



REcherche Santé et Social en Protection de l'Enfance

RAPPORT FINAL DE RECHERCHE

Décembre 2024

Rédigé par l'Université Paris Nanterre, Centre de recherche Education et Formation (CREF), Equipe Education familiale et interventions socio-éducatives auprès des familles (EFIS)

Séverine Euillet, maîtresse de conférences HDR en sciences de l'éducation et de la formation, responsable scientifique de cette recherche

Louis Mathiot, maître de conférences en sciences de l'éducation et de la formation

Filipina Salomon, doctorante en sciences de l'éducation et de la formation

En collaboration avec :

Le Centre d'Information et de Consultation en Alcoologie et Toxicomanie (CICAT)

L'Université de Tours, Qualipsy

Aurélien Ribadier, maître de conférences en psychologie

Servane Barrault, maîtresse de conférences HDR en psychologie

SOMMAIRE

Introduction	1
Chapitre 1.....	3
Santés et addictions en protection de l'enfance : actualités de la littérature et des politiques publiques.....	3
1 La santé de la jeunesse : des politiques publiques aux comportements juvéniles.....	4
1.1 Les politiques de santé publique en direction de la jeunesse	4
1.2 Les comportements en santé des jeunes : les grandes tendances	7
1.3 De la consommation aux conduites addictives	8
2 De la santé aux conduites addictives en contexte de protection de l'enfance et de la PJJ	10
2.1 La consommation de substances psychoactives.....	11
2.2 Un rapport à la santé et au corps qui varie selon le genre.....	12
2.3 Sens et contextes des conduites des jeunes	12
2.4 La prudence avec un public hétérogène	14
2.5 Stratégies et dispositifs de prévention en protection de l'enfance	15
Chapitre 2.....	18
La méthodologie de recherche : mixte et centrée sur le point de vue des personnes impliquées	18
1 Ancrages de la recherche RESSOPE.....	19
1.1 Questions de recherche.....	19
1.2 Autonomia : un programme de prévention basé sur les compétences psychosociales	22
2 Les outils de recueil.....	24
2.1 Observations participantes des ateliers collectifs Autonomia.....	24
2.2 Questionnaire à destination des jeunes de plus de 12 ans	25
2.3 Questionnaire à destination des professionnel.les.....	26
2.4 Entretien auprès des jeunes	26
2.5 Entretien auprès des professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ..	27
2.6 Entretien auprès des chargé.es de prévention.....	28
3 Considérations éthiques cruciales et sensibles	28
4 Les données recueillies.....	32
Chapitre 3.....	34
Analyse qualitative des données.....	34
1 Les observations des ateliers du programme Autonomia : des enjeux relationnels au discours échangé	36
1.1 L'immersion de la chercheuse.....	36
1.2 Recueil des données d'observation	38
1.3 Analyse des données issues des ateliers observés	39
2 Analyse des entretiens réalisés avec les jeunes : leurs perceptions en contextes	46
2.1 Les jeunes rencontré.es en entretien.....	46
2.2 Entremêlés et démêlés entre santé, consommation et addiction	47
2.3 Leurs relations dans leurs environnements de vie : une verbalisation compliquée	49

2.4	Regards sur les actions de prévention et sur l'avenir	50
3	Analyse des entretiens réalisés avec les professionnel.les : un regard expert mais impuissant.....	51
3.1	Les professionnel.les de la protection de l'enfance rencontrés en entretien ...	51
3.2	Un rapport complexe des jeunes à la consommation d'après les professionnel.les	52
3.3	Enjeux éducatifs de la santé et des addictions.....	56
3.4	Collectifs/institutions et dispositifs autour de la santé et des addictions	61
4	Analyse des entretiens réalisés avec les chargé.es de prévention : l'enjeu de l'aller- vers et du dialogue.....	64
4.1	Les enjeux de la santé mentale pour les jeunes en protection de l'enfance	64
4.2	Les CPS au cœur de l'intervention et de l'accompagnement.....	65
4.3	Les défis d'une prévention éducative adaptée.....	66
5	Analyse des réponses obtenues aux questionnaires : un éclairage particulier.....	67
5.1	Les jeunes ayant répondu au questionnaire.....	67
5.2	Des pratiques déclarées aux effets perçus par les jeunes	68
5.3	Des pistes à partir du questionnaire complété par les professionnel.les	72
6	Des données complémentaires et illustratives	75
6.1	Les contenus des projets de service.....	75
6.2	Un focus group avec les professionnel.les	77
Chapitre 4.....		80
Discussions croisées et perspectives		80
1	Des axes transversaux d'analyse, points de vue croisés.....	81
1.1	La santé des jeunes : perceptions croisées	81
1.2	Perspectives articulées sur les pratiques des jeunes	83
1.3	Regards sur le programme Autonomia.....	85
2	Les implications pour la pratique	89
2.1	Le recours à un partenaire/expert au sein des lieux de la PE ou de la PJJ	90
2.2	Les espaces de verbalisation et de partage tant pour les professionnel.les que pour les jeunes	90
2.3	Les activités, le sport et l'alimentation : des pistes occupationnelles à ne pas négliger	91
3	Conclusion.....	93
Références bibliographiques		95
Index des figures et tableaux		103
Index des sigles utilisés.....		104
Table des matières complète.....		105
Annexes		108

REMERCIEMENTS

Dans ce rapport final, nous tenons à remercier l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance qui grâce à son soutien financier et scientifique a permis la concrétisation de cette recherche partenariale. De même, nous adressons nos sincères remerciements à chaque membre du conseil scientifique constitué spécialement pour cette recherche.

Nous remercions chaque membre du CICAT et de VRS, chacune des chargées de prévention, Myriam Clément et Stéphane Viel, pour avoir manifesté cette ouverture à la recherche, cet intérêt et cette implication à l'origine de l'ensemble de ce processus et de la réalisation de cette recherche.

Cette recherche a mobilisé de nombreux lieux d'accueil de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, nous tenons à remercier chaque personne qui qui a donné son accord pour le déroulé de cette recherche à un moment du processus.

De façon toute particulière, nous souhaitons manifester notre reconnaissance à l'action de chaque professionnel.le qui, de manière directe et/ou indirecte, a permis la réalisation de cette recherche, a donné de son temps, s'est rendu.e disponible pour en échanger.

Un grand merci aux jeunes qui se sont impliqués de près ou de loin, qui ont porté un regard sur cette recherche, qui ont donné leur avis ou pas, nous savons à quel point cela peut être coûteux.

RESUME DE LA RECHERCHE

Quelle est la place de la santé et des conduites addictives dans la vie des jeunes et dans les pratiques professionnelles au sein des services de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ? Telle est la question autour de laquelle se rencontrent les différents acteurs universitaires et professionnels de cette recherche-action en sciences de l'éducation et de la formation.

En contribuant au rapprochement du champ de l'addiction et de la protection de l'enfance, cette recherche vise à recueillir et analyser les points de vue subjectifs des jeunes et des professionnel.les impliqué.es au sujet de la santé et des conduites addictives. Une méthodologie mixte et qualitative a été mise en place au sein de 8 services de la protection de l'enfance et de la PJJ : observations de 23 ateliers de prévention des addictions du programme AUTONOMIA, entretiens avec 29 jeunes et 37 professionnel.les, et 19 questionnaires complétés par des jeunes et 10 par des professionnel.les.

Les principaux résultats montrent à quel point les perceptions de la santé et des conduites addictives selon les jeunes et les professionnel.les diffèrent. Le contexte de la protection de l'enfance apparaît comme une spécificité, notamment au regard du sens des conduites et des rôles attribués à chaque professionnel.le. Le programme Autonomia est perçu comme répondant aux besoins des jeunes et des professionnel.les dans une visée éducative de la promotion de la santé renforçant les compétences psycho-sociales. Les implications pour l'accompagnement socio-éducatif concernent le portage institutionnel, les modalités organisationnelles du lieu de vie, les supports socio-éducatifs concrets pour aborder les conduites addictives au regard de la santé perçue.

Mots-clés : addictions, compétences psycho-sociales, protection de l'enfance, PJJ, santé

ABSTRACT

What role do health and addictive behaviours play in the lives of young people and in professional practices within child protection and judicial youth protection services? This is the question being addressed by the various academic and professional players involved in this action-research project in education sciences.

By helping to bring the fields of addiction and child protection closer together, this research aims to gather and analyse the subjective viewpoints of the young people and professionals involved on the subject of health and addictive behaviour. A mixed qualitative methodology was used in 8 child protection and PJJ services: observations of 23 addiction prevention workshops under the AUTONOMIA programme, interviews with 29 young people and 30 professionals, and 19 questionnaires completed by young people and 10 by professionals.

The main results show the extent to which young people's and professionals' perceptions of health and addictive behaviour differ. The context of child protection appears to be specific, particularly in terms of the meaning of behaviour and the roles attributed to each professional. The Autonomia programme is seen as meeting the needs of young people and professionals, with the aim of promoting health through education and reinforcing psycho-social skills. The implications for socio-educational support include institutional support, organisational arrangements for the living environment, and practical socio-educational aids for dealing with addictive behaviour from the point of view of perceived health.

Key-words : addictions, psycho-social skills, child protection, PJJ, health

Introduction

Si la mise à l'abri d'un enfant en danger ou en risque de l'être relève de la responsabilité de la protection de l'enfance, prendre soin de lui au quotidien convoque de multiples acteurs, institutions et politiques publiques. Cette perspective sous-tend le fonctionnement partenarial et inter-institutionnel à l'œuvre aujourd'hui au sein de lieux d'accueil de la protection de l'enfance et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, en faveur d'une prise en charge pluri-disciplinaire des mineur.es concerné.es par des mesures de protection. Ces tendances sont observables dans les modalités de gouvernance et d'accompagnement dans différents domaines, par exemple, la scolarité mais aussi la santé. Ainsi, l'articulation entre la santé et la protection de l'enfance, qui est au cœur des préoccupations de cette recherche, soulève de nombreux questionnements.

Un premier niveau de questionnement concerne le regard porté sur la santé de ces jeunes, traversant avant tout une période développementale majeure qu'est l'adolescence. Une transition pendant laquelle l'adolescent.e peut consommer des substances psycho-actives, développer des addictions problématiques avec ou sans produit, en plus de relever les défis émotionnels, sociaux, cognitifs, scolaires propres à cette période. Alors, au regard des connaissances à disposition sur la période adolescente et la question des addictions adolescentes, en quoi les jeunes concerné.es par la protection de l'enfance et la PJJ sont-ils ou elles particulièrement confronté.es/exposé.es/protégé.es par rapport aux risques de conduites addictives ? En d'autres termes, les jeunes protégé.es, accompagné.es dans un contexte de protection de l'enfance ont-ils.elles des usages différents et/ou des risques spécifiques à développer des conduites addictives ? L'enjeu de ces questionnements concerne l'ensemble de la politique de protection de l'enfance, au sujet des défis de la catégorisation au regard de la littérature sur la jeunesse dans son ensemble pour comprendre les problématiques sociales actuelles. Il s'agit à cet endroit de la réflexion de parvenir également à considérer l'hétérogénéité du groupe social « jeunes concerné.es par la protection de l'enfance ou la PJJ », en termes d'âge, de parcours, de genre, de soutiens reçus, de ressources à disposition, mais aussi de développement psycho-affectif.

Un deuxième niveau fait appel aux pratiques professionnelles d'accompagnement socio-éducatif au sein des institutions relevant de la protection de l'enfance et de la PJJ. En effet, au-delà de bien connaître le public, il s'agit de penser les modalités d'accompagnement proposé. Se posent ici des questions telles que : dans quelle mesure le risque de conduites addictives ou la prise en charge de consommation de substances psychoactives sont intégrés, et/ou composent les missions de l'accompagnement socio-éducatif ? Cette question est d'autant plus centrale, que les conduites addictives se situent bien à l'interface entre l'ancrage social et le développement individuel du ou de la jeune. Les politiques publiques en direction de la jeunesse se basent depuis plusieurs décennies sur le défi sociétal de prévenir les risques d'addiction auprès d'un public adolescent en développant des programmes, des actions et des pratiques en conséquence. Ainsi, comment le système de protection de l'enfance intègre ces éléments de prévention et de traitement, le cas échéant, pour les jeunes protégé.es ?

Un troisième niveau concerne finalement l'univers de la prévention des risques, du champ de l'addiction, guidé par les politiques publiques de santé. Comment ces dernières considèrent-elles les situations spécifiques en termes de gouvernance, d'orientations et de dispositifs, pour ce qui concerne la protection de l'enfance et la PJJ ? Cette question nécessite de poser une réflexion à double hélice : la pertinence des dispositifs de droit commun pour les jeunes protégé.es et les besoins des jeunes en matière de prévention des risques, nécessitant une inter-connaissance et un décloisonnement en profondeur. L'actualité des publications ministérielles et des autorités

nationales en la matière amène à constater cette tendance à l'ouverture et à l'adaptabilité aux différents contextes de vie des personnes et notamment de la jeunesse.

Ces trois larges niveaux de réflexion seront convoqués de différentes manières dans cette recherche. En effet, la recherche RESSOPE, en visant à connaître le point de vue des jeunes et des professionnel.les dans le cadre de la protection de l'enfance et de la PJJ au sujet de leur santé et des conduites addictives, tend à apporter des éléments de connaissance à propos de la façon de considérer ces jeunes, de penser leur accompagnement socio-éducatif au regard des potentielles conduites addictives. L'analyse de ces éléments est rendue possible grâce au déploiement d'un programme de prévention des risques nommé AUTONOMIA porté par le partenaire de cette recherche : le CICAT (Centre d'information et de consultation en alcoologie et toxicomanie).

Ainsi, ce rapport de recherche est organisé en quatre chapitres. Le premier présente les actualités de la littérature et des politiques publiques à la fois en matière de santé et de prévention des addictions dans le contexte de la protection de l'enfance et de la PJJ. Cette exploration rend compte de la complexité des niveaux d'analyse et des processus à l'œuvre dont l'appréhension méthodologique choisie dans cette recherche sera explicitée dans le 2^{ème} chapitre. Cette recherche partenariale s'appuie sur un design de recherche qualitatif et mixte centré sur le point de vue des jeunes et des professionnel.les en considérant les multiples épaisseurs du contexte dans lequel il se déploie. Le troisième chapitre est consacré à l'analyse de chaque type de données recueillies (entretiens, observations, questionnaires) dans un souci de précision et d'approfondissement, mis au bénéfice dans le quatrième et dernier chapitre, d'une discussion croisée, thématifiée et transversale, propice au repérage de perspectives futures tant pour la recherche que pour l'intervention.

Chapitre 1

Santés et addictions en protection de l'enfance : actualités de la littérature et des politiques publiques

S'intéresser de façon conjointe aux champs de la protection de l'enfance et de la santé, nécessite de réaliser un état des lieux sur les différentes actualités législatives, politiques mais aussi de rendre compte de l'état de la littérature en matière de jeunesse, de santé et de consommation. Ce chapitre, dans sa progression, soutient la réflexion à l'origine de cette recherche au sujet des connaissances à disposition à propos des enjeux actuels relatifs à la santé des jeunes dans sa large acception mais aussi dans ses détails et résonnances au niveau de la pratique et des directions politiques.

Introduction	1
1 La santé de la jeunesse : des politiques publiques aux comportements juvéniles	4
1.1 Les politiques de santé publique en direction de la jeunesse	4
1.1.1 Des considérations de la santé perçue	4
1.1.2 Des constats d'inégalités sociales en matière de santé	5
1.1.3 Vers un renforcement de la prévention.....	6
1.2 Les comportements en santé des jeunes : les grandes tendances.....	7
1.2.1 L'évolution des consommations des jeunes	7
1.2.2 Les nouvelles pratiques	8
1.3 De la consommation aux conduites addictives	8
2 De la santé aux conduites addictives en contexte de protection de l'enfance et de la PJJ	10
2.1 La consommation de substances psychoactives	11
2.2 Un rapport à la santé et au corps qui varie selon le genre.....	12
2.3 Sens et contextes des conduites des jeunes.....	12
2.4 La prudence avec un public hétérogène.....	14
2.5 Stratégies et dispositifs de prévention en protection de l'enfance.....	15
2.5.1 Les orientations politiques en matière de santé	15
2.5.2 De la promotion de la santé aux compétences psycho-sociales	16

1 La santé de la jeunesse : des politiques publiques aux comportements juvéniles

1.1 Les politiques de santé publique en direction de la jeunesse

Depuis une vingtaine d'années, la santé des jeunes fait l'objet de préoccupations importantes de la part des politiques de santé publique. En témoignage, à la veille des années 2000, la publication du premier Baromètre santé jeunes qui présente les perceptions, attitudes et comportements des adolescent.es et jeunes adultes à partir de données quantitatives collectées en 1997/98. S'appuyant sur la définition de la santé de l'OMS, les thèmes couvrent un champ très large : santé nutritionnelle (nutrition, sport et activité physique), consommations (tabac, alcool et cannabis), « bien-être » (incluant tout ce qui touche à la violence et au suicide), accidents et sexualité. On constate depuis les années 2000, une production importante de données sur la santé des jeunes qu'elles soient issues d'études menées à des échelles régionales (par exemple les données produites par les Observatoires Régionaux de la Santé), à l'échelle nationale comme le Baromètre santé de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) voire internationale telles que la grande enquête HBSC qui débute à partir de 2002¹. L'enjeu de ces études n'est pas seulement la mesure des tendances statistiques de la jeunesse en matière de santé dans une perspective exclusivement épidémiologique. Il s'agit, en plus, d'objectiver et de quantifier, de comprendre les logiques de perception, d'attitudes et de pratiques/consommations à des âges de la vie particulièrement propices au changement (Beck & Richard, 2013).

1.1.1 Des considérations de la santé perçue

Des études qui ont débuté plus récemment se centrent aussi sur les inégalités sociales de santé qui touchent les enfants et les adolescent.es. L'enquête ENRJ 2014² a mis en évidence d'importantes disparités en matière de couverture en santé à ces âges de la vie, de recours aux soins mais également de santé perçue. La prise en compte de variables subjectives telles que la santé perçue montre comment les politiques de santé publique intègrent aujourd'hui l'intrication profonde entre les dimensions sociales et sanitaires en termes d'inégalités vécues comme le constate Nicolas Duvoux : « *Dans une société où des distinctions fines entre groupes sociaux, niveaux d'éducation, appartenances multiples prévalent et où de petites différences peuvent faire toute la différence, les variables subjectives donnent accès à une forme d'objectivité sur le monde social et à une forme d'objectivité qui donne accès aux contraintes vécues, rapprochant la mesure statistique de l'expérience* » (Duvoux, 2023, 22). De ce point de vue, l'étude des auto-évaluations en matière de santé donne des résultats convaincants, et les réponses coïncident avec des mesures objectivement vérifiables en livrant plus de détails qu'un examen médical.

Sur le plan de la santé perçue, les résultats de l'enquête HBSC issus de données recueillies en 2018³ montrent une tendance stable quant à un bien-être général des adolescent.es tant au niveau des relations sociales que le sentiment d'être soutenu.es. Le harcèlement marque une baisse et

¹ L'enquête HBSC est une enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Actuellement, 41 pays ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée.

² Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes (ENRJ) - 2014, INSEE, DREES - Ministère de la santé (producteurs), ADISP (diffuseur)

³ Rapport de l'enquête HBSC 2018 publié par l'OMS en mai 2020 : www.euro.who.int/en/hbcs-spotlight-vol1. Consulté le 14/06/2023

l'exposition à des violences reste stable et contrastée selon le sexe (à 11 ans, 18 % des garçons sont impliqués dans plus de 3 bagarres dans l'année et cela ne concerne que 6 % des filles). C'est en revanche au niveau du vécu scolaire qu'une dégradation est constatée. En comparaison avec les données recueillies en 2014, les adolescent.es les plus âgé.es (15 ans) ressentent une pression scolaire plus forte avec un sentiment de stress plus accru en particulier du côté des jeunes issu.es des milieux favorisés (les filles étant davantage exposées que les garçons). De manière plus générale, les chiffres relatifs aux symptômes dépressifs montrent une hausse chez les moins de 24 ans avec une proportion plus importante que dans la population adulte (INJEP, 2023⁴ ; OFDT, 2023).

1.1.2 Des constats d'inégalités sociales en matière de santé

Les inégalités sociales de santé sont connues et de plus en plus reconnues comme un sujet majeur (Drulhe, 2000). Elles désignent la façon dont la « bonne santé » est socialement située : si certaines affections touchent les individus de façon aléatoire, l'état général de santé varie en fonction de la position occupée dans la société, certaines étant plus favorables que d'autres. De même, l'accès aux soins varie en fonction de facteurs sociaux (Labbe *et al.*, 2005 ; Leclerc *et al.*, 2008), dépassant la logique de concordances entre les besoins et les suivis. En regardant au prisme des déterminants sociaux en santé, il y a aussi un processus cumulatif qui touche les publics les moins favorisés qui restent extérieurs au système de soin : il s'installe dès la naissance (et même dans l'ante natal) et prend racine pendant la période de l'enfance et l'adolescence (Beck & Richard, 2013). Ainsi la « bonne santé » serait surtout liée au contexte et aux comportements et les éléments qui y participent se transmettraient fortement au sein de la famille. Deux indicateurs en particulier semblent avoir un effet très net sur l'état de santé (réel ou perçu) et sur les pratiques qui y sont associées : l'appartenance de classe et le genre.

Pour ce qui est de l'effet de l'appartenance de classe sur la santé perçue, il est observable dès l'enfance (Lopez *et al.*, 2011) : les enfants des catégories les plus précaires présentent le plus de risques du point de vue du surpoids ou de la santé bucco-dentaire en particulier. Il apparaît que ces inégalités entre enfants se constituent avant même la naissance, du fait du suivi de la grossesse. Or, les enfants protégés peuvent être issus de milieux précaires, avec de moins bonnes conditions de vie, souvent aggravées par la séparation ou le décès d'un parent (Choquet *et al.*, 2005). Les effets de l'appartenance sociale tiendraient pour beaucoup aux styles de vie et pratiques de consommation : suivis médicaux et accès aux soins, nutrition, consommations de tabac et substances psychoactives.

Pour les jeunes accompagné.es dans le cadre de la protection de l'enfance, il apparaît également que les motifs de placement ne sont pas sans effet sur la santé, notamment du fait d'éventuelles maltraitances ou de négligences : « *les jeunes en difficultés sociales connaissent des situations de santé notablement plus mauvaises que l'ensemble de la population des jeunes* » (Amsellem-Mainguy & Loncle, 2010, 43). Ces situations à risque étant de plus aggravées par un accès partiel aux soins ; ils appartiennent ainsi à ceux que Warin (2006) appelle les « populations paradoxales », c'est-à-dire celles qui sont les plus distantes des soins malgré un état de santé plus dégradé. En outre, la « familialisation des politiques sanitaires et sociales » en France (Dujol, 2015) peut rendre la situation de ces jeunes encore plus complexe. Celles et ceux qui sont les plus en difficulté peuvent être amené.es à perdre l'exercice de la solidarité familiale avant qu'ils ou elles soient entré.es dans l'âge adulte avec une situation stabilisée (Galland, 2001). Les effets

⁴ Selon l'INJEP, pendant la crise sanitaire, 37% des 15-24 ans ont connu au moins un syndrome dépressif entre 2020 et 2021, contre 25% de l'ensemble de la population (2023, 61). Escapad 2022 utilise 2 indicateurs de santé en augmentation en 2022 par rapport à 2017 : risque important de dépression (9.5%) et tentative de suicide ayant amené à l'hôpital au cours de la vie (3.3%).

du milieu social dont sont issus.es les jeunes accompagnés.es, associés à leur situation, dessinent un tableau plutôt sombre de leur état de santé et des opportunités éventuelles pour le faire évoluer. Cette question doit aussi se croiser avec le rôle de l'école. La perspective historique en la matière montre à quel point, après la seconde guerre mondiale, c'est l'institution scolaire qui a été chargée de prendre soin des élèves en termes de médecine scolaire et d'activités physiques et sportives de plein air, de façon concomitante à la restriction de consommation d'alcool (Parayre, 2017). Il n'en reste pas moins que malgré une priorité étatique, l'éducation à la santé à l'école est questionnée dans ses fondements et contenus, ses pratiques et ses résultats (Guiet-Silvain *et al.*, 2011), mais aussi son accessibilité pour les jeunes à côté du milieu scolaire dit « classique ».

1.1.3 Vers un renforcement de la prévention

Ces politiques de santé publique ne se limitent pas qu'à l'observation et la compréhension des comportements de santé des jeunes, elles promeuvent également – sur la base de ces constats – des démarches en amont, qui s'inscrivent dans différents types de prévention : universelle, sélective ou ciblée en fonction des publics visés. On peut citer à ce titre le Plan National Nutrition Santé (mis en place dès 2001 qui sera suivi du PNNS-2 en 2006, PNNS-3 en 2011 et PNNS-4 en 2019), le Plan Santé des jeunes (mis en place en 2008) dont l'objectif est de mieux protéger la santé des 16-25 ans tout en renforçant leur autonomisation, puis plus récemment, le Plan National de Santé Publique (PNSP) qui met en place des actions pour la santé et le bien-être des jeunes depuis 2018.

Ainsi, les campagnes de prévention ont connu un essor particulier, ciblant principalement les conduites juvéniles considérées comme plus exposées aux risques (cités plus bas) en comparaison d'autres âges de la vie (Perreti-Watel, 2010). Parce que le temps de la jeunesse est envisagé comme une transition, un passage entre deux âges structurés par la double nécessité de construction identitaire et de conquête statutaire (Galland, 2017), les représentations sociales le conçoivent comme une période de vulnérabilité (Becquet, 2012). Au centre des attentions des programmes de prévention en matière de santé en direction de la jeunesse, quatre grands domaines se distinguent : les consommations de toxique, les habitudes alimentaires et l'activité physique, le bien-être (Génolini & Perrin, 2016) et, dans une moindre mesure, la sexualité. En ligne de mire, il s'agit de prévenir les conduites addictives, le surpoids et l'obésité, les tentatives de suicide ou de mise en danger de soi.

Le déploiement de ces actions publiques, de natures diverses et à différentes échelles suscite l'attention des sciences sociales. Si ces politiques de prévention se sont d'abord inscrites dans une perspective biomédicale de gestion des risques avec une approche descendante (Amsellem-Mainguy & Loncle, 2010), la charte d'Ottawa en 1986 (OMS, 1986) marque un tournant, sur le plan des intentions, vers des démarches de promotion de la santé, centrées sur les facteurs protecteurs et le pouvoir d'agir des individus (San Marco, 2009). La rhétorique de ces politiques de santé en direction des jeunes se fonde sur l'autonomisation en santé (Berlivet, 2004) et son principe implicite de « gouvernementalité » où le sujet est amené à internaliser les normes en matière de conduite et d'attitude protectrices en vue de devenir l'auteur de sa propre prévention (Fassin & Memmi, 2004).

1.2 Les comportements en santé des jeunes : les grandes tendances

Depuis ces vingt dernières années, les préoccupations politiques en direction des jeunes évoquées plus haut ne traduisent pas pour autant une dégradation sanitaire particulièrement alarmante pour ce qui concerne les 12-25 ans (Sommelet, 2007). Elles trouveraient plutôt leur origine dans une tendance de sanitarisation des questions sociales (Loncle, 2008) qui nécessite une attention croissante et constante des pouvoirs publics sur les comportements en santé des jeunes. La production de connaissances est sans cesse renouvelée⁵ sur la base d'indicateurs stables permettant d'établir des comparaisons internationales et, surtout, d'étudier les variations de tendance selon les cohortes au sein d'un même pays.

1.2.1 L'évolution des consommations des jeunes

Du côté des consommations, les comparaisons des différentes cohortes étudiées entre 2006 et 2018 montrent une tendance générale à l'amélioration pour la jeunesse dans son ensemble⁶. Cela concerne les usages de tabac, d'alcool et de cannabis notamment pour les adolescent.es âgé.es de 11 à 15 ans. La consommation de tabac a baissé significativement qu'il s'agisse de l'indicateur « expérimentation » ou de celui « consommation au cours du mois ». Cette évolution est également observée entre 2017 et 2022 pour la consommation de tabac à 17 ans, contrairement à l'e-cigarette, 32% des jeunes de 17 ans ont consommé une e-cigarette au moins une fois dans le mois (INJEP, 2023). La tendance est identique pour l'expérimentation de boissons alcoolisées qui a reculé de 18 points entre 2006 et 2018 (passant de 49,8 % à 32,1%) ; la baisse a été significative en 2010 et s'est accélérée entre 2014 et 2018. En revanche, un léger rebond de la consommation au cours du mois est observé pour les jeunes de 15 ans entre 2014 et 2018 (passant de 41,5% à 43,8%) mais reste bien en deçà du niveau de 2006 et 2010 (respectivement de 59,3% et 61,1%). Enfin, l'évolution de l'expérimentation et de l'usage de cannabis au cours du mois (mesurés à l'âge de 15 ans) a aussi connu une baisse constante en 2014 et 2018 avec un écart négatif de 11,8 points pour la première et 6,2 points pour le second.

Pour la jeunesse dans son ensemble, ces données viennent déconstruire des présupposés largement entretenus dans le sens commun qui véhiculent un tableau dramatisant des conduites adolescentes (Beck & Richard, 2013), qui dériveraient sans cesse vers davantage d'excès tant du côté de la précocité que des consommations installées. Néanmoins, ces quantifications à première vue rassurantes, au regard des tendances générales récemment constatées, ne doivent pas masquer les problèmes de santé publique qui restent encore très prégnants dans le contexte français. Les comparaisons plus fines de l'enquête HBSC 2018, rappellent qu'en France les niveaux de consommation de tabac et de psychotropes (alcool et cannabis) des jeunes sont au-dessus des moyennes européennes. Un autre exemple significatif se situe au niveau de l'expérimentation des boissons alcoolisées : malgré la baisse mentionnée précédemment, les garçons français de 11 ans et 13 ans sont premiers du classement HBSC en comparaison des autres pays européens ayant participé à l'enquête. On remarque également que les français de 15 ans restent en 2018 parmi les plus grands consommateurs de cannabis par rapport aux autres pays. De plus, l'enquête ESCAPAD de 2022 indique que les niveaux d'usage fréquent (tabac et alcool) sont plus importants parmi les adolescent.es en apprentissage ou ceux ou celles sorti.es du système scolaire (2023), montrant ainsi que certain.es se trouvent plus vulnérables que d'autres selon leur contexte de vie et niveau d'insertion scolaire.

⁵ L'enquête HBSC est conduite tous les 4 ans et permet la comparaison des tendances entre différentes cohortes d'adolescent.es.

⁶ *Ibidem*.

Il y a aussi des effets de genre importants à prendre en considération. En regardant les comparaisons depuis 2011, les écarts en fonction du sexe tendent à diminuer et cela en défaveur des filles. Elles avaient auparavant des indices de consommation plus faibles que les garçons – hormis la consommation d’alcool – mais l’écart des consommations se réduit pour le cannabis et disparaît en matière de tabagisme (Obradovic, 2017). Pour les plus âgées, en particulier les garçons, on remarque également un processus d’installation des consommations régulières d’alcool. Si les usages occasionnels ont connu une baisse, les usages à fréquence rapprochée augmentent depuis 2008 ainsi que les usages intensifs⁷ (Spilka *et al.*, 2015). Enfin, depuis les années 2000, les usages psychoactifs autres que le cannabis connaissent une augmentation stable à un niveau quantitatif mais également qualitatif du fait qu’ils deviennent de plus en plus diversifiés selon le type de produits consommés, et cela quelque soit le sexe. La différence genrée est également remarquée dans les derniers chiffres de l’enquête Enclass réalisée en 2022 qui indiquent que les collégiens et les lycéens se perçoivent davantage en excellente ou en bonne santé que leurs homologues filles (90.2% vs 82.2% au collège ; et 90.2% vs 77% au lycée).

1.2.2 Les nouvelles pratiques

Les grandes études sur la santé des jeunes investiguent à présent les pratiques de jeux d’argent et de hasard, à l’instar des conduites adultes (Barrault & Varescon, 2015). L’OFDT indique que 38.9% des jeunes de 17 ans déclarent une pratique de jeu en 2017. Une méta-analyse scandinave démontrait déjà en 2018 la prévalence des troubles liés aux jeux en ligne chez les adolescent.es (Fam, 2018). Aussi, la question des addictions sans produits est évidemment centrale dans la compréhension du rapport que les jeunes entretiennent avec leur santé, et avec les supports addictifs de manière plus générale. C’est ainsi que les pratiques numériques dans leur ensemble retiennent une attention particulière tant en termes de sens accordé à la période adolescente que d’usages et de finalités. Pour preuve, plusieurs thèses en sciences de l’éducation et de la formation notamment, ont été récemment soutenues au sujet de l’image de soi, l’image du corps, les modalités de socialisation des adolescent.es autour du recours à Snapchat ou Instagram. Par exemple, d’un point de vue sociologique, Rozenn-Drouillard rend compte des inégalités territoriales et sociales qui impactent différemment les garçons et les filles, « *L’entre-soi numérique genré est surtout vrai chez les garçons enquêtés, dont les pratiques numériques se concentrent sur les jeux vidéo* » (2024, 43). L’auteure rend compte également des émotions positives associées à l’usage du téléphone et des réseaux, comme une source de plaisir et de socialité.

1.3 De la consommation aux conduites addictives

Si les usages et les consommations à l’adolescence évoluent, ils questionnent et inquiètent au regard du risque addictif et du processus de dépendance. La littérature sur les conduites addictives est importante et pluri-disciplinaire, de la santé publique, à la psychologie mais aussi en référence à la sociologie (Reynaud *et al.*, 2016). La complexité de traiter la question des addictions à l’adolescence tiendrait aussi dans l’objet même des addictions qui se jouent des frontières disciplinaires scientifiques (Taïeb & Reyre, 2013), et génère tant de débats mais aussi d’idéologies et de conceptions qui évoluent au fil des évolutions sociétales. Au sujet de l’addiction adolescente et de ses multiples sources, Couteron et Lascaux nous invitent à questionner à la fois les modalités éducatives (en termes de paradigme d’éducation permissive ?), les logiques sociétales actuelles (sommes-nous dans « *une société addictogène* » ?), ou encore l’action sur-dosée des drogues elles-mêmes (2018, 110).

⁷ Par exemple : près d’un adolescent âgé de 17 ans sur cinq déclare trois alcoolisations ou plus dans le dernier mois et 3 % au moins dix épisodes d’alcoolisation importante par mois (*Ibidem*).

Néanmoins, sont à disposition diverses définitions, repères voire référentiels dans un champ en mouvement, animé aussi par des fédérations telles que France Addiction qui défend une vision bio-psycho-sociale des addictions et des usages (Delorme, 2025). En France, les travaux de l'Inserm, notamment en 2014 puis en 2021, ont contribué à concevoir les addictions comme des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères, notamment à l'adolescence, période au développement cérébral particulièrement intense. Les sources publiques d'information comme l'assurance maladie⁸ définissent l'addiction comme une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences néfastes sur la santé de la personne affectée ou les conduites addictives comme des comportements persistants sur une période longue de la vie d'une personne, liées à des pratiques excessives et abusives. De même, la HAS (2022) définit les conduites addictives comme « l'ensemble des pratiques de consommations susceptibles d'induire une addiction, qu'elles soient considérées comme usage simple (sans caractère pathologique) ou comme mésusage (usage à risque, nocif ou dépendant) ».

Le DSM-5⁹ et la CIM-11¹⁰ constituent des repères internationaux majeurs. Depuis 2013, le DSM-5 présente le « trouble lié à l'usage d'une substance ou d'un « additif » » diagnostiqué lorsqu'au moins deux critères (parmi les 11 listés ci-dessous) se manifestent au cours de l'année écoulée.

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

La CIM-11 datant de 2021 (dans sa version française officielle) fait apparaître les usages nocifs et de dépendance, en indiquant « *Les troubles dus à la consommation de substances et les comportements addictifs sont des troubles mentaux et comportementaux qui se développent suite à la consommation de substances principalement psychoactives, y compris des médicaments, ou à des comportements de récompense et de renforcement répétitifs spécifiques* ». Il est précisé que même si le passage de l'usage au trouble (pouvant être léger, modéré ou sévère) n'est pas systématique, il n'est que rarement perçu par la personne consommatrice croyant maîtriser sa consommation, notant que l'utilisation initiale de ces substances produit des effets psychoactifs agréables qui sont gratifiants et renforcés par une utilisation répétée. Ces substances ayant le pouvoir de produire une dépendance et le potentiel de causer des dommages, à la fois pour la santé mentale et physique.

Parmi les addictions sans substance ou comportementales, le jeu pathologique (jeux de hasard et d'argent) est cliniquement reconnu comme une dépendance comportementale dans les classifications diagnostiques internationales (DSM-5). Le DSM-5 décrit le trouble du jeu vidéo

⁸ Site internet Ameli consulté le 21 mars 2025 <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants>

⁹ American Psychiatric Association (2015). *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^{ème} édition. Traduction française : M.A. Crocq & J.D. Guelfi. Paris : Elsevier Masson.

¹⁰ Classification Internationale des Maladies dans sa 11^{ème} version, produites par l'OMS. Disponible sur le site de l'agence du numérique en santé.

sur Internet comme « une utilisation persistante et répétée d'Internet pour pratiquer des jeux, souvent avec d'autres joueurs, conduisant à une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative ». La CIM-10 fait également référence aux jeux de hasard et d'argent.

La polyaddiction est un type de comorbidité fréquent, une deuxième addiction ayant un rôle renforçateur de la première addiction (Lucé & Olié, 2020). Ces spécialistes en addictologie défendent le fait que « *le trouble de l'usage de substance doit être appréhendé comme une pathologie autonome par ses déterminants, sa sémiologie et ses modalités évolutives spontanées ou sous traitement* » (Lucé & Olié, 2020, 551). Les facteurs liés à la fois au produit, à la personne et à l'environnement sont aujourd'hui étudiés de manière corrélée pour comprendre la survenue et la persistance d'une addiction. L'addiction est donc définie par l'utilisation qui est faite d'un produit ou d'un comportement en dépit de ses conséquences négatives. Définir l'addiction non plus par le produit mais par son mésusage protège d'expressions stigmatisantes liées à certaines représentations sociales telles que « alcoolisme » ou « toxicomanie » (Morel & Couteron, 2008).

Le lien entre les déterminants sociaux et les conduites addictives reste complexe, et également contextuel au regard des dispositifs d'intervention proposés. Aussi, des critères d'efficacité tels que la considération des étapes de la vie du jeune, l'implication des jeunes, la démarche de promotion de la santé sont soulevés dans la littérature (Benec'h, 2014).

2 De la santé aux conduites addictives en contexte de protection de l'enfance et de la PJJ

La considération du contexte de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse peut amener à explorer différentes pistes autour des conduites addictives, allant des connaissances sur les consommations de substance psychoactive aux analyses des sens biographiques, et des conditions des usages, tout en considérant les tendances socio-historiques de la jeunesse présentées plus haut.

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation* » (CASF, art. L112-3). Au 31 décembre 2020, le nombre de mineur.es suivi.es est estimé à 308 000 sur la France entière (hors Mayotte). De plus, 32 160 jeunes majeur.es (âgé.es de 18 à 21 ans) sont concerné.es par une prestation ou une mesure d'accompagnement (ONPE, 2022). Malgré une forte disparité selon les départements, environ 50 % sont suivi.es en milieu ouvert et 50 % sont accueilli.es dans un autre lieu (80 000 en lieu collectif comme les maisons d'enfants à caractère social et environ 78 000 en familles d'accueil). Dans 80% des cas, il s'agit d'une décision judiciaire prononcée par le juge des enfants, dans les autres cas, les détenteurs de l'autorité parentale ont donné leur accord.

La justice des mineurs concerne les mineurs en danger (dans le cadre de la justice civile au titre de l'article 375 du code civil) ainsi que les mineurs ayant commis des actes de délinquance (dans le cadre de la justice pénale, au regard du Code de Justice Pénale des Mineurs entré en vigueur en 2021). La protection judiciaire de la jeunesse prend en charge le suivi d'environ 137 000 jeunes en 2021 dont 74% de garçons. Plus précisément, au titre de l'enfance délinquante, 8231 jeunes sont pris.es en charge par une mesure de placement (au sein d'établissements de placement éducatif) et 97 842 jeunes par une mesure de milieu ouvert (au sein d'un service territorial éducatif de milieu ouvert) (Ministère de la Justice, 2022).

2.1 La consommation de substances psychoactives

Le travail de Marie Choquet et Christine Hassler (2009) sur la santé des jeunes de 14 à 20 ans pris.es en charge par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) donne accès à des données robustes sur les consommations de « toxiques ». D'une façon globale, la comparaison de ces données avec celles de l'étude ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs) montre que les mineur.es placé.es au titre de la PJJ sont plus consommateur.rices que les jeunes en général, tous produits confondus.

Concernant l'alcool tout d'abord, il apparaît que l'usage régulier (dix fois par mois et plus) concerne 15% des garçons et 10% des filles. L'âge de la première ivresse est situé avant l'âge de 15 ans pour tou.tes (Choquet et Hassler, 2009). On observe chez ces jeunes la même tendance que chez les adolescent.es en général : le maintien d'une dimension fortement sexuée de la consommation d'alcool mais une différence entre les filles et les garçons qui tend à s'estomper, les filles consommant de plus en plus. Les prises d'alcool s'inscrivent pour l'essentiel dans des consommations ponctuelles importantes, bien davantage que dans une consommation quotidienne.

