celui qui en jouit de se consacrer pleinement à son ou à ses projets et qui met donc toujours en jeu des forces socioculturelles, non-inscrites dans le code génétique* » (Dubos, 1960). Nous retiendrons la seconde partie de cette définition, qui fait naître la notion de « *qualité de vie* » (Mias, 1996). Dubos insiste sur l'épanouissement de l'individu dans son milieu de vie, la santé se référant aussi bien à un état qu'à « *une réalité inscrite dans les pratiques et les discours de la société toute entière, une élaboration psychologique complexe où s'intègrent en une image signifiante l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société* » (Gérontologie en institution, 2009).

Nombreux sont les auteurs, comme Lajarge, Debiève et Nicollet (2013), qui préfèrent la définition de Dubos à celle de l'OMS, jugée trop large. Illich soutient également la vision de Dubos, affirmant que « *La santé c'est la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation* » (citation reprise de Dufresne, 1985). Pour Anctil (2012), « *la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu* », qu'il perçoit donc comme une ressource de la vie quotidienne. La santé représente donc cette « *capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et*

d’accomplir les rôles qu’elles entendent assumer d’une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »³.

La définition de l’OMS est globale, positive et associée à la notion de bien-être. Or elle n’est pas sans failles, nécessitant d’être complétée par les auteurs. La conjugaison de ces approches aboutit ainsi à une notion de santé recouvrant à la fois bien-être et adaptation à l’environnement physique et social. Nous allons maintenant voir les modèles explicatifs soutenant la santé.

II. Les modèles de la santé

Il existe des modèles explicatifs de la relation entre déterminants et état de santé. Plusieurs modèles ont été proposés par les auteurs ces dernières décennies, tentant de regrouper de façon synthétique l’ensemble des résultats de recherches en la matière. De fait, il existe aujourd’hui une grande variété de modèles dans la littérature, relève l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (Inpes) en 2010. Nous avons donc choisi de nous intéresser, dans un premier temps, au modèle le plus connu et le plus utilisé en épidémiologie sociale : le modèle de Dahlgren et Whitehead de 1991. D’autres modèles, comme le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l’OMS de 2007, utilisent des approches différentes pour expliquer les déterminants de santé. Ces modèles étant basés sur des déterminants de santé, nous allons tout d’abord définir ces derniers.

II.1. Les déterminants de santé

La santé d’un sujet est caractérisée par les interactions, complexes, entre des facteurs nommés « *déterminants de santé* » (Brault, 2016). L’Agence de la santé publique du Canada (2007) les désigne comme des « *facteurs définissables qui influencent l’état de santé, ou qui y sont associés* ». Le Dictionary of epidemiology (2016) en donne une définition proche : « *un facteur, qu’il s’agisse d’un événement, d’une caractéristique, ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l’état de santé ou d’une autre caractéristique définie* ». Toutefois, la définition communément admise est celle de l’OMS qui affirme qu’ils sont les « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l’état de santé des individus ou des populations* ». Ces trois définitions sous-tendent alors une relation de causalité

³ QUÉBEC, Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1er novembre, article 1, 2011
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html].

entre déterminants et état de santé (Alla, 2016). C'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé et non leur action individuelle (Kroeh, 2015).

Par ailleurs, une confusion est souvent faite entre notion de déterminant et notion de facteur de risque, deux concepts pourtant bien différents (Alla, 2016). Selon Alla (2016), un facteur de risque est défini comme « *une caractéristique individuelle ou collective dont la présence est associée à une modification de la probabilité (ou risque) de survenue d'un événement de santé* ». Ici, la relation ne préjuge pas d'une éventuelle causalité : elle est simplement probabiliste ou statistique. Aussi, le terme facteur de risque s'emploie pour désigner un facteur « *pour lequel on a pu mettre en évidence une relation statistiquement significative avec la santé, sans que cette relation implique nécessairement causalité* » (Alla, 2016). Au contraire, la notion de déterminant sera davantage utilisée « *pour définir les facteurs pour lesquels une relation de causalité avec la santé a pu être mise en évidence ou est du moins supposée* », poursuit-il.

Ainsi, si la santé est déterminée par plusieurs déterminants, il convient désormais d'étudier ce que ces derniers recouvrent et comment ils interagissent les uns avec les autres.

II.2. Les modèles explicatifs des déterminants de santé

Pour expliquer les déterminants de la santé, nous allons étudier deux modèles en particulier : le modèle de Dahlgren et Whitehead, de 1991, puis le modèle de la CDSS de l'OMS, de 2007.

II.2.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)

Dahlgren et Whitehead (1991) proposent une approche écosociale des déterminants de santé. Ces derniers sont classés en cinq niveaux, dépendants les uns des autres, et interagissant (Inpes, 2012). Ce modèle fait appel à des disciplines très variées, issues du domaine des sciences naturelles comme des sciences sociales (Fortbat, 2014). Les auteurs représentent ces couches au travers d'un « *schéma arc-en-ciel* » représenté par la figure 1, que nous allons expliciter.

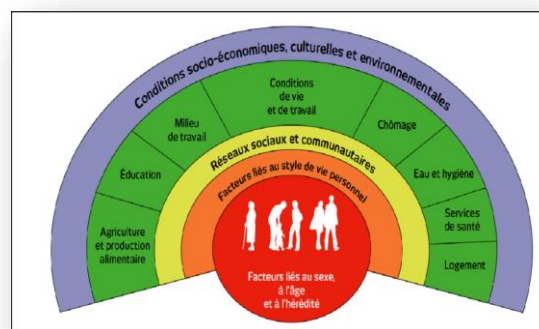


Figure 1 : Modèle des déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead (1991)

II.2.1.1. Les couches

Forbat (2014) décrit ces différents niveaux comme étant « *imbriqués les uns dans les autres selon une logique spatiale, allant du centre (micro/individu) aux extrémités (macro/environnement général)* ». Selon lui, le schéma de Dahlgren et Whitehead décrit clairement l'influence des déterminants d'ordre supérieur sur les déterminants d'ordre inférieur. Il donne comme exemple celui de l'impact de l'environnement construit sur la propension des individus à pratiquer une activité physique. Cinq niveaux sont définis : les facteurs liés au sexe, à l'âge, à l'hérédité, au style de vie personnel, aux réseaux sociaux et communautaires, aux conditions de vie et travail et aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

1. Les facteurs individuels

Les individus sont caractérisés par leur âge, leur genre et leurs facteurs constitutifs, notamment d'ordre génétique. Ces déterminants, la plupart du temps inchangeables (Inpes, 2010), sont des facteurs de risque pour certaines maladies (Brault, 2016). Par exemple, d'après l'OMS, la dépression touche principalement les adolescents de sexe féminin.

2. Les facteurs liés au style de vie personnel

Liés aux comportements individuels et aux styles de vie personnels (activité physique, alimentation, consommation de toxiques...), ces facteurs sont influencés par les pairs. Elle peut être favorable ou défavorable à la santé. Les personnes désavantagées auront une tendance plus élevée aux comportements à risque, et feront plus facilement face à des contraintes financières complexifiant leur accès à un style de vie plus sain (Inpes, 2010).

3. Les facteurs liés aux réseaux sociaux et communautaires

Cette strate montre que la société, la communauté et les réseaux sociaux dans lesquels l'individu s'inscrit, exercent une influence. Dans une situation défavorable, la présence ou l'absence d'un soutien mutuel ainsi que la pression des pairs ont des effets positifs ou négatifs sur les comportements individuels (Inpes, 2012). Au cours de l'adolescence par exemple, l'influence des pairs est particulièrement forte : lorsque leurs amis entretiennent de bonnes relations sociales et adoptent de bons comportements en matière de santé, les adolescents sont mieux protégés contre les comportements à risque (Russell Viner et al., 2014). Il convient d'ailleurs de noter qu'avec la croissance des réseaux sociaux et des médias, l'influence des pairs a considérablement augmenté. Par ailleurs, le soutien social est important pour la protection de

la santé des jeunes. Nous remarquons que lorsque les parents et le jeune accordent de l'importance à l'école et que l'établissement offre un environnement sûr, les comportements en santé du jeune n'en sont que meilleurs (Russell Viner et al., 2014). Il en va de même « *lorsque les adolescents se sentent liés à la famille et lorsque leurs parents ou leurs responsables légaux s'impliquent dans leur vie, connaissent leurs activités et leur montrent comment être en bonne santé et adopter des comportements sains* » (Russell Viner et al., 2014).

4. Les facteurs liés aux conditions de vie et de travail

Ce niveau se rapporte aux facteurs liés aux conditions de vie et de travail, l'accès aux ressources, aux infrastructures et services essentiels : les personnes socialement défavorisées seront plus exposées à des risques différentiels (Inpes, 2010). Par exemple, chez les jeunes, les études montrent que ceux poursuivant l'éducation au-delà du niveau primaire ont une plus faible prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux naissances précoces... De même, les blessures, fréquentes chez les jeunes, sont influencées par les infrastructures de transport ou encore les politiques de sécurité routière (Russell Viner et al., 2014).

5. Les facteurs liés aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

Ces conditions ont une incidence sur toutes les autres strates. Par exemple, la situation économique ou encore les conditions du marché du travail d'un pays peuvent influencer sur les choix et les capacités de l'individu à se loger, trouver un travail, accéder à des soins de qualité... De même, des aspects d'ordre culturel peuvent influencer les attitudes, par exemple la place des femmes (Inpes, 2010). Ces facteurs (la richesse nationale, l'inégalité des revenus, l'accès à l'éducation) affectent particulièrement la santé des jeunes. Les données montrent que, sont en meilleure santé, les adolescents vivant dans des pays riches ou avec peu d'inégalités socio-économiques (Russell Viner et al., 2014). « *Le chômage répandu parmi les jeunes est un marqueur important de la distribution inégale des richesses et peut avoir des effets néfastes sur la santé, tels qu'une mauvaise santé mentale, le suicide et les décès liés à la violence* » (Russell Viner et al., 2014).

II.2.1.2. Les limites du modèle

L'Inpes relève dans son dossier « *Réduire les inégalités sociales en santé* », paru en 2010, les limites de ce modèle. La principale critique qu'il formule à son égard est qu'il « *ne permet pas de hiérarchiser et/ou de quantifier l'influence et les effets respectifs des différents déterminants*

présentés sur la santé. Les actions les plus efficaces demandent une action à tous les niveaux, d'où la complexité. Il est donc peu utile pour dégager des priorités de santé publique et des modalités d'action ». D'autres modèles sont plus dynamiques, appréhendant de manière différente les déterminants : le modèle de la CDSS notamment, plus récent, inspiré du modèle de Dalghren et Whitehead (1991).

II.2.2. Le modèle de la CDSS de l'OMS (2007)

La CDSS présente un modèle qui tient compte des limites du modèle précité, tentant d'élaborer un cadre conceptuel plus intégré des déterminants sociaux. Il constitue aujourd'hui le modèle explicatif le plus abouti des inégalités sociales de santé (Inpes, 2010).

Ce modèle est fondé sur « *les interactions que des déterminants structurels des inégalités sociales de santé entretiennent avec des déterminants dits intermédiaires de l'état de santé* » (Inpes, 2012). Pour le comprendre, deux notions sont à distinguer : les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires de l'état de santé. Les premiers relèvent du contexte politique et socio-économique du pays : gouvernance, politiques macro-économiques, politiques sociales, politiques publiques, culture et valeurs de la société (Inpes, 2012). Les seconds, eux, se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements et au rôle de l'accès au système de santé (Inpes, 2012). Un schéma expliquant ce modèle est disponible en annexe 1.

Les déterminants de la santé sont nombreux. Il est possible d'agir sur certains, tandis que d'autres restent inchangeables. Ils trouvent leur origine au niveau de l'individu, mais aussi au niveau de son intégration sociale et du contexte socio-économique global. Atteindre un état global de santé et de bien-être, dans la vision intégrative de ces derniers, demande donc de considérer tous ces déterminants. Nous allons donc maintenant aborder l'état de santé, et du sujet collectif, et du sujet individuel.

III. La mesure de l'état de santé collectif et individuel

À partir de la fin du 19^e siècle, une prise en charge collective de la santé se développe et une politique de santé publique voit ainsi le jour (Avisé, 2020). La santé publique ne concerne pas seulement l'individu ou une personne malade, elle concerne une population, amenant certains à la qualifier de « *médecine des populations* » (Bourdillon, Brucker et Tabuteau, 2016). D'après l'OMS (1952), « *La santé publique est l'art et la science de prévenir la maladie, de prolonger*

la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par une action collective et concertée qui vise à assainir le milieu, lutter contre les épidémies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé ». Elle vise à protéger la santé des populations, par la prévention des maladies et la promotion de la santé. Elle analyse à ce titre les besoins de santé, mesure les risques pour la santé, détecte et prend en charge les problèmes de santé (Brault, 2020).

Selon l'optique privilégiée, plusieurs dimensions de l'état de santé de la population peuvent être prises en compte pour le mesurer (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012). L'état de santé global nous fournit une vue d'ensemble de l'état de santé de la population (Anctil, 2012). Elle est obtenue à partir d'indicateurs globaux comme la mortalité générale, l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité (Hirtzlin, 2018). Elle inclut aussi la perception de l'état de santé, physique et mental.

L'état de santé physique se mesure grâce aux données relatives aux maladies et aux traumatismes affectant tous les systèmes du corps humain. Des phénomènes comme les épidémies, qui surviennent à l'échelle d'une population, peuvent également être pris en compte (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012). D'après l'OMS, la santé physique se définit comme *« l'état corporel d'un individu, prenant tout en considération, de l'absence de maladie jusqu'au niveau de condition physique »* (Avisé, 2020).

L'état de santé mental et psychosocial, lui, se mesure grâce aux données sur la santé mentale dans ses composantes positives ou négatives, sur l'intégration sociale, les problèmes d'adaptation sociale, et le développement de l'enfant (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012). La santé mentale fait partie intégrante de la santé. Sans santé mentale, pas de santé, affirme Santé publique France (SPF) (2021). Elle ne se limite pas à l'absence de troubles ou de handicaps mentaux, elle concerne aussi le bien-être émotionnel et cognitif. Aussi, au vu des effets qu'elle produit sur les fonctions corporelles, elle peut également être considérée comme un facteur de la santé physique (Holmes, 2021). Elle est en effet définie par l'OMS comme *« un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »* (SPF, 2021). La promotion

de la santé mentale, la prévention, le traitement, les soins des troubles mentaux ainsi que la réadaptation constituent, pour l’OMS et ses États membres, une priorité⁴.

Aussi, si l’état de santé est un sujet collectif, il est aussi un sujet individuel, soit l’état de santé d’un individu (Avisé, 2020). L’état de santé se recherche donc à la fois pour une population, avec la santé publique, ou pour chaque individu, avec la médecine clinique. Souvent opposées, « *santé publique et médecine clinique apparaissent en effet comme les deux visages de la médecine* » (Brault, 2020). Alors que la santé publique s’adresse à des populations qui ne sont pas nécessairement malades, mais pour lesquelles il s’agit plutôt d’éviter qu’elles ne le deviennent, notamment grâce à des actions de prévention, la médecine clinique, elle, s’occupe avant tout des personnes malades. Elle entre dans la sphère privée de la relation patient-médecin. Ce n’est plus ici le politique qui prescrit et proscrit, mais le médecin (Brault, 2020).

Les distinctions entre santé publique et médecine clinique s’observent sur différents points, présentés par la figure 2.

	Médecine clinique	Santé publique
Cible	Individu	Population
État de santé de la cible	Malade	Saine
Sphère d'exercice	Privée (colloque singulier)	Publique (dispositifs publics)
Professionnel responsable	Médecin	Politique
Méthode	Thérapeutique	Épidémiologique
Objectif	Traiter la maladie	Promouvoir la santé, prévenir l'apparition de la maladie

Figure 2 : Comparaison de la médecine clinique et de la santé publique — Source : *Thèmes sanitaires et sociaux 2021-2022, Ellipes*

Toutefois, ce propos doit être nuancé. La santé publique agit pour l’amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie. Or, les soins sont une composante à part entière de la santé publique. De fait, la santé publique « *n’est pas non plus coupée du champ de la clinique* » (Bourdillon, Brucker et Tabuteau, 2016).

La santé publique et la santé de l’individu sont donc indissociables. Toutes deux s’appuient sur la définition intégrative de la santé et prennent en compte les déterminants de la santé. Nous allons, dans notre second titre, observer la législation qui soutient le droit à la santé et les modalités d’accès à cette dernière en France, en précisant nos propos sur la santé des jeunes.

⁴ Déclaration des ministres des États membres de la région européenne de l’OMS lors de la première conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale (Helsinki, janvier 2005).

Titre II : La législation de la santé, des spécificités pour les mineurs

Pontier (2021) affirme que « *La santé est un bien que recherchent les êtres humains, particulièrement dans nos sociétés parce qu'il apparaît possible de la préserver mieux qu'autrefois, et les textes, constitutionnels et législatifs, ont consacré un « droit à la santé »* ». Il poursuit : « *Le droit à la santé [...] s'inscrit dans cette problématique d'une intervention des pouvoirs publics non seulement attendue mais exigée des citoyens pour qu'un droit proclamé ne soit pas seulement théorique mais soit effectif [...]* ».

Nous avons défini ce que recouvre la santé, quels sont ses déterminants et comment elle se mesure, il convient maintenant de nous intéresser à la législation, qui confère à tous l'existence et l'exercice d'un droit fondamental à la santé. Nous verrons qu'une partie de cette dernière centre ses réflexions autour des mineurs. Toutefois, le droit à la santé ainsi proclamé dans les textes reste lacunaire. Enfin, nous verrons quelle est l'offre de santé proposée par la France.

I. La législation du droit à la santé : une spécificité pour les mineurs

De nombreux textes internationaux, signés et ratifiés par la France, proclament un droit à la santé. Nous nous intéresserons également à la législation européenne, et nationale. Nous verrons la particularité des textes adoptés pour le droit à la santé des jeunes.

I.1. La législation internationale

La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) de 1948 prévoit, en son article 25, que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...]* ». Dans le préambule de la Constitution de l'OMS de 1946, « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

Concernant le droit à la santé des enfants, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) ou Convention relative aux droits de l'enfant⁵, entrée en vigueur en 1990, constitue le texte de référence. Physiques, sociales, intellectuelles, morales, spirituelles... La CIDE intègre la santé dans toutes les dimensions des besoins de l'enfant⁶, relève la Haute autorité de santé (HAS) (2015).

Nous allons nous intéresser aux articles ayant spécifiquement trait à la santé, en commençant par l'article 24 de la CIDE, énonçant en son alinéa premier que « *les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ». Par ailleurs, l'article 23 fait spécifiquement référence aux droits des enfants handicapés, incluant les soins préventifs, la réadaptation et les services de santé.

L'article 3 de la CIDE, au travers de l'alinéa 2, affirme que « *Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées* » et, au travers de son alinéa 3, que « *Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié* ». L'article 3 précise également, dans son premier alinéa, que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes les décisions qui le concernent.

Enfin, l'article 12 de la CIDE reconnaît à l'enfant capable de discernement le droit « *d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité* ». À ce titre, l'enfant a un droit d'accès aux informations pertinentes pour sa santé physique et mentale et son bien-être (art. 17 CIDE). Nous allons nous intéresser plus spécifiquement à la législation européenne, qui se fonde sur les valeurs transcrites par la CIDE.

⁵ La CIDE est un traité international adopté par l'Assemblée générale de l'ONU, le 20 novembre 1989, dans le but de reconnaître et protéger les droits spécifiques des enfants. Elle est ratifiée par la France le 7 août 1990. La première déclaration des droits de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1959, onze ans après l'adoption de la DUDH. Elle a donné lieu, en 1989, soit trente ans plus tard, au texte actuel.

I.2. La législation européenne

Au niveau européen, plusieurs textes proclament un droit à la santé (Dupéré, 2020), et notamment :

- La Charte sociale européenne, dans sa version révisée de 1996, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1999, Partie I — 11⁷ et Partie II article 11 droits à la protection de la santé⁸.
- Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), entré en vigueur en 1968, article 168 § 1, disposition issue du Traité de Maastricht et modifiée depuis lors⁹.
- La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (UE), entrée en vigueur en 2000, article 35, protection de la santé¹⁰.

Au fil des années, la protection accordée aux mineurs par l'UE n'a cessé de croître, adoptant une approche globale et multidisciplinaire. Au sein de l'UE, en matière de développement de la défense des droits de l'enfant, l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne le 1^{er} décembre 2009, marque une étape fondamentale (Morin, 2013). Avec son entrée en vigueur, les compétences de l'UE en matière de droits de l'enfant évoluent. En vertu de l'article 3 du TUE¹¹, l'Union a une mission de promotion de la protection des droits des enfants, que les institutions et états membres doivent désormais respecter. Par ailleurs, le Traité de Lisbonne a permis de donner à la Charte une valeur juridique identique à celle des Traités (Morin, 2013). Elle est désormais contraignante pour les États membres et, en cas de non-respect de ses droits, tout citoyen peut s'en prévaloir (Vie publique, 2021).

Dans la Charte, les enfants sont considérés comme des personnes à part entières détentrices de droits, autonomes et indépendants (Morin, 2013). Elle consacre, dans son chapitre III « égalité », l'article 24 aux droits de l'enfant. L'alinéa premier de cet article indique que « Les

⁷ « Les Parties reconnaissent comme objectif d'une politique qu'elles poursuivront par tous les moyens utiles, sur les plans national et international, la réalisation de conditions propres à assurer l'exercice effectif des droits et principes suivants : [...] 11 — Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre ».

⁸ « En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées [...] ».

⁹ « Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

¹⁰ « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

¹¹ Art. 3 TUE § 3 alinéa 2 : « Elle combat l'exclusion sociale et les discriminations, et promeut la justice et la protection sociales, l'égalité entre les femmes et les hommes, la solidarité entre les générations et la protection des droits de l'enfant ». Art. 3 TUE § 5 : « Elle contribue [...] à l'élimination de la pauvreté et à la protection des droits de l'homme, en particulier ceux de l'enfant [...] ».

enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être »¹². Figure une nouvelle fois le concept de bien-être, indissociable de la notion de santé. Nous retrouvons, comme dans la législation internationale, le droit de décision de l'enfant, l'alinéa 1 du même article poursuivant : « *Ils peuvent exprimer leur opinion librement. Celle-ci est prise en considération pour les sujets qui les concernent, en fonction de leur âge et de leur maturité* ».

Nous avons vu la législation internationale et européenne concernant le droit à la santé et la place spécifique accordée aux enfants, nous allons maintenant observer la législation française.

I.3. La législation française

Le préambule de la Constitution de 1946 consacre un droit à la protection de la santé, affirmant que la nation « *Garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». En France, le droit à la santé a donc une valeur constitutionnelle. Le Conseil constitutionnel a rapidement reconnu le droit à la protection de la santé comme ayant pleine valeur constitutionnelle (Moreau, 1998), dès ses premières décisions rendues en la matière¹³.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a inscrit, dans un chapitre préliminaire du Code de la santé publique (CSP) que « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne* » (art. L. 1110-1 CSP). Aussi, cette dernière vient positionner le patient comme acteur du système de santé. Elle affirme que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (art. L. 1111-2 CSP), d'accéder à son dossier médical (art. L. 1111-7 CSP), et de prendre les décisions concernant sa santé (art. L. 1111-4 CSP). Nous allons voir ce qui est spécifique aux mineurs en France, puis nous formulerons quelques critiques sur cette législation française du droit à la santé.

I.3.1. Le droit à la santé des mineurs en France

Dans la majorité de ses dispositions, ce texte concerne également le patient mineur. Si la plupart du temps, l'exercice des droits du patient mineur en matière de santé relève des titulaires de

¹² Cet article se fonde sur la Convention de New York sur les Droits de l'enfant, signée le 20 novembre 1989 et ratifiée par tous les États membres, et notamment sur ses articles 3, 9, 12 et 13 (Journal officiel de l'Union européenne, 2007).

¹³ Cons. Constit. 15 janvier 1975, déc. n° 75-54 DC : *Interruption volontaire de grossesse*, in Louis Favoreu et Loïc Philip, *Les Grandes Décisions du Conseil constitutionnel*, Dalloz, 9^e éd. 1997, n° 23, p. 305 et ss. ; Cons. constit. 18 janvier 1978, déc. n° 77-92 DC : *Contre-visite médicale*, *RJC* p. 57.

l'autorité parentale, la loi prévoit toutefois certains aménagements (Madelpuech, 2002). Cela témoigne d'une volonté d'envisager la situation de l'enfant depuis son point de vue et de tenir compte, autant que possible, de sa volonté (Dekeuwer-Défossez, 2012). La relation patient mineur-médecin se rééquilibre ainsi, réduisant partiellement la place accordée aux titulaires de l'autorité parentale et garantissant au mineur une multitude de droits (Rude-Antoine, 2012), notamment : le droit à l'information et l'accès au dossier médical, et le droit au respect de sa volonté (droit au consentement ou au refus de soins). Intéressons-nous à ces deux droits.

1. Le droit à l'information du mineur et l'accès à son dossier médical

Aux termes de l'article L. 1111-2 du CSP, « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Toutefois, lorsque le patient est mineur, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui reçoivent l'information, en vertu du même texte. Afin de favoriser la participation du mineur à la prise de décision concernant sa santé, celui-ci est informé des actes et examens nécessaires à sa prise en charge médicale. Mais cette information dépend de son âge et de ses capacités. Elle doit être adaptée. Le mineur ne souhaitant pas révéler à ses parents son état de santé peut s'opposer à leur information. L'information doit porter sur une décision médicale (traitement ou intervention) dont dépend la sauvegarde de la santé du mineur (art. L. 1111-5 CSP). Dans ce cas précis, le médecin n'informerait pas les parents du mineur qui n'auraient pas accès aux éléments du dossier médical pour lesquels ce dernier a exigé le secret. En effet, en principe, le droit d'accès au dossier médical du mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, sauf lorsque le mineur s'est opposé à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé (art. L. 1111-7 CSP).

2. Le droit au consentement du mineur

Le CSP précise que le consentement du mineur « *doit être systématiquement recherché lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* » (art. L. 1111-4), même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement.

Dans certaines situations, l'autonomie du mineur est renforcée. Parfois, le médecin va prendre en compte son refus de soins, parfois le mineur va pouvoir prendre ses décisions seul, relève l'Agence régionale de santé (ARS) (2017). Ainsi, les situations dans lesquelles le médecin sera habilité à passer outre le consentement des titulaires de l'autorité parentale sont les suivantes (Guide du Ministère de la santé et de la prévention, 2022) :

- Le mineur souhaite garder le secret sur son état de santé, s'opposant expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale, hypothèse que nous avons vue ci-dessus.
- Le mineur vient consulter sans l'accord de ses parents et le secret ne compromet pas gravement sa santé ou sa sécurité (art. L. 1111-5 CSP). Ici, il peut être question de sujets en lien avec l'intimité, la sexualité ou des maltraitements physiques ou psychologiques.
- Le mineur en situation de rupture familiale et bénéficiant de la Couverture maladie universelle (CMU) (art. L. 1111-5 CSP).
- Le refus de soins par les parents met gravement en danger la santé du mineur. Dans ce cas, le médecin délivre les soins qui s'imposent (art. L. 1111-4 CSP).

Par exemple, pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs, le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis (art. L. 5134-1 CSP). Le mineur peut se rendre chez un médecin, dans une pharmacie, dans un centre de planification ou d'éducation familiale, ou dans un centre Protection maternelle infantile (PMI), ces deux derniers lieux étant habilités à délivrer gratuitement un moyen de contraception (Assurance maladie, 2022). De même, en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG), la mineure peut décider de garder le secret. Dans ce cas, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour la consultation des parents. À défaut, « *l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée* ». La mineure se fait accompagner par la personne majeure de son choix (art. L. 2212-7 CSP). Par ailleurs, pour les mineurs qui en font la demande, les centres de planning ou d'éducation familiale assurent de manière anonyme et gratuite le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) (art. L. 2311-5 CSP), tandis que les toxicomanes qui le demandent expressément peuvent bénéficier de l'anonymat au moment de leur admission dans un dispensaire ou établissement de santé afin d'y être traités (art. L. 3414-1 CSP). Enfin, toute femme a la possibilité d'accoucher dans le secret (art. 341-1 Code civil).

En accordant une place essentielle à la parole du patient mineur, les textes font de ce dernier un véritable acteur de sa santé. Si, en principe, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui exercent les droits du mineur en matière de santé, ce dernier a le droit d'être informé, en fonction de ses capacités de compréhension, de tout acte ou examen nécessaires à son état de santé. De même, lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement aux soins doit être systématiquement recherché. Toutefois, si la France consacre un droit à la santé, prévoyant certaines règles spécifiques aux mineurs, la législation fait l'objet de certaines critiques.

I.3.2. Critiques de la législation française

Selon Drago (2015), « *le droit à la santé n'est pas défini par le droit français, en tant que tel, en tout cas pas comme un droit à valeur constitutionnelle* ». Il n'existe à ce jour aucun texte unique et précis instituant réellement un droit à la santé. Dans les textes, c'est davantage un « *droit à la protection de la santé* » qui se dessine, plutôt qu'un « *droit à la santé* », ce qui en modifie sensiblement la perspective. En réalité, il est impossible de réclamer un « *droit* » à être en bonne santé, « *capital humain inégalement réparti selon la nature* », comme dirait Drago (2015). Ainsi, c'est un droit qualifié de « *droit créance* » (Gay, 2007), ne bénéficiant pas d'une application directe (Favoreu, 2012) et amenant le législateur à intervenir pour le mettre en œuvre. Le contrôle exercé par le Conseil constitutionnel sur l'exécution du droit à la protection de la santé est un contrôle restreint. C'est le même contrôle restreint « *qu'il exerce sur les autres « droit créance » du Préambule de la Constitution de 1946¹⁴, laissant ainsi une large marge d'action et de décision au pouvoir législatif dans la mise en œuvre de ces droits* ». Ce constat s'applique donc au droit à la protection de la santé. Ainsi, le droit à la santé, de ce point de vue et tel qu'il est interprété par le législateur et le Conseil constitutionnel, ne peut pas encore constituer un droit effectif selon Drago (2015).

Par ailleurs, concernant le droit à la santé du mineur, certains commentateurs doctrinaux comme Porchy-Simon¹⁵, cité par Rude-Antoine (2012), continuent d'affirmer que le patient mineur ne dispose pas d'un droit autonome, devant seulement être associé à la prise de décision. Finalement, il n'y a pas de caractère obligatoire à prendre en compte sa volonté, tout dépend de son degré de discernement (Rude-Antoine, 2012). Mais, la CIDE affirmant que l'enfant a une autonomie, cette position va à l'encontre de la Convention pour laquelle la Cour de cassation a admis qu'elle soit directement appliquée depuis deux arrêts du 18 mai 2005¹⁶.

Nous avons montré la législation soutenant le droit à la santé, à l'échelle internationale, européenne et nationale, notamment des mineurs. Être en adéquation avec la loi demande de disposer d'un système de soins conséquent : nous allons donc présenter l'accès à la santé en France.

¹⁴ V. en ce sens la démonstration faite par O. Dutheillet De Lamothe, « *Les principes de la jurisprudence du Conseil constitutionnel en matière sociale* », Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel, n° 45, octobre 2014, p. 7.

¹⁵ S. Porchy-Simon, fasc. 440-30, J. Cl. « Responsabilité civile et assurance », § 48.

¹⁶ Cass. Civ. 1ère, 18 mai 2005, Bull. civ. 1, n° 212, p. 180.

II. L'accès à la santé en France

Pour prendre en charge la santé, la France, comme les autres pays, s'est dotée d'un système de santé. Ce dernier peut être défini, selon l'OMS (2022) comme « *l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé [...]* ». Il intègre une pluralité d'acteurs, des institutions publiques qui organisent le système de santé tant à l'échelle nationale que régionale, et s'appuie sur des structures multiples pour permettre une prise en charge organisée des soins.

II.1. Les acteurs et le pilotage du système de santé

Afin de prévenir, de soigner et d'accompagner de manière globale et continue les patients et les résidents, les pouvoirs publics agissent sur les niveaux national et régional pour permettre la coordination de tous les acteurs, afin que chaque patient et chaque résident en bénéficie.

II.1.1. Le pilotage par les politiques publiques au niveau national

Au niveau national, le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics, au premier rang desquels, les ministères chargés de la santé et des affaires sociales, et par l'assurance maladie au travers de la protection sociale.

1. Les ministères chargés de la santé et des affaires sociales

Les ministères chargés de la santé et des affaires sociales assurent de nombreuses missions, du fait de l'intervention directe de l'état dans l'organisation et le financement de l'offre médico-sociale et sanitaire (Cleiss, 2021). La mission première des ministères consiste à mettre en œuvre les politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire. Pour se faire, ils s'appuient notamment sur SPF, agence sanitaire dont ils assurent la tutelle, ou sur la HAS, partenaire indépendant. La finalité de cette mission est de protéger et d'améliorer l'état de santé de la population (Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

L'État supervise la bonne répartition de l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires sur le territoire national. Il assume également la formation des professionnels de santé exerçant dans ces dernières (Ministère de la santé et de la prévention & Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022). Enfin, parmi les responsabilités qui incombent aux ministères, il y a la fixation des tarifs de prestation et la maîtrise des coûts en santé et le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-

sociaux (Ministère de la santé et de la prévention & Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022).

L'état assure également la tutelle des organismes d'assurance maladie, que nous allons étudier dans le point suivant. Ainsi, si l'État définit les politiques de santé par le biais de loi importantes comme la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ou encore la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), il définit également les politiques de financement (Dessirier, 2019). Il le fait via la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), votée chaque année¹⁷ (Sécurité sociale, 2022).

Ainsi, en tant que garants de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, les ministères chargés de la santé et des affaires sociales exercent un large panel de missions. À côté des ministères, l'assurance maladie joue également un rôle considérable dans le pilotage du système de santé.

2. L'assurance maladie et la protection sociale

L'assurance maladie se présente comme un acteur incontournable du système de santé, dont la mission se résume à couvrir les risques maladies, les risques professionnels et à assurer le remboursement des dépenses de santé (Assurance maladie, 2022). Elle fait partie du système de protection sociale français. Un individu, en matière de protection sociale, peut soit bénéficier d'un dispositif de droit commun, soit d'un régime spécifiquement instauré en sa faveur (Assurance maladie, 2022). Le premier implique que la personne ait une situation régulière de résidence en France. Le second est à destination d'individus en situation particulière, par exemple une personne étrangère en situation irrégulière en France, avec l'accès à l'aide médicale d'état (AME), ou encore le cas des mineurs placés ou détenus. Le détail des dispositifs et des règles d'accès pour les mineurs, qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de notre étude, est disponible en annexe 2.

Ainsi, les ministères chargés de la santé et des affaires sociales et l'assurance maladie sous couvert de la protection sociale, sont deux grands acteurs du système de santé français. Le

¹⁷ La LFSS est votée chaque année par le Parlement. Elle définit l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce dernier intègre les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux. En fonction de ces montants budgétaires et des orientations données par le gouvernement, les ministères élaborent leurs politiques : santé publique, offre de soins, cohésion sociale, sécurité sociale (Sécurité sociale, 2022).

premier définit les politiques de santé publique, exerce son contrôle et assure la cohésion du système, tandis que le second assure l'accès à des prestations de soins en les finançant.

II.1.2. L'ARS : une politique nationale au cœur des territoires

Pour permettre un égal accès de tous à une prise en charge de qualité, sécurisée et continue, l'ARS veille à la bonne gestion des ressources, assurant la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement (Ministère de la santé et de la prévention & Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022). Pilotée nationalement, elle exerce ses fonctions sur les territoires régionaux. En matière de prévention, les ARS exercent, en lien avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la PMI et de la santé au travail, la politique de santé (Cleiss, 2021). Dans ce cadre, elles vont par exemple définir, financer puis veiller à l'évaluation d'une série d'actions visant à : promouvoir la santé, informer et éduquer à la santé, prévenir les maladies et les handicaps (ARS, 2019). Par ailleurs, les besoins de la population en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux sont nombreux. Afin de répondre à ces besoins et de garantir l'efficacité du système de santé, les ARS régulent, orientent et organisent l'offre de santé (ARS, 2019). Un descriptif de ces missions est disponible en annexe 3.

Ainsi, les ARS constituent le relais des politiques nationales. En établissant des programmes régionaux de santé (PRS)¹⁸, elles viennent les décliner et les adapter à leurs caractéristiques régionales¹⁹. Elles mettent ainsi en place une organisation qui répond de manière adaptée aux spécificités et aux besoins locaux (Ministère de la santé et de la prévention, 2022). Par ailleurs, d'autres institutions relayent les politiques nationales au niveau régional, en complémentarité avec les ARS. Par exemple, les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), qui ont notamment pour mission de garantir la protection des populations les plus vulnérables, telles que les enfants ou encore les personnes en situation de précarité (Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, 2021).

Ainsi, les pouvoirs publics agissent tant au niveau national, avec le pilotage par les ministères et l'assurance maladie, qu'au niveau régional, avec le pilotage par l'ARS. Aussi, ils interviennent au niveau local pour permettre la coordination de tous les acteurs de la prise en

¹⁸ Les PRS sont composés de : schémas régionaux de prévention, schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de ville et hospitaliers, schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) pour les personnes âgées ou dépendantes, handicapées, en situation de précarité (ARS, 2018)

¹⁹ Sous-entendues les caractéristiques démographiques, épidémiologiques et géographiques.

charge ambulatoire, sanitaire, sociale et médico-sociale. Nous allons donc observer comment est organisé l'accès aux soins et les différentes structures le permettant.

II.2. L'organisation des structures des soins de santé

Le système de santé français s'appuie principalement sur trois types de structures : ambulatoires, sanitaires et sociales et médico-sociales. Au sein de ces structures, et sous la supervision des ARS, les établissements et les professionnels s'organisent de manière à assurer une prise en charge organisée des soins de santé.

II.2.1. Les soins ambulatoires et les soins hospitaliers

Les soins ambulatoires ou soins de ville sont menés dans des structures ambulatoires : les professionnels y exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé. Au sein de ces structures, les professionnels de santé sont essentiellement chargés de soins de premier recours et de la prévention (Insee, 2021).

Les soins hospitaliers sont réalisés dans des établissements de santé qui couvrent des champs d'intervention différents (hospitalier ou médico-social), aux statuts publics ou privés. Les professionnels de ces établissements délivrent des soins généraux et/ou plus spécialisés, comme la psychiatrie et la santé mentale. Ils exercent aussi la médecine d'urgence (Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

II.2.2. Les soins sociaux et médico-sociaux

Les établissements et services médico-sociaux ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « *fragiles* », regroupant les personnes âgées, handicapées, dépendantes, en situation de précarité, d'exclusion et les enfants. Nous allons alors nous intéresser à un public en particulier : les jeunes, sous-entendu les enfants et les adolescents, ainsi que les jeunes majeurs. Nous allons centrer notre étude sur les principaux établissements et services prenant en charge ce public, avec qui la PJJ travaille, et qui ont donc un intérêt pour la suite de notre étude. La liste des établissements et services médico-sociaux gravitant autour de ce public est large, incluant les établissements de l'action sociale pour la protection de l'enfance, pour les jeunes handicapés et pour la réinsertion sociale. L'ensemble des données suivantes sont renseignées sur le site action-sociale, dans « *le registre français du social et médico-social* ».

En matière de protection de l'enfance, nous distinguons : d'une part, les établissements de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), d'autre part, les établissements et services de la PJJ. Les premiers regroupent les Foyers de l'enfance, les Maisons d'enfants à caractère social (MECS) et les Centres de placement familial socio-éducatif (CPFSE). Les seconds regroupent les établissements et services de milieu ouvert et les établissements et services de milieu fermé, qui seront étudiés dans notre chapitre II.

En matière de handicap, nous retrouvons : premièrement, les structures de prévention, de dépistage et d'accompagnement précoce, composées des Centres médico-psychopédagogiques (CMPP) et des Centres d'action médico-sociaux-précoces (CAMPS) ; deuxièmement, les structures permettant un accompagnement en milieu ordinaire de vie, notamment le Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ; troisièmement, les structures d'accompagnement en institution, comprenant : les Instituts médicaux éducatifs (IME), Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), Instituts d'éducation motrice (IEM).

En matière de réinsertion sociale, il existe des établissements pour jeunes majeurs et familles en difficulté, notamment les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Il y a aussi les établissements et les services sociaux d'hébergement et d'accueil, tels que les Foyers de jeunes travailleurs (FJT). Enfin, les établissements pour personnes connaissant des difficultés spécifiques : les Appartements de coordination thérapeutique (ACT), les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Le récapitulatif des missions de chacune de ces structures, ainsi que le nombre de places dont elles disposent dans le territoire Nord, sont disponibles en annexe 4 pour le champ de la protection de l'enfance, en annexe 5 pour le champ du handicap, et en annexe 6 pour le champ de la réinsertion sociale.

Grâce à l'implication de ses acteurs, à l'efficacité de son organisation et à la participation quotidienne de ses professionnels, le système de santé français « *est considéré comme un système d'excellence, reconnu comme tel au niveau international* » (Ministère de la Santé et de la prévention & Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022). Toutefois, le nombre important d'acteurs intervenant dans des champs très variés et possédant des statuts très divers, en complexifie sa régulation (Vie publique, 2021). De fait, l'efficacité et finalement l'efficience du système de santé sont réduites.

II.3. Les limites de l'accès aux soins : l'exemple de la psychiatrie infantile

« S'intéresser à la santé des enfants, c'est aussi s'intéresser à la santé des adultes de la prochaine génération et l'enjeu consiste à conduire les enfants à la vie d'adulte dans les meilleures conditions possibles pour chacun » (Pomarède & Jeammet, 2014). L'état de santé des prochaines générations d'adultes sera déterminé par l'état de santé des enfants aujourd'hui et leur prise en charge par le système de santé. De même, leur état de santé aujourd'hui sera déterminant dans les dépenses de santé (Cour des comptes, 2022).

Aujourd'hui et grâce aux progrès de la science, des techniques, aux méthodes de prévention, au dépistage précoce et au traitement de nombreuses pathologies, l'état de santé des jeunes est globalement bon (Safon, 2019). La France se situe donc dans la moyenne des pays comparables en la matière, bien que l'état de santé des jeunes demeure difficile à caractériser avec précision (Cour des comptes, 2022). En effet, en matière de suivi et de surveillance de l'état de santé des jeunes, le système français est lacunaire. De fait, les pouvoirs publics sont privés « d'éléments de connaissance indispensables à la définition des priorités de santé publique et au suivi des actions mises en œuvre pour remédier aux inégalités sociales et territoriales de santé », affirme la Cour des comptes dans son rapport intitulé « *La santé des enfants, Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* » de décembre 2021. Cette dernière illustre son propos en prenant l'exemple des examens réalisés en milieu scolaire. Elle relève qu'ils ne sont pas toujours remplis et que les informations qui y sont renseignées sont bien souvent de mauvaise qualité. De fait, la surveillance à partir de ces derniers est impossible.

Dès lors, seules des enquêtes permettent de documenter l'accès aux soins de santé des Français. Mais, là encore, la Cour des comptes (2021) relève que ces enquêtes sont parfois limitées. En effet, selon elle, « leur actualisation comme leur granularité territoriale sont faibles, et certaines informations sur les comportements de santé sont manquantes ». Nous avons décidé de centrer notre propos sur une étude en particulier : le rapport d'information n° 494 (2016-2017) de M. Michel Amiel, fait au nom de la mission d'information « *situation de la psychiatrie des mineurs en France* », déposé le 4 avril 2017. Créée le 16 novembre 2016 à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) du Sénat, la mission d'information traite du sujet de la psychiatrie des mineurs en France. Le constat des difficultés d'accès aux soins psychiatriques est récurrent, encore davantage visible en pédopsychiatrie.

D'après les travaux de la mission d'information, plusieurs facteurs sont de nature à causer ces lacunes : les inégalités territoriales et sociales, ainsi que l'engorgement des structures.

I.3.1. Des difficultés d'accès : des inégalités territoriales et sociales

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP), auditionné par la mission d'information « *situation de la psychiatrie des mineurs* » en France²⁰, a affirmé la France souffrait d'une mauvaise répartition de l'offre. En effet se pose la question, pour toutes les spécialités médicales, d'une meilleure allocation des ressources sanitaires sur l'ensemble du territoire. Mais le HCSP (2017) affirme qu'il y a toutefois une réelle pénurie de moyens dans les zones urbaines comme périurbaines ou rurales. Il relève à ce titre l'existence d'inégalités territoriales qui, selon lui, sont encore plus importantes dans le domaine de la pédopsychiatrie.

Ces inégalités territoriales en pédopsychiatrie sont particulièrement visibles dans deux domaines. D'une part, en matière d'offre d'hospitalisation. D'après la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), dix départements ne disposent pas de lit d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile. Cette problématique est souvent dénoncée, de même que l'importance des délais d'obtention d'une place en hôpital de jour. Dans son rapport remis au Gouvernement et lors de son audition devant la mission d'information en date du mercredi 21 décembre 2016, Laforcade²¹ estime en effet que « *trop de lits ont parfois été fermés dans certains territoires, notamment en période de crise. Les jeunes sont alors pris en charge, de manière bancale, dans les secteurs pour adultes, avec une promiscuité qui pose problème. Inspirons-nous de ce qui existe comme lieux de crise et rouvrons quelques lits là où c'est indispensable* ». D'autre part, les inégalités s'observent largement en matière de répartition des pédopsychiatres sur le territoire. « *La densité moyenne est de 15,1 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans, avec une variation de moins de 4 pour les départements les moins dotés [...] à 23 dans les départements les mieux dotés [...]. Cette densité est de près de 100 pour 100 000 jeunes à Paris. La pédopsychiatrie libérale est elle aussi inégalement répartie sur le territoire* », observe la mission d'information.

Aux inégalités territoriales s'ajoutent des inégalités sociales, liées aux modalités de financement de la prise en charge. La mission d'information relève que les familles les moins aisées font face à des difficultés financières d'accès aux prises en charge, créant ainsi un décalage avec

²⁰ Audition du mardi 17 janvier 2017.

²¹ Audition de M. Michel Laforcade, directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (ARS Nouvelle-Aquitaine), auteur du rapport relatif à la santé mentale.

celles qui ont les moyens de consulter directement les professionnels de santé, en prenant les consultations à leur charge. Ce constat n'est pas propre à la psychiatrie, il se retrouve dans d'autres disciplines. Néanmoins, il est, selon la mission, plus alarmant en pédopsychiatrie : « *la prise en charge des malades, du fait de l'évolution des pathologies et de leur nature, nécessite fréquemment une intervention au long cours des professionnels concernés. Ainsi, à quoi bon un repérage et un dépistage précoces s'il ne s'ensuit pas une prise en charge précoce et continue ?* », s'interroge la mission d'information.

Ainsi, en France, les inégalités territoriales et sociales compliquent l'accès aux soins psychiatriques pour les mineurs. À ce titre, la mission insiste sur l'intérêt de la proposition de Laforcade qui, dans son rapport remis au Gouvernement, préconise de mettre en place « *un panier de soins et de services minimal* » pour lutter contre ces inégalités territoriales de prise en charge. Par ailleurs, l'engorgement des structures explique également ces difficultés.

I.3.2. Des difficultés d'accès : l'engorgement des structures

D'après les constatations de la mission d'information, l'engorgement des structures de prise en charge des soins psychiatriques pour les jeunes s'explique, tout d'abord, par l'augmentation du nombre de sollicitations de prise en charge²². Les demandes de consultation des parents mais aussi des partenaires publics (école, ASE, PJJ) et les appels à intervenir dans d'autres structures sont de plus en plus nombreux. La hausse des demandes d'écoute, de diagnostic et d'orientation ou de psychiatisation (Bronsard, 2017) témoigne d'un besoin accru de prise en compte de ce qui apparaît comme un trouble. Pour autant, les professionnels ne parviennent pas toujours à répondre à ces besoins, relève la mission.

