

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**LA SANTE MENTALE DES JEUNES ADULTES
AUJOURD’HUI
Réalités, perceptions, prise en charge**

– Groupe n° 24 –

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| – BECU Sophie (DS) | – POILPRE Claire (D3S) |
| – CHAPEL Elodie (EDH) | – SAVIN Anne-Gaëlle (D3S) |
| – DOKOUI Ghislaine (D3S) | – VALLEE Claire (D3S) |
| – GALEA Bénédicte (IASS) | – WEIL Sophie (EDH) |
| – PAPIN Solène (IASS) | – ZILLIOX Maurice (DS) |

Animateur/trice(s)

*Patricia LONCLE, Enseignante chercheur EHESP
Eric LE GRAND, Sociologue consultant promotion de la santé*

Sommaire

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES SIGLES UTILISES	4
AVANT-PROPOS : METHODOLOGIE	5
INTRODUCTION	7
I. EVOLUTION DU CONCEPT DE SANTE MENTALE : DE LA PREVENTION DES TROUBLES MENTAUX A LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE	9
<u>A. Un phénomène social envisagé sur le plan sanitaire</u>	9
a) <i>La santé mentale envisagée comme un phénomène sanitaire: une prise en charge psychiatrique incomplète</i>	9
b) <i>Une santé mentale redéfinie au travers d'indicateurs sociaux</i>	12
<u>B. Une conception de la prise en charge qui évolue de la prévention du trouble mental à la promotion de la santé mentale positive</u>	15
a) <i>De la prévention des troubles mentaux à la promotion de la santé mentale positive</i>	16
b) <i>La mise en œuvre d'une démarche de promotion de la santé mentale</i>	18
II. UNE TRADUCTION ENCORE PERFECTIBLE DE CES REPRESENTATIONS PAR LES DIFFERENTS DISPOSITIFS 22	
<u>A. La déclinaison locale de dispositifs nationaux répondant aux problèmes de santé mentale des jeunes</u> 22	
a) <i>Des dispositifs prévus par les textes au plan national</i>	23
b) <i>Une exploitation des dispositifs existants qui varie en fonction de la représentation adoptée et du territoire</i> 26	
<u>B. Analyses d'un système perfectible</u>	28
a) <i>Un manque de politique globale au sein d'un système disparate</i>	29
b) <i>Pistes d'évolutions susceptibles d'améliorer le système</i>	31
CONCLUSION.....	33
BIBLIOGRAPHIE	35
LISTE DES ANNEXES	I

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement nos animateurs, **Madame Patricia LONCLE** et **Monsieur Eric LE GRAND** pour leurs conseils méthodologiques, leur qualité d'écoute, leur disponibilité et pour nous avoir accompagnés tout au long de ce travail de recherche.

Nous tenons également à exprimer toute notre reconnaissance aux différents professionnels et élus pour leur accueil, leur engagement dans la démarche et la qualité des échanges et des informations issus de nos rencontres :

- **Mme BOUHADDI-LIGER** et **Mme FORET**, PAEJ de Bretagne
- **Mme COATLEVEN**, chargée de mission promotion de la santé, Rennes
- **Mr COTTIN**, directeur de la maison des adolescents de Nantes
- **Mme DE CALAN**, coordinatrice Atelier Santé Ville de Nanterre
- **Mme FERRON**, directrice de l'IREPS, section Bretagne
- **Mr GUINCHE**, responsable de l'association Sauvegarde enfant adulte de Rennes
- **Mr le Docteur LEHUEDE** et **Mr JARDIN**, maison des adolescents de Rennes
- **Mme MASSOT**, vice-présidente du conseil général 35
- **Mr MERCERIE**, directeur adjoint de la mission locale de Saint-Malo
- **Mme MERCIER**, animatrice territoriale de santé du pays de Saint-Malo
- **Mme ORGEAS**, responsable de l'équipe mobile de psychiatrie de Rennes
- **Mr SAGE**, responsable du pôle d'insertion à la mission locale de Rennes.

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre communal d'action sociale

CIVIS : Contrat d'insertion dans la vie sociale

CRIJ : Centre Régional Information Jeunesse

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

MDA : Maison des Adolescents

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PAEJ : Point d'accueil et d'écoute jeunes

RMI : Revenu minimum d'insertion

RSA : revenu de solidarité active

Avant-propos : méthodologie

Notre groupe était composé de deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, de deux directeurs de soins, de deux élèves directeurs d'hôpital et de quatre élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. Le thème que nous avons tous choisi de traiter portait sur la santé mentale des jeunes adultes aujourd'hui. Il nous a été commandé de travailler à partir de l'observation de deux territoires choisis par les animateurs : les villes de Rennes et de Saint-Malo.

Lors d'une première rencontre avec nos référents, Madame Patricia Loncle, politiste et enseignante chercheur à l'EHESP et Monsieur Eric Le Grand, sociologue et consultant en promotion de la santé, ils nous ont présenté les différentes portes d'entrée de notre sujet.

Suite à cela, nous avons échangé sur nos représentations de ce thème, liées à nos expériences passées, nos lectures et nos savoirs. C'est ainsi que nous nous sommes aperçus que nos définitions de la santé mentale différaient. Grâce à la lecture du dossier documentaire et d'articles complémentaires, nous avons procédé à un premier travail d'appropriation collective du sujet, qui nous a permis de définir une problématique commune constituant le fil conducteur de notre travail. C'est en privilégiant la dynamique suscitée par l'interfiliarité que nous nous sommes répartis les entretiens auprès d'acteurs professionnels investis dans le champ de la santé mentale des jeunes mais aussi d'élus locaux concernés par cette problématique. Afin d'optimiser les informations issues des interviews et permettre une analyse dans une logique comparative, nous avons construit collectivement une grille d'entretien (cf. annexe) qui a été validée par nos animateurs. Les rencontres avec les professionnels et les élus, préprogrammées par nos référents, se sont étalées sur une semaine au cours de laquelle nous avons construit une ébauche de plan. A l'issue de ces différents entretiens, un plan définitif a été établi sur des bases consensuelles et validé par nos animateurs après avoir pris en considération leurs conseils éclairés. Nous nous sommes répartis le travail de rédaction et nos écrits se sont largement appuyés sur les analyses que nous avons faites suites aux différents entretiens. La dernière phase de notre travail a consisté à articuler et harmoniser nos propos, grâce à une relecture commune de notre rapport qui nous a permis d'aboutir à un travail dont le contenu est partagé par tous.

Notre champ d'investigation étant limité aux territoires des villes de Rennes et Saint Malo, une prudence particulière doit être accordée aux conclusions de notre travail. En effet, ces dernières ne peuvent être généralisées, et en aucun cas transposables à une autre réalité

territoriale. Pour approfondir l'analyse et situer les actions entreprises dans ces deux villes dans une dimension plus globale, une étude plus poussée pourrait être envisagée... dans un prochain MIP !

Nous retiendrons de ce module interprofessionnel la richesse et la complémentarité des points de vue et des échanges ainsi que la bonne humeur du groupe impulsée par nos animateurs.

Introduction

Le décès, le 13 mai dernier, d'un jeune de 21 ans, tombé d'un pont après avoir participé à un « apéro géant » organisé dans la ville de Nantes par le biais du réseau social Facebook, a fait ressurgir des interrogations anciennes sur les comportements à risques de certains jeunes adultes. Le drame a suscité une réaction rapide dans la sphère politique, certains allant jusqu'à réclamer l'interdiction totale de ce genre de manifestations. Au contraire, le ministre de la Jeunesse et des solidarités actives, Marc-Philippe Daubresse, a plaidé en faveur de « *mesures de prévention nouvelles*¹ ». « *Ce n'est pas en fermant les yeux devant la réalité de l'évolution de notre société que l'on va la résoudre: il faut traiter les causes et non pas les conséquences* » a-t-il déclaré.

Cette affaire illustre la façon dont une question émerge dans le discours public. C'est au départ parce qu'une situation (en l'occurrence, la présence d'un nombre important de personnes en état d'ébriété sur la voie publique) est de nature à poser un problème d'ordre public qu'elle appelle une réponse politique. Ce n'est que par la suite que surgissent les interrogations sur les causes profondes du phénomène initial, causes qui peuvent relever notamment du domaine de la santé publique.

La santé mentale des jeunes adultes n'échappe pas à cette règle. Cette question qui fut d'abord envisagée sous l'angle de l'ordre public (multiplication des suicides et des cas de dépression chez les jeunes, gestes désespérés et violents, mal-être en milieu professionnel...) a été largement relayée dans les médias, mais ce n'est que récemment que l'on a réellement pris conscience des enjeux de santé publique qu'elle recouvrait. Le traitement médiatique qui lui a été réservé a abouti à un décalage entre les différentes perceptions et la réalité du phénomène, au point qu'il est aujourd'hui difficile de s'entendre sur l'état de santé réel des jeunes.

L'identification sociologique des « jeunes adultes » est elle-même problématique. P. Bourdieu soulignait déjà dans *La jeunesse n'est qu'un mot* (1978) que « *l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable* » : il est difficile de « *parler des jeunes comme d'une unité sociale, d'un groupe constitué, doté d'intérêts communs* ». Pourtant, les pouvoirs publics sont obligés de définir des tranches d'âge pour mettre en place certaines politiques (scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, majorité légale à 18 ans, bénéfice du RSA seulement à partir de 25 ans...). Or, de la définition du « jeune adulte » dépend également la prise en charge proposée dans un territoire donné, et la coexistence de plusieurs

¹ « Apéro géant : les politiques s'emparent du sujet », in *Le nouvel observateur*, 14 mai 2010

conceptions peut entraîner des distorsions en matière d'accessibilité. Bien qu'il soit difficile de cerner les bornes de la catégorie des « jeunes adultes », nous nous concentrerons pour les besoins de notre étude sur les 16-25 ans, qui correspondent au cœur de cible de la plupart des dispositifs présentés et qui constituent par conséquent une catégorie d'action publique.

La définition de la santé mentale n'est pas plus aisée. Ainsi que le soulignent de nombreux auteurs², la langue française ne dispose que du terme « *santé* », alors que l'anglais distingue entre les notions de « *health* » et de « *care* ». La confusion entre le concept de santé mentale et son aspect médical (psychiatrique) est donc fréquente, et détermine tout le système de prise en charge français, majoritairement axé sur le traitement sanitaire des questions de santé mentale.

Cette conception a toutefois vocation à évoluer, aussi bien du fait de la comparaison avec des expériences étrangères que du fait de la publication de nombreux rapports remettant en cause cette vision trop univoque de la santé mentale. Dans le cadre de notre étude, nous chercherons à comprendre *comment le dépassement d'une vision exclusivement sanitaire de la santé mentale tend à influencer les différents dispositifs de prise en charge.*

Le concept de santé mentale a évolué au cours des dernières années et permis le passage de la prévention des troubles mentaux à la promotion de la santé mentale positive (I) ; les différents dispositifs de prise en charge traduisent de façon encore perfectible l'évolution de ces représentations (II.)

2 not. KOVESS, V., La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie, Centre d'analyse stratégique, novembre 2009

I. Evolution du concept de santé mentale : de la prévention des troubles mentaux à la promotion de la santé mentale

La représentation de la santé mentale a une influence non négligeable sur la façon dont la prise en charge est conçue. Au traitement purement sanitaire d'un phénomène qui se révèle en réalité social (A) succède donc de plus en plus une approche en termes de promotion de la santé mentale positive (B).

A. Un phénomène social envisagé sur le plan sanitaire

Une première approche se focalise sur l'aspect sanitaire de la prise en charge de la santé mentale. Cependant, cette réflexion doit être intégrée dans une vision plus globale de la "santé", à la fois sanitaire et sociale, conformément à la définition³ de l'OMS qui analyse la notion comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

a) La santé mentale envisagée comme un phénomène sanitaire: une prise en charge psychiatrique incomplète

La lecture des articles portant sur la santé mentale, de même que les différents entretiens menés dans le cadre du présent module interprofessionnel, convergent tous vers la même difficulté initiale: la définition d'un phénomène relevant de l'esprit humain⁴. Que ce soit dans l'esprit populaire ou encore dans les médias, le terme de santé mentale semble d'abord représenter une appellation commune pour l'ensemble des maladies dont les indicateurs relèveraient de la psychiatrie.