Concernant le tabac, c'est le produit psychoactif le plus largement consommé par les jeunes PJJ avec des niveaux de consommation importants : 59% des garçons et 62% des filles fument au moins une cigarette par jour. 32% des garçons et 40% des filles fument au moins 11 cigarettes par jour (Choquet & Hassler, 2009). Officiellement interdites dans les structures d'accueil, les cigarettes sont tolérées, discrètement autorisées, dans le cadre de négociations entre les jeunes, leurs parents et l'équipe socio-éducative. Les autorisations dérogoratoires sont souvent temporaires et visent à apaiser une situation ou à récompenser un comportement jugé comme positif ; à l'inverse, l'interdiction est utilisée comme une sanction (Jolly, 2012).

Dans leur enquête, Marie Choquet et Christine Hassler prennent en compte sept types de substances illicites : « *cannabis, produits à inhaler, amphétamines, cocaïne, héroïne, hallucinogènes et ecstasy*. Le cannabis est le premier produit illicite consommé par les jeunes (65% des garçons, 66% des filles) » (2009, 29). Selon les structures, les chiffres peuvent être plus importants et, dans une étude de cas, il est avancé que « *au moins 90 % des adolescents placés dans l'établissement durant les cinq dernières années consomment du cannabis* » (Hdoubane, 2012, 107). Le niveau de consommation varie selon les institutions, dans le temps et en fonction de l'âge, mais il reste globalement très important. La diversité des significations associées à ces consommations (en particulier l'alcool et le cannabis) rend l'appréhension de ces pratiques très complexe. Entre « *expérimentation, pratique festive, prise de risque, fonction thérapeutique ou d'oubli* » (Forgeot, 2012, 41), les modalités et les réalités en jeu sont larges. De même, Hakim Hdoubane souligne que la consommation de cannabis peut également s'inscrire dans une forme de conformation à une pratique largement répandue en institution et prendre ainsi un sens social, comme une façon d'appartenir à un groupe (Hdoubane, 2012). Cela ayant comme effet, le fait qu'un certain nombre de jeunes commence à consommer après leur placement.

La prise de produits psychoactifs peut être un problème en soi. Cela joue notamment sur la santé, sur le moral, sur la capacité à mettre en œuvre les projets conçus. Ainsi, la consommation de cannabis semble avoir un lien direct avec la déscolarisation en particulier, le comportement en classe (absence de motivation) et l'absentéisme qui sont les motifs de la mise à l'écart des établissements scolaires pour certain.es jeunes et parfois dès l'âge de 12 ans (Hdoubane, 2012). De plus, ces consommations sont aussi bien souvent associées à d'autres pratiques, notamment des manifestations violentes où la corrélation est très nette notamment pour les consommations d'alcool et de cannabis (Choquet & Hassler, 2009).

2.2 *Un rapport à la santé et au corps qui varie selon le genre*

Les différences de genre parmi les jeunes protégé.es ont des effets bien connus et documentés : les résultats d'enquêtes sont unanimes quant à l'existence de comportements « genrés » en matière de santé. Il apparaît tout d'abord que parmi les jeunes accompagné.es au titre de la PJJ, âgé.es de 14 à 20 ans, les garçons se déclarent en meilleure santé que les filles à proportion de 89% pour les premiers contre 76% pour les secondes (Choquet & Hassler, 2009) ; ce chiffre monte à 95% pour la population globale des 12 – 25 ans (Bournot *et al.*, 2004). Les études sur les contextes de placement montrent aussi que les filles accompagnées ont des situations familiales plus difficiles que les garçons. Elles se disent plus souvent seules, ont une moindre diversité de loisirs et sont moins nombreuses à pratiquer des activités sportives (Choquet & Hassler, 2009) ; ces indicateurs allant dans le sens d'un plus grand mal être vécu par ces dernières.

Mais c'est surtout en matière de rapport à la violence, de conduites à risque et de consommation de stupéfiants que les comportements observés diffèrent en fonction du sexe. Pierrine Robin constate à ce sujet que des comportements genrés se donnent à voir dans l'expression de la violence en contexte de protection de l'enfance : « *une violence dirigée vers l'extérieur pour les garçons, et une violence tournée vers l'intérieur pour les filles* » (Robin, 2013, 229). Cela rejoint les travaux de David Le Breton sur les jeunes vulnérables où les conduites différenciées selon le sexe se rendent particulièrement visibles dans les conduites à risques : les premiers s'exposant voire se confrontant à des dangers qui impliquent des mises en scène alors que les secondes pratiquent des attaques au corps (comme par exemple les scarifications) de façon cachée ou au travers de « rituels intimes » (Le Breton, 2013). Ces différences de genre se retrouvent également lorsque l'on observe les pratiques addictives en général où Xavier Pommereau montre que : « *les garçons s'adonnent plutôt à l'alcool et aux drogues, ainsi qu'aux comportements à risque impulsifs et dangereux, tandis que les filles développent davantage des dépendances médicamenteuses (tranquillisants, anti-dépresseurs), des troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), des « fièvres acheteuses » (vêtements et parures) et des violences auto-infligées (intoxications suicidaires et scarifications à répétitions)* » (Pommereau, 2007, 20). Ainsi, les identités de genre ont donc des effets tangibles sur le rapport au corps, à la santé et sur les pratiques la mettant en jeu. La santé doit bien être lue comme un fait social, mais aussi comme l'une des dimensions par laquelle peut se manifester la construction identitaire.

2.3 *Sens et contextes des conduites des jeunes*

Plusieurs éléments issus de la littérature sur les conduites addictives à l'adolescence attirent notre attention par rapport à ces jeunes en particulier. Par exemple, une étude finlandaise conduite auprès de 1 200 jeunes âgé.es de 15 à 25 ans montre à quel point l'affiliation sociale et l'identification groupale jouent un rôle médiateur dans la relation de dépendance entre un.e adolescent.e et une substance et/ou un usage (Savolainen *et al.*, 2019). Aussi, cette dimension groupale est particulièrement importante pour les jeunes accueilli.es en milieu collectif de la protection de l'enfance, et ce, à plusieurs titres. Les jeunes se retrouvent à vivre entre pairs avec des affinités très variables, dans un contexte de vie commune contrainte. Les dynamiques groupales adolescentes font l'objet d'enjeux spécifiques à une période marquée par une indétermination identitaire (Galland, 2017) et une quête de reconnaissance (Jeffrey *et al.*, 2016). De plus, selon l'âge auquel le ou la jeune est séparé.e de sa famille et donc de son environnement familial et social (lieu de scolarisation, lieux de loisirs, voisinage), l'accueil en collectif en protection de l'enfance crée une rupture supplémentaire avec ses différents contextes de vie sociale.

Des études étrangères démontrent que les enfants placé.es sont deux fois plus nombreux.ses à souffrir d'abus d'alcool ou de médicaments et qu'ils ou elles auraient 4 à 5 fois plus de risques de souffrir de dépendance que les autres (Even & Sutter-Dallay, 2019). Les logiques de prise de toxiques ne sont pas identiques si l'on compare les pratiques adolescentes dans la population de référence et celles situées dans le périmètre des interventions socioéducatives. Les études menées en France montrent que l'usage du cannabis est plus répandu chez les jeunes placé.es que dans la population générale des 14-20 ans (Choquet & Hassler, 2009). Par ailleurs, les usages des jeunes dans leur ensemble répondent en majorité d'une logique expérimentale, récréative, favorisant l'affiliation collective au sein du groupe de pairs (Peretti-Watel, Beck & Legleye, 2007). De plus, si la consommation de cannabis revêt une fonction sociale chez les jeunes concerné.es par la protection de l'enfance (Hdoubane, 2012), elle remplit aussi une fonction de remédiation face à l'anxiété majoritairement ressentie dans les structures d'accueil collectif en protection de l'enfance (Forgeot, 2012). De plus, l'étude des traumatismes, et notamment des traumatismes relationnels précoces (Bonneville-Baruchel, 2015 ; Paquette & Terradas, 2018) peut constituer une piste de lecture des souffrances actuelles de l'enfant.

L'évolution des travaux sur le psychotrauma a contribué à créer la notion de trauma complexe comme « *l'exposition, dans un contexte relationnel spécifique, à des événements traumatiques multiples et répétés dans le temps* » (Dubé *et al.*, 2018, 343). Il s'agit d'un contexte où la victime ne peut agir, l'éviter ou s'y soustraire. En ce qui concerne les enfants protégé.es, la notion d'histoire de traumatismes complexes est avancée par les auteurs (Kisiel *et al.*, 2009 ; Milot *et al.*, 2018), « *en repérant que leurs expériences traumatiques sont souvent multifformes, chroniques et associées à une gamme variée de réactions graves et compliquées dans les domaines de fonctionnement les plus importants pour le développement* » (Greeson *et al.*, 2011, 93). Face à la pluralité d'expériences des multiples formes de violence, d'abus ou d'expériences de victimisation ou d'évènements stressants, mais aussi à la difficulté de les circonscrire et d'en repérer les manifestations, de nombreux termes sont employés (poly-victimisation, adversité cumulative, trauma d'attachement ou encore traumatisme développemental) (Archer & Burnell, 2008). Cela amène Greeson et ses collègues (2011) à formuler l'hypothèse d'une « constellation spécifique de types de traumatismes » pour les enfants confié.es en famille d'accueil, d'autant que la dimension réactionnelle à l'évènement traumatique, peut être différée dans le temps et dépendra des ressources à disposition avant et après l'évènement (Milne *et al.*, 2015). Dans une perspective de soin, Romano (2013) souligne l'importance de la dimension signifiante du trauma pour le sujet lui-même et de la violence supplémentaire ajoutée par la non-reconnaissance des situations effectivement traumatiques. En France, nous ne disposons pas actuellement de données permettant de relier ces trois dimensions de façon simultanée : expérience traumatique, mineur.es protégé.es et conduites addictives, même si les hypothèses cliniques et psychiatriques sont avancées dans ce sens. De même, les récentes études sur le bien-être multidimensionnel ont démontré que les enfants vivant en institution (en foyer collectif) ressentent une qualité de vie bien moins importante comparativement aux enfants de la population générale (Dazord *et al.*, 2000 ; Sastre & Ferrière, 2000 ; Toussaint, Florin & Schneider, 2017). Les recherches explorant les facteurs de risque et de protection, mais aussi les symptomatologies ou comportements associés se dirigent vers des modèles de compréhension systémiques, au regard de la complexité.

Dans une perspective psychologique, les recherches questionnent aussi le rôle des différents déterminants familiaux tels que facteurs génétiques, environnementaux, d'attachement dans la construction des addictions et des prises de risque (Assailly, 2010). Plus globalement, l'accompagnement d'un adulte « *porteur de loi et de limite* » (Durastante, 2011, 256) pourrait permettre de transformer l'expérience de mise en danger en une construction positive de sa quête de vie pour un jeune (*ibid.*) Au regard de ces apports, on peut se demander dans quelle mesure l'entourage éducatif des jeunes accueilli.es en institution en France constitue un « garde-

barrière » (Assailly, 2010) face aux potentielles conduites à risque. Ainsi, les conduites addictives peuvent être considérées à la fois comme une conduite à risque, un comportement de santé néfaste mais aussi comme une résultante d'inégalités sociales de santé. Ces conduites seraient accentuées par des facteurs de risque tels que l'isolement social ou les expériences de vie négatives (Redonnet *et al.*, 2012).

2.4 La prudence avec un public hétérogène

Toutefois, le public « jeune concerné.e par la protection de l'enfance ou la PJJ » n'est pas homogène. Les distinctions peuvent être nombreuses et se situent sûrement à un niveau bien plus fin que les catégorisations institutionnelles et statutaires telles que : jeunes relevant de la PJJ/jeunes pris en charge par l'ASE ; jeunes en lieu collectif/jeunes en famille d'accueil ; etc. En effet, à la prudence de catégorisation (que ce soit par statut ou par modalité de prise en charge) s'additionne l'intérêt de reconnaissance de spécificités pouvant permettre des actions ciblées. Alors comment repérer un effet « groupe social identifiable » qui ne soit pas écrasant, globalisant ou stigmatisant ? L'enjeu se trouve visible notamment par les choix d'appellation ou de qualification des jeunes.

Des études récentes au sujet des jeunes identifié.es comme Mineur Non Accompagné.s commencent à rendre compte de certaines spécificités, en termes de prévalence de syndrome de stress post-traumatique (Verliet *et al.*, 2014¹¹), mais aussi d'enjeux psychiques de la consommation. Par exemple, ces « mineurs non accompagnés » (MNA) souffrent parfois d'addiction importante et toujours débutée au pays ou au cours de leur long parcours migratoire. *La consommation de produits est ici vitale psychiquement, c'est un recours contre l'effondrement mais en même temps une fuite en avant vers un autosabotage de tout projet en France.* » (Bouche-Florin, 2019, 26). De la même façon, les études se centrant sur les jeunes concerné.es par la Protection Judiciaire de la Jeunesse révèlent des particularités amenant à considérer qu'ils et elles constitueraient un groupe social à part entière, mais avec des déclinaisons multiples. Néanmoins, les logiques de trajectoire et de parcours personnel voire développemental conduisent aujourd'hui à un décalage vis-à-vis des catégorisations figées et globalisantes au bénéfice du croisement conjoncturel entre la situation d'une personne à un moment donné et le dispositif d'intervention socio-éducative proposé. La problématique des jeunes dits « incasables » au milieu des années 2000 a conduit à ouvrir les réflexions autour de l'adéquation entre les besoins des jeunes et les offres d'accompagnement, notamment au regard des approches par catégories.

Les travaux sociologiques, en plus de leurs apports sur les expériences de consommation des jeunes, démontrent l'évolution de la considération du rapport à la santé et en particulier des conduites addictives des mineurs, indiquant la banalisation de cette dimension pour les jeunes en détention (Protais *et al.*, 2019), la préoccupation croissante en milieu ouvert (Amsellem-Mainguy & Dumollard, 2015), mais aussi la diversité de paradigme sous-tendant la prise en charge des addictions (Caro *et al.*, 2024). Ainsi, l'intérêt d'une double entrée se dessine pour comprendre les enjeux de consommation chez les jeunes concerné.es par la protection de l'enfance et la PJJ : le rapport individuel des jeunes aux substances ou aux conduites et les modalités sociales de considération des addictions (d'un niveau politique à une conception paradigmatique irriguant les pratiques).

¹¹ L'étude de Verliet et ses collègues en 2014 soulève une prévalence de PTSD de plus de 50 % chez les mineurs non accompagnés arrivant en Europe, 44 % de dépression et 38 % de troubles anxieux, ce qui est bien plus qu'en population générale des adolescents sur le sol français.

2.5 Stratégies et dispositifs de prévention en protection de l'enfance

Les multiples constats partagés autour de la santé et des risques de consommation et/ou d'addiction des jeunes concerné.es par la protection de l'enfance interrogent et mobilisent les pouvoirs publics. Plusieurs supports de gouvernance et plusieurs orientations sont posés au niveau national, tout comme des incitations à recourir à des appareillages théoriques et/ou conceptuels.

2.5.1 Les orientations politiques en matière de santé

Dans un contexte de sanitarisation des questions sociales (Loncle, 2008), les jeunes concerné.es par des interventions socioéducatives sont au centre d'attentions particulières (Euillet *et al.*, 2017 ; Marchand-Buttin, 2016 ; Amsellem-Mainguy & Dumollard, 2015 ; Bacro, Rambaud, Humbert & Sellenet, 2013 ; Robin, 2013). Qu'ils ou elles soient « protégé.es », « placé.es » ou accompagné.es par d'autres dispositifs qui aident voire soutiennent les enfants et leurs parents (Fablet, 2007), les préoccupations en direction de ce public sont fortement marquées par des inquiétudes concernant plus spécifiquement les pratiques de soin quotidien, que nos sociétés considèrent comme « élémentaires ». Lors de la prise en charge d'un.e enfant suite à une mesure de protection de l'enfance, plusieurs politiques publiques sont concernées (telles que la santé, l'éducation, la culture, la ville, ...). Depuis plusieurs décennies, le constat de difficultés de cohérence entre ces politiques publiques a été réalisé notamment par l'IGAS et la cour des comptes (2021). En ce qui concerne la considération de la santé dans le contexte de la protection de l'enfance, plusieurs supports et orientations politiques sont à considérer :

- la stratégie nationale de la protection de l'enfance (circulaire du 20 février 2020) souhaitant améliorer l'accès à la prévention dans le domaine de la santé de tous les enfants¹²,
- la note de cadrage de la Haute Autorité de Santé (octobre 2020 réactualisée en janvier 2023) intitulée « *prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS* »,
- le plan national de lutte contre les addictions (2018-2022) qui vise à développer chez les plus jeunes des compétences permettant de réduire leurs comportements à risque et à accorder une attention particulière aux enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (objectif 3.4),
- la nouvelle stratégie nationale de santé (2023-2033), qui souligne la visée de renforcer la politique de prévention primaire et secondaire en matière de protection de l'enfance et d'améliorer la prise en charge des enfants protégés (volet 6.1.3).

Au-delà de ces grandes orientations, des soutiens aux projets locaux, aux initiatives en la matière sont observables de façon coordonnée par exemple entre le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) visant le financement d'actions de prévention, de repérage et de prise en charge des conduites addictives dans les établissements et les services de la protection de l'enfance.

Ces évolutions de politiques publiques démontrent à quel point, dans leurs déclinaisons au sujet de la prévention des addictions, elles concernent à la fois les jeunes (adaptation à leurs besoins), les professionnel.les proximaux.les (contextes et conditions de travail), mais aussi l'organisation et le fonctionnement des institutions. Pour exemple, les logiques participatives irriguent aujourd'hui les intentions et les projets d'établissement, mais aussi les pratiques professionnelles d'intervention en protection de l'enfance (Lacharité, Sellenet & Chamberland, 2015), alors même

¹² A noter que le 16^{ème} rapport de l'ONPE remis au gouvernement en 2022 portait sur la santé des enfants protégés, et qu'en 2010, l'ONPE proposait un appel d'offres thématique de recherche sur la santé des enfants protégés.

qu'elles sont bien plus anciennes dans le champ de la santé en France (Bréchat *et al.*, 2006). Cela se traduit notamment par le recueil de la perspective des jeunes et de leur implication dans les processus de décision et/ou d'orientation dans une visée d'une meilleure efficacité des mesures (Lacroix, 2016), mais aussi d'un développement du sentiment de pouvoir d'agir sur sa vie et ses conditions, notamment pour les enfants/jeunes protégé.es (Gouttenoire, 2010). Ces évolutions s'inscrivent dans la continuité des politiques de « réduction des risques et des dommages » initiées à la fin des années 80, reposant sur le paradigme du risque lié à l'usage pouvant être diminué si l'on restitue à l'utilisateur sa citoyenneté et sa capacité d'agir (Chappard *et al.*, 2019).

2.5.2 De la promotion de la santé aux compétences psycho-sociales

À la croisée des pratiques dans le champ de l'addiction et des approches psychologiques autour des consommations de substances, la référence aux compétences psycho-sociales (CPS) des jeunes traduit une évolution vers une conceptualisation plus globalisante, et moins culpabilisante des consommations adolescentes. Selon l'OMS, les CPS se réfèrent à : « *la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [. . .], à maintenir un état de bien-être mental et à le démontrer au travers d'un comportement adaptatif et positif lors de ses interactions avec les autres, sa culture et son environnement* ». Toutefois, la littérature fait état d'un champ très vaste, polymorphe et exponentiel. Ainsi, les définitions et acceptions en sont variables allant des dix CPS repérées par l'OMS aux trois dimensions retrouvées dans plusieurs recherches en sciences sociales (et non en santé publique)¹³. La multiplication des récents travaux fait dire à Encinar et Tessier (2017, 39) que « *de nombreux rapports sur l'évaluation des interventions visant l'amélioration des CPS ne font pas mention de l'utilisation d'outils de mesures de celles-ci, utilisant à la place des indicateurs de réussite comme la réduction des problèmes de santé mentale ou l'augmentation de la présence en cours* ».

De même, la perspective de la promotion de la santé, en référence à la Charte d'Ottawa en 1986, constitue aujourd'hui un champ de recherche et un corpus conceptuel pouvant être définie ainsi : « *la promotion de la santé recouvre des pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin. Plutôt que de se focaliser sur le changement des comportements individuels, la promotion de la santé s'attache à agir sur les déterminants qui impactent le plus fortement la santé des populations. Ces déterminants se situent au niveau des milieux de vie et de travail, des systèmes sociaux, éducatifs et sanitaires, ainsi que du contexte politique, économique et culturel dans lequel évolue la population* » (Ferron, 2021, 6).

Le développement des compétences psycho-sociales et la perspective de la promotion de la santé sous-tendent de nombreux programmes de prévention de conduites à risque déployés à l'échelle nationale et constituent également une direction impulsée par les pouvoirs publics comme en témoigne le rapport complet réalisé par Santé Publique France en octobre 2022 : « les compétences psycho-sociales : état des connaissances scientifiques et théoriques ». Le développement des CPS concerne tous les domaines de vie de l'enfant : sa famille, l'école, les milieux de garde. Pour exemple, à l'école : trois dispositifs sont soutenus par le ministère de l'éducation nationale : Unplugged, STRONG et Prodas. De plus, un site internet est dédié, appelé

¹³ L'OMS a identifié dix CPS : savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions; avoir une pensée créative/avoir une pensée critique; savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles; avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres; savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions. Mangrulkar, Whitman, & Posner, 2001 évoquent trois dimensions : les compétences sociales et interpersonnelles, les compétences cognitives et les compétences émotionnelles.

« cartable », notamment en lien avec le programme Phare de lutte contre le harcèlement à l'école (et le jeu des trois figures en 6^{ème}). En ce qui concerne la famille, la Haute Autorité de Santé et plus particulièrement par Santé Publique France soutient un programme orienté sur le soutien à la parentalité. Un Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP) basé sur le développement conjoint des compétences des parents et des enfants a été conçu et validé comme probant par Santé Publique France en 2015 (date de déploiement national en France, et en 2018 pour l'adaptation de la version pour les enfants de 3 à 6 ans). Il se base sur le développement des compétences des parents et des enfants, considérant le soutien à la parentalité comme un levier de promotion de la santé mentale pour les enfants de 3 à 11 ans. Ce programme est déjà développé dans 38 pays, la 1^{ère} version a été élaborée en 1983 par Karol Kumpfer¹⁴.

Au-delà de la sphère dans laquelle se déploient ces actions de prévention, une réflexion sur leurs porosités se fait jour, notamment au regard de processus à l'œuvre tels que la désaffiliation scolaire et familiale largement associée à l'usage de substances. Une recherche menée par Demerval et Cartier auprès de 386 collégiennes de 14 ans en moyenne, démontre le lien entre la désaffiliation scolaire de l'adolescent.e et les risques pour sa santé en termes de plaintes somatiques (mal-être), de manifestations de violence et de prises de risque (dont la consommation de toxiques). Par exemple, la consommation de drogue constitue un des risques les plus importants à la fois de la désaffiliation scolaire et familiale. Ce résultat conduit les chercheurs à suggérer que « *des actions de promotion de la santé visant l'amélioration de la qualité de la transaction entre l'adolescent et son milieu scolaire pourraient être plus efficaces que des interventions centrées sur l'individu et/ou sa famille* » (Demerval & Cartier, 2003, 46). Ces résultats invitent à penser de façon interactive les différents univers de vie du jeune, et cela tout au long de son développement. En effet, des critères d'efficacité tels que la considération des étapes de la vie du jeune, l'implication des jeunes, la démarche de promotion de la santé sont soulevés dans la littérature (Benec'h, 2014). De même, les compétences en matière de santé, ou la littératie en santé est aujourd'hui considérée comme un indicateur de l'état et des comportements de santé dans la population générale, ce qui en fait un socle d'intervention. Il s'agit de considérer que de nombreuses capacités et compétences sont requises pour évoluer dans l'environnement de santé, et prendre des décisions de santé en étant dûment informé (Sorensen *et al.*, 2012). Ces éléments apportent un éclairage précieux par rapport aux jeunes concernés par la protection de l'enfance.

Cet ensemble, voire cette diversité de programmes amène à s'interroger sur leurs effets/impacts sur les jeunes concernés par la protection de l'enfance. Ces jeunes en particulier y ont-ils accès ? En quoi ces programmes grand public répondent-ils à leurs besoins ? Ces questionnements amènent directement à poser un autre élément de débat majeur : en quoi les jeunes accompagnés en protection de l'enfance auraient-ils besoin de programmes spécifiques ? Si la littérature mobilisée ci-dessus démontre bien les enjeux particuliers que peut recouvrir la consommation et/ou les addictions pour les jeunes accompagnés dans un contexte socio-historique plus global de la jeunesse également à considérer, nous ne disposons que de peu d'éléments à la fois sur l'efficacité des programmes de prévention à leur attention ni sur leurs perceptions de leur propre santé. Ainsi, la présente recherche vise à la fois à comprendre le point de vue des jeunes et des professionnels de la protection de l'enfance et de la PJJ au sujet de la santé et de la consommation, mais aussi à repérer les modalités de mise en place et d'appropriation d'un programme ciblé de prévention des risques en matière d'addiction, nommé *Autonomia*.

¹⁴ <http://clefspanparentalite-psfp.com/psfp/psfp-histoire-et-concepts/>

Chapitre 2

La méthodologie de recherche : mixte et centrée sur le point de vue des personnes impliquées

Si la littérature soulève de nombreuses questions au sujet de la spécificité du public adolescent en protection de l'enfance, des enchevêtrements entre santé et addictions, ce sont bien les réflexions issues de professionnel.les de la prévention des addictions juvéniles qui sont à l'origine de cette recherche nommée RESSOPE. Manque de connaissances et besoins professionnels au sujet d'un programme de prévention ont conduit à envisager un design méthodologique solide mais aussi souple et évolutif. En effet, il s'est agi de développer des outils multiples, cohérents, en considérant les enjeux éthiques et les possibilités techniques, concrètes qui s'offrent aux jeunes, aux professionnel.les et aux détenteur.rices de l'autorité parentale. En effet, la double considération des contextes des services et des jeunes, et des exigences scientifiques a conduit à réaliser des choix, aboutissant au design méthodologique décrit dans ce chapitre¹⁵.

1	Ancrages de la recherche RESSOPE	19
1.1	Questions de recherche	19
1.2	Autonomia : un programme de prévention basé sur les compétences psycho-sociales	22
2	Les outils de recueil	24
2.1	Observations participantes des ateliers collectifs Autonomia	24
2.2	Questionnaire à destination des jeunes de plus de 12 ans.....	25
2.3	Questionnaire à destination des professionnel.les	26
2.4	Entretien auprès des jeunes	26
2.5	Entretien auprès des professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ.....	27
2.6	Entretien auprès des chargé.es de prévention	28
3	Considérations éthiques cruciales et sensibles	28
4	Les données recueillies	32

¹⁵ Ces choix méthodologiques ont été discutés lors de 3 réunions avec les membres du conseil scientifique mis en place spécialement pour cette recherche. Le liste des membres est présente en annexe 1.

1 Ancrages de la recherche RESSOPE

Cette recherche-action est née d'une sollicitation d'un acteur majeur de la prévention des addictions : le CICAT (Centre d'information et de consultation en alcoologie et toxicomanie) au sujet du déploiement d'un programme de prévention des conduites addictives basé sur le développement des compétences psycho-sociales des jeunes concerné.es par la protection de l'enfance et de la PJJ, appelé Autonomia. Aussi, la recherche RESSOPE (Recherche Santé et Social en Protection de l'Enfance) repose sur un constat majeur partagé : les questions de santé et de consommation constituent un angle obscur de l'accompagnement socio-éducatif de ces jeunes. En effet, c'est bien le croisement de ces deux politiques publiques, de ces deux entrées spécifiques de façon conjointe qui constitue la particularité de cette recherche menée par des chercheur.es en sciences de l'éducation et de la formation et en psychologie.

Les objectifs co-élaborés sont les suivants :

- participer au développement des connaissances sur les représentations de la santé et le rapport aux consommations/addictions des jeunes concerné.es par la protection de l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse ;
- comprendre les enjeux professionnels et institutionnels autour de la considération de la santé et des consommations dans l'accompagnement socio-éducatif des jeunes concerné.es par une mesure de protection ;
- contribuer à l'évaluation qualitative d'un programme de prévention des addictions déployé spécifiquement au sein de services de la protection de l'enfance ou de la protection de la jeunesse.

1.1 Questions de recherche

Cette recherche vise à croiser les perspectives des jeunes et des professionnel.les au sujet des conduites en santé, des pratiques éducatives et des représentations. Au regard de tout ce qui a été présenté ci-dessus, la principale question de recherche qui rassemble les partenaires est la suivante :

Quelle est la place de la santé et des conduites addictives dans la vie des jeunes ainsi que dans les pratiques professionnelles au sein des services de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ?

Cette question se décline et/ou s'appuie de façon plus précise sur les quatre ci-dessous :

- Comment les jeunes et les professionnel.les perçoivent-ils.elles la santé en général et ses déclinaisons en protection de l'enfance et protection judiciaire de la jeunesse ?
- Quelles sont les différentes conceptions développées par les professionnel.les et les jeunes au sujet des conduites addictives et du sens qu'elles peuvent revêtir dans les contextes de la protection de l'enfance et protection judiciaire de la jeunesse ?
- Comment les jeunes et les professionnel.les socio-éducatifs s'approprient-ils.elles le programme de prévention des addictions Autonomia ?

Comment le contexte institutionnel joue-t-il un rôle dans la diversité des pratiques professionnelles et dans l'effectivité de la mise en place du programme Autonomia ?

Les questions qui guident ce travail ont été co-construites au regard des connaissances déjà établies et d'une problématisation des acteurs et actrices présent.es auprès des jeunes dans des lieux collectifs. Cette recherche se situant dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation, et plus précisément de l'éducation familiale (Fablet, 2013) et de la suppléance familiale (Durning, 1985), les réflexions autour des pratiques professionnelles et du concept de représentations nourrissent la démarche scientifique dans son ensemble.

Le terme de « pratiques professionnelles » sera largement utilisé dans cette recherche, en référence notamment à la conception des pratiques professionnelles de Jacky Beillerot (2003), considérées à la fois comme une mise en acte et comme un sens accordé à l'acte¹⁶. Jean-François Marcel évoque également une bi-dimensionnalité des pratiques : une sphère conscientisée et une sphère non-conscientisée (2002). Deux sphères interdépendantes, qui font des pratiques une articulation entre ce que l'acteur relate des pratiques et les influences auxquelles elles sont soumises. C'est bien le sens accordé à l'action qui relie ces deux conceptions, et qui leur confère une inscription subjective dans le discours et le vécu du ou de la professionnel.le. Les travaux de Michel Boutanquoi (2008) au sujet des pratiques professionnelles dans le travail social constitueront également un point de repère important. De même, cette recherche va également s'appuyer, de façon complémentaire sur les perspectives de l'analyse institutionnelle pour situer le contexte des pratiques professionnelles, avec notamment les travaux de Gilles Monceau portant sur une socio-clinique de l'analyse institutionnelle des pratiques, l'analyse des relations entre les sujets et les institutions. De façon plus contextuelle, l'appui sur les travaux relatifs à l'éthos professionnel à la PJJ (Falchun, Robine & Terret, 2016), sur les valeurs éducatives des professionnel.les en MECS (Chrétien, 2014), sera précieux pour comprendre les enjeux de la santé dans les pratiques socio-éducatives.

L'approche proposée dans cette recherche repose sur le recueil de points de vue, tant des jeunes que des professionnel.les, un regard sur leur propre situation ou celle d'autrui, un point de vue pas seulement descriptif, également analysé, réflexif. C'est bien le sens que le sujet accorde à ces multiples expériences et observations qui nous intéresse tout particulièrement. Pour cela, le recours à la notion de représentations apparaît comme éclairant, si tant est qu'elle soit circonscrite. En effet, un premier axe à considérer tient dans les représentations sociales, telles que définies par Jodelet comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 2003, 48), au regard des multiples orientations en la matière (Molinier & Guimelli, 2015). Un deuxième axe que nous proposons d'investiguer sera la dimension individuelle des représentations, en termes de perceptions individuelles d'un objet, d'une situation et/ou d'une personne, qui sont actualisées et renégociées au fil de l'évolution de l'individu (Sales-Wuillemin, 2005). Il s'agit alors de considérer ces représentations individuelles en constante évolution, avec des caractères affectifs et conatifs en plus de constituer « un espace représentatif ». Ces considérations servent d'appui pour comprendre l'analyse discursive des acteurs et actrices interrogé.es, mais aussi pour saisir la dimension affective potentiellement présente dans les discours relatifs à soi et aux autres, dans ce contexte de la protection de l'enfance (ASE ou PJJ).

¹⁶ « C'est la double dimension de la notion de pratique qui la rend précieuse : d'un côté, les gestes, les conduites, les langages ; de l'autre, à travers les règles, ce sont les objectifs, les stratégies, les idéologies qui sont invoqués. Les pratiques ont donc pour nous une réalité sociale, elles transforment la matière ou agissent sur des êtres humains, elles renvoient au travail au sens large. Elles sont une réalité psycho-sociale institutionnelle et se déploient toujours dans des institutions, une réalité psychique qui inclut la dimension inconsciente du sujet. Les pratiques sont donc des objets sociaux abstraits et complexes et ne sont pas des données brutes immédiatement perceptibles. »

Ainsi, plusieurs dimensions ont été explorées tant du point de vue des jeunes que des professionnel.les :

Voici les dimensions explorées selon le point de vue des jeunes :

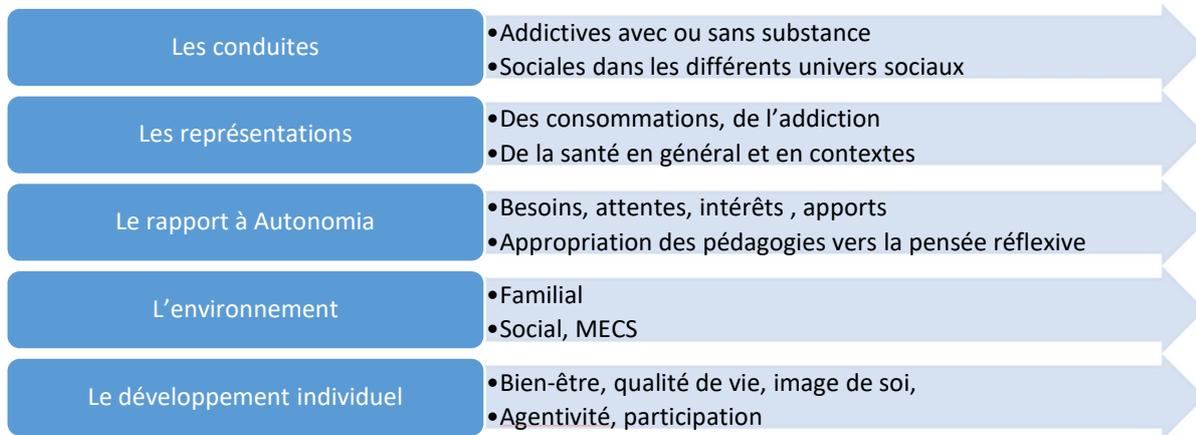


Figure 1: Dimensions explorées selon le point de vue des jeunes

Voici les dimensions explorées selon le point de vue des professionnel.les :



Figure 2: Dimensions explorées selon le point de vue des professionnel.les

1.2 Autonomia : un programme de prévention basé sur les compétences psycho-sociales

Le programme AUTONOMIA est né de la volonté de l'équipe de Prévention du CICAT de proposer des actions de prévention des conduites addictives, adaptées à un public mineur accueilli sur des structures de Protection de l'enfance (ASE et PJJ). Jusqu'alors les actions menées portaient sur des demandes d'intervention des institutions, demandes ponctuelles et contraintes par les budgets. Le développement de ce nouveau programme s'inscrit dans les logiques et les évolutions impulsées par la MILDECA qui rappelle dans son Plan national de mobilisation 2018-2022 que ce public des jeunes protégé.es doit être un public prioritaire car cumulant les facteurs de risque, mais aussi en cohérence avec la stratégie nationale de prévention et de protection de l'Enfance 2020-2022 qui met, quant à elle, l'accent sur la nécessité de rapprocher les structures de soin des structures d'accueil des enfants et adolescent.es. L'approche de la promotion de la santé, rendant les personnes actrices dans les processus et les interventions, est de plus en plus présente dans les pratiques et remplace peu à peu la notion de prévention, qui est davantage descendante, et sous la forme de recommandations. Cela a été conforté par les travaux de Lambert (2021), qui présentent les 11 fondamentaux en promotion de la santé. Ceux-ci sont également repris dans la synthèse de Santé Publique France de février 2021 qui insiste sur la nécessité de travailler au déploiement des Compétences psycho-sociales.

Ce programme prend également appui sur des expérimentations antérieures (2017-2020) de micro actions développées par le CICAT au sein de Maison d'Enfants à Caractère Social, d'Unité Educative d'Hébergement Collectif où il a été constaté qu'une action trop brève et non suivie était difficilement évaluable. Il fallait donc réfléchir à un programme, une stratégie d'intervention inscrite dans la durée au sein d'une institution impliquée, tenant compte des recommandations de la Fédération Addiction dans son guide « L'intervention précoce en pratique ».

Autonomia est bâti sur le modèle des programmes validés pour lesquels les chargé.es de prévention du CICAT sont formé.es : proposition d'ateliers de développement des habiletés psycho-sociales pour les adolescent.es, co-animés avec des professionnel.les de l'institution favorisant ainsi le transfert de compétences.

De plus, la formation est élargie notamment sur les connaissances générales en addictologie à l'ensemble des professionnel.les éducatifs et des cadres. Le programme propose également un volet sur la pédagogie active et expérientielle. Des ateliers motivationnels sont également proposés aux jeunes consommateurs ainsi que la possibilité de faire intervenir sur la structure les professionnel.les du CSAPA pour un travail plus individuel. Enfin, le programme est présenté aux parents lors des visites d'admission avec possibilité s'ils et elles le souhaitent d'être reçu.es dans le cadre des Consultations Jeunes Consommateurs.

C'est pourquoi Autonomia se déroule sur au moins 4 phases d'environ 6 mois et nécessite en amont un temps important de concertation avec la direction et l'encadrement des structures de protection de l'enfance pour mesurer l'implication et les modalités de communication qui conviendront pour optimiser l'action. Les objectifs généraux restent pratiques. Il ne s'agit pas d'éradiquer la consommation de substances psycho actives chez l'ensemble des jeunes mais bien de favoriser la capacité à évaluer ses usages, à savoir demander de l'aide au bon moment et aux bons partenaires si besoin et pour les jeunes de retarder l'âge d'entrée dans les premières consommations et de limiter les usages excessifs.

Le programme Autonomia vise ainsi à :

- Instaurer une dynamique de prévention des conduites addictives. Il développe les connaissances et compétences de l'ensemble des acteur.rices intervenants auprès des jeunes. Et, il permet à des intervenant.es non spécialisé.es de participer activement à la démarche de prévention des addictions.
- Proposer des actions de prévention des addictions adaptées au public avec un impact prometteur. Il adapte les programmes Unplugged et Tabado aux spécificités du public et aux contraintes institutionnelles.
- Favoriser le repérage précoce des usages problématiques et l'accès aux soins spécialisés. Autonomia développe « l'Aller vers » pour soutenir l'entrée dans le soin et la motivation au changement de consommation.

AUTONOMIA : Une Stratégie d'Intervention Précoce

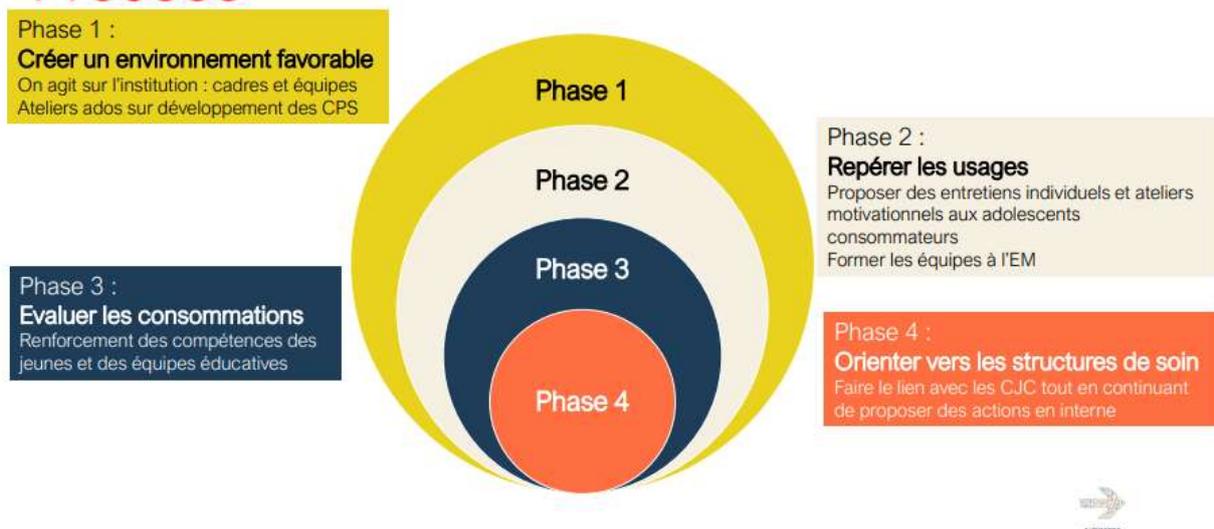


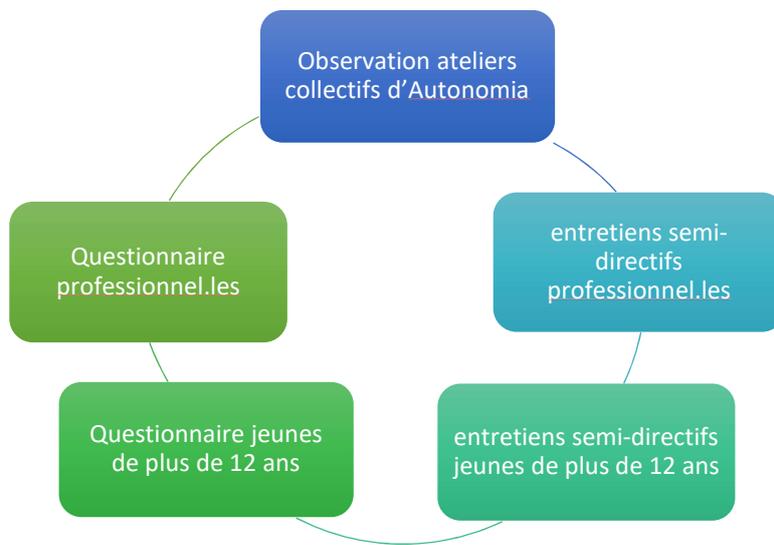
Figure 3 : Phases du programme Autonomia

Au sein de chaque établissement partenaire, les différentes phases sont mises en œuvre avec la formation des co-animateur.rices et les ateliers auprès des jeunes (voir annexe 2).