En effet, si les besoins s'accroissent, le nombre de structures contribuant à la prise en charge psychiatrique des enfants et adolescents et leurs effectifs, eux, n'augmentent que très peu. C'est davantage « *le nombre d'actes réalisés dans l'ensemble de ces structures qui, sous la pression des demandes parentales, a augmenté* », selon le rapport Moro-Brison²³. Dans ce contexte, la DGOS, auditionnée le mercredi 1^{er} février 2017, constate que la hausse de l'activité « *est*

²² Selon les chiffres communiqués à la mission d'information, « *La file active de mineurs jusqu'à l'âge de quinze ans vue au moins une fois dans l'année dans les intersecteurs de pédopsychiatrie a connu une hausse de plus de 80 % entre 1991 et 2003. Cette augmentation s'est poursuivie entre 2007 et 2014, à hauteur de 22 %, avant de s'atténuer dans la période récente* ».

²³ Mme Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service à l'université Paris Descartes, et M. Jean-Louis Brison, inspecteur d'académie - inspecteur pédagogique régional, auteurs du rapport « *Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes* » remis au Président de la République en novembre 2016.

difficile à absorber pour les établissements, de sorte que les délais d'attente sont devenus trop longs pour les familles, les enfants et les professionnels » :

Ce problème de délais d'attente est largement visible dans les CMP et les CMPP²⁴. Dans certains départements, le délai d'attente pour une première consultation s'élève à plus d'un an. « Dans 42 % des cas un délai d'attente d'une semaine à un mois s'écoulait avant une première consultation avec un médecin en CMP, dans 14 % des cas ce délai était de plus de 3 mois »²⁵, relève la mission d'information qui s'appuie sur la dernière étude sur les délais d'attente remontant à 2008²⁶. Lors de son évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 en avril 2016, les retards de prise en charge ont fait l'objet d'une critique majeure par le HCSP, particulièrement dans un domaine où la précocité de la prise en charge est déterminante.

Ainsi, le rapport d'information fait au nom de la mission d'information « *situation de la psychiatrie des mineurs* » en France, nous fait le constat d'une grande difficulté d'accès aux soins psychiatriques des mineurs en France. Les inégalités de prise en charge augmentent, causées par une offre inadaptée, insuffisante et répartie de manière hétérogène sur l'ensemble du territoire, tandis qu'un grand nombre de familles connaissent des difficultés financières d'accès aux soins. Par ailleurs, l'inadaptation de l'offre et son insuffisance sont accentuées par la hausse des demandes de prise en charge psychiatrique, qui crée des délais d'attente devenus beaucoup trop longs. Si nous avons fondé notre étude sur cette enquête, cela ne signifie pas que le secteur de la psychiatrie infantile est le seul à faire face à de tels obstacles. En effet, l'ensemble des problématiques que nous avons soulevées se retrouvent dans d'autres disciplines. Par exemple, dans le champ du handicap. Une étude de 2017 menée par Sophie Bourgarel, chargée d'études au Centre interrégional d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) Paca et Corse, Amélie Etchegaray, doctorante à la CREAI Paca et Corse, et Hubert Mazurek, directeur de recherche au Laboratoire Population Environnement Développement (LPED) Marseille met l'accent sur les difficultés d'accès aux services de soins pour jeunes handicapés, en particulier les SESSAD,

Ainsi, le bon état de santé général des jeunes cache des inégalités territoriales et sociales marquées. De plus, les structures assurant la prise en charge de leur santé sont, de manière

²⁴ Les CMP et CMPP sont les structures d'entrée dans le parcours psychiatrique.

²⁵ Les chiffres présentés ici sont issus des données « RAPSY 2008 », exploitées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

²⁶ Il semble que, malgré l'absence de données plus récentes, le délai d'attente ait encore augmenté au cours des dernières années.

générale, peu accessibles en raison de leur engorgement. En 2019, relève la Cour des comptes (2022), les dépenses publiques pour la prévention et les soins des enfants ne représentaient que 4,5 % des dépenses nationales d'assurance maladie (soit 8,9 milliards d'euros). Pourtant, les jeunes sont une population fragile qu'il faut protéger. Nous allons justement nous intéresser à ce public et ses problématiques de santé.

Titre III : Les jeunes, une population à protéger

Au sein de la société, différents individus et groupes d'individus sont considérés comme plus vulnérables. Accorder une attention particulière à ces derniers est nécessaire pour envisager la santé comme un droit de l'homme (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2008). Chez les jeunes, « *les comportements qui s'installent à cette période et les environnements physiques et sociaux, dans lesquels ils se développent, conditionnent nettement leur avenir en matière de santé* » (SPF, 2019). Comme nous l'avons vu dans notre étude des déterminants de santé, si les inégalités territoriales et sociales de santé dès le plus jeune âge ont des répercussions tout au long de la vie, les comportements préoccupants dits à risque, installés depuis l'enfance ou s'installant à l'adolescence, conditionnent largement leur avenir en matière de santé. Nous allons donc détailler les principales problématiques de santé rencontrées par les jeunes de manière générale, avant d'étudier celles spécifiques aux jeunes du Nord.

I. Les problématiques de santé des jeunes

Les problématiques de santé chez les jeunes sont nombreuses. Nous allons nous pencher sur certaines d'entre elles : la malnutrition et l'inactivité physique, la violence, la santé sexuelle, la santé mentale, les consommations à risque (tabac, alcool, drogues illicites). Nous avons choisi ces problématiques qui sont davantage propres au public adolescent, correspondant à la majorité du public pris en charge à la PJJ.

I.1. La malnutrition et l'inactivité physique, facteurs de risque d'obésité

En France, les jeunes sont particulièrement touchés par la malnutrition et l'inactivité physique, facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète de type 2 ou encore l'obésité²⁷ (HAS, 2022). En effet, en France, nombre de jeunes sont en situation de surpoids ou d'obésité. Chez les enfants à partir de l'âge de 6 ans, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste importante (respectivement 17 % et 4 %)²⁸. Elle augmente chez les adolescents, particulièrement chez les filles (respectivement 20 % et

²⁷ Nous parlons d'obésité de l'enfant à partir d'un niveau de surpoids défini selon l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC)

²⁸ Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(13):234-41 http://invs.santepublique.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html

5,4 %) ²⁹. Chez les 18-24 ans, la part de personnes en situation d'obésité est de 9,2 %, ayant augmenté de 3,6 points en 8 ans, pour cette tranche d'âge (Ligue contre l'obésité, 2021).

L'obésité chez le jeune entraîne de nombreux risques : difficultés respiratoires, hypertension artérielle, obésité et handicap à l'âge adulte, décès prématuré... ³⁰. Outre ces complications d'ordre médical bien connues, les études nous montrent que ces jeunes sont généralement moins épanouis, avec une moins bonne image de leur corps. Ils font plus souvent l'objet de moqueries, de harcèlements, de stigmatisations, d'agressions. Cela peut entraîner des répercussions sur les résultats scolaires notamment ³¹.

L'obésité s'explique principalement par une augmentation des apports alimentaires et une diminution des dépenses d'énergie (Assurance maladie, 2022). À l'adolescence, les troubles de conduites alimentaires comme la boulimie sont très fréquents (HAS, 2019). Aussi, les jeunes font peu d'activité physique, phénomène qui s'observe encore davantage chez les filles. Ainsi, en France, déclarent pratiquer un sport 81 % des garçons et seulement 67 % des filles (SPF, 2020). Ce phénomène s'explique notamment par la sédentarisation des jeux et activités (télévision, smartphone, ordinateur...) (Assurance maladie, 2022 ; Anses, 2017).

I.2. La violence

D'après l'OMS (2022), la violence interpersonnelle est la quatrième cause mondiale de décès chez les adolescents et les jeunes adultes. Les violences peuvent-être de différentes natures. Nous nous intéresserons ici au harcèlement, aux violences physiques et aux violences sexuelles.

I.2.1. Le harcèlement

En primaire, au collège ou au lycée, le harcèlement scolaire touche de nombreux élèves, plus ou moins sévèrement. À côté du harcèlement scolaire, le cyberharcèlement continue de croître chez les jeunes avec l'essor d'internet et ses réseaux sociaux.

²⁹ DREES, Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique, mais plus souvent en surcharge pondérale. Études et Résultats 2019 n° 1122 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1122.pdf>

³⁰ Note préc.

³¹ Brassard H. Les retombées de l'obésité sur l'estime de soi, l'image corporelle et la vie sociale des adolescentes [Mémoire : Maîtrise en travail social]. Chicoutimi : Université du Québec, 2017.

1. Le harcèlement scolaire

D'après les enquêtes, parmi les élèves scolarisés en CE2, CM1 et CM2 en France, plus d'un sur dix est victime de harcèlement scolaire, 3 % d'entre eux souffrant d'un harcèlement jugé sévère. Au collège, 10 % des élèves sont touchés, dont 7 % d'une forme grave. Au lycée, le harcèlement est plus faible, mais ne disparaît pas : il concerne 4 % des lycéens. Ce sont, au total, 700 000 élèves harcelés chaque année, relève Pierry dans son article publié dans l'Observatoire de la santé en 2020.

Le harcèlement scolaire se traduit généralement par des violences physiques, psychologiques, des menaces, des intimidations, aux conséquences parfois très lourdes : échec scolaire, traumatismes et même suicide. Il trouve bien souvent son origine dans « une "différence" perçue chez un élève : handicap, intelligence jugée supérieure, aspect physique... », affirme Pierry (2020). Par ailleurs, les harceleurs sont généralement des jeunes souffrant eux-mêmes d'anxiété, de troubles de l'attention ou de troubles oppositionnels avec provocation, poursuit l'auteur.

2. Le cyberharcèlement

Une étude réalisée par e-Enfance³² et la Caisse d'épargne sur le cyberharcèlement des jeunes en 2021³³ révèle que 20 % des jeunes de 8 à 18 ans ont déjà été victimes de cyberharcèlement. Dans la majorité des cas, les filles sont les plus touchées (51 %), de 13 ans en moyenne. Assez logiquement, les enfants harcelés sont ceux passant le plus de temps sur internet, les plus équipés et inscrits sur plusieurs réseaux sociaux ou sites de jeux en réseau. À ce titre, en France, nous notons que 63 % des jeunes entre 8 et 18 ans sont inscrits sur les réseaux sociaux. En moyenne, ils reçoivent leur premier appareil numérique à 10 ans (e-Enfance, 2021).

I.2.2. Les violences physiques et sexuelles

Les jeunes sont plus exposés aux violences et aux vols violents que les enfants et les adultes. En 2015, l'Insee (2016) avance que 3,3 % des 10-25 ans ont dénoncé être victimes de violence, avec la répartition suivante : 64 % de vols sans violence, 21 % de violences physiques, 11 % de vols avec violences et 4 % de violences sexuelles.

³² E-Enfance est une association de protection de l'enfance sur internet. Elle a notamment pour objectif de renforcer le soutien opérationnel aux familles touchées par des problématiques de cyberharcèlement de leurs enfants.

³³ Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mécénat entre e-Enfance/3018 et la Caisse d'épargne. Elle a été conduite entre le 15 avril et le 2 mai 2021, auprès d'un échantillon de 1 204 binômes parent/enfant. Soit, au total, 2 408 personnes interrogées.

1. La violence physique

La violence physique chez les jeunes recouvre les actes violents, tels les coups et blessures, qui peuvent conduire à l'homicide. Au niveau mondial, l'homicide est la quatrième cause de décès chez les individus de 10 à 29 ans. Cette violence a alors des répercussions graves, impactant le fonctionnement tant psychique, que psychologique ou social de l'individu. La plupart des individus, tant acteurs que victimes, sont des hommes (83 %) selon l'OMS (2020).

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) (2018) avance que « *les conduites violentes des adolescents sont influencées par des facteurs développementaux (passage de l'enfance à l'âge adulte, nouveau statut familial et relationnel qui procure plus de liberté et d'autonomie), par des facteurs environnementaux (changement de milieu de vie, stéréotypes sociaux auxquels le jeune désire se conformer, comportements rigides de l'entourage) ou encore par des facteurs émanant de l'adolescent lui-même (remaniement des pulsions et des défenses, peur de la passivité renvoyant aux soumissions de l'enfance et conduisant à l'action pour la nier)* ».

2. La violence sexuelle

Les chiffres qui vont suivre sont issus du Rapport « *Insécurité et délinquance 2020 : bilan statistique* » réalisé par Interstats et publié par le Ministère de l'intérieur. Les viols sont fréquents dans la petite enfance (environ une fille violée pour 1 000 entre 5 et 9 ans). Mais ils sont encore plus fréquents à l'adolescence, pour les filles entre 15 et 17 ans (3,3 victimes de viols enregistrées pour 1 000 filles), puis cette prévalence décroît nettement jusque 24 ans. Les garçons, eux, sont le plus souvent victimes de viols dans la petite enfance, généralement entre 5 et 9 ans (Annexe 7). S'agissant des agressions sexuelles, les filles y sont le plus exposées entre 10 et 19 ans. La proportion de femmes victimes décroît ensuite rapidement avec l'âge. Les agressions sexuelles touchent également les garçons, surtout entre 2 et 14 ans (Annexe 8). Les victimes de violences sexuelles, viols et agressions sexuelles confondus, sont essentiellement de nationalité française (93 %). Parmi ces dernières, 56 % sont des victimes mineures. Pour les victimes de nationalité étrangère, 21 % sont mineures en 2020.

Quant au profil des agresseurs, ils sont quasiment tous de sexe masculin (97 %). Ces auteurs présumés se répartissent dans pratiquement toutes les tranches d'âges, depuis les très jeunes jusqu'aux plus âgés. Près de neuf auteurs présumés sur dix (86 %) sont de nationalité française. Parmi les auteurs présumés de nationalité française enregistrés pour des faits de violences sexuelles (agressions sexuelles et viols), 29 % sont des mineurs en 2020 (Annexe 9).

Ces violences sexuelles augmentent également les risques de traumatismes, de contracter des IST, de problèmes de santé mentale, de difficultés scolaires et d'abandons scolaires, de grossesses précoces... (OMS, 2022).

I.3. La santé sexuelle

Selon la définition de l'OMS adoptée de 2002, la santé sexuelle est « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés [...]* » (Ministère de la santé et de la prévention, 2022). Elle est donc un vaste ensemble, touchant à la fois sexualité et santé reproductive. Chez les jeunes, la santé sexuelle recouvre de nombreux domaines, dont deux auxquels nous allons plus particulièrement nous intéresser : les IST et les grossesses.

I.3.1. Les IST

Les adolescents sont particulièrement vulnérables aux IST, notamment au VIH et au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), selon le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2008). Dans de nombreuses régions du monde, les nouvelles infections par le VIH sont largement concentrées chez les jeunes³⁴. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 dans ses chiffres clés rapporte qu'en 2013, les jeunes âgés de moins de 25 ans représentaient 13 % des découvertes de séropositivité (SPF, 2022). Si les adolescents de 13-17 ans ne représentent que 1 % des sérologies positives, la proportion est de 11 % chez les 18-24 ans (Conseil national du SIDA et des hépatites virales, 2022). La contamination la plus souvent en cause reste la voie sexuelle : chez les individus de sexe masculin (69 %) avoir des relations sexuelles homosexuelles augmente ce risque, chez les filles (30 %) des antécédents d'abus sexuels. La question de la prostitution et de la consommation de toxiques au travers des échanges de seringues se pose aussi. Classiquement, évoluer dans un environnement familial instable, dans un contexte de violences et de déficiences parentales majore le risque d'IST dont le VIH (Morlat, 2018).

³⁴ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et OMS, AIDS epidemic, December 2006, p. 9.

I.3.2. Les grossesses précoces et/ou non désirées

Les adolescentes sont plus à risque de présenter des grossesses précoces (nous considérerons ici les grossesses ayant lieu avant l'âge de 20 ans, selon Amsellem-Mainguy [2016]) ou des grossesses non désirées (Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, 2008). Bien que le nombre de grossesses précoces soit moins élevé en France comparativement aux chiffres mondiaux (Insee, 2019), cela reste une préoccupation majeure au vu de l'incidence que cela peut avoir sur la vie, et des jeunes filles, et des nouveau-nés (Plan International, 2018). Effectivement, si nous observons une prévalence de 20 % au niveau mondial de grossesses chez les femmes de moins de 18 ans, nous ne comptons en 2018 que 2 % de nouveau-nés ayant une mère âgée de moins de 20 ans en France, relève Papon, commentant l'enquête publiée par l'Insee en 2019 sur les nouveau-nés en France en 2018. Toutefois, il existe des différences au niveau du territoire, la part de grossesses précoces montant à 2,25 % dans le Nord de la France. Elle est supérieure à la moyenne nationale (Insee, 2019).

Ces grossesses précoces sont le fruit de causes multiples : manque d'information et d'éducation sexuelle, manque de connaissance et d'accès à la contraception, vulnérabilité sociale, abus sexuels non protégés... Ces grossesses sont donc bien souvent non désirées, car non protégées ou mal protégées, voir non consenties (Amsellem-Mainguy, 2016).

Toutes les jeunes filles n'en parlent pas, par honte, par crainte, et mènent leur grossesse à terme. D'autres pratiqueront des IVG à hauteur d'un taux de recours de 5,7 pour 1000 et de 16,7 pour 1000, en 2019, respectivement chez les 15-17 et chez les 18-19 (DREES, 2021). Cependant, nous ne pouvons ignorer que nombre de ces grossesses précoces peuvent être désirées : toutes ne découlent pas d'un échec contraceptif ou d'une agression³⁵.

I.4. La santé mentale

L'adolescence, période de transition, entraîne des remaniements psychiques : l'équilibre trouvé dans l'enfance se fragilise et invite le jeune à repenser son rapport au corps, à construire son autonomie, à se socialiser (HAS, 2014). Ce chamboulement nécessaire ouvre la porte à des problématiques de santé mentale, liées à un manque de confiance en soi, une recherche identitaire, une socialisation par les pairs... Ainsi, troubles anxiodépressifs et risques

³⁵ Propos tenus par Bajos et al. en 2004, cités par Amsellem-Mainguy dans son article de revue « Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes » publié en 2011.

suicidaires apparaissent. La santé mentale peut aussi être impactée par des événements extérieurs.

I.4.1. La dépression

Selon la HAS (2014), 8 % des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient d'une dépression. D'après une enquête réalisée en 2003³⁶, 9,6 % des adolescents interrogés ont déclaré des symptômes compatibles avec au moins un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (SPF, 2019). Être de sexe féminin, avoir un âge supérieur ou égal à 16 ans, vivre avec sa mère seule ou avec sa mère et le conjoint de cette dernière étaient les trois facteurs associés à une probabilité plus importante de dépression selon l'enquête.

Les adolescents qui rencontrent des difficultés psychiques ont, contrairement aux adultes, moins recours aux soins. En outre, chez l'adolescent, les symptômes de la dépression ne s'expriment pas aussi clairement que chez l'adulte. Ainsi la dépression n'est pas toujours repérée, notamment parce qu'elle est souvent confondue avec la crise d'adolescence. Toutefois, un tel trouble non pris en charge à l'adolescence augmente significativement la probabilité d'un trouble dépressif et de personnalité à l'âge adulte (HAS, 2014). De même, nous allons voir que la dépression s'associe à une augmentation du risque suicidaire.

I.4.2. Le suicide

En 2017, d'après les résultats de l'enquête Escapad, « *près de 3 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation, et plus d'un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête* » (SPF, 2021). Les tentatives de suicide sont, d'après cette même enquête, encore plus fréquentes chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

Par ailleurs, les conduites suicidaires sont fortement associées à un état dépressif. D'après la HAS (2014), un tiers des adolescents souffrant de dépression ferait une tentative de suicide. Toutefois, ce lien n'est pas exclusif. D'autres variables sont également associées aux conduites suicidaires : les conflits familiaux, amicaux ainsi que les événements négatifs de la vie (HAS, 2014). Par ailleurs, le décrochage scolaire et les consommations de substances psychoactives

³⁶ Estimation en France de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en classe de troisième, réalisée au cours d'une enquête conduite en 2003-2004. L'échantillon national comprenait 7 110 élèves âgés de 15,1 ans en moyenne (Chan Chee C, Guignon N, Delmas MC, Herbet JB, Gonzalez L Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2012, vol. 60, n°. 1, p. 31-9)

ont un lien fort avec les tentatives de suicide (SPF, 2021). Les adolescents ne possédant pas de bons réseaux de soutien avec qui partager leurs émotions sont nécessairement plus vulnérables lorsqu'ils rencontrent des changements émotifs (Cannard, 2019).

I.4.3. Le stress post-traumatique

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble qui se développe lorsqu'un individu a été acteur, victime ou témoin d'un événement extrêmement traumatisant, entraînant une menace de mort imminente, de blessure grave, une atteinte de l'intégrité physique ou mentale (Crocq et al, 2015). La HAS (2020), dans son rapport d'évaluation du SSPT, avance qu'au moins deux tiers des enfants et adolescents ont vécu un événement traumatique et qu'un sur trois a vécu ces événements de manière répétée. Aussi, au moins 20 % d'entre eux développeraient un SSPT. Nous avons montré que les adolescents étaient plus à risque de subir des violences, ils sont donc particulièrement à risque de développer un SSPT. Or, la HAS (2020) ajoute que « *Les études montrent que le traumatisme psychologique vient toucher en profondeur l'élan développemental de l'enfant ou de l'adolescent et interfère non seulement avec son développement psychoaffectif, cognitif, identitaire et la construction de son estime personnelle, mais aussi avec les processus d'apprentissage* ».

I.5. Les consommations à risque

Responsable de plus de 75 000 décès par an, le tabagisme est encore d'usage courant en France (SPF, 2022), en particulier chez les jeunes. À côté du tabac, les consommations d'alcool et de drogues sont également largement répandues chez les jeunes, notamment durant l'adolescence.

I.5.1. Le tabac

Les fumeurs commencent majoritairement à fumer à l'adolescence, vers 13-14 ans. Ils deviennent rapidement dépendants bien avant l'âge adulte : lorsque trois enfants expérimentent le tabac, deux sur trois au moins seront consommateurs de tabac une partie de leur vie relève l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) (2018). Selon la dernière enquête Escapad de 2017, plus d'un quart des jeunes de 17 ans sont des fumeurs quotidiens et près de six jeunes sur dix ont déjà essayé de fumer en France. Ce niveau reste particulièrement élevé par rapport à d'autres pays (OFDT, 2018). Par ailleurs, à la fin de l'adolescence, la baisse du tabagisme cache des différences marquées selon le profil scolaire ou professionnel des jeunes. En effet, les jeunes étudiants au lycée ou en études supérieures ont

une consommation de tabac nettement inférieure aux jeunes en apprentissage et sortis du système scolaire (Chyderiotis et al., 2020).

I.5.2. L'alcool

L'alcool est la première substance psychoactive expérimentée à l'adolescence (OFDT, 2022). En 2018, moins d'un collégien sur dix signale avoir été en état d'ivresse alcoolique (9,3 %). Cette proportion s'élève, en 2021, à 16,4 % chez les élèves en classe de troisième³⁷. *« Si les années au collège constituent une période d'expérimentation et de diffusion des usages licites, le lycée est un moment d'installation et d'intensification des pratiques : en 2018, 41,5 % des lycéens ont déclaré une alcoolisation ponctuelle importante (API)³⁸ »*³⁹. Le milieu social et le genre expliquent également les consommations différenciées d'alcool (OFDT, 2022).

La plupart des consommations d'alcool ont lieu le week-end, avec des amis. Elles sont favorisées par la recherche de sensations fortes, la pression sociale, le souhait de s'intégrer dans un groupe, ou encore la lutte contre un mal-être par rapport à l'école, à la famille ou aux amis (Assurance maladie, 2022).

Néanmoins, la consommation excessive ou régulière d'alcool représente un risque réel pour la santé : maladies, dépendance, addiction... relève SPF (2019). Ce risque est encore plus important chez les jeunes, le cerveau de l'adolescent étant plus vulnérable aux substances psychoactives que le cerveau de l'adulte, relève la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) (2022). En plus d'un impact à long terme sur la santé, l'alcool engendre des comportements dangereux : *« En modifiant la perception de l'environnement et des sensations, l'alcool a des effets désinhibants ou excitants qui peuvent conduire à des situations dangereuses, ou à diminuer la vigilance et les réflexes »* par exemple les conduites en état d'ivresse, les comas éthyliques, les violences ou encore les rapports sexuels non consentis ou non protégés (Assurance maladie, 2022).

³⁷ Spilka S., Philippon A., Le Nézet O., Janssen E., Eroukmanoff V., Godeau E. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3e en 2021. Tendances, OFDT, 2022, n° 148, 4 p.

³⁸ Consiste à boire au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion dans le mois précédant l'enquête.

³⁹ Spilka S., Godeau E., Le Nézet O., Ehlinger V., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Chyderiotis S. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. Tendances, OFDT, 2019, n° 132, 4 p.

I.5.3. Les drogues

Parmi les pays européens, la France est l'un des pays dans lequel le nombre de consommateurs de cannabis, âgés entre 15 et 34 ans, est le plus élevé (OFDT, 2021). Les usages de cannabis sont majoritairement le fait des plus jeunes. D'après les enquêtes, à l'âge de 17 ans, plus de 40 % des adolescents en avaient déjà consommé, en 2017. L'usage dans l'année diminue ensuite progressivement avec l'âge (OFDT, 2020).

L'impact de l'usage de drogues sur la santé est un véritable fléau. D'une part, il augmente les risques de maladie, d'accident et de décès prématuré. D'autre part, il expose davantage ses consommateurs aux risques sanitaires ou sociaux. Par exemple, des infections, des surdoses, des troubles psychiques ou encore la précarité et l'exclusion. De même, la polyconsommation est fréquente chez les usagers de drogues illicites autres que le cannabis, augmentant les risques pour la santé (SPF, 2022). Les conséquences de l'usage de drogues sont encore plus inquiétantes chez l'adolescent. À cet âge, la consommation de substances neurotoxiques interfère avec les étapes de la maturation cérébrale (Siffert, 2020). « *Cela se traduit par une modification des capacités de gestion du plaisir et de la souffrance, de planification de l'action, de la motivation, de l'impulsivité...* » (Chambers et al. 2003 ; Holzer et al. 2011). Ainsi, commencer l'usage de telles substances psychoactives dans la jeunesse crée un risque plus important de développer un trouble de l'usage des substances. Par ailleurs, selon le Traité d'addictologie (2016), « *les comportements s'installant dans la jeunesse se constituent plus facilement en mode de vie et en habitudes qui seront difficiles à modifier à l'âge adulte* » (Siffert, 2020).

II. Les problématiques de santé des jeunes dans le Nord

Le PRS des Hauts-de-France 2018-2028 a comme enjeu prioritaire la santé des jeunes. Effectivement, « *Un accent particulier est notamment mis sur la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, à travers la mise en œuvre de parcours de santé visant à favoriser dès le plus jeune âge l'éducation en santé, la prise en charge précoce et adaptée des pathologies et la prévention des risques spécifiques à l'enfance.* ». La région des Hauts-de-France est la région qui concentre le plus de jeunes en France, aussi est-il logique de considérer cette population (Insee, 2019). Nous allons donc, pour les problématiques précédemment évoquées, faire le point sur la réalité des jeunes du Nord, au travers du tableau 1 suivant. Nous serons étonnés par le manque de baromètre de santé des jeunes, de manière générale, et des jeunes de la région Nord, ceux que nous trouverons datant de 1998, bien que nous n'ayons pas l'audace

de croire notre recherche exhaustive. Aussi, les données proposées ci-dessous pourront proposer une vision globale de l'état de santé de la région Nord, lorsque les données concernant les jeunes ne seront pas trouvables.

Variabiles	Données
Obésité	La région Nord est la région la plus touchée par l'obésité de France, adulte et enfants confondus, avec un taux de 25,6 % (Inserm, 2016)
Violence physique	La région Nord est la région où est répertorié le taux de coups et blessures volontaires le plus élevé (Insee, 2022).
Violence sexuelle	La région des Hauts-de-France est la région où les crimes et délits à caractères sexuels sont les plus fréquemment enregistrés (Ministère de l'Intérieur, 2016)
Grossesse précoce	Le taux de grossesse précoce dans le Nord est supérieur à la moyenne nationale (2,5 vs 2,0) selon Papon (2019).
Dépression	Le recours aux urgences du Nord pour troubles psychologiques de l'enfant, augmente depuis le début de l'année 2021 et atteste d'une dégradation de la santé mentale des adolescents (Santé publique, 2021).
Suicide	La région Nord enregistre un risque suicidaire supérieur à 30 % par rapport à la moyenne nationale. Le recours aux urgences pour geste suicidaire, chez les 11-17 ans, est en augmentation (Santé publique, 2021).
Tabac	La région Nord observe une prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans plus faible que la moyenne nationale, mais la prévalence du tabagisme intensive la plus élevée (Santé publique, 2019).
Consommation	Les jeunes du Nord consommeraient moins de toxiques (Santé publique, 2019).

Tableau 1 : Données en fonction de l'état de santé de la région nord

Nous avons montré que les jeunes sont une population particulièrement vulnérable, avec des problématiques spécifiques. Nous notons des taux plus élevés d'obésité, de violence, de dépression et de suicide dans la région Nord, justifiant de nous intéresser à cette population. Aussi, nous allons centrer notre chapitre suivant sur les mineurs sous-main de justice de cette région.

Conclusion du chapitre I

Dans ce chapitre consacré à la prise en charge de la santé des jeunes en France, nous nous sommes dans un titre I attachés à définir la notion de santé. Nous avons pu voir que si la définition communément admise est celle donnée par l’OMS, plusieurs auteurs la complètent. Au final, la santé est un concept très large qui inclut à la fois bien-être et adaptation à l’environnement et qui est influencé par de nombreux déterminants, l’étude des différents modèles explicatifs des déterminants de la santé nous ayant permis de comprendre cette relation. Par ailleurs, nous avons pu voir que s’intéresser à l’état de santé, c’est s’intéresser à celui de la population, mais avant tout à celui de l’individu en tant que tel.

Ensuite, dans le cadre de notre titre II, nous nous sommes intéressés aux textes internationaux, européens et nationaux prônant un droit à la santé, ou plus exactement un droit à la protection de la santé et les critiques qui en découlent. À ce titre, nous avons pu voir qu’une législation spécifique s’applique au patient mineur. Nous nous sommes alors logiquement intéressés à l’effectivité de ce droit à la protection de la santé. Le pilotage et l’organisation du système de santé sont tels qu’ils permettent aux Français d’accéder à une prise en charge et à des soins de qualité.

Toutefois, nous avons vu que ce propos est à nuancer : les inégalités territoriales et sociales ainsi que l’engorgement des structures médico-sociales limitent largement son efficacité.

Enfin, dans un titre III, nous avons vu que les jeunes représentent une population particulièrement vulnérable, exposée à des problématiques de santé bien ciblées, certaines d’entre elles sont prédominantes dans le Nord.

Chapitre II : Les mineurs sous-main de justice de la Direction territoriale du Nord

« Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et parmi eux, ceux qui ont trait au sort de l'enfance traduite en justice. La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce peut en faire des êtres sains » (Extrait de l'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 février 1945).

Le droit initial de l'enfance délinquante doit s'entendre comme celui découlant de l'Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Adoptée à la fin de la Seconde Guerre mondiale, elle fera l'objet de réformes, la principale étant celle du 31 septembre 2021 avec l'entrée en vigueur du CJPM. Les principes fondateurs de 1945 y seront réaffirmés, notamment le primat de l'éducatif sur le répressif, mais la procédure pénale, elle, sera repensée, se voulant plus lisible, plus cohérente et plus réactive.

La PJJ naît de la transformation de la direction de l'éducation surveillée, rattachée initialement à l'administration pénitentiaire. Le gouvernement, au travers du décret n° 90-166 du 21 février 1990 modifiant le décret n° 64-754 du 25 juillet 1964 relatif à l'organisation du ministère de la Justice, vient autonomiser l'organisme, renforçant le principe de la primauté de l'éducatif sur le répressif, et le transforme en PJJ. La PJJ est donc l'organisme ministériel en charge du suivi des mineurs délinquants : le premier titre de notre chapitre s'attellera donc à présenter cette administration au travers de ses missions, de son organisation et de ses types de prises en charge.

Les mineurs sous-main de justice sont des mineurs dits « *délinquants* », soit celui qui commet une infraction, un délit ou un crime. Cependant, un mineur délinquant peut aussi être un mineur en danger, selon l'article 375 du Code civil « *sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou lorsque ses conditions d'éducation ou de développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. Ce danger résulte de carences dans l'exercice de l'autorité parentale. L'enfant peut être victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* ». Le titre II visera à brosser le portrait des jeunes suivis à la PJJ de la DT Nord, notamment les problématiques de santé propres à ces derniers.

Titre I : La PJJ, un organisme ministériel

Au sein de ce premier titre, nous allons tout d'abord définir les missions de la PJJ. Nous décrirons ensuite sa structure hiérarchique et son implantation au cœur des territoires. Enfin, nous décrirons les mesures judiciaires pouvant être ordonnées par l'autorité judiciaire.

I. Les missions de la PJJ

La PJJ s'organise autour des champs civils et pénaux, elle a donc une double casquette. Les réformes du droit des mineurs légifèrent ce positionnement et affirment la primauté de l'éducatif sur le répressif, en considérant plus spécifiquement la victime (Pédron, 2022). Le décret n° 2021-682⁴⁰, qui vient abroger le précédent décret n° 2007-1573⁴¹, appuie ce vœu. En découlent les missions de la PJJ, définies par l'article D. 241-10⁴² du CJPM entré en vigueur le 30 septembre 2021.

Ces missions s'organisent autour de quatre axes, que nous allons développer : l'aide à la préparation des décisions de l'autorité judiciaire, la mise en œuvre des décisions de l'autorité judiciaire, l'accueil et l'information des mineurs et des familles dont les demandes sont susceptibles de relever de la justice des mineurs, et la participation aux politiques publiques.

I.1. L'aide à la préparation des décisions de l'autorité judiciaire

La première mission de la PJJ vise à soutenir l'autorité judiciaire (le juge des enfants (JDE), le juge d'instruction, le juge des libertés et des peines, le procureur) dans sa prise de décision. Les services sont amenés, et à communiquer des éléments d'information, voire des éléments d'analyse aux magistrats, et à faire des propositions éducatives. Pour se faire, deux types de mesures peuvent être ordonnées : le RRSE ou Recueil de renseignements sociaux éducatifs obligatoire et la MJIE ou mesure judiciaire d'investigation éducative (Ministère de la justice, 2021). Ces dernières considèrent notamment la situation du jeune, dans les champs sociaux, médicaux et psychologiques.

⁴⁰ Décret n° 2021-682 du 27 mai 2021 portant partie réglementaire du Code de la justice pénale des mineurs (Articles en R)

⁴¹ Décret n° 2007-1573 du 6 novembre 2007 relatif aux établissements et services du secteur public de la PJJ

⁴² Article D. 241-10 du titre V de la section 3 du livre II du CJPM, en date du 30 septembre 2021

I.1.1. Le recueil de renseignements sociaux éducatif

Le RRSE est un rapport éducatif obligatoire qui suit une trame nationale. Il peut être demandé à tous les stades de la procédure pénale et ne peut être réalisé que par le secteur public, notamment par le service éducatif auprès du tribunal (Art. L. 322-3 CJPM)

Le RRSE est donc un recueil d'information succinct qui permet de réaliser une synthèse de la situation du jeune, tant personnelle que familiale et sociale (Ministère de la Justice, 2021). Nous retrouvons donc les dimensions de la santé définies dans le chapitre I de ce travail de recherche. Des propositions éducatives individualisées sont alors faites aux magistrats, soit éducatives, soit en alternative à la détention, qui seront définies dans la partie suivante.

I.1.2. La mesure judiciaire d'investigation éducative

La MJIE⁴³ « *consiste en une évaluation approfondie et interdisciplinaire de la personnalité et de la situation du mineur, y compris, le cas échéant, sur le plan médical* » (Rullac, 2014). Cette mesure, a contrario du RRSE, peut être prononcée tant au civil qu'au pénal, toutefois seule la PJJ est habilitée à mener les MJIE pénales, alors que les MJIE civiles sont partagées entre le secteur public et le secteur associatif. Bien qu'elle n'ait pas une visée interventionniste, force est de constater qu'avoir des intervenants sociaux permet souvent à des situations complexes de se décanter (Rullac, 2014). La MJIE vient « *conditionner l'action du juge pour qui la PJJ est l'œil, l'oreille, mais aussi le conseil* », en offrant des informations approfondies sur le jeune et en considérant notamment sa santé au sens large (Rullac, 2014).

La MJIE pénale est celle qui nous intéresse plus particulièrement. Elle fait intervenir, selon le référentiel des pratiques éducatives (Ministère de la Justice, 2021) : éducateurs, psychologues, psychiatres, assistants sociaux ... Cette pluridisciplinarité met l'accent sur la compréhension de la personnalité et de l'histoire du jeune, de son fonctionnement familial. Elle tend aussi à mentaliser le passage à l'acte délictueux. La santé du jeune dans ses dimensions physiques (consommation de toxiques, besoin de bilan médical, demande de carte vitale, de mutuelle), psychologiques (entretiens et suivis psychologiques, orientation vers les centres médicaux sociaux) et sociales (insertion scolaire et professionnelle, ouverture sur l'extérieur) est l'un des axes majeurs d'investigation de la MJIE (Ministère de la Justice, 2021).

⁴³ Texte de référence de la MJIE - CJPM : Art. L.322, L.332-2, L.332-7, L.342-1 et Art. D.322-4 à D.322-10 – Cadre national pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger de l'HAS du 12 janvier 2021 – Note du 23 mars 2015 relative à la MJIE.

I.2. La mise en œuvre des décisions de l'autorité judiciaire

La seconde mission de la PJJ, toujours selon l'article D. 240-10 du CJPM, énonce que les « établissements et services de la PJJ mettent en œuvre les décisions de l'autorité judiciaire prises en application du présent code, des législations et réglementations relatives à l'assistance éducative ou à la protection judiciaire des majeurs jusqu'à l'âge de vingt-et-un ans ». L'autorité judiciaire peut prononcer des mesures, certaines sont transversales aux champs civils et pénaux, par exemple les aides éducatives en milieu ouvert (AEMO) ; d'autres sont propres aux champs pénaux, notamment les mesures éducatives judiciaires (MEJ), présentées plus en détail dans la suite de ce travail. Les équipes de la PJJ vont alors s'assurer, tant au sein du milieu ouvert que du milieu fermé, de la bonne application des décisions du magistrat en priorisant l'éducatif, l'insertion professionnelle et sociale et en promouvant la santé, selon les directives du plan « PJJ promotrice de santé » que nous abrégons PJJPS (Sultan, 2017).

I.3. L'accueil et l'information des mineurs et des familles

D'après l'article D. 241-10 du CJPM, « les établissements et services de la PJJ du ministère de la Justice sont chargés d'accueillir et d'informer les mineurs et les familles qui auraient des demandes susceptibles de relever de la justice des mineurs ».

I.4. La participation aux politiques publiques

La quatrième et dernière mission, définie par l'article D. 241-10 du CJPM, implique « La participation aux politiques publiques visant, et la coordination des actions de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse avec celles des collectivités publiques en vue d'assurer une meilleure prise en charge des mineurs délinquants ou en danger, l'organisation et la mise en œuvre d'actions de protection de l'enfance et de prévention de la délinquance. ». La note du 24 novembre 2017, relative aux modalités d'inscription de la PJJ au sein des politiques publiques, fait état de deux champs d'intervention.

Le premier axe de participation aux politiques publiques invite la PJJ à coordonner ses actions avec les collectivités publiques, notamment celles ayant un impact sur les actions sociosanitaires et éducatives. Les services travaillent donc avec les institutions judiciaires et administratives visant à garantir à tous les jeunes, une prise en charge qualitative. Le second axe vise la mise en place des plans d'action, par exemple auprès des mineurs non accompagnés (MNA) ou encore concernant la prévention et la lutte contre la radicalisation au travers d'une

mission nationale de veille et d'information (MNVI). Au niveau territorial, des actions locales en fonction des besoins observés peuvent être menées. Les principaux plans d'action sont néanmoins ceux : de la protection de l'enfance, de la prévention de la délinquance et de promotion globale de la santé. La santé des mineurs sous-main de justice, plus particulièrement, se pose comme une préoccupation majeure et un enjeu national, dans la continuité des travaux de modernisation du système de santé menés en 2016. Aussi, le Ministère de la santé et la PJJ se sont inscrits dans un projet de promotion globale de la santé en signant une charte de partenariat en santé publique 2022-2026 (Touzani 2019).

Les maîtres-mots de la PJJ sont donc : accompagner, protéger et éduquer (Ministère de la justice, 2022). Concrètement, la PJJ se fixe quatre objectifs, qui visent à favoriser la prise en charge complète des jeunes en difficulté. L'importance accordée à la santé des jeunes est liminaire, en atteste la place donnée aux mesures d'investigations et au plan d'action de promotion de la santé. Atteindre ces buts, demande une organisation structurelle implantée au cœur des territoires.

II. La structuration de la PJJ

La PJJ fait partie du Ministère de la justice, pour autant elle dispose d'une organisation hiérarchique qui lui est propre. Cette dernière met en avant la volonté d'une implantation au cœur des territoires, pour être au plus près des réalités locales.

II.1. Les comités de direction de la PJJ

Le décret n° 2013-977 du 30 octobre 2013 modifiant le décret n° 2007-1573 du 6 novembre 2007 relatif aux établissements et services du secteur public de la PJJ, JO du 3 novembre 2013, établit des échelons de pilotage. Le Ministère de la justice, en avril 2022, fait état de l'organisation suivante (Pédron, 2022) : au sommet se trouve la Direction de la PJJ (DPJJ), le territoire national est ensuite découpé en neuf directions interrégionales (DIR), elles-mêmes subdivisées en cinquante-cinq directions territoriales (DT). Le tableau 2, ci-dessous, reprend les missions de chaque comité.

Comité	Nb.	Missions
DPJJ	1	La DPJJ est l'administration centrale de la PJJ, elle est « <i>chargée, dans le cadre de la compétence du ministère de la Justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre</i> » selon le décret n° 2017-634 du 25 avril 2017. Elle développe donc les missions précédemment évoquées, notamment les politiques publiques.
DIR	9	Les DIR ont deux missions principales : animer et de contrôler le secteur public et le secteur privé ; faire appliquer les politiques nationales concertées par la DPJJ sur ses territoires. Pour ce faire, chaque DIR est dirigée par un directeur interrégional qui a autorité sur les directeurs territoriaux (Ministère de la Justice, 2012).
DT	54	Les DT vont mettre en œuvre la politique de prise en charge des mineurs délinquants et/ou en danger. Ils vont assurer, sur leur territoire respectif, la bonne gestion des moyens et du budget, ainsi qu'avoir une mission de contrôle des activités des services. Dirigées par des directeurs territoriaux, elles sont aux nombres de cinquante-quatre (Ministère de la Justice, 2012).

Tableau 1: Missions en fonction des comités de direction de la PJJ. Nb: Nombre de comités

II.2. Les établissements et services de la PJJ

Les établissements et services, ainsi que les professionnels qui y évoluent sur les territoires, tissent un réseau offrant différents types de prises de charge, permettant ainsi d'individualiser le parcours du jeune. Ils sont alors constitués de plusieurs structures, appelées unités, conformément au décret n° 2017-634 du 25 avril 2017⁴⁴.

Le Ministère de la justice, en 2022, fait état de 226 établissements et services publics et de 1061 établissements et services habilités. Effectivement, depuis la loi de 1901 concernant le secteur associatif, ce dernier est habilité à prendre en charge des mesures. Néanmoins, la PJJ conserve sa spécificité et sera la seule à pouvoir mener certaines mesures, telles que les MJIE pénales, ou le RRSE. Classiquement, bien qu'une transversalité existe entre les deux, milieu ouvert et milieu fermé sont distingués : le premier accompagne les jeunes dans leur milieu de vie habituel et le second dans le cadre du placement au pénal et de l'incarcération.

⁴⁴ Décret n° 2017-634 du 25 avril 2017 modifiant le décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la Justice et le décret n° 2016-1675 du 5 décembre 2016 portant création de l'inspection générale de la justice.

II.2.1. Le milieu ouvert

Jean-Pierre Jurmand (2007) définit le milieu ouvert ainsi : « *une forme d'action éducative pour des mineurs qui, sous protection judiciaire, sont maintenus dans leur milieu habituel de vie. Plus généralement, ce terme peut s'appliquer aux modes de prise en charge pratiquée en dehors des institutions, "hors les murs". Si l'on s'en tient aux mineurs pour lesquels s'exerce une mesure de justice en matière civile ou pénale, le milieu ouvert illustre de façon significative la dimension "protectionnelle" de la justice des mineurs en France, telle qu'elle s'est développée après la Seconde Guerre mondiale, avec ses vertus plus "civilisantes" que pénalisantes. Le milieu ouvert est synonyme d'ouverture, de souplesse, d'adaptation, et aussi de moindres coûts, et incarne l'idée d'une justice à dimension humaine, tournée vers l'individu et la personne* ». Cette citation met en avant le suivi dans le cadre de vie du mineur, insiste sur la vision protectionniste et les principes fondateurs de la PJJ. Effectivement, placement et détention répressive ne doivent se poser que comme dernier jalon du parcours du jeune.

Nous distinguerons quatre types de structures, regroupant plusieurs types d'établissements : les services éducatifs auprès du tribunal (SEAT), les services territoriaux éducatifs de milieu ouvert (STEMO), les services territoriaux éducatifs et d'insertion (STEI) et les services éducatifs en établissement pénitentiaire pour mineur (SE-EPM). Le tableau 3 ci-dessous récapitule les missions de chaque structure, les données ont été trouvées sur le site du gouvernement (Ministère de la Justice, 2017), reprenant la législation du décret n° 2017-634 du 25 avril 2017 précité.

Service	Unité	Missions
STEMO	UEMO : Unité éducative en milieu ouvert	Applique les mesures éducatives de milieu ouvert et réalise les MJIE
	UEAJ : Unité éducative d'activités de jour	Vise à la réinsertion du jeune par la proposition d'activités de jour
	UEQM : Unité éducative de quartier mineur	Suivi des jeunes incarcérés en détention - Création de projets durant la détention - Préparation de la sortie
	UEHD : Unité éducative d'hébergement diversifié	En absence d'EPE, les UEHD, classiquement de milieu fermé peuvent répondre au milieu ouvert
SE-EPM	Mission similaire au UEQM	
STEI	Un STEMO composé de plusieurs UEAJ est un STEI	
SEAT	Permanence éducative auprès du Tribunal qui réalise les RRSE	

Tableau 2: Missions en fonction des services de la PJJ de milieu ouvert

II.2.2. Le milieu fermé

Le milieu fermé s'appelle ainsi, car il met en œuvre les décisions de l'autorité judiciaire soustrayant le mineur de son lieu de vie habituel, au travers soit du placement pénal, soit au travers d'une mesure alternative à la détention (Ministère de la Justice, 2010). Le placement a pour visée première de réinscrire le jeune dans une vie en communauté, en insistant sur la reprise d'activités informelles (des soirées, des week-ends, des vacances pour réapprendre le vivre ensemble...) comme formelles (la réinsertion, l'obligation de suivis, la prise en charge de leur santé...) (Ministère de la Justice, 2010).

En fonction de la gravité des actes et de la fréquence de ces derniers (primo-délinquant ou récidiviste), le JDE aura le choix entre plusieurs types de structures, soit de placement, soit en alternative à la détention : les établissements de placement éducatif (EPE) qui englobent les unités éducatives d'hébergement collectif (UEHC), les unités éducatives d'hébergement diversifié (UEHD) et les centres éducatifs renforcés (CER) ; et les centres éducatifs fermés (CEF). Le tableau 4 ci-dessous récapitule les champs d'action de chaque service.

L'incarcération se pose comme dernière option du parcours délictuel du jeune et vient apporter une réponse plus répressive, voire punitive aux actes posés. Cependant, le mineur étant un sujet spécifique, l'éducatif reste au centre de la prise en charge. La détention est la dernière mesure pénale dont dispose le JDE, sollicitée dans des cas précis : effectivement, la PJJ souhaite favoriser l'éducatif sur le répressif. Lorsqu'elle s'avère nécessaire, elle se fait soit au sein d'un établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM), au nombre de six sur le territoire national, soit au sein d'un quartier pour mineurs, quartier spécifique au sein d'une maison d'arrêt.