La prédominance du secteur sanitaire dans la prise en charge des troubles affectant la santé mentale des jeunes adultes correspond donc à une réalité dont il s'agit d'explicitier les causes et les éventuelles conséquences, tant positives que négatives.

Ainsi selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence, sont responsables du quart des invalidités, et affectent une personne sur cinq chaque année.

³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

⁴ Du « mouvant imprécis » selon la psychologue en charge du conseil local de santé mentale à Nanterre

En France, les troubles psychiatriques sont responsables de 12000 morts par suicide, auxquels s'ajoutent la surmortalité non suicidaire⁵ (accidentelle, consommation d'alcool, de tabac et de drogue). Les études épidémiologiques comparées menées dans plusieurs pays européens montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France.

Ces quelques indicateurs permettent de diagnostiquer, à un instant T, l'état de la santé mentale en France. Ils présentent un caractère préoccupant. En effet, ils dressent un portrait plutôt négatif de cette situation dont les perspectives d'évolution ne sont guère réjouissantes. Toutes les études⁶ menées en ce sens indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50% de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité.

Ce bilan d'une exacerbation des troubles mentaux en France est encore renforcé par la surmédiasation de faits divers tragiques. Ainsi, il se passe rarement un mois sans qu'un journal ne fasse état d'une nouvelle affaire de meurtres (tuerie de Nanterre en 2002, Pau en 2004) mettant en cause des malades atteints de graves problèmes psychiatriques. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif).

Or, depuis la loi du 9 août 2004, l'Etat a élargi ses compétences en matière de santé publique. Il s'agit donc de donner suite, de façon urgente, à une préoccupation majeure, et de mettre en place une politique de « réponse », dont les résultats seraient plus aisément identifiables et effectifs.

La peur et l'incompréhension face à des phénomènes d'une très grande complexité, et souvent méconnus, entraînent à terme une inquiétude justifiant l'intervention des pouvoirs publics. Ainsi depuis les années 2000, on assiste à une multiplication de textes et de rapports qui tentent de réorganiser à la fois le domaine de la psychiatrie lui-même, mais aussi ses modes de prise en charge (plan santé mentale 2005-2008, rapport de janvier 2009 d'Edouard Couty sur les « *missions et [l'] organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* », rapport de mai 2009 sur la prise en charge psychiatrique en France...).

Il est toutefois intéressant de constater que, si l'on parle plus aujourd'hui des maladies psychiatriques, donnant ainsi l'impression générale que leur prévalence s'est aggravée, les acteurs rencontrés lors des entretiens en ont donné d'un commun accord une

⁵ Mission du rapport Couty, janvier 2009

⁶ id. page 7

vision beaucoup moins alarmiste. Pour eux, il n'y a pas d'augmentation notable des troubles mentaux.

Ainsi, le renvoi au secteur psychiatrique du diagnostic et du traitement de la « santé mentale » participe au mouvement de rénovation de la discipline, longtemps « parent pauvre » de la médecine.

Les termes de « malade mental » ainsi que celui de psychiatrie ne sont apparus qu'avec la Révolution française, remplaçant le mot « fou », connoté négativement. L'évolution de la prise en charge des maladies mentales est le fruit d'une histoire chaotique. Dans les premiers temps, le rôle des psychiatres relevait plus d'une surveillance active des malades, le plus souvent internés dans des asiles, lieux fermés et coupés de la réalité sociale, ne reproduisant ainsi qu'un microcosme particulier. La prise de conscience de l'état concentrationnaire et la remise en cause de l'idée d'internement comme seul instrument thérapeutique ont été à l'origine du mouvement « désaliéniste » et de la désinstitutionnalisation. Ces évolutions ont coïncidé avec la découverte des neuroleptiques dans les années 1950, et le développement d'une pensée plus libérale des psychiatres et de moyens plus importants accordés aux services par l'octroi de subventions de l'État.

C'est dans ce contexte historique qu'en France a été rédigée la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des Départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Cette dernière devait donner une impulsion décisive à l'évolution du paysage de la psychiatrie en France par la mise en œuvre de la politique de secteur. Chaque Département doit dès lors déterminer des circonscriptions géographiques à l'intérieur desquelles une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra et extra hospitalier, ainsi que la post-cure des malades.

Cependant, la prise en charge par la psychiatrie de la santé mentale souffre d'inconvénients qui en amoindrissent la portée. En effet, si l'organisation du dispositif psychiatrique s'adresse en priorité aux personnes souffrant de troubles mentaux, son champ d'intervention potentiel est bien plus étendu. La plupart des études épidémiologiques ont évalué la prévalence sur un an des troubles mentaux à 15%, et ceci qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées⁷.

⁷ CLERY-LELIN, P., KOVESS, V., PASCAL, J.-C., *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et promotion de la santé mentale*, septembre 2003

La psychiatrie est la science médicale en charge de la santé mentale par prévention ou traitement des maladies mentales. Si les préventions secondaire⁸ et tertiaire⁹ entrent de manière évidente dans le champ d'intervention de la psychiatrie, il n'en va pas de même pour la prévention primaire¹⁰. Elle est pourtant l'affaire de tous, de la société dans son ensemble et mobilise un grand nombre d'acteurs dans le domaine de la santé publique, de la santé scolaire, de la santé au travail, etc. Elle relève de la compétence de la collectivité, de ses capacités d'analyse, de réflexion et découle de choix politiques.

Par ailleurs, outre les maladies mentales classiques, ce sont les affections encourues par la population soignée qui ont changé. Les praticiens font désormais face à la prise en charge croissante de détresses sociales semblant résulter davantage de la situation économique, scolaire, familiale, environnementale.

Dans ce contexte, la réponse psychiatrique ne saurait se limiter à la seule gestion optimale du système de soins. Il s'agit, non plus simplement d'organiser le traitement et le suivi de la maladie mentale, mais d'envisager la santé comme une conséquence d'un ensemble de facteurs déterminants sur lesquels on peut agir, en dehors de toute prise en charge psychiatrique. En effet, « *une approche de santé mentale inclut nécessairement les pathologies psychiatriques dans le rapport toujours possible aux troubles de l'ordre public, mais elle passe aussi par la reconnaissance des différentes formes de souffrances psychosociales*¹¹. »

Cette perception essentiellement sanitaire de la santé mentale se reflète également dans les réflexions menées sur la population des jeunes adultes, alors que ces-derniers peuvent connaître des problèmes de santé mentale ne relevant exclusivement de la psychiatrie.

b) Une santé mentale redéfinie au travers d'indicateurs sociaux

La santé mentale ne doit pas se résumer à une définition purement sanitaire. Elle doit également prendre en compte l'importance des déterminants sociaux, comme le logement, les ressources, les liens familiaux, les possibilités d'évolution professionnelle... Ces facteurs symbolisent autant de points d'ancrage des individus dans une réalité environnementale qui,

⁸ Dépistage : intervenir et traiter avant que les symptômes principaux de la maladie ne s'installent.

⁹ Cherche à éviter les rechutes, complications ou séquelles.

¹⁰ Consistant à éviter la maladie, à intervenir pour garder la population en bonne santé.

¹¹ Association Elus, santé publique et territoires, *Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux*, Actes de la journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006.

s'ils viennent à manquer ou à se détériorer, entraînent fatalement une souffrance psychosociale. C'est en tous cas ce qui ressort des entretiens menés à la Maison des adolescents de Nantes ou à l'Atelier santé ville de Nanterre.

Cette redéfinition de la santé mentale a ainsi été validée par l'OMS : *« une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. [Elle] se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Aussi cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Donc, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique¹². »*

Or, les situations actuelles (chômage, précarité, modification de la structure familiale...), parce qu'elles distendent les liens existants entre les individus et favorisent à la fois le ressentiment, le stress, et l'angoisse, sont génératrices de risques réels pour la santé mentale.

Cette lecture peut être objectivée dans la région européenne de l'OMS tout comme dans notre territoire national.

Au sein de cette aire géographique, aucun pays n'est à l'abri des problèmes de santé mentale, ces derniers figurant parmi les principales causes de maladie et d'incapacité. Ainsi :

- Selon des calculs récents, les affections liées au stress sont à l'origine de plus de la moitié des incapacités dans un pays d'Europe du Nord.
- Les problèmes de santé mentale sont à l'origine d'environ 30 % des consultations de généralistes en Europe.
- Le contexte social particulier, notamment la persistance d'un taux de chômage important (10,0 % de la population active en France)¹³, agit à la fois comme un catalyseur des angoisses des adolescents, des jeunes adultes, et de leurs parents. S'ensuivent des tensions intrafamiliales, mais aussi et surtout un stress scolaire¹⁴ révélateur d'un dysfonctionnement du système, ainsi qu'une dérive possible vers la dépression précoce, maladie de plus en plus fréquente. Cette dernière touche plus souvent les adolescents. Au cours d'une récente

¹² Site internet de l'OMS

¹³ Insee, 4ème trimestre 2009

¹⁴ « Stress scolaire, une « maladie » typiquement française », in *Le Parisien*, 3 mai 2010

enquête menée dans un pays européen¹⁵, 8 % des filles et 2 % des garçons âgés de 16 ans répondaient au critère définissant la dépression sévère ; 14 % des filles et environ 5 % des garçons étaient légèrement déprimés. D'autres problèmes liés à la dépression prennent de l'ampleur : la violence, le suicide, la toxicomanie et les troubles du comportement.

- Un adolescent européen sur quatre présente un ou plusieurs symptômes de trouble mental.
- Le suicide est une cause majeure de décès chez les adolescents et les jeunes adultes. Les taux de suicide varient de 2 à 44 pour 100 000 habitants ; les taux les plus élevés dans la région européenne sont également les taux les plus élevés dans le monde.

En France le Baromètre Santé Jeunes¹⁶, qui cible les 15 à 25 ans, nous fournit des informations concernant la santé mentale de cette population spécifique.

Entre 15 et 25 ans, un jeune sur dix a connu un épisode dépressif caractérisé au cours de sa vie. Les filles ont plus fréquemment été dans ce cas que les garçons. Dans la majorité des cas, les jeunes n'ont vécu qu'un seul épisode dépressif. Les jeunes qui ont connu un épisode dépressif ont plus fréquemment des comportements à risque que les autres. Ils fument plus souvent du tabac et leur consommation d'alcool et de cannabis est deux fois plus fréquente. Ils ont eu dix fois plus souvent des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide. Leur communication avec les parents est en moyenne plus difficile que pour les jeunes n'ayant pas eu de problème de dépression.

En 2006, un jeune sur dix a sollicité l'aide d'un organisme (hôpital, clinique, ligne téléphonique, ...) ou d'un professionnel de santé, le plus souvent un généraliste, pour des questions liées à sa santé mentale. Dans la majorité des cas, il s'agissait de problèmes psychologiques ou de difficultés de comportement. Une partie des jeunes a également eu ce type de recours pour des problèmes d'alcool ou de drogue.

Le sentiment de détérioration de la santé mentale chez les jeunes adultes n'est pas anodin: il demeure également, pour nombre de nos interlocuteurs, symptomatique d'un délitement constant des différentes solidarités qui, auparavant, pouvaient contrebalancer des situations de stress et d'appréhension. Les bouleversements qu'a connus, en quelques années, la cellule familiale, ont ainsi largement contribué à dénouer les liens intergénérationnels: famille recomposée, divorces parfois vécus dans une réelle souffrance, le devoir de recréer une unité disloquée, sont autant de facteurs de troubles chez l'adolescent et le jeune adulte. Dans une société où la rapidité de consommation a peu à peu remplacé la durabilité d'un

¹⁵ Le site de l'OMS ne précisait pas de quel pays il s'agissait.

¹⁶ Baromètre Santé Jeunes de la région Nord-Pas-de-Calais, septembre 2007

équilibre par essence fragile, il n'est ainsi pas rare que des personnes dont l'adaptation à ce nouvel état de fait est plus lente, souffrent d'angoisses de séparation, de perte de confiance...