2 Les outils de recueil

Profondément inscrite dans une démarche mixte alliant données qualitatives et quantitatives, discursives et écrites, observées et énoncées, la méthodologie de cette recherche repose sur la complémentarité entre trois types d'outils (observations, questionnaires, entretiens¹⁷). De plus, ces outils ont été élaborés au regard de la population cible à savoir des adolescent.es de plus de 12 ans ayant ou non suivi le programme Autonomia et des professionnel.les étant ou non investi.es dans le programme Autonomia, mais toutes et tous impliqué.es dans le contexte de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Figure 4: Visuel des 5 outils de recueil de données



2.1 Observations participantes des ateliers collectifs Autonomia

En utilisant une posture d'« observateur.trice comme participant.e » (Gold, 2003) qui permette au chercheur ou à la chercheuse d'être à l'intérieur de la situation sans y être nécessairement en posture d'acteur.rice, le recours à cette technique de recueil de données a un objectif double. Le premier est de disposer d'informations exploratoires sur le fonctionnement concret des ateliers, les rôles et attitudes des différent.es intervenant.es et participant.es qui serviront à construire une partie des guides d'entretien. Le second objectif est la collecte de données sur les pratiques d'intervention dans ce cadre précis ainsi que leur réception par les jeunes. Situées dans une méthodologie qualitative, les observations reposent sur une grille d'observation (*cf* annexe 3) qui servira de support à la production d'un compte-rendu pour chaque situation d'observation. Cette grille d'observation a été mise en place après la réalisation de deux observations « test ». Après chaque atelier, les éléments observés sont consignés dans des comptes-rendus précis.

¹⁷ A noter qu'au fil du déroulé de la recherche, des données supplémentaires à titre illustratif ont été recueillies et seront présentées à la fin du chapitre 3 de ce rapport.

2.2 Questionnaire à destination des jeunes de plus de 12 ans

Afin de recueillir les perceptions des jeunes au sujet de leur qualité de vie et de leur consommation, un questionnaire a été élaboré à leur intention. Aussi, il a été fait le choix de rassembler 5 échelles validées auprès de population adolescente. Le questionnaire final est composé de 63 items et demande en moyenne 20 minutes pour être complété (*cf* annexe 5).

Il s'agit d'un auto-questionnaire en ligne, accessible grâce à un QR-code présent sur des affiches et des flyers distribués aux jeunes et disposés dans les espaces collectifs. Il est à destination des jeunes de plus de 12 ans accueilli.es et/ou suivi.es dans les structures partenaires du CICAT, ayant suivi le programme Autonomia ou non. Un mode de passation « assisté » a également été proposé avec la présence d'une chercheuse pendant que les jeunes complétaient afin d'aider à la compréhension si besoin. De plus, des exemplaires papier du questionnaire ont également été distribués.

Voici le descriptif des 5 échelles :

Ders 16 pour évaluer la régulation émotionnelle. Cette échelle permet d'évaluer les stratégies de régulation émotionnelle. Elle présente de très bonnes qualités psychométriques (Bjureberg *et al.*, 2016). Elle évalue six sous-dimensions de la dysrégulation émotionnelle : non-acceptation de sa réponse émotionnelle, difficultés à adopter des comportements orientés vers un but dans un contexte émotionnel négatif, difficultés à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif, difficultés à mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un contexte émotionnel négatif et difficultés à identifier ses propres émotions. Le score total permet d'avoir une mesure globale de dysrégulation émotionnelle.

Lie/bet pour dépister les conduites de jeu problématiques. Le questionnaire Lie/Bet (Johnson *et al.*, 1998) est composé de deux questions et est un outil présentant une bonne validité (Götestam *et al.*, 2004). Il permet un premier dépistage des conduites de jeu problématiques.

GAS 7 pour évaluer les pratiques de jeu vidéo. L'échelle GAS (Gaming Addiction Scale) est un auto-questionnaire de 7 items permettant d'évaluer la pratique du jeu vidéo chez les adolescent.es (Gaëtan *et al.*, 2014). Les items sont scorés à partir d'une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (« jamais ») à 5 (« très souvent »). La présence de 4 items « validés », c'est à dire avec une réponse supérieure ou égale à 3 (« parfois ») correspond à une utilisation problématique des jeux vidéo.

DEP ADO pour dépister la consommation problématique d'alcool et de drogues. La DEP-ADO est un questionnaire qui permet d'évaluer la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents (Landry *et al.*, 2004). Cet outil peut s'utiliser en hétéro-questionnaire ou auto-questionnaire. Les sept questions qui composent la grille touchent la consommation de diverses substances au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours, l'âge au début de la consommation régulière, le boire excessif, l'injection de substances et un certain nombre de méfaits associés à la consommation. Un score en trois catégories permet de définir le niveau de risque et indique à l'intervenant.e s'il y a lieu de faire une intervention : précoce souhaitable (en cas de problème en émergence ou spécialisée nécessaire en cas de problème évident).

MSLSS pour évaluer la satisfaction de vie générale des enfants. Ce questionnaire générique a pour objectif d'évaluer la satisfaction de vie générale des enfants. Il s'agit d'une évaluation multidimensionnelle qui permet d'obtenir, avec 30 items (échelle de satisfaction en 6 points) un score de satisfaction de vie générale et un spécifique à 5 domaines de vie étudiés : la famille, l'école, les amis, le cadre de vie et le soi. La version française du *Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* (Huebner, Zullig & Runa, 2012) a été validée par Fenouillet (2014).

Les informations socio-démographiques suivantes ont été demandées :

- L'âge en année
- Le genre (fille, garçon, ne souhaite pas répondre)
- le type d'accompagnement (accueil de jour ou internat), seulement dans les lieux où il y avait plusieurs possibilités d'accueil
- la participation au programme Autonomia (oui ou non)

À noter que, et cela va être développé dans les paragraphes qui suivent, certains lieux d'accueil n'ont pas souhaité que les dimensions émotionnelles et qualité de vie soient investiguées dans le questionnaire, estimant que des questions pouvaient mettre en difficulté des jeunes, très fragilisés.

2.3 Questionnaire à destination des professionnel.les

Le recours à un questionnaire s'appuyait sur la volonté de disposer de données globales et nombreuses sur les représentations des professionnel.les au sujet des jeunes accompagnés, de leur santé, de leur consommation et de l'environnement dans lequel ils et elles évoluent.

Connaissant le contexte actuel d'exercice des professionnel.les, empreint de fatigue professionnelle, de sur-sollicitation et de peu de disponibilité, ce questionnaire se devait d'être court et très facilement accessible. Dans le projet de recherche, ce questionnaire était pensé comme une première étape auprès des professionnel.les, avant de réaliser des entretiens, mais l'immersion sur le terrain dans les différentes structures nous a amené à faire le choix de mobiliser les professionnel.les dans un premier temps pour un entretien, puis dans un second temps pour compléter le questionnaire (*cf* en annexe 7).

Ce questionnaire comporte 15 questions :

- 5 questions socio-démographiques
- 7 questions sur les pratiques de consommation des jeunes
- 3 questions sur la place des addictions dans l'accompagnement socio-éducatif

La diffusion de l'information au sujet du questionnaire est en enjeu majeur. Par l'intermédiaire du ou de la chef.fe de service, des affiches et des flyers (*cf* en annexe 6) ont été transmis. Puis, il est présenté aux professionnel.les également en fin d'entretien.

2.4 Entretien auprès des jeunes

Un entretien semi-directif avec des jeunes de plus de 12 ans accueillis dans les structures partenaires de cette recherche, ayant participé ou non au programme Autonomia a été pensé pour recueillir le point de vue subjectif du jeune sur sa conception de la santé et sur le programme Autonomia. Pour ce volet qualitatif, l'accord écrit des jeunes a été recueilli (voir le document d'information et de consentement en annexe 9) sous forme anonyme grâce au choix d'un pseudo par le ou la jeune parmi une liste de pseudo pré-établie par les chercheur.es. Les dimensions éthiques liées aux autorisations des personnes détentrices de l'autorité parentale mais aussi de l'autorité éducative au quotidien, seront développées dans un point dédié ultérieur.

Nous accordons une vigilance particulière à la conduite d'entretiens avec des enfants/adolescent.es mineur.es (Euillet, 2017) au niveau clinique. En cohérence entre le penser et l'agir éthique (Bouquet, 2006), les conditions de recueil de la parole des mineur.es dans le cadre de la recherche seront particulièrement réfléchies en termes de lieu, de temporalité et de contexte, mais aussi d'enjeux relationnels (Daverne-Bailly & Vari, 2020). Plusieurs précautions ont été prises. Il s'agit d'une thématique sensible, alors, dans les formulations nous avons privilégié l'usage de formule de type « d'après toi, les jeunes du foyer en général... », afin de ne pas contraindre le jeune à évoquer sa propre situation, mais lui en laisser la possibilité évidemment. Cela rejoint le fait de pouvoir laisser une « échappatoire » au jeune au regard des multiples expériences des jeunes quant à l'usage de leur parole (et notamment à la PJJ, Dany, 2003). De plus, nous avons fait le choix de ne pas poser de questions « évaluatives » sur la consommation, mais de tourner les questions vers les ressources ou les changements possibles.

L'entretien aborde plusieurs dimensions (guide d'entretien disponible en annexe 8) :

- **Santé et bien-être** : représentation de la santé, santé et image de soi, bien-être, santé et placement
- **Santé et autonomia** : ateliers Autonomia, apports d'Autonomia
- **Consommation et usages** : place des consommations dans le foyer ou dans le service, règles en vigueur et rôle des professionnel.les
- **Environnement, ressources et obstacles** : ressources, environnement et santé, sources de plaisir et santé, projets et objectifs de santé.

2.5 Entretien auprès des professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ

Un entretien semi-directif a été proposé à l'ensemble des professionnel.les investi.es dans le quotidien des jeunes, étant co-animateur.rices du programme Autonomia ou non, étant travailleur.ses sociaux.ales ou non L'idée est de pouvoir recueillir des données qualitatives également auprès des professionnel.les ne connaissant pas Autonomia.

Pour ce volet qualitatif, l'accord des professionnel.les est recueilli grâce à un formulaire de consentement (voir annexe 12), en sachant que l'information liée à cette recherche leur est parvenue en amont par le ou la chef.fe de service.

Cet entretien réalisé à la convenance du ou de la professionnel.le en termes d'horaire et de lieu, vise à recueillir leur point de vue subjectif sur :

- la santé et les consommations des jeunes,
- les modalités d'accompagnement mises en place,
- les pratiques professionnelles,
- le programme Autonomia le cas échéant.

La rédaction du guide d'entretien (*cf* guide d'entretien en annexe 11) repose, tout comme pour les jeunes sur des précautions relatives notamment à la posture du ou de la professionnel.le dans la structure (rapport hiérarchique, fidélité à l'institution, place dans l'équipe) mais aussi par rapport aux pratiques éducatives afin d'éviter toute situation d'inconfort ou de crainte de jugement extérieur. Même pour des professionnel.les socio-éducatifs qui ont l'habitude de mener des entretiens, la situation d'entretien de recherche peut être une source de stress voire d'insécurité professionnelle.

2.6 *Entretien auprès des chargé.es de prévention*

Dans l'objectif de disposer d'un maximum d'expertises et de représentations des personnes impliquées autour des jeunes, des entretiens avec les chargées de prévention mettant en œuvre le programme Autonomia ont été rajoutés au cours de la recherche. Le guide d'entretien (disponible en annexe 13), à travers 17 questions, aborde les axes suivants :

- les jeunes, la santé et la consommation,
- la place de l'addiction dans l'accompagnement socio-éducatif proximal,
- le programme Autonomia.

Un des intérêts majeurs de recueillir leur point de vue réside dans le fait que dans le cadre de leurs fonctions, les personnes chargées de prévention sont amenées à rencontrer de nombreux publics et à mettre en œuvre différents programmes de prévention dans d'autres contextes. Ainsi, elles ne sont pas spécialistes du champ de la protection de l'enfance, que ce soit en termes de politique, d'institutions ou de public, et dispose d'un regard relativement extérieur tout en étant au plus près des jeunes et des professionnel.les lors des ateliers, qui se déroulent au sein même des lieux d'accueil et services. De plus, elles sont également aux prises avec les aspects institutionnels au regard de leur rôle dans l'organisation et la mise en place effective du programme (planification, adaptation selon les lieux en lien direct avec les partenaires décisionnaires).

3 **Considérations éthiques cruciales et sensibles**

Les enjeux éthiques sont multiples dans le cadre d'une recherche en protection de l'enfance et sont présents tout au long du processus. Le protocole méthodologique de cette recherche a été validé par le Comité Ethique de la Recherche de l'Université Paris Nanterre¹⁸. Nous présentons ici les principaux points d'engagement en termes de protection des données, mais aussi de confidentialité et de mesure d'impact de la recherche.

- **Un engagement fondamental : la qualité de l'information et de la disponibilité**

Afin que les participant.es puissent contacter à tout moment l'équipe de recherche, un numéro de téléphone, un mail et un site internet dédiés¹⁹ ont été mis en place. Il s'agit pour les chercheurs de s'assurer de la pleine information des personnes concernées, par un maximum de canaux possibles pour garantir l'équité d'information, mais aussi le droit à participer. En effet, la circulation de l'information peut être freinée ou interrompue par différents facteurs au sein des services et établissements de la protection de l'enfance, qui peut être une source d'inéquité. Ainsi, au-delà de la disponibilité des chercheurs et des informations générales sur le déroulé de la recherche, des flyers et des affiches ont été créés afin de favoriser la libre participation à la recherche.

Puis, pour les entretiens, chaque participant.e dispose d'un document d'information spécifique qui met l'accent sur le fait que les personnes peuvent interrompre leur participation à la recherche à tout moment, sans conséquences aucune.

¹⁸ Avis favorable numéro 2023-06-7 accordé par le CER-PN le 19 juin 2023.

¹⁹ Mail : ressope@liste.parisnanterre.fr, site internet : <https://efis.parisnanterre.fr/ressope/> numéro de téléphone : 06.52.32.34.58

- **La garantie de l'anonymat et de la confidentialité**

Garantir l'anonymat aux participant.es est fondamental, surtout dans le contexte de la protection de l'enfance, où la parole des jeunes constitue un élément majeur dans leur parcours. C'est la raison pour laquelle, le questionnaire est complètement anonyme, ne recueille aucune information personnelle. Validé par le délégué à la protection des données (en anglais Data protection officer, DPO) de l'université Paris Nanterre au regard du fait que le questionnaire soit réalisé grâce au logiciel Limesurvey (stockage des données sur le serveur informatique de l'université), que les informations socio-démographiques ne permettent pas par croisement d'identifier la personne (âge et non date de naissance, et genre).

Au niveau de l'entretien avec les jeunes de plus de 12 ans, l'anonymat est assuré par le choix d'un pseudo par le ou la jeune (parmi une liste élaborée par les chercheurs, car un pseudo choisit par le jeune peut être une donnée de reconnaissance sur les réseaux sociaux). En termes de confidentialité, autant que faire ce peu, les professionnel.les ne disposent pas d'information nominative au sujet des jeunes rencontré.es en entretien. Pour les professionnel.les, il a été proposé par les chercheurs que l'entretien se déroule en dehors des murs de la structure. Si la garantie de la confidentialité en amont du recueil de données nécessite beaucoup de vigilance dans un milieu très clos et proximal, elle est absolue lors de l'analyse. Par exemple, les retranscriptions d'entretien effacent tous les noms, lieux qui pourraient être évoqués, sont stockées sur un disque dur externe protégé par un mot de passe. Par ailleurs, l'anonymat des structures participant au projet Autonomia a été respecté dans ce rapport.

- **Recueillir l'accord et/ou l'assentiment**

L'accord écrit des professionnel.les est recueilli au début de l'entretien, après un long temps de présentation de la recherche et de réponses aux questions du ou de la participant.e.

En ce qui concerne les jeunes de plus de 12 ans, leur assentiment est recueilli par écrit, alors même qu'il ne s'agit pas d'une obligation réglementaire du Comité Ethique de la Recherche. Néanmoins, il est fondamental pour nous de demander formellement l'accord au jeune, connaissant les nombreuses situations quotidiennes où son avis n'est pas recueilli. De plus, il nous semblait symboliquement important que cet accord soit recueilli par écrit, et contienne également l'engagement de la chercheuse, et que le ou la jeune en garde une trace (voir documents en annexe).

Une question extrêmement sensible se pose ici au sujet de la mobilisation des détenteur.rices de l'autorité parentale pour accord/non refus de participation de leur enfant à la recherche. Question sensible notamment par le fait que le contexte de la protection de l'enfance et de la PJJ est particulièrement complexe : le risque de non-respect des droits de l'enfant par les parents est très élevé, les jeunes concerné.es par cette recherche sont protégé.es pour cause de négligence et/ou de maltraitance parentale, ces jeunes peuvent être actuellement dans une situation de délaissement parental, les détenteur.rices de l'autorité parentale ne disposent pas forcément de droits de visite, certain.es jeunes bénéficient d'une délégation partielle de l'autorité parentale. Aussi, selon les situations, le fait de demander l'accord aux détenteur.rices de l'autorité parentale pourrait conduire à générer une nouvelle situation de conflit parent-enfant, ou d'emprise du parent vis-à-vis des possibilités d'expression de l'enfant, en niant de fait ses possibilités de participation. De plus, les politiques publiques, et la dernière loi de protection de l'enfant de février 2022 visent à encourager la reconnaissance de la place du ou de la jeune protégé.e et de son pouvoir de participation dans les espaces judiciaires, l'enjeu démocratique d'expression de ces jeunes est ici fondamental.

En sachant que l'accord de participation a été explicitement, et clairement demandé aux jeunes de plus de 12 ans, et que les institutions de protection de l'enfance (délégation de mission de service public) qui ont la responsabilité éducative de l'enfant pendant son temps dans la structure sont d'accord et sont partenaires de la recherche. Selon la CNIL, le consentement des détenteur.rices de l'autorité parentale de mineur.es de moins de 15 ans est obligatoire lorsqu'il s'agit de traiter des données à caractère personnel. Or, notre recherche ne recueille pas de données personnelles. Aussi, nous proposons de recueillir de façon libre et éclairée (selon l'ensemble des conditions de consentement indiquées par la CNIL) l'accord de participation auprès des mineur.es de plus de 12 ans. Le guide CNRS RGPD en page 23, indique la nécessité de consentement conjoint de l'enfant et du ou de la représentant.e de l'autorité parentale si les enquêté.es sont des mineur.es de moins de 15 ans et lorsque la recherche recueille des données sensibles, ce qui n'est pas le cas dans notre recherche.

Pour donner un exemple du contexte et de la façon dont l'exercice de l'autorité parentale s'exerce dans le champ de la protection de l'enfance (notamment au regard d'une déclinaison particulière des actes usuels et non usuels, guide ministériel 2018), le ou la jeune est conduit.e chez le médecin, chez le dentiste ou le psychologue sans que le parent ne soit informé. La participation à cette recherche se traduit par un entretien semi-directif sans conséquence sur son intégrité, son apparence et son bien-être, et peut donc être considérée comme un acte usuel. Par ailleurs, la considération de l'âge des jeunes concerné.es constitue un point important du fait que certain.es des jeunes auront plus de 16 ans au moment de l'entretien.

Aussi, au regard de tous ces éléments, associés aux ressources fiables en la matière (Guide ERIC 2013, orientations du FQRSC²⁰), il ne s'agit pas de nier la place des détenteur.rices de l'autorité parentale (nous réalisons aussi des recherches visant à promouvoir le recueil de leur parole et leur expérience), mais de ne pas, par notre démarche de recherche, provoquer une nouvelle situation de mise en danger de l'enfant. Et néanmoins, ces jeunes demandent aussi à pouvoir contribuer à des recherches, à pouvoir exprimer leur point de vue au sujet de toutes les interventions dont ils ou elles sont destinataires. Nous tenons une posture où il s'agit de reconnaître le ou la jeune comme acteur ou actrice. Ainsi, afin de répondre à l'ensemble de ces exigences parfois opposées, et cela de façon la plus éthique possible (au sens légal mais aussi clinique), il nous semble cohérent de s'assurer de deux principes associés :

- la pleine information des parents au sujet de la participation de leur enfant à la recherche. En effet, nous nous engageons, à travers nos partenaires à ce que les détenteur.rices de l'autorité parentale soient assurément informé.es du déroulé de cette recherche, et cela par plusieurs canaux : courrier, mail et affiches.
- la possibilité de compléter un formulaire en cas de refus, ce qui permet de respecter les prérogatives de l'autorité parentale.

Ainsi, en accord avec le CER de l'Université Paris Nanterre, les détenteur.rices de l'autorité parentale seront informé.es de la conduite de cette recherche au sein de l'établissement de leur enfant avec la possibilité d'exprimer leur refus dans un délai de 21 jours. Aussi, l'équipe de recherche en étroite collaboration avec les chef.fes de service et directeur.rices de chaque structure partenaire va s'assurer du dispositif d'information des détenteur.ices de l'autorité parentale sous diverses formes : courrier, mail et/ou appel téléphonique.

²⁰ Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. & Fitzgerald, R. (2013). Recherche éthique impliquant des enfants. Florence : Centre de recherche de l'UNICEF – Innocenti.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/science-recherche/avis-scientifiques-processus-decisionnel/comite-ethique-recherche/processus-consentement.html>

- Risques et bénéfices estimés de la recherche

Pour les professionnel.les occupant des fonctions socio-éducatives au sein de lieux et/ou services de la protection de l'enfance et de la PJJ, les bénéfices estimés de cette étude concernent la mise en réflexion d'une thématique peu élaborée, le partage de leur expérience dans un contexte de travail où il y a peu de temps dédié à cela et le développement de connaissances à ce sujet. En effet, le temps de la restitution est complètement intégré au design de recherche, ainsi, il s'agit de proposer aux professionnel.les des analyses et des leviers pour faire évoluer leurs pratiques. Et de façon plus large, cette transmission et utilisation des connaissances développées grâce à leur implication, vise à améliorer le dispositif de prise en charge et le programme Autonomia de façon plus spécifique.

Pour les jeunes, un des bénéfices de l'étude peut être le fait de libérer la parole sur un sujet tabou, et de pouvoir également repérer les ressources notamment en termes de problématiques addictives. Le fait de contribuer au développement de la recherche constitue un bénéfice également en termes de reconnaissance sociale de leur situation, et de pouvoir se sentir être porte-voix de jeunes vivant dans des conditions spécifiques. Il s'agit de reconnaître le poids de la connaissance expérientielle. À noter qu'à la fin de chaque entretien, un goodies à l'effigie de l'Université Paris Nanterre (bloc-notes/stylos/tote bag) ainsi qu'un petit mot de remerciement a été transmis aux jeunes et aux professionnel.les.

De manière plus générale, les résultats de cette recherche pourront avoir des implications à des niveaux plus collectifs, en termes de transfert et d'utilisation des connaissances. Premièrement, en organisant des modalités de restitution à la fois à la communauté professionnelle de l'ensemble des structures partenaires, à l'ensemble des jeunes présent.es dans les structures partenaires, et cela sous forme orale (par exemple une intervention et/ou une matinée d'études), ou sous forme écrite (une synthèse de deux pages adaptée aux jeunes et une autre version adaptée aux professionnel.les), en plus de la mise à disposition du rapport sur le site internet dédié. La création de ces modalités sera élaborée en concertation avec les partenaires, le conseil scientifique de cette recherche et les financeurs. Deuxièmement, il s'agira de donner une visibilité des résultats de la recherche aux décideurs en la matière au niveau national (direction générale de la cohésion sociale) mais aussi territorial (conseils départementaux, fédérations d'associations de protection de l'enfance), dans la visée de contribuer à l'adéquation des interventions avec les besoins des personnes concernées.

Cette recherche étant réalisée auprès de mineur.es de plus de 12 ans, un risque anticipé est le fait que le mineur ou la mineure ne soit pas familier.re avec la recherche et d'être mal à l'aise dans cette situation. Afin d'anticiper au maximum ce risque, de le réduire et/ou de pouvoir y répondre le cas échéant, plusieurs points ont été renforcés. Tout d'abord, les participant.es peuvent interrompre à tout moment le renseignement du questionnaire (aucune question n'est obligatoire) ou le déroulé de l'entretien semi-directif. Puis, dans les deux modes de passation, des ressources sont indiquées au jeune s'il ou elle a besoin d'échanger après la passation (questionnaire et/ou entretien) : un.e professionnel.le sur son lieu d'accueil ou les chercheur.es grâce au numéro de téléphone et au mail dédiés. De plus, la formation et les temps d'échanges et partages d'expériences entre chercheur.es sur ces aspects fondamentaux constituent un préalable et un moyen de réduire ces risques. En effet, une attention particulière est accordée à la posture éthique en recherche au regard des connaissances et des expériences en la matière (Côté *et al.*, 2020 ; Danic *et al.*, 2006 ; Daverne-Bailly *et al.*, 2020 ; Euillet, 2017 ; Rouyer *et al.*, 2020). À noter que les questions (celles du questionnaire ou celles de l'entretien semi-directif) n'abordent pas de sujets sensibles tels que l'histoire familiale ou les raisons du placement. Les comités scientifiques et de coordination (installés spécifiquement pour cette recherche) constituent également des ressources à ce sujet.

4 Les données recueillies

La mise en place de cette recherche a permis de repérer un certain nombre d'obstacles à surmonter, au regard du contexte socio-historique actuel qui impacte les lieux d'accueil et les services. En effet, nombreux sont les signaux d'alerte vis-à-vis de la souffrance du champ de la protection de l'enfance, avec notamment la crise de recrutement actuelle, sans précédent, de telle ampleur qu'il s'agit d'une crise vocationnelle (Piveteau, 2022). L'effectif réduit de professionnel.les socio-éducatifs dans les structures qui crée de la surcharge de travail pour les présent.es, l'absence de chef.fes de service qui empêche toute prise de décision et/ou le turn-over des professionnel.les, impactent directement la faisabilité de la recherche. En effet, la recherche RESSOPE nécessite une bonne compréhension de la recherche par les partenaires, afin que ceux et celles-ci soient en mesure de faire le lien entre les chercheur.es et les jeunes, les parents et/ou les professionnel.les. L'enjeu d'une communication fluide, continue avec des professionnel.les stables et disponibles est fondamental.

De plus, le déroulé de cette recherche a dû s'adapter à la labilité de la présence des jeunes sur les structures. Par exemple, des détenteurs de l'autorité parentale ont pu donner leur accord pour la participation de leur enfant, le jeune était également d'accord pour nous rencontrer mais quelques jours plus tard, le jeune a changé de lieu d'accueil dans la précipitation. Selon les contextes et les lieux, il y a des périodes où malgré un agrément de 12 places par exemple, il n'y a que 2 jeunes dans la structure, ou autre exemple, il n'y a qu'un groupe qui accueille des jeunes de plus de 12 ans. Ainsi, le « vivier » de jeunes pouvant participer à la recherche peut être réduit à certaines périodes de l'année²¹.

Au regard de ces éléments sur lesquels nous avons peu de prises, il a été fait le choix de mettre l'accent sur l'approche qualitative en essayant de rencontrer en entretien toutes les personnes impliquées dans le suivi des jeunes mais aussi d'élargir aux différentes modalités d'accueil proposées aux jeunes²². Ce choix d'ouverture amène évidemment quelques limites. Même si le fondement de cette recherche ne se situait pas dans une visée comparative mais bien compréhensive, les données discursives seront analysées avec toutes les réserves intrinsèques à la diversité des personnes interrogées.

La recherche a été mise en place auprès de 8 services/structures d'accueil de jeunes concerné.es par une mesure de protection de l'enfance ou de protection judiciaire de la jeunesse dans lesquelles le programme Autonomia est déployé. Ainsi, ces 8 lieux sont variés selon leur agrément (6 ASE ou 2 PJJ), selon leur statut (5 publics et 3 associatifs), selon leur taille (nombre de places allant de 10 à 28) et selon les modalités d'accompagnement proposé (4 lieux d'accueil collectif, 3 services d'accueil de jour, 1 service de milieu ouvert,...).

Nous faisons le constat aujourd'hui que la démarche déployée a fonctionné pour recueillir suffisamment de données qualitatives mais non pour des données dites quantitatives, notamment par questionnaires, constatant aussi, de manière plus générale, la suspicion et/ou la non-confiance des répondants face à un questionnaire, même anonyme.

Plusieurs types de données ont été recueillis, grâce à des outils variés, dans l'objectif de saisir les dynamiques et les différentes logiques d'acteurs.

²¹ À titre indicatif, en 2022, environ 30 jeunes ont pu bénéficier du programme Autonomia, et environ 50 au 1^{er} semestre 2023 (source : bilan interne du CICAT).

²² Il n'était pas prévu au départ de rencontrer des jeunes en milieu ouvert.

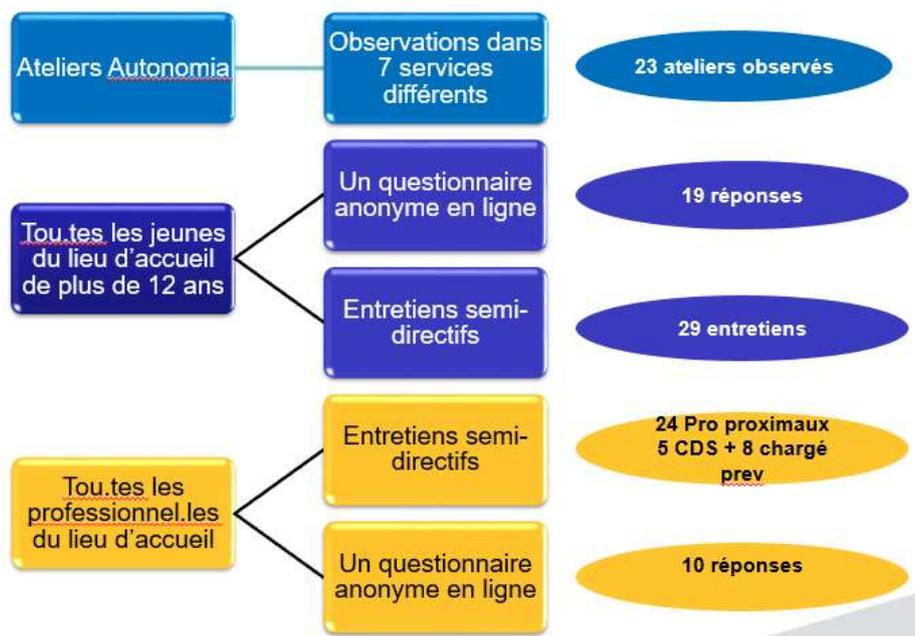


Figure 5: récapitulatif des types de données recueillies

Chapitre 3

Analyse qualitative des données

La méthode mixte choisie dans cette recherche afin de diversifier les types de données et les populations cibles conduit à mener des analyses diverses. S'agissant d'étudier à la fois les perceptions des jeunes et des professionnel.les au sujet de la santé et des conduites addictives en protection de l'enfance et la façon dont le déploiement du programme Autonomia s'inscrit dans ce contexte, le choix a été fait de réaliser une première analyse des données selon le type de recueil. Ce choix vise à respecter l'effet de contexte dans lequel les matériaux sont collectés (Olry, 2022) mais aussi l'engagement pris lors de l'immersion de la chercheuse auprès des acteurs et actrices des différents lieux. Cette étape d'analyse par mode de recueil permettra dans un deuxième temps de proposer une analyse thématique transversale à partir des récurrences thématiques, des noyaux de sens (Bardin, 1998) mais aussi des effets miroirs ou de résonances entre les données, repérés lors de l'interprétation collective.

1 Les observations des ateliers du programme Autonomia : des enjeux relationnels au discours échangé	36
1.1 L'immersion de la chercheuse	36
1.2 Recueil des données d'observation	38
1.3 Analyse des données issues des ateliers observés.....	39
1.3.1 <i>Composition des ateliers</i>	39
1.3.2 <i>Climat des ateliers</i>	39
1.3.3 <i>Posture éducative des animateur.ices</i>	40
1.3.4 <i>Promouvoir la santé par le développement des CPS</i>	41
1.3.5 <i>Parler des addictions pour mieux les prévenir</i>	43
2 Analyse des entretiens réalisés avec les jeunes : leurs perceptions en contextes	46
2.1 Les jeunes rencontré.es en entretien	46
2.2 Entremêlés et démêlés entre santé, consommation et addiction	47
2.3 Leurs relations dans leurs environnements de vie : une verbalisation compliquée ...	49
2.4 Regards sur les actions de prévention et sur l'avenir.....	50
3 Analyse des entretiens réalisés avec les professionnel.les : un regard expert mais impuissant.....	51
3.1 Les professionnel.les de la protection de l'enfance rencontré.es en entretien	51
3.2 Un rapport complexe des jeunes à la consommation d'après les professionnel.les...	52
3.2.1 <i>La prédominance de la consommation de cannabis</i>	52
3.2.2 <i>Des consommations diverses</i>	54
3.2.3 <i>L'usage des écrans et TIC</i>	55
3.3 Enjeux éducatifs de la santé et des addictions	56
3.3.1 <i>La santé des jeunes perçue comme altérée par les professionnel.les</i>	56
3.3.2 <i>Les choix et possibilités éducatives et institutionnelles</i>	58
3.3.3 <i>Un quotidien attentif et une relation de confiance au prisme d'une réponse-sanction ?</i>	59
3.3.4 <i>Un sujet toujours sensible voire tabou</i>	60

3.4	Collectifs/institutions et dispositifs autour de la santé et des addictions	61
3.4.1	Fluctuation des ressources/supports en interne	61
3.4.2	Au sujet du partenariat territorial et inter-institutionnel	62
3.4.3	Regards sur le programme Autonomia	62
4	Analyse des entretiens réalisés avec les chargé.es de prévention : l'enjeu de l'aller-vers et du dialogue	64
4.1	Les enjeux de la santé mentale pour les jeunes en protection de l'enfance	64
4.2	Les CPS au cœur de l'intervention et de l'accompagnement	65
4.3	Les défis d'une prévention éducative adaptée	66
5	Analyse des réponses obtenues aux questionnaires : un éclairage particulier.....	67
5.1	Les jeunes ayant répondu au questionnaire	67
5.2	Des pratiques déclarées aux effets perçus par les jeunes	68
5.3	Des pistes à partir du questionnaire complété par les professionnel.les	72
6	Des données complémentaires et illustratives	75
6.1	Les contenus des projets de service	75
6.2	Un focus group avec les professionnel.les	77

1 Les observations des ateliers du programme Autonomia : des enjeux relationnels au discours échangé

Le programme Autonomia a été déployé dans 7 services différents durant les années scolaires 2022-2023 et 2023-2024, sous la forme de 11 ateliers²³ réalisés par une chargée de prévention du CICAT ou de VRS dans les locaux de chacun des services/lieux d'accueil de la PJJ ou de l'ASE, auprès d'un groupe de jeunes, en présence d'un.e professionnel.le co-animateur.ice.

Avant d'aborder l'analyse des données issues des observations, une présentation de la méthodologie est nécessaire sur les conditions d'immersion de la chercheuse qui a réalisé des observations participantes ainsi que sur le recueil de données (outils et programmation des ateliers).

1.1 *L'immersion de la chercheuse*

Les observations ont été réalisées par immersion de la chercheuse sur le « terrain », c'est-à-dire en entrant « pas à pas » dans chaque structure pour s'adapter à son fonctionnement, s'accorder à l'accueil qui lui était préparé et trouver une place d'observatrice en ayant conscience des interférences et des implications produites par sa présence.

La posture de l'observatrice qui participe limite ces biais méthodologiques par une démarche qui tend vers un rôle d'« observatrice comme participante » (Gold, 2003). Il ne s'agissait pas de se rendre « invisible » sur le lieu d'enquête, mais de trouver une place adaptée à la situation observée (Rémy, 2014) en sachant que la présence d'un.e observateur.ice modifie toujours, dans une certaine mesure, les interactions et la dynamique du groupe. Puisque la présence sur le terrain implique l'observation et l'interaction, le chercheur y est à la fois l'observateur et l'acteur (de Sardan, 1995). Cela ne constitue pas un biais (comme ce serait le cas dans une observation à visée objectivante) car cette participation est pensée comme un parti pris où l'analyse des impacts de cette présence s'inscrit dans la production des résultats de la recherche (Beaud & Weber, 2010).

Concrètement, la participation de la chercheuse n'est pas active dans l'animation des ateliers mais se situe plutôt en retrait pour ne pas apporter de confusion dans les rôles, notamment avec celui d'animateur.ice. Cela permet de faire que ces dernier.es se trouvent reconnu.es dans leurs fonctions et continuent de l'exercer comme d'ordinaire. Aussi, la position de neutralité de la chercheuse s'en trouve confirmée auprès des jeunes dont certain.es sont par ailleurs impliqué.es dans les autres recueils de données de cette recherche (entretiens et questionnaires).

Se faire accepter dans les ateliers par les deux types d'acteur.ices n'a pas été une évidence. Pour trouver une place sans que les autres participant.es se sentent jugé.es ou observé.es avec normativité a nécessité tout un ensemble de transactions sur les besoins et objectifs de la recherche en vue de les rendre clairs, compréhensibles et admissibles sur le plan de ses apports. Cette étape immersive a nécessité tout un temps d'expérience sur le terrain d'enquête afin de connaître les pratiques professionnelles, s'y adapter et faire que les personnes ne se sentent pas jugées sinon évaluées. De ce point de vue, de nombreuses réticences de professionnel.les à la mise en place de l'observation ont été constatées : l'appréhension d'une évaluation des pratiques, d'être court-circuité dans ses accès auprès des jeunes (dans une démarche préventive en santé) ou

²³ Le déroulé du programme des 11 ateliers est présenté en annexe.

encore l'inhibition de la parole des jeunes du fait de la présence d'une tierce personne observatrice²⁴.

Pour répondre à ces appréhensions, nous avons bien explicité les objectifs de la recherche en amont ainsi que la posture neutre de l'observatrice. Il a été aussi rappelé aux professionnel.les que :

- ce sont eux.elles qui sont les « gardiens » d'accès aux jeunes : dans chaque cas, c'est d'abord avec les professionnel.les que la chercheuse établit le premier contact et échange ;
- les observations n'étaient pas centrées sur les pratiques professionnelles mais sur les dynamiques interactionnelles des ateliers, la façon dont les jeunes s'y impliquaient et ce que ces dernièrement.es énonçaient quant à leur rapport à la santé, aux consommations ou aux usages.

Dans l'ensemble, une fois que les premiers échanges ont été engagés et que la chercheuse a été bien repérée, l'accueil par les professionnel.les a été chaleureux dans tous les services et propice à la coopération. Ces dernièrement.es ont pris le soin de faire visiter la structure, expliquer son fonctionnement et ses actualités, faire la présentation de la chercheuse auprès des jeunes et de l'objet de sa présence dans les ateliers.

Pour ce qui concerne les jeunes, leurs réactions à la présence de la chercheuse étaient très différentes en fonction de la structure et du public accueilli. La manière de se présenter était toujours la même à partir de ces éléments que nous avons égrainés : « étudiante à l'université²⁵ » ; « recherche sur la santé des jeunes » ; « découvrir comment se passent les ateliers » ; « connaître le point de vue des jeunes » ; « confidentialité, discrétion et absence de jugement ». Le rôle des notes prises en cours d'observation a permis de rassurer les animateur.ices et intéresser les jeunes. Sur ce point, la prise de note était d'ailleurs précisée en début d'atelier avec la possibilité de les consulter à la fin, ce que certain.es jeunes ont fait.