Service	Unité	Missions
EPE	UEHC	10 à 12 mineurs délinquants de 13 à 18 ans en accueil d'urgence ou en accueil préparé
	UEHD	Hébergement individuel, hébergement en structure collective, en famille d'accueil, en suivi renforcé qui marquent un compromis entre le besoin d'accompagnement et l'acquisition nécessaire de l'autonomie
	CER	6 à 8 mineurs délinquants sur une durée maximale de 6 mois avec un encadrement éducatif renforcé et la proposition de séjours de rupture
CEF		12 mineurs délinquants au maximum sur une durée maximale de 6 mois avec un encadrement éducatif permanent – Fermeture juridique : le non-respect du placement et/ou des obligations peut conduire à la détention – Alternative à la détention.

Tableau 3: Missions en fonction des services de la PJJ de milieu fermé

II.2.3. Le secteur associatif habilité (SAH)

Le SAH vient renforcer l'offre de la PJJ, mais n'applique que certains types de décisions de l'autorité judiciaire, la PJJ conserve une spécificité. Les structures du SAH sont alors considérées, à l'exception des services éducatifs en établissement pénitentiaire, comme ayant le caractère d'établissements et de services sociaux ou médico-sociaux, conformément à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le Ministère de la justice (Vie publique, 2021), concernant l'année 2020, donne les chiffres de la répartition des structures et des mesures pénales entre secteurs publics et SAH à l'échelle nationale, présentés dans le tableau 5. Nous remarquons que le secteur public prend en charge plus de mesures : ces chiffres s'expliquent, en partie, par le fait que jusqu'en 2021, le SAH n'assurait que les réparations pénales, les autres mesures étant confiées à la PJJ.

Service	Nb. Unités/services	Nb. Mesures pénales
Secteur public	504	181 310
SAH	966	30 036
Total	1 470	217 346

Tableau 4: Répartition des unités/services et des mesures pénales suivis en 2020 entre la PJJ et le SAH

II.3. Les acteurs sur le terrain

Nous avons montré que les directeurs interrégionaux avaient autorité sur les directeurs territoriaux, ayant eux contrôle sur les directeurs de services, à la lumière du décret n° 2021-682 du 27 mai 2021 portant partie réglementaire du Code de la justice pénale des mineurs.

Les directeurs des services dirigent les structures du milieu ouvert (SEAT, STEM0 et STEI) et du milieu fermé (EPE, CEF et CER). Leur rôle est transversal. Chargés de la direction des établissements dont ils ont la charge, ils viennent aussi encadrer et animer les responsables des unités éducatives composant la structure. Ils veillent aussi à l'application des politiques publiques sur le terrain. Ainsi, ils se posent comme un rouage majeur, faisant le lien entre les équipes éducatives et les équipes de soins sur le terrain, et la DT. Les équipes sont alors dirigées par un responsable d'unité éducative (ENPJJ, 2022).

L'équipe éducative est alors constituée du corps des éducateurs, auquel peut s'ajouter, en fonction des structures : des moniteurs éducateurs, des éducateurs sportifs, techniques, des enseignants détachés de l'éducation nationale... Tous assurent le parcours du jeune. L'équipe

de soins, travaillant conjointement avec l'équipe éducative, est constituée d'un médecin psychiatre, d'un psychologue et d'un infirmier. Le but est alors de favoriser la prise en charge de la santé globale du jeune (ENPJJ, 2022).

La PJJ a fait le choix d'établir une structure hiérarchique en pyramide, dont le socle est formé par les unités de milieu ouvert et de milieu fermé et dont l'implantation se veut territoriale afin de répondre au mieux aux réalités locales. Les unités sont composées d'équipes éducatives et d'équipes de soins qui veillent à la bonne réalisation, par les mineurs en conflit avec la loi, des mesures de l'autorité judiciaire, mesures que nous allons développer.

III. Les mesures éducatives judiciaires

Nous rappelons que la seconde mission de la PJJ est l'application des décisions émises par l'autorité judiciaire, tant au niveau civil qu'au niveau pénal. Bien que nous centrons nos propos sur l'aspect pénal, il nous semblait important d'évoquer brièvement les mesures civiles, les mineurs sous-main de justice ayant souvent connu ce type de mesures dans leur enfance. Effectivement, en 2020, 1511 jeunes étaient à la fois suivis au civil et au pénal (DIR grand Nord, 2022). Les informations que nous présenterons sont issues du référentiel des pratiques éducatives de la PJJ, document édité par la DPJJ en 2021 et publié par le Ministère de la justice. Il reprend le cadre légal et le cadre d'application des mesures judiciaires.

III.1. Les mesures civiles

La PJJ est habilitée à prendre en charge l'enfance en danger. Le JDE peut, dans ce cadre, prononcer des mesures telles que des mesures d'AEMO, des mesures de Protection jeunes majeurs (PJM), des mesures de placement civil en MECS ou en foyer ASE. La PJJ n'exécutera cependant pas toutes ces mesures. Effectivement, le placement est sous la gouverne de l'ASE, de même que la plupart des AEMO. Les mesures civiles représentent alors 55 545 jeunes suivis par la PJJ, soit 47 % des mesures (DPJJ, 2021).

III.2. Les mesures pénales

La PJJ prend en charge les mineurs délinquants. Le mineur délinquant est celui qui, sans avoir atteint l'âge de 18 ans, commet ou tente de commettre une infraction. Il est à noter que les magistrats se doivent de respecter un principe fondamental, celui de l'autonomie de la justice pénale des mineurs, selon les lois de la République. D'une part, l'autonomie substantielle, soit

la primauté de l'éducatif sur le répressif, et l'atténuation de la responsabilité pénale, avec l'absence de discernement avant l'âge de 13 ans inscrit dans le CJPM en accord avec le droit international de l'enfant. D'autre part, l'autonomie procédurale, avec des juridictions spécialisées et des procédures adaptées.

Dans le cadre d'une infraction, le mineur sera jugé en cabinet par le JDE, également compétent dans le cadre de l'enfance en danger. Dans le cadre de délits ou de crimes, il sera jugé en tribunal pour enfant (TPE) ou en Cour d'assises des mineurs. Juger un mineur n'est pas similaire à juger un adulte. Une importance est attribuée à sa personnalité, son environnement, aux difficultés personnelles et familiales auxquelles il a pu être confronté et ses capacités à les surmonter. Un travail d'individualisation de la réponse pénale doit être fait, œuvrant dans un objectif de lutte contre la récidive. À ce titre, il existe un panel large de réponses judiciaires, dont les services de la PJJ sont tenus d'assurer l'exécution. Ces réponses doivent toujours être proportionnelles à la gravité des actes de délinquance commis, et adaptées à la personnalité du mineur. Aux termes de l'article L. 111-1 du CJPM, les mesures éducatives encourues par un enfant ou un adolescent à titre de sanction sont l'avertissement judiciaire et/ou la mesure éducative judiciaire (MEJ). Pour les contraventions de cinquième classe, les délits et les crimes, une mesure éducative peut être prononcée cumulativement avec une peine.

Il convient, tout d'abord, de présenter la MEJ et ses quatre modules, notamment le module santé. Nous évoquerons ensuite les mesures de probation, les peines ainsi que les aménagements de peine qui peuvent être prononcés à l'égard du jeune. Nous ne ferons qu'évoquer rapidement ces mesures, l'objectif étant simplement d'avoir une vision large de ce que recouvrent les décisions pénales dont les services de la PJJ ont à assurer le suivi et la mise en œuvre.

III.2.1. La MEJ ou Mesure éducative judiciaire

La MEJ, qui ne peut excéder cinq ans, vise selon l'article L. 112-1 du CJPM « *la protection du mineur, son assistance, son éducation, son insertion et son accès aux soins. Elle consiste en un accompagnement individualisé du mineur construit à partir d'une évaluation de sa situation personnelle, familiale, sanitaire et sociale* ». Les mots d'ordre de cette mesure sont l'adaptabilité avec les quatre modules que nous allons présenter, l'individuation et la continuité du parcours. La MEJ peut aussi poser des interdictions et des obligations. La MEJ peut être simple, ou additionnée à un ou plusieurs des quatre modules disponibles : insertion, réparation, placement et santé (Ministère de la justice, 2021). Tout d'abord, le module insertion vise à axer le projet du mineur sur l'insertion, sociale, scolaire ou professionnelle, au travers des UEAJ, de

la rescolarisation, du travail partenarial, notamment la mission locale. Ensuite, le module réparation tend à responsabiliser le jeune et à favoriser la reconnaissance de la victime. Aussi, le module placement permet de sortir le jeune de son milieu de vie, pour lui offrir une prise en charge structurée et contenant dans un lieu de placement, et peut se placer comme alternative à la détention. Enfin, le module santé vient répondre à un besoin spécifique en lien avec la santé du jeune. Nous allons nous attarder plus particulièrement sur ce module, qui place la santé comme un enjeu majeur de la prise en charge globale du jeune. Il invite à orienter le mineur vers une prise en charge sanitaire adaptée à ses besoins qui demandent donc à être observés, à le placer dans un établissement de santé ou un établissement médico-social (à l'exclusion des services de psychiatrie). Le module santé vient donc renforcer la démarche de promotion de la santé inscrite dans le cadre de la PJJ. L'éducateur vient s'appuyer sur le conseiller technique en promotion de la santé (CTPS) de la DT, sur l'équipe de soins, pour orienter au mieux le jeune. Il est compliqué de mesurer l'effet des MEJ. Effectivement, le CJPM n'est entré en vigueur qu'en septembre 2021, or la nouvelle procédure indique une audience de sanction, 6 à 9 mois après le prononcé de la culpabilité. Les premières MEJ post-sanction sont donc prononcées lors de la rédaction de ce travail de recherche.

III.2.2. Les mesures de probation, les peines et les aménagements de peine

Les mesures de probation, ainsi que les peines prononcées par le magistrat, ont pour but de fixer des obligations et/ou des interdictions aux mineurs concernés (Ministère de la Justice, 2021). En cas de non-respect, ces derniers peuvent être placés en détention. Le détail de ces mesures est listé dans le tableau 5 suivant.

Alternatives aux poursuites	Réparation, médiation, stage de formation civique
Composition pénale	Travaux non rémunérés, stages de formation civique et des stages.
Mesure de sûreté	Contrôle judiciaire, assignation à résidence avec surveillance électronique.
Peine	Peines de stage, Travaux d'intérêt général ou TIG, sursis probatoire/sursis probatoire renforcé, détention à domicile sous surveillance électronique, suivi socio-judiciaire ou SSJ.
Aménagements de peine	Libération conditionnelle, placement extérieur (avec ou sans surveillance), semi-liberté, placement sous surveillance électronique (PSE), suspension et fractionnement de peine, permission de sortir, autorisation de sortie sous escorte.

Tableau 5: Référentiel des alternatives, des peines et aménagements de peine

Titre II : Le profil des mineurs sous-main de justice de la DT Nord

Nous avons donc développé les missions et la structuration de la PJJ, organisme qui prend en charge les mineurs sous-main de justice. Nous allons maintenant brosser le portrait de ces mineurs sous-main de justice, plus spécifiquement de la DT Nord. Pour se faire, il nous semble nécessaire d'expliquer ce qui peut amener un jeune à entrer dans une trajectoire délinquante. Nous brosserons ensuite le profil des jeunes sous-main de justice suivis par les services publics, en analysant les données statistiques. Enfin, nous spécifierons notre étude sur les mineurs du Nord, en évoquant la réalité du territoire.

I. Les facteurs favorisant la délinquance

L'entrée dans la délinquance est multifactorielle, elle trouve son creuset au croisement des risques sociaux, individuels et biologiques. Les chercheurs en sociologie et en psychologie ont observé et mesuré ces derniers, permettant de brosser le profil des jeunes délinquants. Nous nous appuyerons donc sur leurs dires, en les explicitant par des exemples tirés du terrain. Dans un premier temps, nous aborderons la question des facteurs sociaux. Dans un second, des facteurs individuels et biologiques. Dans un troisième, des facteurs psychologiques.

I.1. Les facteurs sociaux

Les études montrent que l'anomie, le cocon familial, le manque de contrôle, l'immigration... sont des facteurs qui favorisent la délinquance.

I.1.1. L'anomie et la vulnérabilité sociale

L'anomie se pose comme première cause de la déviance, selon Merton (2000). Le sociologue explique la délinquance comme naissant de l'écart entre un objectif à atteindre, notamment matériel, et les opportunités offertes par le milieu de vie pour y parvenir. Ne pouvant atteindre leur but par des moyens légaux, les individus vont se tourner vers des moyens illicites. Ce faisant, ils s'aliènent de la société classique, et se retrouvent en perte de valeurs et de sens, conduisant à un isolement social, les inscrivant dans un parcours délictueux (Seeman, 1972).

Walgrave (1992) ajoute la notion de vulnérabilité sociale. Aussi, une position sociale et culturelle défavorisée va effectivement favoriser le passage à l'acte délinquant. Il n'est pas sujet

ici de pauvreté au sens financier, mais de pauvreté au sens d'une fragilité du lien social, exposant le jeune à plus d'échecs et d'abandons scolaires. En se désinscrivant des procédures de sens commun, le jeune se marginalise et rencontre d'autres personnes dans des situations similaires. L'école est un exemple précis : les jeunes délinquants sont très souvent en rupture avec l'institution scolaire, non pas par une incapacité cognitive, mais par un moindre profit de l'offre (Born & Glowacz, 2017).

La délinquance est un phénomène majoritairement urbain. La Direction générale de la Police nationale (DGPN), citée par le Sénat (2022) se positionne en ce sens en indiquant « *Les lieux de résidence sont eux-mêmes criminogènes et favorisent la participation des mineurs à des activités dangereuses* ». Cela s'explique par la faiblesse du contrôle social, soit « *l'ensemble des moyens par lesquels les membres d'une société s'imposent une conformité nécessaire à la vie en commun* », et par une augmentation de l'anomie (Cusson & Daniel, 2005).

I. 1.2. La famille comme milieu à risque

La famille, si elle peut jouer un rôle protecteur, peut aussi être à l'origine de difficultés. L'étude longitudinale menée par le Glueck de 1939 à 1950, citée par Born et Glowacz (2017), reste la référence dans la matière (Born, 2021). Elle met en avant : un manque de stabilité de résidence avec des revenus instables, une absence paternelle et une moindre supervision des mères, une structure de vie et du quotidien nébuleuse, des problèmes de consommations ou maladies mentales parentaux, des conflits et des violences conjugales, des conflits familiaux, des négligences voire des maltraitances et une éducation soit très laxiste, soit très autoritaire, soit erratique. Born et Glowacz (2017) résumant l'ensemble des données recueillies au sein des études au travers d'un tableau (Figure 3) disponible ci-dessous.

	6-12 ans	13-17 ans	18 ans et plus
Dynamique et fonctionnement de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Pratiques parentales inadéquates - Criminalité des parents et/ou fratrie - Parents antisociaux et attitudes favorables à la violence - Conflits familiaux - Toxicomanie des parents - Abus physique et négligence - Violence familiale 		<ul style="list-style-type: none"> - Pratiques parentales inadéquates - Criminalité des parents et/ou fratrie - Violence familiale - Histoire de mauvais traitements
Caractéristiques de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Revenu familial précaire - Rupture familiale - Mobilité familiale - Santé mentale des parents - Jeune âge de la mère - Nombre d'enfants dans la famille - Le passé des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Revenu familial précaire - Rupture familiale - Mobilité familiale 	<ul style="list-style-type: none"> - Revenu familial précaire
Quartier de résidence	<ul style="list-style-type: none"> - Pauvreté du quartier - Présence de jeunes ayant des comportements délinquants 	<ul style="list-style-type: none"> - Pauvreté du quartier - Criminalité du quartier - Présence de gangs de jeunes - Disponibilité des drogues et des armes à feu 	<ul style="list-style-type: none"> - Pauvreté - Criminalité - Gangs de jeunes

Figure 3 : La famille comme milieu à risque (Born, 2021)

I.1.3. L'immigration

Appartenir à une minorité ou être issu de l'immigration se pose aussi comme un facteur de risque. Effectivement le jeune se trouve tiraillé entre culture d'origine et culture d'adoption, il peine alors à s'intégrer dans l'une ou l'autre et ne réussit à construire son identité sociale. Jude Vinot (2018), cité par le Sénat (2022), avance que les jeunes issus des quartiers, dont les parents ont eu un parcours migratoire, sont surreprésentés au sein de la PJJ. Pierre Joxe, ancien ministre aujourd'hui avocat spécialisé dans la défense des mineurs, cité par le Sénat (2022), appuie ces propos : « *ce sont dans l'immense majorité des cas de jeunes issus de l'immigration, ce qui me permet d'affirmer sans ambages que la délinquance juvénile est, de façon générale, un phénomène fortement lié à notre histoire coloniale et à ses incidences économiques et sociales* ».

La faiblesse du lien social et être issu d'une minorité tendent à marginaliser le jeune, se faisant, il se tourne vers des pairs eux aussi en conflit avec la société, voir avec la loi. Or, l'adolescence est une période de « faire pareil », nous retrouvons « *une problématique des bandes souvent liées à une activité criminelle, dont le trafic de stupéfiants* » relève par DGGN citée par le Sénat (2022).

I.2. Les facteurs individuels et biologiques

Chez les adolescents délinquants, les études en imagerie par résonance magnétique (IRM) ont montré que les structures gérant l'inhibition et le contrôle du comportement pouvaient être moins développées. Cependant, si les prédispositions génétiques ont un poids, l'environnement et les facteurs individuels restent plus explicatifs (Korn, 2001 ; Fergusson, 2010 ; Born, 2019).

Les limitations intellectuelles augmentent le risque de passage à l'acte, en lien avec une moindre régulation comportementale, émotionnelle et cognitive (Guay et al, 2002).

Être un individu adolescent de sexe masculin est aussi considéré comme un facteur de risque. Effectivement, les chiffres du Ministère de la justice (2021) montrent que la délinquance est principalement masculine. L'adolescence est la période où la probabilité de passer à l'acte est la plus importante (Najin, Farrington et Moffitt, 1995 ; Yessine et Bonta, 2008).

La délinquance chez les filles est liée à des facteurs spécifiques, bien que des similarités existent. Nous retrouvons les mêmes caractéristiques individuelles, cependant la victimisation

physique ou sexuelle est plus marquée, de même que la dépression, et des problématiques d'attachement notamment à la mère (Born, 2019).

I.3. Les facteurs psychologiques

Un certain nombre de facteurs psychologiques ont été identifiés comme favorisant la délinquance : les troubles psychologiques et psychiatriques, les troubles addictifs, les carences.

Les troubles psychologiques, tels que le trouble de la personnalité antisociale qui se manifeste par une absence de préoccupation pour les droits d'autrui allant jusqu'à les transgresser (APA, 2013), et la psychopathie, sont souvent retrouvés (Born, 2019).

Les troubles addictifs sont fréquemment retrouvés et amplifient le risque de récidive (Bonta & Andrews, 2007). Ils présentent souvent un état de santé dégradé, avec des addictions fréquentes, notamment le cannabis et l'alcool. Aujourd'hui, le phénomène du protoxyde d'azote, « les ballons », est de plus en plus présent et entraîne des pathologies neurologiques. Ces addictions peuvent pousser les délinquants à adopter des comportements délictueux, soit pour obtenir le produit, soit liés à l'effet du produit sur la chimie du corps.

Les mineurs délinquants présentent plus de pathologies mentales (dépression, anxiété, phobies, SPT...) que leurs pairs. Nous retrouverons un nombre élevé de troubles de l'attachement et de troubles du comportement (Born, 2019). Sechter évoque plus d'impulsivité, moins de contrôle de soi et des frustrations entraînant plus de passages à l'acte, violents. De plus, les mineurs délinquants sont souvent des jeunes ayant été carencés et qui ne sont pas armés pour traverser les affres de l'adolescence. Devreese, cité par le Sénat (2022) considère que 80 à 90 % des jeunes suivis au pénal auraient subi un traumatisme précoce. Le rapport de la mission d'information du Sénat sur les mineurs délinquants (2022), met en avant que de nombreux mineurs sous-main de justice ont aussi été suivis par l'ASE dans le cadre de l'enfance en danger. Avoir vécu des traumatismes peut conduire à modifier sa vision du monde, voir légitimer une forme de violence avec des manifestations pathologiques.

Nous avons montré que l'entrée dans la délinquance était liée à des variables sociales, notamment l'anomie, la vulnérabilité sociale et le milieu familial. Nous avons montré que des facteurs biologiques, tels que les limitations cognitives, l'âge et le sexe pouvaient influencer les trajectoires. Enfin, nous avons mis en avant les variables psychologiques. Les jeunes sous-main de justice sont donc majoritairement des hommes, âgés de 16 à 17 ans, qui présentent des fragilités sociales (issus de minorités et des quartiers, milieu sociofamilial pauvre), des fragilités

psychologiques plus importantes que celles de leurs pairs, découlant souvent de traumatismes précoces et de vulnérabilités biologiques conduisant à une moins bonne prise en charge de leur santé.

Nous allons maintenant observer si les jeunes sous-main de justice présentent les mêmes facteurs de vulnérabilité, en nous intéressant aux chiffres de la justice des mineurs.

II. Les jeunes sous-main de justice

Nous allons présenter les chiffres de la justice des mineurs, de l'année 2020, ceux de 2021 et 2022 n'étant, à notre connaissance, pas encore disponibles. Il est donc à noter que ces chiffres sont à nuancer, effectivement ils ne tiennent pas compte de l'entrée en vigueur du CJPM en septembre 2021.

II.1. Les mineurs délinquants selon le sexe, l'âge et la nationalité

Pas moins de 187 700 mineurs, représentant 2,8 % de la population âgée de 10 à 17 ans, ont été suivis en 2020. Plus spécifiquement, ce taux s'élève à 9,7 % parmi les garçons de 16-17 ans (Ministère de la justice, 2021).

Le graphique (figure 4) vient du document « *Références statistique mineur, année 2020* », émis par le Ministère de la justice (2021). Il nous indique, selon l'âge et le sexe, le nombre de mineurs suivis par les parquets en 2020.

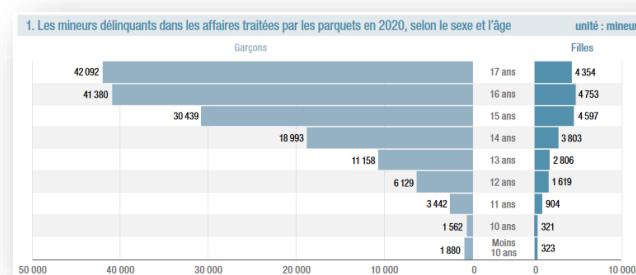


Figure 4: Répartition des mineurs selon l'âge et le sexe

Nous notons que les mineurs de genre masculin sont beaucoup plus représentés que les mineurs de genre féminin : effectivement, ils représentent 87 % des jeunes suivis. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 16-17 ans, soit 51 % des mineurs délinquants, suivie par celle des 13-15 ans qui représente 40 % de la population, et ce pour les deux genres confondus.

Les mineurs sous-main de justice sont principalement des hommes âgés de 16-17 ans. Nous pouvons mettre cette conclusion en lien avec les théories concernant l'adolescence précédemment évoquées. En effet, cette période est à risque, le jeune traversant des bouleversements identitaires majeurs. De plus, les individus de sexe masculin ont davantage tendance à avoir des comportements externalisés. Aussi, nous retrouvons le facteur de risque individuel concernant l'âge et le sexe.

Les mineurs sous-main de justice sont principalement d'origine française (87 %), les 7,6 % restant de nationalité étrangère sont soit d'origine marocaine, roumaine ou algérienne (Rapport, 2022)

II.2. Le type de faits et la réponse apportée

Le graphique (figure 5), vient du document « *Références statistique mineur, année 2020* », émis par le Ministère de la justice (2021). Il nous indique, selon le sexe, les types de contentieux rencontrés en 2020, en comparant les actes des majeurs et des mineurs.

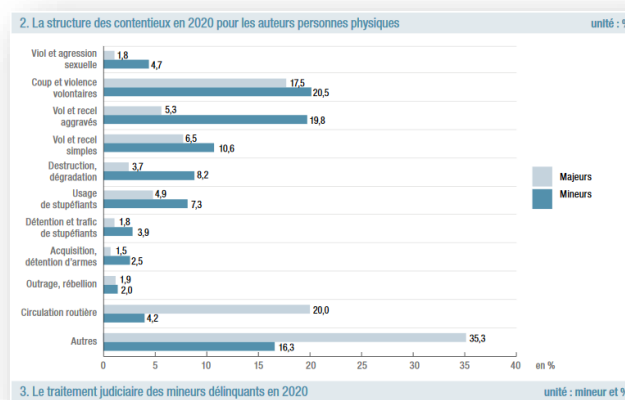


Figure 5: Répartition du type de faits en fonction du sexe

Nous observons que les actes commis par les mineurs diffèrent de ceux commis par les majeurs. Notre population est principalement mineure, amenée à commettre : des coups et des violences secondaires ; ainsi que des vols et des recels simples et aggravés. Ils commettront aussi, par ordre de fréquence : des destructions et dégradations, des usages et des trafics de stupéfiants, des viols et agressions sexuelles. Comparativement aux majeurs, ils commettent naturellement moins d'infractions à la sécurité routière.

Parmi ces affaires, seulement 33 % sont poursuivies et donnent lieu à une mesure judiciaire, soit 144 300 jeunes. Les mesures alternatives tendent à être favorisées, notamment lorsque le mineur est jeune, pour favoriser l'aspect éducatif : nous notons donc une diminution du nombre

de poursuites depuis 2012. Cependant, cela s'accompagne d'une moindre réussite des procédures alternatives aux poursuites. Ainsi, cela représente 52 % de mesures en milieu ouvert, 44 % de mesures d'investigation et 4 % de mesures de placement. Le chiffre de 775 mineurs étant détenus au 1er janvier 2021 est retrouvé.

Nous retrouvons donc les facteurs de risque précédemment évoqués concernant les jeunes suivis à la PJJ. Nous allons maintenant voir s'il en est de même pour le territoire Nord.

III. Les mineurs sous-main de justice de la DT Nord

Nous avons brossé le portrait des mineurs sous-main de justice au niveau national, nous allons maintenant parler des jeunes suivis au sein de la DTPJJ du Nord. Nous présenterons tout d'abord la réalité du territoire en matière de criminalité générale et de facteurs de risque, puis nous présenterons l'offre proposée par la PJJ. Enfin, nous regarderons si le profil des jeunes sous-main de justice du Nord est similaire à celui de leurs pairs.

III.1. Le Nord : une criminalité majeure

La région Nord englobe les secteurs de Dunkerque, de Lille/Roubaix/Tourcoing, de Douai, de Cambrai, de Valenciennes et d'Avesnes-sur-Helpe.



Figure 6 : carte de la région Nord

Lille est classé comme troisième ville plus dangereuse de France, avec un total de 18 536 crimes et délits en 2022. Le risque d'être victime pour 1000 habitants est de 7,9 %. Il est à noter qu'en 2021, Lille était la première du classement. Roubaix est, elle aussi, une ville avec un fort potentiel criminogène, avec un risque d'être victime d'un crime s'élevant à 6,2 % (Insee, 2022).

Le classement par nombre de victimes de coups et de blessures volontaires par habitant place Douai en première position avec un risque de 1,35 %, suivi de Valenciennes en seconde position avec un risque de 1,32 %. Nous retrouvons ensuite Roubaix, Armentières, Arras et Cambrai respectivement en cinquième, septième, huitième et neuvième position. De plus, la criminalité y est en augmentation. Aussi le Nord présente le taux de coups et de blessures volontaires le

plus important du territoire, de plus la hausse nationale de 12 % sur ce point s'explique à 18 % par celle du Nord (Insee, 2022).

Concernant les cambriolages, le Nord n'est pas premier, mais affiche tout de même un taux supérieur à 7,1 cambriolages pour 1000 logements, dépassant la moyenne nationale. Il en est de même pour les destructions et dégradations, le taux s'élevant à 8,7 faits pour 1000 habitants, comparativement à 8 faits pour la moyenne nationale. Enfin, concernant la consommation et le trafic de stupéfiants, le Nord enregistre un taux de 3,6 (pour 3,0 au niveau national) et une augmentation de 22 % pour le trafic (Insee, 2022).

Le territoire Nord est donc un terrain particulièrement criminogène. Nous avons précédemment vu qu'il s'agissait aussi d'un territoire au sein duquel la santé de la population était précaire. Nous intéresser aux jeunes sous-main de justice qui y sont suivis nous paraît donc pertinent. Sur cette région s'établit la direction territoriale du Nord, avec ses établissements de milieu ouvert et de milieu fermé, que nous allons brièvement présenter.

III.2. La DT Nord

La DT Nord s'établit sur le territoire du Nord. Les documents suivants reprennent les différentes structures et les établissements présents sur le territoire, en distinguant milieu ouvert et milieu fermé.

L'offre comprend cinq STEMO soit douze UEMO, un UEAT, deux STEI soit quatre UEAJ et un SE-EPM pour le milieu ouvert.

L'offre de placement comporte trois EPE avec deux UEHC, un UEHD, un CER et un CEF.

III.3. Les mineurs délinquants de la DT nord

Nous allons comparer les données nationales aux données de la DT Nord, concernant les jeunes suivis. Pas moins de 4357 mesures pénales ont été réalisées par la DT Nord en 2020... Plus de 46 % des jeunes suivis ont plus de 16 ans et moins de 18 ans, ils représentent donc la majorité des prises en charge, avant les plus de 18 ans (36,30 %) et les 13-16 ans (15,68 %). Les mineurs de genre masculin sont, une fois de plus, beaucoup plus représentés que les mineurs de genre féminin. Les UEAJ du territoire Nord vont suivre 201 jeunes en 2020.

Les mesures de type éducatives sont les plus prononcées et représentent 70,23 % des mesures. Le placement est principalement demandé pour les plus de 15 ans, tel que répertorié dans le

tableau suivant qui indique le nombre de jeunes suivis, en fonction de leur âge et du type de placement. La détention n'a été ordonnée que pour 194 jeunes venant du Nord, dont 8 filles, avec les plus de 16 ans qui restent très majoritaires (87 %).

	< 15 ans	15 – 16 ans	16 – 18 ans	18 ans >	Total
CEF	1	21	20	0	42
CER	0	29	47	0	76
UEHC	9	50	72	0	131
UEHD	3	20	30	5	53
Total hébergement	13	120	169	5	307

Tableau 6: Nombre de jeunes suivis, en fonction de leur âge et du type de placement

Les mineurs sous-main de justice du Nord ont donc le même profil que les mineurs à l'échelle nationale. Cependant, nous avons montré dans le premier chapitre de ce travail que les jeunes du Nord présentaient des problématiques de santé particulières. Nous allons voir ce qu'il en est de ces dernières chez les jeunes PJJ.

III.4. Les problématiques de santé des jeunes sous-main de justice

Les problématiques de santé sont particulières chez les jeunes sous-main de justice. Elles ont conduit la PJJ à organiser le renouvellement de l'enquête épidémiologique de santé qui avait été confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 1997. C'est pourquoi, pour répondre à la question de la santé des jeunes pris en charge à la PJJ, nous allons nous fonder sur le rapport 1997-2004 de l'Inserm « *La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la PJJ, sept ans après* ». Ce rapport a été réalisé par l'équipe épidémiologie psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent, par M. Choquet, C. Hassler et D. Morin. Les données du rapport sont relatives aux comportements de santé des jeunes de la PJJ, en comparaison à ceux des jeunes scolarisés (enquête Espad 2003 et enquête PJJ 1997). Le rapport met donc l'accent sur les écarts qui existent entre, pour des jeunes du même âge, le public PJJ et la population scolaire.

III.4.1. Situation sociofamiliale

Le rapport de l'Inserm s'intéresse aux conditions de vie des jeunes pris en charge par la PJJ. Il relève que ces jeunes sont souvent dans des contextes familiaux de rupture ou marqués par des

épreuves vitales ou sociales. Par exemple, le décès du père ou l'absence d'activité professionnelle des parents. Ensuite, les jeunes de la PJJ sont pour la plupart en échec scolaire. Les absences scolaires répétées, les parcours scolaires discontinus, aboutissent à une accumulation de retards ou à une déscolarisation.

III.4.2. Situations violentes

Les phénomènes de fugues ou de tentatives de suicide sont très marqués chez les jeunes de la PJJ, bien plus que dans la population scolaire. Enfin, leur expérience est largement marquée par des violences : d'une part, la violence agie, d'autre part, la violence subie. Elles sont particulièrement accentuées pour les filles de la PJJ, nombre d'entre elles ayant déjà été victimes d'agressions sexuelles selon l'enquête.

III.4.3. Consommation de toxiques

Les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis et d'autres substances illicites sont les problématiques les plus observées et les plus préoccupantes chez les jeunes de 14 à 20 ans suivis à la PJJ. Ces consommations de produits psycho-actifs sont largement supérieures à celles de la population scolaire. Par ailleurs, les disparités entre les filles et les garçons des services de la PJJ restent importantes, même si elles tendent à s'estomper entre 1997 et 2004.

Le tabac reste le produit le plus consommé par les jeunes suivis à la PJJ. La proportion de fumeurs, notamment les fumeurs quotidiens, augmente avec l'âge. Les différences avec la population scolaire sont marquées : la consommation quotidienne de tabac concerne plus d'un jeune de la PJJ sur deux, lorsqu'elle concerne un jeune en population scolaire sur trois.

L'alcool reste assez consommé chez les jeunes, les écarts entre les jeunes de la PJJ et la population scolaire étant moins creusés pour ce type de produit. Pour filles, comme pour les garçons, l'âge de la première ivresse se situe avant 15 ans. Toutefois, l'enquête observe depuis 1997 un rajeunissement chez les filles.

Parmi les produits illicites, le cannabis est le premier consommé par les jeunes de la PJJ. Les écarts entre jeunes PJJ et population scolaire sont très marqués, notamment en matière de consommation régulière. La première consommation a lieu vers l'âge de 14 ans.

D'autres substances illicites sont largement consommées par les jeunes PJJ. Après le cannabis, l'ecstasy est à la seconde place : 14 % des garçons et 24 % des filles en ont déjà pris au moins une fois au cours de leur vie. Viennent ensuite les produits à inhaler, et la cocaïne. Cette dernière

est particulièrement consommée par les filles. Au cours de leur vie, 6 % des filles en ont déjà consommé au moins dix fois. Les amphétamines, l'héroïne et les hallucinogènes sont également des produits consommés par les jeunes PJJ, la consommation augmentant avec l'âge, quelle que soit la substance. Alors que la consommation des substances illicites autres que le cannabis que nous avons cité reste stable en population scolaire, elle tend nettement à augmenter chez les jeunes de la PJJ.

Toxique	Type de consommation	Jeunes pris en charge par la PJJ (Inserm 2004)	Jeunes de 17 ans (ESPAD 2003)
Tabac	Consommation quotidienne (au moins une cigarette par jour)	59 % des garçons 62 % des filles	25 % des adolescents
	Usage intensif (au moins onze cigarettes par jour)	32 % des garçons 40 % des filles	5,2 % des adolescents
	Âge de la première cigarette	12—13 ans, avec une précocité chez les filles	14,4 ans
Alcool	Consommation régulière (dix fois par mois et plus)	15 % des garçons 10 % des filles	12 % des garçons 5 % des filles
Cannabis	Consommation	65 % des garçons 66 % des filles	39 % des jeunes
	Consommation régulière (au moins 40 fois durant la vie)	34 %	7 %

Tableau 7 : Comparaison de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis entre les jeunes PJJ et les jeunes de 17 ans

Nous avons montré que les facteurs favorisant l'entrée dans la délinquance se posaient au croisement des facteurs sociofamiliaux, des facteurs biologiques et des facteurs psychologiques. Les mineurs suivis par la PJJ, tant au niveau national, qu'au niveau de la DT Nord, sont principalement de sexe masculin, âgés de plus de 16 ans et de moins de 18 ans, pour des faits de vols et de violences. Ces derniers présentent des problématiques de santé, avec plus de problématiques familiales, plus de risques suicidaires et plus de consommations de toxiques que leurs pairs du même âge.

Conclusion Chapitre II

Ce second chapitre nous a permis, et de comprendre le fonctionnement de la PJJ, et de brosser le portrait des jeunes sous-main de justice de la DT Nord.

Le premier titre nous a notamment permis de comprendre les missions de la PJJ, en insistant sur les missions d'investigation qui considèrent, entre autres, la santé des mineurs sous-main de justice. Nous avons ensuite présenté le fonctionnement de la PJJ, en partant des comités de direction, puis nous avons présenté les structures et unités éducatives, pour aboutir à la présentation des acteurs travaillant auprès du public. Nous avons alors distingué le milieu ouvert, du milieu fermé. Enfin, nous avons rapidement présenté les mesures judiciaires possibles. Notre souhait n'étant pas de mener une étude sur la PJJ, nous n'avons pas abordé les aspects procéduraux.

Le second titre nous a permis d'explicitier les facteurs favorisant la délinquance, puis de brosser le portrait des jeunes suivis à la PJJ. Nous constatons qu'il s'agit principalement d'hommes âgés de 16 à 18 ans. Nous avons conclu sur les problématiques de santé propres à ce public.

Partie II : « Santé des mineurs sous-main de justice et PJJ : quelles réalités de prise en charge ? »

Au travers de la revue de la littérature que nous venons de tracer, nous avons défini la santé comme un concept polymorphe, soutenu par une législation (Pontier, 2021). Nous avons notamment fait état des difficultés d'accès aux soins, liées à des disparités territoriales et sociales et à l'engorgement des structures médico-sociales (HCSP, 2017). Enfin, nous avons mis en avant les problématiques de santé propres aux populations jeunes, notamment dans le Nord. Nous retenons des taux plus élevés d'obésité, de violence, de dépression et de suicide dans cette région.

Nous nous intéressons ensuite, plus spécifiquement, aux jeunes sous-main de justice du Nord. Effectivement, nos observations menées auprès de ce public lors d'un stage de deux mois à la PJJ Nord et les éléments recueillis auprès des professionnels les accompagnant, nous amènent à nous poser des questions sur la considération de l'état de santé de ces derniers. Aussi, notre revue de la littérature vise à présenter l'organisme ministériel qu'est la PJJ. Nous retenons une organisation territoriale avec des structures de milieu ouvert et des structures de milieu fermé. Les jeunes qui y sont suivis sont pour la plupart de sexe masculin, âgés de 16 à 18 ans, présentant des fragilités sociales (issus de minorités et des quartiers, milieu sociofamilial pauvre), des fragilités psychologiques plus importantes que celles de leurs pairs, découlant souvent de traumatismes précoces et de vulnérabilités biologiques conduisant à une moins bonne prise en charge de leur santé.

Les jeunes sous-main de justice présentent donc des facteurs de vulnérabilité quant à la prise en charge de leur santé : ils sont une population à risque de par leur âge, et une population à risque de par les facteurs favorisant la délinquance. La question de recherche suivante se pose alors : « **Santé des mineurs sous-main de justice et PJJ : quelles réalités de prise en charge ?** ». Cette problématique nous semble intéressante à traiter, effectivement un bon état de santé est indispensable à la réussite éducative et favorise le processus de désistance (Touzani, 2019). Nous ne posons pas, ici, d'hypothèses de réflexion, notre recherche se voulant exploratoire.

Répondre à cette problématique se fera donc en trois temps et répondra à une étude exploratoire. Tout d'abord, nous présenterons la PJJ comme étant « promotrice de santé ». Il s'agira de présenter les réponses nationales et les ressources dont se dote la PJJ dans ses textes pour favoriser la santé des jeunes qu'elle suit. Nous regarderons ensuite quelle est la mise en place de ces stratégies nationales au niveau des établissements du Nord. Pour se faire, nous nous intéresserons aux projets de services de deux structures de milieu ouvert : le STEI de Villeneuve d'Ascq et le STEMO de Dunkerque. Nous ferons de même avec une structure de milieu fermé : le CEF de Cambrai, en nous appuyant ici sur un rapport de visite datant de 2018 rédigé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Enfin, nous mettrons en avant les propos recueillis auprès des acteurs du terrain, offrant une vision plus subjective de la réalité de la prise en charge des jeunes. Nous analyserons donc les échanges ayant eu lieu avec la CTPS de la DTPJJ du Nord, avec l'éducateur référent santé de l'UEHC de Lille et une éducatrice de l'UEAJ de Villeneuve d'Ascq.

Chapitre I : La PJJ « Promotrice de santé »

Si la PJJ s'est engagée à poursuivre une politique de promotion de la santé, c'est parce que plusieurs faits nous montrent que sa mobilisation autour de la santé présente de nombreux intérêts. Elle est primordiale. Toutefois, nous verrons que cette démarche est le fruit d'un long processus, initié en 2013. Le projet PJJPS a été amorcé avant d'être achevé. Pour voir le jour, le projet s'est appuyé sur plusieurs ressources qu'il convient d'étudier.

Titre I : La nécessité de mobiliser la PJJ autour de la santé

Se mobiliser autour de la santé est une démarche qui fait sens pour la PJJ. D'une part, c'est une démarche de santé publique légitime et intéressante pour les jeunes et l'institution. D'autre part, elle permet à la PJJ de se mettre en conformité avec l'objectif de promotion de la santé porté par la Charte d'Ottawa de 1986.

I. Une démarche de santé publique intéressante pour les jeunes et pour l'institution

Placer la santé au cœur de l'action de la PJJ constitue, tout d'abord, un moyen de réduire les inégalités sociales en santé. Aussi, la prise en charge judiciaire représente une opportunité pour le jeune d'accéder aux questions de santé et de les travailler avec les professionnels concernés, la bonne santé étant essentielle à la réussite du projet éducatif et déterminante pour celle des professionnels de l'institution.

I.1. Un moyen de réduire les inégalités sociales en santé

Comme nous avons pu le voir dans notre première partie, la santé globale des jeunes, c'est-à-dire leur bien-être physique, mental et social, s'inscrit dans les priorités des politiques publiques. Mobiliser la PJJ autour de la santé relève donc d'une démarche de santé publique légitime et adaptée qui permet de réduire les inégalités sociales en santé (Touzani, 2019). L'ensemble des déterminants de santé que nous avons pu étudier sont vecteurs d'inégalités sociales. Dès les premières années de vie, ces inégalités sociales s'enracinent. Ainsi, l'âge de

l'adolescence est le bon moment pour agir et tenter d'en limiter les effets (Mathieu & Vallet, 2017). En prenant en charge le jeune, la PJJ s'inscrit largement dans cette optique. En effet, être en bonne santé est essentiel pour apprendre, réussir scolairement et s'insérer dans la société. *« Pour les décrocheurs, engagés dans un cercle vicieux de l'échec, de l'exclusion et de déterminants de santé défavorables, la résilience ne peut être obtenue sans prendre en compte l'ensemble des facteurs utiles à la réinsertion, y compris ceux liés à la promotion de la santé »*, relèvent Mathieu, directrice de la PJJ et Vallet, directeur général de la Santé, cosignataires de la convention-cadre entre la DPJJ et la Direction générale de la santé (DGS) en 2017.

I.2. Une opportunité d'accès à la santé pour le jeune

Comme nous l'avons démontré, l'environnement social dans lequel le jeune vit et grandit et les styles de vie qu'il adopte conditionnent largement son état de santé à long terme. Pourtant, les comportements à risque pour la santé, adoptés à l'adolescence, sont prépondérants. De plus, à cet âge, les jeunes montrent peu d'intérêt pour les questions sanitaires et rejettent les injonctions des adultes (Mathieu & Vallet, 2017). À la PJJ, la prise en charge du mineur est portée par la contrainte judiciaire et construite sur l'accompagnement éducatif. De fait, la prise en charge du mineur par la PJJ et son SAH *« permet de prendre le temps de travailler la question de la santé somatique et psychique, de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention »* (Mathieu & Vallet, 2017). Cette prise en charge permet aussi, au-delà de la mesure judiciaire, *« de poser les bases d'un mieux-être global, durable [...] pour renforcer les facteurs protecteurs et limiter l'impact des facteurs de risques »*, poursuivent les auteurs.

I.3. Un moyen et une condition de réussite de l'action éducative

Nous l'avons dit, la bonne santé est une condition de la réussite de l'adhésion et de la scolarité. Pour les jeunes suivis à la PJJ, elle est surtout un moyen et une condition de réussite : d'une part, du projet éducatif lié à la mesure judiciaire, d'autre part, du projet d'insertion professionnelle (Mathieu & Vallet, 2017). Un bon état de santé est donc primordial pour atteindre certains objectifs éducatifs, d'insertion... (Touzani, 2019). Elle est une véritable *« ressource pour la réussite éducative »* (Mathieu & Vallet, 2017). Par exemple, un jeune soumis à un module insertion par le juge aura plus de chance de répondre à cette mesure judiciaire s'il se présente à son entretien d'embauche avec une tenue correcte et une hygiène irréprochable, qui auront pu être travaillées en amont dans le cadre de sa prise en charge par

l'institution. Aussi, la santé des jeunes va de pair avec celle des professionnels les prenant en charge dans le cadre de la mesure éducative : la bonne santé du jeune est déterminante pour la santé du professionnel. L'inverse est également vrai : leur « *santé-bien-être est déterminante pour celle des jeunes* » (Mathieu & Vallet, 2017).

Ainsi, par l'accompagnement éducatif du jeune qu'elle suit, la PJJ déploie la politique de santé publique visant les jeunes en difficulté, porteurs de vulnérabilités sanitaires et sociales. Par ses actions, elle a l'opportunité de participer à réduire les inégalités sociales en santé. Pour le jeune, sa prise en charge à la PJJ à la suite d'une décision judiciaire lui donne une véritable opportunité d'accéder à la santé qui se présente comme un moyen et une condition de réussite du projet éducatif. Aussi, mobiliser la PJJ autour de la santé permet à l'institution de se mettre en accord avec l'ensemble des textes prônant un droit à la protection de la santé de l'enfant, et plus particulièrement avec la Charte d'Ottawa de 1986 de promotion de la santé.

II. Une démarche s'appuyant sur la promotion de la santé

En étudiant les législations internationales, européennes et nationales, nous avons vu que les textes conférant à l'enfant un droit à la santé sont nombreux. Pour être en accord avec l'ensemble de ces textes, la PJJ doit, elle aussi, placer la santé au cœur de ses actions, notamment en en faisant la promotion. C'est la Charte d'Ottawa, que nous n'avons pas encore étudiée jusqu'à lors, qui est le texte de référence consacré à la promotion de la santé et sur laquelle la PJJ doit s'appuyer pour promouvoir à son tour la santé.

La Charte d'Ottawa a été établie à l'issue de la première conférence internationale sur la promotion de la santé. Réunie à Ottawa, sous l'égide de l'OMS, elle a adopté le 21 novembre 1986 la charte, « *en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous pour l'an 2000 et au-delà* » (Charte d'Ottawa, 1986). La Charte d'Ottawa de 1986 résonne avec les principes de l'ordonnance relative à l'enfance délinquante de 1945⁴⁵ qui a évolué pour laisser place au CJPM en 2021 et fait écho à la nouvelle loi relative à la protection de l'enfant de 2016⁴⁶.

⁴⁵ Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante

⁴⁶ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

La présente charte résume le concept de « promotion de la santé » de la manière suivante : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état, de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* » (Charte d'Ottawa, 1986). La conférence d'Ottawa a ainsi conceptualisé ce que nous appelons aujourd'hui les « déterminants de santé ». Elle vient énumérer les conditions indispensables à la santé et les divers facteurs pouvant la favoriser ou lui porter atteinte et définit ainsi des stratégies pour agir sur ces derniers (Atlas, 2009). La charte prévoit aussi, et c'est sur cette partie de la charte que nous nous concentrerons pour faire notre analyse, une pluralité d'actions pour promouvoir la santé. Nous parlerons, au cours de notre argumentaire, des « cinq axes de la Charte d'Ottawa » que nous allons vous présenter sous la forme d'un schéma (figure 7) avant d'expliquer ce que chacun de ces axes recouvre.