A cette altération de la solidarité familiale s'ajoute chez nos interlocuteurs un réel sentiment d'affaiblissement du lien social. Les Grecs classiques ont largement développé l'idée d'une société dans laquelle les hommes se définissent au travers de leurs rapports sociaux¹⁷. Le lieu dans lequel on vit, le quartier dans lequel on habite, sont autant de repères à partir desquels l'être humain se construit. Avec l'ère moderne, l'individualisme remplace peu à peu la cohésion des groupes sociaux. Le culte de la performance individuelle, la théorie du « chacun pour soi », semblent, aux yeux de nombreux professionnels, s'imposer.

La société vivrait donc un mouvement paradoxal entre de nouvelles solidarités qui recréent du lien via les nouveaux moyens de communication, et un sentiment croissant de solitude affectant les jeunes. Ces nouvelles solidarités posent également la question de la déshumanisation des rapports sociaux à travers des réseaux « virtuels ».

Il faut toutefois tempérer ces affirmations qui, si elles reflètent le ressenti des principaux acteurs rencontrés, sont contredites par de nombreux travaux¹⁸ sociologiques.

Afin que la prise en charge psychiatrique soit complète, il convient de travailler non plus seulement en aval, mais en amont de l'apparition des troubles. La reconnaissance du rôle des déterminants sociaux dans l'apparition du trouble mental permet ainsi de pallier les situations de rupture d'équilibre. C'est pourquoi – et les professionnels le reconnaissent facilement – les adolescents doivent être particulièrement visés par les actions de prévention et de promotion de la santé mentale (15% des 11-18 ans sont en grande souffrance.)

B. Une conception de la prise en charge qui évolue de la prévention du trouble mental à la promotion de la santé mentale positive

La prise en charge en matière de santé mentale est indissociable de la représentation adoptée. Alors qu'elle était traditionnellement centrée sur la prévention des troubles mentaux, la prise en charge évolue désormais vers une démarche de promotion de la santé mentale positive, qui se traduit par la nécessité d'agir sur l'environnement et sur l'ensemble des déterminants psychosociaux.

¹⁷ Aristote, dans son ouvrage "L'éthique à Nicomaque", parle ainsi de "lien des cités".

¹⁸ En particulier, ceux du sociologue Claude Martin, qui défend au contraire l'idée d'un renforcement des solidarités intergénérationnelles et des liens familiaux.

a) *De la prévention des troubles mentaux à la promotion de la santé mentale positive*

Le passage de la prévention des troubles mentaux à la promotion de la santé mentale positive résulte naturellement de l'évolution de la représentation qui est donnée de la santé mentale.

Les rapports Lazarus et Kovess ont permis de faire émerger une nouvelle conception de la santé mentale, conforme à la définition donnée par l'OMS, qui ne se limite pas à l'absence de maladie mentale mais englobe l'ensemble des éléments contribuant à la qualité de vie et au bien-être de l'individu. Dans cette perspective, la prise en charge de la santé mentale ne peut être réduite à la prévention des troubles mentaux ; elle mobilise au contraire de nombreux leviers qui agissent sur l'ensemble de l'environnement.

C'est ce que résume l'expression de « promotion de la santé mentale ». L'Institut national de santé publique du Québec en donne une définition dans son rapport¹⁹ de mai 2008 : « *La promotion de la santé mentale réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celles des individus. La promotion de la santé mentale renvoie donc à la mise en place de conditions individuelles, sociales et environnementales qui soutiennent le développement d'une santé mentale optimale.* » Le même rapport insiste sur le fait que la promotion de la santé mentale vise « *l'ensemble de la population* », et non seulement une catégorie de population dite « à risques ».

Le fait de considérer la santé mentale comme un phénomène social et pas uniquement sanitaire étend significativement le champ de la prise en charge : il convient en effet d'intervenir sur l'environnement familial, le milieu scolaire et éducatif, l'insertion professionnelle etc. afin de réunir les conditions d'une santé mentale optimale.

Certaines politiques de santé publique participent déjà à cette démarche de promotion de la santé mentale, en contribuant à réduire certains facteurs environnementaux susceptibles de nuire à la qualité de vie et au bien-être des individus. La France, tout comme la majorité

¹⁹ *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Québec, mai 2008

des pays de l'Union Européenne, a mis en place une politique de lutte contre l'alcoolisme et les autres addictions (tabagisme, consommation de drogues etc.). La volonté de prévenir les troubles de la santé mentale qui peuvent résulter de ces comportements s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie. En effet, bien que la santé mentale ne puisse se réduire à une approche sanitaire, elle n'en reste pas moins dans un lien de dépendance étroite avec la santé physique des individus. Aussi, les politiques d'amélioration de cette dernière font partie intégrante de la promotion de la santé mentale. Un même raisonnement s'applique aux politiques publiques qui interviennent dans le champ de la nutrition (prévention de l'obésité notamment) : en inculquant des bonnes pratiques aux individus, elles participent à la construction d'un environnement favorable à la santé mentale positive.

Toutefois, la promotion de la santé mentale va au-delà de ces politiques de santé publique, comme le montre la démarche adoptée par l'OMS en la matière. Pour l'Organisation mondiale de la santé, la promotion de la santé mentale doit intervenir dans trois principales directions, citées par V. Kovess dans son rapport²⁰ de novembre 2009 : « *le développement et le maintien de collectivités saines* », par la réduction de la violence et la satisfaction des besoins élémentaires ; « *la capacité de chaque personne à entretenir une socialité* » par la création de lien social et l'insertion des individus dans leur environnement ; et « *la capacité de chaque personne à conduire sa vie* », qui recouvre l'estime de soi et la gestion des conflits. Pour faire face aux difficultés qui peuvent apparaître dans chacun de ces domaines, l'OMS propose deux types de politiques ; la première intervient de façon indirecte sur la santé mentale, pour améliorer les facteurs sociaux, environnementaux, économiques, culturels etc. ; la seconde a vocation à influencer directement la santé mentale par la création de « *milieux de soutien* ».

Ainsi la promotion de la santé mentale peut-elle se décliner sous des formes très variées : lutte contre la précarité et l'exclusion sociale, réduction du stress en milieu professionnel, intégration scolaire, éducation à la santé, ou encore prévention des addictions, sont autant d'actions qui participent de cette démarche.

La mise en œuvre de la promotion de la santé mentale positive se heurte toutefois à des obstacles non négligeables. En effet, alors que certains pays, comme le Québec, ont fait

²⁰ KOVESS, V., *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, Centre d'analyse stratégique, novembre 2009

leur cette démarche depuis plusieurs années, il s'agit pour la France d'une approche récente et qui n'est pas encore totalement intégrée par l'ensemble des acteurs.

Le problème se pose en particulier dans la relation entre les professionnels du secteur et les élus. Ces derniers participent pleinement à la prise en charge de la santé mentale, au travers des différentes politiques qu'ils mettent en place sur leur territoire ; toutefois, il est parfois difficile de leur faire accepter une vision de la prise en charge qui s'inscrit réellement dans le long terme. En effet, dans la mesure où la promotion de la santé mentale a vocation à intervenir sur l'ensemble de l'environnement familial, professionnel, social, culturel etc., il s'agit d'une action très en amont, dont les résultats ne sont pas immédiatement repérables. Or ceci s'oppose d'une certaine façon à la temporalité politique : l'élu dispose d'un mandat relativement court pour réaliser son programme ; il est vraisemblable qu'en matière de santé mentale positive, les résultats effectifs ne soient perceptibles qu'après expiration de son mandat. En conséquence, les élus ont parfois tendance à favoriser des actions visibles et quantifiables (création de postes d'éducateurs spécialisés, lancement d'une campagne de prévention de l'alcoolisme...) au détriment d'actions de long terme, qui pourtant auraient un impact plus fort en termes de promotion de la santé mentale. Enfin, il faut souligner une autre difficulté : les professionnels de la santé mentale parviennent le plus souvent à rallier les élus à cette approche de long terme, mais le calendrier électoral constitue en soi un obstacle. En effet, chaque renouvellement du personnel politique nécessite de « tout recommencer » : il faut réexpliquer la démarche et convaincre le nouvel élu de s'y rallier. Cela engendre des pertes de temps considérables et nuit à l'efficacité de la politique de promotion de la santé mentale positive.

b) La mise en œuvre d'une démarche de promotion de la santé mentale.

La responsable de l'équipe mobile de psychiatrie de Rennes cite Jean Furtos²¹ pour illustrer sa conception de la santé mentale : « *une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte [...]* »

L'enjeu est donc de construire un environnement qui permette aux jeunes adultes de surmonter les souffrances psychiques, les événements traumatisants qui font partie du cours normal de l'existence. Pour la directrice de l'IREPS Bretagne, la réponse qui est apportée à la souffrance psychique est trop médicalisée. La santé mentale a longtemps été traitée selon

²¹ Psychiatre, Chef de service du secteur 69 G 09, directeur scientifique de l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion - Observatoire National en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP)

l'idée que la solution résidait dans l'absorption d'une molécule médicamenteuse. Or, les idées de promotion de la santé mentale positive et de bien-être nécessitent une prise en charge plus globale de la personne.

C'est tout l'objet de la question posée par Jean Furtos lorsqu'il développe son concept de « clinique psychosociale », à savoir : « *Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ?* ». Il ne s'agit pas alors de faire des questions sociales des problèmes psychiatriques, mais de reconnaître leurs effets sur la souffrance psychique.²² L'enjeu pour les acteurs publics est donc d'agir sur les déterminants sociaux qui sont à l'origine d'une bonne ou d'une mauvaise santé mentale des jeunes adultes et de leur « *donner les moyens de leur autonomie.* »²³

Le premier facteur social de souffrance psychique chez les jeunes semble être le sentiment d'exclusion²⁴. La lutte contre ce phénomène passe par une action sur les différentes sphères de socialisation dans lequel le jeune adulte est amené à évoluer. L'affaiblissement des solidarités traditionnelles²⁵, en particulier les liens familiaux, a non seulement des conséquences directement psychiques sur les jeunes qui sont dans une insécurité affective, mais également des répercussions sur l'accompagnement matériel du jeune vers la vie active.

Les politiques publiques ont dans un premier temps choisi de conforter la famille dans son rôle d'accompagnement du jeune. C'est le choix qui est fait par exemple avec le principe des allocations familiales. C'est également en supposant que la famille soutiendrait le jeune adulte que l'attribution du revenu minimum d'insertion (RMI) de 1988 a été conditionné à un âge minimum de 25 ans. Dans la continuité de cette allocation, le revenu de solidarité active (RSA) mis en place en 2009 était initialement doté du même seuil. Néanmoins, face au constat de précarisation de la situation de la jeunesse et dans le cadre de son plan pour la jeunesse en 2009, Nicolas Sarkozy a souhaité étendre le RSA aux jeunes de moins de 25 ans sous conditions. Très contesté par certains parlementaires de sa majorité pour qui les jeunes se retrouvaient ainsi dans une position d'assistantat, et parce que cela remettait en cause la place traditionnelle de la famille, ce projet se justifiait pour Martin Hirsch, ancien Haut commissaire à la jeunesse du gouvernement Fillon, parce que « *Lorsque vous êtes issus d'une famille très modeste, vous avez des aides via les bourses ; lorsque votre*

²² FURTOS, J., « Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? », propos recueillis par PANASSIER, C.

²³ VERSINI, D., « Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge » Rapport de la Défenseure des enfants, La Documentation Française, novembre 2007.

²⁴ Tel que Jean Furtos l'a notamment souligné

²⁵ Comme il a été vu dans la première partie : baisse de la nuptialité, entrée tardive dans le monde du travail, augmentation des divorces...

famille est favorisée vous avez des aides gigantesques via le quotient familial, l'éducation gratuite, etc. En revanche, vous n'avez presque rien pour les familles moyennes ». ²⁶ Néanmoins, cette initiative très encadrée laisse encore de nombreux jeunes sans ressources suffisantes, et l'entrée en vigueur du dispositif reste floue et se situerait autour de la rentrée de septembre 2010.