Dans certains lieux, les jeunes se montraient timides, mais après avoir fait connaissance, ils.elles sont entré.es en contact et ont échangé spontanément. Dans d'autres structures, le public des adolescents garçons concernés par la protection judiciaire de la jeunesse se montrait énergique, c'est lui qui engage le contact et les échanges verbaux. Leur comportement peut changer en fonction des personnes présentes et nous avons aussi remarqué que les variations de comportement s'observaient selon la composition genrée du groupe. Dans les constats généraux, il ressort aussi que les jeunes étaient très curieux.es à l'arrivée de la chercheuse et parfois même dès son entrée dans le hall. Ils ou elles pouvaient poser des questions personnelles, d'autres sur les raisons de sa présence et, dans certains cas, certains garçons mettaient en scène un jeu de séduction. Au fur-et-à-mesure de la progression des ateliers et de la participation aux activités, un lien convivial s'est installé entre les jeunes et la chercheuse. Par exemple, dans un lieu d'accueil de la protection de l'enfance, les dynamiques lors des ateliers étaient aussi très chaleureuses : les filles se montraient très attentives, très impliquées, et aussi très tactiles et affectueuses à la fois entre elles mais aussi avec les animatrices.

Les habitudes installées entre les jeunes et les animateur.ices ont, dans une certaine mesure, influé sur celles avec la chercheuse : par exemple, se saluer en se faisant la bise pour dire bonjour et au revoir a instauré une atmosphère plus informelle et chaleureuse.

²⁴ Dans certaines situations, cette appréhension liée à la présence d'un tiers observateur se couplait avec celle d'un possible déséquilibre entre le nombre d'adultes et de jeunes. Si les premiers sont numériquement supérieurs, les professionnel.les avaient la crainte que cela intimide beaucoup les derniers qui, parfois, étaient peu nombreux.

²⁵ La chercheuse qui est doctorante a utilisé son statut d'étudiante en se présentant aux jeunes afin de limiter l'effet « impressionnant » que peut avoir le statut de chercheur.

Cette immersion a contribué à ce que, dans tous les lieux, la chercheuse soit bien identifiée par les jeunes, avec la réflexion constante en termes de posture tant vis-à-vis des professionnel.les que des jeunes, et cela d'autant plus lors des temps collectifs en co-présence de tout.es. La chercheuse est ainsi bien identifiée comme une personne de l'extérieur, de passage, qui vient interférer sur les habitudes quotidiennes, les relations installées, sans pouvoir anticiper ces modifications. Ces éléments renvoient aux questionnements éthiques développés plus haut, et s'avèrent d'autant plus criants lors des temps immersifs dans les lieux où les jeunes vivent au quotidien.

1.2 Recueil des données d'observation

Pour rappel, le programme Autonomia prévoit 11 ateliers co-animés par une à deux chargées de prévention extérieure à la structure de protection de l'enfance et appartenant à deux institutions spécialisées en addiction (dans deux départements différents) et un.e à trois professionnel.les du service formé.es en amont. Ces professionnel.les étant le plus souvent des éducateur.ices ou, dans certains services, un.e psychologue ou un.e infirmière.e.

Selon les lieux d'accueil, le nombre de jeunes est variable, pouvant aller de 2 à 10. La moyenne du nombre de jeunes par atelier est de 5 (comme la médiane) avec un écart-type de 3, montrant une dispersion assez homogène des effectifs dans les différents ateliers au sein des 7 services dans lesquels des observations ont été réalisées.

Plus précisément, 23 ateliers ont fait l'objet d'observations participantes. En accord avec les structures (et selon les possibilités), la fréquence des observations a suivi la programmation suivante :

- 3 observations de l'atelier 1
- 2 observations de l'atelier 2
- 2 observation de l'atelier 3
- 5 observations de l'atelier 5
- 1 observation de l'atelier 6
- 1 observation de l'atelier 7
- 2 observations de l'atelier 9
- 5 observations de l'atelier 10
- 2 observations de l'atelier 11

Les observations ont été réalisées sur la base d'une grille d'observation (consultable en annexe) qui avait quatre principales dimensions interdépendantes, à savoir :

- l'environnement (le lieu, son agencement et les dispositions spatiales réalisées au moyen de croquis) ;
- les interactions entre participant.es (les jeunes entre eux.elles mais aussi jeunes/animateur.es ainsi que la chercheuse) ;
- la posture éducative (pédagogie de l'animation et des activités, relation éducative et gestion de la dynamique de groupe, rapport des professionnel.les face à divers types de comportement) ;
- les ateliers dans leurs contenus (discours/paroles qui en ressortent, pratiques d'activité et lien avec les compétences psycho-sociales).

Chaque observation d'atelier a fait l'objet d'un compte-rendu sous la forme d'un récit structuré dans une logique diachronique qui tenait compte de chacune de ces dimensions et pouvait restituer des échanges lorsqu'il s'est avéré pertinent de les relever. Le format de l'atelier était

favorable à la prise de note par la chercheuse et a ainsi permis de pouvoir consigner ces éléments de discours.

L'analyse des données s'est basée sur le croisement de l'ensemble des compte-rendu d'observation et a aussi utilisé, lorsque cela était nécessaire, les entretiens menés avec les professionnelles chargées de prévention (extérieures aux structures) pour expliciter le travail mené sur les compétences psycho-sociales des jeunes.

1.3 Analyse des données issues des ateliers observés

Après avoir présenté la composition et le climat des ateliers, il s'agit d'analyser la façon dont le travail sur les compétences psycho-sociales se met en œuvre par les différentes activités proposées ainsi que les différentes manières de faire circuler la parole des jeunes à propos des addictions et de leur prévention.

1.3.1 Composition des ateliers

Les 13 séances²⁶ ont été fréquentés par 69 jeunes au total qui sont âgé.es de 10 à 17 ans. Les participant.es sont majoritairement des garçons. La sous-représentation des filles, représentant environ un quart (27%), s'explique par la composition de certains services où l'accueil des filles est minoritaire, comme à la PJJ par exemple. À ce titre, notons que les ateliers qui se déroulent dans ces services n'étaient composés que de garçons. Nous avons décompté sur l'ensemble des ateliers : 6 ateliers exclusivement composés de garçons et 2 ateliers exclusivement composés de filles.

1.3.2 Climat des ateliers

La qualité des relations interpersonnelles des jeunes entre eux.elles et aussi avec les professionnel.les est variable selon les ateliers. La mixité n'apparaît pas être un élément de variation. Néanmoins, une différence s'observe selon le genre lorsqu'il y a une dégradation des relations entre certain.es participant.es (manifestations de désintérêt, tensions, conflits, propos violents) : il apparaît que ce sont généralement les garçons qui en sont à l'origine et l'entretiennent. Des difficultés de cet ordre ont été relevées principalement dans deux ateliers.

Extrait du récit d'observation d'un atelier dans une structure PJJ

« Les 5 jeunes âgés de 16 à 17 ans arrivent les uns après les autres, avec retard, à l'atelier. Dès le début, ils manifestent des signes de désintérêt : un jeune pose la question à peine quelques minutes après le début de l'atelier : « c'est quand la pause ? ». Pendant les activités, les jeunes adoptent une attitude provocatrice envers l'animatrice, échangent des moqueries et utilisent un langage très argotique, ce qui peut rendre la situation inconfortable pour une personne peu habituée. Le déroulement de l'atelier est à de nombreuses reprises perturbé par la mobilité des jeunes (qui se lèvent, dessinent sur le tableau blanc), leurs gestes sont souvent brusques, agités, en particulier lorsqu'il y a la manipulation de divers objets (actionner un briquet, regarder son smartphone, jouer avec le gel hydroalcoolique, etc.). Le matériel n'est pas toujours respecté : au moment du « jeu totem », les jeunes sont invités à choisir une carte, ce qu'ils font, mais certains plient les cartes, les abiment. Tout au long de l'atelier, les professionnelles de la structure s'adressent aux jeunes en termes de « demande » et non d'« exigence », en ajoutant un « s'il te plaît », « laisse ce briquet s'il te plaît », « asseyez-vous s'il vous plaît ».

²⁶ Nous distinguons séances et ateliers : dans une séance, il peut y avoir plusieurs ateliers qui se présentent comme des séquences thématiques, incluant des activités et des objectifs spécifiques. Nous avons en tout observé 13 séances et 23 ateliers.

Dans cette description, les relations dégradées se situent entre les animatrices et les garçons. Dans un autre atelier au sein d'une structure protection de l'enfance, le problème a eu lieu entre un garçon et deux autres participant.es (une fille et un garçon). Le premier invectivant les second.es qui s'en trouvaient particulièrement incommodé.es. Dans ce cas, la régulation par les adultes a toutefois permis de réaliser au final un travail fructueux au regard des objectifs de l'atelier.

La manifestation de comportements de jeunes dégradant le climat des ateliers n'est pas directement liée au type de mesure. S'il n'y a pas de discrimination d'attitudes selon les contextes d'accueil, on peut en revanche noter que le genre et l'âge peuvent jouer : lorsque cela est arrivé (de façon très minoritaire), c'est à l'initiative de garçons de plus de 15 ans.

Pour ce qui concerne la qualité relationnelle des 11 autres séances observées, c'est un climat serein qui est constaté, propice au bon déroulement des activités. Les variations s'observent du côté de l'implication des jeunes. Certain.es se montrent volontaires et d'autres, peuvent en revanche se situer plus en retrait par un faible degré d'engagement dans un jeu ou des prises de parole succinctes et peu fréquentes. Comme évoqué plus haut, sur ce dernier point, les filles se montrent majoritairement plus investies que leurs homologues garçons.

1.3.3 Posture éducative des animateur.ices

Les relations établies avec les jeunes par les chargé.es de prévention tendent à se situer sur le plan le plus horizontal possible. L'agencement spatial est conçu dans ce sens. Il peut être très variable selon les locaux et le type d'activités prévues lors de l'atelier : assis autour d'une table, sur des coussins ou fauteuils/canapés. Dans toutes les situations, l'agencement vise à signifier le moins possible des différences de statut entre les professionnel.les et les jeunes. Le dispositif pédagogique est aussi pensé pour ne pas établir de transmission d'informations relatives à la santé dans une logique verticale descendante des premier.es vers les second.es. Les différentes activités ont vocation à mettre ces derniers dans une position d'acteur participant, qui est la condition pour que le travail de prévention se réalise. De la même manière, les informations relatives à la santé, aux risques ou aux addictions, ne sont pas « délivrées » par les intervenant.es. Dans une dynamique maïeutique, ce sont les jeunes qui sont appelé.es à partager les connaissances dont ils.elles disposent ou à faire part de leurs perceptions sur les thématiques abordées. Dans certains ateliers, l'usage de supports ludiques, imagés ou sous forme de test, est prévu pour stimuler la parole des jeunes en vue d'un partage de savoirs. Ainsi, la circulation des informations part plutôt de leurs points de vue et savoirs que des connaissances transmises par les adultes.

Dans certaines situations problématiques, notamment les deux décrites dans la section précédente, la recherche d'une symétrie des positions achoppe sur les comportements qui sortent du cadre pédagogique. Les animateur.ices se trouvent là contraint.es de réaffirmer le cadre de l'atelier à partir de leur position emprunte d'une autorité éducative. Il a été néanmoins observé que l'usage de cette autorité ne s'exerce pas dans le cadre d'une relation éducative professionnel.le / jeune accompagné.e. C'est la régulation relationnelle qui prévaut à partir d'une position interactionnelle basse qui vise à chercher la désescalade et le rééquilibrage de la situation, plutôt que de prendre l'ascendant. Cette attitude relationnelle se traduit concrètement par l'évitement d'une qualification des comportements/attitudes et des demandes qui engagent non pas une volonté mais un besoin de coopération. Les descriptions des deux ateliers mentionnés plus haut s'inscrivent dans cette approche. Lorsqu'un jeune demande de façon provoquante en début d'atelier « c'est quand la pause ? », l'animatrice lui explique calmement « que ce sera au milieu de l'atelier ». Les différents débordements par rapport au cadre n'ont pas été contenus par

des rappels à l'ordre mais par l'expression de demandes ponctuées par des locutions de politesse. Il y a en outre un accord entre animateur.ices des structures et les jeunes sur le fait que les comportements dans les ateliers ne peuvent avoir d'incidences en dehors de son cadre. Autrement dit, même si les jeunes manquent de respect, ont des inconduites avec d'autres ou abîment le matériel, il n'y aura pas de conséquences sur la mesure (comme des traces dans le dossier ou des sanctions éducatives). Comme l'ont explicité les professionnel.les intervenant.es dans les ateliers lors des moments de débriefing avec l'observatrice, cette garantie ainsi que le choix de cette approche relationnelle permettent d'obtenir l'adhésion des jeunes et en particulier de celles et ceux qui se trouvent en situation de rupture avec leur famille et fonctionnent en dehors des cercles de sociabilité communs (déscolarisés, parcours d'errance, délinquance).

1.3.4 Promouvoir la santé par le développement des CPS

Organisés en 11 séances, les contenus des ateliers Autonomia sont conçus de façon progressive avec des dispositifs qui alternent des activités et des temps d'échange (partage d'informations sur la santé, debriefing / feedbacks des ateliers, etc.). Les premières observations menées lors des premières séances ont retenu l'attention des chercheur.ses par le fait que les thématiques relatives à la santé et aux addictions n'étaient pas abordées directement voire s'en trouvaient absentes à première vue dans le déroulement des activités dont voici quelques exemples :

- Le jeu du dessin : en binômes, deux personnes sont assises sur des chaises dos à dos. La première personne reçoit un dessin qu'elle doit « dicter » à l'autre personne. L'autre doit essayer de reproduire le dessin.
- Le débat argumenté : deux groupes de 3 personnes sont constitués et s'installent face-à-face. La consigne est la suivante, « imaginez que vous partez en séjour cet été. Le groupe 1 doit donner des arguments pour qu'on parte à la mer, le groupe 2 pour la montagne ». Chaque groupe dispose d'un temps pour élaborer des idées et les noter. Pendant le temps du débat, chaque groupe échange tour à tour ses arguments.
- Le mime des émotions : chaque participant.e doit tirer au sort une carte émotion qu'il ou elle doit mimer et faire deviner aux autres.
- Le jeu du guidage (extrait d'observation ci-dessous).

Extrait du récit d'observation d'une activité lors d'un atelier - 9^e séance Autonomia

La feuille d'émergence est posée sur la table, les deux jeunes présents signent.

Une animatrice demande à Freddy²⁷ (15 ans) ce qui a été fait à l'atelier précédent. « On a parlé de quoi ? ». Freddy : « le stress », « on a fait une sorte de yoga ».

L'animatrice sourit et demande si c'était vraiment du yoga. Elle parle des exercices de relaxation et du fait d'avoir parlé des 5 sens. Elle pose ensuite la question sur chacun des sens et les participant.es énumèrent 4 sens mais n'arrivent pas à trouver « l'ouïe ».

Un animateur apporte la fiche du jeu et explique le déroulé aux participants : il s'agit de guider son binôme qui a les yeux bandés. Le parcours à suivre est indiqué sur les feuilles plastifiées. Sur le parcours, il y a des boîtes sensorielles contenant des objets tels que les glands ou marrons. Une fois les boîtes trouvées, la personne guidée doit deviner les yeux fermés le contenu de chaque boîte. Les jeunes sourient puis l'animateur explique que chaque binôme sera composé d'un éducateur et d'un jeune. Freddy rigole. L'animateur demande aux participant.es de décaler les tables. Tout le monde se lève et déplace les chaises et les tables, puis il est demandé aux jeunes d'installer les plots, les boîtes sensorielles et les obstacles (petites boîtes en carton). Le second

²⁷ L'ensemble des prénoms présents dans ce rapport sont fictifs afin de garantir l'anonymat et la confidentialité de la participation des personnes à la recherche.

parcours est installé dans une autre salle avec l'aide des jeunes. Une animatrice annonce la constitution des binômes, puis l'un part dans une salle différente où le parcours a aussi été installé. Le jeu commence et ce sont les jeunes qui sont tout d'abord les guidant.es. Mireille (17 ans) guide une animatrice en lui donnant des indications simples et claires « avance », « stop », toujours en souriant. La personne guidée lui dit, en rigolant, « je te fais confiance ! ». Elle avance doucement en ayant peur de se cogner contre les équipements de gym qui se trouvent dans la salle. Dans l'autre salle, Freddy guide l'animateur en lui donnant des indications sommaires. Il lui demande de préciser : « où je dois aller alors ? Là, c'est ma main gauche, et là c'est ma main droite ». Freddy : « gauche alors... Marche en crabe, tout droit ». Animateur : « en crabe c'est pas tout droit ?! ». Freddy : « [en souriant] bah en crabe tout droit ! »

A la fin du jeu, Freddy dit que c'est difficile d'expliquer. L'animateur lui répond que c'est dur à comprendre. Quand chaque binôme a fini son parcours, l'animatrice donne la consigne d'échange de binômes et de salles. Je reste dans la salle principale. L'animateur guide Coralie (14 ans) : « tu vas marcher tout droit. Stop. Tu vas faire le tour du plot ». Coralie ne parle pas, elle suit les consignes, avec un léger sourire. Je me déplace dans la seconde salle pour observer l'autre binôme. C'est Mireille qui guide Freddy : « juste devant toi, il y a un obstacle. Tu dois sauter ». Freddy, fait des grands pas, Mireille est étonnée qu'il soit aussi à l'aise alors qu'il a les yeux bandés. Freddy : « je connais la pièce » et il fait des pas très grands. Mireille : « [en rigolant] tu triches ! ».

A la fin du jeu, quand les binômes ont fini leurs parcours, une animatrice appelle tous les participant.es pour venir dans la première salle. Elle demande de l'aide pour replacer les chaises en cercle. Tout le monde s'assieds. Ce temps de déplacements est marqué par les échanges, rigolades entre les animateur.ices et jeunes sur le parcours. « Comment vous vous êtes senti ? ». Un animateur (qui a été guidé) déclare : « c'est déstabilisant ! ». Les jeunes poursuivent : « pas à l'aise ! » ; « moi, j'ai eu peur de tomber ». Freddy dit : « ça va. Le fait que je connais la salle... » ; Mireille rétorque sur le ton de l'humour : « c'est parce que tu as un guide mortel ! ».

Une animatrice explicite ensuite que le principe de cette activité, c'est de développer sa confiance en l'autre et ajoute : « quand on a les yeux bandés, on ne compte que sur le guidant, on a besoin de lui faire confiance. [...] Et dans le rôle de guide, comment vous vous êtes sentis ? ». Les jeunes répondent : « c'est facile, oui et non » ; « j'ai pas galéré à expliquer mais plus à formuler la phrase ».

Les ateliers Autonomia prévoient que pour chacune des activités, il y ait trois objectifs associés : une « CPS », un « addicto » et un « bien dans tes baskets ». Les entretiens menés par ailleurs avec les chargées de préventions mettent en évidence la démarche progressive des ateliers qui vise à travailler notamment sur les compétences psycho-sociales des jeunes. Les activités décrites s'inscrivent dans cette logique où il est question de travailler sur des compétences émotionnelles ou sociales. Par exemple, l'activité de guidage avec les yeux bandés (décrite dans l'extrait ci-dessus) permet à la personne guidée d'apprendre à réguler ses émotions dans une situation qui peut générer du stress et aussi à faire confiance à l'autre. Pour le ou la guidant.e, il s'agit d'apprendre à communiquer et à s'affirmer par l'énonciation de repères / informations clairs quant au parcours à suivre.

Ces activités s'inscrivent ainsi dans une logique de promotion de la santé qui prévoit un processus d'autonomisation en santé où l'agent agit devient acteur agissant. L'Organisation Mondiale de la Santé a par la suite (1994) élaboré un référentiel de compétences psycho-sociales permettant d'identifier la façon dont les acteurs peuvent développer des capacités préventives en matière de santé somatique et psychique. Capacités pensées ici comme déterminantes pour la prévention d'addictions qui trouvent des points d'ancrage dans le développement des CPS comme le précise un extrait d'entretien avec une chargée de prévention.

« On travaille sur les compétences psycho-sociales, vraiment l'estime de soi, la gestion des émotions, de savoir dire « non ». Je pense que c'est vraiment la base, puisque de toute façon, les études ont montré que plus cela était développé à un jeune âge et moins plus tard ils allaient se tourner vers une addiction. Je pense que c'est vraiment ça qu'il faut vraiment travailler à fond, sur l'estime de soi, parce qu'il y a vraiment des jeunes qui disaient justement qu'ils n'avaient pas du tout confiance en eux. [...] D'où l'intérêt de faire des programmes aussi, qui sont sur plusieurs séances et pas sur deux ou trois séances. C'est intéressant, justement, ce format-là, parce que ça permet de revoir les jeunes très régulièrement. » (chargé.e de prévention B1)

Le lien avec la santé et les addictions se noue par les activités Autonomia de façon indirecte, c'est-à-dire que les ressources capacitanes développées peuvent être transposables dans un contexte d'influence comme le précise la chargée de prévention : développer une confiance en soi permet de s'affirmer face à des propositions de consommation. Le lien peut aussi être plus direct. En reprenant l'exemple issu de l'extrait d'observation de la séance 9, à la fin de l'activité (qui arrive à un temps suffisamment avancé dans le déroulé du programme), une animatrice précise le lien avec le programme : *« pour faire le lien avec le programme Autonomia, c'est pour savoir quand est-ce qu'on peut prendre le risque, par rapport aux consommations »*. Elle introduit ensuite le sujet des consommations (comme le tabac ou l'alcool), la question sur la prise de risques et demande si les jeunes ont déjà consommé certaines substances. Il s'en suit un échange entre jeunes et animateur.ices sur la façon d'arrêter la consommation d'un toxique ou comment conseiller les proches concernés.

Du point de vue des professionnelles chargées de prévention, le travail sur les CPS à l'occasion de ces ateliers est d'autant plus important pour ces jeunes dans la mesure où un grand nombre n'ont pas eu l'occasion d'acquérir ces ressources dans leur milieu familial.

« Justement, pour leur apporter des bases en compétences psycho-sociales qu'on leur a jamais donné, et ils sont à un moment de leur vie où ils ont vraiment besoin de se de connaître pour s'interroger sur eux-mêmes et pouvoir peut être mûrir un peu, grandir un peu, j'en sais rien. En tout cas, cela peut leur permettre d'être un peu plus objectif sur leur situation, les soulager, les aider, j'en sais rien, mais ils sont à un moment de leur vie ou, comme on leur a jamais apporté ça avant, c'est maintenant, ils ont besoin maintenant. » (chargé.e de prévention A3)

Même si elle est évoquée à demi-mot, c'est la période de l'adolescence dont il est ici question ; moment qui est pensé comme un temps de vulnérabilité par rapport au développement d'addictions. Les ressources premières, considérées ici comme élémentaires, sont la connaissance de soi et la prise de recul sur sa situation, afin de favoriser une autonomisation morale face aux consommations et usages auxquels ils ou elles sont susceptibles d'être confronté.es dans leur contexte de vie.

1.3.5 Parler des addictions pour mieux les prévenir

Si le travail sur les CPS occupe une place centrale dans les ateliers Autonomia en vue de mieux prévenir les addictions, les séances constituent également un espace de paroles où les jeunes peuvent aborder des sujets en lien avec la santé, la consommation de toxiques et ses tendances actuelles ou encore l'usage des écrans.

Les différentes activités sont autant de supports qui favorisent la narration du côté des jeunes et aussi la circulation des informations entre eux.elles et les professionnel.les de prévention. Sur le premier point, différents exemples ressortent des comptes rendus :

- lors d'un atelier où il s'agissait de mimer une émotion (séance n°10), les jeunes ont abordé des moments où ils ou elles trouvaient du plaisir (comme le fait de manger dans des restaurants rapides à l'extérieur) et deux ont ensuite abordé des problèmes de « stress » qu'ils ou elles ressentaient avec, de leurs points de vue, des manifestations somatiques (maux de ventre, insomnies) comme conséquences. La suite de l'échange avec les animatrices s'est donc dirigée vers les différentes manières d'extérioriser en vue d'apaiser leur anxiété ;
- après à une activité précédemment décrite (jeu du guidage – séance n°9), une jeune fille explique à cette occasion la façon dont elle est incommodée par le fait que sa mère fume des cigarettes dans l'appartement, engageant un échange collectif sur la recherche de solution pour résoudre le problème (aération, demander à la mère de fumer sur le balcon, trouver des solutions pour qu'elle puisse lui exprimer son sentiment d'« étouffement », etc.) ;
- au cours d'une activité centrée sur la lecture de cartes « info / intox » auxquelles les jeunes doivent donner leurs réponses, certain.es ont abordé spontanément leurs consommations de tabac (et leurs expériences de l'arrêt par la pratique sportive) ainsi que leurs tendances à être « addict » – pour reprendre le terme employé – aux jeux vidéo.

Ces exemples montrent que les professionnel.les sont dans une posture d'écoute et, éventuellement, de recherche de conseils ou solutions qu'ils et elles tentent de faire émerger par les jeunes, le partage d'expériences et de points de vue. Étant donné qu'il s'agit là d'un dispositif de prévention et non pas de prise en charge des addictions, la frontière avec la remédiation semble – à partir des éléments observés – claire et non dépassée. Cela n'empêche pas la possibilité d'une orientation vers un accompagnement à la suite de la séance si jamais cela s'avérait nécessaire pour un.e jeune.

Les activités sont aussi le support d'échange d'informations diverses sur les consommations. À la fin ou au détour d'une séance, les professionnel.les renseignent les jeunes sur les risques comme par exemple ceux liés à l'usage du cannabis qui semblerait être la consommation de drogue à laquelle ils et elles se trouvent être les plus exposé.es dans leur contexte. Les adultes peuvent aussi renseigner sur le rôle des neurotransmetteurs (et l'activation du système de récompense) dans l'installation d'une addiction. Les informations peuvent également circuler dans l'autre sens lorsque les jeunes parlent des pratiques et tendances observées autour dans leur entourage ou via les réseaux sociaux (tels que TikTok). En plus des pratiques de consommation plus répandues (comme celles précitées), d'autres produits sont abordés et décrits comme les chicha-box, l'usage détourné du protoxyde d'azote (via des ballons de baudruche) ou encore la codéine.

Bien que présentés ici de façon dissociée, ces échanges fonctionnent du point de vue des professionnel.les à double sens comme le rappelle une chargée de prévention rencontrée en entretien.

« Des fois, ça va pas être tout de suite, mais il y avait des petites graines [via les informations transmises aux jeunes] qu'on va planter pour plus tard. Et ils ont besoin de ces petites graines, de ces informations, et pas en disant : « fumer, c'est pas bien ». Ils savent que ce n'est pas bien, ils ont déjà cette information, mais leur donner des informations un peu plus sur la substance chimique, etc, et tout ça un peu sous-forme de jeu et d'activités et pas que ça soit comme un cours. Je leur dis, quand on se voit : « c'est plutôt ça découle des activités et finalement, nous, ce qu'on a envie, c'est d'échanger avec vous ». Eux aussi nous apporte des choses. Moi, ils ont appris aussi quelque chose sur la chicha, sur des choses, etc. C'est donnant donnant, c'est ça ! [...] Un peu comme de l'éducation populaire, et c'est ça qui est intéressant qui est hyper important pour eux, c'est d'être écouté, parce que je pense que n'importe quel ado en protection de l'enfance comme on va dire, s'il n'y a pas d'écoute c'est compliqué. » (chargée de prévention B2)

Cet extrait d'entretien montre que cette dynamique d'échange entre jeunes et professionnel.les organisée sur le don, l'écoute et le contre don, fait partie des objectifs pédagogiques du programme Autonomia. Il est à cet effet intéressant de remarquer que les observations des temps de débriefing des ateliers entre animateur.ices ont mis en exergue le besoin exprimé par les professionnel.les des services de protection de l'enfance qu'une co-animation avec les chargées de prévention devrait continuer ; les conditions favorables pour la circulation et le partage d'informations avec les jeunes nécessitant la présence d'un tiers extérieur à la structure d'accueil.

Synthèse de l'analyse des observations d'atelier

L'observation des 23 ateliers Autonomia a permis de constater une adhésion importante des jeunes quant à ce dispositif de prévention des addictions.

La co-animation par un.e chargé.e de prévention (CICAT ou VRS) et un.e professionnel.le de la structure est une condition importante pour que la relation avec les jeunes se fasse sur un principe d'horizontalité relationnelle, que l'action préventive prenne davantage de sens pour ces dernier.es et que la circulation des savoirs puisse se faire entre animateur.ices et participant.es.

Les ateliers suivent un déroulé pédagogique précis qui nécessitent une formation des professionnel.les de structure qui les co-animent. Basés sur des activités avec des objectifs précis, deux principaux leviers apparaissent pour la prévention des addictions : le travail sur les CPS en invitant les jeunes à expérimenter des situations souvent inédites pour elle.eux ; la stimulation de la parole autour de la santé, la consommation et la verbalisation des risques liés aux usages.

2 Analyse des entretiens réalisés avec les jeunes : leurs perceptions en contextes

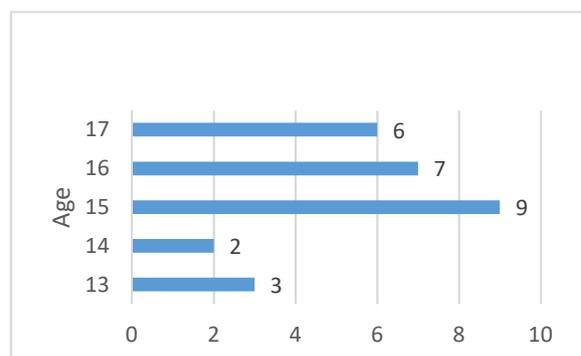
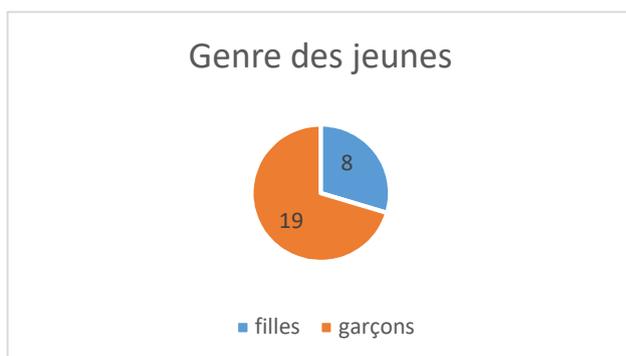
Sur une période de 12 mois, 29 entretiens ont été réalisés avec des jeunes concerné.es par la protection de l'enfance ou la PJJ, après avoir obtenu les autorisations nécessaires, pris le temps de présenter la recherche et surtout d'être connu et reconnu par les jeunes, grâce à l'immersion de la chercheuse lors des observations des ateliers Autonomia. Malgré tout, aborder le sujet de la santé et des consommations n'est pas aisé de manière générale pour le public adolescent, en plus de la situation « d'entretien » qui apporte son lot de stress, même pour des jeunes habitué.es aux rendez-vous socio-éducatifs. Peut-être est-ce là, un point non négligeable dans la conduite d'entretien de recherche qui propose des modalités d'échange tout à fait différentes, et pouvant être déroutantes pour les jeunes. Le contenu des entretiens est extrêmement variable d'un.e jeune à l'autre, en termes de forme et de fond²⁸. Aussi, l'analyse s'est déroulée en plusieurs temps : tout d'abord une lecture au kilomètre par trois chercheur.es, puis un repérage des thématiques récurrentes, puis une mise en correspondance transverse des sous-thématiques, y compris celles qui ne sont pas issues d'un seuil de saturation, donc avec peu de répétitions dans les discours. Dans la même logique, nous nous sommes attaché.es à repérer les absences étonnantes (car attendues par les chercheur.es) mais aussi à analyser les éléments recueillis avant et après les entretiens grâce à leur consignation dans un journal de bord.

2.1 Les jeunes rencontré.es en entretien

Nous avons rencontré des jeunes âgé.es de 13 à 17 ans, pouvant avoir des parcours extrêmement variés (notamment en considérant les mineur.es non accompagné.es) et étant accompagné.es dans des dispositifs différents même si les mesures de placement sont majoritaires. Au total, 29 entretiens ont été réalisés auprès de 27 jeunes. En effet, 2 jeunes ont souhaité nous voir deux fois à un an d'intervalle. Chaque entretien a été enregistré et a été réalisé dans les locaux de l'institution qui accueillait le ou la jeune.

Les schémas ci-dessous indiquent les précisions socio-démographiques dont nous disposons. Afin de respecter au maximum l'anonymat mais aussi de considérer la parole des jeunes pour ce qu'elle est dans un ici et maintenant, et non à la lecture d'éléments de leur histoire, très peu d'informations sur leur parcours ont été recueillies.

L'échantillon de jeunes rencontré.es se caractérise par une majorité de garçons (19 sur 27), accueilli.es principalement en internat (19 sur 27) au sein d'un service de l'ASE (pour 22 d'entre eux.elles) et âgé.es de 15 et 16 ans pour 16 d'entre eux.elles.



²⁸ Pour rappel, la grille d'entretien est disponible en annexe.

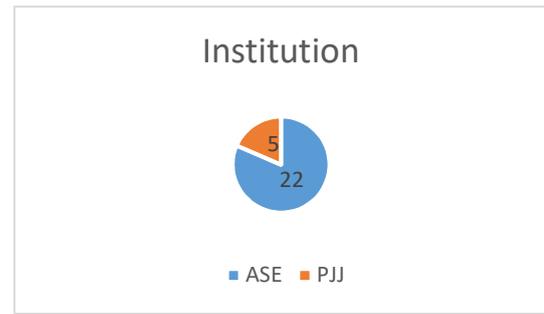
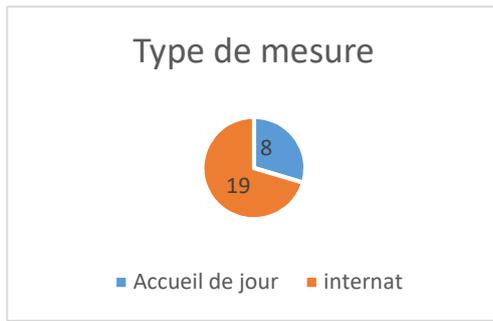


Figure 6 : Informations sur les jeunes rencontrés en entretien

De plus, dans le design méthodologique, la proposition de réaliser un entretien de recherche a été adressée à l'ensemble des jeunes de chaque service/lieu d'accueil, et pas seulement à celles ou ceux impliqués dans Autonomia. Ainsi, sur les 27 jeunes rencontrés, 16 ont participé au programme Autonomia et 15 ont également été observés par la chercheuse lors d'un ou plusieurs ateliers Autonomia.

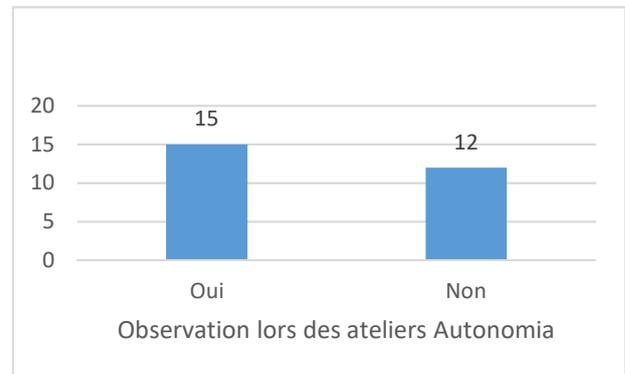
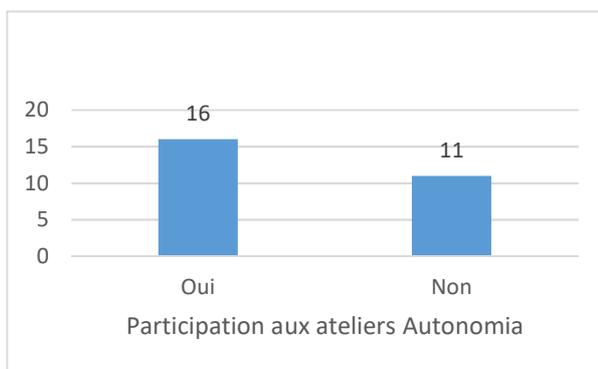


Figure 7: Proportion de jeunes interviewés qui ont participé à Autonomia

L'hétérogénéité et la petitesse de l'échantillon invitent à une grande prudence dans les analyses des discours, et à considérer les mots des jeunes dans leur valeur intrinsèque au-delà d'une approche catégorielle pré-établie en termes de genre ou de type de mesure (ASE/PJJ). Sans lisser les différences de contexte mais aussi de parcours, certaines tendances repérées seront partagées ici.

2.2 Entremêlés et démêlés entre santé, consommation et addiction

Un des objectifs de l'entretien avec chaque jeune était de repérer son propre regard sur sa santé actuelle, sur ce qui pouvait la faire varier et également de saisir le discours énoncé à l'égard des jeunes qui consomment.

- **Perceptions de leur propre santé**

La majorité des jeunes rencontrés conçoivent la santé de manière très générale, comme le fait de ne pas être souvent malade. Plus particulièrement, les jeunes ayant eu un parcours migratoire et étant accueilli.es actuellement avec un statut de Mineur Non Accompagné associent la santé à une absence d'infirmité, à un silence des organes, à une force suffisante.

D'autres discours de jeunes reflètent une conception plus élargie comprenant notamment la santé mentale. Voici quelques exemples de verbatim qui illustrent cela : « *Y a beaucoup de choses par rapport à la santé. Par exemple, si tu es bien tu te sens pas mal dans ton corps ou tu te sens pas mal aussi dans ton cœur. Ça aussi c'est la santé.* » (garçon, 16 ans, PE9) ou encore : « *Se sentir bien, c'est être peu stressé* » (garçon, 15 ans, PE10). Ces jeunes ont tendance à davantage évoquer leurs maux au fil de l'entretien, de façon inter-reliée avec leurs activités quotidiennes ou même leur parcours et leurs projections. « *Parce que je fais beaucoup de sport, donc je tombe pas malade.* » (garçon, 15 ans, PE10).

L'étendue de la santé semble liée à la façon dont ils et elles peuvent verbaliser, ou expliciter certains maux rencontrés, mais aussi à leur expérience de soin. Par exemple, les jeunes en accueil de jour sont majoritairement suivis psychologiquement, et entretiennent une certaine proximité avec les discours et les professionnels de santé, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble de la population des adolescent.es suivis en protection de l'enfance. Sont percevables ici des différences majeures de maniement d'outils d'explicitation, de rapport culturel au fait de parler de soi et de sa santé, ou même de son bien-être.

Quelle que soit leur santé perçue, la majorité des jeunes rend compte de l'importance de la santé et ses conséquences sur les autres sphères de vie : « *Quand même si tu as la santé, même si tu n'as pas l'argent ou bien quelque chose là, ça va quand même.* » (garçon, 16 ans, PE7). De même, le discours sur la santé actuelle est souvent mis en lien avec l'espérance de vie perçue : « *enfin, on a moins d'espérance de vie. Ça dépend de ce que on consomme chaque jour ou... Mais ouais, c'est triste un peu* » (garçon, PE05).

- **Leur regard sur les jeunes de leur âge qui consomment, quelle prévention ?**

Les jeunes repèrent assez bien le phénomène d'addiction et essaient de l'expliquer notamment par deux raisons, soit par mimétisme soit par habitude précoce au sein de leur entourage. « *La plupart c'est parce que... d'abord, au début c'est une histoire de : « Parce que l'autre fait, je vais aussi faire », histoire de vouloir copier sur l'autre.* » (garçon, 15 ans, PE10)

La dimension socio-affective est évoquée par plusieurs jeunes comme élément crucial dans la consommation et la santé :

- La séparation d'avec la famille : plusieurs verbalisent le vécu de la séparation, de l'éloignement comme un poids quotidien, affectant leur santé :
« *Après, on est loin de la famille et tout. C'est pas facile.* » (garçon, 15 ans, PE10) ;
« *La santé ça va pas parce que « Ici, j'ai pas ma mère, j'ai pas ma famille, j'ai pas mes potes, j'ai rien, j'ai pas mes repères »* (garçon, 14 ans, PJJ4).
- Le sentiment de bien-être dans le lieu de vie : si certain.es jeunes indiquent se sentir mieux dans leur lieu de vie, d'autres cherchent une échappatoire dans la consommation :
« *on n'est pas trop bien ici, on va plus aller boire ou fumer tout ça. : Comme un peu en prison* » (garçon, 14 ans, PJJ4).
- Le fait d'avoir des soucis, d'être préoccupés :
« *S'il fume, parce que ça lui permet d'oublier ses soucis* » (garçon, 15 ans, PE10) ;
« *y a mes potes qui m'ont dit : « Quand tu fumes, tu vas oublier tous les problèmes et tout ça ». Après, moi je l'ai pas essayé.* » (garçon, 16 ans, PJJ8).

Ces éléments qui représentent l'ensemble des discours rendent compte du sens de la consommation d'après les jeunes, où le produit est consommé pour ses effets apaisants, avec un côté pansement, vecteur de mieux-être apparent : « *Les ballons, c'est un bien pour un mal.* » (garçon, 17 ans, PJJ9). À noter, l'absence complète de la dimension festive ou récréative de la consommation. Même l'aspect transgressif n'est pas énoncé par les jeunes rencontrés.