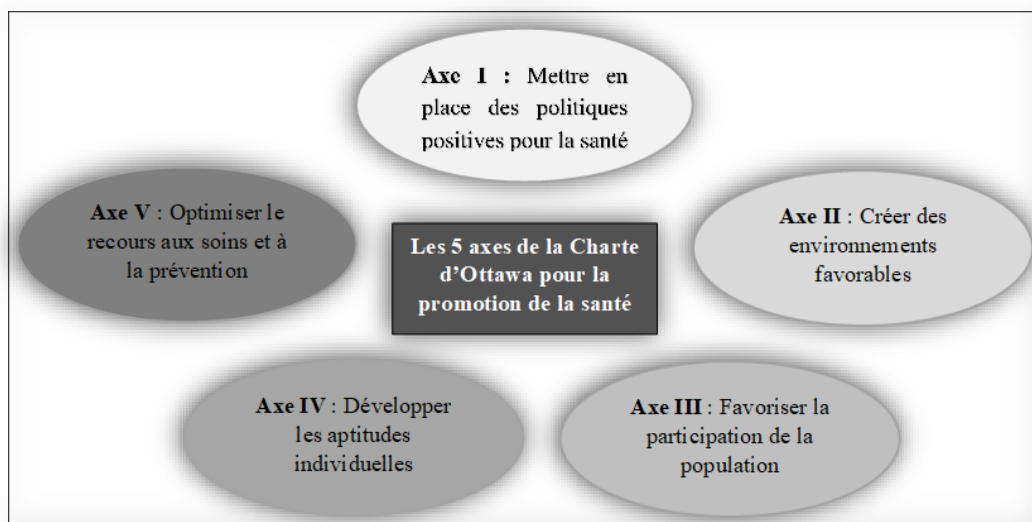


Figure 7 : Les 5 axes de la Charte d'Ottawa

Pour l'axe I, il s'agit de favoriser, à toutes les étapes décisionnelles, la prise en compte de la santé et du bien-être des jeunes. Qu'il s'agisse des diagnostics, de l'organisation, des formations, des projets... Il convient aussi de prêter une attention particulière à la santé des professionnels. Dans l'axe II, il s'agit de travailler et sur l'environnement naturel du jeune, et

sur l'environnement dans lequel il évolue à la PJJ. Ainsi l'accueil, l'organisation ou encore les lieux par exemple des unités et services de la PJJ doivent favoriser santé et bien-être. Dans l'axe III, nous entendons par population concernée le jeune, en premier lieu. Toutefois, il faut veiller à impliquer la famille du jeune qui est aussi une ressource dans le travail éducatif. Pour l'axe IV, il s'agit de développer des connaissances sur la santé, mais aussi et surtout des compétences psychosociales. Ces dernières sont indispensables pour maîtriser certains facteurs de risque. Enfin, l'axe 5 entend « *identifier les ressources, développer les partenariats et préparer comme un acte éducatif le recours au sanitaire, le recours au droit commun...* » (Sultan, 2013).

Ainsi, les intérêts de la PJJ à s'investir dans la santé des jeunes qu'elle suit, et précisément dans la promotion de la santé, sont nombreux : réduire les inégalités sociales en santé, travailler avec le jeune les questions de santé et réussir l'action éducative. Par sa mission éducative même, la PJJ travaille à l'amélioration de la santé de son public. Elle doit maintenant s'appuyer sur le projet éducatif pour développer les cinq axes de la Charte d'Ottawa de promotion de la santé, ainsi présentés. Nous allons voir qu'en s'appuyant sur la Charte d'Ottawa, la PJJ va se doter de ses propres textes en matière de promotion de la santé, et devenir ainsi la « PJJ promotrice de santé » (PJJPS).

Titre II : Les débuts de la PJJPS

En 2012, la DPJJ a publié un rapport d'évaluation sur la politique de santé menée à la PJJ sur la période de 2005 à 2008. Ce rapport consacré au traitement de la question de la santé à la PJJ est le premier en la matière. En dégagant des préconisations sur lesquelles les nouvelles orientations en santé de la PJJ s'appuieront, il marque un point de départ vers le projet « PJJ promotrice de santé » lancé en 2013, puis son renouvellement en 2017.

I. La politique de santé 2005-2008 de la PJJ : un bilan contrasté

Dans cette partie, nous allons fonder notre étude sur le rapport d'évaluation de la politique de santé 2005-2008 de la PJJ publié par la DPJJ en octobre 2012. À l'époque de l'évaluation, deux textes déclinent les orientations en santé de la PJJ : la note DPJJ du 14 octobre 2005 « Politique de santé à la PJJ, stratégie d'action en santé 2005-2008 »⁴⁷ et le contrat-cadre entre la DGS et la DPJJ signé le 19 décembre 2007⁴⁸. Dès lors, au terme de ces trois années durant lesquelles les établissements et services de la PJJ ont appliqué ces textes, l'objectif du rapport d'évaluation est de « rendre compte de l'inscription des DIR et des DT dans la politique de santé 2005-2008 de la PJJ ainsi que des réponses apportées aux objectifs poursuivis dans ce cadre » (DPJJ, 2012). Il ne s'agit pas ici de faire une étude d'impact sur la santé des jeunes pris en charge, mais plutôt de faire un état des lieux des pratiques en tentant de répondre à cinq questions évaluatives : « Comment est assurée l'inscription dans les politiques publiques des différents niveaux territoriaux ? » ; « Comment sont assurés l'animation et le pilotage de la politique de santé ? » ; « Quelle réponse est faite à la mise en place des procédures d'accueil en santé ? » ; « Quelles actions et quels partenaires sont engagés sur l'accès aux droits et aux soins et selon quelles modalités ? » ; « Quelles actions et quels partenaires sont mobilisés pour la prévention des risques et la prise en charge de la santé psychique et selon quelles modalités ? » (DPJJ, 2012).

Le bilan de ce rapport d'évaluation est contrasté, relève le DPJJ (2012). Nous allons nous intéresser aux principaux points d'information qui en ressortent. Tout d'abord, le rapport

⁴⁷ Ce texte vient décliner, dans le cadre de la prise en charge éducative des mineurs de la PJJ, les orientations en santé à mettre en œuvre (DPJJ, 2012).

⁴⁸ Ce texte vient aider à la réalisation des orientations en santé à la PJJ par une prise en compte spécifique des besoins des mineurs de la PJJ par les services déconcentrés du ministère de la Santé (DPJJ, 2012).

d'évaluation relève que les procédures d'accueil en santé, ainsi que les actions de prévention menées dans différents champs auprès des jeunes, sont plutôt bien acquises. Toutefois, dans le milieu ouvert, leur mise en place reste très limitée. Ensuite, le rapport souligne la qualité et la quantité des partenariats engagés. Toutefois, ces derniers apparaissent peu formalisés. Selon le rapport d'évaluation, ils répondent « *plus à des besoins ponctuels qu'à une politique concertée à l'échelle des territoires, déclinée en programmation après un diagnostic santé* » (DPJJ, 2012). Enfin, le rapport s'est penché sur la question des infirmiers territoriaux et des commissions santé, dont nous aurons l'occasion de parler dans la suite de notre étude. Sur ce point, le rapport relève un premier constat positif : « *la quasi-majorité des DT ont au moins un infirmier et près de trois quarts des DT ont une commission santé* » (DPJJ, 2012). Néanmoins, il note que la couverture n'est pas homogène dans toutes les DIR : « *une DIR n'a que 50 % du personnel infirmier attendu. La couverture des postes infirmiers est encore insuffisante en 2011, avec 73 %* » (DPJJ, 2012).

Avec ce premier bilan, un processus s'est engagé. Une prise de conscience générale s'opère sur l'intérêt de veiller à la santé des mineurs suivis à la PJJ, mais encore plus sur l'intérêt « *d'utiliser la santé comme un moyen d'entrer en relation avec le jeune et sa famille, un vecteur pour l'amener à se raconter et lui permettre d'être dans des dispositions propices à la réalisation de son parcours d'insertion* » (DPJJ, 2012). En effet, le travail sur la santé est un travail à mener à la fois avec le jeune, sa famille et les partenaires. Le rapport pointait justement du doigt le manque de prise en compte de la santé comme un bien-être ou un processus dynamique global. Il notait que la santé était encore trop perçue par les professionnels comme l'absence de maladie. Ce point sera à prendre en compte dans les prochaines orientations.

Ainsi, ce premier rapport d'évaluation sur la stratégie d'action en santé à la PJJ met en avant l'engagement déjà fort de la PJJ en matière de santé (Daumas, 2013). Il est aussi porteur de pistes pour l'avenir par l'état des lieux des pratiques qu'il dresse. Cet état des lieux a permis de dégager des préconisations sur lesquelles le projet « PJJ promotrice de santé » va s'appuyer pour son lancement en 2013.

II. Le lancement du projet « PJJ promotrice de santé » en 2013

Le 1^{er} février 2013, est publiée par la DPJJ la note de lancement du projet « PJJ promotrice de santé ». La note, signée par Daumas, directeur de la PJJ, prévoit les orientations de la PJJ en matière de santé et d'action éducative, pour la période 2013-2016. Comme nous l'avons dit, le projet s'appuie sur les préconisations issues du rapport d'évaluation précité ainsi que sur la Charte d'Ottawa et son concept de promotion de la santé structuré en cinq axes (Daumas, 2012). Son objectif principal est d'« *Améliorer la santé globale des jeunes pris en charge par la PJJ (la santé étant posée comme un acteur de réussite de la prise en charge éducative), en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge, dans une approche de promotion de la santé* » (Daumas, 2012). Ce projet concerne alors le cœur de la mission éducative de la PJJ, s'occuper de la santé, contribuant, à la réussite de l'action d'éducation (Sultan, 2013).

Ce projet doit s'inscrire dans une démarche participative reposant sur des orientations partagées, des outils communs mutualisés et un travail en partenariat sur lesquels la note de cadrage opérationnel du 27 décembre 2013 vient insister. En effet, les partenariats avec les instances nationales ou régionales d'expertise, d'élaboration et d'accompagnement des politiques de santé sont indispensables, ils sont les ressources de ce projet. Nous aurons l'occasion, dans la suite de notre étude, de parler du rôle et du soutien apporté par la DGS mais encore de la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) fédérant les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS). Par ailleurs, pour mettre en œuvre ce projet, l'ensemble de l'institution doit être mobilisée : l'administration centrale, les DIR, les DT, les services et établissements de la PJJ du secteur public ou du SAH, ainsi que l'Ecole nationale de la protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ) (Sultan, 2013). Il s'agit donc de « *s'approprier les cinq axes de la promotion de la santé comme cadre unique de réflexion pour guider l'action de santé bien-être sur l'ensemble des niveaux territoriaux* » (Sultan, 2013). Enfin, le pilotage de la démarche sera assuré par une organisation institutionnelle constituée d'un comité de pilotage⁴⁹, d'un comité exécutif, d'un comité d'évaluation et de groupes de travail thématiques (Daumas, 2012).

⁴⁹ Le comité de pilotage « *Permet de partager les avancées de la PJJPS et d'en envisager les perspectives avec l'ensemble de l'institution et les partenaires engagés. Il se réunit une fois par an* » (DPJJ, 2017).

Ainsi, à partir de 2013, la DPJJ se lance dans une politique de promotion de la santé. Par sa première note du 1^{er} février 2013, la DPJJ fonde ses nouvelles orientations en santé sur le concept de promotion de la santé formalisé dans la Charte d'Ottawa, tandis qu'elle vient structurer l'ensemble de la démarche dans une seconde note du 27 décembre 2013. Nous allons voir que la DPJJ réaffirme son engagement dans la promotion de la santé des jeunes qu'elle suit par le renouvellement du projet « PJJ promotrice de santé » pour la période 2017-2021.

III. Le renouvellement du projet PJJPS en 2017

Le 1^{er} février 2017, la DPJJ est venue publier la note « PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021 ». Par cette note, elle vient renouveler son engagement à poursuivre la démarche « PJJ promotrice de santé ». En effet, atteindre l'ensemble des objectifs de la démarche demande du temps et seul un engagement dans la durée le permettra, souligne Sultan (2017), signataire de la note. Cette note est aussi l'occasion pour la DPJJ de faire le bilan de ce projet initié depuis 2013, et de définir les nouvelles orientations qui en découlent. En effet, « *la promotion de la santé n'impose pas un modèle d'intervention prêt à l'emploi, mais au contraire nécessite une construction sur mesure des réajustements réguliers en s'appuyant sur les besoins et les ressources de chaque niveau institutionnel* » (Sultan, 2017). Ces orientations, reformulées, visent à renforcer l'appropriation de la démarche « PJJ promotrice de santé » dans les territoires, « *au plus près des jeunes* » (Sultan, 2017).

Faisant le bilan de ces quatre années, la DPJJ relève que la promotion de la santé est petit à petit devenue un outil pour les missions éducatives. L'institution a su se montrer innovante et lier des partenariats de qualité. Tout d'abord, au niveau de l'administration centrale, « *le portage transversal de la promotion de la santé s'est renforcé, notamment autour des liens entre la promotion de la santé des jeunes et la qualité de vie au travail des professionnels* » (Sultan, 2017). Ensuite, au niveau territorial, la DPJJ relève que la plupart des DT se sont imprégnées de la démarche et ont su revisiter leur approche de la santé. Les équipes ont su développer des approches innovantes et des actions nouvelles « *directement fondées sur une approche de promotion de la santé* » (Sultan, 2017), avec l'aide de l'ENPJJ dont nous expliciterons le rôle dans la partie suivante de notre étude.

Toutefois, des efforts restent à accomplir. Plusieurs préalables, pourtant indispensables pour véritablement entrer dans une démarche de promotion de la santé, ne sont pas encore appliqués

(Sultan, 2017). Ces préalables indispensables, énoncés dans la note précitée de la DPJJ de 2017, sont les suivants : « *Sortir d'une vision strictement médicale de la santé* » ; « *Repenser la légitimité et la place de chaque professionnel de la DPJJ en tant qu' "acteur de santé-bien-être"* » ; « *Penser la santé comme un moyen utile dans tous les champs d'activité de la DPJJ* » (Sultan, 2017). Par ailleurs, il faudra davantage veiller à « *Favoriser la participation active des jeunes et des familles à l'ensemble des aspects de la prise en charge* », et à « *Développer une démarche de qualité de vie au travail* » à tous les niveaux de l'institution (Sultan, 2017). Il conviendra donc, pour la période 2017-2021, de s'approprier ces priorités tout en continuant de se référer au cadrage opérationnel de 2013, qui, fondé sur les cinq axes de la Charte d'Ottawa, reste le document de référence en la matière.

Ainsi, le projet PJJPS est un projet lancé en 2013, qui s'appuie sur les cinq axes définis dans la Charte d'Ottawa. Il découle notamment du rapport d'évaluation de la politique de santé 2005-2008 de la PJJ, publié par la DPJJ, qui dresse un bilan contrasté et alerte sur la priorité qui doit être donnée à la santé des jeunes. En 2017, la DPJJ décide de reconduire le projet en s'appuyant sur les observations faites durant la période précédente pour fonder de nouvelles orientations. Nous allons, dès à présent, étudier les ressources dont dispose la PJJ pour mener à bien son projet.

Titre III : Les ressources de la PJJPS

Initiée à partir de 2013, la PJJPS se dote désormais de ses propres textes pour promouvoir sa démarche. Nous allons donc, dans un premier temps, étudier l'ensemble de ces textes. Dans un second temps, nous verrons comment la politique PJJPS, portée nationalement, se décline concrètement à l'échelle locale.

I. Des textes structurants

Parmi les textes structurants sur lesquels s'appuie la PJJ pour développer sa démarche de promotion de la santé, il y a tout d'abord la convention-cadre de partenariat en santé publique entre la DPJJ et le DGS, signée le 25 avril 2017 par M. Mathieu, directrice de la PJJ et B. Vallet, directeur général de la santé. Cette convention est publiée par la DPJJ sur le site du Ministère. Ensuite, elle peut compter sur l'appui d'experts en promotion de la santé, la FNES avec qui elle a signé une convention-cadre en 2013. Enfin, la PJJPS s'inscrit pleinement dans les politiques publiques, soutenue par nombre de plans nationaux.

I.1. La convention-cadre DPJJ/DGS 2017-2021

La DGS est chargée de préparer la politique de santé publique et de la mettre en œuvre, ses missions étant fixées à l'article D. 1421-1 du CSP. En tant qu'acteur incontournable des politiques publiques de santé, au même titre que l'ARS ou encore Santé publique France, son implication dans le projet PJJPS est essentielle. Elle contribue donc au projet en signant avec la DPJJ de telles conventions, la convention-cadre étudiée ayant pour objet de sceller « *un engagement des pouvoirs publics afin de promouvoir la santé des adolescents et des jeunes pris en charge par la PJJ* » (Mathieu & Vallet, 2017). Les objectifs poursuivis par la convention-cadre sont nombreux.

I.1.1. Ses objectifs

Les objectifs de la convention-cadre se déclinent au niveau national puis régional et territorial. Nous allons nous pencher sur ces derniers en donnant quelques exemples des moyens déployés pour les atteindre. Les informations données sont directement tirées de ladite convention-cadre.

I.1.1.1 Au niveau national

Au niveau national, les objectifs poursuivis par la convention-cadre sont les suivants :

- « *Renforcer les liens entre la DGS et la DPJJ* », par exemple en renforçant la participation de la DGS aux instances de pilotage de la PJJPS (comité de pilotage annuel, comité d'évaluation) ou celle de la DPJJ aux travaux portant sur la politique de santé publique pour les jeunes vulnérables lorsqu'elle est pertinente (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *Renforcer le soutien de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) à la PJJPS* », notamment par sa participation au pilotage et à l'évaluation de la PJJPS et son apport d'outils à l'ENPJJ pour la formation des professionnels de la PJJ (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *Améliorer l'accès à la prévention et aux soins* », en appuyant les coopérations DPJJ/acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, en améliorant l'accessibilité aux bilans de santé, mais encore en facilitant l'accès aux dépistages, aux soins et à la prévention des mineurs détenus (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *Faciliter l'intégration de professionnels de santé au sein de la PJJ* », en les positionnant comme acteurs de santé et du bien-être (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *Porter de manière concertée la dynamique de recherche sur la santé des jeunes* », notamment en améliorant la connaissance qu'ont les jeunes de leur santé et ses déterminants, ou en déployant un programme de recherche alliant DGS et DPJJ (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *Soutenir la politique de ressources humaines de la DPJJ en promotion de la santé* », par exemple en intégrant la DPJJ dans des programmes d'amélioration des conditions de travail (Mathieu & Vallet, 2017).

I.1.1.2 Au niveau régional et territorial

Au niveau régional et territorial, les objectifs poursuivis par la convention-cadre sont :

- « *Renforcer les liens ARS/ DIRPJJ et DTPJJ* », par exemple par la signature de conventions formalisant les orientations communes, ou encore, pour coordonner les liens avec la PJJ au sein des ARS, par la désignation d'un référent (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *La participation de la PJJ aux instances régionales et locales* », notamment définissant clairement, pour les DIR et les DT, les liens, les délégations et les représentations nécessaires au sein des ARS (Mathieu & Vallet, 2017).
- « *Renforcer la coopération entre les acteurs de la promotion de la santé des jeunes au niveau territorial* », en menant des actions de prévention cohérentes avec le projet PJJPS et en coordonnant les prises en charge (Mathieu & Vallet, 2017).

– « *Développer des actions de formation au plus près du terrain* », en réaffirmant le rôle de l'ENPJJ et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) (Mathieu & Vallet, 2017).

I.1.2. Ses principaux domaines d'actions

L'objectif général du projet PJJPS est d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes suivis. Il demande d'intervenir dans des domaines particuliers, les problématiques de santé auxquelles le public PJJ est confronté étant, comme nous l'avons vu, bien spécifiques. Les principales thématiques d'action identifiées par la convention sont les suivantes : « *L'accès aux droits sociaux* » ; « *Le développement des compétences psychosociales par la sensibilisation des parents, la formation des professionnels...* » ; « *La promotion d'habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être* » (alimentation équilibrée, activités physiques, santé bucco-dentaire...) ; « *L'éducation à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes* » (IST, grossesses non planifiées...) ; « *La prévention des conduites à risque* » (notamment les conduites addictives, la consommation de tabac...) ; « *Le repérage des souffrances et maladies psychiques, tout particulièrement du risque suicidaire, et leur prise en charge concertée avec le secteur de psychiatrie et de santé mentale* » ; « *La prévention, la détection et l'accompagnement pour la prise en charge des situations de danger ou de risque au titre de la loi de protection de l'enfant* » ; « *Le repérage des situations de handicap ou à risque* » (Mathieu & Vallet, 2017).

Ainsi, nous pouvons voir que la convention-cadre DPJJ/DGS poursuit des objectifs bien spécifiques qui convergent tous vers une même volonté : soutenir l'engagement institutionnel PJJPS dans la durée. Elle vise surtout à accompagner les ARS, les DIRPJJ et les DTPJJ pour décliner les actions sur les territoires, en tenant compte des spécificités locales. La convention présente également l'intérêt de venir définir les principaux domaines d'action à investir. Par ailleurs, la PJJPS bénéficie de l'appui d'experts en promotion de la santé.

I.2. La convention-cadre DPJJ/FNES de 2013

L'un des premiers partenaires de la PJJPS est la FNES, et son réseau d'IREPS qui accompagne la déclinaison de la démarche. La FNES est une association régie à la fois par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901, qui assure le respect de la Charte d'Ottawa. Elle est experte en matière de promotion de la santé, sa mission étant de « *favoriser, par tout moyen adapté, le développement et la reconnaissance de l'éducation et de la promotion de la santé* » (Daumas & Demeulemeester, 2013). La FNES regroupe les IREPS, qu'elle « *anime et*

représente auprès des pouvoirs publics et des instances nationales et/ou internationales » (Daumas & Demeulemeester, 2013) et qui lui permettent de décliner sa politique en région, au plus près des milieux de vie.

Le 9 avril 2013, une convention-cadre nationale a été signée entre le directeur de la PJJ, Daumas, et le Président de la FNES, Demeulemeester à Roubaix. Elle est publiée par la DPJJ sur le site du Gouvernement. Ce partenariat s'inscrit dans la même logique de soutien du projet PJJPS et sa déclinaison sur tout le territoire. Renouvelée en 2017, elle permet à la DPJJ de bénéficier du savoir-faire de la fédération en promotion de la santé (Daumas et Demeulemeester, 2013).

L'accompagnement par la FNES au projet PJJPS se traduit, notamment, par la constitution d'un binôme composé d'un représentant DIRPJJ, et d'un représentant IREPS. Il permet *« d'accompagner la DIR dans le déploiement de sa propre démarche promotrice de santé »* et *« facilite la définition des objectifs de travail »* (Daumas et Demeulemeester, 2013). Actions de conseil, de formation, organisation de rencontres d'échanges, mise à disposition de *« ressources documentaires validées répondant aux besoins des acteurs de chaque milieu de vie »*, aide méthodologique *« pour l'élaboration de stratégies d'intervention éprouvées, adaptées à chaque milieu de vie et susceptibles de contribuer réellement à promouvoir la santé »*... (Bantuelle et Demeulemeester, 2008), sont des exemples de prestations offertes par les IREPS pour répondre aux besoins et attentes des DIRPJJ (Daumas et Demeulemeester, 2013).

Ainsi, la DPJJ peut largement s'appuyer sur la FNES et son réseau d'IREPS, qui contribuent au projet PJJPS en apportant leur expertise en matière de promotion de la santé. Nous allons voir que la DPJJ peut aussi s'appuyer sur nombre de plans nationaux qui soutiennent la démarche PJJPS, cette dernière s'inscrivant alors pleinement dans les politiques publiques.

I.3. Les plans nationaux

Sur le territoire national, il existe plusieurs plans auxquels la DPJJ prend part, afin de promouvoir sa démarche PJJPS. Nous avons choisi de nous intéresser à certains d'entre eux : la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) 2017-2021, le Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes de novembre 2016, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 et le Plan national pour l'alimentation.

I.3.1 La stratégie santé des PPSMJ

La stratégie 2017-2021 pour la santé des PPSMJ prévoit un programme d'actions poursuivant deux objectifs : d'une part, promouvoir la santé des PPSMJ, d'autre part, réduire les inégalités sociales de santé (Ministère des Affaires sociales et de la Santé & Ministère de la Justice, 2017). L'intérêt de ce plan est de « *garantir aux PPSMJ un accès aux soins équivalent à la population, limiter les facteurs de risque propres à la mesure et faire de celle-ci une opportunité d'amélioration de la santé globale des personnes, contribuer à leur réinsertion* », durant le temps de la mesure judiciaire (Ministère des Affaires sociales et de la Santé & Ministère de la Justice, 2017). Prennent part à ce plan : la DGS, la DGOS, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et enfin la DPJJ, la stratégie, finalisée au premier trimestre 2017, intégrant désormais l'ensemble des jeunes suivis par la PJJ (Sultan, 2017).

I.3.2 Le Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes

Le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, adopté en novembre 2016 par le Ministère de la Santé, poursuit plusieurs objectifs. Tout d'abord, il vise à faciliter l'identification par les professionnels des signes de mal-être des jeunes et à les aider à mieux les aborder, tout en œuvrant à ce que les jeunes se sentent davantage écoutés et soutenus. Ensuite, il vise à mieux orienter les jeunes vers les professionnels compétents, à intervenir précocement et à travailler à la diversification et l'amélioration des prises en charge. Enfin, il a pour objectif de construire, sur l'ensemble de ces problématiques, une veille partagée (Ministère de la Santé, 2016). Selon ce plan, la santé des jeunes doit faire « *partie intégrante des politiques éducatives, des politiques d'accès aux soins, des politiques de soutien aux familles, des politiques de la jeunesse* » (Sultan, 2017).

I.3.3. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Afin de lutter contre les drogues et les conduites addictives, le plan gouvernemental 2013-2017 élaboré en 2013 vise notamment à renforcer les actions de prévention destinées aux PPSMJ (Ministère de la Santé, 2013). Il prévoit, à ce titre, de soutenir les actions de prévention de telles conduites au sein de la PJJ ou encore de développer les connaissances des professionnels de la PJJ sur les addictions et de mettre à leur disposition des outils opérationnels d'appui aux pratiques en la matière. Le plan vise aussi à diffuser, dans les structures de milieu ouvert et

fermé de la PJJ, la méthode de la thérapie familiale multidimensionnelle (MDT)⁵⁰, affirme Jourdain Menninger (2016). Pour lutter contre de tels comportements, il appartient à tous les pouvoirs publics de se mobiliser, affirme Ayrault dans la préface du plan (2012). La MILDECA est en lien avec la dynamique du plan. Elle apporte son soutien au plan « *par une collaboration active au niveau national, et par le soutien des actions de promotion de la santé ciblant les addictions et menées par l'ensemble des DIR* » (Sultan, 2017). Également appuyé par la MILDECA, le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 soutient la démarche PJJPS.

I.3.4 Le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST

Afin d'éduquer les mineurs qu'elle suit à la vie affective et sexuelle, la PJJ participe à l'élaboration de ce plan national 2010-2014. La DPJJ y a inscrit le développement à la fois « *des actions en prévention en direction des jeunes bénéficiaires d'une action d'éducation* », et « *des actions de formation au bénéfice de ses professionnels* » note Mulliez, signataire du plan publié par la DPJJ (2011). Le plan a pour particularité de prévoir des actions spécifiques en fonction des différents publics, la vulnérabilité de chacun aux risques de transmissions variant.

Pour le public PJJ, les objectifs spécifiques poursuivis sont les suivants : « *Renforcer les liens entre la PJJ et les structures de proximité offrant aux jeunes un accueil, un accompagnement et une information autour des questions liées aux IST et à la vie affective et sexuelle* » ; « *Mettre en place des actions permettant une information sur les IST et le VIH/SIDA et une éducation à la vie sexuelle et affective pour les jeunes de la PJJ à partir d'une convention nationale avec des associations travaillant sur ce sujet. Décliner localement cette convention ciblant ce public avec les ARS* » ; « *Établir un passeport santé adapté aux problématiques des jeunes sous protection judiciaire dans le cadre de la consultation prévention pour les jeunes de 16-25 ans prévue dans le plan santé des jeunes* » ; « *Former les professionnels de la PJJ en tant que relais des actions de prévention VIH/SIDA IST* » ; « *Envisager une convention entre l'INPES et la PJJ* » (DPJJ, 2011).

Pour les professionnels PJJ, il s'agira de « *Redynamiser au plan régional les formations en éducation à la sexualité* ». À ce titre, deux pistes sont envisagées : « *Identifier et fédérer les acteurs régionaux intervenant sur ce thème, pour élaborer une stratégie de développement de l'éducation à la sexualité de qualité et en assurer le suivi* », et « *Générer une culture et une*

⁵⁰ Approche thérapeutique familiale aujourd'hui reconnue comme traitement pour les addictions à l'adolescence par l'Institut national de la toxicomanie aux États-Unis (NIDA) (Gouvernement, 2017).

éthique commune autour des concepts, enjeux, méthodes et outils en éducation à la sexualité ». L'ARS ainsi que l'éducation nationale pilotent cette action (DPJJ, 2011).

I.3.5 Le Plan national pour l'alimentation

Le Plan national pour l'alimentation vise plusieurs objectifs : « *Faciliter l'accès de tous à une bonne alimentation* », notamment aux plus jeunes et aux détenus ; « *Améliorer l'offre alimentaire* » ; « *Améliorer la connaissance et l'information sur l'alimentation* » ; « *Promouvoir le patrimoine alimentaire et culinaire français* » (MAAPRAT, 2011). Le Plan national pour l'alimentation profite aux jeunes de la PJJ puisqu'il s'engage à « *améliorer l'offre alimentaire en milieu carcéral et favoriser la réinsertion par l'alimentation* ». À ce titre, il prévoit de « *faire bénéficier les jeunes sous protection judiciaire d'un accompagnement et de formation à des métiers relevant des domaines de l'agriculture, de l'environnement, de l'agroalimentaire, de l'alimentation, de la forêt et des services en milieu rural* » (MAAPRAT, 2011). Cet engagement repose sur l'accord-cadre établi en mai 2009 entre la DPJJ, la DAP (pour le ministère de la Justice) et la Direction générale des études et recherches (DGER) (pour le MAAPRAT). La DPJJ est donc impliquée dans ce plan, confortant le partenariat développé avec le MAAPRAT issu dudit accord-cadre signé par Gauzere, l'adjointe du directeur de la PJJ.

Ainsi, pour mener à bien sa démarche PJJPS, la DPJJ bénéficie de nombreuses ressources. Tout d'abord, des textes structurants, notamment la convention-cadre de partenariat en santé publique entre la DPJJ et le DGS de 2017. Ensuite, l'appui d'experts en promotion de la santé, notamment la FNES et ses IREPS. Aussi, son inscription dans les politiques publiques, par le biais de plans nationaux qui soutiennent la démarche et dans lesquels la DPJJ elle-même s'inscrit. Désormais, il convient de s'intéresser à la manière dont se décline le projet sur le territoire, dans le respect des orientations nationales.

II. La déclinaison du projet PJJPS sur le terrain

Pour promouvoir la santé et le bien-être des jeunes sous-main de justice sur le terrain, la DPJJ se dote de nombreux outils de santé, qu'elle met à la disposition des nombreux acteurs de santé des établissements et services de milieu ouvert et de placement de la PJJ. Par ailleurs, avant d'explicitier le rôle joué par chacun de ces acteurs, nous verrons que ces derniers bénéficient d'une importante formation en promotion de la santé, délivrée à l'ENPJJ.

II.1. Les outils et les dispositions de santé à la PJJ

La DPJJ a élaboré, en 2008, un « Guide technique en santé » qui prévoit une série de dispositions et d'outils pour prendre en charge la santé au sein des établissements et services de la PJJ. Ce guide a été élaboré en trois phases, selon trois notes publiées par la DPJJ : la note n° 163 du 15 mai 2006 (phase 1), la note n° 2000600077597 du 19 juillet 2006 (phase 2) et la note n° 417 du 14 décembre 2006 (phase 3). L'ensemble fait partie intégrante de la politique de santé dont l'accompagnement est défini dans la note n° 563 du 29 novembre 2005. Plusieurs éléments composent désormais le guide technique en santé. Nous allons nous intéresser à certains d'entre eux : le recueil d'information en santé (RIS), le projet d'accueil individualisé (PAI), l'espace santé du service éducatif, les médicaments et leurs modalités de distribution, et enfin le recours aux partenaires de droit commun. Toutes nos informations seront directement tirées de ce guide, consultable sur le site du Ministère de la Justice.

II.1.1. Le RIS

Grâce au RIS, le service en charge de la mesure éducative du jeune peut recueillir les informations de santé le concernant. Le RIS est rempli dès l'accueil du jeune, de manière à ce que les questions de santé soient directement abordées. Il permet de recueillir les besoins de jeune ainsi que ceux de ses proches, et de mesurer l'état de leurs relations. Pour les professionnels, il permet de faire un premier point et de repérer d'autres besoins éventuellement non exprimés par le jeune. Ainsi, le RIS va orienter la prise en charge éducative du jeune (DPJJ, 2008).

Le RIS, disponible en annexe 10, comporte plusieurs éléments : l'identité du jeune, l'exercice de l'autorité parentale, la couverture sociale, le médecin traitant, le carnet de santé, les besoins de santé spécifiques, les bilans de santé, un récapitulatif des démarches à engager et enfin les objectifs d'intervention éducative en santé. S'il est rempli dès l'accueil du jeune, certaines informations sont renseignées progressivement, lorsqu'elles demandent des investigations supplémentaires (DPJJ, 2008). En effet, lors des entretiens infirmiers, certains points du RIS sont abordés sous l'angle de la prévention et du soin. De même, la fiche de suivi éducatif en santé, un outil d'identification des besoins et de suivi, complétée par le personnel éducatif, peut aider à remplir la case objectifs de santé du RIS. Enfin, l'assistant de service social et le psychologue peuvent compléter le RIS « *selon leurs champs de compétence respectifs* » (DPJJ, 2008). Dès lors, le RIS peut être consulté par l'ensemble des professionnels suivants le jeune et sera transmis, avec l'accord du jeune et de sa famille, « *aux services amenés à prendre le relais*

pour assurer la continuité de la prise en charge » (DPJJ, 2008). Il fait partie intégrante du dossier du mineur⁵¹.

II.1.2. Le PAI

« La PJJ dans sa démarche de prise en charge doit tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lequel la maladie peut placer un enfant ou un adolescent et développer l'adoption de comportements solidaires », énonce la DPJJ (2008). Le PAI est une démarche visant à faciliter l'accueil et la prise en charge des jeunes de la PJJ ayant des besoins de santé spécifiques, c'est-à-dire atteints d'affections plus ou moins graves impactant leur quotidien. Il organise ainsi, *« compte tenu des besoins du jeune, les modalités de la vie quotidienne dans l'institution dans le respect des compétences de chacun »* (DPJJ, 2008). Il prévoit les modalités de prise des médicaments et contient, en annexe, un protocole de soins d'urgence. Ce dernier est signé par le médecin qui suit la pathologie de l'enfant (DPJJ, 2008). Le PAI peut également, selon les difficultés de santé rencontrées par le jeune, prévoir des aménagements spécifiques tels que l'aménagement de la vie dans la collectivité, des pratiques sportives, de la scolarité... (DPJJ, 2008). Le PAI est établi entre les différents intervenants impliqués dans le suivi du jeune. Il lie donc : le jeune et sa famille, le personnel médical suivant le jeune, le directeur de service et le professionnel référent chargé du suivi de la mesure éducative (DPJJ, 2008). Un PAI est consultable en annexe 11.

II.1.3. L'espace santé du service éducatif

Chaque service éducatif doit être équipé d'un espace santé. Le local, accessible et pouvant accueillir le jeune en toute confidentialité, doit contenir une pharmacie. D'après le guide technique en santé (2008), cette pharmacie doit contenir : *« les consignes sur la conduite à tenir en cas d'urgence, les numéros de téléphone du Samu, du médecin référent de l'institution, du service d'urgence du CHU et du Centre Anti-poison, le matériel, les produits et médicaments d'usage courant, les médicaments des jeunes ayant un protocole de soins accompagnés de l'ordonnance, l'autorisation des parents et éventuellement les consignes individuelles en cas d'urgence »*. D'une part, la pharmacie est composée de matériel et produits d'hygiène tels que du savon, des préservatifs, des serviettes périodiques... D'autre part, elle est composée de matériel et produits de soin c'est-à-dire des ciseaux, des pansements, des antiseptiques... Par ailleurs, il incombe au personnel de sans cesse vérifier la propreté et les délais de péremption du matériel et produits. Cet espace santé permet d'assurer le respect de l'hygiène de base, les

⁵¹ Note du 16 mars 2007 relative à l'application de la loi du 2 janvier 2002 aux établissements de la PJJ.

attitudes d'hygiène étant de « véritables enjeux sanitaires et éducatifs devant s'inscrire au quotidien et dans la continuité », souligne la DPJJ (2008).

II.1.4. Les médicaments et leur distribution

Un tiers n'est habilité à distribuer un médicament que si plusieurs critères sont réunis : il existe une prescription faite par un médecin, l'ordonnance précise que la distribution du médicament ne nécessite pas l'intervention d'un auxiliaire médical, le mode de prise du médicament ne présente pas de difficulté particulière qui exigerait un apprentissage⁵². Dans ce cas, « la distribution des médicaments s'apparente à une aide apportée à un tiers dans les actes de la vie courante » (DPJJ, 2008). Dans le cas contraire et en cas d'incident, il s'agirait d'une mise en danger de la vie d'autrui susceptible d'entraîner des sanctions. Par ailleurs, seul peut accéder à l'armoire à pharmacie « le personnel en fonction dans le service responsable du groupe de jeunes, sous la responsabilité du directeur de service », le stockage des médicaments devant être hors de portée des jeunes accueillis (DPJJ, 2008). Enfin, hormis en cas d'impossibilité, la médication exige une autorisation parentale.

II.1.5. Le recours aux dispositifs de droit commun

Pour prendre en charge la santé des jeunes, la PJJ peut s'appuyer sur les acteurs de structures de promotion de la santé de droit commun. « Inversement, la prise en charge PJJ peut être l'occasion, grâce à la mesure et à l'accompagnement éducatif d'orienter ou d'accompagner les jeunes vers des lieux d'accès aux droits, de prévention ou de soins » (Mathieu & Vallet, 2017). Tout au long de notre étude, nous avons eu l'occasion d'énumérer certains d'entre eux avec lesquels la PJJ est habituée à travailler. Nous ne prendrons donc pas ici le temps de tous les énumérer.

Ainsi, nous pouvons voir que les outils et les dispositions relatifs à la santé sont nombreux et variés. Ils visent tous à faciliter la prise en charge de la santé durant la mesure éducative. Toutefois, ces derniers sont parfois insuffisants, de sorte que la PJJ se tourne très régulièrement vers les acteurs et les structures de promotion de la santé de droit commun. Par ailleurs, pour garantir la bonne utilisation de ces outils, et de manière plus générale la qualité des actions de promotion en santé des agents de la PJJ, l'offre de formation tient une place importante.

⁵² D'après la circulaire DGS/PS3/DAS n° 99 320 du 4 juin 1999 et l'avis du Conseil d'État du 9/03/1999

II.2. La formation des agents de la PJJ à la santé

Pour garantir la qualité des actions de promotion de la santé, fondées sur de bonnes pratiques validées, la formation professionnelle des agents de la PJJ est essentielle (Mathieu & Vallet, 2017). Ces derniers doivent être en mesure d'intégrer la promotion de la santé et du bien-être à leurs pratiques éducatives ou de management (DPJJ, 2018). Les formations sont portées par l'ENPJJ, qui propose en formation statutaire comme continue, « *des contenus permettant l'appropriation de cette approche par les professionnels* » (Sultan, 2017). Elles se déclinent sur le site central à Roubaix et dans les inter-régions avec les Pôles territoriaux de formation (PTF) (ENPJJ, 2022). Par ailleurs, les IREPS, qui accompagnent la démarche PJJPS, sont des partenaires importants par le biais de leurs offres habituelles de formation (Mathieu & Vallet, 2017).

Chaque année, l'ENPJJ coorganise « les Journées PJJPS ». Elles réunissent : les éducateurs et les directeurs des services stagiaires, les représentants de toutes les DIRPJJ, les représentants de l'administration centrale, des partenaires tels que la DGS et SPF, relève la DPJJ (2018). Elles sont essentielles en ce qu'elles « *permettent d'associer des professionnels de tous les territoires et des partenaires, au suivi des objectifs, à l'animation de la démarche, à la construction d'outils* » (Ministère de la Justice, 2017). Ces manifestations permettent de réaliser des expériences de terrain à la PJJ. Par les exemples et les illustrations qu'elles offrent, elles participent au cadrage opérationnel de la démarche PJJPS (Sultan, 2017). Les 29 et 30 mars 2018 s'est tenue la sixième édition des Journées PJJPS, durant laquelle des séances plénières et des ateliers thématiques étaient organisés. Des ateliers sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel (Atelier AICS), sur l'équithérapie soit la pratique du cheval pour promouvoir la santé mentale (Atelier EQUI), sur la santé mentale et le bien-être au travail (Atelier BEPRO), sur la santé mentale et l'importance du corps (Atelier CORPS)... ont permis aux professionnels réunis de s'informer et partager leurs expériences (DPJJ, 2018).

Ainsi, les actions de formations dispensées par le l'ENPJJ et l'organisation de Journées PJJPS permettant des retours d'expériences de terrain sont fondamentales pour conduire le projet PJJPS et former les acteurs. Si tous les agents de la PJJ sont concernés par la santé des jeunes, certains sont plus spécifiquement impliqués que d'autres en la matière, de par la nature même de leur poste.

II.3. Les acteurs de la santé à la PJJ

Les agents de la PJJ contribuant à la prise en charge de la santé des jeunes suivis sont : le conseiller technique en promotion de la santé (CTPS), les infirmiers, les assistants de service social, les psychologues et enfin les éducateurs. Nous allons nous pencher sur le rôle de chacun d'entre eux et leur manière d'aborder la santé.

II.3.1. Le CTPS

Le CTPS occupe une place importante en matière de promotion de la santé. La fiche de poste du CTPS, publiée par la DPJJ en 2022, nous renseigne largement sur ses missions.

Tout d'abord, au sein de la DT, le CTPS participe au portage de la démarche PJJPS (Ministère de la Justice, 2022). Dans le cadre de cette mission, il apporte à la DT des conseils sur la prise en compte, à l'échelon territorial, de la santé. Il concourt également à l'élaboration du projet territorial, dans lequel il définit et inscrit une démarche de promotion de la santé (diagnostic territorial de santé, organisation de groupes de travail thématiques, animation de commissions territoriales de santé...) (DPJJ, 2022). Par ailleurs, il soutient et propose « *le déploiement d'actions de promotion de la santé menées auprès des jeunes de la PJJ au niveau territorial* » (DPJJ, 2022). Pour favoriser le déploiement des telles actions dans les services, le CTPS peut aller rechercher des financements extérieurs, auprès par exemple de la MILDECA ou de l'ARS. Il participe aux rassemblements nationaux de la PJJ portant sur la santé (DPJJ, 2022).

Aussi, le CTPS accompagne les équipes de terrain en les aidant à s'approprier la démarche PPJPS (Ministère de la Justice, 2022). À cet effet il peut apporter, aux cadres et équipes, des conseils sur des thématiques de santé ou son expertise sur la prise en charge sanitaire des jeunes (DPJJ, 2022). De même, le CTPS va « *Accompagner la prise en compte de la promotion de la santé dans l'élaboration [...] des projets de services et des projets éducatifs* », « *Accompagner la diffusion [...] d'outils en promotion de la santé* », « *Faciliter le lien avec les dispositifs de santé généralistes en matière de prévention ou de prise en charge ou spécialisés* »... (DPJJ, 2022).

Enfin, le CTPS définit, et dans les politiques publiques territoriales, et dans les réseaux de partenaires, le type de public pris en charge par la PJJ (Ministère de la Justice, 2022). Ainsi le CTPS va, par exemple, « *Inscrire la PJJPS dans les instances de politiques de santé portées notamment par les ARS en veillant à la dynamique santé en détention et à l'accès des jeunes aux bilans de santé et aux propositions du droit commun* », « *Faire le lien avec les services des*

conseils départementaux chargés de la protection de l'enfance pour une prise en compte concertée des questions de santé pour les jeunes ayant un double suivi », « *Contribuer à la dynamisation et la formalisation de réseaux fonctionnels d'acteurs impliqués dans les prises en charge* » ... (DPJJ, 2022).

II.3.2. L'infirmier

L'infirmier exerce en CEF, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il poursuit trois missions principales, selon le Ministère de la Justice (2022) :

- Élaborer et mettre en œuvre le projet de prise en charge du mineur ;
- Soutenir les agents du centre dans l'intégration de la santé dans l'action éducative ;
- Apporter sa participation dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique territoriale et interrégionale de santé.

Lors d'entretiens individuels, le personnel infirmier fait le point sur l'état de santé du jeune et aborde les questions de prévention et de soins. Il dispense, lorsque cela est nécessaire, des conseils en prévention ou relatifs à l'état de santé général. Il apporte aux autres acteurs de santé un éclairage technique sur la situation de la santé du mineur (DPJJ, 2008).

II.3.3. L'assistant de service social

L'assistant de service social agit au sein des services de milieu ouvert de la PJJ. Sa mission est double : élaborer un diagnostic social, et accompagner l'action socio-éducative avec les éducateurs et les psychologues (Ministère de la Justice, 2015). Au titre de sa première mission, il analyse les informations qu'il a préalablement recueillies sur la situation du mineur et sa famille, ses conditions de vie, ses conditions d'éducation. Il réalise à cet effet des entretiens dans les services, rédige les RRSE et participe à l'exécution de la MJIE (Ministère de la Justice, 2015). Au titre de sa seconde mission, il a notamment pour objectifs d'améliorer les conditions de vie du jeune, par exemple sur le plan social, sanitaire, familial, ou encore de favoriser son insertion sociale et son autonomie (Ministère de la Justice, 2015). Des connaissances en psychologie infantile et adolescente lui sont indispensables.

II.3.4. Le psychologue

La mission principale du psychologue de la PJJ est de « *favoriser et garantir la prise en compte de la réalité psychique des mineurs* » (Ministère de la Justice, 2022). Il offre au mineur un

espace d'écoute, et de parole. Ces échanges permettent d'apprendre à connaître la personnalité du mineur, de mieux comprendre ses actes, d'évaluer sa situation familiale. Ces éléments bénéficient à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui peut s'appuyer sur les compétences du psychologue pour adapter le travail éducatif (Ministère de la Justice). Intervenant en milieu ouvert ou en milieu de placement, le psychologue de la PJJ joue un rôle important dans « *la définition et la mise en œuvre des projets éducatifs et d'orientation, tant sur le plan individuel qu'institutionnel* » (Ministère de la Justice, 2022). Il est amené à rédiger, dans le cadre des mesures d'investigation, des écrits restituant les éléments recueillis et l'analyse qu'il en fait. Il est aussi source de propositions : par exemple, il est habilité à élaborer des propositions d'orientation vers des dispositifs de soins adaptés, et peut mobiliser l'entourage du mineur pour un accompagnement dans cette démarche de soins. Le travail qu'il entreprend est ciblé sur les problématiques spécifiques rencontrées par le jeune et sa famille. Par ailleurs, le psychologue travaille régulièrement en partenariat avec d'autres institutions : l'ASE ou les services de pédopsychiatrie. Travailler de pair pour mieux connaître le jeune et ainsi adapter la prise en charge sont les objectifs de ces partenariats (Ministère de la Justice). Les psychologues de la PJJ, par la nature même de leur travail, sont déjà impliqués dans la démarche PJJPS.

II.3.5. L'éducateur

Le personnel éducatif est amené à conduire des entretiens de santé durant lesquels il aborde la question des déterminants de santé avec le jeune. Il peut faire le point avec lui sur la perception qu'il a de sa santé (DPJJ, 2008). Au sein des éducateurs, certains sont désignés référents dans un domaine. Par exemple, au sein de chaque service de la PJJ, il y a un éducateur référent sport, un éducateur référent culture... et nécessairement un éducateur référent santé. Bien souvent, l'éducateur attiré à la santé est celui qui a une certaine sensibilité à cette problématique. Ce dernier se rend à la commission santé, puis relaye les informations qu'il a pu recueillir au reste de l'équipe. Son rôle est donc de diffuser les informations. Il s'occupe régulièrement de monter des projets santé, avec le soutien d'autres éducateurs de la structure.