Au niveau local, d'autres dispositifs permettent aux jeunes de s'autonomiser d'une structure familiale défaillante et leur offrent une alternative. Par exemple, comme nous l'a indiqué sa Vice-présidente, chargée des affaires sociales, le Conseil général de l'Ille-et-Vilaine a mis en place un « Internat de respiration » depuis 2009. Ce dernier offre la possibilité à certains jeunes adultes en conflit avec leur famille de quitter leur foyer et leur collège pendant un an. Ils sont accueillis dans un internat et ainsi préservés des tensions qui règnent dans leur famille.

Ainsi, lors des évaluations qui ont été faites de ce dispositif, des améliorations significatives à la fois des résultats scolaires des jeunes et des relations qu'ils entretiennent avec leur famille peuvent être notées.

Le deuxième champ d'action pour les pouvoirs publics est celui de l'insertion professionnelle, puisque l'importance du chômage des jeunes en France en fait un véritable problème public. Le travail, valeur centrale de notre société, est un facteur déterminant d'intégration sociale des jeunes, et par conséquent de leur bien-être. Selon la Fondapol²⁷, les jeunes français attachent une importance particulière à la position dans le travail et évoquent une « *belle vie* » comme celle où ils exerceraient un « *travail passionnant* » et auraient « *beaucoup d'argent* ». Cet idéal génère beaucoup de stress et de souffrance psychique lors du parcours scolaire puisque les jeunes français « *ont une représentation de l'avenir professionnel définitivement conditionnée par le niveau et le domaine d'étude* ». Ce poids de la formation initiale et de l'importance du diplôme est tout à fait particulière par rapport aux autres pays européens notamment, et fait que les jeunes français se sentent privés d'un « *droit à l'erreur* »²⁸. Une des réponses proposées par Dominique Versini dans son rapport serait d'améliorer l'orientation des élèves notamment vers des filières qui connaissent un plus faible taux de chômage, de rééquilibrer les « *priorités entre formation initiale et formation continue* », et de rénover de l'intérieur ces formations en passant par la réforme du lycée. Cette réforme du secondaire a été préconisée par de nombreux rapports publics

²⁶ « Avec le RSA jeunes, M. Sarkozy brise un tabou à droite », in *Le Monde*, 29 septembre 2009.

²⁷ STELLINGER, A. , « Les jeunes face à leur avenir – une enquête internationale », Fondapol, 2008 in La Défenseure des enfants – Rapport thématique 2007

²⁸ Ibid.

récemment comme le rapport Descoings²⁹ ou le rapport Apparu³⁰. Elle aurait pour objectif de « *rééquilibrer les différentes séries* » (S, ES, L), de « *renover la voie technologique* » et d'améliorer l'orientation des élèves.

Dans ce cadre, un plan d'action « Agir pour la jeunesse » a prévu une réforme totale du service public d'orientation dont les effets ne peuvent être encore évalués. Ce plan prévoit également d'autres mesures pour améliorer l'insertion professionnelle des jeunes comme le renforcement du Contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) avec les Missions locales³¹, et un accompagnement intensif des jeunes de 18 à 25 ans peu qualifiés ou au chômage de longue durée dans le cadre duquel « le jeune qui accepte toute offre de formation ou d'emploi proposée par son référent bénéficiera d'une garantie minimale de ressources ».³²

A l'heure actuelle, il est difficile d'évaluer l'impact qu'auront les mesures de ce plan d'action sur l'insertion professionnelle des jeunes et sur leur bien-être. Il semble néanmoins que la priorité doive être mise premièrement sur la sécurisation matérielle des jeunes, le RSA jeunes est très attendu par les travailleurs sociaux comme le responsable de l'association Puzzle l'a évoqué lors de l'entretien que nous avons réalisé. En second lieu, l'amélioration de l'orientation à l'entrée de la vie active permettrait d'apaiser les angoisses liées à l'insertion professionnelle. A ce sujet, au niveau du département de l'Ille et Vilaine, un dispositif, « *l'Orientibus* », sillonne le département avec à son bord des animateurs proposant des ateliers de découverte de différents métiers.

Il est ainsi manifeste que, dans le domaine de la promotion de la santé mentale des jeunes, des acteurs publics nationaux et locaux ont vocation à intervenir. En effet, il est important de comprendre que le public du problème ainsi que le problème public se définissent de manière locale. Ainsi, lors de nos différents entretiens, les différents intervenants n'avaient pas la même perception de la souffrance de la jeunesse selon le territoire où nous nous trouvions. Comme l'exposent A. Laurent-Beq et E. Le Grand dans leur article dans *La santé de l'homme*, « *si le territoire est un espace structuré, d'essence politique et doté de sens car défini par des critères objectifs liés à l'état de l'habitat, à*

²⁹ DESCOINGS, R., Préconisations sur la réforme du lycée, 2 juin 2009

³⁰ APPARU, B., *Rapport d'information sur la réforme du lycée*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, 27 mai 2009

³¹ « L'Etat veut amplifier la mise en œuvre du CIVIS pour les jeunes », », Agence régionale de la formation tout au long de la vie (Poitou-Charentes)

³² La Défenseure des enfants – Rapport précité.

l'organisation économique, aux modalités de circulation..., il n'en demeure pas moins qu'un territoire est aussi un lieu de sociabilité et de socialisation »³³.

Le traitement du problème de la santé mentale des jeunes va donc dépendre de la façon dont les élus locaux vont s'emparer et définir le problème, ce qui conditionnera les réponses qui vont y être apportées. Ainsi, les projets que traite l'IREPS sont souvent proposés par des municipalités, des maisons de quartiers etc., en référence à un territoire spécifique et à un problème qui apparaît sur ce territoire. Pour la directrice de l'IREPS, la solution réside fréquemment dans un travail mieux coordonné des différents acteurs entre eux, dans la mise en cohérence sur un territoire des différents regards qu'ils portent sur le problème. Mais comme la directrice de l'IREPS l'évoque elle-même, ces politiques locales ne peuvent que s'inscrire dans des politiques nationales de santé et de la jeunesse, qui déterminent en grande partie le regard qui sera porté sur la santé mentale des jeunes.

Cette notion de territoire pose également la question de l'organisation optimale de l'action publique, de la connaissance qu'ont les acteurs les uns des autres et de la coordination qui peut être recherchée au sein d'un territoire dans le champ de la santé mentale des jeunes adultes.

II. Une traduction encore perfectible de ces représentations par les différents dispositifs

Les dispositifs de prise en charge en matière de santé mentale des jeunes adultes sont définis au niveau national puis déclinés dans les territoires (A). Cette organisation comporte des limites certaines, en particulier le défaut de coordination entre les structures (B).

A. La déclinaison locale de dispositifs nationaux répondant aux problèmes de santé mentale des jeunes

Les dispositifs existants sont nombreux et variés. Ils répondent à différentes préoccupations, comme la question du travail, de la santé... et tentent de couvrir toutes les problématiques des jeunes de 16 à 25 ans. Des circulaires, chartes, cahiers des charges ou protocoles définissent ces dispositifs d'accompagnement du point de vue national même si,

³³ LAURENT-BEQ, A., LE GRAND, E., « Développer l'approche territorialisée » in *La santé de l'homme*, n° 383, mai-juin 2006, pp. 16-17

en pratique, ils répondent le plus souvent à des préoccupations locales et se caractérisent donc par des structures et des manières de travailler singulièrement différentes d'un territoire à un autre.

a) Des dispositifs prévus par les textes au plan national

Les maisons des adolescents (MDA) sont issues d'un long processus et de rencontres entre les adolescents eux-mêmes, les professionnels et les politiques. Ainsi, les débats soulevés notamment lors des « Rencontres nationales de l'adolescence » de 2003 ont conduit à la création de différents groupes de travail. C'est en 2004 que la Conférence de la Famille s'est intéressée pour la première fois au sort des adolescents. Le premier ministre, J-P Raffarin et la Ministre de la famille et de l'enfance, Marie-Josée Roig ont alors présenté douze propositions d'actions dont la principale a été le développement des Maisons des adolescents, avec pour objectif d'en construire une par département. Le « Cahier des charges des maisons des adolescents³⁴ », qui définit depuis juin 2005 les objectifs de ce dispositif, précise que les MDA ont pour vocation « *d'apporter une réponse de santé et plus largement prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, de fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie, de favoriser l'accueil en continu des professionnels divers pour faciliter l'accès aux soins de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels, de garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge et enfin, de constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions)* ». On le voit, les MDA ont donc, en théorie, tant une compétence sociale que médicale dans l'accompagnement d'un adolescent qui peut s'y rendre librement et gratuitement. Ce sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative. Pour ces raisons, elles travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné.

En complémentarité, le dispositif des « missions locales » est plutôt orienté vers l'accès à l'emploi des jeunes. Historiquement, c'est sur commande de François Mitterrand et Pierre Mauroy que Bertrand Schwartz rend, en 1981, un rapport soulignant que la « *remise en jeu économique et sociale des jeunes* » ne pourra se faire sans une vaste collaboration de l'ensemble des forces sociales et la participation des jeunes eux-mêmes. Le rapport préconise une politique d'ensemble concernant la qualification des jeunes, le développement

³⁴ www.travail-solidarité.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesMDA.pdf

de l'alternance et du tutorat en entreprise, et la mobilisation de toutes les ressources pour offrir des réponses adaptées dans tous les domaines : formation et emploi, loisirs, santé, logement, culture. Il propose la création de missions locales sous la forme d'une équipe pluridisciplinaire, chargée d'être le pivot d'un dispositif d'animation au plus près des jeunes. En 1990, la charte des missions locales³⁵ rappelle les principes³⁶ sur lesquels s'engagent les partenaires dans toute mission locale. C'est un espace d'intervention au service des jeunes puisque chaque personne accueillie bénéficie d'un suivi personnalisé dans le cadre de ses démarches. Les structures d'accueil doivent apporter des réponses aux questions d'emploi, de formation mais aussi sur le logement ou la santé. Les missions locales ont donc pour vocation d'assurer des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement pour aider les jeunes de 16 à 25 ans à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion sociale et professionnelle.

Parallèlement, les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) sont issus d'une réflexion du gouvernement Juppé de 1995, qui a abouti à la signature d'une circulaire en 1996³⁷ concernant « *les points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans* » et visant à répondre au mal-être des adolescents. Une deuxième circulaire portant sur « *les points écoute pour les jeunes et/ou les parents* » a été signée en 1997³⁸, et ce n'est qu'en 2002 que ces deux dispositifs se sont rejoins grâce à la circulaire du 12 mars³⁹ ; celle-ci, s'inscrivant dans le cadre du Programme National de la Prévention et de la Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale, crée un dispositif unifié des PAEJ destinés aux jeunes de 10 à 25 ans rencontrant diverses difficultés (conflits familiaux, mal être, fugue, échec scolaire, délinquance...) et à leurs parents. Le 6 janvier 2005⁴⁰, une quatrième circulaire émanant du Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale vient accompagner la mise en œuvre du programme de développement du réseau des PAEJ. Les PAEJ jouent un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de

³⁵ Conseil national des missions locales, *Construire ensemble une place pour tous les jeunes*, 12 décembre 1990

³⁶Principes : volonté de travailler ensemble sur un territoire, intervention globale au service des jeunes, espace d'initiative et d'innovation, démarche pour construire des politiques locales d'insertion et de développement.

³⁷ Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 du Ministre du travail et des affaires sociales relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes de 10 à 25 ans.

³⁸ Circulaire n°97/280 du 10 Avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou les parents.

³⁹ Circulaire DGS/DGAS n° 2002/145 du 12 Mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ.

⁴⁰ Circulaire DGAS/LCE1A/2005 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale.

sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte.

En outre, d'autres dispositifs viennent compléter les premiers. Il en va ainsi des Espaces Santé Jeunes qui sont des lieux de proximité, anonymes et gratuits, ouverts aux adolescents et jeunes adultes (11-25 ans). Leur mission principale est la prévention de la santé globale au sens de l'OMS et ce, grâce à leurs fonctions d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation ; ils s'efforcent de favoriser l'éducation à la santé, le bien être des adolescents et jeunes adultes, et la prévention des troubles psychiques. De même, les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie participent à la prise en charge des jeunes en souffrance psychique, notamment des jeunes en situation de précarité⁴¹. Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale. Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, personnes « à la rue »...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire. Ces équipes mobiles assurent également une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, ceci afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet global pour les personnes en situation de précarité.