Un autre axe tient dans l'hyper-responsabilisation des jeunes vis-à-vis de leur consommation. Une responsabilité individuelle, associée à la motivation et à la volonté, en tous cas repérable dans leur discours : « *si on veut on peut* ». Cette dimension motivationnelle est présentée comme intrinsèque à la personne : « *Même, pour moi, comment je vais faire pour arrêter ça? Je sais pas, c'est*

compliqué. Je pense que c'est dans la tête. Faut le vouloir. » (garçon, 14 ans, PJJ11). Cette prédominance de la capacité d'agir individuelle raisonne avec les connaissances sur les mécanismes d'addiction et entre en contradiction avec l'esprit des politiques publiques où les jeunes ne se sentiraient pas pleinement responsables.

Ce discours majoritaire autour du ressort unique des jeunes renvoie à l'inutilité des obligations, des impératifs : *« Moi, j'ai obligation de soins, c'est important, judiciaire, mais ça me sert rien, un peu, parce que j'ai trop de trucs que je devais évoquer. Ça me sert à rien. »* (garçon, 17 ans, PJJ11) mais aussi à l'impuissance des professionnel.les : *« le jeune qui était là, lui souvent on lui disait d'arrêter et tout. On parlait de ça souvent. On lui disait d'essayer d'arrêter parce que ça jouait sur lui. Il faisait des bêtises et tout, mais bon. »* (garçon, 15 ans, PE10), à l'inefficacité des discours injonctifs : *« C'est dur de leur dire d'arrêter tout simplement, d'être une autre manière »* (fille, 17 ans, PE25). La phrase de cette jeune met en exergue le fait que « consommer » c'est aussi « être » qui est un élément majeur dans la période adolescente. La dimension identitaire de la consommation est évoquée à demi-mot dans les entretiens, mais paraît être tout à fait reliée avec le discours d'imputation interne à la personne consommatrice, l'acceptation de changement d'être.

Les leviers d'action évoqués par les jeunes pour « aider » celles ou ceux qui consomment tiennent tous dans l'activité au sens large:

« essayer de lui proposer des choses : la lecture par exemple pour oublier, le sport pour se divertir et tout, voilà. » (garçon, 15 ans, PE10).

« S'occuper oui, s'occuper peu importe le sport, activités, loisirs, tout ça, oui, ça pourrait l'aider surtout s'occuper l'esprit et pas trop penser à fumer » (fille, 17 ans, PE25).

En creux, ce discours reflète un vide, un ennui ressenti chez les jeunes, qui expriment ce besoin d'agir, de bouger, de se fatiguer physiquement. En effet, d'autres jeunes évoquent les troubles du sommeil ou de l'alimentation, de façon associée à la santé ou à la consommation : *« Ce qui pose problème c'est l'alimentation. »* (garçon, 16 ans, PE3). Ces jeunes-là nous partagent leur vision selon laquelle consommation, sommeil, sport et alimentation sont intrinsèquement liés, en étant des vecteurs potentiels de mieux-être ou des causes de mal-être.

Si le sport est présenté comme un moyen de pouvoir occuper les jeunes et réduire la consommation, il est aussi perçu comme un moyen de rester en bonne santé, notamment pour les jeunes qui verbalisent les effets négatifs de la consommation sur la santé, et ils et elles sont nombreux.ses :

« Après, moi je fais des sports, je voulais pas fumer. C'est pas bien aussi pour la santé. » (garçon, 17 ans, PE08)

« c'est pas bon aussi pour la santé, tu vois. Avant tout d'abord c'est la santé. Si tu n'as pas la santé, tu peux pas faire beaucoup de choses. » (garçon, 16 ans, PE13)

Ces verbatims démontrent bien l'importance que les jeunes accordent au fait d'être en bonne santé.

2.3 Leurs relations dans leurs environnements de vie : une verbalisation compliquée

Un axe de l'entretien consistait à comprendre comment les jeunes perçoivent leur milieu de vie. Comme vu plus haut, certain.es jeunes disent ne pas se sentir à l'aise dans leur foyer avec une impression d'enfermement, avec peu d'intimité, un poids de la vie collective. Ces discours sont surtout visibles chez les jeunes accueilli.es à la PJJ. D'autres jeunes, accueilli.es en MECS évoquent un lieu plus enveloppant, qui leur permet de se sentir bien.

Leur point de vue sur les règles de vie du lieu d'accueil apparaît très peu dans les discours recueillis, elles sont indiquées comme un état de fait, par exemple, ne fumer que dehors, ne pas avoir de drogue dans sa chambre, etc. De même, dans les entretiens, la verbalisation de la relation avec les professionnel.les à ce sujet apparaît comme verrouillée, difficile d'accès. Les questions au sein du guide essayaient de proposer une approche neutre et non suggestive, néanmoins force est de constater que les jeunes ont très peu évoqué les professionnel.les que ce soit en termes de conflit ou en termes de discussion possible. Aussi, un jeune nous indique qu'entre jeunes, il y a peu de discussions à ce sujet : « *la plupart d'entre nous ici on parle pas trop de ça. Même si tu fumes, on parle pas...* » (garçon, 15 ans, PE10).

Au sujet de la famille, les jeunes en parlent de façon rattachée au passé en évoquant des pratiques ou des conduites addictives d'un oncle, de la famille, donc un regard sur, plus ou moins extériorisé, étant donné que certain.es jeunes indiquent qu'ils ou elles n'ont pas pu échapper à cet « habitus familial » : « *y a des addictions différentes dans lesquelles on est tous un peu tombés dans la famille. Moi pour le coup c'est se faire du mal.* » (fille, PE03). D'autres rendent compte de l'interdiction parentale.

2.4 Regards sur les actions de prévention et sur l'avenir

- **Discours sur le programme Autonomia**

Pour les jeunes qui ont pu participer à des ateliers du programme Autonomia, la totalité évoque des apports, un intérêt pour ces ateliers. « *Oui, ça, je trouve que c'est bien parce que ça me rend heureux, j'ai rencontré des gens que je ne connaissais pas.* » (garçon, 16 ans, PE6). Plusieurs indiquent le fait que les ateliers changent du quotidien, et pour cela apportent de la nouveauté souhaitée, de l'activité. Néanmoins, un jeune indique avoir refusé d'y participer pour ne pas avoir à être obligé d'être en groupe avec d'autres jeunes. S'il n'est pas plus loquace sur cet aspect, le poids du collectif est énoncé par d'autres jeunes. Certain.es semblent avoir apprécié les ateliers où il y avait beaucoup de participation et de mise en pratiques. Lorsque les jeunes sont sollicité.es pour proposer des pistes d'amélioration, ils et elles ne se sentent pas légitimes pour cela, ne paraissent pas pouvoir se saisir de cet espace critique qui leur est proposé.

- **Projection dans l'avenir :**

Plusieurs jeunes évoquent l'âge de la majorité en y associant de l'espoir, de se sentir mieux, une bascule, qui laisse entendre l'existence « d'une ligne mineure ». Toutefois, le fait de grandir en effraie certain.es : « *J'ai l'impression plus ça va et plus je grandis, plus je réfléchis, plus je cogite et plus c'est pire. C'est galère.* » (garçon, 14 ans, PJJ14). De plus, la difficulté à se projeter est également clairement visible, certain.es jeunes répondent « je sais pas » à la question, « comment te vois-tu dans 2 ans ? ». Hormis le fait d'avoir une maison, une voiture, un métier, fonder une famille pour quelques occurrences, les projets restent flous, beaucoup plus indéterminés que d'autres jeunes de cet âge comme le montrent les études en sociologie de l'éducation (Dubet & Martulecci, 1996).

Lors du déroulé de l'entretien, nous cherchions à repérer les personnes qui pouvaient être citées comme potentielles ressources pour les jeunes. L'analyse du discours n'a pas permis de distinguer clairement des personnes de l'entourage ou du milieu socio-éducatif. Les jeunes rencontré.es apparaissent plutôt seul.es, voire isolé.es, ne pouvant compter que sur eux et elles-mêmes.

Synthèse de l'analyse des discours des jeunes

Deux conceptions de la santé sont présentes dans le discours des jeunes : une vision où la santé est une absence de maladie et une perception élargie incluant la santé mentale.

Pour l'ensemble des jeunes, la santé est perçue comme essentielle et interreliée avec d'autres sphères de leur vie.

La consommation de produits constitue une entrave à la bonne santé mais aussi un pansement sur des souffrances psychologiques et affectives, liées au stress et à la vie séparée de leur entourage. L'absence de consommation festive et récréative est notable. L'ensemble des jeunes soulève l'engrenage addictif, face auquel la volonté du sujet est indispensable.

Le sport et l'activité en général constituent des leviers de bien-être et de réduction des conduites addictives selon eux et elles.

3 Analyse des entretiens réalisés avec les professionnel.les : un regard expert mais impuissant

À travers le recueil d'un discours sur ou à propos, il s'agit ici d'accéder aux convictions, aux représentations, à l'expertise, à la mentalisation des pratiques professionnelles des professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ, et cela au sujet de la santé mais aussi des jeunes, et de la consommation.

3.1 Les professionnel.les de la protection de l'enfance rencontrés en entretien

Au total 29 professionnel.les ont été rencontrés. Il y avait parmi eux 19 femmes et 10 hommes avec une ancienneté en moyenne de 3 ans au sein de la structure (allant de 5 mois à 13 ans) et une grande diversité d'âge allant de 20 ans à 60 ans²⁹. La très large majorité des professionnel.les interviewés ne sont pas impliqués dans le programme Autonomia comme le montre l'échantillon où seulement 5 personnes sont co-animateur.rices d'ateliers auprès des jeunes. Ces travailleur.ses sociaux.ales appartiennent à 5 institutions différentes de la protection de l'enfance et 2 de la PJJ et occupent différentes fonctions. Ci-dessous, un tableau récapitule la répartition de chacun.e selon le type de lieu de travail et la fonction occupée.

Informations sur les professionnel.les rencontrés		Nombre
Type de lieu	ASE	18
	PJJ	11
Fonction occupée	Profession socio-éducative proximale (ES, AS)	19
	Fonction encadrante (chef.fe de service)	5
	Professions multiples ³⁰	5
Type de structure	Accueil de jour	5
	Internat	24

Tableau 1 : Informations sur les professionnel.les rencontrés en entretien

²⁹ Voici la répartition par tranche d'âge : 10 professionnel.les ont entre 20 et 30 ans ; 8 entre 30 et 40 ans ; 3 entre 40 et 50 ans ; 8 entre 50 et 60 ans.

³⁰ Les professions multiples sont notamment : maîtresse de maison, psychologue, cuisinier et infirmière.

La diversité des profils des professionnel.les rencontré.es en entretien reflète les multiples acteur.ices qui, avec des rôles, des places et des responsabilités différents peuvent être impliqué.es auprès des jeunes et évoquer des questions liées à la santé ou aux consommations.

3.2 Un rapport complexe des jeunes à la consommation d'après les professionnel.les

Dans les entretiens menés avec les professionnel.les, la thématique du rapport des jeunes aux consommations et usages sources d'addiction est alimentée de nombreux discours. Par ordre d'importance en analysant les contenus dans leur ensemble, la consommation de cannabis est très largement développée. Vient ensuite la consommation d'autres toxiques qui apparaît de façon plus éparse selon le type de structure et de public. Elle concerne d'autres substances psychoactives et le tabac. Enfin, l'usage des écrans qui regroupe des pratiques protéiformes (jeux vidéo, jeux d'argent en ligne, réseaux sociaux, etc.) n'a pas d'occurrence systématique dans les entretiens et s'en trouve développée que lorsqu'un professionnel a constaté des formes d'excès qui s'apparentent à une addiction.

3.2.1 La prédominance de la consommation de cannabis

Le cannabis est une pratique de consommation qui fait l'objet de nombreux discours professionnels. Elle est abordée de différentes manières. Déjà, en tant que phénomène où les représentations convergent vers un constat communément partagé : cette pratique serait en augmentation et toucherait de plus en plus de jeunes accompagné.es par des mesures socioéducatives depuis ces dix dernières années. De ce point de vue, la nécessité de mettre davantage de moyens pour prévenir sa consommation et aussi, y remédier lorsqu'elle prend la forme d'une addiction, ressort de façon transversale dans les entretiens, quel que soit le statut ou l'implication dans le dispositif Autonomia. Pour les personnes qui ont participé, une majorité exprime sa conviction quant aux bénéfices des ateliers sur l'attitude des jeunes face à cette consommation. Cela varie toutefois selon le type de mesure comme nous l'aborderons plus tard.

L'autre point de vue sur lequel de nombreux discours ont été recueillis concerne les pratiques constatées au sein de leur service. En analysant l'ensemble des contenus, la consommation des jeunes serait relativement faible et parcellaire. Toutefois, en comparant selon les milieux vie, on se rend compte que ce n'est pas hétéroclite dans tous : certains milieux sont peu exposés alors que d'autres très fortement.

Les travailleur.ses sociaux.ales en protection de l'enfance constatent pour la très large majorité que la consommation est faible. C'est tout particulièrement le cas pour celles et ceux qui travaillent dans les services accueillant des MNA.

« Le cannabis n'est jamais utilisé... ou très rarement utilisé plutôt en Afrique de l'ouest qui est notre principal public qu'on accueille, un peu plus en Afrique du nord. Et c'est vrai qu'on a eu quelques jeunes nord-africains qui pouvaient en consommer mais pas une consommation, me semble-t-il, très importante, comme je disais tout à l'heure notamment pour des raisons financières. » (éducPE7)

D'autres discours de professionnel.les font état de la même tendance de consommation pour ce qui concerne ce public même si les interprétations quant à cette faible exposition varient. En plus de la dimension culturelle (incluant la religion) ou financière, certain.es évoquent aussi le rapport à la règle et au licite qui est particulièrement important pour beaucoup de mineurs non accompagnés : afin d'envisager la possibilité d'une régularisation de leur situation sur le sol

français lorsqu'ils ou elles accèdent à la majorité, ils ou elles doivent éviter toute notification dans leurs dossiers liée à l'usage de stupéfiants ou des condamnations par la justice à ce titre.

Pour ce qui concerne les autres publics de protection de l'enfance, les professionnel.les constatent certaines consommations mais qui restent minoritaires.

« Alors, moi qui ai deux expériences dans le social, je peux te dire que ça va crescendo sur les consommations, notamment le cannabis, l'alcool... de plus en plus jeunes. Après, sur le service, on n'est pas non plus... Il y a des jeunes qui consomment mais plutôt de façon récréative, même si c'est compliqué de le dire comme ça, plus que de l'addiction où ils ont un besoin. C'est plus l'esprit de groupe. Quand ils consomment c'est plus avec les copains, etc. » (éducPE3)

Si la raison de la consommation des jeunes évoquée ici est plutôt de nature « récréative », d'autres extraits d'entretiens montrent qu'elle peut aussi être utilisée pour trouver par son effet un apaisement psychique ou un remède pour s'endormir.

Du côté des services en PJJ, cette pratique est en revanche présentée comme généralisée au regard des professionnel.les. De leur point de vue, c'est l'addiction pour laquelle les jeunes se trouvent en majorité concerné.es même si la fréquence de consommation varie, allant d'un usage quotidien à plus occasionnel.

« On a quasiment tous les jeunes qui fument du cannabis, je pense, sur huit actuellement, ils fument tous, au moins de façon récréative, au moins occasionnellement. Ils consomment tous à un moment donné. Après, c'est l'addiction principale, celle qu'on repère vraiment le plus, qui a le plus d'impact. » (éducPJJ8)

Les entretiens mettent en évidence que la différence de consommation avec le contexte de la protection de l'enfance s'expliquerait par rapport à l'origine de la mesure qui serait souvent en lien avec les stupéfiants. Cela installerait de fait leur consommation dans l'environnement quotidien du placement et engagerait d'autres jeunes non-consommateurs dans la dynamique de cette pratique.

« Alors il y a une forte proportion de jeunes qui ont une addiction au cannabis, etc. Alors en plus là, ça fait quasiment un an qu'on a une forte proportion de jeunes qui ont été interpellés et placés à [la structure] sur des bases de stupéfiants, soit de consommation, soit de trafic, etc. Et donc du coup, c'est vrai qu'on a une forte consommation des stupéfiants [ici]. » (éduc PJJ15)

Les discours font ressortir une logique de consommation basée sur la transgression, où les jeunes la mettent en scène de différentes manières :

- en exposant l'usage par le fait de fumer à proximité du lieu ou dans certains espaces privés (comme les chambres) laissant des traces olfactives ;
- en montrant ostensiblement les effets sur le comportement altéré par la prise de produit ou par ses effets sur le corps (pupilles dilatées et hyperémie conjonctivale) ;
- en revendiquant la consommation par le fait de la déclarer de manière directe ou indirecte aux éducateur.ices – cela a été en outre constaté lors des observations des ateliers où les jeunes mentionnaient le fait de « fumer des joints » en vue de provoquer des réactions auprès des adultes présent.es.

Bien que la transgression soit affichée et constatée par les professionnel.les, il n'en demeure pas moins que les logiques de consommation sont similaires à celles mentionnées dans le contexte de la protection de l'enfance. La dimension « récréative » trouve de nombreuses occurrences dans les discours mais aussi celle qui apparaît comme un moyen de remédier / pallier à des difficultés personnelles.

« C'est le cannabis essentiellement, je dirais la première pour moi, la première addiction, c'est le cannabis. (...) "pour eux, c'est celle qui peuvent se procurer plus facilement, on va dire, et que c'est celle qui leur permet, soi-disant de mieux dormir, de passer leurs angoisses. » (éduc PJJ9)

3.2.2 Des consommations diverses

Parmi les consommations d'autres toxiques, les entretiens font apparaître trois catégories : le tabac, l'alcool et d'autres stupéfiants (illicites ou non). La consommation de tabac se trouve mentionnée à de nombreuses reprises mais elle n'apparaît pas comme un phénomène aussi variable selon les contextes de la mesure à la différence du cannabis. Les professionnel.les font autant état de cette consommation en protection de l'enfance (incluant les services accueillant des MNA) qu'en protection judiciaire de la jeunesse. Présentée comme répandue, elle ne fait toutefois pas l'objet des mêmes inquiétudes et problématiques en comparaison de la précédente. Cela s'explique à plusieurs titres. L'addiction n'est pas du même ressort étant donné qu'elle n'entraîne pas d'altération de l'état de conscience. Sa consommation n'est pas illicite au regard de la loi et se trouve (sans doute en conséquence) abordée à de multiples reprises entre professionnel.les et jeunes.

« La cigarette ils fument, et nous on leur explique : c'est leur droit, ils ont le droit de fumer. Après, voilà, s'ils veulent arrêter. [...] C'est autorisé. [...] On dit qu'on peut les accompagner à diminuer, à arrêter, etc., qu'il y a pas mal de choses qui peuvent se mettre en place. Et il y a plusieurs jeunes qui ont pu arrêter aussi la cigarette. Ils s'expriment à un moment donné qu'ils voudraient arrêter. » (éduc PE6)

« Est-ce que parfois vous échangez avec eux là-dessus, sur ces sujets ? I : Oui. En fait [le jeune], quand il fume, tout ça, moi je dis souvent : 'Arrête de fumer ou tu peux baisser'. Et il m'a dit aussi : 'Oui, j'essaie de baisser'. » (éduc PJJ3)

Dans les discours sur le tabac, il semblerait que les échanges puissent s'orienter entre les travailleur.euses sociaux.ales et les jeunes autour de la question de la diminution/arrêt de leur consommation. C'est un sujet pour lequel les jeunes apparaissent assez sensibilisés et réceptifs quant à l'idée diminuer voire d'arrêter (même s'il n'y a pas beaucoup d'effectivité constatée). Parmi toutes les consommations, le tabac est celle qui fait l'objet de la plus grande prévention informelle, c'est-à-dire en dehors des dispositifs et située dans le quotidien de l'accompagnement.

Enfin, en lien avec cette catégorie de toxiques, certains entretiens mentionnent de nouvelles tendances qui apparaissent chez les jeunes comme la chicha ou le « puff ». Elles soulèvent en revanche davantage d'inquiétudes au regard d'une méconnaissance des risques par les jeunes et leur banalisation dans le quotidien. La chicha (ou narguilé) représentant une exposition particulièrement importante à différentes substances en raison de la très forte concentration de substance lors de l'inhalation. La puff est quant à elle une nouvelle forme de cigarette électronique destinée à un usage unique qui peut contenir ou non de la nicotine mais génère dans tous les cas un aérosol.

« La puff, c'est leur grand truc. Alors ça, c'est encore pire qu'une addiction, c'est du non-stop, et ils le font, même s'ils sont pas sortis, mais c'est à l'intérieur c'est fait tout le temps, c'est vraiment, c'est comme doudou. Ils l'ont toujours à la main. » (éduc PJJ8)

Le point de vue de cet éducateur rejoint d'autres discours recueillis lors des entretiens ou du focus group mené avec des professionnel.les. Sa consommation s'avère difficile à encadrer d'un point de vue éducatif du fait de sa nouveauté (qui nécessite une adaptation réglementaire *ad hoc*) et de son usage qui ne laisse pas de traces olfactives durables et aussi incommodes que la cigarette. Son usage ne se trouve en conséquence pas circonscrit dans des espaces dédiés et s'immisce dans le quotidien des jeunes avec le risque d'une absence d'auto-régulation.

L'alcool est une substance dont la consommation par les jeunes est présentée par les professionnel.les à des niveaux faibles et de fréquence occasionnelle. Quelques-un.es évoquent des cas d'adolescent.es ou jeunes adultes (parmi certains MNA notamment) qui ont nécessité une prise en charge du fait d'un problème d'addiction important mais ils sont présentés comme très

isolés et non significatifs par rapport à la tendance générale. Sa consommation occasionnelle trouve toutefois plus d'occurrences dans les milieux de vie en PJJ tout comme pour les autres stupéfiants.

« Il y a tout, c'est quand même beaucoup de produits stupéfiants quand même, on a, on a de l'alcool et puis, comme on en a aussi comportemental, mais quand même moins, c'est vraiment pour nous, c'est le cannabis essentiellement la première addiction. [il y a aussi] du protoxyde d'azote et ça, on retrouve régulièrement des petites capsules, mais je ne sais pas si ça peut être pensé comme une addiction. En soit, c'est un produit, mais c'est un produit » (éduc PJJ9).

Bien que représentant des risques non-négligeables pour la santé des jeunes, l'alcool et les autres substances comme le protoxyde d'azote³¹ ne sont pas ou peu classés dans le registre des consommations addictives du fait qu'elles restent parcellaires et peu généralisées. Elles suscitent néanmoins de fortes inquiétudes, notamment pour ce qui concerne ce que les professionnel.les appellent aussi les « ballons d'hélium » étant donné que sa substance est en accès libre et n'apparaît pas ou peu visible (sinon des traces laissées par les capsules).

3.2.3 L'usage des écrans et TIC

L'exposition aux écrans est principalement citée à partir du smartphone et notamment deux types de pratique : les jeux en ligne et les réseaux sociaux (Tictoc, Facebook, Whatsapp ou encore Snapchat). Pour ce qui concerne les usages liés aux ordinateurs ou consoles de jeux qui nécessitent un écran fixe, ils représentent un problème de plus faible ampleur car ils se trouvent de fait, régulés par un cadre horaire défini par les structures.

D'après les professionnel.les interviewé.es, la très large majorité des jeunes est fortement exposée aux écrans y compris les MNA. Pour ces dernier.es, une plus forte addiction aux jeux en ligne et, pour certains cas, aux jeux d'argent est pointée dans les entretiens. Pour les autres jeunes, les discours montrent que les travailleur.ses sociaux.ales se confrontent à un écueil par rapport à ce type de pratique : la difficulté de mettre en relation l'addiction objectivée (en tant que phénomène) avec les conduites des jeunes, en particulier dans le contexte de placement où la différence de comportement avec la jeunesse dans son ensemble n'est pas toujours évidente.

« Alors, ici si je dois parler que des jeunes d'ici, ils sont très souvent sur les écrans, que ça soit ordinateur ou téléphone. J'ai cru comprendre qu'il n'y avait pas d'addiction aux écrans, mais plutôt une forte consommation à... Et cette consommation serait due effectivement à peut-être une pauvreté des stimulations, une pauvreté de l'environnement. » (psy 9)

« Les écrans est compliqué parce qu'elles ont toutes un téléphone. Il y a quelques jeunes quand même, qui vont beaucoup jouer en ligne, justement, avec des amis virtuels, etc, après de parler d'addiction je sais pas non plus, par exemple il y en a une là, son téléphone est cassé, ça ne lui dérange pas plus que ça. » (éduc PEP1)

Si les entretiens montrent que beaucoup de jeunes ont un usage des écrans très important dans leur vie quotidienne, certains professionnel.les se questionnent sur le fait qu'il s'agisse d'un comportement spécifique à leur contexte de vie ou si cela concerne aussi un grand nombre de jeunes qui ne font pas l'objet de mesure socioéducative. Ils et elles pointent sur cet aspect le manque de connaissances et repères normatifs à disposition afin de pouvoir appréhender/mesurer le phénomène comme une problématique éducative spécifique. Ce qui apparaît commun dans certains extraits d'entretien comme indicateur de comportement inquiétant ou qui nécessite une réponse éducative, ce sont les pratiques nocturnes dont les usages nuisent aux cycles du sommeil.

³¹ Il s'agit d'un gaz aux effets hilarants lorsqu'il est inhalé. Il est commercialisé en vente libre à destination d'usage pour la cuisine sous forme de cartouches à usage unique (gaz propulseur utilisé notamment dans les bonbonnes de crème chantilly). En tant que toxique, il fait l'objet d'un détournement d'usage, généralement au moyen de ballons de baudruche en vue de son inhalation.

« Par contre, les jeux vidéo, ça, c'est une réalité, et notamment à la MECS ils ont wifi gratuit, et ça, c'est bien, parce qu'ils peuvent rester en contact avec la famille, mais c'est difficile parce qu'ils peuvent rester, certains, enfermés dans leur chambre à jouer. Ils peuvent jouer pratiquement toute la nuit. Pour certains, l'écran l'addiction à l'écran est très, très fort. » (chef de service1)

L'autre danger potentiel repéré par quelques professionnel.les concerne davantage les filles et se trouverait lié à leur absence de discernement qui conduit à la publication de contenus qui peuvent avoir des effets qui se retournent contre la personne qui les émet. Il peut s'agir de photographies ou de vidéos dont la réception sur les réseaux sociaux entraîne des dévalorisations, railleries pouvant prendre la forme de cyberviolences ou d'harcèlement en ligne en direction de son émettrice.

De manière plus diffuse, l'inquiétude générale qui ressort dans les discours professionnels quant à l'usage de ces technologies d'information et de communication par les jeunes concerne l'impact qu'elles peuvent avoir sur leur dynamique motivationnelle pour les autres activités. L'usage des écrans se produirait au détriment d'autres pratiques de loisirs ou d'investissements dans des projets de formation ou professionnels. Beaucoup expriment leur sentiment d'impuissance pour réguler ce type de pratiques dans le quotidien des jeunes tant elles ne se rendent pas toujours visibles, ayant pour conséquence un manque de « prise » pour permettre un accompagnement éducatif. Ces usages se situent à la fois dans l'espace public mais aussi dans le champ de l'intimité (comme la chambre) ce qui rend difficile la mesure du phénomène à l'échelle de la collectivité mais aussi l'appréciation de la trop forte exposition à une échelle individuelle. Un chef de service précise à cet effet qu'il a fixé comme règle l'extinction du Wifi de 23h à 7h du matin tout en constatant qu'il s'agit-là d'un pis-aller.

3.3 Enjeux éducatifs de la santé et des addictions

Comment les professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ pensent dans le quotidien et la pratique éducative les enjeux de la santé et des addictions ? L'analyse des discours à ce sujet permet de repérer quatre dimensions qui évoquent à la fois le niveau de l'organisation éducative collective au sein de l'équipe, la « routine éducative » de chaque professionnel.le à ce sujet mais aussi la dimension relationnelle dans le quotidien partagé avec les jeunes, de l'ordre de l'attention sensible. Emerge également le fait que les addictions ou même les consommations constituent à la fois un sujet très sensible voire tabou, mais aussi un objet de loi appelant des sanctions et donc des responsabilités.

3.3.1 La santé des jeunes perçue comme altérée par les professionnel.les

Le guide d'entretien à destination de professionnel.les prévoit une thématique sur la santé des jeunes à un niveau général, permettant à la fois d'aborder des questions somatiques et psychiques avant ou pendant la mesure socioéducative.

Parmi celles et ceux qui ont répondu sur ces aspects, la quasi-totalité fait le constat d'un très faible accompagnement en santé des enfants par leur famille avant la mesure. Concrètement, sur le terrain, cela est constaté par une antériorité d'accès aux soins inexistante ou sinon très basse. Plusieurs travailleur.euses sociaux.ales font le constat qu'à l'arrivée dans les structures, il y a deux profils de jeunes pour ce qui concerne la santé somatique : des jeunes qui ont un état de santé dégradé et d'autres qui ne présentent pas de problème particulier même si les différents suivis médicaux qu'un enfant devrait avoir ne sont pas à jour.

« [Pour les jeunes], on va dire lambda, en fait, je trouve qu'au niveau de la santé, on a vraiment deux types de jeunes. On a vraiment les jeunes qui ont pas eu beaucoup accès à la santé, mais qui sont en super forme et on touche du bois parce qu'ils ont une bonne santé. Et on a vraiment les jeunes qui sont très très carencés, que ce soit parce que les parents ont pas eu accès aux soins ou ont été négligents au niveau des soins. » (éduc PE5)

Dans un constat similaire, un chef de service voit deux catégories : *« le jeune qui arrive déjà avec une santé chancelante, [et] il y a le jeune qui arrive en bonne santé ; c'est vraiment deux aspects différents »*. Parmi les problèmes de santé rencontrés par les jeunes à leur arrivée, il peut s'agir de blessures mal soignées (traumas orthopédiques), de problèmes bucco-dentaires (caries ou dents noires), d'infections liées à un défaut de soin et/ou d'hygiène corporelle. Le bilan de santé générale des enfants à leur arrivée semble ainsi devenir une priorité pour les responsables de structures, ce qui n'était pas nécessairement une évidence il y a plusieurs années.

« De plus en plus, les jeunes sont suivis correctement à partir du moment où nous les accueillons tant sur un plan psy que sur un plan physique. Il faut qu'on s'occupe des dents, des yeux, des oreilles. Dès que l'enfant est placé, rendez-vous dans un service, la sécurité sociale, il y a tout un examen qui est fait, un grand bilan, tout est pris en compte. » (chef de service5)

Comme l'indique le premier extrait d'entretien mobilisé plus haut, la raison de l'état de santé dégradé pour certain.es jeunes peut se situer du côté de la responsabilité parentale mais aussi, dans d'autres cas, du fait d'un accès au soin complexe dans un territoire où l'offre est faible (cela concerne notamment celles et ceux qui résident dans les déserts médicaux). Sur cet aspect, les professionnel.les mentionnent le fait que certains parents trouvent un bénéfice non-négligeable dans le placement car cela permet à leurs enfants de bénéficier d'une prise en charge (para-) médicale. C'est aussi le cas des jeunes accueilli.es bien qu'ils et elles se présentent ambivalent.es dans leur rapport aux soins, c'est-à-dire qu'il y a à la fois une forte demande d'attention pour ce qui relève de l'acte usuel et, paradoxalement, beaucoup de réserves pour des actes médicaux ou chirurgicaux plus importants.

« Les jeunes ont tellement connu de souffrances, de blessures que je n'ai pas l'impression qu'il y ait une sollicitation... Ils aiment bien être chouchoutés, on va dire, pour des petits bobos. [...] Il faut vraiment que la douleur soit bien présente ou alors que le professionnel s'aperçoive qu'il y a quelque chose qui ne va pas pour dire : 'si, là c'est important. Il faudrait qu'on aille chez le médecin, qu'on prenne rendez-vous ou qu'on sollicite l'infirmière'. Mais contrairement à d'autres publics ou tout simplement des adolescents avec leurs parents au quotidien, il y a moins ce suivi. » (éduc PE7)

La dimension relative à la santé psychique des jeunes est aussi abordée dans les entretiens qui font état d'un bilan où des jeunes se trouvent dans des situations de vulnérabilité psychique à leur arrivée dans les structures. Plusieurs aspects sont présentés à ce sujet. Le premier concerne le fait que les professionnel.les constatent une augmentation des jeunes qui ont déjà des suivis / accompagnements en raison de problèmes psychiques. Le second concerne l'augmentation de celles et ceux qui n'ont pas reçu de soins de cet ordre mais se trouvent dans une situation de « mal être » lié à leur accueil. L'extrait d'entretien ci-dessous aborde cela en faisant le lien avec les manifestations émotionnelles ou des difficultés comportementales qui en constitueraient autant d'indicateurs.

« Donc aujourd'hui, on est confrontés à des enfants qui sont psychologiquement vraiment très abimés et qui arrivent parfois trop tard dans les services, pas que du nôtre, mais dans les services socio-éducatifs. [...] La fragilité chez les jeunes filles c'est justement le regard des autres et elles sont renfermées sur elles-mêmes. Et chez les garçons, la fragilité psychique c'est l'agressivité, c'est le manque de règle, de loi, de savoir-être, de savoir-vivre avec les autres. Ça devient compliqué. » (éduc PE3)

Cette différence d'expression de mal-être ou de la souffrance des jeunes accompagné.es selon le genre se retrouve aussi dans les constats faits par d'autres travailleur.euses sociaux.ales et plus largement dans les études menées sur les conduites à risque des jeunes en situation de vulnérabilité (Le Breton, 2013). Pour certain.es professionnel.les, il est toutefois difficile de faire la part de l'effet de l'environnement familial et de celle liée aux ruptures de parcours (familial et/ou institutionnel) dans le cadre d'un placement : *« l'effet de la séparation avec la famille ou avec l'ancien foyer, ou en tout cas, être dans un milieu inconnu ; il y a le fait que, justement, c'est toutes ces différentes problématiques de ces jeunes, ça peut bien insécuriser aussi, ça peut venir bouleverser aussi »*.

3.3.2 Les choix et possibilités éducatives et institutionnelles

Les professionnel.les rencontré.es ont fait part de leurs pratiques éducatives, plus ou moins formalisées, instituées, fluctuantes, toujours créées au regard des caractéristiques perçues des jeunes, d'autant plus que la majorité est convaincue de la spécificité des addictions en protection de l'enfance, estimant : *« il y a plusieurs éléments, c'est pas que de leur fait non plus. Il y a plusieurs éléments qui font aussi qu'ils peuvent pas arrêter aussi facilement que de jeunes lambda. »* (éduc PJJ3).

Plusieurs exemples sont donnés au fil des entretiens. Un premier vise à occuper les jeunes et lutter contre l'ennui, qui est bien repéré par les professionnel.les comme un vecteur de consommation important. Certain.es organisent des séances de ciné-débat pour évoquer le sujet en collectif de manière détournée. Intéresser les jeunes, leur proposer des activités variées semble constituer un vrai défi pour les intervenant.es socio-éducatifs au quotidien, également mobilisé.es par de nombreuses tâches administratives. Puis, au niveau de l'organisation du suivi des jeunes, il est évoqué plusieurs pratiques : formaliser le sujet de la consommation lors des rendez-vous hebdomadaires, en parler dès l'arrivée du jeune comme l'indique cette éducatrice :

« c'est une question que j'aborde quand ils arrivent, parce que je leur fais un petit entretien sur la santé, sur leur santé, pour savoir comment ils se sentent. Et je leur dis à ce moment-là, je n'ai pas un rôle d'éducateur PJJ à proprement parler, je suis là pour les accompagner sur la santé. Je ne jugerai pas de leur, de leur consommation, mais en général, ils vont avoir tendance à minimiser » (éduc PJJ2).

De façon instituée, le projet personnalisé, est utilisé comme une petite porte d'entrée sur la santé du jeune et aussi comme un support pour en parler « plus objectivement » avec l'équipe et avec d'autres corps professionnels.

« On rédige un projet personnalisé avec chaque jeune, et dans le projet personnalisé on a une thématique sur la santé. Donc on peut l'aborder à ce moment-là, dans ce cadre-là, et puis aussi avec les différents services de soins qui accompagneraient ces jeunes en fait. Donc oui, on peut l'aborder à ce moment-là, mais comme l'alimentation, tu vois. On peut aborder la santé générale, et donc on a cette possibilité » (éduc PE4).

La question de la délimitation des rôles avec l'ensemble des professionnel.les est permanente et non tranchée, et se traduit par des attentes au niveau du collectif : *« Normalement ça devrait faire partie d'une réunion d'équipe »*. Le besoin d'étayage collectif semble partagé par l'ensemble des professionnel.les rencontré.es, dans un objectif d'élaboration commune à partir de points de vue et d'expertises différents. Il est exprimé la nécessité d'outiller la fonction éducative pour soutenir les jeunes mais aussi la crainte de formations supplémentaires qui transformeraient l'éducateur.rice en professionnel.le de prévention des addictions.

« on a besoin des deux, parce que clairement, sinon on ne peut pas... On nous demande d'être toujours plus, mais l'éducateur devient infirmier, devient éducateur, de prévention, des addictions et on perd, les jeunes s'y perdent. » (éduc PE3).

Malgré les leviers éducatifs repérés par les professionnel.les, sont repérés aussi des obstacles ou des freins très puissants face à leurs possibilités d'actions, tels que la dimension économique de la consommation, l'effet du placement en lui-même sur les jeunes, ou encore le poids des dynamiques de groupe des jeunes.

3.3.3 *Un quotidien attentif et une relation de confiance au prisme d'une réponse-sanction ?*

La relation éducative dans ses multiples épaisseurs (écoute, confiance, disponibilité) est présentée comme un élément support indispensable dont se servent les éducateur.ices dans une visée d'action éducative quotidienne vis-à-vis des consommations, pouvant aussi se traduire par des réponses-sanctions.

D'après les personnes rencontrées, le lien de confiance permet de percevoir et soutenir une mise en sens de la consommation des jeunes : « créer du lien » ; « pouvoir être une oreille pour les jeunes ». Cette relation de confiance aurait besoin de temps et d'investissement d'énergie important auprès de jeunes « distants » et/ou qui nient le problème.

La confiance et la relation proximale sont perçues comme un rempart vis-à-vis de postures répressives face à la consommation.

« tout notre travail, c'est mais ça passe par le fait de les sécuriser aussi, de prendre en compte ce qui les a amenés aussi à cette consommation là, c'est souvent comme il y a de la souffrance. Et puis, et puis, je pense que c'est ce que je disais, c'est de pas être dans le répressif, essayer de les accompagner, les amener à parler aussi du sujet » (éduc PE8).

Le quotidien constitue alors un révélateur et un levier de prévention, même pour les jeunes qui pensent que la santé est une chasse gardée des professionnel.les de santé. Cette considération au quotidien se traduit par le fait de pouvoir en parler avec le ou la jeune lorsque l'éducateur ou l'éducatrice voit la consommation ou en constate les conséquences (yeux rouges, manque de concentration, troubles du sommeil) : « c'est le quotidien, c'est comment on les accompagne au quotidien et on prend en compte leurs addictions. Et ouais, pour moi, l'aspect préventif, on fait tous les jours au quotidien ». D'après les professionnel.les, la consommation s'invite de fait dans le quotidien et le percute d'une manière ou d'une autre. Le quotidien est alors présenté comme un indicateur précieux pour l'éducatif, un temps d'observation et de recueil d'éléments venant alimenter le repérage de la gravité, du niveau de consommation et des potentielles conséquences sur les autres sphères de vie du jeune. Il est une source importante d'informations pour l'adaptation de l'accompagnement en conséquence, ou pour la mobilisation de l'équipe éducative le cas échéant.

« C'est-à-dire que quand ils t'amènent ça, les jeunes, il faut bien que t'en fasses quelque chose, un jeune spontanément qui vient te dire : « Tiens, moi j'ai fumé mon premier joint à 10 ans » (éduc PE7).

Ce verbatim démontre les nombreux questionnements auxquels peuvent être confronté.es les professionnel.les une fois qu'ils ou elles disposent d'informations, et notamment l'enjeu d'une réponse-sanction à la consommation.

Plusieurs perceptions sur le rapport à la loi vis-à-vis des produits consommés sont visibles, notamment lorsqu'il s'agit de cannabis, la situation la plus fréquente. Un premier élément soulevé relève de l'enjeu de la responsabilité vis-à-vis du jeune et du service gardien comme l'indique cet éducateur :

« Mais le fait qu'on soit informés, qu'on soit au courant c'est : « Bon, maintenant tu vas pas pouvoir passer à travers les mailles du filet. On le sait. Donc, on sera vigilants. Si on doit le signaler au juge pour enfants ou à l'ASE... » Puisque les jeunes sont mineurs, donc on a aussi entre guillemets des comptes à rendre à l'aide sociale à l'enfance qui est le responsable légal. »

Jusqu'où l'éducateur ou l'éducatrice engage sa responsabilité auprès des autorités, en plus de sa crédibilité éducative vis-à-vis de la loi ? Plusieurs avis et questionnements sur la sanction comme solution éducative, ou comme réponse systématique :

« Je pense pas que c'est forcément utile, parce que addict, de toute façon, c'est plus fort que nous »

« Non, après, on est vigilant et on ne peut pas leur interdire de fumer parce que c'est une drogue »

« nous, on applique des sanctions, mais là, on voit bien qu'on arrive à nos limites, parce que ça marche plus »

« C'est la phrase que je leur dis souvent, c'est pas vu, pas pris »

Le rapport à la sanction éducative s'inscrit dans un contexte plus large au moins à deux niveaux, plus ou moins repérés dans les discours des professionnel.les : ce que la loi permet et/ou interdit, puis de façon déclinée au niveau de l'institution, ce qui est proscrit dans le règlement intérieur en termes d'usage. Néanmoins, le questionnement quasi-automatique porte sur le rôle de l'éducateur.rice dans cette éducation à la loi et dans la compréhension de la complexité des comportements de consommation et/ou d'addiction. Le positionnement du curseur sur le continuum de la prévention à la sanction semble complexe et fluctuant, au regard des multiples enjeux notamment pour le ou la jeune. Certain.es professionnel.les associent l'absence de sanctions à une invisibilisation voire à une banalisation de la consommation ou de l'addiction du jeune, et d'autres perçoivent les conséquences directes sur le parcours de vie du jeune (renvoi, nouvelle audience, etc.). Penser la réponse éducative aux consommations illégales et/ou proscrites met à jour la sensibilité de ce sujet à de nombreux égards.