Conclusion Chapitre I

Ce premier chapitre nous a permis de comprendre, dans un titre I, l'intérêt de mobiliser la PJJ autour de la santé, pour les jeunes comme pour l'institution en elle-même, afin qu'elle se mette en conformité avec les cinq axes de la Charte d'Ottawa de 1986. Ensuite, notre titre II nous a permis d'observer comment le projet PJJPS s'est progressivement mis en place, de son lancement en 2013 à son renouvellement en 2017, en passant par le rapport d'évaluation de la politique de santé 2005-2008 de la PJJ. Enfin, notre titre III nous a permis de faire un tour d'horizon des ressources de la PJJPS. Nous avons pu étudier les différents textes nationaux qui structurent la démarche et comment ils sont déclinés à l'échelle locale. Nous avons vu que l'ensemble des agents de la PJJ sont acteurs de la santé des jeunes. Ils contribuent, par l'essence même de leur métier ou par les actions qu'ils mettent en place, à promouvoir la santé des jeunes. Pour les guider dans leurs actions, un Guide technique en santé a été élaboré, mettant à leur disposition plusieurs outils de santé, tandis que certains doivent nécessairement suivre une formation au sein de l'ENPJJ.

Chapitre II : La prise en compte de la santé au sein des services de la DTPJJ Nord

Nous allons maintenant nous intéresser à la prise en charge de la santé des mineurs sous-main de justice au travers des projets de service de deux structures de milieu ouvert : le STEMO de Dunkerque (Projet de service 2020-2022 publié par la DTPJJ du Nord) et le STEI de Villeneuve d'Ascq Dunkerque (Projet de service 2018-2022 publié par la DTPJJ du Nord). Nous ferons de même avec une structure de milieu fermé : le CEF de Cambrai, en nous appuyant ici sur un rapport de visite datant de 2018 rédigé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Titre I : Structures de milieu ouvert

I. Le STEMO de Dunkerque

Depuis 2012, le STEMO de Dunkerque est composé de deux UEMO, l'UEMO de Dunkerque Est et l'UEMO de Dunkerque Ouest. Le projet de service 2020-2022 du STEMO s'inscrit dans la continuité du premier projet de service élaboré en 2007 puis reconduit en 2017, celui-ci ayant vocation à être sans cesse complété et révisé. Les missions du STEMO sont multiples. Il a notamment vocation à accompagner le jeune et à organiser des actions collectives « *ayant pour objectifs le développement personnel, la promotion de la santé, l'intégration sociale ou encore l'insertion préprofessionnelle* ». À ce titre, le STEMO entretient des relations institutionnelles avec les acteurs de la justice de l'arrondissement judiciaire de Dunkerque, notamment la Direction territoriale de prévention et d'action sociale (DTPAS) des Flandres. STEMO et DTPAS travaillent de pair sur plusieurs sujets conjoints, notamment le développement des partenariats et « *la connaissance de l'offre de service par les services réalisant des préconisations d'orientation* ». Pour se faire, des Comités opérationnels territoriaux (COT), concernant le volet thématique, et des Comités techniques territoriaux (CTT), concernant l'étude de situations complexes, tous deux coanimés par le STEMO et la DTPAS, ont lieu. Concernant le sujet plus spécifique de la santé mentale, se tient un COPIL ados complexes concernant le secteur des Flandres Maritimes. Il est coanimé par le STEMO et la cadre référente du pôle de psychiatrie enfant et adolescent de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres. Ce dernier vise trois objectifs : l'organisation de stages croisés, la création d'un répertoire des partenaires locaux et l'organisation de journées thématiques. Ce partenariat répond aux objectifs du plan national PJJPS qui visent à promouvoir le travail partenarial

local (Valet, 2017). Pour autant, le STEMO nous indique que l'avancement de ces objectifs est en cours et toujours au stade de l'expérimentation. Aussi, il n'existe pas pour l'instant de protocole rédigé à ce sujet. L'UEMO est amené à réaliser des mesures judiciaires, notamment les stages et les stages alternatifs aux poursuites. Il organise donc des sessions collectives de stages de citoyenneté, de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, de sensibilisation à la sécurité routière et de lutte contre les violences sexistes ou sexuelles. Nous retrouvons ici les thématiques des plans de stratégie nationale précédemment évoqués.

Dans le cadre de la prise en charge des jeunes suivis sous le coup d'une mesure judiciaire, le STEMO de Dunkerque propose un entretien aux jeunes pour identifier les besoins éducatifs individuels et notamment les problématiques de santé. Au besoin, il vise à proposer un accompagnement adapté en orientant le jeune vers des démarches de santé et d'insertion.

Il facilitera alors la liaison entre son public et les partenaires locaux, l'accès aux dispositifs de droit commun n'étant pas toujours accessible à ces derniers. Ainsi, le STEMO de Dunkerque met en place trois dispositifs avec la mission locale « entreprendre ensemble » favorisant l'insertion des jeunes, le CSAPA association Michel, qui vise à la prise en charge des soins et de la prévention en addictologie, et l'association Aladho qui propose des projets d'art thérapie et un suivi sur des thématiques liés aux addictions, violences, sexualité.

Le STEMO vise aussi à répondre à l'obligation de formation de son personnel. Toutefois, l'objectif reste en cours d'avancement et mériterait d'être approfondi. Nous avons précédemment évoqué l'importance du bien-être et de la santé des agents de la PJJ pour favoriser la prise en charge des jeunes. Le STEMO de Dunkerque se dote donc d'un assistant de prévention, qui veille à mettre en place la politique de prévention des risques et la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité au travail. Il dispose aussi d'un DUERP, d'un service social du personnel, d'un médecin de prévention, d'un psychologue du travail avec notamment une convention signée avec l'association intercommunale d'aide aux victimes et de médiation (AIAVM) qui permet à tous les agents de bénéficier d'un suivi en cas de situations de violences, agressions, traumatismes sur leurs lieux de travail.

Le STEMO de Dunkerque souhaite donc considérer la prise en charge de la santé de ses jeunes en s'appuyant notamment sur l'offre partenariale. Toutefois, nous notons que l'avancement de ces projets reste en cours, et mérite d'être pérennisé pour offrir une prise en charge systématique et qualitative aux mineurs. Le STEMO veille aussi à la santé de ses agents.

II. Le STEI de Villeneuve d'Ascq Dunkerque

Au sein des STEI, les UEAJ ont pour objectif, dans le cadre de l'action éducative, l'insertion scolaire et professionnelle des jeunes suivis. Le travail est centré sur l'entrée ou le retour dans les dispositifs de scolarité ou de formation, classiques ou spécialisés. Y sont accueillis les jeunes sous le statut d'élève astreints à une obligation scolaire⁵³ ou les jeunes de plus de 16 ans sous le statut de stagiaire de la formation professionnelle⁵⁴ (DPJJ, 2021). Les UEAJ mettent en œuvre des « actions de préformation, de formation, de préparation à la vie professionnelle et l'organisation permanente, sous la forme d'activités de jour, d'un ensemble structuré d'actions qui ont pour objectifs le développement personnel, la promotion de la santé, l'intégration sociale et l'insertion professionnelle du mineur ou du jeune majeur » (DPJJ, 2021).

Le STEI de Villeneuve d'Ascq-Dunkerque accueille les jeunes de l'ensemble du Territoire du Nord et de la Cour d'appel de Douai rencontrant des difficultés de scolarisation et de professionnalisation. Il se compose de trois UEAJ : l'UEAJ 1 de Villeneuve d'Ascq, l'UEAJ 2 de Villeneuve d'Ascq et l'UEAJ de Dunkerque. L'UEAJ 1 accueille les mineurs de moins de 16 ans et mène des activités socialisantes, tandis que l'UEAJ 2 est davantage préprofessionnelle. Au sein des trois UEAJ, le profil des jeunes accueillis diverge. Au sein des UEAJ de Villeneuve d'Ascq, qui accueillent essentiellement des jeunes issus de la métropole lilloise, il s'agit plutôt d'une délinquance urbaine marquée par des trafics de stupéfiants et des violences. À Dunkerque, il s'agit davantage d'un public en difficulté marqué par une délinquance rurale : le vol et la détention de stupéfiants sont les principales problématiques retrouvées⁵⁵.

Nous allons nous intéresser aux UEAJ de Villeneuve d'Ascq, notre lieu de stage. L'intérêt ici est de nous intéresser à la place accordée à la santé au sein de la structure et les actions menées en ce sens. Nous rappelons que la santé est globale : elle est physique, mais aussi psychique. Des activités qui pourraient sembler, de prime abord, ne pas avoir de lien avec la santé, en ont en réalité un.

La prise en charge au sein de l'UEAJ poursuit plusieurs objectifs : les acquisitions cognitives, préprofessionnelles, et psychosociales. Ces dernières nous intéressent. À l'UEAJ, un large travail est mené pour redonner aux jeunes confiance en eux, les valoriser, les remobiliser, leur

⁵³ Articles L. 111-2et 131-1 du Code de l'éducation

⁵⁴ Articles L. 6341-1 et suivants du Code du travail

⁵⁵ Selon les données analysées du logiciel GAME et les éléments des dossiers des usagers.

faire acquérir une certaine autonomie et les motiver tout en prenant plaisir à pratiquer les activités proposées. Les exigences sont adaptées au profil de chaque jeune, notamment à son état de santé. Dans le cadre de la prise en charge, les professionnels de l'UEAJ sensibilisent quotidiennement les jeunes aux besoins fondamentaux : le sommeil, l'alimentation, le bien-être physique. La famille du jeune est mobilisée autant que possible et informée des modalités particulières de sa prise en charge, par exemple des sorties, des bilans de santé. Au sein des UEAJ, plusieurs activités quotidiennes sont mises en place, prenant la forme d'ateliers. Il existe dans le service cinq domaines d'activités, dont la santé. Une place fondamentale lui est donc accordée. Aux UEAJ de Villeneuve d'Ascq, les activités relatives à la santé sont le PCSC1, le bilan de santé, les actions concernant les addictions, la participation à des forums, la diffusion de DVD supports « Je (u), tu, il question de santé », les ateliers relaxation et sophrologie, les ateliers « estime de soi » relatifs à l'esthétique et la coiffure. Puisque la santé est aussi physique, plusieurs activités sportives sont proposées : le taekwondo, les sports collectifs, la boxe éducative, la musculation, le fitness. Enfin, puisque la santé est aussi sociale, des activités artistiques et culturelles y sont organisées. Par exemple la visite de musées et lieux culturels, l'expression corporelle, des jeux de société, l'éducation à l'image, la découverte du monde et des cultures. Des projets de type « Des cinés la vie », « Bulles en fureur », « Histoire de Dire », « Dis-moi dix mots » sont développés : les professionnels du service repèrent les besoins des jeunes, puis recherchent et mettent en place ces actions et projets particuliers. Un travail transversal est toujours recherché. Par ailleurs, l'UEAJ propose ponctuellement des actions en partenariat. Ces partenariats peuvent évoluer ou rester inchangeables et sont souvent transversaux aux différents domaines d'intervention. À l'UEAJ, trois partenaires fondamentaux sont repérés : l'Éducation nationale et notamment la Mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS), les Missions locales et les dispositifs d'insertion, et enfin les associations et les services municipaux. Ces derniers constituent des partenaires de taille mettant en place des actions spécifiques avec les jeunes, qui permettent notamment de traiter des questions de santé. En voici quelques exemples : les associations spécialisées en addictologie, notamment le CSAPA le Pari, la prévention routière dans le cadre du projet MILDECA qui vise à sensibiliser les jeunes aux risques routiers et à l'usage de psychotropes, les centres sociaux, le service jeunesse et sport de Villeneuve d'Ascq, l'Association Secours Populaire, les planteurs volontaires en soutien à l'activité horticulture menée à l'UEAJ, les partenariats avec des esthéticiennes et coiffeuses dans le cadre de l'activité « estime de soi » précitée... Ils poursuivent plusieurs objectifs énumérés dans le projet de service du STEI de Villeneuve d'Ascq (2021) : « *Proposer aux jeunes des actions complémentaires aux activités pédagogiques*

de l'UEAJ » ; « Amener les jeunes aux dispositifs de soin » ; « Favoriser la rencontre des jeunes avec le monde associatif et les valeurs qu'il véhicule » « Ouvrir les jeunes au monde extérieur (en termes d'activités, de lieux, des encadrants) », « Connaître les potentialités offertes par les municipalités », « Préparer les relais post prises en charge ».

Titre II : Structures de milieu fermé, le CEF de Cambrai

Le CEF de Cambrai, qui a ouvert en 2013, est l'unique CEF du département du Nord. Nous ne disposons pas du projet de service de cet établissement. Néanmoins, nous détendons un rapport de visite du CEF de 2018, publié par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui nous fournit des informations sur la manière dont est prise en charge la santé au sein du centre. En effet, du 2 au 5 octobre 2018, quatre contrôleurs sont venus visiter le CEF et ont formulé des observations sur le fonctionnement de ce dernier, sur lesquelles nous allons largement nous appuyer.

Au sein du CEF, une infirmière, une psychologue, des partenaires extérieurs, des liens privilégiés avec un médecin généraliste et une pharmacie de Cambrai structurent la prise en charge de la santé des jeunes accueillis. Dès lors que le mineur entre au CEF, plusieurs documents sont adressés à ses parents : autorisations de soins, autorisations d'intervention médicale, fiche santé... qu'ils sont chargés de remplir. Lorsqu'il s'agit d'un placement qui a été programmé, ils sont préparés avant même son entrée au CEF, généralement avec l'aide de l'éducateur référent du milieu ouvert. Lorsqu'il s'agit d'un placement non préparé, *« l'infirmière prend contact avec les parents pour les informer de l'arrivée de leur enfant et pour poser les questions essentielles quant à sa santé. Elle les invite également à venir au CEF le plus rapidement possible notamment pour signer cette autorisation de prise en charge sanitaire »* (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018).

La prise en charge somatique du mineur est exercée par l'infirmière du CEF. Au lendemain de son arrivée, elle reçoit le mineur pour faire un point sur sa santé et l'informer du rôle de l'équipe de santé du centre. Elle organise ensuite un rendez-vous avec un médecin généraliste. Ce rendez-vous permet, d'une part, de faire un examen médical et, d'autre part, d'obtenir des certificats médicaux pour l'exercice du sport. La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) organise également un bilan de santé. Fréquemment, l'infirmière organise des entretiens avec le mineur pour discuter de sa santé et de son bien-être. L'infirmière, ou l'éducateur en son absence dispensent en principe les traitements. Les médicaments sont stockés à l'infirmerie, dans une armoire fermée à clé. Toutefois, le rapport pointe du doigt une carence du CEF qui *« ne dispose pas de protocole à destination de l'équipe éducative, pour la prise en charge de la santé des mineurs ou pour le partage d'informations dans le respect du secret médical et de la volonté des mineurs. Cette carence crée des frustrations et incompréhensions chez les*

soignants comme chez les autres intervenants » (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018).

La prise en charge de la santé mentale des mineurs accueillis, elle, est exercée par la psychologue du CEF. Intervenant à temps complet, elle reçoit le jeune une fois par semaine, pour un rendez-vous obligatoire d'une heure et trente minutes. La famille du jeune, elle, est reçue au moins une fois au cours du placement. Pendant l'entretien, des outils de médiation sont fréquemment utilisés par la psychologue pour libérer plus facilement la parole du jeune. Enfin, *« des contacts sont pris avec les homologues des structures ayant suivi les mineurs en amont pour faire un bilan des accompagnements déjà menés et pour la suite de la prise en charge si nécessaire »* (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018). Toutefois, si une psychologue est présente sur place, le CEF ne comprend pas de poste de psychiatre et le CMP de Cambrai refuse de s'occuper des mineurs du CEF n'étant pas du Cambrésis. En conséquence, le rapport note qu' *« à défaut d'une prise en charge locale, des solutions ad hoc sont parfois trouvées comme le suivi par le CMP de Douai ou par les structures du milieu d'origine [...] l'établissement refuse, autant que possible, d'accueillir des mineurs souffrant de pathologies psychiatriques prononcées »* (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018). Un suivi adapté, en matière de santé mentale, devrait pourtant être apporté aux mineurs.

Enfin, le CEF organise tous les jours des activités diverses et variées au bénéfice des mineurs pris en charge. En voici quelques exemples : s'occuper des chiens à la société protectrice des animaux (SPA), rendre visite à des personnes handicapées dans une maison d'accueil spécialisée, effectuer des maraudes à Cambrai et aller rencontrer des personnes en situation de rue, fréquenter la médiathèque municipale... La psychologue du CEF a également créé des ateliers sur l'estime de soi, tandis que des voyages sont chaque année reconduits, ces derniers poursuivant des objectifs culturels ou bien sportifs. Des activités sportives et événements sportifs sont organisés, au sein même de l'établissement ou dans des salles dédiées à proximité du CEF. Pour promouvoir l'activité physique au sein du CEF, des salles de musculation équipées de plusieurs appareils, de matériel de boxe ou encore de vélos d'appartement composent le centre. La mise en place de ces salles est *« le résultat d'initiatives individuelles d'éducateurs qui ont porté des projets spécifiques »*, relève le rapport de visite (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018). Par ailleurs, depuis juin 2018, plusieurs ateliers santé, hebdomadaires, sont développés. Plusieurs thèmes y sont abordés : addictions, sommeil, respect de soi, fonctionnement du corps humain, l'hygiène alimentaire... Ils sont animés par l'infirmière et la psychologue, ou par un éducateur, à l'aide de différents supports comme par

exemples des jeux, des vidéos. Toutefois, le rapport alerte sur le fait que ces ateliers santé ne semblent pas se tenir à intervalles réguliers, d'après la consultation des plannings. Aussi, il convient de noter que pour la thématique des addictions, le CEF a créé un partenariat avec le CSAPA et propose systématiquement aux jeunes une consultation en addictologie. « *En 2017, seul un jeune a refusé systématiquement une telle consultation* », relèvent les contrôleurs.

Chapitre III : La prise en charge de la santé des jeunes du point de vue des professionnels du terrain

Nous allons, pour conclure cette partie II, mettre en avant les propos recueillis auprès des acteurs du terrain, offrant une vision plus subjective de la réalité de la prise en charge des jeunes. Nous analyserons donc les échanges ayant eu lieu avec l'éducatrice de l'UEAJ de Villeneuve d'Ascq, avec l'éducateur-référent santé de l'UEHC de Lille et le CTPS de la DTPJJ du Nord

Titre I : L'éducatrice de l'UEAJ de Villeneuve d'Ascq

Au sein des UEAJ, un travail sur la santé est mené avec les jeunes sur le terrain, à différents niveaux. Nous avons eu la chance, dans le cadre de notre stage, de discuter avec une éducatrice de l'UEAJ de Villeneuve d'Ascq de toutes les actions mises en place pour la santé des jeunes au sein de sa structure. Ces actions de bien-être ne semblent pas relever de la santé, mais en font pourtant partie : être bien avec soi-même, être bien dans sa peau, contribue à une meilleure santé physique et psychologique. Par exemple, l'intervention d'une experte extérieure en coiffure et esthétique, dont nous avons parlé lorsque nous avons présenté le projet de service de l'UEAJ de Villeneuve d'Ascq, permet de libérer la parole et de redonner confiance aux jeunes. L'intérêt de ces interventions est aussi de repérer certains problèmes de santé que les jeunes banalisent ou sous-estiment. Par exemple, faire un shampoing et repérer la présence de poux, faire un soin du visage et repérer des problèmes de peau... Les activités effectuées au cours desquelles des consignes, des informations sont données permettent parfois d'apercevoir des problèmes de compréhension. L'éducateur va alors chercher à comprendre l'origine de l'incompréhension, qui peut être intellectuelle ou encore physique. Par exemple, un problème de surdité. Une fois ces problèmes repérés, aborder la question de l'hygiène, de la santé, avec les jeunes de la PJJ n'est pas toujours une tâche facile. Le personnel éducatif doit alors user de stratégies pour amener le sujet auprès des jeunes. Par exemple, tenter une première approche en proposant à un jeune ayant des soucis d'hygiène d'acheter de nouveaux vêtements. Ensuite, lui proposer de faire des soins puis lui conseiller d'aller consulter un professionnel de la santé tel qu'un dermatologue ou un ORL.

Les activités proposées sont toujours tournées vers un objectif d'apaisement des conflits et de proposition de solutions. Elles visent à aider les jeunes à décompresser, à se poser, à se reposer.

L'intérêt de l'intervenant extérieur est justement son extériorité à la structure. Le jeune aura plus de facilité à parler à l'intervenant qui n'a pas cette étiquette PJI.

À côté de ces ateliers bien être, l'UEAJ propose des activités sur la santé proprement dite. Il est compliqué pour le personnel suivant les jeunes de les amener à parler de leur santé. La santé est bien souvent le dernier problème qu'ils souhaitent traiter, elle est rarement une priorité pour ce public. L'UEAJ s'appuie alors sur ses partenaires, et notamment le COREPS d'Arras, une association en prévention santé qui a accompagné la structure sur la mise en place d'ateliers sur les risques psychosociaux. Ces interventions permettent à l'équipe éducative de récupérer des outils pour mettre en place eux-mêmes ces ateliers par la suite.

Dès lors, l'éducateur de l'UEAJ accompagne le jeune dans ses démarches santé. À ce titre, il amène le jeune à faire des bilans de santé, à Roubaix, dans un espace qui le permet, et à l'Institut Pasteur, à Lille. Toutefois, ces rendez-vous sont contraignants (le rendez-vous dure parfois toute une matinée, il faut venir à jeun pour faire la prise de sang...) de sorte que les jeunes refusent bien souvent de s'y rendre. Les jeunes pris en charge étant nombreux, les éducateurs n'ont pas la possibilité de tous les y accompagner en individuel. Aussi, les jeunes filles peuvent être accompagnées sur des services de consultation pour contraception ou interruption volontaire de grossesse. Lorsque des jeunes filles enceintes entrent dans le service, l'éducateur peut faire le suivi de leurs grossesses avec elle : vérifier si la jeune fille se rend bien aux rendez-vous de suivis, regarder comment elle investit sa grossesse... L'éducateur peut même être sollicité par les structures, par exemple l'hôpital, pour savoir comment se passe l'investissement de la grossesse.

Par ailleurs, l'éducateur interrogé regrette l'absence de psychologue au sein de l'UEAJ. L'avantage d'avoir un psychologue directement sur place est de permettre au jeune qui entre dans le service d'être vu tout de suite, puis de proposer plus facilement d'autres rendez-vous. Il est plus simple pour l'éducateur, bien qu'il ne puisse pas l'y forcer, de faire en sorte que le jeune se rende chez ce psychologue dans un cadre repéré, rassurant pour lui, plutôt que de l'amener à aller voir un psychologue extérieur à la structure, de milieu ouvert ou de placement. L'absence de psychologue oblige les éducateurs à « *s'improviser psychologue* » : échanger, apaiser les choses, relativiser... Pourtant, les éducateurs évoquent un besoin d'être éclairés pour apprendre à gérer les situations et avoir un certain recul sur l'histoire et le parcours du jeune que le psychologue est parfois seul à connaître. Les éducateurs ne disposant pas toujours d'informations sur les vécus du jeune, adapter leur prise en charge se relève plus compliqué.

De plus, en l'absence de passage chez le psychologue, les bilans de santé ne sont pas totalement complets.

Enfin, les éducateurs de l'UEAJ travaillent avec la médecine du travail pour que les jeunes puissent avoir des attestations médicales, attestant de leur capacité à travailler. Une visite médicale a lieu, et un point est fait au niveau professionnel et médical (contrôle de la vue, contrôle des vaccins...). Cela représente un plus pour le jeune : par exemple, nous demandons ce document pour confirmer un projet professionnel. C'est le médecin qui délivre l'autorisation ou l'interdiction, non pas l'équipe éducative. Faire appel à la médecine du travail permet à l'éducateur d'avoir une certaine crédibilité : c'est un avis médical qui le lie et contre lequel il ne peut aller. Chacun reste dans sa spécialité, l'éducateur n'étant pas habilité à déterminer si par exemple le trouble du comportement du jeune est contraire à l'exercice de tel ou tel métier.

Ainsi, l'éducateur de l'UEAJ effectue un travail sur la santé au quotidien, s'appuyant largement sur des acteurs extérieurs. Toutefois, promouvoir la santé au sein de l'UEAJ n'est pas toujours aisé, notamment du fait de l'absentéisme et du manque de motivation des jeunes.

Titre II : L'éducateur référent santé de l'UEHC de Lille

Lors de notre stage, nous avons été amenés à côtoyer les éducateurs des différents établissements et services de la PJJ, de milieu ouvert comme fermé. Nous avons pu organiser un entretien avec un éducateur-référent santé de l'UEHC de Lille.

Une nouvelle fois, nous avons abordé la question du RIS. Les observations faites sur ce point sont similaires à celles que nous avons déjà pu recueillir lors de l'entrevue avec le CTPS. L'éducateur affirme rencontrer des difficultés à remplir ce document, les jeunes et leur famille étant plus à même de le faire. Selon lui, l'éducateur devrait préremplir le document puis donner au jeune le soin de le compléter, ce qui permettrait notamment de le responsabiliser autour de sa santé. Par ailleurs, il évoque le côté trop administratif du RIS qui ne permet pas d'obtenir une vision complète de l'état de santé du jeune. Il relève aussi, en tant que référent santé, être trop souvent sollicité pour remplir les RIS alors que cette tâche incombe normalement à tous les éducateurs de la structure.

Lors de notre entretien, l'éducateur a également soulevé le manque de prévention et de promotion de la santé à la PJJ, notamment dans les structures d'hébergement. Les soins dispensés s'apparentent à de la « *bobologie* », des soins du quotidien qui n'ont rien de médical. Finalement, l'obligation de soins n'est qu'une part infime de la PJJ. Aussi, les éducatrices sont généralement plus sensibles aux questions de santé que les éducateurs et plus compétentes en la matière. Néanmoins, dans les établissements de placement, le nombre d'éducateurs est largement supérieur à celui des éducatrices. Dès lors, il observe que dans les établissements de placement où les éducatrices sont peu nombreuses, la santé est bien moins prise en compte.

Au sein de l'UEHC, un large travail est mené sur la santé sexuelle et sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, plus que dans les structures du milieu ouvert. Les jeunes vivant en collectivité, il est important d'effectuer un travail de soins et d'évaluation sur la sexualité. Ces problématiques sont évoquées dans le cadre d'entretiens individuels, mais l'éducateur fait régulièrement appel à d'autres structures plus à même de traiter ces questions telles que la Maison des adolescents ou encore le planning familial.

Dans les faits, les textes PJJPS sont peu appliqués. La PJJ reste fermée sur elle-même, les partenariats étant difficiles à construire, mais surtout à maintenir. Par ailleurs, les partenaires sont peu préparés à travailler avec ce type de public. Ce problème s'observe largement en matière de santé mentale où le manque de soins est criant. Faire venir un psychiatre en foyer

représente un budget important. Nous manquons d'interlocuteurs et donc de continuité dans les suivis.

Les éducateurs des établissements d'hébergement regrettent aussi le manque de médecin PJJ et l'absence de poste infirmier au sein de la structure. Sa présence apparaît pourtant essentielle, ne serait-ce que pour donner les traitements. C'est une nouvelle fois une question de budget. L'absence d'infirmier en établissement d'hébergement collectif questionne encore davantage en comparaison avec les CEF, qui eux accueillent une infirmière de jour. Toutefois, malgré la présence d'un infirmier en CEF, le rôle qui lui est attribué reste critiquable : sa fiche de poste ne lui donne pas le droit de prodiguer des soins, il doit faire appel à une infirmière libérale. Ainsi, qu'il y ait un infirmier ou non dans la structure, le rôle de l'infirmier PJJ reste limité. Il s'agit davantage d'un rôle de promotion, de prévention, d'éducation, de sensibilisation et d'anticipation. La présence de l'infirmier en CEF a néanmoins le mérite de garantir la bonne tenue des RIS.

Aussi, l'éducateur référent santé ayant généralement une certaine sensibilité aux sujets de santé, ce dernier prépare les projets santé de l'établissement, avec l'aide de deux ou trois autres éducateurs et du psychologue du service. Certains prennent du temps à mettre en place ou sont refusés. Lorsque la direction refuse de financer le projet, c'est tout un travail qui est réduit à néant et une perte de chance pour les jeunes d'en bénéficier. Néanmoins, plusieurs projets aboutissent et sont reconduits d'année en année. Par exemple, un projet santé « atelier santé et bien-être » monté en 2017 autour des addictions avait énormément apporté aux professionnels et aux jeunes, relève l'éducateur interrogé. Ce projet, en partenariat avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), organisé en cinq séances (prise de contact, thème du sommeil, relaxation, produits stupéfiants, accès aux soins), s'était appuyé sur un questionnaire d'évaluation des attentes des adolescents de la structure, l'UEHC de Lille, disponible en annexe 12. Ce projet poursuivait des objectifs précis : « *Augmenter le nombre de jeunes placés ayant développé ses connaissances sur les lieux de soin en matière d'addiction durant leur période de placement sur l'année 2021* », et faire en sorte que 100 % des jeunes placés « *participent à au moins deux temps d'échanges portant sur des questions de vie affective et sexuelle durant la période de son placement* », « *renforcent leurs connaissances en matière de vie affective et sexuelle durant sa période de placement* », « *identifient des personnes ou/et des structures vers lesquelles ils peuvent se tourner pour échanger et/ou obtenir des informations* », « *participent à au moins un temps d'échanges portant sur l'estime de soi, la gestion des émotions* » (UEHC de Lille, 2017). Cette intervention avait notamment permis aux

professionnels de l'UEHC de Lille de se familiariser avec les outils pédagogiques qui permettent de parler des consommations à risque avec les adolescents, d'obtenir des informations sur certains produits peu connus, d'accéder à des informations abordant la question des addictions, d'apprendre à construire une intervention, de mieux connaître l'ANPAA et son réseau... (UEHC de Lille, 2017).

Ainsi, l'éducateur-référent santé à un rôle clé en matière de santé. Toutefois, la promotion de la santé doit impliquer l'ensemble des acteurs de la PJJ. Tous sont concernés et certaines failles méritent d'être corrigées pour améliorer la poursuite de cette mission.

Titre III : Le CTPS de la DTPJJ du Nord

Durant notre stage, nous avons eu l'occasion d'échanger avec un CTPS de la DTPJJ Nord. Ce dernier nous a expliqué l'ensemble de ses missions, que nous avons détaillé précédemment. Cet échange nous a permis de comprendre comment la santé est traitée dans le cadre du poste de CTPS et plus largement au sein de la PJJ même, dans ses relations avec les autres agents de l'institution. Nos observations, que nous allons ici présenter, montrent également les difficultés que peuvent rencontrer les CTPS à exercer correctement leurs missions de promotion de la santé.

Dans un premier temps, nous avons pu observer la difficulté pour le CTPS à assurer le suivi sanitaire du jeune pris en charge. En effet, le CTPS de la PJJ Nord effectue une permanence dans toutes les structures du territoire. Au cours de ces permanences, le CTPS voit les jeunes, échange avec les équipes en faisant des rappels, en invitant les professionnels à mettre des choses en place, fait le point sur les pharmacies des structures... Les permanences du CTPS se tiennent une fois par mois pour une durée de deux heures, soit cinq jours par mois au total. L'espacement des visites complique les suivis. En effet, entre les fugues des jeunes, les placements qui sont souvent de courte durée, les changements d'établissements ou de régions des jeunes, le CTPS commence parfois à mettre à place des suivis qu'il ne peut poursuivre. Bien qu'il organise le relais avec les autres CTPS, cela fait obstacle à la continuité des parcours. Le Nord étant le plus grand département de France, les réalités ne sont pas les mêmes. Dans l'Oise, par exemple, le CTPS gère une dizaine de structures tandis que le CTPS de la DTPJJ Nord en gère plus du double. La fréquence des permanences est donc plus faible, rendant le lien avec le jeune difficile à nouer, ce dernier préférant alors se confier à son éducateur qui le suit au quotidien.

Aussi, nous avons pu aborder la question des bilans de santé effectués par le CTPS lors de ces permanences. Au cours d'un entretien avec le jeune suivi, le CTPS remplit le document afin de faire un premier état des lieux de sa santé. Des questions lui sont posées sur son activité physique, son alimentation, sa sexualité, ses consommations de tabac, alcool et drogues, son hygiène corporelle, sa vie sociale, ses ressentis... Il s'assure que le jeune est à jour au niveau de la sécurité sociale, s'il peut avoir sa propre carte vitale ou si des démarches nécessitent d'être effectuées. Un premier bilan de santé est ainsi effectué, dans le cadre d'un échange qui veille à ne jamais mettre le jeune en difficulté, mais plutôt à le mettre en confiance afin qu'il puisse s'exprimer librement. La qualité de cet entretien dépend bien souvent de la volonté du jeune à

discuter ou non, son attitude fermée compliquant le travail du professionnel. Lorsque le CTPS repère un problème de santé particulier, il est chargé d'en informer l'équipe éducative prenant en charge le jeune. Il doit au préalable s'efforcer d'obtenir l'accord du jeune pour divulguer ces informations. C'est l'équipe éducative qui, une fois informée, est chargée de prendre les rendez-vous médicaux nécessaires et d'y accompagner le jeune. Alors que la prise et le suivi des rendez-vous médicaux par le CTPS doivent rester limités aux cas très spécifiques, par exemple une amputation, le CTPS est bien souvent contraint d'aller au-delà de ses missions, sollicité par une équipe éducative qui affirme ne pas toujours être à même de le faire par manque de connaissance en la matière. Pourtant, le poste de CTPS ne requiert pas une formation d'infirmier. L'éducateur est donc autant à même d'exercer cette mission que le CTPS qui n'a pas suivi une telle formation. Dès lors, la mission du CTPS, telle qu'elle est définie dans sa fiche de poste, doit se limiter à un accompagnement, à un soutien des équipes. Il est chargé de les orienter, de répondre aux questions posées sur la santé. Par exemple, il est souvent amené à apporter son aide sur le rassemblement des papiers nécessaires à l'établissement de la sécurité sociale, mutuelle et complémentaire santé du jeune. Il peut de lui-même avertir l'équipe éducative sur les papiers à remplir ou à mettre à jour, dans un rôle d'anticipation.

Nous avons également discuté de la question du remplissage du RIS, outil fondamental de prise en charge de la santé à la PJJ. Le CTPS est régulièrement amené à faire un point sur le remplissage des RIS dans les différents établissements et services de la PJJ de son territoire. Toutefois, remplir le RIS est une mission qui incombe à l'éducateur qui est, contrairement au CTPS, en contact avec le jeune au quotidien. Une nouvelle fois, le CTPS peut éclairer l'éducateur dans cette mission, mais ne peut s'y substituer. Dans les faits, il est parfois amené à le faire, notamment lors des nouvelles entrées des jeunes. L'équipe éducative évoque le problème de confidentialité des RIS : d'après les éducateurs, ces informations de santé sont couvertes par le secret médical, ce qui fait obstacle à leur remplissage. Le CTPS avec qui nous avons échangé insiste sur le fait que les informations contenues dans le RIS ne sont rien de plus que des informations de base ne relevant pas du secret médical. Il évoque que ce sont les mêmes informations que celles données à l'éducation nationale lors d'une rentrée scolaire d'un élève. Il conçoit que la partie du RIS sur les problèmes de santé puisse être plus délicate à remplir, mais elle est essentielle, car il est nécessaire d'en avoir connaissance afin d'anticiper et de prévoir les traitements nécessaires. Elle relève davantage de la précaution. Nous avons alors posé la question suivante au CTPS rencontré : « *D'après vous, les RIS sont-ils correctement remplis ?* ». À cette question, le CTPS répond qu'un audit sur le remplissage des RIS a été

réalisé, à la demande du directeur adjoint, en septembre-octobre 2021. Un premier audit blanc s'est tenu pour préparer les équipes, les alertant sur la faiblesse des remplissages. Quelques mois plus tard, l'audit s'est tenu, montrant que le RIS à proprement parler n'est pas rempli à chaque fois : seules les informations sur le nom et prénom du jeune sont complétées. Pour trouver les informations manquantes, l'ensemble du dossier du jeune doit alors être consulté. Par exemple, les rapports des éducateurs faits aux juges contiennent bien souvent des informations essentielles sur les problèmes de santé du jeune. Pourtant, le but du RIS est de concentrer dans un document unique et rapidement consultable l'ensemble des informations relatives à la santé du jeune. Le CTPS affirme que le RIS est pourtant facile à remplir, et essentiel pour anticiper les démarches. En effet, admettons que le RIS ne soit pas rempli à l'arrivée du jeune qui est amené à être hospitalisé quelques mois plus tard. Au moment de l'hospitalisation, nous nous rendons compte que le jeune ne dispose pas de papiers de sécurité sociale : puisqu'il est impossible d'obtenir une attestation rapidement, c'est à la structure d'avancer les frais. C'est pourquoi le CTPS travaille à sensibiliser les équipes sur l'intérêt d'être assidu dans le remplissage du RIS, pour les agents comme pour les jeunes.

En dehors du remplissage du RIS à proprement parlé, le CTPS interrogé affirme que l'investissement des structures de la PJJ dans la santé est variable d'une unité à l'autre. Dans le milieu ouvert, la santé n'est pas une priorité. Cela s'explique par le fait qu'il y ait énormément de mesures et que les jeunes ne sont pas sur place. En revanche, dans les UEHC et UEAJ, la santé est plus facile à mettre en place. Dans les établissements d'hébergement, le jeune étant présent quotidiennement, l'équipe éducative peut facilement entreprendre des soins avec lui et le suivre. Dans les établissements d'insertion, la même réalité s'observe, même si elle est à nuancer, car les jeunes ne se rendent pas toujours à la structure. Toutefois, lorsque nous parlons de santé, à l'UEAJ comme à l'UEHC, ce sont davantage des gestes d'hygiène du quotidien (par exemple, un lavage de main) que de la santé médicale pure, qui n'est pratiquée que lorsqu'il existe un problème de santé particulier identifié. À ce titre, pour certains actes médicaux, le CTPS est parfois amené à faire appel à une infirmière libérale indépendante de la PJJ. Si, comme nous l'avons vu, l'éducateur peut accompagner le jeune à prendre son traitement lorsqu'il est couvert par une ordonnance, certains sont réticents à cette idée. En hébergement collectif notamment, lorsque le jeune suit un traitement bien spécifique, en particulier psychiatrique, le recours à une infirmière libérale est fréquent. Cela permet d'avoir une certaine traçabilité et de couvrir le personnel éducatif.

Finally, health becomes a priority for the PJJ only when the young person has mental or psychiatric problems. In this case, finding a doctor becomes a priority. Let's take the example of sexual violence perpetrators. For these young delinquents, it's the regional care unit for sexual violence perpetrators (URSAVS) that acts quickly to put in place a follow-up and allow the young person to meet a specialist. However, its work is limited: the URSAVS only intervenes if the young person is followed, in parallel, by a psychiatrist. A problem of waiting time then arises, finding a psychiatrist appointment on a CMP often takes months. The waiting times observed in the common law are the same for the PJJ: « *Je suis CTPS mais, pour autant, je n'ai aucune priorité à obtenir un rendez-vous* », « *Il n'y a déjà pas assez de place dans les hôpitaux psychiatriques pour les personnes du droit commun, comment réserver deux lits PJJ qui resteront vides six mois sur l'année pour accueillir au cas où un jeune qui fait une crise ?* », relève le CTPS interrogé. C'est à ce moment que le CTPS intervient, essayant de trouver des filons pour accélérer la prise en charge. Par exemple, il tente de trouver des partenariats avec des professionnels de la santé qui acceptent de réserver des créneaux pour les jeunes PJJ. Le CTPS avec qui nous avons pu échanger nous raconte qu'à Liévin, dans un CEF, un infirmier a eu l'occasion de monter un partenariat qu'il a ensuite conventionné avec un médecin traitant. Il est allé à la rencontre de ce médecin en lui expliquant les missions de la PJJ et le public qu'elle accueille. Par le biais de cette convention, le médecin s'engage à donner la priorité au public PJJ sur sa clientèle et à délivrer rapidement les ordonnances. Toutefois, ces partenariats sont rares, car très difficiles à mettre en place. Ces démarches demandent du temps, de l'engagement, le corps santé et le corps judiciaire étant deux choses bien distinctes. Aussi, ils sont bien souvent temporaires, prenant rapidement fin du fait des jeunes qui ne se rendent pas aux rendez-vous fixés et de la perte de crédibilité vis-à-vis du professionnel partenaire qui s'en suit. Ces conventions, ces partenariats, sont pourtant un outil de travail idéal, qu'il faudrait davantage développer. Les CTPS tentent à ce titre de se rapprocher de l'ARS pour faire remonter les difficultés rencontrées par rapport au public.

During our discussion, the CTPS denounces the fact that they do not have any training in care. As we said previously, the CTPS position is not specifically open to nurses. For that matter, having knowledge in the field is an asset to exercise the position: « *Moi, en tant que CTPS ancienne infirmière, j'ai réussi à avoir des comptes rendus médicaux que je n'aurais pas pu avoir sans cette formation* ». In general, CTPS are not qualified to receive medical information on young people. Moreover, it

convient de préciser que le CTPS ne suit pas la santé des professionnels de la PJJ. Il existe une médecine de prévention pour ces derniers, mais le CTPS est bien souvent sollicité sur ces questions qui ne relèvent pourtant pas de son champ d'exercice.

Trouver des partenaires, travailler des conventions, faire du relationnel, de la communication, représenter la PJJ sur certaines instances... le rôle du CTPS est très administratif et peu tourné vers le soin. De nombreuses thématiques sont mises sur la casquette du CTPS et ces obstacles l'empêchent de jouer pleinement son rôle en promotion de la santé.

Partie III : Discussion

Nous allons, dans cette dernière partie, mettre en lumière les résultats que nous avons obtenus et proposer des pistes de réflexion pour comprendre leur sens. Puis, nous parlerons des limites de cette étude et des limites du protocole. En effet, malgré les précautions prises, nous ne pouvons éviter certains biais. Enfin, nous proposerons des suggestions d'adaptations de ce travail.

I. Mise en lumière des résultats

La PJJ s'appuie sur les cinq axes de la charte d'Ottawa pour monter son plan « PJJ, promotrice de santé ». Nous allons nous baser sur ces derniers pour répondre à notre problématique « **Santé des mineurs sous-main de justice et PJJ : quelles réalités de prise en charge ?** ».

I.1. Mettre en place des politiques publiques

Le premier axe de la charte d'Ottawa (1986) invite à mettre en place des politiques publiques. La PJJ se dote, depuis 2005 d'une politique de santé. Cependant, si elle vient affirmer l'importance de la santé dans la prise en charge des jeunes, car réduisant les inégalités sociales, favorisant l'accès aux soins à une population vulnérable, aiguillant la réussite éducative et renforçant la qualité de vie au travail des professionnels de la PJJ, elle ne propose qu'un rapport d'évaluation, un état des lieux de la situation. Il faudra alors attendre 2013, pour que le projet « *PJJ, promotrice de santé* » voit le jour, basé sur le rapport 2005-2008. La temporalité questionne, effectivement le rapport d'Ottawa date de 1986, la PJJ attendra donc 19 ans avant de se mettre en accord avec ces principes, quatre ans seront ensuite nécessaires pour que le projet de 2013 soit créé. Nous pouvons donc supposer une lenteur à ce niveau.

La PJJ note des évolutions positives dans la promotion de la santé au sein de ses institutions. Effectivement, les DT se sont saisies de la démarche et les équipes ont pu proposer des solutions innovantes. Cependant, ces progrès restent fragiles : la vision de la santé reste médicale, les professionnels peinent à se placer en acteurs de la santé, les jeunes et les familles sont peu inclus dans les démarches et la qualité de vie au travail demande à être développée.

La PJJ noue des partenariats nationaux pour travailler ces objectifs, notamment avec la DGS et l'ANSP et des partenariats régionaux et territoriaux avec l'ARS. Des plans nationaux sont alors pensés pour promouvoir la santé, cependant le recul sur ces derniers reste limité. Nous serons

surpris de voir la non-actualisation des données utilisées pour mesurer la santé des jeunes, au niveau national et au niveau des jeunes de la PJJ. Effectivement, les chiffres utilisés dans ces rapports sont ceux du baromètre de la santé des jeunes datant de 1998, ceux des jeunes de 17 ans en population scolaire de l'ESPAD datant de 2003 et ceux de l'Inserm concernant la santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la PJJ de 2004. Ces données ayant presque 20 ans, nous pouvons légitimement nous questionner sur leur validité actuelle.

La PJJ se dote donc d'une politique de santé qui place cette dernière comme enjeu principal. Cependant, l'application de cette politique reste à pérenniser avec des évolutions réelles, mais lentes.

I.2. Créer des milieux favorables à la prise en charge de la santé

La PJJ veille à créer un milieu favorable à la prise en charge de la santé, en se dotant d'outils, notamment le RIS et le PAI et en insistant sur la qualité du suivi offert par les professionnels.

Le RIS et le PAI sont deux outils dont l'intérêt est certain, car ils visent, et à renseigner l'équipe éducative sur les problématiques de santé du jeune, et à favoriser la continuité de sa prise en charge. Cependant, la complétude de ces derniers n'est pas systématique et soulève des questions de compétences et d'éthiques. Effectivement, les propos recueillis auprès des professionnels, font état d'une difficulté à utiliser cet outil, car ne sentant pas aptes à le faire, de plus la question du secret médical entre en jeu. De ce fait, ces outils devant initialement être utilisés par tous, deviennent l'apanage d'un professionnel désigné, souvent l'éducateur-référent santé, ou le CTPS, les amenant à sortir de leur fiche de poste.

La prise en charge de la santé sera forcément différente entre milieu ouvert et milieu fermé. Pour autant, si la PJJ relève des disparités territoriales dans ces plans d'action, elle ne paraît pas nuancer les besoins de ces deux types de prise en charge. Or, là où la première ne pourra proposer que des actions ponctuelles, la seconde accueillant des jeunes quotidiennement, aura des occasions plus multiples d'aborder ces questions de santé. Pour autant, les propos tenus par un travailleur de milieu fermé font plus état de soins quotidiens que de soins médicaux approfondis. De plus, si la santé physique est parfois considérée, en présence de symptômes et non en amont, la santé psychique l'est peu : or, nous rappelons, que la santé est globale.

Les professionnels sur le terrain sont cependant force de propositions, comme en attestent les nombreux ateliers proposés. Ainsi, ils veillent au mieux de leurs capacités à favoriser la prise

en charge de la santé des jeunes qu'ils suivent, mais restent confrontés à l'administration et aux contraintes budgétaires qui rendent difficile la pérennisation de ces derniers.

La PJJ dote ses services de professionnels compétents : CTPS, psychologue, infirmier, assistant de service social, éducateur pour soutenir les projets de santé. Toutefois, des disparités territoriales existent. Bien souvent, ces derniers sont amenés à dépasser leur fiche de poste pour pallier à des réalités de ressources humaines, des difficultés d'accès aux soins de droit commun...

La PJJ vise à créer des milieux favorables de prise en charge, mais fait face à des obstacles qui freinent ces actions. Cependant, les professionnels, sur le terrain, se montrent force de propositions et assurent une qualité des suivis en dépit de ces difficultés. Toutefois, cela peut être source d'insécurité, par exemple, le remplissage des RIS, pouvant impacter la qualité de vie au travail.

I.3. Favoriser le travail avec le jeune, la famille et les partenariats

La PJJ vise à inclure le jeune et la famille dans le parcours de santé. Elle invite ses équipes à convier au plus vite les familles sur les entretiens de santé et la rédaction des dossiers, ce qui semble être ancré dans les pratiques des structures. Toutefois, cette action pourrait être approfondie, par exemple dans le cadre de la rédaction des RIS, l'implication des familles pourrait être réaffirmée.