On le voit, tous ces dispositifs sont quelque peu disparates et à première vue, on pourrait croire qu'ils sont parfois à l'origine de doublons dans l'accompagnement des jeunes. En pratique, ils sont le reflet d'orientations politiques dans des contextes particuliers, ce qui permet d'aboutir à une meilleure harmonisation sur les différents territoires.

⁴¹ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

b) Une exploitation des dispositifs existants qui varie en fonction de la représentation adoptée et du territoire

La prise en charge de la santé mentale des jeunes varie en fonction des représentations locales. Les actions territoriales dépendent des élus, des initiatives associatives ainsi que du contexte historique. Comme nous avons pu le constater lors de nos entretiens, la définition de la santé mentale peut différer en fonction des territoires : certains orientent uniquement leurs actions vers la prise en charge des troubles psychiatriques tandis que d'autres considèrent que la santé mentale doit être vue de manière plus large et ont, de ce fait, mis en place une approche globale (sanitaire et sociale) de la santé des jeunes.

Même si chaque dispositif a été prévu à un niveau national, on s'aperçoit que la déclinaison au niveau local peut être extrêmement variée. Les structures telles que les Maisons des adolescents permettent d'illustrer cette différence : selon Claire Brisset⁴² « l'objectif d'une maison des adolescents n'est pas d'ajouter une structure ou un dispositif à ceux déjà existants. Au contraire, il s'agit d'utiliser toutes les compétences des institutions pour les mettre en réseau et les rendre complémentaires ». Les maisons des adolescents ont été mises en place dans chaque département de manière différente, selon les besoins de la population et la retranscription des histoires locales.

La maison des adolescents de Rennes, rattachée au Centre hospitalier spécialisé Guillaume Régner, est très orientée vers la prise en charge des troubles mentaux. Elle s'adresse aux adolescents de 13 à 21 ans et permet de faire un diagnostic et un repérage des pathologies mentales. Elle prend donc en charge les adolescents les plus en difficulté, le plus souvent en rupture scolaire ou institutionnelle et sans lien avec l'extérieur. Comme elle s'occupe d'une population fortement marginalisée, elle a peu de liens avec les élus locaux : ce type de public est en effet peu pris en compte dans les politiques locales. Le rôle fédérateur de la maison des adolescents est donc limité, du fait de son orientation sanitaire et de son rattachement au Centre hospitalier.

Pour compléter ce dispositif axé sur la prise en charge sanitaire des jeunes, il a été prévu à Rennes un Point d'accueil et d'écoute jeunes, davantage tourné vers la prévention, l'information et l'orientation des jeunes en difficulté.

⁴² Défenseure des enfants à l'origine de la création des maisons des adolescents.

A l'inverse, la maison des adolescents de Nantes constitue le reflet du dispositif impulsé au niveau national. En effet, elle ne se limite pas à une prise en charge sanitaire de la santé mentale des jeunes. Son directeur, considère qu'il faut regarder la maison des adolescents comme « *un continuum d'accompagnement et de prise en charge* ». C'est donc une sorte de guichet unique qui doit répondre à la problématique de l'adolescent lorsque cela est possible. Dans le cas contraire, il appartient à la maison des adolescents d'orienter le jeune vers d'autres dispositifs. Elle constitue donc une véritable plate-forme de coordination entre les différents acteurs (Conseil général, Education nationale, aide sociale à l'enfance, pédopsychiatrie, médecine de ville,...).

Si la prise en charge de la santé mentale s'inscrit sur un territoire donné, elle doit être conjuguée avec les différents financements et partenariats qui y sont consacrés.

La représentation de la santé mentale des jeunes peut varier en fonction de la volonté politique des élus locaux. La traduction des actions politiques en faveur des jeunes peut se faire à travers une vision de la santé mentale liée à l'insertion professionnelle.

La mission locale de Saint-Malo concentre son action sur les jeunes de 16 à 26 ans sortis du système scolaire. Dans un premier temps, elle les incite à reprendre leur parcours scolaire et si cela ne fonctionne pas, elle les accompagne dans une démarche d'insertion professionnelle par le biais de la formation. Le dispositif doit être investi par une démarche volontaire du jeune. L'évaluation réelle de l'action de la mission locale se fait en termes d'entrée dans l'emploi. En effet, le financement de la structure est lié à cette seule considération – même si celle-ci ne peut être que temporaire, et élude des critères liés à la dimension environnementale du jeune (famille, logement, santé,...) qui font pourtant de plus en plus partie de l'accompagnement. La mission locale a donc fait le choix de s'inscrire dans un réseau médical ainsi que dans un réseau de santé mentale mobile, afin de diversifier la palette de prise en charge offerte aux jeunes. Elle avait également mis en place une instance de concertation avec les acteurs médicaux, sociaux et judiciaires mais cela n'a pas pu perdurer du fait d'un désengagement progressif des participants. Le directeur de la mission locale regrette ce manque de partenariat entre les acteurs et souhaiterait offrir aux jeunes une prise en charge centrée davantage sur l'insertion sociale, celle-ci étant un préalable à une insertion professionnelle durable.

La mission locale de Rennes a fait le choix de développer une culture commune au sein de ses équipes en partant du postulat que la souffrance psychologique constitue un frein important non seulement à l'insertion professionnelle mais également à l'insertion sociale. Aussi son action est-elle divisée en trois pôles : accueil et accompagnement, emploi et

formation, environnement social. Elle répond ainsi parfaitement au dispositif impulsé au niveau national, qui souligne l'importance de la prise en charge à la fois de l'insertion professionnelle mais également de la lutte contre l'exclusion sociale.

Cette vision globale de la santé mentale a également été retenue par la ville de Nanterre lors de la mise en place des dispositifs en faveur des jeunes. Nanterre apparaît, du fait de son histoire locale, comme une ville précaire. En effet, à la fin de la seconde guerre mondiale, l'exode rural, le niveau de pauvreté et la venue de la main d'œuvre étrangère ont conduit à la construction de bidonvilles. Dans les années 1970, leurs occupants ont été essentiellement relogés au sein d'habitations à caractère social. Ce contexte particulier met en lumière un mal-être réel, renforcé par la situation économique actuelle. Les difficultés rencontrées par les jeunes ont nécessité la mise en place de dispositifs pour réduire les inégalités, facteurs de troubles sociaux et pouvant favoriser l'apparition d'atteintes psychiques. L'espace santé jeunes de Nanterre a donc choisi de s'intéresser aux déterminants de la santé. Les problèmes de logement, d'insertion ou de contraception sont autant d'occasions pour orienter le jeune au sein des différentes structures partenaires existant sur le territoire (centre de formation et d'insertion professionnelle, CCAS, ...). A titre d'exemple, des clubs de prévention ont été créés ; leurs missions résident dans l'intervention au sein de quartiers sensibles, dans le repérage et l'accompagnement des jeunes en difficulté. La multiplicité des dispositifs démontre une réelle volonté d'action. Pour autant, les acteurs locaux regrettent parfois une absence de culture commune entre les partenaires et un manque de lisibilité et de cohérence dans cette prise en charge globale.

Les pouvoirs publics ont mis en place une multitude de dispositifs en faveur des jeunes, que les collectivités locales ont pu décliner selon leurs besoins. Cela apparaît opportun afin d'offrir aux jeunes une prise en charge optimale. Il convient de faire un bilan de l'ensemble des dispositifs existants afin d'en étudier les limites et les améliorations possibles.

B. Analyses d'un système perfectible

Au cours des entretiens menés, deux principales critiques ont émergé : l'absence d'une politique globale relative à la santé mentale et l'existence de dispositifs éparpillés.

a) Un manque de politique globale au sein d'un système disparate

Ces entretiens ont montré que la prise en charge des problématiques relatives aux jeunes dépend essentiellement des politiques menées au niveau territorial.

Aucune politique globale relative à la santé mentale des jeunes n'est formalisée au niveau national. En effet, il n'existe pas de législation ni de réglementation propre au sujet. De même, il n'existe pas d'institution nationale dédiée au pilotage d'une politique spécifiquement adressée aux jeunes. A titre d'exemple, des dispositifs traitent la santé mentale des jeunes par une clé d'entrée qui leur est unique. Ainsi, les missions locales prennent en charge les jeunes par le biais de l'insertion sociale et professionnelle. De même le point d'accueil écoute jeunes (PAEJ) aborde le thème de manière préventive via l'information, l'écoute, le dialogue et l'orientation. Mais encore, les Maisons des adolescents (MDA) prennent en charge la santé mentale des jeunes par le volet de la santé.

Par ailleurs, cette absence d'unité implique un manque de lisibilité dans un même territoire. A titre d'exemple, le PAEJ de Rennes est rattaché au Centre Régional Information Jeunesse (CRIJ) alors que dans ce même territoire d'Ille-et-Vilaine, le PAEJ de Saint-Malo est rattaché à la Communauté d'agglomérations du Pays de Saint-Malo.

Ce manque de politique globale induit des imperfections du système. En effet, il est souvent déploré une insuffisance de coordination à trois niveaux : entre les dispositifs eux-mêmes, entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et entre les territoires. Ainsi la prise en charge de la santé mentale des jeunes relève-t-elle essentiellement de multiples initiatives et partenaires portés surtout par des associations et dont l'Etat n'assure ni la coordination ni l'impulsion. A cet égard, le Directeur du pôle précarité insertion de l'association Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte d'Ille-et-Vilaine (SEA 35) a pointé le manque de liens entre les dispositifs régionaux. Actuellement, un jeune est de plus en plus mobile et peut être pris en charge un jour à Brest, le lendemain à Rennes. Il n'existe aucune connexion interdépartementale qui permettrait une prise en charge optimale du jeune.

De même, les secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux souffrent d'une réelle carence de planification. L'Equipe mobile de psychiatrie de Rennes en est la manifestation concrète. Son objectif est de travailler en concertation avec les professionnels du secteur social. Néanmoins, lors de sa création, l'équipe a rencontré des difficultés à établir des partenariats. Le personnel de l'équipe a dû démarcher les associations par du « porte-à-porte » afin de les convaincre de travailler ensemble. Il a été nécessaire « d'aller vers » les autres structures pour favoriser l'accès aux soins spécialisés.

Par conséquent, la prise en charge de la santé mentale des jeunes ne peut être qu'émiettée et disparate.

La prise en charge de la santé mentale des jeunes s'est façonnée par une juxtaposition des dispositifs et d'outils différents. De ce fait, celle-ci s'en trouve éparpillée rendant le système illisible, tant pour les acteurs que pour les jeunes, ceci traduisant des inégalités territoriales. Les multiples dispositifs sont portés notamment par les missions locales, le Conseil Général, le Conseil Régional, les municipalités, les services déconcentrés de l'Etat et les professionnels du champ sanitaire et social.

En raison du désengagement de l'Etat sur ce champ, la prise en charge est de plus en plus relayée par des institutions locales. Les orientations sont en partie le reflet du regard que portent les responsables politiques locaux sur la jeunesse en la stigmatisant ou non et des représentations qu'ils construisent ainsi⁴³. Les réponses apportées peuvent être tantôt répressives, tantôt préventives.

Dans ce contexte, les solutions proposées répondent à des problèmes spécifiques qui induisent une logique de projets à court terme. Ce raisonnement ne peut évidemment pas s'inscrire dans un cadre pluriannuel, ce qui constitue non seulement un frein au suivi mais également au financement. La plupart des structures que nous avons rencontrées témoignent d'une carence financière.

A titre d'exemple, la MDA de Nantes reçoit une enveloppe budgétaire pour trois ans seulement. Il en est de même pour les missions locales. De plus, cette volonté de fonctionner par enveloppes fermées comprend un autre effet pervers, celui de la concurrence entre les différentes structures. Augmenter la part d'une structure induit inévitablement la réduction de la part d'une autre. Une telle rivalité nuit à la cohérence d'ensemble. Enfin, le fait que les financements soient multiples oblige les structures à être constamment à la recherche de fonds.