3.3.4 Un sujet toujours sensible voire tabou

Le sujet est estimé comme sensible notamment au regard du sens accordé à l'addiction, comme un besoin pour faire face. *« On doit prendre soin des mécanismes de défense pour qu'après ils s'assouplissent. Je dirais que le frein ça serait : comment aborder cette consommation, ces addictions sans venir trop ébranler ce qui... L'addiction est une béquille. Donc, si on retire la béquille tout de suite... »*. Ainsi, certain.es éducateur.rices peuvent ne pas être à l'aise pour aborder ce sujet de peur des conséquences non prévisibles et/ou dommageables chez le ou la jeune. À cela s'ajoute l'image sociale des addictions, pouvant être taboue ou non selon les perceptions :

« Mais on n'a pas de tabou particulièrement. Je pense qu'ils peuvent aborder à peu près tous les sujets qu'ils veulent avec nous »

« Mais en aucun cas le jeune va venir nous parler de l'addiction. Ça, on n'a jamais eu le cas. »

« Maintenant, je pense qu'ils en parlent pas tous non plus, puisque ça reste tabou »

La délicatesse du sujet, même s'il est moins tabou, reste présente même en filigrane. Au regard des entretiens, on remarque une sensibilité aux différents visages, et présente à tous les étages de la chaîne éducative.

C'est aussi comment les éducateurs ou les éducatrices peuvent se sentir utiles, crédibles par rapport à cette thématique, se trouver légitimes, en mesure d'apporter quelque chose au jeune. Les professionnel.les expriment leurs besoins, notamment en termes de sensibilisation, avec un soupçon d'illusion vis-à-vis de connaissances qui pourraient radicalement changer les choses.

« c'est bien d'avoir une aide extérieure, comme on a le Cicat, parce que eux sont enfin, c'est quand même plus axé sur la prévention et plus au fait que nous, parce qu'on a aussi de se renseigner un petit peu, de comprendre. Il y a beaucoup de choses qui nous dépassent et on marche un peu sur des œufs »

Par exemple, le manque de familiarité avec les réseaux sociaux amène plusieurs professionnel.les à exprimer un besoin de sensibilisation pour comprendre le processus et repérer le risque d'addiction au-delà de l'occupationnel, alors que l'expérience passée de consommation de tabac, cannabis ou alcool peut être pensée comme déjà suffisante pour pouvoir en parler et écouter les jeunes à ce sujet.

« Quelque part, y aussi le côté où on n'est pas forcément passés par-là [référence aux réseaux sociaux], alors que des fois tu vois, la conso, tout ça, tu dis : « Bon, voilà, j'ai testé. Moi aussi j'ai été ado »

On fait l'hypothèse que les comportements de consommation et/ou conduites addictives sont socialement appréhendés à travers un prisme expérientiel individuel. Chacun.e regarde et accueille au regard de sa propre expérience directe ou proximale des comportements de consommations et/ou des addictions. Le rapport que les professionnel.les ont avec les addictions des jeunes semble aussi s'inscrire à la croisée de leurs connaissances formatives et expérientielles individuelles.

3.4 Collectifs/institutions et dispositifs autour de la santé et des addictions

Le discours des professionnel.les rend compte de l'articulation indispensable entre la prise en compte de la consommation au quotidien et les différents collectifs professionnels au sein ou en dehors de l'institution. Autonomia étant repéré comme un trait d'union entre l'intérieur et l'extérieur (ce que représente déjà le produit consommé).

3.4.1 Fluctuation des ressources/supports en interne

À plusieurs reprises, l'enjeu du collectif professionnel en interne est énoncé par les personnes rencontrées, à la fois comme un soutien important plus ou moins accessible comme le démontrent les verbatims ci-dessous :

« en réunion, une fois, par semaine, on se réunit tous, et la situation de chaque jeune est abordée »

« on en parle presque jamais en réunion, alors qu'on sait qu'il y a une consommation »

« j'ai l'impression que, souvent, les directions dédramatisent un peu. Et nous, on dit, on a un jeune qui ne consommait pas, il consomme aujourd'hui. »

« À l'heure actuelle je n'en parle qu'en individuel. L'objectif serait qu'on puisse en parler en équipe pour qu'on ait... Aujourd'hui, de manière très concrète, l'équipe aujourd'hui différencie le soin du quotidien. »

« si on a le soutien de la direction, c'est pas la même chose, un cadre qui a appelé les forces de l'ordre pour faire une intervention avec le chien et récupérer tout ce qui est récupéré, ou nous, c'est aussi pour pas rompre le lien qu'on a avec le gamin, si c'est nous qui le faisons, on perd tout le lien. »

Les attentes vis-à-vis de l'équipe et de la direction sont fortes, peut-être à la hauteur des doutes et des situations vécues au quotidien. Les questionnements autour du support institutionnel, et même organisationnel perçu portent sur les réponses formelles, sur les éléments de cadrage qui permettraient aux professionnel.les de penser la cohérence entre les intervenant.es et d'alléger le poids de la responsabilité individuelle face à des choix du quotidien.

Les ressources en interne viennent questionner aussi l'échelon politique plus largement en termes de préoccupation générale vis-à-vis de la santé et des priorités de la protection de l'enfance :

« [La santé] c'est pas la priorité, non. Dans la protection de l'enfance, ce qui va être le plus important c'est que les jeunes pris en charge soient protégés, c'est-à-dire retirés de leur milieu familial. Après, pour le reste, toutes les problématiques qui ont un lien pourtant avec le placement, c'est mis de côté, que ça soit évidemment la santé, l'addiction, la socialisation, la scolarité ».

Le contexte global et actuel du système de protection de l'enfance n'est qu'à demi-mot évoqué comme ayant un impact sur le suivi quotidien des jeunes accueilli.es. Les termes « démunis », « dépassés » ressortent plusieurs fois dans le discours des éducateurs et des éducatrices, considérant la complexité du phénomène : « *On sait pas trop comment traiter en fait le problème* ».

3.4.2 Au sujet du partenariat territorial et inter-institutionnel

Les professionnel.les rendent compte de l'importance des partenariats autour de ce sujet, afin de mobiliser les compétences d'expert.es. Un premier niveau semble se jouer autour du maillage territorial et du fait de connaître les ressources, les acteur.ices relevant du droit commun à proximité de la structure de protection de l'enfance. Un deuxième niveau consiste à connaître les modalités d'accès pour les jeunes concerné.es par la protection de l'enfance. C'est à cet endroit-là que la mise en place de partenariat peut se déployer, en venant une nouvelle fois questionner la spécificité de ces jeunes. Certain.es professionnel.les évoquent à nouveau la nécessité de trouver des partenaires experts en addictions mais aussi sensibilisés au contexte de la protection de l'enfance ou de la PJJ et aux particularités de ces jeunes. Pour les professionnel.les rencontré.es, le besoin de partenariat inter-institutionnel vise à favoriser l'orientation des jeunes :

« Alors, nous actuellement on est sur l'écoute, et puis après on oriente : « Si t'as besoin, tu vas voir le [...] ». Enfin si t'as besoin, c'est pas une question de besoin d'ailleurs : « *Si tu as la nécessité d'en parler ou d'être accompagné de façon plus - comment on va dire - en lien avec l'addiction précise, y a tel lieu, y a tel lieu, y a tel lieu, y a tel lieu* ».

Il vise aussi à permettre aux intervenant.es proximaux.ales d'être sensibles au quotidien à ces questions-là car ils et elles savent comment orienter les jeunes ensuite. La croyance dans l'efficacité d'une orientation, d'un relai pour prendre en charge un point en particulier, favorise alors le repérage en amont de cet aspect-là. Indirectement le partenariat sensibilise alors les professionnel.les et leur accorde une légitimité à verbaliser sur ce sujet-là avec les jeunes puisqu'il est possible d'apporter une réponse d'orientation.

3.4.3 Regards sur le programme Autonomia

Quelles que soient les dimensions évoquées et/ou questionnées lors de l'entretien semi-directif avec les professionnel.les, les discours recueillis démontrent un avant et un après Autonomia.

Un premier point unanime concerne le fait que le programme Autonomia offre un espace sécurisé de verbalisation et de prise de conscience des consommations tant pour les jeunes que pour les professionnel.les. « *Et je trouve que ça a vraiment, oui, libéré la parole pour ces jeunes qui avaient l'opportunité dans ce cadre-là d'en parler* ».

Le format des ateliers permettant d'échanger leur a également permis de se familiariser progressivement avec un vocabulaire, à choisir les mots, comprendre le sens de chaque mot et évidemment de pouvoir les manier plus facilement. À travers les mots, la prise de conscience des usages, des effets, des contextes, des perceptions a aussi eu des effets sur les postures, les regards des professionnel.les vis-à-vis des consommations ou des addictions, comme l'indique cette

éducatrice : « *clairement, j'ai découvert des choses en étant formé par [l'association] l'année dernière et mon approche a complètement changé vis-à-vis des jeunes* ».

Cet espace de parole semble recouvrir tout son intérêt par le fait qu'il soit animé par une personne de l'extérieur, qui est un deuxième élément précieux aux yeux des professionnel.les interrogé.es. La majorité des professionnel.les soulève l'intérêt de la venue d'une animatrice spécialisée en prévention appartenant à l'institution partenaire, en offrant un cadre sécurisé sur ce sujet délicat : « *ils écoutent et ils manquent pas de respect à la personne* ». Ainsi, c'est aussi l'approche, la pédagogie, l'animation du groupe qui semblent avoir contribué à l'apport perçu par les professionnel.les. Au sujet de la localisation du programme, d'autres professionnel.les évoquent également l'intérêt de pouvoir « délocaliser » les ateliers pour aider aussi les jeunes à aller vers l'extérieur : « *Mais moi, j'ai tout de suite dit : il faut que ce programme-là, il ait lieu à l'extérieur.* ». Le partenariat avec la structure de prévention des addictions, visible à travers la mise en place du programme Autonomia, contribue donc, d'une façon ou d'une autre, à un dialogue entre l'intérieur/extérieur qui paraît être une particularité appréciée « *en même temps, une structure qui peut à la fois être vu par les jeunes à l'extérieur mais qui puisse aussi intervenir à l'intérieur* ». Rappelons à ce sujet, que le programme Autonomia, en plus des 11 ateliers auprès des jeunes, contient aussi une phase de formation des professionnel.les de la protection de l'enfance à être co-animateur.rices mais aussi à recevoir les jeunes dans des consultations individuelles. Les différentes formes concrètes de ce partenariat contribuent, d'après les personnes rencontrées, à développer un partenariat solide, durable et réciproque : « *il y a du lien qui se crée, il y a du partenariat qui se crée avec l'institution* ». Une professionnelle souligne aussi le fait que le partenaire puisse les solliciter pour leur expertise en protection de l'enfance dans d'autres cadres. La possible réciprocité conforte les professionnel.les dans l'intérêt de ce partenariat mais aussi dans leur pouvoir d'agir plus global, en plus de leur développement de sentiment de légitimité à évoquer ce sujet-là avec les jeunes.

Un autre élément pointé dans les discours recueillis concerne les atouts du « sur-mesure » proposé par Autonomia qui finalement porte davantage sur les compétences psycho-sociales que sur les addictions. Comme indiqué précédemment, selon les configurations des structures de la protection de l'enfance, les 11 ateliers se sont déployés différemment et chaque atelier a une dynamique différente selon le nombre de participant.es. La souplesse du programme a été relevée par plusieurs professionnel.les qui ont également apprécié le travail sur les compétences psycho-sociales, le percevant comme utile en soi pendant les ateliers pour les jeunes, mais aussi pour elles et eux comme supports à utiliser dans leur pratique éducative, comme le souligne une professionnelle : « *c'est pour ça que c'est un projet qui, hyper intéressant, parce que ça prend en compte ça, ça ne vient pas que sur les addictions, c'est beaucoup plus large.* »

Synthèse de l'analyse des entretiens réalisés avec les professionnel.les

Le discours analysé des 29 professionnel.les rencontré.es montre une réelle préoccupation au sujet de la santé des jeunes, perçue comme dégradée, et au sujet de leurs consommations et/ou addictions, notamment de cannabis. Ils et elles témoignent des enjeux des pratiques éducatives au quotidien dans l'accompagnement proposé aux jeunes tout comme dans les relations stables de confiance afin d'aborder la thématique de la consommation avec les jeunes ; une thématique encore très sensible voire taboue. Des réponses éducatives sont proposées, cherchées et créées, et le programme Autonomia permet, d'après leurs discours de répondre à un besoin de parole des jeunes à ce sujet.

4 Analyse des entretiens réalisés avec les chargé.es de prévention : l'enjeu de l'aller-vers et du dialogue

Au fur-et-à-mesure du déroulé de la recherche, la méthodologie qualitative a été enrichie afin de renforcer la diversité des points de vue, et la réalisation d'entretiens avec des chargées de prévention impliquées dans la mise en place du programme Autonomia en fait partie. Huit professionnel.les chargé.es de prévention appartenant à deux organismes de prévention des addictions dans deux départements différents ont été rencontré.es pour un entretien semi-directif. Pour des raisons de confidentialité, nous ne donnerons pas plus de détails socio-démographiques. Elles ont volontairement été rencontrées à la fin de la période de récolte de données, les jeunes et les professionnel.les socio-éducatif ayant déjà été interviewé.es.

L'analyse thématique manuelle de leur discours met en exergue trois dimensions qui vont être développées ci-après.

4.1 Les enjeux de la santé mentale pour les jeunes en protection de l'enfance

Un des objectifs des entretiens menés avec les chargées de prévention était de recueillir leurs perceptions au sujet des particularités et des points communs par rapport à l'ensemble des jeunes qu'ils ou elles peuvent rencontrer dans le cadre de leurs différentes actions de prévention notamment en collège et en lycée. À l'unanimité, sont partagées leurs préoccupations par rapport à la santé mentale des jeunes rencontré.es lors des ateliers Autonomia :

« sinon, j'interviens pas du tout avec ce public là, mais leur santé, il y avait quand même des problématiques, surtout au niveau de la santé mentale, quand même ». (chargé de prev B1)

« tout ce qui était autour de la santé mentale chez ces jeunes là, parce que c'est quand même des jeunes qui ont des parcours de vie qui, à leur âge sont déjà bien costaud. » (chargé de prev A3)

D'après les chargé.es de prévention, le manque de confiance en soi et le vécu de choses difficiles rendent vulnérables au fait de se tourner vers la consommation d'un produit ou vers un comportement addictif. *« Je pense que ça s'inscrit quand même, des fois, dans un schéma où il y a des choses pas faciles, il n'y a pas forcément de confiance en-soi, c'est compliqué, ou il y a quand même des histoires de vie qui font que, forcément, on va plus se tourner vers un produit que si on est bien entouré, si on a on fait en-soi, si on a tout ce qu'il faut chez-soi, »* (chargé de prev B4). La vulnérabilité de ces jeunes est évoquée à plusieurs reprises, renforcée par une absence de ressources passées et présentes pouvant conduire à considérer la consommation comme une béquille.

Ces jeunes sont bel et bien repéré.es comme un public à risque de développer des dépendances ou même de la consommation, avec aussi la recherche ou la découverte d'un refuge dans la consommation :

« ça procure du plaisir, ça peut offrir ce petit cocooning qui, quand on est une vie difficile, ça peut faire du bien, notamment si on parle du cannabis. Le cannabis, oui, pendant le moment où je fume un joint, je vais être sur ma planète et pendant ce temps là, il n'y a plus tous les problèmes qui sont autour. » (chargé de prev B4)

Une autre dimension de la vulnérabilité repérée chez ces jeunes, concerne le fait d'être plus influençables par les pairs ou les sources de pression sociales et sociétales. *« Il y a des comportements à risque, notamment, je pense, sur les réseaux sociaux. C'est plus l'environnement qui va les mettre en danger, en lien avec leurs vulnérabilités. »* (chargé de prev B1)

Néanmoins, la considération de la santé mentale de ces jeunes ne met pas de côté le regard posé sur leur santé physique. Plusieurs chargées de prévention soulèvent également la sensibilité aux symptômes, aux sources de souffrances corporelles :

« Je parle de santé physique, parce que tout ce qui va être les angoisses, le stress, ça se ressent par le corps. Il y a des tensions, comment dire qu'on peut développer corporellement comme le fait de mal dormir. Plus on dort bien, plus on va aller mieux dans la santé mentale. Mais le corps, il va aussi. Plus on va être fatigué, plus on va se blesser facilement. » (chargé de prev A2)

Le stress ressenti par ces jeunes a été perçu par la majorité des chargées de prévention.

Ces éléments spécifiques amènent plusieurs chargés de prévention à se former sur le psycho-trauma et le trauma complexe par exemple afin de pouvoir être mieux outillés pour développer des ateliers adaptés à ces jeunes en particulier, même si la question des intérêts et des limites d'avoir un regard extérieur se pose.

4.2 Les CPS au cœur de l'intervention et de l'accompagnement

Si le travail sur les compétences psycho-sociales est généralisé auprès d'un public adolescent, d'après les chargées de prévention rencontrées trois d'entre elles sont particulièrement centrales pour ces jeunes : l'estime de soi, la gestion des émotions et le fait de savoir dire non. Ces trois aspects leur paraissent importants au regard du parcours des jeunes et des tentations aussi présentes dans leur contexte : *« Par rapport à leur santé, je pense que c'est des jeunes, du fait de leur parcours personnel, qu'on n'a pas eu toutes les ressources nécessaires pour prendre soin d'eux mais de manière générale, que ce soit la santé mentale, la santé physique »* (chargé de prev B3). L'objectif des ateliers est alors de leur apporter des ressources internes en termes de compétences psycho-sociales, renforcées aussi dans le long terme, dans la prise en charge éducative au quotidien.

Plusieurs chargés de prévention ont observé chez les jeunes l'absence de confiance en eux-mêmes, et leur méfiance vis-à-vis des adultes, qui pouvaient légèrement bouger au fil des ateliers. D'après elles, les ateliers ont un intérêt ponctuel dans ce qu'ils apportent le jour J, mais aussi un intérêt à long terme notamment dans la confiance qui peut se nouer entre les chargées de prévention et les jeunes, au fil du temps. La temporalité est présentée comme un élément fondamental à considérer, estimant l'inefficacité d'une séance unique auprès de ces jeunes.

« Parfois il y en avait au début, qui voulaient pas du tout s'exprimer et qui, au fur à mesure des séances, ont vraiment bien participé. Ils sont sentis en confiance, ils ont commencé vraiment à se confier aussi sur des sujets, et ça, ça permet d'avancer même. » (chargé de prev A2)

La mise en place du programme Autonomia et l'animation des ateliers en duo permet, d'après les chargés de prévention d'impulser une nouvelle dynamique : *« Je pense que c'est une force aussi d'avoir quelqu'un qui est de l'établissement à quelqu'un en dehors de l'établissement parce que ça apporte autre chose, ça apporte un nouveau regard et même pour les jeunes, c'est pas la même dynamique. »* (chargé de prev A3)

Plusieurs d'entre elles évoquent le fait que le développement des CPS contribue aussi à renforcer la prévention horizontale et la vigilance par rapport à celles et ceux qui ne consomment pas : *« résister, justement, montrer que lui, il a trouvé d'autres moyens de faire une pause sans ça. Donc, c'est la responsabilité de tous, c'est pas juste celui qui est tombé dans une addiction, qui doit être travaillé »* (chargé de prev B4). Ces pistes pour préserver celles et ceux qui ne sont pas concernés par les addictions dans un groupe, de responsabiliser aussi les autres pour valoriser et protéger ce non-consommateur car, en effet, le risque de contagion est largement redouté au sein des structures collectives.

4.3 Les défis d'une prévention éducative adaptée

Le programme Autonomia vise également à sensibiliser, mobiliser, former, impliquer les professionnel.les socio-éducatifs autour des CPS, des addictions dans une visée préventive. Cela se traduit par des petits temps de formation seulement à destination des professionnel.les puis aussi par le fait qu'ils et elles soient co-animateur.rices des ateliers à destination des jeunes. Ces différents temps qui se déploient au moins sur une année scolaire permettent aussi une inter-connaissance entre ces deux corps professionnels.

Les chargé.es de prévention ont donc un regard sur les différents travailleurs sociaux et travailleuses sociales avec qui ils et elles interviennent. Globalement, est observée une évolution notoire, notamment dans le fait de se sentir de plus en plus à l'aise pour parler de cette thématique.

« il y a beaucoup d'appréhension parfois d'en parler avec des jeunes, parce que certains se disent que ça va passer pour de l'incitation. Ça reste un peu tabou. Aussi, on a encore un peu du mal à en parler, »
(chargé de prev A2)

La logique est également d'impulser l'effet « boule de neige » par une ré-appropriation des méthodes et des contenus par les professionnel.les proximaux.ales : *« c'est vrai que s'ils sont pas formés et pas impliqués, ça aura beaucoup moins d'impact parce que les jeunes voient que même les éducateurs sont dedans, ils participent, ils sont vraiment, ils font vraiment partie intégrante du programme. »* Un des défis présenté par les chargé.es de prévention c'est bien de mettre à l'aise les professionnel.les avec la thématique des addictions pour qu'ils et elles puissent ensuite proposer une écoute auprès des jeunes, ayant repéré à quel point les jeunes avaient besoin d'espace de parole au sujet de leur santé dont l'addiction peut faire partie. *« avec leurs éducateurs, ils ont une relation particulière, souvent, et il y a des sujets qui sont peut être plus durs à aborder et qu'on n'a pas tous la même relation aussi à l'addiction ».* (chargé de prev B2)

Les personnes chargées de prévention témoignent aussi de leur discours auprès des professionnel.les au sujet de la consommation :

« j'ai besoin de dire que la consommation, c'est une solution que la personne a trouvé. C'est peut-être pas la meilleure pour sa santé, de notre point de vue, mais c'est une solution qu'elle a trouvé à un moment donné. C'est un peu une méthode, des fois pour certaines personnes, de survie qu'elles ont trouvé ». (chargé de prev A2)

Lors des entretiens, toutes évoquent la famille, les parents, avec parfois un certain poids du passé pesant sur les jeunes aujourd'hui et parfois un certain levier pour le futur avec le souhait de pouvoir également les intégrer au programme de prévention : *« Il faut que les parents soient aussi impliqués, qu'ils soient formés dessus »* (chargé de prev B3). Dans une approche systémique, les chargé.es de prévention font également référence au contexte global du lieu d'accueil, notamment en termes de soutien organisationnel à apporter aux professionnel.les en leur libérant du temps. Ils et elles insistent également sur l'importance du portage de ce genre de projet par la direction : *« si le chef de services est motivé, tout l'intérêt auprès de ces jeunes, je pense que c'est super. Et puis, en plus, on en parle vraiment, les CPS, et après, il faut les mettre en place, et pour ça la direction doit aider »* (chargé de prev B4). Ce verbatim s'inscrit bel et bien dans une conception d'une prévention efficace si elle concerne tous les adultes qui côtoient ou prennent des décisions pour les jeunes.

Synthèse de l'analyse des discours des chargé.es de prévention

Les éléments transmis par les 8 professionnel.les chargé.es de prévention animant les ateliers Autonomia permettent de rendre visibles des fragilités, des vulnérabilités perçues chez ces jeunes pouvant être plus à risque de développer des consommations ou des conduites addictives et de dépendances. Le renforcement des compétences psycho-sociales et des ressources éducatives au quotidien est alors présenté comme central et indispensable par les 8 professionnel.les rencontrés, qui soulignent l'intérêt d'un programme co-animé, permettant aux jeunes de s'exprimer, sensibilisant les professionnel.les socio-éducatifs, et cela sur du long terme.

5 Analyse des réponses obtenues aux questionnaires : un éclairage particulier

Toute proportion gardée, il s'agit, avec les réponses obtenues au questionnaire complété par les jeunes et les professionnel.les, de repérer des tendances descriptives. Le très faible nombre de réponses nous amène par ailleurs à questionner cette méthode mais aussi l'effet d'invisibilisation qu'elle peut produire, avec une absence de données dites quantitatives, qui sont pourtant attendues tant par la communauté scientifique que professionnelle. Nous pouvons ici souligner que face à ce constat, l'équipe de recherche a décidé de mettre en place un focus group avec des professionnel.les afin de pouvoir échanger au sujet des résultats au questionnaire complété par les jeunes, le tout sera présenté dans le point 6 de ce chapitre.

Nous attirons l'attention des lecteur.rices sur l'effet de proportionnalité induit par les graphiques présentés dans cette section, élaborés pour faciliter la lecture de ces données, tout en considérant avant tout la valeur numérique de chaque proportion.

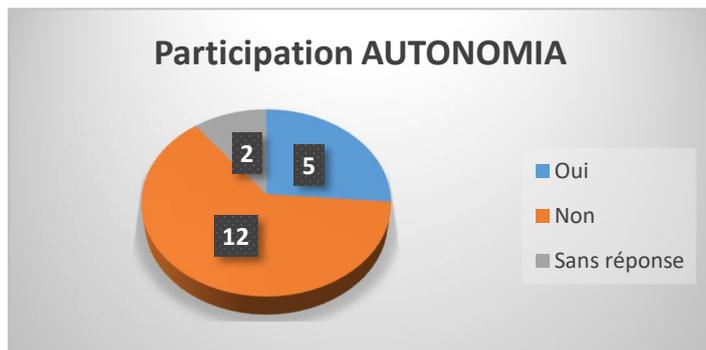
5.1 Les jeunes ayant répondu au questionnaire

Nous notons un nombre plus conséquent de garçons ayant répondu au questionnaire (N=12) et 7 filles. Au niveau de l'âge, nous pouvons remarquer que la moitié des répondants est âgée de 17 ans (N=9) alors que 6 sont âgés de 15 à 16 ans et 3 de 13 à 14 ans. Un.e répondant.e n'a pas répondu à cet item.



Figure 8: Genre et âge des jeunes ayant répondu au questionnaire

Nous pouvons noter qu'une bonne répartition des jeunes par structure d'accueil avec 10 répondant.es issus.es de structure provenant de l'ASE et 9 venant de la PJJ.



La plupart de ces jeunes n'avaient pas participé au programme Autonomia (N=12) contre 5 ayant bénéficié des séances de ce programme. Deux données manquantes sont à noter.

Figure 9 : Répartition des jeunes selon leur participation à Autonomia

5.2 Des pratiques déclarées aux effets perçus par les jeunes

- **Sur le plan des consommations**

Les consommations au cours des 12 derniers mois sont majoritairement marquées par une absence de consommation pour une grande partie de produits (cocaïne, colle, héroïne, amphétamines, médicaments et psychédéliques) comme le montre la figure ci-dessous. Les résultats sont plus nuancés concernant les produits tels que le tabac, l'alcool et le cannabis où l'on peut noter la présence de consommation plus régulière pour le tabac et le cannabis. Des consommations plus ponctuelles sont également renseignées concernant l'alcool.

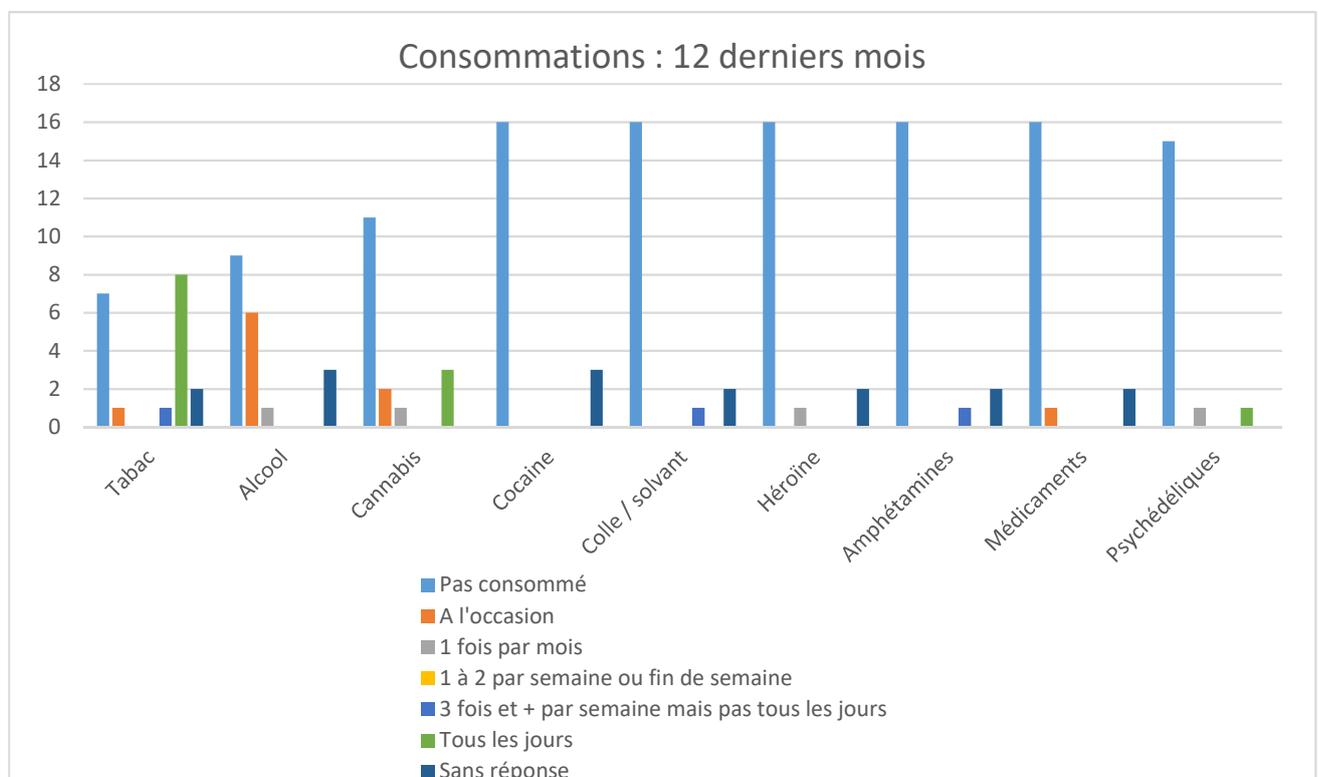


Figure 10: Consommations déclarées par les jeunes au cours des 12 derniers mois

L'évaluation globale mesurée avec la Dep ADO (cf. figure 10 ci-dessous) indique que 8) des jeunes interrogé.es ne présentent pas de problématiques en lien avec des conduites addictives. Pour autant, 7 présenteraient un problème évident en lien avec ces conduites. Aucun.e d'entre eux.elles ne présenterait de problème en émergence. Il faut tout de même noter la présence de 4 données manquantes.

Ces proportions peuvent surprendre face au manque de déclaration en lien avec les consommations au cours des 12 derniers mois et le peu de prise de conscience autour des effets éventuels sur la santé. Néanmoins, elles viennent souligner que les éléments ne sont pas si clairs qu'ils n'y paraissent et qu'une proportion significative de jeunes répondants présentent déjà des consommations problématiques.

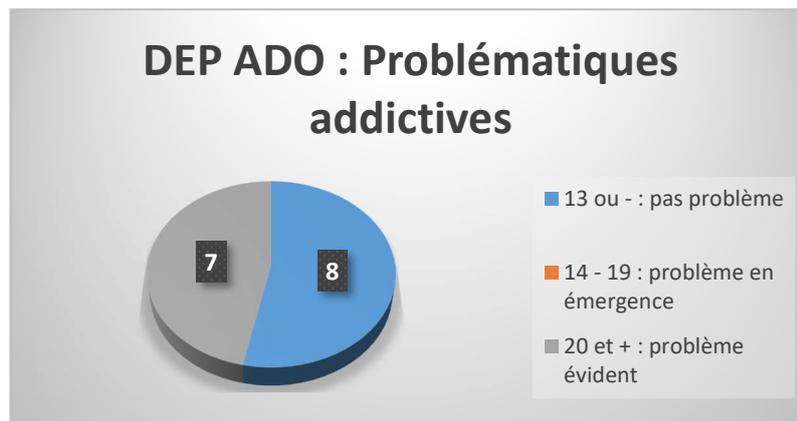


Figure 11: Scores obtenus à la DEP ADO

Les jeunes estiment en majorité ne pas subir les effets de ces consommations même s'ils et elles sont légèrement plus nombreux.ses à dire que ces dernières pourraient nuire à leur santé et qu'ils.elles notent l'impression que les mêmes quantités ont moins d'effet sur eux.elles.

Ces résultats ne sont pas surprenants au regard du nombre peu conséquent de jeunes déclarant ne pas avoir consommé au cours des 12 derniers mois. On peut également mettre ces chiffres face à l'idée même que l'adolescence est une période où les limites sont poreuses et qu'il est difficile de considérer des effets à moyen terme sur leur santé en général avec la présence fréquente d'un sentiment de « toute puissance ».

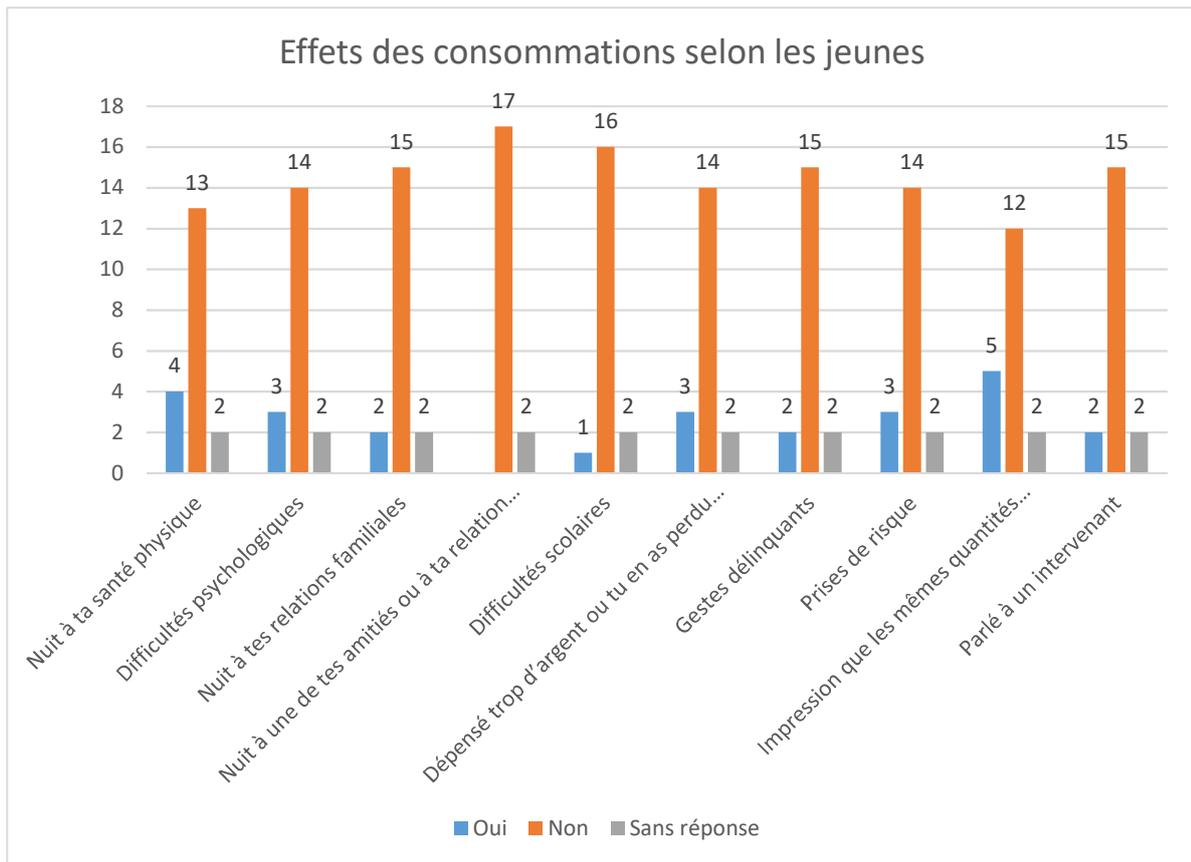


Figure 12: Effets des consommations selon les jeunes

- **Sur le plan des addictions comportementales**

Concernant les jeux vidéo, une proportion importante de jeunes n'a pas répondu au questionnaire évaluant la possible présence d'une utilisation problématique de ce support (N=6). Cependant, au sein du groupe de répondant.es, 8 ne présentent pas d'usage problématique contre 5 présentant des éléments témoignant de la présence d'un problème. 6 jeunes déclarent ne pas jouer sur leur portable ou sur une console. Ils et elles sont également 6 à déclarer jouer sur ces deux supports tandis que 5 d'entre eux et elles expliquent jouer uniquement sur console et 2 jouer uniquement sur leur téléphone portable.

Concernant les jeux de hasard et d'argent, une grande majorité ne présente pas de score problématique à l'échelle LIE Bet avec 15 jeunes sans problématique et 3 présentant des éléments problématiques. Une donnée manquante est à noter.



Figure 13: Scores à l'échelle LIE Bet

- **Des tendances selon le genre ou l'âge ?**

À partir de ces éléments déclaratifs, nous avons essayé de repérer des tendances selon les profils des jeunes notamment. Une question majeure au sujet des consommations concerne l'effet potentiel du genre. Les tris croisés réalisés sur les 19 questionnaires (12 garçons et 7 filles) ne relèvent aucune tendance significative. Nous pouvons juste indiquer que les filles consomment beaucoup moins de produits que les garçons et ne présentent pas de problème d'après les scores obtenus à la Dep ADO. Concernant les jeux vidéo et les jeux de hasard et d'argent, les choses semblent aller dans le même sens. Les filles apparaissent moins exposées au problème lié à ces deux types de pratique. Il convient néanmoins, de relativiser ces résultats au regard du peu de participant.es ayant répondu aux différents questionnaires.

La moitié des répondant.es, soit 9 jeunes, est âgée de 17 ans (N=9), 6 sont âgé.es de 15 à 16 ans et 3 jeunes de 13 à 14 ans. Un.e répondant.e n'a pas coché cet item. De manière générale, les résultats indiquent que les plus âgé.es (17 ans) sont plus enclins à la pratique des conduites addictives que ce soit au regard des produits psychoactifs ou des pratiques de jeu. Cependant, il faut prendre en considération que les plus âgé.es ont été les plus nombreux.ses à répondre. Les plus jeunes étant moins nombreux.ses, il est plus difficile d'avoir une lecture, ou une tendance, claire dans cette tranche d'âge. Il est nécessaire de prendre en compte systématiquement l'effectif qui varie en fonction des pratiques addictives et d'envisager qu'il est difficile de tirer des conclusions claires chez les plus jeunes.

- **Des différences selon l'implication dans Autonomia ?**

La plupart des jeunes ayant complété le questionnaire, soit 12 jeunes, n'a pas participé au programme Autonomia, contre 5 ayant bénéficié des séances de ce programme (deux données manquantes).

Il ne s'agit pas de se prononcer de manière claire sur l'effet du programme chez les jeunes, qui aurait nécessité une évaluation pré et post programme. Nous pouvons néanmoins constater des consommations plus faibles chez les jeunes ayant participé au programme en ce qui concerne le tabac et le cannabis. Cela n'est pas le cas pour le produit alcool dont la consommation ponctuelle est légèrement plus élevée comme le montre la figure ci-dessous.

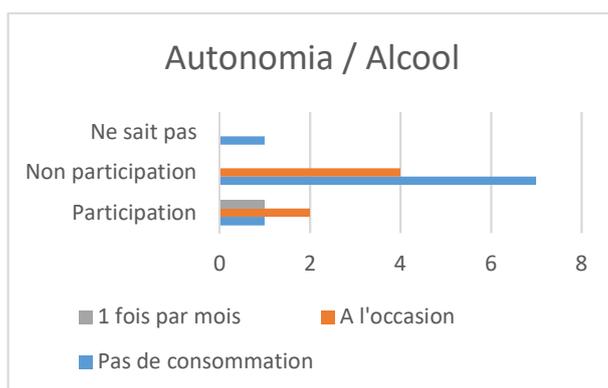


Figure 14: Répartition de la fréquence de consommation d'alcool des jeunes selon la participation à Autonomia

Les scores à l'évaluation de la Dep ADO montrent chez les jeunes ayant bénéficié du programme, une part égale de jeunes présentant une problématique et de celles ou ceux n'en présentant pas.