La PJJ est en faveur du travail partenarial, tant au niveau national que territorial. Les partenaires renforcent l'offre de service en offrant une action pointue aux jeunes et en dotant les professionnels d'outils. Ces derniers sont répandus, mais font plus souvent l'objet d'entreprises individuelles (par exemple, le démarchage d'un médecin par un membre de l'équipe) que de projets pensés par les DT. Ces partenariats ne font pas tous l'objet d'une convention, aussi si le porteur du projet s'avère absent, comment s'assurer de la continuation de ce dernier ?

Les partenariats sont l'une des forces de la PJJ, cependant le manque de convention ne favorise pas la considération nationale de ces derniers.

I.4. Acquérir des connaissances

La PJJ veille à la formation continue de ses agents, en atteste l'offre de formation de l'ENPJJ et des PTF.

I.5. Travailler avec les dispositifs de droit commun

La PJJ entend travailler avec les dispositifs de droit commun. Cependant la réalité du public qu'elle accueille, et l'engorgement des structures, compliquent cette action. Effectivement, les jeunes sous-main de justice ne respectent pas toujours les rendez-vous proposés et présentent des profils complexes rendant nombre de structures prudentes. Elles sont, de plus, déjà elles-mêmes confrontées à des difficultés, notamment dans le secteur médico-social. Aussi sont-elles amenées à refuser l'accès aux mineurs sous-main de justice. Cette discrimination s'oppose alors à la législation française, offrant des soins à tous.

À la question « **Santé des mineurs sous-main de justice et PJJ : quelles réalités de prise en charge ?** », nous proposons une réponse mitigée. Si la PJJ offre effectivement une place primordiale à la santé et réaffirme régulièrement son intérêt sur le sujet, la réalité sur le terrain est nuancée. Les actions paraissent plus locales et portées par les professionnels, que le fruit de conventions et de démarches territoriales.

II. Limitations

II.1. Limitations concernant la revue de la littérature

La première partie de notre revue de la littérature visait à présenter la prise en charge de la santé des jeunes. Nous avons été confrontés au peu de législation française concernant le droit à la santé des mineurs. Concernant l'accès à la santé en France, nous n'avons pas réussi à trouver de données chiffrées et précises sur l'engorgement des structures, les disparités territoriales et sociales, aussi nous n'avons pu centrer notre étude sur la région Nord.

La seconde partie de notre introduction avait pour sujet les mineurs sous-main de justice de la DTPJJ Nord. La plupart des éléments recueillis sont émis par le ministère de la Justice et la PJJ, les textes d'auteurs sont pour la plupart publiés dans les bulletins ou revues publiés par l'organisme. Cela questionne, car ne permettant pas forcément une vision critique des propos tenus par les auteurs. Nous avons pu avoir accès aux rapports et aux conclusions des différents plans, mais n'avons pu trouver les comptes-rendus intermédiaires. Aussi, cela ne nous a pas permis de prendre connaissance des étapes des plans et des méthodes de mesure. Or, nous avons montré que la PJJ pouvait s'appuyer sur des chiffres plausiblement dépassés pour établir ses conclusions. Concernant le profil des jeunes sous-main de justice, le CJPM, entré en vigueur le 30 septembre 2021, pourrait avoir un impact sur ce dernier. Effectivement, le CJPM pose l'âge

de 13 ans comme âge de responsabilité pénale, le quantum de peine est aussi modifié, de ce fait nous pouvons supposer que le profil des jeunes diffère.

II.2. Limitations concernant l'étude

La principale limite de notre étude est le nombre restreint de structures présentées et le caractère subjectif des propos tenus par les professionnels. Effectivement, nous ne présentons que deux structures de milieu ouvert et une structure de milieu fermé et rapportons les propos tenus par trois professionnels. Aussi, il serait imprudent de généraliser nos conclusions à l'ensemble de la PJJ.

Au vu de ces limites, nous proposons plusieurs ouvertures possibles. Tout d'abord, il serait intéressant de réaliser un baromètre actualisé de la santé des jeunes au niveau national et au niveau des jeunes de la PJJ. Ensuite, il serait intéressant de mener notre étude auprès de l'ensemble des services de la DTPJJ Nord, à l'aide, et de données quantitatives, au travers de questionnaires, et de données qualitatives, à l'aide d'entretiens pour avoir une mesure réelle de la prise en charge de la santé des jeunes sous-main de justice de la DT Nord.

III. Ouverture

Pour conclure ce travail de recherche, il nous semblait intéressant d'adopter une vision plus globale de notre sujet et de regarder comment la santé des mineurs sous-main de justice est traitée à l'échelle européenne. Nous allons donc nous intéresser aux autres modèles de la justice pénale des mineurs, et notamment aux modèles belge, espagnol, suédois, britannique, finlandais, suisse et letton.

À l'ENPJJ, les directeurs stagiaires en deuxième année de formation statutaire effectuent chaque année des « *stages européens* »⁵⁶. Ces stages sont menés dans des établissements de pays membres de l'Union européenne qui prennent en charge des mineurs, difficiles ou en difficulté. Ils permettent de découvrir d'autres systèmes de prise en charge, dans une perspective de droit comparé. Des journées de restitution de ces expériences européennes sont ensuite organisées, permettant « *la mise en réflexion des politiques françaises de protection de l'enfance et de protection judiciaire de la jeunesse, par le décentrage qu'apporte un regard de l'étranger* », et de « *puiser dans ces rencontres de nouvelles voies d'action et d'organisation*

⁵⁶ Ils sont prévus par l'arrêté de formation du 28 juin 2011 portant sur l'organisation et le programme des formations ainsi que les modalités d'évaluation des résultats obtenus par directeurs stagiaires des services de la protection judiciaire de jeunesse.

pour les services de la PJJ » (ENPJJ, 2019). Le 10 décembre 2015, les stagiaires ont effectué une restitution des stages effectués dans neuf pays d'Europe, sur laquelle nous allons nous appuyer (ENPJJ, 2019). Les pratiques de la France sont largement différentes de celles de la Belgique, l'Espagne et la Suède, nos pays voisins. Ces derniers sont, plus que la France, axés sur l'accès progressif à l'autonomie, l'approche comportementaliste et la pédagogie institutionnelle (ENPJJ, 2019).

Prenons l'exemple de la Suède. La Suède n'a pas de système pénal spécifique pour les mineurs ni de peine de prison. Les CEF accueillant les jeunes dépendent de la direction nationale des soins en institution (SIS)⁵⁷, qui dispose d'équipements de haute sécurité et d'une prise en charge thérapeutique avancée. Deux auteurs du colloque « *Mineurs délinquants, une problématique à dimension européenne* » tenu à l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP) les 15 et 16 mai 2006, Wihlborg et Holmberg, relèvent que « *Presque 80 % des jeunes placés en foyers spécialisés de la commission nationale des soins en institution y sont envoyés pour obligation de soins sur décision du tribunal administratif local. Une procédure d'obligation de soins est lancée par les services sociaux et puis imposée par jugement du tribunal local* ». Dans la décision, le soin du jeune délinquant est pris en compte : c'est une nécessité. Par ailleurs, cette mesure ne connaît pas de limite de durée, bien qu'elle fasse l'objet d'une révision tous les 6 mois. Les jeunes pour lesquels est reconnue la nécessité de prise en charge en établissement fermé ainsi que de traitements en institution sécurisée (LSU), la SIS est responsable de leurs soins obligatoires. Pour les mineurs de 15 à 17 ans ayant commis des infractions, cette mesure vient remplacer les peines de prison. « *Le traitement en institution sécurisée est un investissement dans le traitement des jeunes délinquants condamnés à des peines privatives de liberté. La peine doit être purgée dans une des institutions spécialisées dépendantes de la SIS, où l'accent est mis sur le soin plutôt que sur la privation de liberté* » (Wihlborg & Holmberg, 2006). C'est ici une alternative entre le soin et la punition : si la sanction est décidée puis appliquée sous des formes sécurisées, le jeune reçoit tout de même une assistance et des soins. Le but est qu'il ne retombe pas dans la criminalité. En Suède, « *on estime qu'un jeune ne choisit pas la délinquance* » relève Rühmkorff, cité par le Ministère de la Justice (2018). Le délinquant a, avant tout, besoin de soins. De ce fait, la protection pénale de la jeunesse est associée au

⁵⁷ Organisme gouvernemental indépendant prenant en charge des jeunes ayant commis un délit ou présentant des problèmes psychosociaux ou de toxicomanie, dans des centres ouverts, fermés ou dans le cadre de familles d'accueil. Il équivaut à la PJJ en France (Ministère de la Justice, 2018).

ministère de la Santé et non pas de la Justice comme en France. C'est une grande avancée, car la santé du jeune est considérée avant l'aspect pénal.

Prenons désormais l'exemple du modèle britannique. Au Royaume-Uni, le système, hautement interventionniste, est centré sur prévention de la délinquance et de la récidive des jeunes. Dignan et Caress, auteurs du colloque précité « *Mineurs délinquants, une problématique à dimension européenne* » de 2006, affirment que le système britannique « *cherche avant tout à s'attaquer à ce qu'il considère être les causes d'un comportement délinquant* ». Les auteurs distinguent trois types d'interventionnismes : l'interventionnisme précoce, l'interventionnisme effectif, et l'interventionnisme progressif. Le premier se traduit par « *des initiatives souvent destinées aux très jeunes ou à ceux qui ne sont pas encore tombés dans la délinquance, mais qui sont considérés comme des sujets dits "à risques"* ». Le second est destiné aux mineurs qui passant à l'acte (à l'exception des primodélinquants recevant un avertissement), et qui doivent alors « *se soumettre à des mesures destinées à réparer leur comportement délinquant* ». Le troisième s'adresse aux récidivistes. Pour ces derniers, « *les interventions se feront progressivement plus intrusives et exigeantes, pour aller, si nécessaire, jusqu'à l'incarcération* » (Dignan & Caress, 2006). Par ailleurs, pour les Britanniques, l'éducation est considérée comme un moyen de prévenir la récidive, dans une approche « *néo-rééducative* ». D'après Dignan et Caress, l'absence d'éducation, l'absentéisme, les violences scolaires... sont des facteurs à risque augmentant la probabilité de criminalité. Ainsi, si le système de justice du Royaume-Uni a étendu la notion de responsabilité dès l'âge de 10 ans, le développement des mesures de réparation et médiation, combiné à l'intervention rapide de la justice face aux actes des adolescents, permet de contrebalancer cette règle assez dure (Dignan & Caress, 2006).

En Finlande, il n'existe pas de juridiction spécialisée et l'accent est mis sur l'usage intense de la médiation (ENPJJ, 2019). En revanche, en Suisse et en Lettonie, nous nous apercevons que les systèmes sont beaucoup plus durs qu'en France : architecture des centres de placement, systématisation de l'uniforme, gestion des situations disciplinaires... (ENPJJ, 2019).

Ainsi, la France se trouve à la croisée des chemins de ces différents modèles européens. Effectivement, elle se veut moins interventionniste que la Suisse et la Lettonie, qui sont plus répressives en la matière. En revanche, la France met moins l'accent sur la prévention que le Royaume-Uni et considère moins la santé que le modèle suédois. Nous pourrions donc davantage nous orienter vers ce type de modèles. L'intérêt est d'observer les atouts et les limites des modèles des différents pays européens, et d'opérer une adaptation à notre politique française.

Conclusion

Ce mémoire avait pour but de s'intéresser aux réalités de la prise en charge de la santé des jeunes sous-main de justice. Pour introduire notre sujet, il était essentiel de faire un premier point sur la santé des jeunes en France, avant de nous concentrer plus particulièrement sur celle des mineurs sous-main de justice, en particulier de la DTPJJ du Nord. Ce premier constat nous a permis de comprendre l'étendue des problématiques de santé rencontrées chez ce public carencé et les besoins qui en découlent.

Nous avons ainsi pris conscience de l'intérêt pour la PJJ de se mobiliser autour de la santé et la nécessité de poursuivre, au sein de ses établissements et services, une politique de promotion de la santé. Ainsi, nous avons tenté de passer en revue les ressources sur lesquelles la PJJ s'appuie pour mettre en œuvre son projet « PJJPS ». Nous nous sommes rendu compte que cette dernière s'appuie sur des textes internes à l'institution, tels que des conventions-cadres passées avec des acteurs incontournables des politiques publiques de santé, mais également des plans nationaux auxquels elle prend part. Au niveau local, la PJJPS s'est dotée d'outils et de dispositions de santé sur lesquels s'appuient les agents du terrain pour promouvoir la santé.

Toutefois, nos observations sur les réalités du terrain, recueillies à partir de témoignages de professionnels de l'institution, nous ont permis de pointer du doigt certaines lacunes dans la prise en charge de la santé des jeunes sous-main de justice de la DTPJJ Nord. Bien qu'il existe des plans et des stratégies nationales, combinés à des outils utilisés par des professionnels formés à l'ENPJJ, l'application de ces derniers et les prises en charge au niveau local restent à améliorer. La santé est encore trop comprise comme étant purement médicale, les familles ne sont pas assez impliquées dans les démarches, les professionnels ne sont pas assez bien formés aux questions de santé, la qualité de vie au travail des agents de la PJJ n'est pas assez approfondie... sont des exemples de limites que nous avons déjà pu relever.

Nous nous sommes intéressés à d'autres modèles de la justice pénale des mineurs, dans d'autres pays européens. La France pourrait s'en inspirer et tendre vers certains d'entre eux pour améliorer la qualité de la prise en charge de la santé des jeunes sous-main de justice de la PJJ.

Bibliographie

I. LIVRES ET CHAPITRES DE LIVRES

- Alla, F. (2016). 3. Les déterminants de la santé. In F. Bourdillon, G. Brücker, & D. Tabuteau, *Traité de santé publique* (p. 15-18). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- Ancil, H., Jobin, L., Pigeon, M., Emond, A., Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, & Direction des communications (1999-). (2012). *La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2103843>
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Référentiel de bonnes pratiques Comportements à risque et santé : Agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces*. Éd. INPES. <https://www.educasante.org/wp-content/uploads/2018/03/ComportRisque1.pdf>
- Barton, H., & Tsourou, C. (2013). *Healthy Urban Planning* (0 éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203857755>
- Baudier, F., Arènes, J., & Janvrin, M.-P. (1998). *Baromètre santé 97-98 jeunes*. Éd. CFES.
- Bernard-Menoret, R. (2020). *Le grand oral : Les droits et libertés fondamentaux* (2e éd). Ellipses. <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/reader/docid/88912695>
- Boitte, P., & Durand, G. (1995). *Ethique, justice et santé : Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*. Artel Fides.
- Bonnet, X., Ponchon, F., & Durrleman, A. (2018). *L'utilisateur et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre*. éditeur non identifié.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Public Safety Canada.

- Born, M. (2019). *Comment intervenir efficacement auprès de jeunes délinquants ?* (2e édition). De Boeck Supérieur.
- Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2016). 1. Définitions de la santé publique. In F. Bourdillon, G. Brücker, & D. Tabuteau, *Traité de santé publique* (p. 3-6). Lavoisier.
<https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0028>
- Brault, N. (2016). Santé et santé publique. In *Thèmes sanitaires et sociaux—Concours 2017-2018* (p. 9). Ellipses. https://www.editions-ellipses.fr/index.php?controller=attachment&id_attachment=32021
- Brault, N. (2020). Santé et santé publique. In *Thèmes sanitaires et sociaux 2021-2022—Cours et QCM* (p. 9-16). Ellipses. https://www.editions-ellipses.fr/index.php?controller=attachment&id_attachment=45205
- Canguilhem, G. (1990). *La santé. Concept vulgaire et question philosophique*. Sables.
- Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent : L'adolescent à la recherche de son identité* (3e éd., revue et augmentée). De Boeck supérieur.
- Dekeuwer-Défossez, F. (2010). *Les droits de l'enfant* (9è ed). Presses universitaires de France.
https://lillocat.univ-lille.fr/permalink/33UDLILLE_INST/1obrcud/cdi_cairn_booktitles_PUF_DEKEU_2010_01
- Dekeuwer-Défossez, F. (2018). *Les droits de l'enfant* (10e éd. mise à jour). Que sais-je ?
- Dubos, R. (1960). *Pasteur and Modern Science* (2^e éd.). New York: Anchor Books.
- Dubos, R. (2020). *Définitions de la santé*.
https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fagora.qc.ca%2Fdocuments%2Fadaptation--definitions_de_la_sante_par_rene_dubos#federation=archive.wikiwix.com

Dupéré, O. (2020). Le droit à la santé. In *Le grand oral – Les droits et libertés fondamentaux* (p. 434-650). Ellipses. <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/reader/docid/88912695>

Favoreu, L. (Éd.). (2012). *Droit des libertés fondamentales* (6e édition). Dalloz.

Fédération addiction, & Respadd. (2016). *Jeunes et tabac : Prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt*.

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/09/manuel_WEB_02.pdf

Glowacz, F., & Born, M. (2017). *Psychologie de la délinquance* (4e éd). De Boeck.

Gourbin, C., & Wunsch, G. (2002). La santé, la maladie et la mort. In *Démographie : Analyse et Synthèse III. Les Déterminants de la Mortalité* (Institut national d'études démographiques, p. 9-24).

<https://books.google.fr/books?id=F7QggCHmzsEC&lpg=PA9&ots=UcllnKTQra&dq=ivan%20illich%20La%20sant%C3%A9%20c'est%20la%20capacit%C3%A9%20que%20poss%C3%A8de%20tout%20homme%20de%20s'affirmer%20face%20au%20milieu%20ou%20de%20prendre%20la%20responsabilit%C3%A9%20de%20sa%20transformation%20&lr&hl=fr&pg=PR4#v=onepage&q=ivan%20illich%20La%20sant%C3%A9%20c'est%20la%20capacit%C3%A9%20que%20poss%C3%A8de%20tout%20homme%20de%20s'affirmer%20face%20au%20milieu%20ou%20de%20prendre%20la%20responsabilit%C3%A9%20de%20sa%20transformation&f=false>

Guay et al. (2002). *La relation intelligence-crime : Le cas de délinquants sexuels sous juridiction fédérale*.

Guilabert, C. (Éd.). (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J.-D. Guelfi, M.-A. Crocq, P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. PULL, Trad.; 5th éd.). Elsevier Masson.

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, & ONUSIDA. (2006). *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme*. United Nations.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/hivaidsguidelinesfr.pdf>

Hirtzlin, I. (2018). Fiche 2 La santé : Définitions et outils de mesure. In *Fiches d'économie de la santé* (p. 13). Ellipses. https://www.editions-ellipses.fr/PDF/9782340026568_extrait.pdf

Lajarge, É., Debiève, H., & Nicollet, Z. (2013). Évolution de la définition de la santé publique. In *Santé publique* (p. 13-40). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sante-publique-en-douze--9782100585014-p-13.htm>

Laude, A., & Tabuteau, D. (Éds.). (2009). *Code européen de la santé*. Éditions de Santé.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2004). *Les Déterminants Sociaux de la Santé : Les Faits* (2^e éd.). OMS.

<http://VH7QX3XE2P.search.serialssolutions.com/?V=1.0&L=VH7QX3XE2P&S=JCs&C=T C0000137604&T=marc&tab=BOOKS>

Martinetti, F. (2003). *Les droits de l'enfant* (Librio). E.J.L.

Merton, R. K. (2000). *Social theory and social structure* (Enlarged ed., [Nachdr.]). Free Press.

Pédron, P. (2022). *Guide de la protection judiciaire de la jeunesse : Mineurs en danger, mineurs délinquants pratiques éducatives et droit de la PJJ* (5e éd. entièrement refondue). Gualino.

Porta, M. (Éd.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology (DRAFT)*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acref/9780199976720.001.0001>

Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C. M. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. INPES.

Villeneuve, S. (2017). *La justice des mineurs* (NANE Editions). https://lillocat.univ-lille.fr/permalink/33UDLILLE_INST/1h0ri3k/alma990006619850205601

Walgrave, L. (1992). *Délinquance systématisée des jeunes et vulnérabilité sociétale : Essai de construction d'une théorie intégrative*. Ed. Médecine et Hygiène [u.a.].

Yessine, A. K., & Bonta, J. L. (2008). *Les cheminements menant aux crimes graves*. Sécurité publique Canada.

Zeitoun, J. D. (2021). *La Grande Extension. Histoire de la santé humaine* (Denoël).

II. THESES

Brassard, H. (2017). *Les retombées de l'obésité sur l'estime de soi, l'image corporelle et la vie sociale des adolescentes* [Maîtrise en travail social, Université du Québec].

https://constellation.uqac.ca/4448/1/Brassard_uqac_0862N_10396.pdf

Heard, M. (2007). *Un nouveau paradigme en santé publique : Droits individuels et VIH/sida, 25 ans d'action publique en France* [Thèse de doctorat en Science politique, Institut d'études politiques]. <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=2/TTL=1/SHW?FRST=2>

Siffert, A. (2020). *Prévention primaire des troubles de l'usage des substances chez les jeunes : État des lieux des interventions menées sur internet par une scoping review*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Faculté de médecine Henri Warenbourg].

https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM031.pdf

III. ACTES JURIDIQUES

1. Textes universels, internationaux et européens :

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000, article 24.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000, article 35, (2000).

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986.

Charte sociale européenne version révisée de 1996, Partie I, alinéa 11, (1999).

Charte sociale européenne version révisée de 1996, Partie II, article 11, (1999).

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 2005.

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé de 1946.

Convention internationale des droits de l'enfant de 1989.

Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, article 3.

Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, article 12.

Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, article 17.

Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, article 23.

Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, article 24.

Déclaration de Genève sur les droits de l'enfant de 1924.

Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, article 25.

Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne de 1968, article 168.

Traité sur l'Union européenne version consolidée de 2009.

2. Lois :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22 juillet 2009.

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JO du 24 mars 2019.

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, JO du 15 décembre 2020.

Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, JO du 8 février 2022.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

3. Ordonnances :

Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique, JO du 22 juin.

Ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 relative à la partie législative du code de l'action sociale et des familles.

Ordonnance n° 2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs, JO du 13 septembre 2019.

Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

Ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale.

4. Décrets :

Décret du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) des fonctionnaires de l'État.

Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, JO du 7 octobre 1953.

Décret n° 90-166 du 21 février 1990 modifiant le décret n° 64-754 du 25 juillet 1964 relatif à l'organisation du ministère de la justice.

Décret n° 2000-110 du 4 février 2000 portant publication de la Charte sociale européenne (révisée) (ensemble une annexe), 3 mai 1996, JO du 12 février 2000.

Décret n° 2013-977 du 30 octobre 2013 modifiant le décret n° 2007-1573 du 6 novembre 2007 relatif aux établissements et services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, JO du 3 novembre 2013.

Décret n° 2017-634 du 25 avril 2017 modifiant le décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice et le décret n° 2016-1675 du 5 décembre 2016 portant création de l'inspection générale de la justice, JO du 27 avril 2017.

Décret n° 2020-1037 du 14 août 2020 relatif aux attributions de la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, JO du 15 août 2020.

Décret n° 2021-682 du 27 mai 2021 portant partie réglementaire du code de la justice pénale des mineurs (articles en R), JO du 30 mai 2021.

Décret n° 2021-683 du 27 mai 2021 portant partie réglementaire du code de la justice pénale des mineurs (articles en D), JO du 30 mai 2021.

5. Arrêtés :

Arrêté du 28 juin 2011 portant sur l'organisation et le programme des formations ainsi que les modalités d'évaluation des résultats obtenus par les directeurs stagiaires des services de la protection judiciaire de la jeunesse.

Arrêté du 28 juin 2011 portant sur l'organisation, le programme et les conditions de validation de la formation ainsi que les modalités de classement et d'affectation des éducateurs stagiaires de la protection judiciaire de la jeunesse dont la durée du stage est de deux ans.

6. Circulaire :

Circulaire DGS/PS3/DAS n°99.320 du 4 juin 1999.

7. Jurisprudences :

Cons. Constit. 15 janvier 1975, déc. N° 75-54 DC : Interruption volontaire de grossesse, in Louis Favoreu et Loïc Philip, Les Grandes Décisions du Conseil constitutionnel, Dalloz, 9e éd. 1997, n° 23, p. 305 et ss.

Cons. Constit. 18 janvier 1978, déc. N° 77-92 DC : Contre-visite médicale, RJC p. 57.

Conseil d'Etat, avis du 9 mars 1999.

Cour de cass., Civ. 1ère, 18 mai 2005, Bull. Civ. 1, n° 212, p. 180.

8. Notes :

Note de la DPJJ du 14 octobre 2005 « Politique de santé à la Protection Judiciaire de la jeunesse, stratégie d'action en santé 2005-2008 ».

Note de la DPJJ du 16 mars 2007 relative à l'application de la loi du 2 janvier 2002 aux établissements de la PJJ.

Note de la DPJJ du 24 novembre 2017 relative aux modalités d'inscription de la protection judiciaire de la jeunesse au sein des politiques publiques.

Note de la DPJJ n°163 du 15 mai 2006 relative à la phase 1 du guide technique en santé.

Note de la DPJJ n°417 du 14 décembre 2006 relative à la phase 3 du guide technique en santé.

Note de la DPJJ n°563 du 29 novembre 2005 relative à l'accompagnement de la politique de santé.

Note de la DPJJ n°2000600077597 du 19 juillet 2006 relative à la phase 2 du guide technique en santé.

IV. ARTICLES

1. Articles de colloque :

Dignan, J., & Caress, Y. (2006). *Education et incarcération des jeunes délinquants : Une approche « néo-rééducative »*. 87-99.

https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/edito/pdf/colloque_mineurs_delinquants_2006_actes_colloque.pdf?fbclid=IwAR1sxpKsag426tqyiZQU63DSohoZyb8Sq73AaNOfSvah2fY61ec-DvhmBg

Putman, E. (2005). *Chrisophe Sauvat, Réflexions sur le droit à la santé*. 689. <https://www-dalloz-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/documentation/Document?id=RTDCIV/CHRON/2005/0254>

Trémintin, J. (2005). *PJJ en Espagne*. Comptes-rendus.
<https://tremintin.com/joomla/colloques/comptes-rendus/800-pjj-en-espagne>

Wihlborg, M., & Holmberg, S. (2006). *Centres éducatifs fermés et prise en charge thérapeutique : Combiner sanction et soins*. 71-84.
https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/edito/pdf/colloque_mineurs_delinquants_2006_actes_colloque.pdf?fbclid=IwAR1sxpKsag426tqyiZQU63DSohoZyb8Sq73AaNOfSvah2fY61ec-DvhmBg

2. Articles de journal :

Debarge, O. (2016). *La maîtrise des dépenses de santé : Un enjeu financier conditionnant la politique de santé*.

Depré, A.-L., Gorlin, V., Gros, T., & Ravenne, J. (2021). *Guide de la justice des mineurs*. 1-37.

Illich, I. (1974). *L'expropriation de la santé*. 931-940.

Lavignett, F. (2019). *Protection sociale : La France, pays le plus protecteur en Europe*.

3. Articles de revue :

Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Contraception et grossesses à l'adolescence : Vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes: *Informations sociales*, n° 165-166(3), 156-163. <https://doi.org/10.3917/inso.165.0156>

Atlas, P. (2009). *Promotion de la santé*.

- Bailleau, F., & Milburn, P. (2011). La protection judiciaire de la jeunesse à la croisée des chemins. Entre contrôle gestionnaire et pénalisation des mineurs. *Les Cahiers de la Justice*, N° 3(3), 37-49. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1103.0037>
- Berquin, A. (2010). *Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*. 4(258), 1511-1513.
- Bézy, O. (2009). La santé c'est la vie dans le silence des organes. *La revue lacanienne*, n° 3(1), 47-50. <https://doi.org/10.3917/lrl.091.0047>
- Blachère, P. (2016). Le droit à la protection de la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel. *Médecine & Droit*, 2016(141), 134-138. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2016.09.007>
- Borrell-Carrio, F. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later : Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Bourgarel, S., & Etchegaray, A. (2017). Répartition de la population handicapée et des structures spécialisées en France. *L'Espace Politique*, 31. <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.4281>
- Bourgarel, S., Etchegaray, A., & Mazurek, H. (2017). Optimiser l'accès aux ressources sur les territoires dans un contexte contraint. Exemple des services de soins pour jeunes handicapés. *Cybergeographie*. <https://doi.org/10.4000/cybergeographie.27902>
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence : A Critical Period of Addiction Vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1041>
- Chee Chan, C., Guignon, N., Delmas, M., Herbet, J., & Gonzalez, L. (2012). *Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France*. 60(1), 31.
- Cheval, P. (2018). Regards croisés autour des mineurs non accompagnés. *Les Cahiers Dynamiques*, N°74(2), 66-76. <https://doi.org/10.3917/lcd.074.0066>

- Daniel, E., & Cusson, M. (2005). Autour de Croissance et décroissance du crime. *Criminologie*, 25(1), 135-147. <https://doi.org/10.7202/017319ar>
- Dekeuwer-Défossez, F. (2012). L'instrumentalisation du discernement de l'enfant. *Recherches familiales*, n° 9(1), 163-171. <https://doi.org/10.3917/rf.009.0163>
- Drago, G. (2015). Le droit à la santé : Un droit constitutionnel effectif ? *Revue juridique de l'Ouest*, 28(1), 17-34. <https://doi.org/10.3406/juro.2015.4675>
- Dubos, R. J. (1960). Health and Disease. *JAMA*, 174(5), 505. <https://doi.org/10.1001/jama.1960.63030050003011a>
- Elbaum, M. (2010). Un nouveau modèle de financement pour la santé ? *Santé Publique*, 22(1), 91. <https://doi.org/10.3917/spub.101.0091>
- Forbat, J. (2014). De la spécificité du concept de santé environnementale vis-à-vis du développement durable. *Développement durable et territoires*, Vol. 5, n°2, 1-21. <https://doi.org/10.4000/developpementdurable.10241>
- Girard, J.-F. (2020). Une histoire de la santé. *Après-demain*, N°55,NF(3), 20. <https://doi.org/10.3917/apdem.055.0020>
- Guignon, N. (2018). L'état de santé de l'enfant et de l'adolescent : Au travers des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire. *Administration & Éducation*, N° 157(1), 93-100. <https://doi.org/10.3917/admed.157.0093>
- Guignon, N., Delmas, M.-C., DREES, & Fonteneau, L. (2019). Etudes et Résultats, En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. *Etudes et Résultats*, 1122, 1-6.
- Hadjab, H. (2009). L'action éducative au pénal en milieu ouvert : Uemo d'Orléans Sud. *Les Cahiers Dynamiques*, 45(3), 48. <https://doi.org/10.3917/lcd.045.0048>
- Harkness, J. (1975). Why urinalysis? *The Central African Journal of Medicine*, 21(8), 178-183.

- Hibon, A. (2009). Retours sur expériences. *Adolescence*, 68(2), 383-397.
<https://doi.org/10.3917/ado.068.0383>
- Holzer, L., Halfon, O., & Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie*, 18(5), 579-588. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.01.032>
- Janssen, E., Le Nézet, O., Shah, J., Chyderiotis, S., Brissot, A., Philippon, A., Legleye, S., & Spilka, S. (2020). Increasing socioeconomic disparities in tobacco smoking decline among French adolescents (2000–2017). *Journal of Public Health*, 42(4), 449-457.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz135>
- Jurmand, J.-P. (2007). Une histoire de milieu ouvert. *Les Cahiers Dynamiques*, 40(1), 22.
<https://doi.org/10.3917/lcd.040.0022>
- Laude, A. (2009). Dix ans de droit de la santé. *Les Tribunes de la santé*, n° 25(4), 51-62.
<https://doi.org/10.3917/seve.025.0051>
- Mackenbach, J. P., & Stronks, K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 3(1), 11.
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-3-11>
- Monconduit, M. (2016). *Le système de santé français, espoirs et réalités. À propos de la Loi santé du 17 décembre 2015* (N° 7-8). 7-8, 43-56. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/etu.4229.0043>
- Moreau, J. (1998). *Le droit à la santé*. 185-190.
- Morin, S. (2013). L'Union européenne et les droits de l'enfant. *Journal du droit des jeunes*, 322(2), 44-48. <https://doi.org/10.3917/jdj.322.0044>
- Nagin, D. S., Farrington, D. P., & Moffitt, T. E. (1995). LIFE-COURSE TRAJECTORIES OF DIFFERENT TYPES OF OFFENDERS*. *Criminology*, 33(1), 111-139.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1995.tb01173.x>
- Naik, R. (2014). *L'adolescence et les déterminants sociaux de santé*. 2, 1-2.

- Ouhmida, H. (2005). Les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques). *Journal du droit des jeunes*, 245(5), 8-10. <https://doi.org/10.3917/jdj.245.0008>
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., Slusser, W., SECTION ON OBESITY, & THE OBESITY SOCIETY. (2017). Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 140(6), 3034. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
- Pontier, J.-M. (2021). *Droit à la santé, peurs et finances publiques* (N° 1). 1, 87.
- Prieur, C. (2008). Dépenses de santé : Pourquoi ne pas dire la vérité aux Français ? *Les Tribunes de la santé*, n° 18(1), 95. <https://doi.org/10.3917/seve.018.0095>
- Roche, P. (2014). Normativité, grande santé et persévérance en son être. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16-1, Article 16-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3469>
- Rude-Antoine, E. (2012). Le droit du patient mineur. *Journal du droit des jeunes*, 313(3), 19-24. <https://doi.org/10.3917/jdj.313.0019>
- Rullac, S. (2014). Les enjeux méthodologiques de la MJIE. *Les Cahiers Dynamiques*, 59(1), 134. <https://doi.org/10.3917/lcd.059.0134>
- Ruppy, J. (2015). Comment la justice des mineurs belge aide sa jeunesse : Rencontre avec l'Aide à la jeunesse (aj). *Les Cahiers Dynamiques*, 66(4), 62. <https://doi.org/10.3917/lcd.066.0062>
- Seeman, M. (1972). Alienation and Knowledge-Seeking : A Note on Attitude and Action. *Social Problems*, 20(1), 3-17. <https://doi.org/10.2307/799496>
- Tabuteau, D. (2007). La santé en quête de politique. *Les Tribunes de la santé*, n° 14(1), 29. <https://doi.org/10.3917/seve.014.0029>
- Tabuteau, D. (2009). Santé et liberté. *Pouvoirs*, 130(3), 97-111. <https://doi.org/10.3917/pouv.130.0097>
- Verdot, C., Torres, M., Salavane, B., & Deschamps, V. (2017). *Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis*

2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(13):234-41.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/pdf/2017_13_1.pdf

Villez, A. (2004). Le concept de fragilité dans la législation sociale et médico-sociale : « Vieux et fragiles » de la protection à la valorisation des droits. *Gérontologie et société*, 27 / n° 109(2), 127-140. <https://doi.org/10.3917/g.s.109.0127>

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)

Vulbeau, A. (2006). ... En contrepoint—L'Europe de la protection de l'enfance. *Informations sociales*, n° 129(1), 47-48. <https://doi.org/10.3917/inso.129.0047>

White, M. A. (1975). Change in pH of expressed prostatic secretion during the course of prostatitis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 68(8), 511-513.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059-1063. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D)

Wunsch, G., & Gourbin, C. (1998). Santé et maladies : Concepts, mesures, résultats. *Bulletin de la Classe des lettres et des sciences morales et politiques*, 9(1), 129-144. <https://doi.org/10.3406/barb.1998.23212>

V. RAPPORTS

Amiel, M. (2017). *Situation de la psychiatrie des mineurs en France* (Rapport d'information N° 494; p. 72-82). <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>

Amsellem-Mainguy, Y. (2016). *Les grossesses à l'adolescence en France*. https://injep.fr/wp-content/uploads/2018/09/fr36_grossesses_ado.pdf

Chevalier, P. (2021). *Les chiffres clés de la justice 2021*.

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2021_web.pdf

- Choquet, M., Hassler, C., & Morin, D. (2005). *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après* (p. 1-209) [Rapport thématique]. Inserm.
<https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-santeprotectionjudiciairejeunesse-2005.pdf>
- Comité français d'éducation pour la santé & Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. (2000). *Baromètre santé premiers résultats 2020. Violences physiques et prises de risques*. file:///C:/Users/annak/Downloads/282386_10violence.pdf
- Conseil national du sida et des hépatites virales. (2022). *VIH, politique et société – Rapport d'activité 2020-2021* [Rapport d'activité]. <https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2022/06/CNS-Rapport-dactivite-2020-2021.pdf>
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2018). *Rapport de visite : 2 au 5 octobre 2018—1ère visite Centre éducatif fermé de Cambrai (Nord)* [Rapport de visite].
<file:///C:/Users/annak/Downloads/Rapport-de-visite-du-centre-%C3%A9ducatif-ferm%C3%A9-de-Cambrai-Nord.pdf>
- Cour des comptes. (2021). *La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales en santé*. <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58724>
- CREDOC, Brice-Mansencal, L., Datsenko, R., Guisse, N., Hoibian, S., & Lautié, S. (2018). *Baromètre DJEPVA sur la jeunesse 2018* (INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude, p. 50-80). <https://injep.fr/wp-content/uploads/2018/11/rapport-2018-15-Barometre-DJEPVA-2018.pdf>
- DPJJ. (2012). *Politique de santé à la PJJ stratégie d'action en santé 2005-2008* (p. 1-136) [Rapport d'évaluation].
- Goujon, P., & Gautier, C. (2006). *Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : Comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ?* (Rapport d'information N° 420). https://www.senat.fr/rap/r05-420/r05-420_mono.html

- HAS. (2020). *Évaluation et prise en charge des syndromes psycho traumatiques* [Rapport d'évaluation]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/reco_310_note_cadrage_evaluation_et_prise_en_charge_des_syndromes_psychotraumatiques_mel.pdf
- Inserm. (2016). *L'excès de poids des Français confirmé par la cohorte Constances*. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2016/10/2016_10_22_CP_ConstancesResult16.pdf
- Interstats, & Ministère de l'intérieur. (2020). *Insécurité et délinquance en 2020 : Bilan statistique. Fiches thématiques. Violences sexuelles*. file:///C:/Users/annak/Downloads/3_Violences%20sexuelles.pdf
- Lopez, A., Schaetzel, F., Moleux, M., & Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociale de santé dans l'enfance Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant* (N° RM2011-065P; p. 1-204). file:///C:/Users/annak/Downloads/igas_les_inegalites_sociales_de_sante_dans_l_enfance.pdf
- Ministère de la Justice. (2015). *Une justice pénale des mineurs adaptée à une délinquance particulière* (N° 133; Infostat justice, p. 1-8). http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Infostat_%20133_%202015_%2001_%2022.pdf
- Ministère de la Justice. (2021). *Les chiffres clés de la justice 2021* (p. 1-42). http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2021_web.pdf
- Ministère de la justice. (2022). *Direction de la protection judiciaire de la jeunesse : Protéger, éduquer, insérer*. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Plaquette_PJJ_A5_HD_web.pdf
- Ministère de la Justice, & Direction de l'administration pénitentiaire. (2020). *Les mineurs délinquants* (Références statistiques justice, p. 1-7). http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PARTIE-12_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24_converted.pdf

Ministère de la justice. (2021). *Références statistique mineur, année 2020*.

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PARTIE-12_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24_converted.pdf

Morlat, P. (2018). *Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH*.

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/experts-vih_pediatric.pdf

OFDT. (2018). *Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017* (Rapport d'analyse

N° 123; Tendances, p. 1-8). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>

OFDT. (2019). *Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en*

2018 (N° 132; Tendances, p. 1-4). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz6.pdf>

OFDT. (2021). *Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3e en 2021* (N° 148;

Tendances, p. 1-4). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxss2bc.pdf>

OFDT. (2022a). *Escapad, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence* (p. 1-62).

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmg2c3.pdf>

OFDT. (2022b). *Alcool et soirées chez les adolescents et les jeunes majeurs* (N° 149; Tendances, p.

1-8). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmd2c3.pdf>

Papon, S. (2019). *759 000 nouveau-nés en France en 2018 : Seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans* (N° 1773; Numéro 1773).

https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194#tableau-figure3_radio1

Pauvros, R. (2022). *Santé mentale : Un enjeu de société, un engagement pour notre région* (p.

5-110). https://ceser.hautsdefrance.fr/assets/uploads/medias/pub_docs/pub_docs-818-1642777067.pdf

Plan International. (2018). *Causes et conséquences des grossesses précoces*. [https://www.plan-](https://www.plan-international.fr/nos-combats/droit-des-filles/causes-et-consequences-des-grossesses-precoces/#:~:text=LES%20CAUSES%20DES%20GROSSESSES%20PR%C3%89COCES&t)

[international.fr/nos-combats/droit-des-filles/causes-et-consequences-des-grossesses-precoces/#:~:text=LES%20CAUSES%20DES%20GROSSESSES%20PR%C3%89COCES&t](https://www.plan-international.fr/nos-combats/droit-des-filles/causes-et-consequences-des-grossesses-precoces/#:~:text=LES%20CAUSES%20DES%20GROSSESSES%20PR%C3%89COCES&t)

[ext=Ce%20ph%C3%A9nom%C3%A8ne%20s'explique%20par,d'%C3%A9ducation%20sexuelle%20et%20reproductive](#)

Santé publique France. (2019). *Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés* (p. 1-45) [Rapport d'analyse].

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RapportConsoSPA190925.pdf>

Santé publique France. (2022). *Baromètre de santé publique France 2021. Questionnaire / Volet métropole* (p. 1-43). file:///C:/Users/annak/Downloads/504067_spf00003791.pdf

Sénat. (2022). *Une adolescence entre les murs : L'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif*. <http://www.senat.fr/rap/r17-726-1/r17-726-14.html>

VI. DOCUMENTS

Ameli. (2019). *Notre histoire*. https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire/histoire#text_46612

ANESM. (2018). *La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/prevention_violence_entre_mineurs_adolescents_etablissements_accueil-recommandations.pdf

Anses. (2017). *Plus d'activité physique et moins de sédentarité pour une meilleure santé*. <https://www.anses.fr/fr/content/plus-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-moins-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-pour-une-meilleure-sant%C3%A9-0>

ARS. (2014). *Améliorer la santé et de la population et accentuer l'efficacité de notre système de santé*. <https://www.ars.sante.fr/media/5285/download?inline>

ARS. (2017). *Les actions de prévention en santé des agences régionales de santé*. <https://www.ars.sante.fr/les-actions-de-prevention-en-sante-des-agences-regionales-de-sante>

ARS. (2018). *Le projet régional de santé 2018-2022*. <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4>

ARS. (2019). *Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*. <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

ARS Paca. (2017). *Fiche thématique : Les droits des mineurs*.

<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-01/Fiche%20th%C3%A9matique%20sur%20Les%20droits%20des%20mineurs.pdf>

Assurance Maladie. (2019). *Le forfait hospitalier*. <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/assure/remboursements/reste-charge/forfait-hospitalier>

Assurance Maladie. (2020). *COG 2018-2022 : 5 grands objectifs pour l'Assurance Maladie*.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie/convention-dobjectifs-et-de-gestion/convention-objectifs-gestion>

Assurance Maladie. (2022a). *Accompagner chacun dans la préservation de sa santé*.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/preservation-sante>

Assurance Maladie. (2022b). *Améliorer l'efficacité du système*. [https://assurance-](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/efficacite-systeme)

[maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/efficacite-systeme](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/efficacite-systeme)

Assurance Maladie. (2022c). *Garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins*.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins>

Assurance Maladie. (2022d). *Les jeunes et l'alcool : Quels sont les risques et comment les éviter ?*

Assurance Maladie. (2022e). *Nos missions générales*. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/missions-generales>

Assurance Maladie. (2022f). *Notre histoire*. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire>

- Cazein, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Pinget, R., Le Vu, S., & Brunet, S. (s. d.). *Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003- 2013. Bull Epidemiol Hebd. 24 mars 2015;(9-10):152-61.* http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_1.html
- Cleiss. (2021). *I - Maladie, maternité, paternité, invalidité, décès.* https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html
- Conseil économique et social des Nations Unies. (2000). *Observation générale n°14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.* <https://www.cetim.ch/legacy/fr/documents/codesc-2000-4-fra.pdf>
- Cour des comptes. (2022). *Communiqué de presse sur la santé des enfants.* <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-des-enfants#:~:text=Par%20ailleurs%2C%20les%20d%C3%A9penses%20publiques,%2C9%20milliards%20d'euros.>
- Dahlgren, Göran, & Whitehead. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health.* Institute for futures studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Daumas, J. L. (2013). *Note de lancement de la PJJ Promotrice de santé.*
- Daumas, J. L., & Demeulemeester, R. (2013). *Convention-cadre nationale PJJ FNES.*
- DGS, & DPJJ. (2007). *Contrat-cadre DGS/DPJJ.*
- DPJJ. (2008). *Les dispositions de santé à la Protection judiciaire de la jeunesse Guide technique santé.*
- DPJJ. (2011). *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014.*
- DPJJ. (2013). *Cadrage opérationnel PJJ promotrice de santé.*
- DPJJ. (2018a). *6e journées PJJ PS : contenus plénières et ateliers disponibles.*
- DPJJ. (2018b). *6es Journées « PJJ promotrice de santé » les 29 et 30 mars.*
- DPJJ. (2021). *Projet de service 2018-2022 STEI de Villeneuve d'Ascq Dunkerque.*
- DPJJ. (2022). *Fiche de poste du CTPS.*

- Drees. (2021). *Présentation de la DREES*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/presentation-de-la-drees>
- Drees. (2009). *Les Comptes nationaux de la santé en 2008*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er701.pdf>
- Drees. (2017). *Les dépenses de santé depuis 1950*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>
- Drees. (2021). *Les Comptes de la santé en 1998*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-de-la-sante-en-1998-0>
- DTPJJ du Nord. (2017). *Projet santé : Atelier santé et bien-être à l'UEHC de Lille*.
- DTPJJ du Nord. (2021). *Projet de service du STEMO de Dunkerque 2020-2022*.
- Dutheillet de Lamothe, O. (2014). *Les principes de la jurisprudence du Conseil constitutionnel en matière sociale*. Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel, n° 45.
<https://www.conseil-constitutionnel.fr/nouveaux-cahiers-du-conseil-constitutionnel/les-principes-de-la-jurisprudence-du-conseil-constitutionnel-en-matiere-sociale>
- e-Enfance. (2021). *Communiqué de presse : Etude Caisse d'Épargne / Association e-Enfance sur le cyberharcèlement des jeunes*. <https://e-enfance.org/communique-de-presse-etude-caisse-depargne-association-e-enfance-sur-le-cyberharcèlement-des-jeunes/>
- e-Enfance, & Caisse d'épargne. (2021). *Etude caisse d'épargne—Association e-enfance/3018 sur le cyberharcèlement des jeunes*. https://www.e-enfance.org/wp-content/uploads/2021/10/Infographie_Caisse-Epargne-e-Enfance-2021.pdf
- El-Khoury Lesueur, F., Bolze, C., & Melchior, M. (2018). *Les adolescent.e.s face au tabac : Émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale depict (2016)*.
file:///C:/Users/annak/Downloads/41724_spf00000198.pdf

Fipeco. (2020). *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)*.

<https://www.fipeco.fr/fiche/L%E2%80%99objectif-national-de-d%C3%A9penses-d%E2%80%99assurance-maladie-%28ONDAM%29>

France, *portrait social*. (2020).

France Stratégie. (2017). *Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France*.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>

Gay, L. (2007). *Les « droits-créances » constitutionnels*. Bruylant.

<http://www.theses.fr/2001AIX32074>

GISTI. (2014). *Les Roms ont des droits ! Fiche n° 4—Droit à la santé—Accès aux soins*.

<https://www.gisti.org/IMG/pdf/droit-a-la-sante-guide-romldh.pdf>

Gouvernement. (2018). *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*.