Mais encore, ces relations conflictuelles peuvent également être un obstacle à la mutualisation des ressources de chaque structure et par conséquent, un frein au travail en partenariat. La concertation entre les partenaires s'en trouve ainsi lésée.

⁴³ LONCLE, P., « Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge locale des jeunes. L'exemple rennais », *Histoire@Politique. Politique, culture, société*, n°4, janvier-avril 2008.

Eu égard à ces constats, des solutions sont susceptibles d'être apportées afin d'améliorer le système de prise en charge de la santé mentale des jeunes.

b) Pistes d'évolutions susceptibles d'améliorer le système

Les idées avancées par les différents professionnels rencontrés recouvrent deux grands axes : des améliorations structurelles et du mode de prise en charge.

Plusieurs d'entre eux ont fait valoir un besoin de personnel à la fois en termes qualitatifs et quantitatifs. En effet, on peut prendre l'exemple du dirigeant de la Mission locale de Rennes qui déplore un manque de personnel « militant ». Il entend par ce propos, un personnel qui croit en ce qu'il fait et qui accepte d'être touché et remis en cause par les jeunes eux-mêmes.

La majorité des propositions émises se centrent sur la nécessité de développer un partenariat et ce, au-delà des difficultés financières. La MDA de Rennes propose la création d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) en accord avec la ville de Rennes en prenant en compte les actions des diverses associations. La MDA pourrait ainsi jouer un rôle fédérateur.

La MDA de Nantes quant à elle espère, avec les futures réformes des collectivités territoriales, trouver en la Communauté d'agglomérations un interlocuteur unique. Ceci permettrait de clarifier les relations et d'identifier les compétences de chaque échelon, qu'il soit communal, départemental ou régional. Elle compte également, via la création des Agences Régionales de Santé (ARS), intégrer au sein de la planification sanitaire un schéma relatif au public cible des adolescents.

A l'image du travail de l'équipe mobile avec des professionnels du secteur social, il est urgent de développer des réseaux prenant en charge la santé mentale des jeunes.

Par ailleurs, d'après nos interlocuteurs, un besoin crucial en matière de développement d'une culture de la promotion de la santé se manifeste pour l'ensemble des professionnels en France.

En effet, tous expriment la volonté de plus en plus pressante d'agir en amont. Actuellement la France répond aux problèmes, une fois ceux-ci connus. Or, il est nécessaire d'agir bien avant et d'opter pour une démarche préventive. Ceci permettrait ainsi de développer un travail de sensibilisation à la santé mentale pour tous.

Le Québec est une parfaite illustration de ce qu'est la promotion de la santé mentale. Toute action menée par le Québec, sur le bien-être des populations, à n'importe quel niveau, se situe toujours en amont. Dans un premier temps, la prise en charge de la santé mentale au Québec se manifeste tout au long de la vie révélant ainsi une logique de suivi, absente en France. De plus, la santé mentale est prise en compte dans sa globalité, c'est-à-dire en incluant tous les déterminants sociaux. Ainsi, les actions en matière de prise en charge de la santé mentale sont larges et peuvent par exemple concerner l'éducation nutritionnelle, la conciliation de la famille et du travail, des interventions préscolaires, le dépistage de la dépression pré- et postnatale et la prévention des abus et substances. Chaque action est déclinée en programme spécifique et évalué.

L'Institut National de Santé Publique du Québec, dans son avis scientifique de mai 2008 relatif à la promotion de la santé mentale, précise ainsi que « *l'efficacité de [leurs] actions repose en grande partie sur [leur] capacité collective de développer une vision globale systémique et intégrée de la promotion et de la prévention en matière de la santé mentale* ». ⁴⁴

Enfin, certains acteurs locaux s'interrogent sur le rôle du système scolaire dans la prévention de la santé mentale. L'école prenant une grande part de la vie des jeunes, celle-ci, bien que non fautive, mieux orientée et mieux informée sur les problèmes de santé mentale que peuvent rencontrer les jeunes enfants, ne pourrait-elle pas jouer un rôle fédérateur en matière de prévention de la santé mentale des jeunes ? Faut-il envisager à ce titre une refonte du système scolaire afin de sensibiliser de manière précoce les jeunes à la santé mentale ? Dès lors, faut-il envisager de former les professionnels de l'éducation nationale à la santé mentale ?

A cet égard, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine propose une prévention renforcée par le biais notamment de visites médicales dans les maternelles afin de détecter les troubles précoces.

⁴⁴ *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Québec, mai 2008

Conclusion

Pendant longtemps, la santé mentale a été considérée à la lumière des indicateurs relevant de la psychiatrie; pour autant, l'évolution de la société tend à induire une modification de cette conception en y intégrant des déterminants sociaux. Ainsi les politiques publiques ont tout d'abord concentré leurs actions sur l'insertion professionnelle, avant de proposer des mesures plus larges, tenant compte à la fois du contexte environnemental des jeunes et de leur famille.

Cette extension de la notion de santé mentale, analysée dans le rapport Kovess, génère à terme une multitude de dispositifs concernant la prise en charge des jeunes, dont la diversité est à la fois source de forces et de faiblesses.

A la lecture des mesures instaurées en matière d'accompagnement, on ne peut que constater l'ampleur des démarches entreprises pour réduire des inégalités, facteurs de troubles sociaux et de déséquilibre psychique; il n'en demeure pas moins que cet empilement successif de structures et d'initiatives peut entraîner un manque de cohérence et de lisibilité.⁴⁵ La création des ARS, dotées d'une compétence en matière sanitaire et médico-sociale, doit assurer un décloisonnement en permettant la coordination et l'impulsion de la politique relative à la santé mentale des jeunes adultes: c'est, du moins, un souhait largement exprimé par les différents professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude. Ainsi, les partenariats entre les acteurs de la santé mentale pourraient être renforcés sous l'égide d'une ARS fédératrice.

Les différents entretiens menés dans le cadre du module interprofessionnel nous ont en tous cas permis de nuancer la vision pessimiste de la santé mentale des jeunes adultes véhiculée par les médias (suicides, addiction...). Si les professionnels s'accordent sur la nécessité d'améliorer la promotion de la santé, ils font preuve d'une grande implication dans leur action. Ils dressent le constat d'une jeunesse qui tente d'investir les moyens mis à sa disposition et reste actrice de son parcours.

L'exigence de perfectibilité des dispositifs conduit toutefois à s'interroger sur la pertinence et l'opportunité de la création permanente de nouvelles structures: est-il aujourd'hui utile de multiplier les actions ou ne serait-il pas préférable que les acteurs acquièrent une culture commune du bien-être et rationalisent les moyens à leur disposition?

Il ne faudrait pas en effet que les dispositifs de prise en charge de la santé mentale soient, selon des termes empruntés à Nicolas Machiavel⁴⁶ « [...] *comme toutes les choses*

⁴⁵ Entretiens Atelier Santé Ville de Nanterre et maison des adolescents de Nantes et de Rennes

⁴⁶ MACHIAVEL, N., *Le Prince*, 1532

qui, dans l'ordre de la nature, naissent et croissent trop promptement [et] ne peuvent avoir des racines assez profondes et des adhérences assez fortes pour que le premier orage ne les renverse point ».

Bibliographie

Textes

- Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948
- Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 du Ministre du travail et des affaires sociales relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes de 10 à 25 ans.
- Circulaire n°97/280 du 10 Avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou les parents.
- Circulaire DGS/DGAS n° 2002/145 du 12 Mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des PAEJ.
- Circulaire DGAS/LCE1A/2005 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 PAEJ (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale.
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Articles

- « Apéro géant : les politiques s'emparent du sujet », in *Le nouvel observateur*, 14 mai 2010, article disponible sur : <http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/politique/20100514.OBS3940/apero-geant-les-politiques-s-emparent-du-sujet.html>
- « Stress scolaire, une « maladie » typiquement française », in *Le Parisien*, 3 mai 2010, article disponible sur : <http://www.leparisien.fr/societe/stress-scolaire-une-maladie-typiquement-francaise-03-05-2010-907376.php>
- « Avec le RSA jeunes, M. Sarkozy brise un tabou à droite », in *Le Monde*, 29 septembre 2009.
- « L'Etat veut amplifier la mise en œuvre du CIVIS pour les jeunes », Agence régionale de la formation tout au long de la vie (Poitou-Charentes), article disponible sur http://www.arftlv.org/actualites/9341_13/Etat_veut_amplifier_mise_oeuvre_CIVIS_pour.aspx
- FURTOS, J., « Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? », propos recueillis par PANASSIER, C. Entretien disponible sur <http://www.millenaire3.com/Jean-FURTOS-Comment-vivre-debout-et-avec-autrui.69+M58758e685eb.0.html>
- LAURENT-BEQ, A., LE GRAND, E., « Développer l'approche territorialisée » in *La santé de l'homme*, n° 383, mai-juin 2006, pp. 16-17.
- LONCLE, P., « Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge locale des jeunes. L'exemple rennais », *Histoire@Politique. Politique, culture, société*, n°4, janvier-avril 2008.

Rapports spécialisés

- APPARU, B., *Rapport d'information sur la réforme du lycée*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, 27 mai 2009
- COUTY, E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, janvier 2009
- KOVESS, V., *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, Centre d'analyse stratégique, novembre 2009
- CLERY-LELIN, P., KOVESS, V., PASCAL, J.-C., *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et promotion de la santé mentale*, 15 septembre 2003
- DESCOINGS, R., *Préconisations sur la réforme du lycée*, 2 juin 2009
- VERSINI, D., «Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge » Rapport de la Défenseure des enfants, La Documentation Française, novembre 2007.
- Association Elus, santé publique et territoires, *Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux*, Actes de la journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006.
- *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Québec, mai 2008
- Conseil national des missions locales, *Construire ensemble une place pour tous les jeunes*, 12 décembre 1990

Sites internet

- Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/fr/>

Liste des annexes

- Guide d'entretien
- Entretien - Maison départementale des adolescents de Nantes
- Entretien - Maison des adolescents de Rennes
- Entretien – Mission locale de Rennes (pôle insertion)
- Entretien – Mission locale de Saint-Malo

Questions générales

1. Comment définiriez-vous la santé mentale ?
2. Pouvez-vous nous décrire le fonctionnement de la structure : quel est son financement ? à qui êtes-vous rattachés ?
3. Quels sont les événements ou les décisions qui ont conduit à créer cette structure ?
4. Quel est votre public cible ? Comment a-t-il été défini ?
5. Quelle perception avez-vous de l'état de santé mentale du public ? Ressentez-vous une aggravation ?
6. Quelles actions sont menées ? quels types d'accompagnement proposez-vous ? Quelle est la durée de l'accompagnement ? Que se passe-t-il après la sortie du dispositif ?
7. Avec quels acteurs travaillez-vous ? (professionnels, bénévoles, associatifs, autres..)
8. Comment vous situez-vous dans le dispositif global ? Dans quelle politique ; jeunesse, social, santé, politique de la ville ?... A quel échelon ? Quelle influence sur les financements ?
9. Quelle est votre couverture territoriale ? (périmètre d'action)
10. Avec quels partenaires travaillez-vous (Education nationale, médecine de ville ; milieu associatif ; justice /police ; travailleurs sociaux ; établissements de santé)? Etes-vous inséré dans un réseau ? Y a-t-il un espace de concertation/collaboration ? Les liens sont-ils formels ou informels ? Les compétences sont-elles bien définies (doublons, concurrence...)
11. Avez-vous des relations avec les élus ? (à tous les niveaux ?)
12. Quelle est l'influence des réformes en cours ? (« acte 3 » de la décentralisation, création des ARS)
13. Comment évaluez-vous votre action ? sur la base de quels indicateurs ? Quels sont les points forts ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Avez-vous identifié des freins ?
14. Comment améliorer le dispositif ? Pensez-vous que le dispositif soit pérenne ?