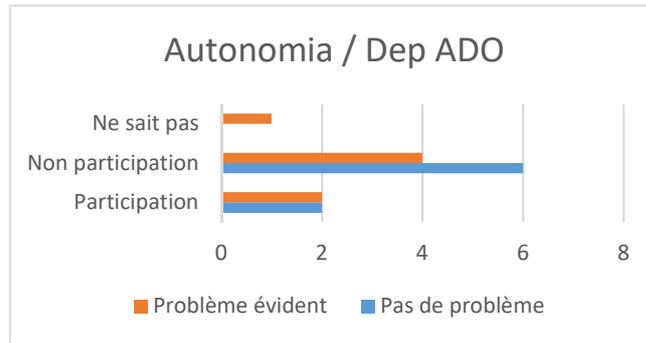


Figure 15: Répartition des scores problématiques ou non à la DEP ADO selon la participation à Autonomia

Concernant les jeux, les jeunes ayant participé au programme Autonomia semblent moins nombreux.es à présenter des difficultés en lien avec les jeux vidéo ainsi qu’avec les jeux de hasard et d’argent.

5.3 Des pistes à partir du questionnaire complété par les professionnel.les

10 professionnel.les, dont 7 femmes ont répondu au questionnaire. Les participant.es sont âgé.es de 25 à 35 ans pour 4 d’entre eux.elles, 3 de 35 à 45 ans et 3 de plus de 45 ans. La moitié est composée de travailleur.ses sociaux.ales (N=5). Les autres sont psychologues, infirmier.es, chef.fes de services ou sans diplômes. Parmi cet échantillon, 4 sont co-animateur.rices du programme Autonomia, 4 connaissent le programme car il est déployé dans leur lieu d’exercice sans pour autant y être impliqué.es.

Les réponses des professionnel.les mettent en avant l’idée que les jeunes consomment préférentiellement des produits psychoactifs tels que le tabac, l’alcool et le cannabis. Les autres substances telles que la cocaïne, la colle, l’héroïne, les amphétamines et autres produits sont moins présentes dans les consommations des jeunes selon les expériences et observations des professionnel.les.

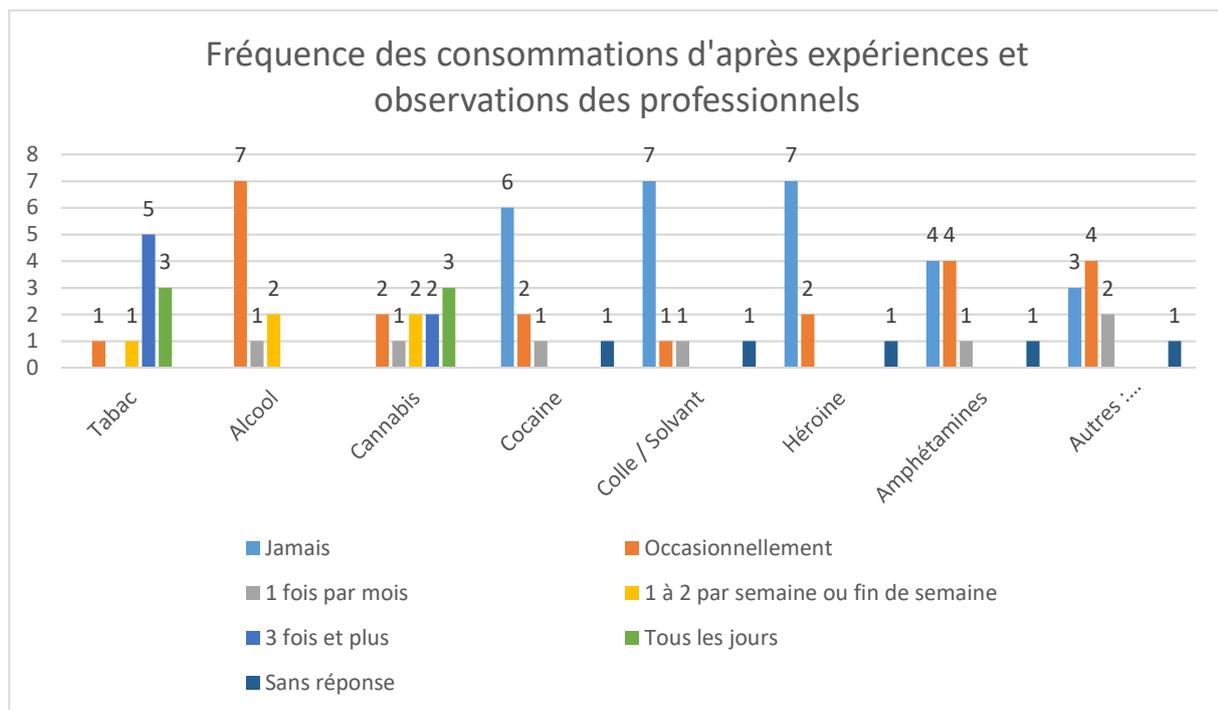


Figure 16: fréquence des consommations des jeunes selon les professionnel.les

Si les déclarations de consommation convergent entre les jeunes et les professionnel.les, les résultats concernant les effets de ces consommations sont différents. En effet, comme le montre la figure ci-dessus les professionnel.les mettent en avant de nombreux effets délétères liés aux consommations : nuit à leur santé, cause des difficultés psychologiques, nuit à leurs relations de famille, compromet l'accompagnement socio-éducatif proposé, les conduits à avoir des comportements délinquants (vol, deal, ...), provoque le décrochage scolaire, complexifie l'intégration dans le foyer, complique l'adhésion à la mesure de protection, met en péril les projets d'insertion professionnelle.

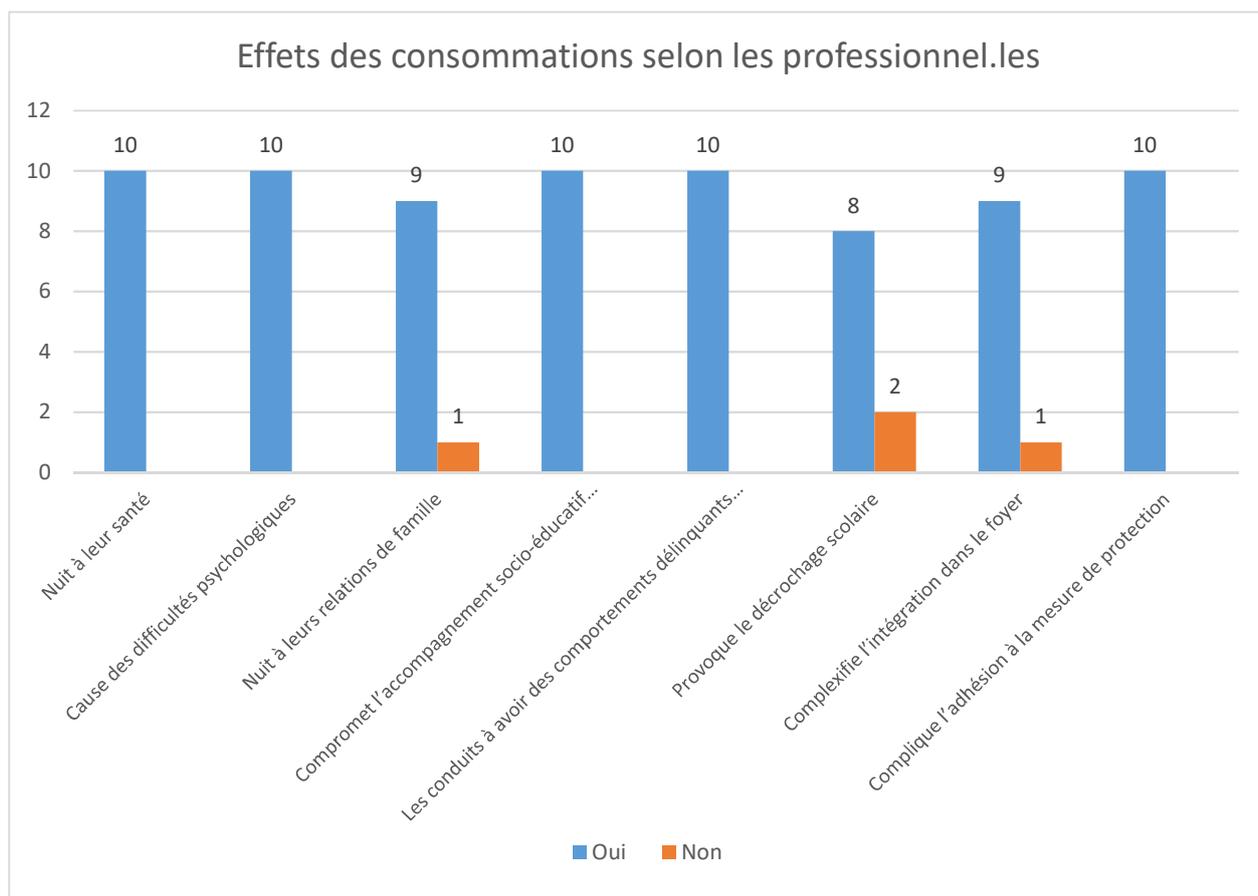


Figure 17 : Effets des consommations sur les jeunes selon les professionnel.les

Ces résultats ne sont pas surprenants et indiquent une différence importante de perception des effets des consommations entre les jeunes et les professionnel.les qui les entourent. Les professionnel.les considèrent que les consommations peuvent conduire à des effets relativement importants alors que les jeunes pourraient minimiser les mêmes effets.

Les professionnel.les indiquent plusieurs raisons des consommations chez les jeunes. Parmi les plus importantes, il y a : le stress, les problèmes familiaux, l'influence des pairs, la facilité d'accès aux produits, la fuite de la réalité. Pour autant, ils et elles prennent également en considération l'ennui, la solitude et la vie au foyer comme des raisons singulières de la consommation (figure 17).

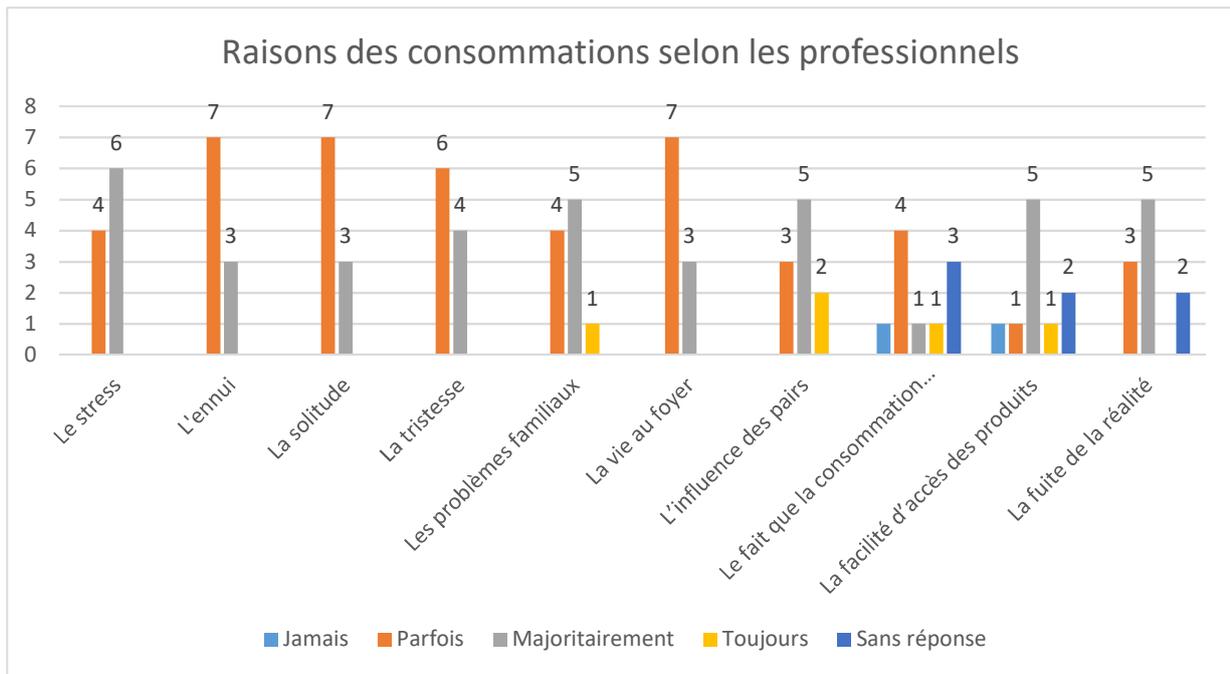


Figure 18: raisons des consommations des jeunes selon les professionnels

Les professionnels indiquent que les jeunes consommeraient davantage à l'extérieur et chez des amis. Néanmoins, ils et elles indiquent également que le lieu d'accueil peut être un endroit propice aux consommations des jeunes.

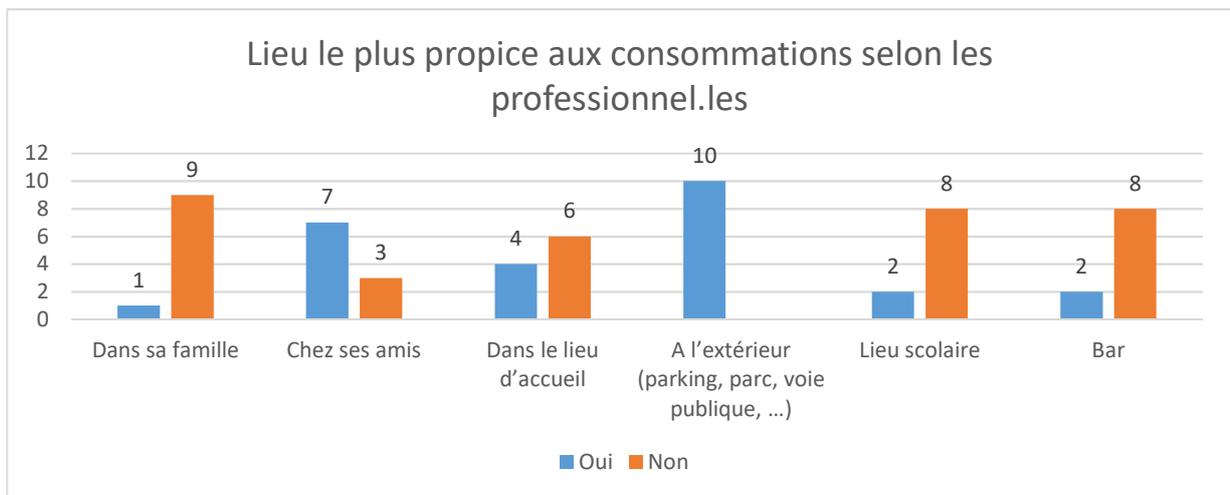


Figure 19 : Lieux les plus propices aux consommations des jeunes selon les professionnels

Le très petit nombre de réponses au questionnaire (tant jeune que professionnel.le) exige une absence de généralisation et un recours à une lecture seulement descriptive. Parmi les jeunes ayant répondu, 7 présenteraient un problème évident avec les conduites de consommation (selon l'échelle dep-Ado), alors même qu'ils et elles déclarent consommer essentiellement du tabac et du cannabis. Pour les jeux vidéo, ils sont 5 à témoigner de la présence d'un problème. Les professionnel.les ayant répondu au questionnaire repèrent les mêmes tendances de consommation que celles déclarées par les jeunes.

La différence importante de perception entre ces deux acteurs concerne les effets des consommations. Les professionnel.les considèrent que les consommations peuvent conduire à des effets relativement importants alors que les jeunes pourraient minimiser les mêmes effets.

6 Des données complémentaires et illustratives

Le long temps d'immersion de la chercheuse auprès des structures et la dimension partenariale de cette recherche ont permis de recueillir des données que l'on propose de nommer ici complémentaires par leur caractère illustratif permettant de donner du sens à l'ensemble. Premièrement, la lecture de trois projets de service permet notamment de voir différentes façons dont la santé occupe une place dans ce cadrage politique à l'échelle d'un service. Puis, un temps collectif s'apparentant à un focus group a été organisé avec des professionnel.les à partir des données relatives à la consommation des jeunes. Il est proposé ici de rendre compte de ces données qui contribuent à une compréhension à la fois générale mais aussi ciblée de processus ou de perceptions particulières. Au-delà du débat au sujet du statut pouvant être accordé à ces données, leur visibilité et la précaution de leur analyse s'inscrivent dans une posture épistémique de reconnaissance de la valeur des matériaux émanant d'une proximité avec les acteurs et leurs savoirs (Bongrand, 2022).

6.1 Les contenus des projets de service

Depuis la loi de 2002³², le projet d'établissement ou de service est rendu obligatoire et considéré comme un élément essentiel pour la vie de l'établissement et de l'ensemble des acteurs (Lhuillier, 2015). Ce projet constitue un repère commun pour les modalités de l'accompagnement socio-éducatif des jeunes de manière individualisée mais aussi collective. Le projet d'établissement définit « le cadre de l'organisation de l'action éducative, pédagogique, médicale et/ou sociale » (Quilliou-Rioual & Quilliou-Rioual, 2020, 55). Aussi, par son caractère formel, co-élaboré mais aussi guidant, ce projet constitue un document de référence qui rend également compte d'un contexte socio-historique selon sa période de validité et donc d'élaboration.

Trois services nous ont transmis leurs projets de service valables sur la période concernée (jusqu'en 2025 et établi pour une durée de 3 ou 5 ans). Afin de respecter au maximum la confidentialité et l'anonymat, nous ne donnerons pas davantage d'informations sur ces lieux. Nous avons procédé à une analyse visant à repérer les parties des projets relatives à la santé, aux addictions et aux actions de prévention le cas échéant. Six axes attirent particulièrement notre attention par leurs variabilités au sein de ces trois supports, que nous présentons ici sous forme de liste.

³² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- **La place de la santé dans l'ensemble du document.** Parfois, le terme « santé » est rappelé en introduction en référence à la définition de la protection de l'enfance ou alors au regard des besoins repérés comme spécifiques en matière de santé de manière générale et formelle. Dans un projet de service consulté, la santé se décline tout au long du parcours du jeune : la fiche d'admission à l'arrivée comprenant le recueil des informations de santé, lors de l'accompagnement éducatif avec le rôle du ou de la référent.e, et dans l'accompagnement vers l'autonomie grâce aux partenariats avec les professionnel.les de santé physique et mentale.
- **Le rôle du ou de la référente éducative** est indiqué dans chacun des trois projets de service, comme ayant une responsabilité au niveau du suivi de santé, utilisant notamment l'expression « *le jeune est accompagné par son éducateur dans son parcours de santé (rendez-vous, hospitalisation, prévention, ...)* ». Dans certains projets, le rôle est défini de manière très précise notamment en termes d'informations, de gestion du dossier médical, de vérification des bilans de santé et des vaccinations, ou encore d'accompagnement à la prise de rendez-vous. Un projet indique également que le volet santé occupe une place importante dans la fiche d'admission notamment avec des informations relatives à la prise en charge administrative : protection universelle maladie (PUMA), complémentaire santé solidaire, carnet de santé, autorisations de soins. Ainsi, la dimension individualisée dans la mission éducative est fortement présente, surtout dans les lieux où il n'y a pas de professionnel.le relevant du milieu médical ou paramédical dans l'équipe.
- **La présence ou non d'un.e professionnel.e du milieu médical ou para-médical** comme un.e infirmier.e dans l'équipe colore de manière différente le rôle du référent ou de la référente mais aussi la façon dont la santé est présentée de manière générale dans le document. Dans le cadre d'un service disposant d'un.e professionnel.le de santé, le détail des missions met en avant l'assurance de l'accès aux soins, la continuité des démarches entreprises et de façon très précoce, au moment de l'arrivée et de façon régulière pendant l'accueil.
- **Les partenariats avec des structures ou des professionnel.les extérieur.es.** Un point commun à l'ensemble des projets concerne, de façon plus ou moins précise, la liste des partenaires, qui relèvent à la fois de la santé physique et de la santé psychique.
- **La rare évocation d'actions de prévention ou des conduites addictives.** Un seul projet de service indique proposer « un accompagnement en matière de prévention, de santé et d'hygiène ». Pour cela, est mis en avant l'organisation d'ateliers, de groupes d'expression de jeunes ou encore, de séances d'information au sujet de l'ensemble des acteur.ices présent.es sur le territoire en matière de conduites à risque en général. À demi-mot sont évoquées les compétences psycho-sociales notamment en termes de confiance en soi et de pouvoir d'agir.
- **Le recueil de la parole des jeunes.** Les trois projets de service consultés évoquent, avec des expressions différentes, le fait de recueillir la parole des jeunes à ce sujet-là : « *Un groupe de parole est proposés aux jeunes* » ; « *Afin de mieux prévenir ces comportements à risque, nous donnons la parole aux jeunes dans des groupes d'expression* » ; « *La jeune est actrice de son devenir* ». Cette tendance notable, que l'on peut supposer récente, s'inscrit à la fois dans une logique de connaissance de soi, mais aussi d'encouragement à l'autonomie et/ou la citoyenneté des jeunes.

Ainsi, ces écrits rendent compte de la visibilité de la santé des jeunes, des rôles des professionnel.les directement impliqués à la fois dans l'accès aux soins et dans la continuité des démarches, mais aussi de l'articulation entre les sphères éducatives et sanitaires. Les points

de différence que nous avons observés se situent à deux endroits : la présence ou non d'un.e intervenant.e relevant du champ médical ou para-médical et la place de la santé dans le suivi socio-éducatif. Les deux pouvant trouver des modalités d'articulation variées. En effet, les missions attribuées au corps médical et/ou para-médical semblent essentiellement relever d'une coordination technique, administrative et planificatrice indispensable à la prise en charge et à la réalisation de bilans et/ou de consultations. L'attribution de ces missions ne semble pas forcément « entendue » avec une conception particulière de la considération de la santé dans la sphère éducative. La dimension éducative relative à la santé et à la prévention semble se déployer dans les projets de service sous-tendus par une philosophie pédagogique plus généralement tournée vers la conception du jeune dans une globalité, où le ou la référent.e est estimée comme ayant un rôle pivot fédérateur et central.

Ces illustrations soulèvent des questionnements qui peuvent faire écho à des éléments de pré-analyse repérés par ailleurs, au sujet notamment des enjeux d'articulation entre des logiques de santé publique autour des droits communs, de prise en charge des maux du quotidien et de promotion de la santé à visée éducative.

6.2 Un focus group avec les professionnel.les

Après avoir réalisé les premières analyses des données recueillies, dégagé les grands axes, repéré des points de questionnements et/ou d'étonnements, un focus group a été mis en place avec des professionnel.les impliqué.es dans les structures partenaires. L'objectif était de soumettre à l'avis collectif, au débat entre les participant.es ces prémisses d'analyse, et de faire émerger des éléments nouveaux issus de ce collectif. Le groupe s'est réuni une fois, pendant 2h30, en présence de deux professionnel.les de la protection de l'enfance, de trois professionnel.les chargé.es de prévention et d'un intervenant extérieur animant certains ateliers (issus du milieu artistique). Les échanges ont été animés par les trois chercheur.es à tour de rôle et ont donné lieu à une prise de notes par les trois chercheur.es.

Trois axes, qui vont être développés ci-dessous, ont été particulièrement discutés au sein du groupe, amenant une construction nouvelle par rapport aux analyses présentées.

- **Les jeux vidéo et les jeux de hasard**

Il s'agit d'une thématique largement évoquée et liée à l'usage du téléphone portable au sein des lieux de la protection de l'enfance et de la PJJ. Le téléphone est présenté par les professionnel.les présent.es comme un objet qui permet tout : l'accès aux réseaux sociaux, aux jeux en ligne, aux jeux d'argent et de hasard, aux paris sportifs mais aussi aux substances psycho-actives via des plateformes comme ubershit. Un objet, difficilement contrôlable qui peut être un tremplin, une facilité d'accès à de multiples conduites addictives dont les conséquences sont visibles lorsqu'elles ont atteint un haut niveau de gravité : grosse fatigue, l'enfermement dans la chambre, l'isolement, l'endormissement (parfois très) tardif, la déscolarisation, la perte d'emploi et de ses ressources financières. Les professionnel.les se sentent désemparé.es pour repérer des signaux faibles de façon précoce vis-à-vis des accès problématiques rendus possibles grâce à l'usage du téléphone portable. Cette proportion importante de jeunes concerné.es par des addictions en ligne est perçue comme cohérente avec l'augmentation des demandes en CSAPA à ce sujet. Dans certains lieux, une des solutions a consisté à limiter l'accès à Internet (en coupant le wifi à 23h par exemple). Néanmoins, cela peut poser le problème du maintien du lien entre les jeunes et leurs proches situés sur un autre fuseau horaire. Ces pratiques addictives sont difficiles à repérer et mettent du temps à être redirigées vers les services spécialisés en addiction car elles sont peu visibles et souvent dissimulées par les jeunes.

- **Le rapport à la consommation de produits**

Il a été observé par les professionnel.les qu'il n'y avait pas de juste milieu dans la consommation des jeunes, mais des conduites extrêmes, soit une absence totale, soit un excès et cela vis-à-vis de plusieurs produits/conduites. La question de l'accessibilité des produits a été soulevée, mais aussi la banalisation sociale et sociétale de la consommation. Selon les professionnel.les, les jeunes ne perçoivent pas la consommation de puff, de « chicha » ou de « snus » (tabac à sucer) comme un problème, bien au contraire. L'image sociale de ces pratiques rend plus difficile la prise de conscience des dangers potentiels et la tenue de discours préventifs. La maturité de certain.es jeunes notamment ayant eu un parcours migratoire a été soulevée, s'exprimant notamment par le fait de ne pas parler, d'avoir peu confiance dans les adultes de manière générale, encore moins pour parler de cela. Ainsi, d'après les professionnel.les rencontrés, le rapport à la consommation s'inscrit aussi dans un rapport aux adultes, en termes de confiance. L'influence du profil des jeunes est largement discutée, au niveau de l'effet du genre, de l'âge ou encore du parcours. Ces éléments nous amènent à questionner les effets de catégories au sein de cette population très hétérogène et à réfléchir aux incidences majeures sur les modalités de prises en charge au quotidien.

- **La prévention au quotidien**

La prévention est présentée comme étant compliquée pour les professionnel.les, notamment au regard de la loi et des rapports écrits à faire au juge. Par exemple, un professionnel indique bien la façon dont les conduites de consommation et/ou d'addictions viennent questionner le cadre et les pratiques : « *quand on est éduqué, on joue avec la règle* ». L'enjeu de considérer la singularité des jeunes, fondée sur une adaptation réciproque, semble capital, quitte à ce qu'il s'agisse également d'assouplir des fonctionnements établis. Un élément de prévention présenté par les professionnel.les comme fondamental au quotidien consiste dans le fait d'occuper les jeunes pour éviter l'ennui ; l'ennui étant repéré comme déclencheur principal de consommation. Dans une perspective relationnelle, cela est aussi présenté comme le fait de « se préoccuper » des jeunes, dimension cruciale qui résonne avec les dispositifs de formation. À la différence du tabac (où il est possible d'en parler), les jeunes parlent peu de la consommation de cannabis à cause du caractère délictueux de la consommation : la peur de la sanction judiciaire et aussi la loi du silence et la nécessité de pas dénoncer d'autres consommateur.rices. Les professionnel.les présent.es estiment que les psychologues ont certainement plus d'informations sur cet aspect, le cadre thérapeutique pouvant davantage permettre la liberté de parole. Néanmoins, une question fondamentale reste permanente : comment prévention et soin peuvent-ils fonctionner ensemble et de façon adaptée à chaque jeune dans un cadre collectif relativement contraint ?

Ces nouveaux éléments ont contribué à alimenter la démarche d'analyse transversale à l'ensemble des données qui est présentée dans le chapitre qui suit.

Synthèse de l'analyse des données complémentaires

Les 3 projets de service donnent à voir l'organisation interne au sujet de la santé en détaillant le contour de la référence éducative selon la présence ou non d'un.e professionnel.le du milieu médical ou para-médical. Si la santé des jeunes est présentée comme une mission de coordination des soins ou comme une dimension intrinsèque à la relation éducative, les actions de prévention des conduites à risque en général sont rarement évoquées (1 sur 3). Les professionnel.les du focus group ont manifesté leurs préoccupations pour les usages et conséquences des écrans et jeux vidéos, venant exacerber la complexité de la réponse éducative et l'importance de la dimension relationnelle, en sachant se « pré-occuper » de ces jeunes au quotidien.

Chapitre 4

Discussions croisées et perspectives

La diversité des données recueillies et leur analyse spécifique et indépendante conduit à présent à analyser de façon globale les trois axes étudiés dans cette recherche grâce au croisement des points de vue (recueillis et analysés de manière plurielle) : la santé des jeunes, leurs pratiques et le programme Autonomia. Cette analyse permet également de saisir la complexité contextuelle, représentationnelle à l'œuvre autour de ces thématiques inséparables que sont la santé et les conduites addictives, dans un tel contexte.

Ce chapitre propose également de dégager des implications concrètes à partir de l'ensemble des matériaux analysés, des illustrations pouvant être utiles pour les différents acteurs et actrices de la protection de l'enfance mais aussi de la santé et de la prévention des addictions.

La conclusion clôturera ce rapport de recherche avec un repérage des apports, fragilités mais aussi des perspectives futures en matière de recherche.

1	Des axes transversaux d'analyse, points de vue croisés	81
1.1	La santé des jeunes : perceptions croisées	81
1.2	Perspectives articulées sur les pratiques des jeunes.....	83
1.3	Regards sur le programme Autonomia	85
2	Les implications pour la pratique	89
2.1	Le recours à un partenaire/expert au sein des lieux de la PE ou de la PJJ.....	90
2.2	Les espaces de verbalisation et de partage tant pour les professionnel.les que pour les jeunes.....	90
2.3	Les activités, le sport et l'alimentation : des pistes occupationnelles à ne pas négliger	91
3	Conclusion	93

1 Des axes transversaux d'analyse, points de vue croisés

Face à la richesse des données qualitatives recueillies, l'équipe de recherche a fait le choix ici de proposer une analyse transversale autour de trois axes fondamentaux à cette recherche : tout d'abord les perceptions croisées sur la santé des jeunes, puis les perspectives articulées autour des pratiques des jeunes, ayant notamment constaté l'hétérogénéité des points de vue basés sur des repères, des réflexions ou des dilemmes différents ; et enfin les regards élaborés au sujet du programme Autonomia en termes de défis, d'adaptabilité, de réponses aux besoins, pouvant être révélateurs des enjeux profonds qui traversent les fonctionnements des services de la protection de l'enfance et de la PJJ.

1.1 La santé des jeunes : perceptions croisées

La façon dont les jeunes conçoivent leur santé est variable, comme nous l'avons vu lors de l'analyse de leurs entretiens. Leur conception peut se centrer davantage sur le somatique³³ ou s'étendre à d'autres dimensions notamment psychiques, se rapprochant ainsi de la définition de l'OMS³⁴ (1948). On remarque également à travers les entretiens menés avec les jeunes que les évocations de la santé reposent systématiquement sur une logique dichotomique entre le « normal » et le « pathologique » – en référence à Canguilhem (Foucault, 1976). Dans leurs discours sur la santé, sont présents de nombreux couples d'opposition qui vont dans ce sens : il y a le sentiment de « bien être » ou de « mal être », le fait de « prendre soin de soi » ou « se négliger », les « bonnes conduites » en santé *versus* les « mauvaises pratiques », etc. Parler de la santé en général se trouve ainsi pris dans une logique duale où il y a l'avertissement (le normal) et le revers (le pathologique). Sur ce dernier point, lorsque les jeunes donnent des exemples de ce qui s'oppose à la santé, on retrouve les principales dimensions ciblées par les programmes de prévention en direction de la jeunesse à savoir : les conduites addictives, le surpoids et l'obésité et, dans une moindre mesure, les conduites de mise en danger de soi (Perreti-Watel, 2002 ; Génolini & Perrin, 2016). Comme pour la jeunesse dans son ensemble, les programmes et discours en santé publique qui leur sont adressés, ont imprégné les représentations des jeunes, qu'il s'agisse de leurs conceptions du risque (et leurs catégorisations) ou de leurs connaissances en termes de recommandation (Beck & Richard, 2013). Il y a ici un premier hiatus entre les discours des jeunes ainsi que les observations des ateliers Autonomia qui font état d'un degré de connaissance sur la santé et ses savoirs connexes (comme les recommandations légitimes ou dispositions préventives) bien plus élevé que ce que les professionnels s'en représentent. En effet, pour beaucoup de travailleurs sociaux non impliqués dans le programme Autonomia, il y a une certaine représentation que les jeunes disposent de peu de connaissances sur les recommandations en santé et les risques liés aux consommations ou, dans certains cas, les inhibent du fait d'un déni des conséquences sur la santé.

³³ « La santé, c'est la vie dans le silence des organes ». Souvent attribuée à tort comme une définition de la santé donnée par René Leriche, il s'agit en fait d'une formule qui permettait de rendre compte du point de vue du patient et non du praticien.

³⁴ L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa Constitution de 1948, a défini la santé comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Une autre discontinuité dans les points de vue est à propos de la santé perçue. Alors que les professionnel.les considèrent l'état de santé des jeunes à leur arrivée comme inquiétant sur différents aspects présentés dans la précédente partie, la quasi-totalité des entretiens menés avec les jeunes montrent plutôt une tendance inverse. Tou.tes se présentent en entretien comme étant en bonne santé. Certain.es évoquent des difficultés antérieures, notamment au niveau de la santé psychique, mais déclarées remédiées au moment de l'échange. Si cette dissonance de perceptions tient certainement à l'effet d'une prise en charge (para-)médicale des jeunes à leur arrivée, comme cela est d'ailleurs évoqué par les professionnel.les, il y a aussi l'effet d'une « quête de normalité » dans les discours des jeunes protégé.es, comme étudiée par Pierrine Robin dans une recherche sur cette thématique (2013). Elle montre le fait que les jeunes en protection de l'enfance tendent à se qualifier comme étant « dans la moyenne » par rapport aux mesures corporelles et aux marqueurs de tout ce qui est associé à des pathologies. Du fait de leur sentiment de vulnérabilité, cette recherche de signes est orientée vers une normalité qui s'avère nécessaire car elle permet aux jeunes de s'auto-confirmer que leurs éventuels problèmes sont bien contextuels et non inhérents à leur constitution physiologie ou psychique (*Ibidem*). Cette nécessité de se situer dans la norme ou, tout du moins, de la penser comme un point à partir duquel on se positionne tient aussi à l'effet des représentations à leur égard. Ainsi, les regards des professionnel.les tendent à se focaliser sur ce qui, chez eux et elles, fait écart par rapport à la norme des comportements attendus, notamment en matière de santé et d'attention portée au corps. Leurs attitudes sont assez largement interprétées sous le registre du besoin de protection, du manque ou du défaut. S'ils ou elles ne se comportent pas selon les standards habituels, leurs manifestations émotionnelles ou leurs pratiques sont alors interprétées au travers d'un prisme mettant l'accent sur leur inadaptation (*Ibidem*). Ainsi, garder la norme en ligne de mire est particulièrement important pour ces jeunes soucieux.ses d'avoir des repères signifiants d'une capacité à s'adapter dans un contexte de vie non-ordinaire. C'est aussi ce que donnent à lire les observations des ateliers et les entretiens avec les chargé.es de préventions où les attitudes d'une majorité de jeunes s'orientent dans ce sens.

Le rapport au corps est régulièrement mobilisé, sans être clairement verbalisé, tout au long des entretiens tant dans l'image, le paraître individuel que dans la relation au corps de l'autre. Nous n'avons pas d'éléments plus précis sur l'image que les jeunes se font d'eux et elles-mêmes. Toutefois, plusieurs jeunes ont pu évoquer au détour de l'entretien, le fait qu'ils et elles apprécient les séances de massage ou de bien-être relaxation proposées par des professionnel.les, comme répondant à un besoin de calme, de retrouver un rapport au corps plus serein, plus intime et intérieur dans un contexte relationnel entre pairs empreint de nombreuses violences (parfois sexualisées) et un contexte de vie collective qui suppose une exposition quasi permanente au regard des autres.

Enfin, sur le plan des activités physiques, culturelles ou de loisirs, comme il l'a été évoqué à de nombreuses reprises au cours de la précédente partie, l'occupation quotidienne des jeunes dans les lieux collectifs se trouve souvent dépourvue d'intérêt à leur sens et c'est un sentiment d'ennui qui préside à leurs temps libres. Les professionnel.les font le même constat qu'ils et elles mettent d'ailleurs en corrélation avec le développement de potentielles addictions. Paradoxalement, lorsque les jeunes sont questionné.es sur le fait de pratiquer des activités, quasiment tou.tes citent une activité sportive ou culturelle pour laquelle ils et elles déclarent un engouement affirmé. Danse, basket, musculation, etc., tout un ensemble de pratiques sont citées sans savoir si, pour les jeunes, elles sont toujours effectives dans le cadre de la mesure socioéducative. Elles restent néanmoins importantes pour eux et elles, investies comme « leur » activité, constituant ainsi un élément de leur identité propre et, sans doute aussi, un point d'ancrage à la normalité comme il l'a été décrit plus haut. Une autre question prévue dans le guide d'entretien en direction des

jeunes concernait leurs projets futurs dans les années à venir. La majorité des jeunes a fait part d'un projet dont les aspirations étaient différentes selon les mesures. Pour les jeunes considérés comme MNA, les projets étaient de trouver des voies d'insertion dans le pays d'accueil en obtenant une qualification et, en conséquence, une régularisation de leur situation une fois majeurs. Pour les autres jeunes, les projections sont toutes orientées vers le fait d'avoir son propre espace où habiter : « avoir un appart », « avoir une maison et une voiture », « être en colocation avec ma meilleure amie », « fonder une famille et m'occuper d'enfants ». Même si quelques-uns émettent des souhaits professionnels (comme « faire de l'immobilier » ou « devenir ATSEM »), ils sont aussi ponctués par le fait d'avoir son logement avec pour certains, l'ajout d'une mention relative à sa chaleur telle que « faire une famille » ou « fonder son foyer ». Tout comme le fait de déclarer un engouement pour une pratique sportive ou de loisir, le fait de pouvoir énoncer lors des entretiens un projet concret à l'issue de la majorité (et de la mesure) signale le potentiel de ressources motivationnelles dont disposent les jeunes protégés.

1.2 Perspectives articulées sur les pratiques des jeunes

Que ce soit dans les discours des professionnels, des jeunes et/ou échangés lors des ateliers, les données recueillies sur la consommation de toxiques par les jeunes se trouvent polarisées par la consommation de cannabis, qui constitue aujourd'hui la substance illicite la plus consommée en France³⁵ (OFDT, 2024). L'usage de ce produit a fait l'objet de nombreuses études en Sciences sociales à commencer par l'ouvrage d'Howard Becker (1985 [1963]) qui constitue un apport fondamental à la sociologie de la déviance mais également à la compréhension de la façon dont l'individu s'engage dans un usage de la drogue à partir d'un système de sens transmis par un groupe social donné et dont les effets sont modulés par les interactions qui s'y développent. La portée de l'ouvrage de Becker est telle que de vastes enquêtes quantitatives en France ont repris ses hypothèses pour les tester à une échelle statistique. Une étude menée par trois sociologues situés à cette échelle macrosociale met en perspective la théorie Becker avec des hypothèses testées sur la base de croisement de variables dont le public est constitué d'adolescents (Peretti-Watel, Beck & Legleye, 2007). Il en résulte que, dans la population de référence, l'expérimentation du cannabis n'est pas le signe d'un mal-être mais la conséquence de coïncidences sociales très fortes dans la culture jeune où son usage se présente comme une opportunité récréative propice au lien social : « *Les données analysées ici vont également dans le sens de la théorie des opportunités, dans la mesure où elles invitent à concevoir l'expérimentation du cannabis comme la conséquence des opportunités d'usage offertes aux adolescents, en particulier lors d'activités de loisirs partagées avec leurs pairs, plutôt que comme la conséquence de troubles psychologiques ou d'autres problèmes repérés par l'échec scolaire, le chômage précoce ou la séparation des parents* » (Ibidem, p. 96). Bien que les résultats se centrent sur les facteurs de l'expérimentation du cannabis et non de sa consommation régulière inscrite dans une période donnée, Peretti-Watel, Beck et Legleye montrent que pour les jeunes dans leur ensemble, les usages sociaux du cannabis peuvent s'apparenter dans de nombreux cas à des consommations « récréatives », c'est-à-dire situées dans une norme d'usage collectivement partagée et régulée par le groupe de pairs et, surtout, dont la finalité est consumériste – au sens de l'opportunité de consommer en vue de trouver un plaisir qui peut être de différentes natures allant de l'hédonisme à la recherche d'une expérience collective entre jeunes.

³⁵ L'usage quotidien concerne 3,5% des 18-24 ans (OFDT, 2024)

Les études sur les consommations des jeunes placés montrent que la consommation de cannabis est plus répandue chez ces derniers et dernières que dans la population générale des 14-20 ans (Choquet & Hassler, 2009) et c'est particulièrement remarquable en PJJ où les statistiques de consommation (régulières et occasionnelles) se situent à hauteur de 65% pour les garçons et 66% pour les filles (*Ibid.*). Ces constats généraux rejoignent ceux de notre étude notamment lorsque l'on croise l'ensemble des données où apparaissent des différences selon les contextes de placement (mesure de protection de l'enfance et mesure de protection judiciaire de la jeunesse). Dans les propos recueillis, parmi celles et ceux qui ne font pas usage de ce psychotrope, des jeunes évoquent avec un certain mépris la consommation des autres qu'ils et elles jugent excessive. Les professionnel.les dans leur ensemble s'accordent à dire que celles et ceux qui « fument » ne sont pas ou peu modérés dans leurs consommations et nous retrouvons dans de nombreux discours l'idée selon laquelle la consommation serait plutôt de nature récréative sinon transgressive (dans une logique de défiance face à la contrainte de la mesure). Les entretiens réalisés avec les jeunes qui déclarent consommer ou avoir déjà consommé (principalement des garçons) montrent, à l'inverse, que le topique du plaisir est plutôt absent et que ce qui est recherché par l'effet de la substance psychoactive est décrit comme « apaisant », « remédiant » ou encore « anesthésiant ».