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf

Guilleux, C. (2019). *Regards croisés sur la protection de la jeunesse*. <https://calenda.org/592213>

HAS. (2011). *Accompagnement des mesures de déremboursement de médicaments*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/smrinsuffisant_generalites.pdf

HAS. (2014). *La dépression de l'adolescent comment repérer et prendre en charge ?*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/depression_adolescent_questions-reponses.pdf

HAS. (2018). *Présentation générale RBPP Santé mineurs jeunes majeurs*. [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf)

- HAS. (2019). *Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elementes-generaux-de-prise-en-charge
- HAS. (2022). *Guide du parcours de soins : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf
- Haut conseil du Financement de la Protection sociale. (2019). *Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS)—Bilan et perspectives*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/276735-les-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-lfss-2019>
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2008). *Le droit à la santé. Fiche d'information No. 31*: <https://www.ohchr.org/fr/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>
- Inpes. (2012). *Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ?* [file:///C:/Users/annak/Downloads/inpes - iss qu est-ce qui determine notre etat de sante .pdf](file:///C:/Users/annak/Downloads/inpes_-_iss_qu_est-ce_qui_determine_notre_etat_de_sante_.pdf)
- Insee. (2016). *Les jeunes sont plus souvent victimes de violences physiques et sexuelles et de vols avec violence*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492185?sommaire=2492313>
- Inserm. (2020). *Troubles du stress post-traumatique Quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation*. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
- Irdes. (2015). *DONNÉES DE CADRAGE : DÉPENSES DE SANTÉ, COMPTES DE LA SANTÉ 2014*. <https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/depenses-de-sante/definitions-depenses-de-sante.html>
- Irsst. (s. d.). *Annexe 4.A – Modèle biopsychosocial*. <https://retourautravail.irsst.qc.ca/uncategorized/annexe-4-a-modele->

biopsychosocial/?fbclid=IwAR1SAQBYQv9dpBDN97rORggbhgu2Vi6cb6RCvKuM-tyNvBVoD0QJ_SII60w

Justice des mineurs—Données 2020. (s. d.).

Ligue contre l'obésité. (2021). *Forte progression de l'obésité en France en 2020.*

<https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>

MAAPRAT. (2011). *Plan national pour l'alimentation.*

Mathieu, M., & Vallet, B. (2017a). *Annexe convention cadre de partenariat en santé publique DGS PJJ 2017-2021.*

Mathieu, M., & Vallet, B. (2017b). *Convention-cadre de partenariat en santé publique DGS PJJ 2017-2021.*

Ministère de la Justice. (2010a). *Les missions éducatives de la DPJJ.*

<http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/les-missions-educatives-de-la-dpjj-18677.html>

Ministère de la Justice. (2010b). *Les établissements de placement.*

<http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/les-etablissements-de-placement-18684.html>

Ministère de la Justice. (2015). *Justice des enfants & des adolescents. Quel projet pour notre société ? Chiffres clés.* http://www.justice.gouv.fr/publication/o45_chiffres_cles.pdf

Ministère de la justice. (2017). *Les services de milieu ouvert.* <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/les-services-de-milieu-ouvert-18683.html>

Ministère de la Justice. (2019). *Renforcer le parcours de santé des enfants et adolescents protégés.* <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite->

[prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/renforcer-le-parcours-de-sante-des-enfants-et-adolescents-proteges](http://www.justice.gouv.fr/prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/renforcer-le-parcours-de-sante-des-enfants-et-adolescents-proteges)

Ministère de la justice. (2021). *Le référentiel des pratiques éducatives*.

http://www.justice.gouv.fr/telechargement/Referentiel_pratiques_educatives.pdf

Ministère de la Justice. (2022a). *Les statistiques de milieu ouvert*.

<http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/les-statistiques-de-milieu-ouvert-32487.html>

Ministère de la Justice. (2022b). *Les statistiques et chiffres clés du ministère*.

<http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/>

Ministère de la santé. (2012). *Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins :*

Comment faire évoluer les réseaux de santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

Ministère de la santé. (2013). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. La documentation française.

Ministère de la santé. (2016). *Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – résultat d'une réflexion commune*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). *Alcool, tabac, drogues. Feuille de route contre les addictions région Hauts-de-France 2019-2022*.

<https://www.nord.gouv.fr/content/download/60463/382445/file/Consulter%20la%20feuille%20de%20route.pdf>

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-*

2030. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Ministère des affaires sociales et de la santé, & Ministère de la justice. (2017). *Stratégie des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Financement des établissements de santé*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante#:~:text=La%20tarification%20%C3%A0%20l'activit%C3%A9, sur%20une%20autorisation%20de%20d%C3%A9penses>

Ministère des solidarités et de la santé. (2021). *Présentation de la sécurité sociale*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/presentation-de-la-securite-sociale>

Moretti, J., & Miroglio, N. (2012). *Schéma régional de prévention 2012-2016 – Plan d'action «Enfants, Adolescents, Jeunes» Agence régionale de santé Paca*. <https://www.paca.ars.sante.fr/media/4978/download?inline>

Nations Unies. (2018). *Le Comité des droits de l'enfant examine le rapport de l'Espagne*. <https://www.ohchr.org/fr/press-releases/2018/01/committee-rights-child-examines-report-spain>

Nézosi, G. (2016). *La protection sociale*.

OFDT. (2022a). *Alcool—Synthèse des connaissances*. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#haut>

OFDT. (2022b). *Cannabis—Synthèse des connaissances*. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>

OFDT, & ARS. (2018). *Addictions dans les Hauts-de-France Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale*. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxoly7.pdf>

- OMS. (2017). *Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!)*
Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays – Résumé.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272405/WHO-FWC-MCA-17.05-fre.pdf>
- ONPE. (2021). *Deux nouvelles publications du département du Nord.*
<https://onpe.gouv.fr/actualite/deux-nouvelles-publications-departement-nord>
- ONPE. (2022a). *La production de données chiffrées.* <https://onpe.gouv.fr/production-donnees-chiffrees>
- ONPE. (2022b). *Les chiffres clés en protection de l'enfance.* <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *The heavy burden of obesity. .*
The economics of prevention. Technical country notes. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Technical-Country-Notes.pdf>
- Pierry, D. (2020). *Harcèlement scolaire : Chiffres, causes et conséquences.* Observatoire de la santé. <https://www.observatoire-sante.fr/harcèlement-scolaire-chiffres-causes-et-consequences/>
- Safon, M.-O. (2019). *La santé des enfants en France Bibliographie thématique.* Irdes.
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.pdf>
- Santé publique France. (2022). *Baromètres de Santé publique France.*
<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france>
- Sécurité Sociale. (2020). *Rapports de la commission.* https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission?fbclid=IwAR2xOCTf_Qi8tM_tc_VDc-ZR3pCuzl9BNHLtJ3qZB3S6_5lwm8afyIAPMB0
- Sénat. (2022). *Mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés.*
- Sultan, C. (2013). *Note de cadrage opérationnel du projet PJJ promotrice de santé 2013-2016.*

Sultan, C. (2017). *Note : PJJ promotrice de santé, renouvellement 2017-2021.*

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_sante_jeunes1_annexe2_note_acdrage.pdf

Université de la Sorbonne. (2020). *Modèle bio-psycho-social.* Département de médecine générale.

<https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/Mode%CC%80le-biopsychosocial.pdf?fbclid=IwAR0ygsJRHiPHQI0fR-IVuu4hem02QNxjqU5yfEWLLu0zxHgtJc1rWd08xD0>

Vie publique. (2016). *Qu'est-ce que l'Ondam ?* <https://www.vie-publique.fr/fiches/37919-definition-ondam-objectif-national-des-depenses-dassurance-maladie>

Vie publique. (2021). *La protection judiciaire de la jeunesse : Entre expertise éducative et prise en charge des mineurs délinquants.* <https://www.vie-publique.fr/eclairage/281885-pjj-expertise-educative-prise-en-charge-mineurs-delinquants>

Vilain, A., & Drees. (2021). *Interruptions volontaires de grossesse : Une hausse confirmée en 2019.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmer-en>

VII. PRESENTATIONS

Ministère de la Justice. (2015, juin). *Plaquette de la présentation PJJ promotrice de santé.*

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plaquette_presentation_pjj.pdf

Ministère de la Justice. (2016). *Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse avril 2016 Grand-Nord.*

https://www.nord.gouv.fr/content/download/34102/242146/file/plaquette_GN.pdf

Ministère de la Justice. (2018). *La Direction nationale des soins en institution (SiS) de Suède.*

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/DeppliantSiS.pdf

Ministère de la Justice, & Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. (2018). *Plaquette présentation PJJ*. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plaquette_presentation_pjj.pdf

Touzani, I. (2019). *La démarche PJJ promotrice de santé : Colloque « Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : Enjeux et perspectives »*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_pjj_promotrice_de_sante_i_touzani.pdf

VIII. PAGES WEB

Acteurs-actions santé environnement. (2014). *Pourquoi certains tombent malades et d'autres pas : Une vision décloisonnée avec les déterminants de santé*. [santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr](http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr). <http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/autre/pourquoi-certains-tombent-malades-et-dautres-pas-une-vision-decloisonnee-avec-les-determinants-de-sante/>

Action sociale : e Registre Français du Social et Médico-Social. (2022). *Annuaire des établissements de l'action sociale* [Le Registre Français du Social et Médico-Social]. [Annuaire.action-sociale.org](https://annuaire.action-sociale.org/etablisements.php). <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements.php>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022a). *Annuaire des établissements de l'action sociale pour Jeunes handicapés*. [Annuaire.action-sociale.org](https://annuaire.action-sociale.org). <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022b). *Annuaire des établissements de l'action sociale pour Protection de l'enfance*. [Annuaire.action-sociale.org](https://annuaire.action-sociale.org). <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022c). *Appartement de coordination thérapeutique (ACT)*. [Annuaire.action-sociale.org](https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/appartement-de-coordination-therapeutique--a-c-t---165.html). <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/appartement-de-coordination-therapeutique--a-c-t---165.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022d). *Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD)*.

Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/ctre-accueil-accomp-reduc-risq-usag--drogues--c-a-a-r-u-d--178.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022e). *Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)*. Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/centre-action-medico-sociale-precoce--c-a-m-s-p---190.html>

<https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/centre-action-medico-sociale-precoce--c-a-m-s-p---190.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022f). *Centre de placement familial socio-éducatif (CPFSE)*. Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/centre-placement-familial-socio-educatif--c-p-f-s-e---236.html>

<https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/centre-placement-familial-socio-educatif--c-p-f-s-e---236.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022g). *Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*. Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214.html>

<https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022h). *Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)*. Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/centre-medico-psycho-pedagogique--c-m-p-p---189.html>

<https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/centre-medico-psycho-pedagogique--c-m-p-p---189.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022i). *Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*. Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-de-soins-accompagnement-prevention-addictologie-197.html>

<https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-de-soins-accompagnement-prevention-addictologie-197.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022j). *Foyer de jeunes*

travailleurs. Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/foyer-de-jeunes-travailleurs-non-transforme-en-residence-sociale-257.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022k). *Foyer de l'enfance*.

Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/foyer-de-l-enfance-175.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022l). *Institut d'Education*

Motrice (IEM). Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/etablissement-pour-deficient-moteur-192.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022m). *Institut médico-*

éducatif (IME). Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/institut-medico-educatif--i-m-e---183.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022n). *Institut thérapeutique*

éducatif et pédagogique (ITEP). Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/institut-therapeutique-educatif-et-pedagogique--i-t-e-p---186.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022o). *Maison d'enfants à*

caractère social (MECS). Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177.html>

Action-sociale : Le Registre Français du Social et Médico-Social. (2022p). *Service d'éducation*

spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Annuaire.action-sociale.org. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/service-d-education-speciale-et-de-soins-a-domicile-182.html>

ASBL Question Santé. (2020). *Histoire de la vaccination*. Vaccinatio-info.be.

<https://www.vaccination-info.be/histoire-de-la-vaccination/>

Association Française Janusz Korczak (AFJK). (2022). *Historique de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (C.I.D.E.)*. korczak.fr.

<https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fkorczak.fr%2Fm1korczak%2Fdroits-de-lenfant%2Fhistorique-cide-pologne-korczak.html#federation=archive.wikiwix.com>

Assurance maladie. (2022a). *Affiliation à la sécurité sociale (assurance maladie)*. Service-Public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N31750>

Assurance maladie. (2022b). *Boulimie et hyperphagie boulimique : Définition et causes*. Ameli.fr.

<https://www.ameli.fr/cote-d-opale/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>

Assurance maladie. (2022c). *Définition et causes du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)*. Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant-adolescent/definition-causes>

Assurance maladie. (2022d). *Détecter le surpoids de l'enfant et de l'adolescent(e) et connaître les complications*. Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant-adolescent/detecter-surpoids-connaître-complications>

ASTM. (2022). *Améliorer les conditions de vie des plus démunis* [Action solidarité tiers monde].

<https://actionsolidaritetiersmonde.org/>

Avise. (2020). *Santé : Définition et éclairages*. avise.org. <https://www.avise.org/articles/sante-definition-et-eclairages>

Beunardeau, A. (2022). *Systèmes nationaux de sécurité sociale*. Cleiss.

https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france0.html

Braun, J. (2021). *Obésité et surpoids chez l'enfant et l'adolescent dans le monde : Une épidémie mondiale* ! le-guide-sante.org. <https://www.le-guide-sante.org/actualites/nutrition/obesite-surpoids-enfant-adolescent-epidemie-mondiale>

Centre de victimologie pour mineurs. (2020). *C'est quoi les violences sexuelles ?* cvm-mineurs.org. <https://cvm-mineurs.org/page/c-est-quoi-les-violences-sexuelles>

Cleiss. (2021). *Les systèmes de santé en France*. <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html#national>

Comprendre la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). (2021). Sécurité-sociale.fr. <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/loi-de-financement/presentation>

Conseil départemental du Pas-de-Calais. (2020). *Les établissements et services d'accueil en protection de l'enfance : Missions et fonctionnement*. Pasdecals.fr. <https://www.pasdecals.fr/Solidarite-Sante/Reglement-Departemental-d-Aide-Sociale/La-politique-departementale-en-faveur-de-l-enfance-et-de-la-famille/Lieux-d-accueil-financements-et-contrôle-des-etablissements-et-services-concourant-a-la-protection-de-l-enfance/Les-divers-types-de-lieux-d-accueil/L-accueil-de-type-institutionnel/Les-etablissements-et-services-d-accueil-en-protection-de-l-enfance-missions-et-fonctionnement>

Conseil national de l'ordre des médecins. (2019). *Le patient mineur*. conseil-national.medecin.fr. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/prise-charge/patient-mineur#:~:text=Le%20patient%20mineur%20doit%20%C3%AAtre,et%20leur%20niveau%20de%20maturit%C3%A9>.

Contraception. (2022). Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/delivrance-contraception#:~:text=La%20contraception%20d'urgence%20hormonale,Maladie%20sur%20prescription%20m%C3%A9dicale%20uniquement>.

- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. (2017). Prefectures-regions.gouv. <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/grand-est/Region-et-institutions/Organisation-administrative-de-la-region/Les-services-de-l-Etat-en-region/DRDJSCS>
- Durand, C. (2012). *Textes législatifs, chartes, conventions... Relatifs aux droits des usagers de la santé*. Cadre de santé.com. <https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Textes-legislatifs-Chartes>
- ENPJJ. (2022). *La Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)*. enpjj.justice.fr. <https://www.enpjj.justice.fr/la-direction-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-dpjj>
- Estey, J. (2012). *Le droit à la santé*. Unicef. https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/01_DROIT_SANTE.pdf
- FDCMPP. (2022, juillet 27). *Les textes fondamentaux*. fdcmpp.fr. <https://www.fdcmpp.fr/les-textes-fondamentaux.html>
- Fiche 13 : Les soins aux personnes mineures*. (2022). Solidarites-sante.gouv.fr. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_13.pdf
- Fiche d'information No 10 (Rev.1)—Les droits de l'enfant*. (2006). Nations Unies. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet10Rev.1fr.pdf>
- Fiche n°3 : Information et consentement aux soins d'un mineur*. (s. d.). Solidarites-sante.gouv.fr. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_fiche_03.pdf
- Génération sans tabac. (2020). *Le tabagisme chez les jeunes en France*. generationsanstabac.org. https://www.generationsanstabac.org/article/le-tabagisme-chez-les-jeunes-en-france/#_ftn1
- Glossaire des établissements et services médico-sociaux*. (2019). Cnsa.fr. <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/glossaire-des-etablissements-et-services-medico-sociaux>

Gouvernement du Canada. (2015). *Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé*.

canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/conference-mondiale-determinants-sociaux-sante.html>

Gouvernement du Canada. (2022). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*.

canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>

Holmes, L. (2020). *What is mental health ?* Verywellmind.

<https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fmentalhealth.about.com%2Fcs%2Fstressmanagement%2Fa%2Fwhatismental.htm#federation=archive.wikiwix.com>

Insee. (2021). *Soins ambulatoires*. Insee.fr. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>

Inserm. (2017). *Obésité Une maladie des tissus adipeux*. inserm.fr.

<https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

Institut national de & santé publique du Québec. (2017). *Déterminants de la santé*. inspq.qc.ca.

<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>

Kroeh, I. D. (2015). *Déterminants de la santé*. Promosante.org. <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. (2020). Touteurope.eu.

<https://www.touteurope.eu/fonctionnement-de-l-ue/la-charte-des-droits-fondamentaux-de-l-union-europeenne/>

La convention internationale des droits de l'enfant. (2022). Unicef.fr.

<https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>

La Rédaction. (2021a). *Code de la justice pénale des mineurs : Entrée en vigueur le 30 septembre*

2021. Vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/281397-code-de-justice-penale-des-mineurs-en-vigueur-le-30-septembre-2021>

La Rédaction. (2021b). *Droits de l'enfant : La CIDE en cinq questions*. Vie-publique.fr.

[https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/271821-droits-de-lenfant-5-questions-sur-la-convention-internationale-cide#:~:text=au%20format%20pdf-.La%20Convention%20internationale%20des%20droits%20de%20l'enfant%20\(CIDE\),hui%20oratifi%C3%A9e%20par%20196%20%C3%89tats](https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/271821-droits-de-lenfant-5-questions-sur-la-convention-internationale-cide#:~:text=au%20format%20pdf-.La%20Convention%20internationale%20des%20droits%20de%20l'enfant%20(CIDE),hui%20oratifi%C3%A9e%20par%20196%20%C3%89tats)

Larousse. (2022, juillet 28). *Santé publique*. Larousse.fr.

https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publicue/90008

Le médecin face à la maltraitance. (2019). Conseil national de l'ordre des médecins.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>

Les acteurs du système de santé. (2019). Macsf.fr. <https://www.macsf.fr/actualites/les-acteurs-du-systeme-de-sante>

Les établissements médico-sociaux. (2019). Ameli.fr.

https://www.ameli.fr/sites/default/files/liste_des_etablissements_medico-sociaux_cpam-83.pdf

Les Régimes. (2022). Ameli.fr. <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes>

Madelpuech, B. (2022). *Les droits de l'enfant et de l'adolescent*. CENTRE HOSPITALIER

GÉRARD MARCHANT. https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard_Marchant/115-les-droits-de-l-enfant-et-de-l-adolescent.php

MDPH de Seine-et-Marne. (s. d.). *Les établissements ou services médico-sociaux pour enfants*.

Mdph77.fr. <https://www.mdph77.fr/fr/les-etablissements-ou-services-medico-sociaux-pour-enfants>

MDPH Loire Atlantique. (2020). *Les différents types d'établissements médico-sociaux pour les enfants et les adolescents*. handicap.loire-atlantique.fr. <https://handicap.loire->

atlantique.fr/44/les-differents-types-d-etablissements-medico-sociaux-pour-les-enfants-et-les-adolescents/c_7527

Mias, L. (1996). *Qu'est ce que la santé ?* Papidoc, site de Géronologie en institution.

<http://papidoc.chic-cm.fr/565definirsante.html>

Ministère de la Justice. (2010). *Les établissements et services de la DPJJ*. justice.gouv.fr.

<http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/les-etablissements-et-services-de-la-dpjj-18682.html>

Ministère de la justice. (2012). *L'organisation territoriale de la DPJJ*.

<http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/lorganisation-territoriale-de-la-dpjj-18680.html>

Ministère de la Justice. (2015a). *Assistant de service social*. metiers.justice.gouv.fr.

<http://www.metiers.justice.gouv.fr/educateur-12672/les-autres-metiers-de-la-pjj-12706/assistant-de-service-social-27113.html>

Ministère de la Justice. (2015b). *Un tour d'Europe de la justice des mineurs*. enpjj.justice.fr.

<https://www.enpjj.justice.fr/un-tour-d%E2%80%99europe-de-la-justice-des-mineurs>

Ministère de la Justice. (2016). *La DPJJ et l'Europe*. justice.gouv.fr.

<http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dpjj-et-leurope-28923.html>

Ministère de la Justice. (2018). *En Suède, on estime qu'un jeune ne choisit pas la délinquance*.

justice.gouv.fr. <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/en-suede-on-estime-quun-jeune-ne-choisit-pas-la-delinquance-31976.html>

Ministère de la Justice. (2019). *Regards croisés sur la protection de la jeunesse : Échanges autour*

d'expériences européennes. enpjj.justice.fr. <https://www.enpjj.justice.fr/regards-crois%C3%A9s-sur-la-protection-de-la-jeunesse-%C3%A9changes-autour-d%E2%80%99exp%C3%A9riences-europ%C3%A9ennes>

Ministère de la Justice. (2022a). *Infirmier ou infirmière à la protection judiciaire de la jeunesse*.

<https://lajusticerecrute.fr/metiers/infirmier-infirmiere-protection-judiciaire-jeunesse>

Ministère de la Justice. (2022b). *Psychologue de la protection judiciaire de la jeunesse*.

lajusticerecrute.fr. <https://lajusticerecrute.fr/metiers/psychologue-protection-judiciaire-jeunesse>

Ministère de la Justice. (2022c). *Une école ouverte sur le monde*. enpjj.justice.fr.

<https://www.enpjj.justice.fr/une-%C3%A9cole-ouverte-sur-le-monde>

Ministère de la Justice. (2022d). *Une offre de formation diversifiée*. enpjj.justice.fr.

<https://www.enpjj.justice.fr/une-offre-de-formation-diversifi%C3%A9e>

Ministère de la santé et de la prévention, & Ministère des solidarités, de l'autonomie et des

personnes handicapées. (2022). *Santé sexuelle*. Solidarites-sante.gouv.fr. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. (2010). *Santé des jeunes*. jeunes.gouv.fr.

<https://www.jeunes.gouv.fr/Sante-des-jeunes>

Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. (2021). *Les établissements médico-sociaux*.

Eduscol.education. <https://eduscol.education.fr/1161/les-etablissements-medico-sociaux>

OMS. (2020). *Violence chez les jeunes*. who.int. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/youth-violence#:~:text=Au%20niveau%20mondial%2C%20on%20d%C3%A9nombre,victimes%20sont%20de%20sexe%20masculin.>

[https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/youth-](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/youth-violence#:~:text=Au%20niveau%20mondial%2C%20on%20d%C3%A9nombre,victimes%20sont%20de%20sexe%20masculin.)

[violence#:~:text=Au%20niveau%20mondial%2C%20on%20d%C3%A9nombre,victimes%20sont%20de%20sexe%20masculin.](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/youth-violence#:~:text=Au%20niveau%20mondial%2C%20on%20d%C3%A9nombre,victimes%20sont%20de%20sexe%20masculin.)

OMS. (2022a). *Ce que nous faisons*. who.int. <https://www.who.int/fr/about/what-we-do>

OMS. (2022b). *Qui nous sommes*. who.int. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are>

OMS. (2022c). *Santé des adolescents et des jeunes adultes*. who.int.

Portail national des délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports. (2021). drdjscs.gouv. <https://drdjscs.gouv.fr/>

Quels sont les droits des enfants ? (2018). Solidarites-sante.gouv.fr. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/article/quels-sont-les-droits-des-enfants>

Santé publique France. (2019a). *Enfants et jeunes*. santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>

Santé publique France. (2019b). *Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France*. santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/estimation-de-la-prevalence-de-l-episode-depressif-chez-l-adolescent-en-france>

Santé publique France. (2019c). *Le suivi des enfants à différents âges*. santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/le-suivi-des-enfants-a-differents-ages>

Santé publique France. (2019d). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?* santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

Santé publique France. (2019e). *Suicide et tentative de suicides : Données nationales et régionales*. santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>

Santé publique France. (2021a). *Alcool*. santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/donnees/#tabs>

Santé publique France. (2021b). *Santé mentale*. santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale#:~:text=La%20sant%C3%A9%20mentale%20repr%C3%A9sente%20bien,dont%20l'environnement%20de%20travail>

Santé publique France. (2021c). *Suicides et tentatives de suicide*. santepubliquefrance.fr.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/donnees/#tabs>

Santé publique France. (2022a). *Drogues illicites*. santepubliquefrance.fr.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/donnees/#tabs>

Santé publique France. (2022b). *Infections sexuellement transmissibles*. santepubliquefrance.fr.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles>

Santé publique France. (2022c). *Nutrition et activité physique. Les enjeux de santé*.

santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique>

Santé publique France. (2022d). *Tabac*. santepubliquefrance.fr.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac#:~:text=San%C3%A9%20mentale%20et%20COVID%2D19&text=Responsable%20de%20plus%20de%2075,consommation%20est%20d%C3%A9normais%20en%20baisse.>

Suicide chez les adolescents. (s. d.).

Système de santé, médico-social et social. (2022). Solidarites-sante.gouv.fr. [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social)

[sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social)

Vie publique. (2016). *Comment réguler l'offre de santé ?* Vie-publique.fr. [https://www.vie-](https://www.vie-publique.fr/fiches/37920-comment-reguler-loffre-de-sante)

[publique.fr/fiches/37920-comment-reguler-loffre-de-sante](https://www.vie-publique.fr/fiches/37920-comment-reguler-loffre-de-sante)

Vie publique. (2021a). *Qu'est ce qu'un système de santé ?* Vie-publique.fr.

Vie publique. (2021b). *Qu'est-ce que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ?*

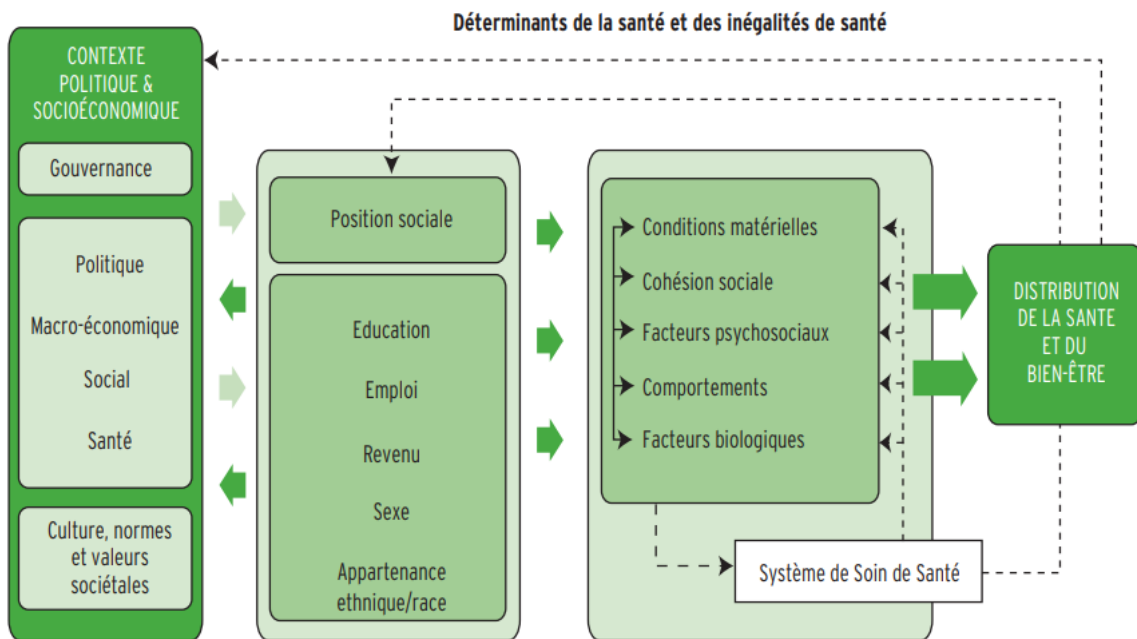
Vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/fiches/20322-quest-ce-que-la-charte-des-droits-fondamentaux-de-lunion->

[europeenne#:~:text=Elle%20comporte%2054%20articles%20consacrant,%2C%20solidarit%C3%A9%2C%20citoyennet%C3%A9%20et%20justice.】](#)

Annexes

Annexe 1 : Le modèle des déterminants de santé de la CDSS (2007)

Le modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS

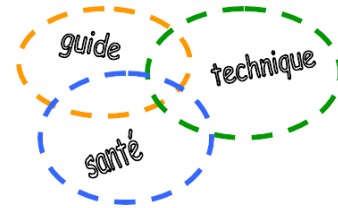


Modifié d'après Solar et Irwin, 2007, dans CSDG (2008 sous presse). « Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ». Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé.

Source : Inpes, 2010.

Annexe 2 : Protection sociale des mineurs et jeunes majeurs pris en charge par la PJJ

LA PROTECTION SOCIALE DES MINEURS ET JEUNES MAJEURS PRIS EN CHARGE PAR LA PROTECTION JUDICIAIRE



1. LES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE APPLICABLES :

Le public peut bénéficier des dispositions de droit commun ou de celles qui ont été spécialement instaurées en sa faveur.

1.1. Les dispositions de droit commun : les personnes en situation régulière de résidence en France

Les mineurs et jeunes majeurs sont soit ayants droit d'un assuré social soit assurés sociaux eux-mêmes.

a/ Les ayants droit

Le conjoint ou concubin, les enfants, certains autres membres de la famille de l'assuré social ou toute autre personne à sa charge peuvent sous certaines conditions, être ayants droit de celui-ci.

Les mineurs sont soit :

- ayants droits de leurs parents en principe jusqu'à 16 ans mais jusqu'à 21 s'ils sont scolarisés, jusqu'à 19 ans s'ils sont étudiants et sans limite d'âge s'ils ne sont pas scolarisés et sont à la charge et vivent au domicile des parents,

- ayants droit d'un assuré social, membre de leur famille ou non, à condition de vivre chez l'assuré social depuis au moins 12 mois consécutifs et d'être à la charge totale et permanente de l'assuré.

L'assuré social est affilié soit au régime général soit à un des régimes spéciaux (régime agricole, assurance maladie des professions indépendantes, SNCF, RATP...). L'ordonnance du 4 octobre 1945 a posé le principe du maintien d'un certain nombre de régimes spéciaux dont la liste figure au décret du 8 juin 1946 (aujourd'hui article L 711-1 et R 711-1 du Code de la sécurité sociale). L'organisation et le fonctionnement des régimes spéciaux diffèrent grandement selon les régimes.

Les ayants droit de plus de 16 ans peuvent demander à être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social et à bénéficier à titre personnel des remboursements en nature (art. L. 161-14-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale). Les étudiants âgés de 16 à 20 ans sont automatiquement ayants droit autonomes

Le dernier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les mineurs de plus de seize ans peuvent bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé à titre personnel, sur décision de l'autorité administrative, lorsque les liens avec la vie familiale sont rompus.

b/ Les assurés sociaux

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale lorsqu'ils sont:

- stagiaires de la formation professionnelle, apprentis, étudiants (à partir de 20 ans),

- salariés,
- bénéficiaires d'allocations ASSEDIC,
- incarcérés,
- titulaires de l'allocation parent isolé ou adulte handicapé (à partir de 20 ans),...

A la date de son incarcération, le mineur est affilié au régime général de sécurité sociale à la diligence du chef de l'établissement pénitentiaire, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé cet établissement (articles L.381-30 et R381-97 du Code de sécurité sociale).

Les détenus en semi-liberté, en placement extérieur et sous surveillance électronique sans activité professionnelle rémunérée gardent le bénéfice des prestations du régime.

A sa libération, le mineur bénéficie d'un maintien de droit durant un an (décret n° 2007-199 du 14 février 2007) s'il ne relève à cette date d'aucun autre régime d'assurance maladie. Il peut retrouver sa qualité d'ayant droit.

Le mineur en situation irrégulière a droit à l'aide médicale d'état (AME) dès sa sortie de prison et ce sans condition de résidence, même si ses parents ne peuvent bénéficier de l'AME pour des délais de résidence de trois mois non encore remplis ou de ressources au-delà du plafond (l'arrêt du CE en date du 7 juin 2006). Le service PJJ accompagne le mineur pour l'ouverture de ses droits à l'aide médicale

c/ La couverture maladie universelle (CMU)

Les personnes qui n'ont droit à aucun autre titre aux prestations d'un régime d'assurance maladie, peuvent être affiliées au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) à condition qu'elles soient en situation stable (résidence en France depuis plus de 3 mois) et régulière (art. L. 380-1 et suivants du code de la sécurité sociale).

1.2 Les dispositions de l'Aide Médicale Etat : les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière en France

Toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, a droit à l'Aide médicale de l'Etat (AME) (article L.251-1 du code de la sécurité sociale) pour elle-même et les personnes à sa charge, à condition de résider en France depuis plus de 3 mois et sous réserve de remplir les conditions de ressource.

- Condition de résidence

La condition de résidence d'une durée supérieure à 3 mois peut être justifiée par tout moyen probant : visa expiré, passeport, notification de refus de demande d'asile, facture d'hôtel, inscription scolaire des enfants, facture EDF-GDF, ... (la déclaration sur l'honneur du demandeur de l'AME n'est pas recevable).

La durée de résidence de 3 mois s'apprécie de date à date. L'AME ne peut en aucun cas être attribuée avant le 1er jour du 4e mois de résidence ininterrompue en France.

- Condition de ressources

Les ressources mensuelles doivent être inférieures à un plafond, variable selon la composition du foyer et selon une résidence en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer.

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et du forfait hospitalier, avec dispense d'avance de frais :

- des soins médicaux et des prescriptions médicales, qu'ils soient dispensés à l'hôpital ou en médecine de ville, dans la limite des tarifs conventionnels ou de responsabilité ;
- du forfait journalier, en cas d'hospitalisation.

- La démarche

Le demandeur doit remplir le formulaire "Demande d'Aide médicale de l'Etat" (n° S 3720 en annexe) et le déposer, accompagné des justificatifs (photocopie d'une pièce d'identité avec photo pour les personnes majeures et tout justificatif d'identité pour les personnes mineures ; justificatifs de résidence ; justificatifs de ressources en possession) auprès de sa caisse d'Assurance Maladie. Après instruction du dossier, et acceptation de la demande d'AME, la caisse d'Assurance Maladie délivrera une attestation d'admission à l'Aide médicale de l'Etat (AME), indiquant la date d'effet et la période de validité.

Cette attestation permet de faire valoir les droits auprès des professionnels de santé et à l'hôpital. L'admission à l'AME ne donne pas lieu à une immatriculation définitive. Le bénéficiaire de l'AME dispose d'un numéro d'identification et non d'un numéro d'immatriculation (ou numéro de sécurité sociale).

Les caisses d'Assurance Maladie ne délivrent ni carte Vitale, ni carte européenne d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'AME.

- Date d'effet

La date d'effet est, en règle générale, la date du dépôt de la demande d'AME. L'AME ne peut en aucun cas être attribuée avant le 1er jour du 4e mois de résidence ininterrompue en France.

En cas d'hospitalisation ou de soins à l'hôpital antérieurs à la date du dépôt de la demande, l'AME prend effet au jour d'entrée à l'hôpital. La demande d'AME doit alors être déposée dans le délai de 2 mois à compter de l'hospitalisation.

- Durée

L'AME est accordée pour un an et peut être reconduite chaque année tant que les conditions de ressources sont remplies.

Le renouvellement des droits à l'AME ne se fait pas automatiquement. Deux mois avant la date d'expiration des droits à l'AME, il faut déposer une nouvelle demande d'AME auprès de la caisse d'Assurance Maladie.

En cas de refus de la caisse d'Assurance Maladie d'attribuer l'AME, il est possible de contester cette décision auprès de la Commission départementale d'aide sociale du département, dont l'adresse est mentionnée sur la notification de refus.

La caisse d'Assurance Maladie et certains organismes :

- Centre communal d'action sociale (CCAS) ou à la mairie de votre commune,
- Services sanitaires et sociaux de votre département,
- Association agréée,
- Etablissement de santé ou Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) d'un hôpital,

sont, en effet, habilités à aider à constituer le dossier de demande d'AME et à le transmettre à la caisse d'Assurance Maladie. Le document «Migrants/étrangers en situation précaire, Prise en charge médico-psycho-sociale », réalisé par Le Comité médical des exilés (COMEDE) et édité par l'INPES peut être une ressource à l'approche de la protection sociale pour ces populations.

A défaut de bénéficier de l'Aide médicale de l'Etat (AME), les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent bénéficier **d'une prise en charge des soins urgents dispensés dans un établissement de santé.**

Les bénéficiaires du dispositif de prise en charge des soins urgents sont :

- les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois mois (sont donc exclus de la prise en charge des soins urgents les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour),
- les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois et qui ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit parce qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit parce qu'ils n'en ont pas fait la demande, soit parce qu'ils en ont fait la demande et que leur dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

Les soins urgents pris en charge sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou entraînerait une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître.
- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible (tuberculose, sida, ...).
- tous les soins dispensés à des mineurs (c'est-à-dire aux enfants et adolescents de moins de 18 ans).
- les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.
- les interruptions de grossesse pour motif médical et les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Seuls les soins effectués en établissement de santé peuvent être pris en charge au titre de l'urgence. Ils peuvent être réalisés soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre d'une consultation externe, dans un établissement de santé public ou privé. Les soins pris en charge au titre de l'urgence sont pris en charge à 100 %, sur la base et dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais, y compris le forfait journalier, en cas d'hospitalisation.

Les médicaments prescrits dans le cadre des soins urgents sont eux-aussi pris en charge au titre de l'urgence.

1.3. Les dispositions particulières aux mineurs placés

Des dispositions spécifiques aux mineurs placés ont été introduites dans le code de la sécurité sociale en ce qui concerne la couverture maladie.

a/ L'assurance maladie :

Les dispositions du dernier alinéa de l'article L.161-14-1 du code de la sécurité sociale visant les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance ont été étendues à ce même public pris en charge par les services de la PJJ par la circulaire de la Direction de la sécurité sociale (DSS/2A) n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

Ce texte précise dans le chapitre C - II :

«ENFANTS MINEURS CONFIES AUX SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE OU A LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE AYANT CONSERVE UN LIEN JURIDIQUE AVEC LEUR REPRESENTANT LEGAL. »

Lorsque le mineur placé à l'ASE ou à la PJJ dépend pour sa couverture complémentaire de sa famille et qu'il n'est pas possible, par suite de difficultés de relation, de faire jouer la protection sociale de celle-ci (de droit commun ou au titre de la couverture maladie universelle), il convient de mettre en oeuvre les dispositions mentionnées dans les paragraphes A et B qui suivent.

A. - Couverture maladie de base

Lorsque ces enfants sont confiés à l'ASE ou à la PJJ, le président du conseil général ou le directeur de l'établissement gardien de l'enfant confié à la PJJ effectue la démarche d'identification autonome en lieu et place du représentant légal des intéressés. Si le régime d'assurance maladie du représentant légal n'est pas connu, il y a lieu d'assimiler ces enfants à des pupilles de l'État et de prévoir en conséquence leur affiliation au régime général autre que du critère de résidence.

B. - Couverture complémentaire

Pour l'accès à la couverture complémentaire en matière de santé, par assimilation à la situation des pupilles de l'État mentionnée au I/B, il convient d'accepter les demandes présentées par l'autorité administrative compétente, soit le président du conseil général, soit le directeur de l'établissement gardien de l'enfant confié à la PJJ. »

La demande pour la couverture complémentaire entraîne automatiquement l'affiliation au régime de base.

Les droits à la CMU de base et complémentaire sont ouverts pour un an, à compter du 1er jour du mois qui suit la décision d'attribution (par exemple, si la décision d'attribution de la CMU complémentaire est datée du 7 mars 2005, les droits à la CMU complémentaire seront ouverts à compter du 1er avril 2005). Ils seront réexaminés chaque année.

La durée des droits à la CMU de base et complémentaire figurent sur l'attestation de droits à la CMU et sur la carte Vitale.

Pour faire valoir les droits à la CMU de base et complémentaire auprès des professionnels de santé ou à l'hôpital, il est obligatoire de leur présenter l'attestation de droits à la CMU et la carte Vitale, ce qui dispense de faire l'avance des frais.

Le renouvellement de la CMU

Le renouvellement des droits à la CMU de base et complémentaire ne se fait pas automatiquement. Deux mois avant la date d'échéance des droits à la CMU, la caisse d'Assurance Maladie adresse un courrier d'information des modalités de renouvellement de votre CMU. Une demande de renouvellement doit être déposée auprès de la caisse d'Assurance Maladie avant la date d'échéance.

1. LE MEDECIN TRAITANT

La notion de médecin traitant a été introduite par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

L'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale précise :

" Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier. »

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé.

Le choix d'un médecin traitant n'est pas une obligation. Il s'agit d'inscrire le patient dans un parcours de soin initié par le médecin traitant.

A compter du 1er janvier 2006, le patient sera moins bien remboursé lorsqu'il consultera un médecin, généraliste ou spécialiste hors parcours de soin. De plus, le ticket modérateur supplémentaire à la charge de l'assuré et les dépassements d'honoraires ne seront plus pris en charge par l'assurance complémentaire sauf si la clause est explicitement prévue avec la mutuelle ou l'assureur.

En revanche, si le patient consulte son médecin traitant ou un médecin spécialiste sur prescription de son médecin traitant, rien ne change : aucun dépassement d'honoraire ne sera demandé.

Un accès direct à certaines catégories de spécialistes : ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, pédiatres reste possible. Par ailleurs, pour le patient en cas d'impossibilité matérielle de consulter le médecin traitant (en situation de vacances, déplacement professionnel, d'urgence ou bien encore si le médecin traitant est absent), un autre médecin, généraliste ou spécialiste, pourra être consulté sans incidence sur les tarifs et le remboursement.

Pour changer de médecin traitant, il faudra :

- le signaler sans contrainte de délai à l'aide du formulaire adéquat à la caisse d'Assurance Maladie (cf. fac-similé du formulaire n° 12485*01 « déclaration de choix du médecin traitant »)
- que le nouveau médecin traitant le signale sur la feuille de soins (cf. fac-similé de feuille de soins).

Les remboursements

- Le taux de remboursement par la sécurité sociale des consultations et des visites sera moins élevé lorsque sont consultés un autre médecin ou un médecin spécialiste non prescrit par le médecin traitant.

- L'assurance complémentaire, dans le cadre des « contrats responsables » :

- ne prendra pas en charge la différence entre le taux de remboursement normal (70%) et le taux de remboursement « hors médecin traitant »,
- ne prendra plus en charge la part des dépassements demandés par les médecins spécialistes consultés directement liés au non respect du parcours de soins.

Dans le cas d'une CMU complémentaire, les règles générales sont en vigueur. Sans médecin traitant déclaré ou en cas de consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant, les actes médicaux (consultations, visites et actes techniques de médecins) seront moins remboursés. A chaque fois qu'un patient est amené à choisir un médecin traitant, la première consultation avec ce médecin sera remboursée à 70 %. Il suffira que le médecin le signale sur la feuille de soins en cochant la case : « si vous êtes le nouveau médecin traitant ».

Conduite à tenir avec le public PJJ :

- Veiller à l'existence d'une déclaration de choix de médecin traitant pour chaque jeune de plus de 16 ans,
 - En cas de besoin d'un médecin :
 - soit le jeune consulte son médecin traitant,
 - soit lorsqu'il s'agit d'un autre médecin généraliste, veiller à faire cocher dans la partie conditions de prise en charge de la feuille de soins la situation rencontrée : nouveau médecin traitant, urgence, hors résidence habituelle.
- Savoir que le non renseignement de cette rubrique provoque une inscription hors « parcours de soin » induisant un remboursement partiel.

1. LES RENDEZ-VOUS DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE A 6, 9, 12, 15 ET 18 ANS.

L'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes ont créé M'T dents, des rendez-vous de prévention gratuits à faire à 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Un mois avant la date d'anniversaire, un courrier personnalisé de l'Assurance Maladie avec un imprimé de prise en charge invite à se rendre chez le chirurgien-dentiste pour un Examen bucco-dentaire (EBD). Le jeune peut prendre rendez-vous chez le chirurgien-dentiste conventionné de son choix pour réaliser cet examen qui doit être effectué dans les 6 mois à compter de la date d'anniversaire du jeune.

Lors de ce rendez-vous, le chirurgien-dentiste examine les dents et les gencives. Il donne des conseils et enseigne les bons réflexes pour une bonne santé dentaire : brossage, hygiène alimentaire et sensibilisation aux méfaits du tabagisme, notamment. Il insiste également sur l'importance de se faire examiner et soigner régulièrement les dents. Si nécessaire, il complète son examen par une prise de radios et établit un programme de soins en fonction des besoins. A compter de la date de l'examen bucco-dentaire, les soins nécessaires peuvent être réalisés dans un délai de 9 mois.

Pour l'examen de prévention, l'Assurance Maladie règle directement l'examen au chirurgien-dentiste.

En cas de soins consécutifs (traitement des caries et des racines, détartrage, scellement des sillons,...):

> Si l'enfant a 6 ou 12 ans, l'assuré bénéficie d'une avance des frais.

> Si le jeune a 9, 15 ou 18 ans, l'assuré avance les frais.

Pour toutes les tranches d'âge, l'Assurance Maladie vous rembourse les soins consécutifs à 100%, s'ils ont été effectués dans les 9 mois suivant la date de réalisation de l'examen bucco-dentaire.

En revanche, les autres traitements (appareils d'orthodontie, prothèses) sont pris en charge au taux habituel.

1. LA PRATIQUE DES SERVICES

1.1. L'examen des situations individuelles

L'examen de la situation d'un jeune au regard de ses droits sociaux revêt un intérêt éducatif. La vérification de l'existence d'une couverture sociale auprès des parents, sa mise en place à l'occasion de soins fait partie des moments significatifs de la prise en charge d'un mineur. En effet la couverture sociale est symbolique d'une identité, de la reconnaissance de droits. Elle contribue à l'insertion d'un jeune et à son autonomisation, et les récentes dispositions des textes et les pratiques des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (délivrance de la Carte Vitale dès l'âge de 16 ans) les favorisent.

La prise en charge sous couverture sociale et la perspective des soins qu'elle rend possible sont également vecteurs de liens entre le professionnel de l'action éducative et la famille sur un même sujet d'intérêt : le mieux être du jeune.

L'investigation de l'état de la couverture sociale du jeune comprend :

- d'être intégrée à l'action éducative en début de mesure,
- de mesurer la situation de l'existant : connaître le statut de son représentant légal et celui du jeune au regard de la couverture sociale, le choix d'un médecin traitant,
- mesurer la qualité des relations familiales pour assumer la qualité d'ayant droit du jeune,
- d'accompagner le jeune à devenir acteur dans sa couverture sociale,
- de faciliter toute démarche d'affiliation à partir des besoins repérés,
- un suivi administratif territorial des dossiers de CMU (CMU de base et complémentaire) initiés par le service éducatif et des procédures de remboursement (délégation de paiement).

A l'issue de la prise en charge et dans les situations de CMU –CMUC initiés par les services, un accompagnement du mineur et de sa famille est organisé pour une poursuite de l'inscription dans les droits sociaux prenant le relai de la radiation de fin d'hébergement.

1.2. Le partenariat avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Les collaborations sont à mettre en place au niveau territorial avec les services des CPAM :

- services des prestations traitements des coûts de santé,
- service CMU ou réseau des référents solidarité des CPAM.

1.3. Le traitement des coûts de santé, la délégation de paiement

A partir du besoin identifié chez un mineur, et avec l'accord de l'assuré social, le service éducatif peut être amené à mettre en place une subrogation des remboursements par les organismes payeurs selon l'article R 362-1 du Code de la Sécurité sociale. (cf. modèle de formulaire « demande d'encaissement par un tiers ayant reçu délégation de paiement par l'assuré »).