Questions spécifiques pour les élus

15. Quelle est votre mission ?
16. Dans quelle politique vous insérez-vous ? A quoi cela sert-il de développer une politique en direction des jeunes adultes ?
17. Quels dispositifs existent ?
18. Quelle est votre vision pour l'avenir ?
19. Comment percevez-vous ce public ? Ressentez-vous une évolution en tant qu'élus ?
20. Comment voyez-vous le financement ? Pensez-vous que le financement soit suffisant ?
21. La tendance politique influence-t-elle la perception de la santé mentale ? et l'action ?

- **Définition de la santé mentale**

Il ne faut pas parler de santé mentale, c'est trop stigmatisant et il y a un côté péjoratif. La MDA est pour la prise en compte de la santé globale des jeunes.

3 catégories du mal-être selon Dr Gorans (du SHIP : service hospitalier intersectoriel de pédopsychiatrie :

- Mal être psychique (ados « ordinaires » ; il s'agit d'un problème qui peut concerner 100% des ados)
- Souffrance (conséquence du mal-être dans la vie sociale)
- Maladie (du ressort de la psychiatrie)

Pour lui, la MDA est une porte d'entrée pour les 3 catégories. Elle doit répondre aux besoins des ados mais surtout les orienter quand cela est nécessaire. Il faut regarder la MDA comme un « **continuum d'accompagnement et de prise en charge** ».

Point essentiel qui est ressorti de notre entretien : la MDA est une sorte de guichet unique qui doit répondre à la problématique posée par l'adolescent quand cela est possible. Dans le cas contraire, la MDA doit pouvoir l'orienter vers d'autres dispositifs. La MDA est un lieu d'articulation des dispositifs.

- **Public cible :**

Ouverture aux adolescents : Accueil sans RDV de 13 h à 18H du lundi au samedi. 30% viennent des quartiers sensibles de Nantes.

Les adolescents ont en moyenne 16 ans (entre 14 et 17). L'accueil se fait pour les jeunes de 11 à 21 ans normalement + quelques étudiants). Après, orientation vers l'association l'ANCRE (Association Nantaise des Foyers de Jeunes travailleurs) qui est plutôt un lieu d'écoute.

La MDA voit entrer dans ses murs des « **jeunes ordinaires en risque de conduites à risque** », au moment où les choses peuvent basculer (déscolarisation, addiction, risque suicidaire...). Il y a là toute l'idée de prévention.

Après évaluation de la situation de l'ado Accompagnement se fait soit :

- o dans le réseau de suivi interne de la MDA (animateur socioculturel, travailleur social, les personnels mis à disposition, psychologues, pédiatre du CHU, psychiatres des services d'addictologie et d'une unité pour jeunes suicidaires, infirmière de l'éducation nationale) dans les cas de mal être et souffrance + ou –
- o suivi réseau externe ... réseau de santé externe Incluant le soin (CMP) mais aussi du social du scolaire, de l'insertion.

- **La structure :**

Création en 2007 suite au constat du manque d'accessibilité à la santé (tant accessibilité géographique que psychique). La MDA n'a pas été créée pour « faire à la place » d'autres dispositifs.

La MDA n'est pas rattachée à l'Hôpital (volonté politique dès l'origine). La MDA de Nantes est un GIP incluant le site de Nantes et celui de St Nazaire. La MDA est « une liaison heureuse entre les acteurs politiques engagés et les techniciens de terrain tournés vers la même volonté » (hommes + convictions).

- **Couverture territoriale :**

Le département. Les ados qui viennent à la MDA sont originaires à 80% de Nantes, 18% du département, et 2% hors département. Antenne en cours de création à St Nazaire.

- **Partenaires :**

Conseil Général, éducation nationale (et plus précisément les établissements d'enseignement, ce qui intègre les CFA...), la pédopsychiatrie, les services jeunesse (animation jeunesse), médecine de ville (envoi 12% des jeunes accueillis à la MDA) Complexité de travailler avec les services de la justice.

- **Financement :**

Etat (assurance maladie+ FIQCS), Conseil Général, Conseil régional, Ville de Nantes, Nantes métropole (politique de la ville par rapport quartier sensible (CUCS).

Le financement et les avancées de ce dispositif dépendent en grande partie de la volonté politique de la ville, du département et de la région. La MDA est la retranscription d'une histoire locale (d'où la multitude de formes des MDA en France).

- **Evaluation de l'action de la MDA :**

Pas facile d'évaluer l'action et les retombées du dispositif. Trop récent d'une part et puis cela nécessiterait d'avoir un suivi sur le long terme des ados, ce qui n'est pas le cas. Par contre peut être que si les indicateurs sur les conduites à risque diminuent, on pourra peut être dire que la MDA y a participé.

- **Pérennité du dispositif**

Financement à 3 ans seulement (personnels en CDD) mais des indicateurs positifs (projet d'achat de locaux a Nantes). Pas d'inquiétude à priori. La crise laisse présager des lendemains difficiles pour les jeunes.

Confiance pour l'avenir notamment avec l'ARS qui peut être une chance dans le sens où elle pourrait procéder à l'identification du continuum. Elle pourrait également être à l'initiative d'un schéma pour les ados. L'acte III de la décentralisation pourrait également être une aubaine pour la MDA car l'interlocuteur serait unique (la communauté d'agglomération) avec l'identification des compétences de chaque échelon territorial.

Les MDA des ados en France devraient prendre leur forme « normale » et se réguler vers des actions de continuum dans les 3 ou 5 ans à venir selon lui !

NB : 85 % des ados vont bien ! il n'existe pas 2 MDA identiques : tout dépend des initiatives locales et de l'histoire locale !

Notions sur la santé mentale des jeunes :

A l'adolescence, les enfants connaissent des changements dans leur personnalité, ils cherchent à acquérir une certaine autonomie tout en restant dépendants de leur famille et de leurs proches. Face à ces personnalités mouvantes, il est difficile de diagnostiquer les pathologies mentales pouvant toucher les adolescents. La limite est ténue entre la souffrance psychique et la pathologie mentale. Il est important de repérer les adolescents connaissant un syndrome dépressif, dans un cadre préventif face à certains signaux d'alerte (TS, automutilations, conduites addictives pour les plus fréquentes). La question du diagnostic est toujours difficile chez les adolescents car en interrelation avec l'environnement.

La création de la structure :

Antérieurement à la création de la Maison des adolescents, il existait déjà à Rennes un service spécialisé pour les adolescents et les jeunes adultes, créé en 1993, et rattaché à l'hôpital psychiatrique. Il avait pour objectif de favoriser l'accès des adolescents aux soins médico-psychologiques et de permettre un décloisonnement des différents acteurs intervenant dans l'offre de soins proposée aux adolescents.

La Maison des adolescents a été créée en 2006 pour les adolescents en souffrance. Elle intervient sur un volet préventif, pour éviter les conduites à risques, et répond à une sollicitation de l'hôpital Guillaume Régnier, de la PJJ et de l'ASE. Elle permet un diagnostic et un repérage des pathologies mentales.

Selon Claire Brisset (défenseur des enfants à l'origine de la création d'une maison des adolescents dans chaque département), *« l'objectif d'une maison des adolescents n'est pas d'ajouter une structure ou un dispositif à ceux déjà existants. Au contraire, il s'agit d'utiliser toutes les compétences des institutions pour les mettre en réseau et les rendre complémentaires »*.

Chaque maison des adolescents a été mise en place spécifiquement, selon les besoins de chaque département.

Le projet initial était de créer une plateforme de coordination entre les différents acteurs, un espace de dialogue pouvant assurer le soutien aux différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'adolescent.

Public ciblé :

La Maison des adolescents de Rennes s'adresse aux adolescents de 13 à 21 ans. Elle prend en charge les adolescents les plus en difficulté, en partenariat avec la protection judiciaire de la jeunesse et l'aide sociale à l'enfance.

Interpellée par des professionnels, elle s'occupe plus particulièrement des adolescents en repli à leur domicile, le plus souvent en rupture scolaire et sans lien avec l'extérieur (d'où l'intérêt d'être en communication avec les médecins généralistes, acteurs de proximité).

Elle intervient également pour les adolescents qui ont vécu un passé institutionnel important avec de multiples ruptures de prise en charge. Aussi, se développent de plus en plus un soutien et un accompagnement de parents se sentant persécutés par la complexité et les difficultés de la prise en charge de leur adolescent.

De manière plus ponctuelle, elle accueille des adolescents qui se présentent spontanément, les aide par le biais d'une mise en confiance et peut leur proposer des consultations.

Le dispositif :

La Maison des adolescents est rattachée au Centre Hospitalier Spécialisé Guillaume Régnier. Elle a conclu des conventions de collaboration avec trois structures sanitaires : le Point Santé (pour les étudiants), le CHU (avec le service de pédiatrie), le Centre médical et pédagogique de Beaulieu (centre de rééducation fonctionnelle). Les adolescents peuvent également être dirigés vers des hôpitaux de jour spécifiques et un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

La Maison des adolescents fonctionne en pluridisciplinarité : l'équipe d'appui (mobile) est composée de deux infirmiers du CHGR, d'une psychologue, d'une assistante sociale et d'une éducatrice de la PJJ, d'une éducatrice de l'ASE et d'une secrétaire. L'équipe reçoit les adolescents généralement à la demande d'un professionnel extérieur.

Un référent est nommé pour chaque jeune au sein de la Maison des adolescents.

La Maison des adolescents a différentes missions :

- l'accompagnement et le soutien dans la prise en charge d'adolescents en grande difficulté ; la mise en place de consultations spécialisées ;
- le travail de partenariat et de coordination entre les différentes institutions : volonté de créer une plate forme de coordination. En effet, les différentes institutions, en travaillant ensemble, peuvent mieux répondre aux besoins des adolescents. Cela permet également d'éviter la lassitude des professionnels et les redondances dans la prise en charge de l'adolescent.
- favoriser les rencontres et les échanges interinstitutionnels ;
- rencontrer si besoin le jeune à domicile ;
- soutenir et accompagner les parents : cela prend une place de plus en plus importante.

La Maison des adolescents intervient généralement à la demande d'un professionnel rencontrant des difficultés dans la prise en charge d'un jeune. Elle peut donner des pistes d'actions au professionnel. S'il y a besoin, les professionnels de la Maison des adolescents mettront en place un accompagnement, grâce à la Commission de repérage et de coordination (étude de la situation individuelle du jeune, analyse des situations de rupture institutionnelle, réflexion avec l'ensemble des acteurs, pistes d'actions possibles).

Financement de la structure :

La Maison des adolescents est financée principalement par le CHGR. Cela rend sa liberté d'action restreinte, elle est très orientée vers la psychiatrie et cela peut poser problème car les jeunes auraient besoin d'une prise en charge plus globale.

Le Conseil général et la protection judiciaire de la jeunesse participent également au financement de cette institution (rémunération de leurs personnels).

Durée de l'accompagnement des jeunes :

Cette durée est fluctuante, en fonction des situations individuelles des jeunes suivis. Il existe au sein de la Maison des adolescents une Commission de suivi, ce qui permet de faire le point régulièrement sur les situations des jeunes.

En général, afin d'assurer un maximum de coordination et de cohérence dans le parcours du jeune en question, il s'écoule un délai d'une semaine d'étude du dossier, puis un début de prise en charge si besoin est dans le mois suivant.

La fin de la prise en charge est caractérisée par la réinsertion de l'adolescent ou jeune adulte dans le dispositif de droit commun.

Relations avec les élus :

La Maison des adolescents a peu de liens avec les élus locaux, de par son rattachement au CHGR. Elle traite un public très fortement marginalisé, qui ne relève pas des politiques locales.

Les partenaires de la Maison des adolescents :

Celle-ci travaille principalement avec l'aide sociale à l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse, mais également avec l'éducation nationale, la direction diocésaine de l'enseignement catholique et la MDPH, et enfin elle collabore en partenariat avec les deux universités et les 3 campus de Rennes (pour des problèmes de jeunes adultes entre la première année de fac- difficulté de l'éloignement parental, familial et amical- et la dernière année – pression des examens de fin de cursus, ce qui entérine l'idée d'une santé mentale également tributaire de l'environnement immédiat et de la pression sociale actuelle)

Perception de l'évolution de la santé mentale des jeunes :

Les parents des jeunes se trouvent eux-mêmes dans des situations de plus en plus complexes (divorce, amoindrissement des solidarités familiales,..). Ils s'inquiètent quant à l'avenir de leurs enfants. Paradoxalement, on peut dire que les enfants vont mieux qu'il y a quelques dizaines d'années. Ils sont également davantage suivis, par des équipes de plus en plus nombreuses (problème de la répartition des compétences). Les adolescents sont soumis à une pression sociale de plus en plus importante ce qui met en péril leur sécurité intérieure. Les valeurs travail et famille n'ont plus la même signification. La réussite scolaire prend une place de plus en plus prégnante pour réussir dans la vie (mais est-ce réussir sa vie ???).

Difficultés rencontrées :

- Une difficile réunion entre les différents professionnels
- Les professionnels opposent parfois le secret professionnel lors de l'étude de la situation d'un jeune en difficulté. Quant au jeune, à partir de 16 ans il n'est plus soumis à l'obligation scolaire ce qui pose problème. De plus, à partir de 18 ans il est libre de s'opposer à sa prise en charge par les institutions, ce qui limite les possibilités d'actions de la Maison des adolescents. L'aide sociale à l'enfance ne s'occupe plus des jeunes en difficulté à partir de leur majorité. Cependant, à partir de 18 ans, le jeune peut contractualiser avec la Maison des adolescents sur sa prise en charge, et après ses 21 ans, il est possible pour la Maison des adolescents d'apporter à ce jeune un soutien à distance ou de le diriger vers d'autres institutions.
- A aussi été évoquée l'idée d'un manque de personnel pour pallier toutes les difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ces jeunes marginalisées, les problèmes de temps de travail à respecter pour chacun des intervenants en question : à titre indicatif, ils ont traité 80 situations en 2003, aujourd'hui ils en sont à 123, avec un effectif réduit.

Propositions :

Une autre difficulté est celle de l'empilement des dispositifs existants. A ce titre, on peut penser que la Maison des adolescents pourrait avoir un rôle fédérateur (ce qui serait facilité si elle était indépendante de l'hôpital psychiatrique). Volonté d'un GIP avec accord de la ville de Rennes, notamment en prenant en compte les actions des associations.

Mission locale du pays de Saint-Malo

Définition de la santé mentale :

La mission aborde le concept de santé mentale sous l'angle de la santé mais l'élargit à d'autres domaines. Sont concernés tous les jeunes présentant des problèmes d'auto et d'hétéro agressivité. Selon notre interlocuteur, les fragilités psychologiques s'accroissent en raison de la pression sociale, de la crainte face à l'avenir, ainsi que celle des parents.

Création de la mission locale du pays de Saint-Malo :

Les missions locales ont été créées suite au Rapport Schwartz en 1981 sur l'accompagnement des jeunes. Cet accompagnement global s'est fait dans un premier temps avec les permanences d'accueil d'information et d'orientation sous l'égide des collectivités territoriales.

La mission locale du pays de Saint-Malo regroupe 67 communes. Son champ territorial s'étend jusqu'aux portes des Côtes d'Armor et celles de la Manche ce qui représente 900 000 jeunes.

La mission locale a pour objectif premier l'insertion professionnelle des jeunes. Elle concourt également à une prise en charge plus globale des jeunes (logement, soucis financiers, santé, mobilité,...).

Le public :

- jeunes de 16 ans au moins de 26 ans sortis du système scolaire. La première action consiste à inciter le maintien des jeunes au sein du système scolaire.
- Lorsque la sortie est effective, pour 75% des jeunes, il s'agit de repenser l'insertion professionnelle à travers la formation.
- Les jeunes ne disposant pas de logement

La mission locale de Saint Malo accueille environ 900 nouveaux jeunes chaque année et suit une file active de 1900 jeunes sur un an.

Financement :

La mission locale dispose d'un statut associatif loi 1901, elle n'est rattachée à aucun ministère. Depuis peu, les missions locales font parties du service public de l'emploi. L'Etat est le financeur principal mais non majoritaire. L'insertion professionnelle des jeunes relevant des compétences du Conseil régional, ce dernier est également financeur de la structure. En revanche, en ce qui concerne le Conseil général les financements ont été retirés pour cette année.

Les fonds sociaux européens contribuent au financement ce qui induit des liens forts avec le Préfet.

Les communes adhérentes à la mission locale du pays de Saint-Malo participent au financement de cette dernière selon un montant identique depuis vingt ans.

S'agissant de la commune de Saint-Malo, la participation s'élève à 1,5 euros par habitant. Pour ce qui est des autres communes, cette participation s'élève 60 centimes d'euro par habitant.

Fonctionnement et partenaires :

La prise en charge du jeune est subordonnée à une démarche volontaire, à son adhésion à la prise en charge. Parfois, les services sociaux ou la famille peuvent alerter la mission locale afin que cette dernière agisse. Pour autant, la mission locale n'intervient pas au domicile des jeunes. Les personnes sont reçues par un conseiller d'orientation (devenant leur référent) qui les aide à trouver des formations. La durée de la prise en charge est variable en fonction des difficultés que présente le jeune.

La mission locale travaille en partenariat avec un réseau médical sur Saint-Malo ainsi qu'un réseau en santé mentale mobile. La mission locale avait mis en place une instance de concertation comportant la participation de médecins psychiatres afin qu'ils puissent apporter des réponses mais la structure se trouve confrontée au désengagement des professionnels qui craignent d'être dépassés par les demandes de la mission locale. Elle propose l'accompagnement aux urgences psychiatriques des adolescents présentant une grande détresse psychologique.

Des actions conjointes sont menées avec le CCAS et le CDAS.

Un nouveau type de partenariat a récemment vu le jour. Il s'agit de la mise en place d'un système de tuteur, parrain avec des associations de retraités et notamment d'anciens directeurs des ressources humaines. Ce type de partenariat permet des échanges et un accompagnement dans la démarche de réinsertion professionnelle (par la mise à disposition du réseau du tuteur ou encore par la dispense de conseils pour la création d'entreprises).

Compte tenu du contexte économique, il existe des liens de plus en plus ténus entre la mission locale et l'association des Restaus du cœur, le Secours catholique.

Evaluation des actions :

L'évaluation de l'action de la mission locale se fait en termes d'entrée en emploi. De manière corrélative, la logique de financement est liée à la mise à l'emploi. Monsieur Mercerie regrette que la mise à l'emploi soit le seul critère et que des critères tels que la prise en compte de la dimension environnementale (famille,...) ne soient pas considérés. De plus, ce mode d'évaluation reste relatif car la mise à l'emploi se fait sur une longue distance et on ne peut être sûr de la pérennité de celle-ci.

Incidence politique :

Le poids de l'élu local est important dans l'existence de freins susceptibles de s'opposer à une action. En l'occurrence, le maire de Saint-Malo est non seulement élu local mais aussi parlementaire.

Les politiques induites par les différents échelons (communal, départemental, régional) peuvent générer des conflits. A titre d'exemple, l'échelon régional prévoyait la mise en place de maisons de formation professionnelle. Ce type de structure n'a pas été mis en place sur Saint-Malo. En présence d'une telle contradiction, la demande de financement de formations

formulées par la Ville de Saint-Malo peut avoir pour conséquence le refus de la part de l'échelon régional.

Propositions d'actions / pistes d'amélioration :

- Plus de travail en concertation avec les partenaires ;
- Problème de clarification des compétences (aujourd'hui les missions locales interviennent sur un champ d'action beaucoup plus large que l'insertion professionnelle notamment dans le champ social) ;
- Problèmes financiers des missions locales (aujourd'hui les financeurs ne s'intéressent qu'au court terme, c'est-à-dire le retour à l'emploi).

Définition de la santé mentale

L'objectif des missions locales : accompagnement, insertion sociale et professionnelle.

Santé mentale : obstacle à l'insertion sociale et professionnelle. La souffrance psychologique est un frein important à une insertion sociale et professionnelle.

Il existe des problématiques liées à la santé mentale qui peuvent être passagères, peuvent être traitées et aboutir à une insertion sociale. Mais des difficultés peuvent être un obstacle infranchissable et ne pas permettre une insertion professionnelle et peut-être sociale.

La place du travail est très importante aujourd'hui dans notre société, sa représentation ne permet pas de dire que tous les jeunes auront une insertion professionnelle.

A cet égard, l'on sait que des jeunes n'aboutiront pas à une insertion sociale.

• Les missions locales

La majorité des missions locales sont constituées sous une forme associative.

Historique : en 1981, M. François Mitterrand commande un rapport à M. Pierre Mauroy pour tenter de résoudre les difficultés rencontrées par un public cible : les 16-18 ans (contexte de crise de l'emploi). M. Pierre Mauroy commande un rapport à M. Bertrand Schwartz sur cette problématique (rapport Schwartz sur l'insertion sociale et professionnelle des jeunes) . Ce rapport émet un constat : il n'existe pas de structure capable de permettre une approche globale alors qu'une telle structure devrait être en mesure d'accueillir, accompagner et orienter les jeunes sur le champ de la formation, de l'emploi, de l'orientation mais aussi sur le champ du logement et de la santé.

L'objectif : la réunion des compétences d'accueil, d'orientation et d'accompagnement en un même lieu. Une telle structure se doit d'être légère et passagère mais surtout fonctionnant avec des personnes mises à disposition, relevant de structures spécialistes sur la problématique du logement, de la santé, de la formation, de l'orientation, etc.

1982 : création des missions locales

Ainsi, les missions locales sont constituées de personnes détachées d'autres structures comme des médecins, des personnes spécialisées dans le champ de la formation, de l'orientation, etc.

Pour autant, les missions locales ont été dénigrées et remises en cause. Dès lors, en 2001, une convention nationale a été négociée, exigeant désormais non plus un niveau de diplôme mais des compétences, être en capacité professionnelle de.

Aujourd'hui les missions locales sont de plus en plus sollicitées par l'Etat et les collectivités territoriales et s'intègrent dans la loi relative à lutte contre les exclusions.

• Fonctionnement des missions locales

Les missions locales ont en charge le diagnostic de problématiques, de mettre en œuvre des actions, de faire remonter des besoins auprès de différents partenaires que sont les conseils régionaux, les conseils généraux et l'Etat.

Pour ce faire, les missions locales se sont munies d'un logiciel, le logiciel national « parcours trois » qui permet à chaque structure d'avoir une vision quantitative et qualitative du public accueilli et de faire remonter les différents besoins auprès de financeurs.

La mission locale à Rennes est divisée en trois pôles :

- pôle accueil et accompagnement
- pôle emploi et formation
- pôle environnement social (depuis 2001) : il a pour objectif de mettre à disposition la « ressource » vers des partenaires spécialisés

Le **financement** : Etat, région, Rennes métropole, la communauté de communes.

Les missions locales fonctionnent par le biais de subventions.

Typologie du public accueilli

Trois types de publics sont accueillis à la mission locale :

- les jeunes n'ayant jamais travaillé
- les jeunes déjà suivis (en CDD, intérim)
- les jeunes sans repères, « largués », repoussés de leur domicile familial

Depuis 2001, les missions locales ont réussi à sensibiliser et former les professionnels de l'accompagnement social qui se focalisaient de manière disproportionnée sur la santé mentale et qui n'avaient pas de culture commune sur ce qu'est la souffrance psychologique.

Après 25 ans ?

La mission locale aide de plus en plus le passage des jeunes de plus de 25 ans au RSA.

Relations avec les élus

Les missions locales ont pour rôle d'articuler les orientations des élus et leurs services. Les missions locales sont associées à la politique de la ville.

Spécificité à Rennes : la mise en place d'un comité consultatif de jeunes (groupe de 15 jeunes) pouvant participer aux orientations et décisions par leur présence aux conseils d'administration de la mission locale.

Comment améliorer le dispositif ?

Des constats :

- un manque de professionnels « militants » qui croient en ce qu'ils font, qui acceptent d'être remis en cause et touchés par les jeunes
- un manque de réelles orientations
- une refonte du système scolaire