Cette subrogation est rendue effective par l'organisation de la gestion des services déconcentrés. A cet effet, les dispositions de l'arrêté du 21 octobre 1993 (J.O n° 185 du 12 août 2003) relatif aux régies d'avances et de recettes des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse incluent dans son article 2-1° : « les dépenses de santé », et dans son article 5-7° :

Annexe 3 : Les missions de régulation, d'orientation et d'organisation de l'offre de santé de l'ARS

<p>Veiller à satisfaire les besoins en santé de la population par une répartition territoriale adéquate de l'ensemble des besoins précités, et assurer le développement du projet territorial de santé mentale.</p>
<p>Veiller, en matière de prévention, de promotion de la santé, de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux, à la qualité des interventions.</p>
<p>Veiller à assurer, pour les personnes précaires ou exclues, un accès adéquat à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux.</p>
<p>Mettre en œuvre les actions régionales portant sur l'amélioration, et des pratiques des professionnels de la médecine ambulatoire et des établissements et services de santé et médico-sociaux, et des modalités de recours aux soins.</p>
<p>Evaluer et identifier les besoins des personnes détenues en matière sanitaire, et définir et réguler l'offre de soins en milieu pénitentiaire.</p>
<p>Favoriser des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur santé en les responsabilisant, notamment en leur permettant de s'approprier les outils de prévention et d'éducation à la santé.</p>

Sources : Cleiss, 2021 ; ARS, 2019.

Annexe 4 : Les établissements et services médico-sociaux pour la protection de l'enfance

Protection de l'enfance		
Etablissements de l'aide sociale à l'enfance (ASE) (Art. L. 221-1 à L. 221-9 du Code de l'action sociale et des familles)		
Foyers de l'enfance	Maisons d'Enfants à Caractère Social – MECS	Centres de placement familial socio-éducatif - CPFSE
50 places dans le Nord*	95 MECS pour 2500 places dans le Nord*	11 CPFSE pour 40 places dans le Nord*
Y est accueilli le mineur en difficulté voir en danger, parfois en situation d'urgence. Il s'agit du mineur confié par mesure judiciaire aux services l'ASE ou par sa famille. L'attention est portée sur la sécurité, la santé, l'éducation, l'épanouissement personnel et le développement social et culturel du mineur. C'est un travail mené avec les titulaires de l'autorité parentale (Action-sociale, 2022).	Y est accueilli le mineur en difficulté, de manière temporaire. Les cas de placement en MECS sont généralement les suivants : violences familiales, difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, conflits familiaux sévères, carences éducatives, problèmes comportementaux de l'enfant, problématiques d'alcoolisme et/ou de toxicomanie, enfant étranger isolé... (Action-sociale, 2022).	Ce dispositif s'adresse au mineur en situation de danger qui va de fait être accueilli dans une autre famille que la sienne. Il permet de travailler et traiter la relation parents-enfant dans le but de permettre à l'enfant de retourner dans sa famille lorsque cela est envisageable. En cas d'échec, le but est de favoriser le maintien du lien de l'enfant avec sa famille (Action-sociale, 2022).

Etablissements et services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)**	
Milieu ouvert (Ministère de la Justice, 2010).	Placement (Ministère de la Justice, 2022)
<ul style="list-style-type: none"> - Services éducatifs auprès du tribunal (SEAT) - Services territoriaux éducatifs de milieu ouvert (STEMO) - Services territoriaux éducatifs et d'insertion (STEI) - Intervention éducative auprès des mineurs incarcérés 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de placement éducatif (EPE) - Etablissements de placement éducatif et d'insertion (EPEI) - Centres éducatifs fermés (CEF)

* Nord pour 2.61 M d'habitants ** Nous ne les définissons pas car il s'agit du sujet du chapitre II

Sources : Action-sociale, 2022 ; Ministère de la Justice, 2010 ; Ministère de la Justice, 2022.

Annexe 5 : Les établissements et services médico-sociaux pour jeunes handicapés

Champ du Handicap		
Structures de prévention, dépistage et accompagnement précoce		
Centres médico-psycho-pédagogique - CPMM	Centres d'Action médico-sociale précoce - CAMPS	
17 CPMM pour 193 places dans le Nord*	Dans les CAMSP (création de la loi n°75-534 d'orientation du 30 juin 1975), sont accueillis les enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Des actions de dépistage sont menées et des cures ambulatoires proposées. Ils sont soit polyvalents, soit spécialisés dans un type d'handicap (Action-sociale, 2022).	
<p>Dans les CMPP (fondés par le décret n° 63-146 du 18 février 1963 créant l'annexe 12), sont accueillis les enfants et adolescents de 0 à 20 ans pour bénéficier de consultations, de diagnostics et de soins ambulatoires.</p> <p>Les CMPP sont « <i>fréquemment consultés en première intention dans le cadre de troubles psychiques, avec des manifestations symptomatologiques, comportementales ou instrumentales variées et pour lesquels il est difficile de faire un lien avec la gravité de la pathologie sous-jacente</i> » (Action-sociale, 2022).</p>		
Structures permettant un accompagnement en milieu ordinaire de vie : le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)		
70 SESSAD pour 1333 places dans le Nord*		
<p>Les SESSAD (création du décret n°89-798 du 27 octobre 1989), d'une part, apportent des conseils ainsi qu'un accompagnement aux familles, d'autre part, facilitent le développement de l'autonomie et l'inclusion scolaire. Ils utilisent des moyens médicaux, paramédicaux, éducatifs, pédagogiques, psychosociaux, et peuvent intervenir dans les lieux de vie ou d'activité du jeune (Action-sociale, 2022). Les SESSAD sont spécialisés par type de handicap sous des appellations différentes (annexe) (CNSA, 2019).</p>		
Structures d'accompagnement en institution		
Institut médicaux éducatif - IME	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques - ITEP	Instituts d'Education Motrice - IEM
42 IME pour 1431 places dans le Nord *	Y sont accueillis les enfants, adolescents ou jeunes adultes atteints de difficultés psychologiques (MDPH, 2022). Pour ces jeunes atteints de troubles du comportement, la socialisation, la scolarisation	13 IEM pour 207 places dans le Nord *
Leur mission est d'accueillir les jeunes handicapés déficients intellectuels, mais l'IME sera spécialisé selon le degré et le type de handicap pris en charge (CNSA, 2019).		Ils prennent en charge les jeunes atteints de déficience motrice importante (CNSA, 2019). Leur mission est de faciliter leur

<p>Dans cette structure sont dispensés une éducation et un enseignement spécialisés basés sur les aspects psychologiques et psychopathologiques du jeune (Action-sociale, 2022).</p>	<p>et l'apprentissage sont grandement perturbés. Des actions thérapeutiques, pédagogiques et éducatives sont alors menées (Action-sociale, 2022).</p>	<p>intégration : sociale, familiale, professionnelle (Action-sociale, 2022).</p>
--	---	--

* Nord pour 2.61 M d'habitants

Sources : Action-sociale, 2022 ; CNSA, 2019 ; Assurance maladie, 2022.

Annexe 6 : Les établissements et services médico-sociaux pour la réinsertion sociale

Réinsertion sociale		
Etablissements pour jeunes majeurs et familles en difficulté : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale – CHRS		
52 CHRS pour 2722 places dans le Nord*		
Le public côtoyant ces établissements sont généralement des personnes/familles exposés à de grandes difficultés : violences, alcoolisme, toxicomanie ou sortie de prison. Les CHRS veillent à les accueillir, les loger, les accompagner et les insérer socialement. Le but ici est de leur redonner une autonomie personnelle et sociale. Par ailleurs, si certains CHRS accueillent tous types de publics, d'autres sont spécialisés pour un type de public en particulier (Action-sociale, 2022).		
Etablissements et services sociaux d'hébergement et d'accueil : Foyers de jeunes travailleurs – FJT		
18 FJT pour 304 places dans le Nord*		
Ils accueillent deux types de public : les jeunes en formation professionnelle ou en activité professionnelle. Ces derniers sont essentiellement âgés de 16 à 25 ans et vivent seuls, même si certains accueillent aussi des étudiants ou demandeurs d'emploi. Les FT proposent un hébergement temporaire (un mois, reconduit à la volonté de la personne) (Action-sociale, 2022).		
Etablissements pour personnes connaissant des difficultés spécifiques		
Appartements de Coordination Thérapeutique – ACT	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAARUD	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA
4 ACT dans le Nord *	11 CAARUD dans le Nord *	35 CSAPA dans le Nord
Y sont hébergées en logement individuel et de façon temporaire les personnes/familles en situation de fragilité (sociale, psychologique, financière...). Un service d'ACT va proposer à ce public des soins et un suivi médical. La personne hébergée sera accompagnée par des médecins, des psychologues, des éducateurs... qui l'orienteront « vers des partenaires sociaux ou associatifs en vue d'une ouverture des droits sociaux et d'aide à l'insertion sociale, professionnelle, médicale et	Ils accueillent, informent, conseillent les usagers de drogues et les soutiennent dans l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité). Leur mission est aussi d'orienter ce public vers le système de soins spécialisés ou de droit commun. Ils favorisent leur accès au logement, à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle. Enfin, le CAARUD met à la disposition de ce public du matériel de prévention des infections et l'incite au dépistage des infections	Ils assurent, pour les personnes en situation d'addiction, de la prévention ainsi que des soins. Ici, la prise en charge est pluridisciplinaire, elle concerne tous les types d'addictions (Action-sociale, 2022).

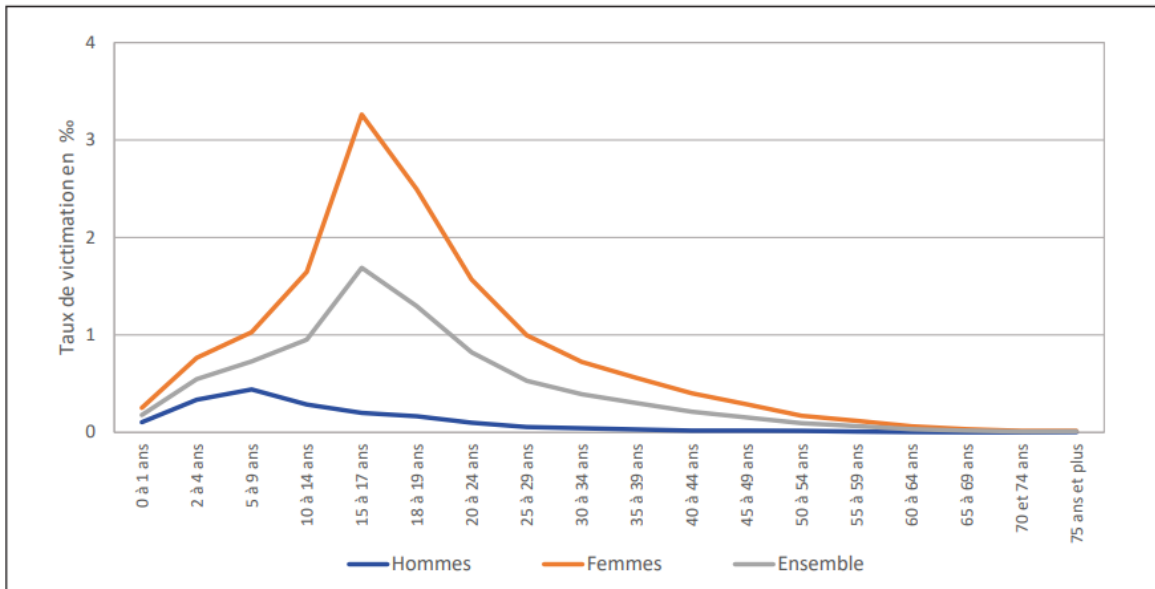
psychologique » (Action- sociale, 2022).	transmissibles (Action- sociale, 2022).	
---	--	--

** Nord pour 2.61 M d'habitants*

Sources : Action-sociale, 2022 ; Assurance maladie, 2022.

Annexe 7 : Le taux de viols chez les jeunes en France

7. Part des victimes de viols pour 1 000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020



Champ : France métropolitaine.

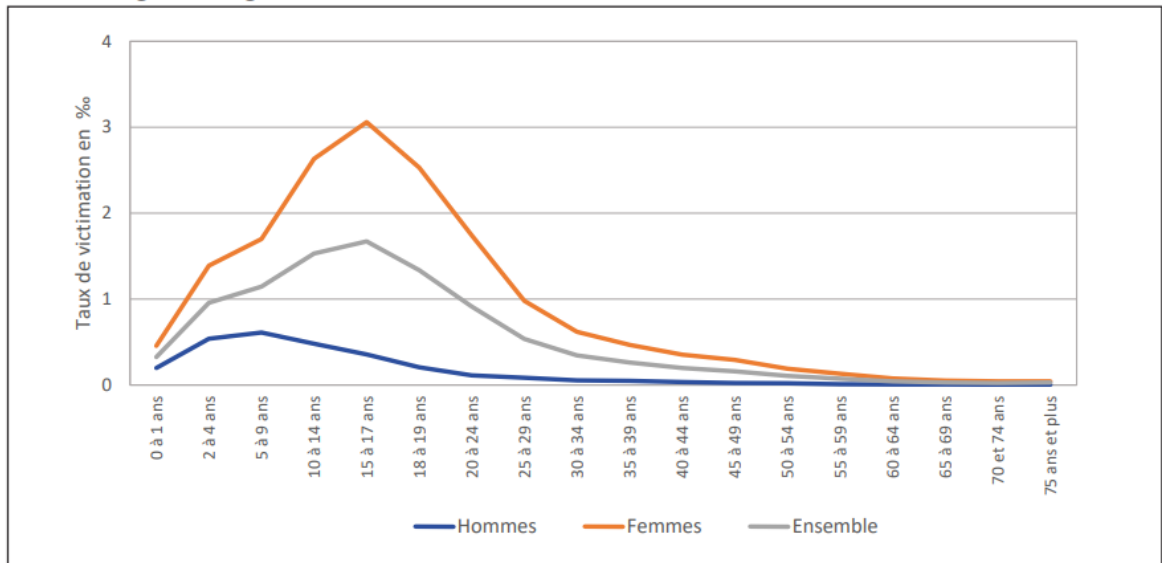
Lecture : sur 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, 3,3 ont été enregistrées par les forces de sécurité comme victimes de viols en 2020.

Sources : SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 ; Insee, estimations de population (résultats provisoires au 29 mars 2021).

Source : Interstats, Ministère de l'intérieur, Rapport « Insécurité et délinquance 2020 : bilan statistique », 2020.

Annexe 8 : Le taux d'agressions sexuelles chez les jeunes en France

8. Part des victimes d'agressions sexuelles pour 1 000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020



Champ : France métropolitaine.

Lecture : sur 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, 3,1 ont été enregistrées par les forces de sécurité comme victimes d'agressions sexuelles en 2020.

Sources : SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 ; Insee, estimations de population (résultats provisoires au 29 mars 2021).

Source : Interstats, Ministère de l'intérieur, Rapport « Insécurité et délinquance 2020 : bilan statistique », 2020.

Annexe 9 : Le profil des auteurs de violences sexuelles en France

10. Nombre de personnes mises en cause pour des violences sexuelles enregistrées en 2020, par sexe et par âge

	Femmes mises en cause	Hommes mis en cause	Ensemble des mis en cause	Part des hommes parmi les mis en cause	Répartition des mis en cause par classes d'âges	Répartition de la population par classes d'âges
Moins de 13 ans	136	2 105	2 241	94 %	8 %	15 %
13 à 17 ans	130	5 160	5 290	98 %	19 %	6 %
18 à 29 ans	141	6 383	6 524	98 %	23 %	14 %
30 à 44 ans	217	7 044	7 261	97 %	26 %	18 %
45 à 59 ans	110	4 468	4 578	98 %	16 %	20 %
60 ans et plus	37	1 996	2 033	98 %	7 %	27 %
Total des personnes mises en cause	771	27 156	27 927	97 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine.

Lecture : En 2020, 27 927 personnes ont été mises en cause par les forces de sécurité pour des violences sexuelles. 97 % sont des hommes et 26 % ont entre 30 et 44 ans. 18 % de la population de France métropolitaine a entre 30 et 44 ans.

Sources : SSMSI, base des mis en cause pour crimes ou délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 ; Insee, estimations de population (résultats provisoires au 29 mars 2021).

Source : Interstats, Ministère de l'intérieur, Rapport « Insécurité et délinquance 2020 : bilan statistique », 2020.

Annexe 10 : Le RIS

RECUEIL D'INFORMATION SANTE

Service PJJ :	Renseigné par :
Le : / /

ETAT CIVIL

Nom Prénom..... Sexe : F M

Né(e) le à (Pays) :

Nationalité
.....

EXERCICE DE L'AUTORITE PARENTALE

Détenteurs de l'autorité parentale
.....

☞ *Faire renseigner la fiche « formulaire soins d'urgence »*

COUVERTURE SOCIALE

Investiguer la situation du jeune et apprécier tout besoin d'autonomie et d'accompagnement du jeune (cf. fiche santé n° 6 protection sociale)

1 - COUVERTURE DE BASE

Ayant droit Assuré social lui même

Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

En cas de situation d'ayant droit, sous la couverture de l'assuré :

Nom..... Prénom.....

père, mère, tuteur, autre :

Possède une Carte vitale Couverture Maladie Universelle
Aide Médicale d'Etat Soins urgents

Coordonnées de la caisse d'assurance
maladie.....

Ouverture des droits du _____ au _____

La CMU est à renouveler deux mois avant l'expiration, soit le

☞ *Photocopier la feuille d'attestation des droits, à joindre au dossier*

☞ *Selon besoin, faire renseigner la feuille délégation de paiement par les ouvrants-droit (en fiche n°6)*

Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

1 - COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Ayant droit Personnelle

En cas d'ayant droit, sous la couverture de l'assuré :

Nom.....Prénom.....

père, mère, tuteur, autre :

Couverture maladie universelle complémentaire

Ouverture des droits jusqu'au

Coordonnées de la caisse complémentaire ou mutuelle

.....
Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

MEDECIN TRAITANT

Conditions de prise en charge des soins (cf. fiche protection sociale des mineurs et jeunes majeurs : rubrique médecin traitant)

Déclaré, Nom et adresse :

.....
 non déclaré

Démarches particulières à engager / médecin traitant (inscription, changement) : à renseigner en fin de document

COUVERTURE ACCIDENTS DU TRAVAIL

Bénéficiaire des prestations accident du travail (AT) (élèves, stagiaires formation professionnelle, CNASEA...)

Dispositions accident du travail aux pupilles de l'éducation surveillée survenu par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé - article L.412-8 du code de la sécurité sociale (anciennement 007)

Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

CARNET DE SANTE

• Existant : Oui Non Confié au service : Oui Non

• Document faisant état de la situation vaccinale : Oui Non
(copie ou certificat médical)

☞ à transmettre au médecin ou à l'infirmière de la PJJ lors de la prochaine consultation

BESOINS DE SANTE SPECIFIQUES

Informations fournies par le jeune et/ou par ses parents :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ordonnance en cours	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Traitement ou soins en cours	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Conduite à tenir en cas d'urgence	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Aménagements spécifiques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Port de Lunettes Appareil dentaire Prothèse auditive Source :

Handicap : présente un handicap relevant de la MDPH

(note DPJJ du 30 janvier 2006 relative aux dispositions introduites par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)

☞ Selon besoin faire renseigner le document PAI (fiche santé n°5) par le médecin qui suit le jeune

Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document *Guide technique santé, DPJJ,*

BILANS DE SANTE

Visite médicale d'aptitude à la pratique sportive Oui Non
Janvier 2008

Visite médicale d'aptitude au travail (médecin du travail, médecin de l'éducation nationale) Oui Non

Bilan d'orientation (médecin de l'éducation nationale) Oui Non

Bilan de santé Oui Non

Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

SOINS PENALEMENT OBLIGES

Oui Non De quel type :

Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

Source : DPJJ, « Guide technique santé », Janvier 2008.

Annexe 11 : Le PAI



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

DIRECTION
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA
JEUNESSE
DIRECTION DÉPARTEMENTALE
(SERVICE)

**Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
des jeunes et des adolescents
présentant
des besoins de santé spécifiques**

Références du service PJJ (*adresse, coordonnées*) :

1 - Jeune concerné :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

2 - Référents du jeune à contacter :

Mère :

tél. domicile : _____ tél. travail : _____

Père :

tél. domicile : _____ tél. travail : _____

Tuteur :

tél. domicile : _____ tél. travail : _____

Médecin¹⁶ : _____ Tél : _____

Médecin spécialiste : _____ Tél : _____

Service hospitalier : _____ Tél : _____

SAMU : 15 ou 112 par portable

¹⁶ Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie

1 – Traitement médical : *(selon l'ordonnance, nom du médicament, doses, modalités de prise, horaires, et lieu de stockage dans l'établissement, préciser les effets secondaires et les contre-indications) (toute modification du traitement est à enregistrer par le service)*

(agrafer ordonnance)

2 – les aménagements spécifiques

- *la vie dans la collectivité (rythme de vie, aménagement des locaux..),*
- *les week-end, séjours à l'extérieur,*
- *le besoin d'un régime alimentaire spécifique,*
- *la scolarité, notamment lors des hospitalisations,*
- *les activités de socialisation, d'insertion, et professionnelles,*
- *la pratique sportive*

3 – Protocole d'urgence *(document en annexe à faire remplir par le médecin prescripteur avec les signes d'appel, les symptômes visibles et les mesures à prendre dans l'attente des secours)*

Signataires du projet : *(pièces jointes ordonnance et protocole d'urgence)*

Date : _____

Parents ou représentant légal

Le jeune

Le responsable de service

(qualité)

Le médecin

Références du service PJJ (*adresse, coordonnées*) :

1 - Jeune concerné :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____ à : _____

Signe d'appel, symptômes visibles :

Mesures à prendre :

Localisation de la trousse d'urgence :

En cas d'appel du SAMU 15 ou 112, aviser le médecin régulateur de l'existence du P.A.I.

Cachet et signature du médecin prescripteur :

Annexe 12 : *Projet santé « atelier santé et bien-être » de l'UEHC de Lille de 2017*

**Projet santé :
Atelier santé et bien-être
à l'UEHC de LILLE**

Introduction : Analyser la situation et définir les priorités.

Pour identifier les besoins de santé des adolescents que nous prenons en charges et définir ainsi les priorités d'une action en la matière, il nous fallait un moyen de rechercher des éléments de connaissance de la réalité de ce public. Le projet repose donc sur une analyse préalable du public que nous accueillons aux travers de quelques études menées par des sociologues et la PJJ. Les expériences antérieures nous ont également servi de base de travail par les enseignements qu'elles nous ont apportés et la formation que nous y avons reçue. Un questionnaire que nous proposerons aux adolescents de notre structure nous apportera des éléments sur les centres d'intérêt des adolescents en matière de santé, sur les représentations et la définition de la santé et sur leur manière de s'informer.

Dans premier temps nous nous sommes appuyés sur les constats réalisés par des acteurs issus du monde scientifique.

En effet, une enquête² réalisée par l'INSERM et la PJJ en 2004 nous a permis de cerner les nombreuses singularités concernant la santé des adolescents pris en charge par la PJJ.

Elles touchent : à la sexualité. Nous y apprenons ainsi que nos jeunes sont initiés plus précocement par rapport à la population scolaire classique. Dans ce même domaine, il est mis en avant que la contraception est loin d'être systématique chez eux – Filles comme garçons. Concernant les consommations de produits psychoactifs, elles sont supérieures à celles de la population scolaire. Cela concerne notamment le tabac, le cannabis et autres toxiques illicites. Le rapport met également l'accent sur un autre point important : les conduites violentes et les violences sexuelles subies qui font largement partie du parcours de vie des adolescents que nous suivons.

Devant ce constat, les professionnels de la PJJ doivent donc avoir constamment à l'esprit qu'ils sont devant un public en grande souffrance psychique, qui souffre de troubles somatiques, psychologiques et sociaux et que le milieu familial a également été marqué par des épreuves de natures très diverses. De ce fait, les adolescents et les familles ont des difficultés pour exprimer une demande en matière de santé aux professionnels de santé et aux éducateurs de la PJJ qui suivent leur enfant.

L'instauration d'un dialogue autour des problématiques de santé devient donc un enjeu dans la prise en charge des adolescents placés à la PJJ puisque pour la grande majorité d'entre eux, ils sont dans l'incapacité de formuler une telle demande.

² M. CHOQUET, C. HASSLER, D. MORIN, « La santé des jeunes 14-20 ans pris en charge par les services de secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après », Enquête INSERM/PJJ, 2005.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes appuyés sur les expériences antérieures : exemple du partenariat avec l'association l'ANPAA.

Le projet que nous proposons a pour genèse un partenariat avec l'association l'ANPAA et l'expérience de nos prises en charges successives dans notre structure. Nous avons retiré de cette première expérience de nombreux enseignements qui nous ont servi à construire un nouveau projet. Il convient donc d'exposer les motifs et le déroulement de cette expérience.

En avril 2017, un travail autour des addictions s'est mis en place progressivement sur la structure. En effet, lors des différentes réunions d'équipe ou de fonctionnement, tous les éducateurs ont pointé le problème de la consommation de stupéfiant et particulièrement de cannabis chez les jeunes au sein de l'établissement. C'est ainsi que nous avons pris contact avec l'association l'ANPAA – Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie – par l'intermédiaire d'Eloïse HESPEL. Nous avons développé un partenariat avec l'association.

Avec la psychologue de notre service madame Marie-Loup DEWULF, nous avons eu un temps d'échange avec elle sur les rapports qu'entretiennent les jeunes avec les produits stupéfiants. De cet échange, l'équipe éducative et Madame HESPEL ont proposé d'aborder les consommations par le biais des troubles du sommeil.

En effet les jeunes que nous prenons en charge présentent pour la plupart des troubles du sommeil et plus particulièrement une difficulté d'endormissement. De manière fréquente ils évoquent le recours aux produits stupéfiants en soirée pour faciliter l'endormissement. Face à ce constat, il nous a semblé intéressant que ces adolescents puissent expérimenter, dans un cadre sécurisant, un état de détente, de relâchement, un laisser-aller sans le recours au produit stupéfiant. C'est pour cela qu'une séance a été consacrée à la relaxation guidée. L'objectif était également de permettre la naissance d'une parole, d'un échange autour des produits stupéfiants, dont la consommation est d'abord vu comme un symptôme avant d'être un délit, ainsi que sur les prises de risques qui y sont souvent associées.

Avec Mme HESPEL, nous avons construit les ateliers santé au travers de ce prisme. Nous avons donc décidé de partir de leurs souffrances et de leurs difficultés pour ensuite évoquer leur consommation de produits stupéfiants. C'est pour cela que les premières séances ont été consacrées à la rencontre, le sommeil, la relaxation et que les dernières proposent d'aborder la question des produits stupéfiants et de l'accès aux soins. Ce dispositif a permis la création d'une dynamique de groupe ainsi qu'un lien de confiance suffisant permettant aux adolescents d'aborder de manière subjective leur rapport aux produits stupéfiants. Pour les professionnels, cela a permis d'avoir conscience que la consommation de stupéfiants est d'abord un symptôme, avant d'être un délit qu'il faut absolument sanctionner.

Déroulement de chaque séance³ :

Juillet 2017. **La première séance** de rencontre s'est déroulée de manière conviviale autour d'un jeu pédagogique – Brin de Jasette – dans le but de faire connaissance. Cette première entrée en matière, douce, sans aborder d'emblée les produits stupéfiants est apparue décisive dans l'évolution de l'atelier. En effet dans une ambiance détendue, chaleureuse, et conviviale, ce jeu, qui invite à parler de soi, a permis la constitution d'une dynamique de groupe et d'un lien de confiance avec l'intervenante. Cette première séance lui a permis d'être réellement repérée par les jeunes, bien qu'extérieur à la structure, elle a été intégrée par les jeunes à leur quotidien.

³ J'ai repris ici les notes de notre psychologue de l'UEHC de l'époque madame DEWULF qu'elle avait prises à la fin de chaque séance et après un débriefing

La deuxième séance dédiée à l'abord du thème du sommeil a été très investie par l'ensemble des jeunes présents. En effet, Les jeunes sont apparus très en demande de pouvoir évoquer et partager les difficultés et angoisses qui sont les leurs. Ce fut un moment très intense, voir cathartique au cours duquel les angoisses les plus archaïques ont pu être mises en mots. Les jeunes ont pu parler de leurs peurs, de leurs terreurs nocturnes, des images envahissantes qui s'imposent à l'esprit au moment du coucher. Certains d'en eux, qui ne parviennent pas à le faire dans un cadre individuel, ont pu faire des liens entre leurs angoisses et leur histoire personnelle. Le groupe, dans sa fonction contenant a été l'élément essentiel de l'atelier.

Les professionnels de la structure ont pu mesurer la portée de la détresse que provoquait en eux cette période du coucher.

La troisième séance a été consacrée à la relaxation. Ce jour-là, le climat du groupe de jeunes était tendu et conflictuel, la tension était palpable. Pour un exercice qui demande de faire tomber temporairement ses défenses pour se laisser aller, se relaxer l'ambiance n'était pas idéale.

Il a donc été décidé de mener cet atelier en deux temps. Un temps groupal et un temps individuel.

Au cours du temps groupal nous avons pu observer que les jeunes ont réagi différemment. Une adolescente, insécurisée a choisi de s'envelopper entre deux cousins comme dans un cocon pour se détendre tout en étant protégé par cette enveloppe improvisée. Un autre jeune a pu se laisser aller et s'endormir. Un autre bien que dans une posture défensive a été attentif.

Le second temps s'est déroulé de manière individuelle en chambre auprès de chaque jeune qui le souhaitait. Madame Hespel a proposé lors de ce temps individuel une relaxation accès sur l'endormissement.

La quatrième séance a été dédiée aux produits stupéfiants. Sous forme de jeu, les jeunes ont été invités à évoquer leurs croyances, les rapports aux produits stupéfiants. Ce temps d'échange fut très investi par les deux adolescentes présentent ce jour-là qui ont pu mettre des mots, lier représentation et affect, en toute confiance sur leur consommation et les prises de risque qui y sont associées.

La cinquième et dernière séance a abordé la thématique de l'accès aux soins. Par l'intermédiaire d'un jeu interactif les adolescents ont été invités à évoquer leurs représentations des CSAPA, du travail qui y est proposé. Cette séance a permis de déconstruire quelques idées reçues, de présenter le travail qui est proposé dans les CSAPA.

Observation collective

Au niveau du collectif de jeunes ce temps d'atelier a été réellement repéré et repérant pour les jeunes. Ils attendaient avec impatience ces temps de paroles et d'échanges et la veille et le jour de l'atelier ils parlaient de leur consommation entre eux ainsi qu'aux professionnels. Cela témoigne du fait que l'élaboration se poursuit entre les séances et les espacer dans le temps permet au jeune d'avoir le temps psychique d'élaborer chaque contenu de séance.

La dynamique groupale positive qui s'est installée a permis que ce groupe soit vécu comme contenant et comme une enveloppe sécurisante. La dynamique de groupe a induit une illusion groupale favorisant la régression et donc l'accès aux angoisses archaïques.

Le groupe a également servi d'appui à ses adolescents fragiles qui ont pu, en s'étayant sur lui, associer plus facilement et libérer leurs paroles. Les jeunes en effet ont pu partager leurs éprouvés très intimes. Le support des médias a également facilité les interactions.

La création du lien avec l'intervenante ainsi que l'expression libre et interactive a permis que les échanges ne se centrent pas seulement sur le symptôme addictif, celui-ci a pu être mis en lien avec les angoisses, les souffrances psychiques, les éventuels traumatismes qui ont pu en être à l'origine. Ces liens effectués sont signes d'élaboration et de réflexion.

Apport de cet atelier au niveau individuel :

- B qui a pu tomber sa carapace, et sa posture défensive pour arborer un visage et un comportement très enfantin. Elle a pu mettre en mots ses éprouvés, ses ressentis, son vécu alors qu'elle se montre opposée aux espaces de paroles individuels qui lui sont proposés. Elle est parvenue à un état de détente et de sécurité qui lui a permis de parler de ses éprouvés sans avoir recours au produit stupéfiant qui désinhibe. Le fait qu'elle accepte une séance de relaxation individuelle, dans sa chambre témoigne de cet état de sécurité qu'elle a expérimenté. Elle a ouvert son espace intime, a donné accès à l'autre à son monde intérieur auparavant verrouillé et protégé. Elle a pu évoquer son rapport aux produits stupéfiants.

- M a vécu dans un environnement peu sécurisant avec des figures d'attachement peu sûres et très instables du fait de leurs problématiques addictives respectives. Elle a développé un attachement insécure ambivalent et présente une carence affective extrêmement importante. Elle a également été victime d'un événement traumatique important qui l'a amené à rester figée dans une posture d'Objet du désir de l'Autre, barrant ainsi l'accès à une position de sujet désirant. Au début de son placement cette adolescente présentait des périodes d'absences psychiques lorsqu'elle était contrariée, durant ces épisodes de repli sur elle-même, elle s'enfermait dans un mutisme inquiétant, se coupant de la relation. Elle disparaissait. Par le travail mené par l'équipe éducative de l'UEHC, Celle du STEI, mais aussi par ce groupe, M a appris à s'affirmer pour parler d'elle, elle a pris conscience que sa parole, ses éprouvés, avaient de l'importance, de l'intérêt pour l'autre. Elle a ainsi redécouvert sa subjectivité (Chemin sur lequel nous tentons de l'accompagner au cours de son placement). Elle est aujourd'hui beaucoup plus présente dans la relation et présente à elle-même, les épisodes de repli ont quasiment disparu. Aujourd'hui lorsqu'elle est contrariée elle le fait savoir en l'exprimant, certes de manière un peu agressive, mais elle retrouve progressivement sa position du Sujet. Au cours des différences séances de l'atelier, M est apparue dans une réelle dynamique de réflexion et d'élaboration sur sa propre problématique addictive ainsi que sur celles de ses proches. Son désir de s'exprimer, de comprendre l'a amené à un travail de réflexion sur son histoire de vie, sur son fonctionnement familial, sur son identité et son fonctionnement psychique.

- I qui n'a assisté qu'à une seule séance est parvenu à s'endormir en présence des autres alors que son vécu d'exil l'a amené à développer un comportement d'hypervigilance ne lui permettant pas de perdre le contrôle en présence des autres, toujours en alerte d'un danger. Le groupe et l'espace de cet atelier semble avoir été assez sécurisant et contenant pour qu'il puisse lâcher ses défenses pour relâcher son corps et son esprit.

- L est un jeune accueilli au foyer mais qui du fait de ses fugues très régulières n'a pu participer à ces ateliers. Ce jeune présente tous les symptômes d'un état de psycho-trauma, son angoisse est envahissante, il présente une agitation psychomotrice importante, une hypersensibilité à tout contexte de violence. Sans cesse en mouvement, en errance, en fuite, il ne parvient pas à se poser quelque part. Se poser apparaît semble-t-il dangereux pour lui, il semble lutter de manière active contre la dépression. En entretien individuel je lui avais présenté cet atelier et signifié qu'au vu de son agitation importante, cet atelier pourrait l'aider à se poser et à se détendre un peu. Le

groupe l'inquiétait mais il était d'accord pour participer à ce genre d'atelier de manière individuelle. Lors d'un retour de fugue j'ai évoqué avec lui les bandes sonores de relaxation enregistrées par l'intervenante, il les a récupérées sur son portable. Ce jeune est revenu de fugue quelques temps après et m'a indiqué de manière spontanée qu'il avait écouté à deux reprises la musique pour s'endormir. Il a pu dire qu'il n'avait pas réussi à s'endormir mais que cela lui avait permis de se détendre. Le fait qu'il parvienne de lui-même à utiliser cet outil à un moment où il se sent tendu semble témoigner du fait qu'il s'est approprié cet outil. Il a pu accéder par ce biais à un état interne un peu plus serein.

Apport de l'intervention pour les professionnels :

L'intervention de Madame HESPEL a permis aux professionnels de l'UEHC de Lille :

- de se familiariser avec les outils pédagogiques permettant d'évoquer avec des adolescents la question des consommations de stupéfiants et les conduites à risques.
- Les professionnels ont pu également obtenir des informations sur certains produits peu connus, comme par exemple le RIVOTRIL.
- Accès à des formations abordant la question des addictions, et utilisation des outils adaptés au public pris en charge dans notre institution.
- Sensibilisé à la question du psycho-trauma en lien avec les conduites addictives.
- Prise en compte de l'importance d'offrir des espaces de paroles groupales pour aborder ces questions avec des adolescents.
- Apprendre à construire une intervention : déroulement et progression des différents ateliers, les professionnels ont pu découvrir comment construire une intervention favorisant la libre parole des jeunes, sur ce thème sensible qu'est la consommation de produits stupéfiants.
- Les professionnels ont acquis une plus grande connaissance de l'ANPAA et de leur réseau, cela a permis l'élargissement du réseau partenarial.
- Meilleure compréhension du sens des conduites addictives chez les adolescents et notamment leur recours comme « auto traitement » face à une angoisse massive.

Ce format d'atelier se renouvellera une fois encore en 2017. Nous en avons retiré le même sentiment de réussite auprès des jeunes. Il n'y a cependant pas eu d'outil d'évaluation qui nous aurait permis d'analyser objectivement l'atelier. Il est malgré cela une solide base de travail pour la suite que nous voulons donner aux ateliers santé. C'est donc grâce à une opportunité de partenariat et une rencontre avec une professionnelle investie – Mme HESPEL – que se sont créés les ateliers santé autour des addictions. Cette expérience nous a fait prendre conscience de l'importance de mettre en place de réels temps d'échanges entre les éducateurs, la psychologue de notre service et les jeunes. Des temps pour parler de leurs préoccupations...

Dans un troisième temps, nous nous sommes appuyés sur un questionnaire d'évaluation des attentes des adolescents de notre structure.

En effet, afin de parfaire notre diagnostic basé sur un croisement des données scientifiques, de constats des professionnels et de données expérientielles au sein de l'UEHC, il a été nécessaire de nous tourner vers les jeunes placés pour recueillir leurs attentes, faire « une photographie » à un temps T. Un questionnaire a été ainsi créé et il a été soumis aux jeunes lors des entretiens destinés aux jeunes nouvellement arrivés sur la structure. Durant les premiers jours suivant l'arrivée d'un jeune, un entretien santé a lieu. Il est obligatoire mais il est souvent tourné uniquement vers un recueil d'information administratif santé. Le questionnaire réalisé est donc un outil intéressant pour aborder avec les jeunes les problématiques liées à la santé. C'est le référent santé sur la structure qui a fait passer le questionnaire aux jeunes seul en tête à tête. Le contexte sanitaire de l'année 2020 ne nous a pas permis d'accueillir en nombre des jeunes mais malgré tout ce sont six jeunes – cinq garçons et une fille – sur douze qui ont accepté de répondre.

Nous avons dégagé six thématiques du questionnaire soumis aux jeunes pour nous permettre de faire les constats.

Leur vision de leur santé.

Pour les jeunes être en bonne santé « c'est être bien », bien dormir bien manger, pas de maladie, ne pas avoir de difficulté à faire les choses. Avoir la forme se sentir bien dans son corps. La seule fille ayant répondu au questionnaire parle de bien-être physique et « moral ». Logiquement pour eux, être en mauvaise santé c'est l'inverse. C'est être malade, se sentir mal, ne pas se sentir bien dans son corps.

Quelle perception les jeunes ont-ils de leur état de santé ?

De façon caricaturale, les garçons répondent avoir une formidable santé, se sentir bien à la maison, dans leur corps, dans leur tête et avoir confiance en eux. La seule fille interrogée répond se sentir mal de manière générale et de ne pas avoir confiance en elle.

Leur attitude à identifier leurs capacités et leurs défauts.

Sur les six jeunes, cinq jeunes disent avoir des défauts. Cinq ne savent pas citer des qualités qu'ils auraient, ni de défaut, ou s'ils le font, ce sont des défauts relevés par leur entourage et souvent par les éducateurs. Cinq jeunes sur six disent ne pas savoir exprimer ce qu'ils ressentent ou que leur interlocuteur ne peut comprendre leurs ressentis.

Nous avons relevé que parmi leurs passions, leurs centres d'intérêt, la vitesse et la moto reviennent régulièrement. Les garçons affirment aimer cela et qu'ils admettent les risques encourus, à la fois sur leur sécurité mais également les risques au niveau judiciaires.

Identification de personnes ou structures pour parler de ses difficultés ou d'un sujet de santé.

Les éducateurs sont souvent cités comme interlocuteur face à leurs préoccupations. La famille, ensuite, comme le grand frère qui peut être une oreille attentive. Globalement les jeunes ne

connaissent pas de structure où ils peuvent parler d'addiction, de vie affective et sexuelle. Seule, la jeune fille est en capacité de citer le planning familial comme structure d'écoute pour évoquer la contraception ou sa sexualité.

Gestion du stress et du sommeil.

La question du sommeil revient régulièrement dans leurs préoccupations. Ils disent mal dormir et évoquent souvent le fait « qu'ils ruminent, qu'ils réfléchissent » ce qui les empêche de s'endormir. Ils affirment ne pas être stressés. Le cannabis comme palliatif est évoqué une seule fois. Le contexte judiciaire de la prise en charge peut expliquer le silence face à une pratique illicite.

Intérêt pour des ateliers santé.

Sur les six jeunes, cinq ont répondu qu'ils seraient intéressés par des ateliers santé. Le sommeil et la vie affective et sexuelle sont les thématiques qui reviennent le plus. Ensuite, l'estime de soi et la gestion des émotions sont également mentionnées.

CONCLUSION DU QUESTIONNAIRE

Globalement, ce que nous pouvons dire par rapport au questionnaire et aux réponses apportées par les jeunes placés au foyer, c'est qu'ils envisagent la santé uniquement sur le fait d'être malade ou pas. La santé psychique n'est abordée que si l'éducateur en parle. Nous remarquons aussi que les jeunes se voient en bonne santé ce qui contraste avec ce que les éducateurs observent, et qui font plutôt le constat d'un état de santé précaire.

Les cinq garçons répondent avoir confiance en eux. La seule fille, à nouveau, dit ne pas se sentir bien et ne pas avoir confiance en elle. Malgré les réponses positives des garçons, nous observons qu'ils sont globalement dans l'incapacité de nommer leurs qualités, ni à exprimer leurs émotions, ce qui tend à montrer que leur estime d'eux-mêmes est faible. Il faut également relever, que dans le ressenti des éducateurs travaillant quotidiennement avec eux, nous constatons que nos jeunes ne se sentent pas forcément très bien dans leur peau.

Autre point, le questionnaire vient mettre en évidence que nos jeunes ne connaissent pas ou peu de structure où parler. Seuls, les éducateurs semblent être identifiés comme des interlocuteurs fiables.

Les éducateurs de par leur position, ont également observé un problème vis-à-vis du sommeil. Le questionnaire vient confirmer ce ressenti. En effet, les jeunes disent mal dormir du fait que souvent, les angoisses de leur vécu, refont surface la nuit, lorsqu'ils sont seuls dans leur chambre. Malgré nos observations, les jeunes disent ne pas consommer de cannabis.

Enfin, les jeunes disent quasiment tous ressentir le besoin d'avoir un espace de parole pour aborder les problématiques du sommeil, de la vie sexuelle et affective et de l'estime de soi, thèmes qu'ils ont tous désigné comme les touchant particulièrement.

Définir les priorités.

Après l'analyse de la situation au sein de notre structure, nous pouvons mettre en évidence un certain nombre de besoins et d'attentes de la part de nos jeunes. **Le principal enseignement est qu'il semble nécessaire qu'un lieu d'échange et de dialogue soit créé afin que les problématiques que nous avons soulevées puissent être évoquées par les jeunes qui sont accueillis au sein de l'Unité Éducative d'Hébergement Collectif de Lille.** Ce qui constitue l'objectif principal du projet santé proposé. Un point important : ce lieu doit perdurer et être identifié par les jeunes.

Objectif Général du Projet :

Favoriser le bien-être et l'estime de soi des jeunes placés au sein de l'UEHC de Lille

Objectifs spécifiques :

Augmenter le nombre de jeunes placés ayant développé ses connaissances sur les lieux de soin en matière d'addiction durant leur période de placement sur l'année 2021.

Faire en sorte que 100% des jeunes placés participent à au moins deux temps d'échanges portant sur des questions de vie affective et sexuelle durant la période de son placement.

Faire en sorte que 100% des jeunes placés renforcent leurs connaissances en matière de vie affective et sexuelle durant sa période de placement.

Faire en sorte que 100% des jeunes placés identifient des personnes ou/et des structures vers lesquelles ils peuvent se tourner pour échanger et/ou obtenir des informations.

Faire en sorte que 100% des jeunes placés participent à au moins un temps d'échanges portant sur l'estime de soi, la gestion des émotions.

Questionnaire bien être à l'UEHC de Lille

Pourquoi ?

- Je ne dors pas assez
- je dors bien
- Je suis trop long à m'endormir
- je m'endors facilement
- Je peux m'endormir que si j'ai fumé
- je n'ai besoin de rien pour dormir
- Il y a trop de bruit dans la chambre, dans la maison
- mon environnement est favorable
- L'endroit où je dors n'est pas confortable
- Je rumine je réfléchis et je ne dors pas
- Autre :

Te sens tu suffisamment informé sur

- Les addictions oui non
- La vie affective et sexuelle oui non
- La gestion du stress oui non

Sais-tu où aller si tu veux parler de :

- Tes problèmes oui non
- Si oui cite :

Des addictions oui non

Si oui cite :

De la vie affective et sexuelle oui non

non

Si oui cite :

Si on proposait des activités sur des thèmes de santé, le bien être, serais tu intéressé ?

- Oui non je ne sais pas

Si non pourquoi ?

Si oui, sur quels thèmes ?

- Le sommeil
- La vie affective et sexuelle
- Les addictions
- La gestion des émotions
- L'estime de soi
- L'alimentation
- Prendre soin de soi
- Les relations garçon-fille
- La confiance en soi
- L'homophobie
- Le stress
- Le corps humain
- L'hygiène
- L'activité physique
- Autres thèmes que tu proposes :

Si oui comment aimerais tu que l'on aborde le sujet ?

- En petit groupe de jeunes
- Avec un professionnel de la thématique
- Par des jeux ludiques
- Des questions réponses
- Des rencontres en individuel
- Des animations sportives
- Autres idées que tu proposes :

Questionnaire bien être à l'UEHC de Lille

Des ateliers santé vont vous être proposés. Pour rendre utile ces échanges et vous permettre d'être acteurs des interventions, nous vous proposons un questionnaire autour de « la Santé bien être »...

Pour toi être en bonne santé c'est... ?????

Et ne pas être en bonne santé c'est ?????

Selon toi est ce que l'on fait au foyer permet de prendre en compte la santé ?

Oui non je ne sais pas

Explique :

Comment te sens-tu de manière générale ?

(0 étant le plus faible, très mal, 5 étant le plus fort, très bien)

0 1 2 3 4 5

Comment te sens-tu à la maison ?

(0 étant le plus faible, très mal, 5 étant le plus fort, très bien)

0 1 2 3 4 5

Comment te sens-tu dans ton corps?

(0 étant le plus faible, très mal, 5 étant le plus fort, très bien)

0 1 2 3 4 5

Comment te sens-tu dans ta tête?

(0 étant le plus faible, très mal, 5 étant le plus fort, très bien)

0 1 2 3 4 5

As-tu la sensation d'avoir confiance en toi ?

Oui Un peu non je ne sais pas

Sais-tu vers qui te tourner quand tu as un problème ?

Oui non je ne sais pas

**Es-tu en capacité de citer tes qualités ?
(demander à l'oral de les citer)**

Oui non je ne sais pas

Es-tu en capacité de citer tes défauts ?

oui non je ne sais pas
si oui lesquels ?

As-tu des passions, des centres d'intérêt ?

Oui non

Si oui lesquels ?

Te sens-tu à l'aise pour parler à quelqu'un, prendre la parole ?

Avec une personne (autre que tes amis)

oui non

Avec plusieurs personnes ?

Oui non

Sais-tu mettre des mots sur ce que tu ressens ?

(ex : tristesse, colère, joie...)

Oui non je ne sais pas

Es-tu de manière générale stressé?

oui non je ne sais pas

Connais-tu des techniques pour gérer ton stress ?

Oui non je ne sais pas

Que fais-tu pour te détendre ?

Ecouter de la musique Regarder une série

Jouer aux jeux vidéos Faire du sport

Fumer une cigarette Aller au cinéma

Avoir une relation sexuelle Je m'isole

je fume (cannabis ou autres...)

Autre :

Est-ce que tu as la sensation de dormir suffisamment ?

Oui non je ne sais pas