Parmi les jeunes qui consomment du cannabis, il y a d'après les professionnel.les un déni des conséquences sur la santé (lorsque l'échange est possible). Il apparaît que les jeunes se sentent maîtres de la régulation de leurs consommations là où les professionnel.les identifient des signes d'addiction qui peuvent avoir des effets problématiques sur leur parcours (institutionnel et d'insertion en formation et/ou professionnelle). L'indicateur qui est mis en avant par les professionnel.les est celui des rythmes quotidiens liés au sommeil ; il est particulièrement significatif de certaines addictions car les jeunes s'endormiraient tard et, aussi, se réveilleraient durant la nuit. La santé constitue alors un support indicatif voire évaluatif de potentielles conduites addictives.

Les études centrées sur ces contextes de vie montrent à cet effet que ce type de consommation peut avoir deux fonctions pour les jeunes accompagnés : une fonction sociale qui permet aux adolescent.es de renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe (Hdoubane, 2012) et une fonction de remédiation face à l'anxiété majoritairement ressentie dans ces structures (Forgeot, 2012). Les significations associées à ces usages sont ainsi diverses mais les entretiens réalisés avec les jeunes (confirmés par les discours des professionnel.les animateur.ices d'atelier Autonomia) mettent néanmoins en avant le primat de la fonction perçue comme « thérapeutique », d'« automédication » pour faire face à un agrégat de difficultés qu'ils et elles rencontrent et génèrent de l'anxiété : la vie en institution, l'inquiétude quant à leur devenir (judiciaire et/ou scolaire) ou encore la situation personnelle et les tensions psychiques.

Si la littérature montre une relative faible conscience des risques auxquels s'exposent les adolescent.es protégés (Hdoubane, 2012), allant dans le même sens que les discours des professionnel.les mentionnés plus haut, les observations des ateliers montrent que ces constats sont à nuancer. La première raison est liée à l'effet des politiques de santé en direction des jeunes qui, comme nous l'avons vu, a renforcé leur connaissance des risques liés aux consommations au cours de ces dix dernières années. La seconde tient au fait que les adultes, en particulier les acteur.ices sur le terrain, échangent peu avec les jeunes à ce sujet. Ces derniers et dernières sont d'ailleurs peu enclins à s'engager dans la verbalisation de leur pratique sinon dans une logique de confrontation/transgression avec les éducateur.ices (renforçant ainsi l'idée qu'il s'agisse d'une consommation « récréative »). Évoqué dans certains entretiens avec les professionnel.les (notamment les responsables) et confirmé par le focus group, le cadre légal qui interdit la consommation de cannabis pose un tabou sur ce type de pratique et, à la différence de la cigarette, limite considérablement la possibilité d'une parole libérée autour de ce produit.

Parmi les autres pratiques considérées comme courantes et pouvant être associées à l'addiction, le tabac et l'usage non régulé des écrans se trouvent cités par les professionnel.les mais peu du côté des jeunes. Pour ces deux usages, l'association avec les conduites addictives n'apparaît pas aussi évidente qu'avec la consommation de cannabis. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, notamment le fait que les professionnel.les se trouvent eux et elles-mêmes confronté.es à ces problématiques d'usage (certain.es pour le tabac et la quasi-totalité pour l'exposition aux écrans). Les autres raisons apparaissent différentes pour l'un et l'autre. Pour ce qui concerne le tabac, il y a un travail éducatif mené sur la prévention de l'usage ou, en cas de statut tabagique, sur la perspective d'un sevrage mais rien n'a été relevé pour ce qui concerne la quantité consommée qui n'apparaît pas comme source d'inquiétude par rapport aux comportements individuels quotidiens. Aucun discours ne mentionne que des jeunes fument de trop grandes quantités au point que cela nécessite une intervention ou un accompagnement. C'est logiquement l'inverse pour l'usage des écrans : le travail préventif ou remédiateur ne se base que sur un taux d'exposition qui, d'après l'analyse des discours professionnel.les, repose sur trois principaux indicateurs : le temps d'usage cumulé, sa fréquence et sa temporalité (jour, nuit, pendant d'autres activités, etc.). Si par exemple un jeune passe une quantité de temps trop grande par jour sur les jeux vidéo, est hyperconnecté sur son smartphone ou se trouve en activité la nuit alors qu'il est censé dormir, il peut alors y avoir la suspicion d'un comportement addictif³⁶. Cela reste toutefois très variable selon l'expérience individuelle de chaque professionnel.le car ces indicateurs sont construits de façon empiriques étant donné que ces dernier.es ne disposent pas d'outils pour appréhender la part addictogène d'une pratique commune et quotidienne.

1.3 Regards sur le programme Autonomia

Les professionnel.les des structures au sein desquelles la recherche a été menée considèrent les ateliers Autonomia comme une aide importante dans leur travail socioéducatif par rapport à la prévention des addictions. Les jeunes écouté.es en entretien ayant participé à ces ateliers font aussi part de retours positifs sur ce qu'ils favorisent : « *ils font du bien* », « *permettent de mieux prendre conscience* », « *de réfléchir sur ce que je fais* » ou encore « *de rencontrer d'autres jeunes* ». Autant de qualificatifs de filles et garçons qui reflètent des effets produits par le dispositif sur leurs conditions psychologiques. Nous n'avons en revanche pas pu avoir des retours quant à la perception des jeunes sur le déploiement de capacités d'agir, notamment en matière de CPS, car cela nécessiterait un travail d'enquête longitudinal étant donné que l'intégration de ces dispositions s'évalue à moyen voire long terme. Les animateur.ices (chargé.es de prévention ou professionnel.les des structures) sont néanmoins convaincu.es du bénéfice des ateliers sur cet aspect, en particulier sur le fait de développer des ressources à ces dernier.es afin ils ou elles disposent d'une autonomie morale face aux influences externes de consommation de produits addictogènes ou, dans le cas où ils ou elles seraient concerné.es, de transformer leur rapport aux usages.

³⁶ En 2019, les personnes prises en charge dans les CSAPA pour une problématique d'addiction aux jeux de hasard et d'argent représentaient 33% de l'effectif du groupe, soit 1.1% de l'ensemble du public accueilli en CSAPA. L'enquête menée par l'Observatoire Des Jeux en 2024 montre que 72% des joueurs excessifs n'expriment pas de demande d'aide. Ces données chiffrées nationales relatent bien la complexité à la fois des conduites addictives en termes de jeux de hasard et d'argent, les conduites liées aux réseaux sociaux restent encore difficilement repérables au niveau national.

Une logique préventive centrale et déclinée grâce à diverses approches

Dans le programme Autonomia, la dimension où il s'agit de transmettre des connaissances sur les usages/consommations et leurs conséquences n'est pas centrale et se trouve abordée au détour d'activités comme nous l'avons vu avec les observations des ateliers. Sa place périphérique et sa faible proportion n'apparaît pas comme un manque au regard des discours croisés : les jeunes disposent déjà de nombreux éléments de savoir et font même preuve, dans certaines situations, de rétro-transmission envers les animateur.ices qui reconnaissent apprendre des éléments nouveaux via les ateliers ; un certain nombre de filles et garçons montrent leur capacité réflexive sur l'exposition à des risques dans leur environnement proximal (familial ou institutionnel) ou par la contextualisation d'expériences antérieures.

La dimension centrale, se situe dans une approche de prévention globale, qui ne se focalise pas sur les conséquences ni les connaissances afférentes directement mais sur la transférabilité de compétences d'une situation donnée vers le quotidien, d'une expérience éprouvée vers la réalité de tous les jours. Ce travail préventif n'en n'éclipse pas moins la question des conséquences comme le rappelle l'addictologue G. Van der Straten : « *Lorsque l'on fait de la prévention globale, on touche les addictions et également les dommages, c'est-à-dire que l'on réduit la probabilité de toxicomanie ainsi que la probabilité des dommages liés à la toxicomanie.* » (Van der Straten, 2011). Les observations des ateliers montrent à cet effet qu'ils se situent dans une approche globale quant à la santé des jeunes comme en témoignent, indépendamment des objectifs pédagogiques, les prises de paroles de ces participant.es (recueillies lors des observations) qui abordent spontanément des thématiques très diverses qui touchent le domaine des pratiques individuelles mais aussi l'exposition à celles des autres, sans oublier les discours de valorisation de soi où certain.es se présentent comme résilient.es dans leur contexte de vie. Bien qu'une minorité de jeunes oppose une attitude transgressive face à l'approche des ateliers Autonomia, il n'en demeure pas moins que pour une majorité, le travail sur les CPS induit une dynamique de subjectivation positive, une façon renouvelée d'envisager le rapport de soi à soi. Pour certain.es, il apparaît même que ce pas de côté est propice au fait de retrouver une estime de soi.

Si la prévention du risque s'apparente plutôt vers une forme de « biopouvoir » au sens foucauldien³⁷, la prévention de l'addiction se situe dans le paradigme contemporain de la « gouvernementalité » sur lequel les politiques publiques en matière de santé s'orientent depuis une vingtaine d'année (Fassin & Memmi, 2004) : elles promeuvent l'internalisation du lieu de contrôle (*locus of control*) par les individus plutôt qu'une surveillance externalisée d'eux et elles-mêmes par des institutions (ou champs d'expertise). Comme l'a montré L. Berlivet (2004) par son analyse des programmes de prévention en direction de la jeunesse, les ressorts de la confiance et de la valorisation de soi qui irriguent les messages (iconiques et linguistiques) de prévention publique depuis le début du 21^e siècle engagent le principe de responsabilité individuelle face aux conduites ou consommations à risque. Situé dans une démarche de promotion de la santé, le programme de prévention Autonomia s'inscrit dans cette même production discursive. À quelques reprises dans les entretiens menés avec les jeunes, il a été relevé qu'ils.elles mettaient en avant le fait que la remédiation face aux problèmes d'addiction relevait du *self* : « *faut de la volonté* », « *ça dépend de moi* », « *c'est à lui de s'en tirer tout seul [de son addiction]* ». Si bien évidemment le programme ne promeut pas une individualisation de la prise en charge et qu'il oriente les personnes concernées par des addictions vers des dispositifs d'accompagnement ou de prise en charge, un point de vigilance, probablement à l'attention des acteurs amené.es à s'appropriier le programme, concerne la compréhension de l'approche en santé qui serait à tort associée à une logique d'individualisation plutôt que d'autonomisation. Il y a le risque que les

³⁷ Par le contrôle biopolitique où le savoir est enjeu de pouvoir (cf : Volonté de savoir T.1 de Foucault 1976)

jeunes vulnérables (et même celles et ceux qui le sont moins) n'activent aucun réseau de soutien ou d'accompagnement en santé lorsqu'ils.elles se trouvent confronté.es à ce type de problématique. Cela touche sans doute d'autant plus certain.es jeunes vulnérables, par leur isolement familial et social, qui trouvent une résonance forte dans le fait que « c'est par soi-même que l'on s'aide », pour reprendre les mots d'un jeune interviewé.

Le croisement des analyses au sujet du programme Autonomia permet également de soulever un autre aspect majeur : celui de la navigation entre l'intérieur du service et l'extérieur.

En protection de l'enfance et en protection judiciaire de la jeunesse, après la famille, c'est l'extérieur qui peut être perçu comme une source de danger pour les jeunes accueilli.es dans un lieu d'accueil. L'hostilité de la société avec les processus de stigmatisation, les dérives potentielles, les tentations. L'accueil du mineur dans le lieu collectif constitue une mise à l'abri d'un enfant en danger pour lui offrir une source de sécurité. Néanmoins, quels codes de l'extérieur sont-ils ramenés au sein du lieu d'accueil ? et quelle éducation des jeunes aux codes de l'extérieur ? Des perceptions différentes de là où se situe le danger et là où est la protection. D'après les professionnel.les rencontré.es impliqué.es dans l'accueil de jour, le domicile du jeune est dangereux avec l'exposition aux écrans, les tentations multiples, la facilité d'accès aux produits. Pour les professionnel.les de lieux collectifs, notamment à la PJJ, les jeunes sont attiré.es par l'extérieur, alors que les professionnel.les s'en méfient. L'institution contrôle les manières dont les jeunes passent de l'intérieur du foyer à l'extérieur, avec des heures et des modalités de sortie, mais un contrôle limité, source de négociations et/ou de transgressions. Si les fugues en sont un exemple majeur, les conduites addictives rendent compte de passages multiples de l'intérieur vers l'extérieur : faire venir des produits de l'extérieur, aller à l'extérieur pour s'en procurer, mais aussi via le téléphone ; c'est l'accès au monde extérieur depuis l'intérieur et l'extérieur qui s'invite dans l'enceinte du foyer, et même dans l'intimité de la chambre. Si la loi prévaut dans tous les espaces, comme tout espace collectif clos, les règles internes régissent aussi le fonctionnement du quotidien, qu'il s'agisse du règlement intérieur ou des règles sociales établies au sein du groupe de jeunes.

Ces éléments résonnent avec les logiques d'accompagnement et les modalités éducatives proposées et/ou possibles, notamment à la lumière de « l'aller-vers » (Janvier, 2023). Prévenir et soigner obligent à interagir avec l'extérieur : orienter un.e jeune, si tant est que le corps professionnel connaisse l'extérieur et ses ressources en la matière ; faire intervenir pour prévenir, autoriser une personne extérieure à infiltrer un espace, à bousculer certaines pratiques et faire émerger certaines paroles visibilisant des conduites addictives. Tel est l'enjeu et l'intérêt du programme sur-mesure Autonomia.

La question des lieux et des espaces et de leur porosité en protection de l'enfance, interroge la territorialisation tant du côté des pratiques des jeunes que des interventions des professionnel.les. Si la question du territoire a été traitée au sujet du repérage des dangers en amont (Terrier & Halifax, 2017), elle se pose aussi de façon accrue pendant la prise en charge. Quel territoire d'action et quelle adaptation aux logiques qui y sont intrinsèques mais néanmoins floues et peu accessibles ? Ces éléments amènent à nouveau à questionner l'implantation même du programme Autonomia qui va vers l'espace et le territoire des jeunes lorsqu'ils et elles sont « sous l'étiquette protection de l'enfance ». Les travaux sociologiques montrent bien l'attachement au territoire chez les jeunes mais aussi la coquille identitaire et comportementale rattachée au territoire. Alors

comment le programme Autonomia peut-il prendre en considération ces spécificités dans son déploiement ? Cet aller-vers interroge donc l'appartenance institutionnelle et territoriale des jeunes mais aussi des professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ. Le programme Autonomia comprend également des journées de formation pour les professionnel.les, qui se déroulent à l'extérieur de la structure de protection de l'enfance. Les professionnel.les rencontrés dans cette recherche ont pu indiquer l'intérêt de cette extériorisation qui permet aussi de repérer les lieux vers lesquels ils et elles pourraient orienter les jeunes comme les CJC ou les CSAPA. C'est bien de l'image et de la concrétisation des lieux et des actions qu'ils accueillent dont il s'agit de mesurer le pouvoir sur le partenariat mais aussi sur la confiance dans l'action auprès des jeunes et potentiellement de leur famille. L'interconnaissance territoriale mais aussi individuelle est ici bien au jour, sur des bases de relation de confiance à construire, de reconnaissance de compétences à pouvoir prendre soin des jeunes. C'est bien de cela dont il est question, l'enjeu de protéger ces jeunes, surtout lorsqu'il s'agit de faire intervenir des personnes de l'extérieur, quelle garantie et quelle responsabilité vis-à-vis des jeunes ? Un peu comme un rite de passage, les chargées de prévention n'interviennent jamais seules, pour sécuriser les jeunes et les professionnel.les. Mais la question est posée par des professionnel.les : pourquoi ne pas faire sortir les jeunes ? Pourquoi les ateliers Autonomia ne se déroulent pas dans les locaux de l'association ? Les arguments se situent bien sur le fait d'amener les jeunes à aller vers les services disponibles et à repérer aussi d'eux-mêmes des ressources, mais cela nécessite de considérer les possibilités offertes aux jeunes d'être mobiles, de pouvoir se déplacer. La mobilité des jeunes, la façon dont les jeunes peuvent transiter, notamment grâce au concept de spatialité, étudiée en géographie sociale, apportent des éléments de réflexion, notamment en protection de l'enfance, selon la localisation du foyer, sa proximité avec des quartiers dits sensibles ou source de déviance (Guy, 2019).

Les réflexions sur l'espace, l'enceinte d'un foyer collectif notamment, peuvent aussi se refléter dans la façon dont l'espace est occupé et investi lors du déroulement des ateliers avec les jeunes. Une question soulevée lors de la mise en place des premiers ateliers : les jeunes vont-ils et elles pouvoir parler librement lors des ateliers s'ils ont lieu dans l'enceinte du lieu de vie ? Apparaissent ici les notions de sécurité et de participation, à travers l'expression d'une parole attendue comme authentique. Les données recueillies dans cette recherche ne montrent pas de difficulté d'expression des jeunes lors des ateliers, plusieurs éléments nécessitent d'être considérés pour éclairer cela, notamment les modalités pédagogiques proposées, la relation avec la chargée de prévention, les antécédents de groupe entre les jeunes, tout comme le caractère secret du contenu des ateliers. En effet, dans le protocole de participation au programme, il a été garanti aux jeunes que le contenu des ateliers n'aurait aucune influence, ne serait même pas considéré, dans le cadre du suivi socio-éducatif et/ou judiciaire de leur situation. Néanmoins, il n'en reste pas moins que la question du pouvoir d'agir, notamment à travers le choix de participer aux ateliers reste probablement à approfondir, tout comme celle de la perception de participation de ces jeunes, tant au programme Autonomia qu'au fonctionnement global de l'institution. Au regard des données à notre disposition dans la littérature (Euillet & Faisca, 2019 ; Havlieck *et al.*, 2018) indiquant l'effet miroir entre la participation individuelle au quotidien et la participation collective à la vie de l'institution, nous pouvons faire ici l'hypothèse que le programme Autonomia offre un nouvel espace d'expression avec des modalités différentes que les jeunes peuvent expérimenter et se saisir dans leur trajectoire de vie.

Orienter un jeune, c'est aussi une « obligation » de sortir et de se confronter à un nouveau regard d'un.e professionnel.le, qui pour le jeune peut être une source d'angoisse. La question de disposer de tous les services en interne, au sein d'un lieu de la protection de l'enfance ou de la PJJ questionne sur une auto-suffisance qui concourrait à penser que l'extérieur n'est pas indispensable voire dangereux. Jusqu'où les conduites addictives ne sont pas un support pour ré-interroger les usages des jeunes dans ce passage de la frontière entre intérieur et extérieur, entre espace sécurisé et espace « ouvert » ? Jusqu'où les modalités organisationnelles peuvent induire une fascination, attirance pour cet extérieur pourvoyeur de liberté, tant recherchée à l'adolescence ? L'extérieur peut également être conçu comme un investissement capital pour les jeunes notamment pour l'équilibre qu'ils et elles cherchent avec l'intérieur comme ont pu l'écrire Amaré et ses collaboratrices en 2023.

Consommer des produits illicites dans l'enceinte oblige aussi les adultes en responsabilité à se positionner vis-à-vis de la loi. Jusqu'où cet apport de l'extérieur n'est-il pas une invitation de la part des jeunes à l'attention des adultes à leur montrer une figure d'adulte, qui dans leur période développementale cherchent ou évitent, ou en tous les cas construisent ?

2 Les implications pour la pratique

La réalisation de cette recherche, possible grâce à l'implication de nombreux acteurs et partenaires, permet, à partir de questions de recherches et d'analyses, de repérer, dessiner des implications pour la pratique, ou tout du moins, des pistes pouvant soutenir les réflexions et les actions/décisions réfléchies et prises en matière d'accompagnement de la santé des jeunes protégé.es. En effet, un premier élément conceptuel mérite ici d'être développé. L'ensemble des analyses menées conduisent à conforter l'hypothèse selon laquelle les conduites addictives des jeunes s'entendent, se lisent à la lumière d'une sphère plus large qu'est la santé. Dit autrement, l'interconnexion entre la santé et les consommations s'avère fondamentale à la fois en termes de conceptions mais aussi d'actions. Cet élément constitue un point majeur de considération tant à l'échelle des politiques publiques en la matière qu'à l'échelle locale de projets de service accueillant des mineur.es de la protection de l'enfance ou de la PJJ.

Plus spécifiquement, 3 axes d'implication pour la pratique sont proposés ici :

- Le recours à un partenaire extérieur au sein des lieux de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse.
- L'importance des espaces de verbalisation et de partage tant pour les jeunes que pour les professionnel.les.
- Les activités, le sport et l'alimentation : des pistes occupationnelles à ne pas négliger.

2.1 Le recours à un partenaire/expert au sein des lieux de la PE ou de la PJJ

L'intervention de personnes extérieures, repérées comme expertes du champ mais aussi de la pédagogie appliquée au contexte de la protection de l'enfance, pour évoquer les questions de santé est apparue majoritairement comme féconde, utile en termes de ré-assurance, de possibilité de s'exprimer, mais aussi de reconnaissance de l'importance de cette dimension dans la vie des jeunes, dans le quotidien éducatif. Ces éléments conduisent à encourager :

- Un rapprochement territorial entre les structures de prévention des addictions et/ou de promotion de la santé et celles de la protection de l'enfance et de la PJJ. En effet, ce rapprochement territorial mais aussi inter-individuel contribue au repérage des ressources disponibles et/ou mobilisables mais aussi à l'élaboration d'unités de langage communes et d'évolution des perspectives en la matière.
- Une inscription dans le projet de service d'un volet dédié à la « santé » en termes de politique de service et d'actions/projets/partenariats afin de situer la dimension de la santé dans une orientation politique et appliquée claire. Cette recherche a permis de montrer l'enjeu de visibilité et de considération de la santé des jeunes comme un axe fondamental, en termes de prises en charge mais aussi en termes d'accompagnement, d'attention qui puissent offrir un cadre d'actions pour les professionnel.les.
- La reconnaissance du rôle de chaque adulte investit auprès de chaque jeune, dans son rôle éducatif, mais aussi de soutien, de co-présence dans les espaces et les temps du vivre ensemble façonnés par des professionnel.les tel.les que les cuisinier.ères, les maître.sses de maison, les jardinier.ères, etc. En effet, les professionnel.les du quotidien, impliqué.es dans les temps du vivre ensemble (repas, entretiens de l'extérieur, etc.) sont apparus.es dans cette recherche comme des ressources précieuses pour soutenir les jeunes dans leur expression mais aussi pour manifester de l'attention à leurs comportements, en termes de souci pour leur santé. Ainsi, la délimitation des fonctions de chaque professionnel.le semble s'inscrire aussi dans les différentes modalités relationnelles possibles au-delà de la formalisation des missions.
- L'intervention de professionnel.le de prévention au sein des structures mais aussi le déplacement des professionnel.les et des jeunes de protection de l'enfance au sein des services de prévention, afin de favoriser le franchissement de ces frontières symboliques où l'aller-vers est réciproque. Le mouvement ou la navigation entre l'enceinte du lieu de protection et les environnements ressources apparaît ici, comme un élément symbolique majeur pour les jeunes protégé.es.

2.2 Les espaces de verbalisation et de partage tant pour les professionnel.les que pour les jeunes

La santé, et encore plus les consommations relèvent de la sphère personnelle chez l'adolescent.e, tout en exprimant les bienfaits et le besoin de verbalisation autour de ce sujet. Il a été constaté de grandes disparités vis-à-vis de la considération de l'importance de la santé, tant chez les jeunes que chez les professionnel.les. Tout en respectant la spécificité de chaque accompagnement socio-éducatif et son adaptation aux circonstances et aux besoins, quelques pistes peuvent ici être proposées, pistes de réflexion au sujet des pratiques collectives et/ou individuelles :

- Quelle familiarité, quels tabous entourent la dimension de la santé en général et celle des jeunes en particulier dans les représentations des professionnel.les ? Une question fondamentale sur laquelle repose les principes même de l'accompagnement. L'apport de connaissances, d'espaces de réflexion mais aussi de supports éducatifs peuvent constituer des leviers précieux pour soutenir la mise en exergue de l'importance de cette dimension, apparue comme capitale lors des entretiens réalisés avec les professionnel.les.
- Quels seraient les freins pour ne pas évoquer la dimension de la santé, du bien-être, des compétences psycho-sociales et des consommations dès l'arrivée du jeune ? Cette question ne vise pas à uniformiser les pratiques mais bien à repérer les circonstances, les contraintes qui entourent l'arrivée d'un.e jeune et de repérer les potentielles évolutions permettant d'aborder cette thématique de manière individuelle et spontanée, comme partie intégrante des préoccupations à son encounter.
- Si la formation est régulièrement présentée comme une piste d'amélioration, le principe de réalité indique bien que le temps pour les formations est réduit mais aussi que les professionnel.les ne peuvent pas être spécialistes de toutes les dimensions de l'accompagnement socio-éducatif. Aussi, une connaissance des partenaires territoriaux, une possession de divers supports pédagogiques et/ou formels, un soutien institutionnel et des espaces d'élaboration des pratiques et des réponses éducatives en équipe paraissent correspondre aux besoins repérés sur le terrain de cette recherche.
- Des lieux de parole neutres, sans enjeux directs sur l'accompagnement socio-éducatif et affichés de la sorte avec l'engagement de chacun.e se sont avérés sources de ré-assurance pour les jeunes, des espaces de partage d'expériences, d'horizontalité grâce à un cadre sécurisé. La reconnaissance réciproque des différents points de vue notamment entre jeunes, professionnel.les et expert.es contribue à une interconnaissance agissant sur les représentations profondes de l'autre. Ces espaces contribuent au développement d'une altérité partagée.

2.3 Les activités, le sport et l'alimentation : des pistes occupationnelles à ne pas négliger

À chaque jeune, était posée la question suivante : d'après toi, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour aider un adolescent.e qui consomme ? Tous les jeunes rencontrés ont évoqué l'ennui vécu par celles et ceux qui consomment « *ils savent pas quoi faire, alors ils fument* », et ont présenté le sport et les sorties comme des facteurs protecteurs de leur santé perçue. Le cercle vertueux de la bonne santé et de l'activité, en passant par l'alimentation et le sommeil est décrit par plusieurs jeunes. Cet aspect est à considérer au regard des chiffres au niveau national : la difficulté à s'endormir est mentionnée par 43 % des collégiens et 12.2% des lycéens dans le cadre de l'enquête EnCLASS (SPF, 2024). Ces deux axes de santé publique, sommeil et alimentation, apparaissent de manière conjointe chez les jeunes et chez les professionnel.les. Ainsi, la considération de la santé et la prévention des conduites à risques se situent clairement dans un quotidien éducatif en sus des temps dédiés de sensibilisation et de prévention. De plus, les jeunes, dans leurs discours présentent un lieu de contrôle interne vis-à-vis des consommations, considérant que l'arrêt de la consommation ne tient qu'à la motivation de la personne, même si elle ne peut le faire seule, au regard du phénomène d'addiction. De façon conjointe, d'après les jeunes, les premières consommations auraient pour but d'oublier les soucis, de diminuer le stress. Ces deux éléments apportent un éclairage majeur sur le vécu des jeunes concerné.es par la protection de l'enfance et de la PJJ, empreint de culpabilité, de stress, et de dévalorisation de soi

déjà bien repérés dans la littérature. Ainsi, cette dimension peut se déployer de différentes manières dans la pratique avec des objectifs tels que :

- Développer les compétences psycho-sociales des jeunes, en termes de confiance en soi et dans les autres avec des supports pédagogiques variés, l'exemple d'Autonomia permet de saisir l'enjeu de la sensibilisation à la connaissance de soi pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes ;
- Proposer aux jeunes des possibilités d'occupation source de plaisir. Si l'emploi du temps de certain.es jeunes peut être chargé par des rendez-vous et des contraintes institutionnelles, le risque de sur-occupation ne semble pas élevé surtout pour celles et ceux en situation de déscolarisation. Les activités de culture et de loisirs, telles que le sport apparaissent comme une source de plaisir existante ou potentielle chez les jeunes, dont elles.ils peuvent témoigner l'effet sur la santé perçue et sur le prendre soin de soi et de son corps. Certaines consommations trouvent leur terreau dans des temporalités inoccupées, vides, sans désir ou d'envie, il ne s'agit pas de temps libre mais de « vacuité quotidienne ». Les jeunes, mais aussi les professionnel.les n'évoquent pas ici le fait de développer des projets, mais de répondre à la question « qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? ».
- Renforcer l'accompagnement et les actions au sujet des fondamentaux en termes d'alimentation et de sommeil, dimensions qui apparaissent fortement impactées en matière de santé perçue, et qui constituent des facteurs non négligeables ou des signaux visibles dans les consommations associées.

Ces pistes se veulent soutenantes, encourageantes dans un contexte socio-historique que nous savons complexe tant pour les jeunes que pour les institutions et les professionnel.les qui y exercent leurs compétences et leurs savoir-être. Si le calendrier de rédaction de ce rapport vient marquer un premier point d'aboutissement, il s'agit à présent, pour nous chercheur.euses, avec l'aide des partenaires, de proposer les conditions nécessaires à l'appropriation de ces éléments à l'échelle locale, territoriale et nationale.

3 Conclusion

La réalisation de cette recherche a permis de saisir plus finement le constat partagé relatif à la complexité de la question de la santé et des consommations dans les structures d'accueil de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. En effet, l'immersion d'une chercheuse dans les lieux d'accueil et la parole donnée à plus de 60 jeunes et professionnel.les a contribué à développer des éléments de connaissance au sujet des jeunes, à visibiliser des pratiques et des modes organisationnels au sein des structures. L'hypothèse d'articulation, d'enchevêtrement des sphères sanitaires et éducatives s'avère féconde pour appréhender les conduites addictives, les consommations, les usages ainsi que la santé perçue dans son approche globale. De plus, les soubassements systémiques confirment leur apport pour saisir les enjeux individuels et collectifs.

À travers l'analyse du déploiement du programme Autonomia, il a été possible d'accéder à des espaces relativement confidentiels dans lesquels ont été élaborés ces soubassements et à l'aune de l'expertise d'un acteur majeur en matière de prévention des risques auprès d'adolescent.es, mise au service de jeunes particulièrement éloigné.es et vulnérables à ce sujet-là. Ce partenariat avec le CICAT a offert l'opportunité aux chercheurs de repérer cette dentelle d'intervention où sont déployées de nombreuses compétences issues de divers champs. Cette rencontre et cette volonté d'adaptation aux besoins des institutions et des jeunes soutiennent un programme sur-mesure fédérateur au sein des institutions. Il a constitué un prisme révélateur de multiples fonctionnements, acceptant le regard extérieur du chercheur aux côtés des professionnel.les et des jeunes.

Qu'il nous soit permis ici de repérer les limites de cette recherche. Si le renforcement du recueil des données qualitatives apparaît aujourd'hui comme un apport, son corollaire de manque de données quantitatives n'est pas à négliger. Le débat autour du statut accordé aux données est permanent chez tout chercheur visant la fidélité et la justesse des connaissances, néanmoins, force est de constater aujourd'hui les difficultés croissantes pour déployer une méthodologie dans le contexte de la protection de l'enfance, sinistré et éprouvé par les conditions de travail, et suspicieux ou désabusé vis-à-vis de l'utilité de la recherche. Ainsi, cette recherche ne permet pas aujourd'hui de repérer des tendances marquées en termes de consommations, ni de pouvoir évaluer la probance d'un programme de prévention des addictions. Toutefois, l'hétérogénéité de la population argue pour la prudence généralisatrice sans nier l'absolue nécessité de connaissances à grande échelle. Les présents résultats apportent des éléments qualitatifs, limités mais contributifs d'un regard différent et solide sur un dispositif pensé, élaboré et mis en place à une échelle territoriale.

Sont questionnés à la fois les moyens méthodologiques et méthodiques des chercheurs pour les produire mais aussi l'intérêt social de ces connaissances, comme productrices de changement. Cette recherche-action qualitative ne s'inscrit pas dans les attendus évaluatifs et représentatifs d'une population cible. Néanmoins, aujourd'hui, les résultats présentés contribuent à une meilleure connaissance des perspectives croisées des différents acteurs au sujet de la santé des jeunes en protection de l'enfance et en protection judiciaire de la jeunesse. Se dessine ici une piste de recherche future autour d'une question : Quelle collaboration avec les parents au sujet de la santé et des consommations des jeunes accueilli.es et/ou suivi.es ? La perspective des parents à ce sujet-là reste peu documentée et peu croisée avec celles des professionnel.les et des jeunes.

Références bibliographiques

- Abric, J.-C. (2005). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : Erès.
- Amaré, S., Arsac, S., Colpé, C., & Guy, F. (2023). *Le territoire est-il un vecteur de construction de lien ? Une approche sociogéographique des liens en protection de l'enfance*. Rapport final de recherche remis à l'ONPE.
- Amsellem-Mainguy, Y., & Loncle, P. (2010). Introduction, *Agora débats/jeunesses*. vol. 54, no. 1, 41-45.
- Amsellem-Mainguy, Y., & Dumollard, M. (2015). *Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ. Entre priorité et évitement*, Rapport d'étude/INJEP.
- Archer, C., & Burnell, A. (Eds) (2008). *Traumatisme, attachement et permanence familiale*. Bruxelles: De Boeck.
- Assailly, J. (2010). Les déterminants familiaux des conduites à risque et des addictions : quelques figures géométriques. In D. Cupa (Dir), *Entre corps et psyché : les addictions (pp. 81-103)*. Les Ulis: EDP Sciences.
- Bacro F., Rambaud A., Humbert C., & Sellenet C. (2013). *La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire Atlantique*. Recherche réalisée pour et financée par l'ONPE.
- Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Barrault, S., & Varescon, I. (2015). Le poker : pratiques normales et pathologiques. *Psychotropes*, 21, 37-52.
- Beaud S., & Weber F. (2010), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La découverte.
- Beck, F., & Richard, J.-B. (2013). Le Baromètre santé de l'INPES, un outil d'observation et de compréhension des comportements de santé des jeunes. *Agora débats/jeunesses*, vol. 63, no. 1, 51-60.
- Becker H. S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Becquet, V. (2012). "Les jeunes vulnérables" : essai de définition, *Agora débats/jeunesses*, vol. 62, n° 3, 51-64.
- Beillerot, J. (2003). L'analyse des pratiques professionnelles, pourquoi cette expression ? *Les cahiers pédagogiques*, 416.
- Belien Pallet, V. et al. (2017). Mettre des mots sur les maux. La consultation de médecine de l'adolescent pour les mineurs non accompagnés : entre besoins de santé réels et difficultés de suivi, *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 96(2), 109-121.
- Benec'h, G. (2014). Les mesures de prévention les plus efficaces, In G. Benec'h (Dir), *Les jeunes et l'alcool* (pp. 65-124). Paris: Dunod.
- Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé, La fabrique des campagnes de prévention, In D. Fassin & D. Memmi (Dir.), *Le gouvernement des corps*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 35-76.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.G., & Gratz, K.L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38(2), 284-296.
- Bongrand, P. (2022). Composer avec les enjeux politiques : l'exemple des recherches collaboratives. In B. Albero & J. Thievenaz (Dir.). *Enquêter dans les métiers de l'humain. Traité de méthodologie de la recherche en sciences de l'éducation et de la formation, Tome III* (pp. 380-394). Dijon : Editions raison et passions

- Bonneville-Baruchel, E. (2015). *Les traumatismes relationnels précoces*. Toulouse : Erès.
- Bouche-Florin, L. (2019). L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit. *Psychotropes*, 25(1):25-45.
- Boulin, A. (2017). *Les adolescents et leur famille*. *Revue de littérature*, Rapport d'étude de l'INJEP.
- Bouquet, B. (2006). Penser éthique, agir éthique, être responsable. *La Revue française du service social*, 220, 5-8.
- Bournot, M.-C., Bruandet A., Declerck C. et al. (2004). *Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans*, Saint Denis, INPES, 253.
- Boutanquoi, M. (2008). Compréhension des pratiques et représentations sociales dans le champ de la protection de l'enfance. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 24, 123-135.
- Bréchat, P., Bérard, A., Segouin, C., & Bertrand, D. (2006). Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives. *Santé Publique*, 18, 245-262.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle "Processus-Personne-Contexte-Temps" dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. In R. Tessier & G.M. Tarabulsky (Dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (pp. 10-59), Québec : PUQ.
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397-424.
- Cannard, C. (2019). De la transgression aux conduites à risque. Dans C. Cannard, *Le développement de l'adolescent: L'adolescent à la recherche de son identité* (pp. 301-329). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Caro, M., Carpezat, M., Laubressac, C., & Launet, M. (2024). Les conduites addictives des mineurs incarcérés : mécanismes de relativisation, de relégation et d'invisibilisation en détention, *Sociétés et jeunesse en difficulté [En ligne]*, 30 | URL : <http://journals.openedition.org/sejed/12553>
- Chappard, P., Couteron, J., & Morel, A. (2019). Chapitre 3. La réduction des risques, fondement d'une nouvelle addictologie. Dans A. Morel & J. Couteron (Dir.), *Aide-mémoire - Addictologie en 47 notions* (pp. 25-44). Paris : Dunod.
- Chebili, S. (2014). La crise d'adolescence comme un modèle d'inconduite. *L'information psychiatrique*, 90(1), 2934.
- Choquet, M., & Hassler, C. (2009). La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s). *Les Cahiers dynamiques*, vol. 2, n° 44, 27-30.
- Choquet, M., Hassler, C., & Morin, D. (2005). *Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) 7 ans après*, Paris, INSERM, 194.
- Chrétien, J. (2014). Les adossements théoriques des professionnels en MECS, discussion des enjeux actuels au regard d'une étude historique et bibliographique. In F. Batifoulier & N. Touya (Dir.), *Travailler en MECS* (pp. 257-273). Paris : Dunod.
- Côté I., Lavoie K., & Trottier-Cyr, R.-P. (Eds) (2020). *La recherche centrée sur l'enfant : enjeux éthiques et innovations méthodologiques*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Cournoyer, L.-G., & Dionne, J. (2010). La consommation de substances psychoactives chez les délinquants juvéniles à haut risque de récidive: Enjeux psychométriques. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 34–43.

Couteron, J., & Lascaux, M. (2018). Usages et dépendances à l'adolescence : soutenir la relation éducative. In P. Cottin, A. Lanchon & A. Le Pennec (Dir.), *Accompagner les adolescents Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels* (pp. 107-116). Toulouse : érès.

Danic, I., Delalande, J., & Rayou, P. (2006). *Enquêter auprès d'enfants et de jeunes. Objets, méthodes et terrains de recherche en sciences sociales*. Rennes : Presses Universitaires des Rennes.

Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child abuse & neglect*, 133, 1058-1065.

Dany, L. (2003). Des je(ux) et des mots... .. des (en)jeux de la parole chez les jeunes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). *Sauvegarde de l'Enfance*, fihal-01658973

Daverne-Bailly, C., & Vari, J. (2020). La parole des enfants : Enjeux épistémologiques, méthodologiques et éthiques - Editio, *Recherches en éducation*, 39, 3-6.

Dazord, A., Manificat, S., Escoffier, C., Kadour, J. L., J. Bobes, J., Gonzales, M. P., Nicolas, J., & Cochat, P. (2000). Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 46-55.

Décret-Rouillard, R. (2024). Genre et pratiques numériques selon l'origine sociale et le territoire, à l'entrée dans l'adolescence, *Éducation et socialisation* [En ligne], 71.

Delorme, C. (2025). Éthique d'intervention, éthique de responsabilité. *Psychotropes*, 31(1), 13-18.

Demerval, R., & Cartierre, N. (2003). Désaffiliation familiale et désaffiliation scolaire : effets sur la santé des adolescents. *Santé Publique*, 15, 39-48.

Drulhe, M. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.

Dubé, G., Terradas, M., & Domon-Archambault, V. (2018). Empathie, mentalisation et traumatismes complexes : quels liens avec les comportements extériorisés des enfants en protection de l'enfance ? *Enfance*, 2(2), 343-372.

Dubet, F., & Martuccelli, D. (1996). *À l'école : sociologie de l'expérience scolaire*. Paris : Le Seuil.

Dujol, J.-B. (2015). Les politiques sociales à l'épreuve de la jeunesse, *Regards*, vol. 2, n° 48, 95-101

Durastante, R. (2011). *Adolescence et addictions: De la crypte familiale au dispositif en tuilage. Approche psychanalytique de la famille et du transgénérationnel*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Durning, P. (1985). *Éducation et suppléance familiale en internat*. Paris : Publications du CTNERHI/PUF.

Duvoux, N. (2023). Pauvreté, santé. Le subjectif comme révélateur de la dureté des rapports sociaux. *Empan*, 129, 21-27.

Encinar, P., Tessier, D., & Shankland, R. (2017). Compétences psychosociales et bien-être scolaire chez l'enfant : une validation française pilote. *Enfance*, 1, 37-60.

Euillet, S. (2017). Enjeux psychologiques des supports utilisés en recherche auprès d'enfants accueillis en protection de l'enfance. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 18, [en ligne], <http://sejed.revues.org/8287>.

Euillet, S., & Faisca, E. (2019). Ce que pensent les professionnels de la participation des enfants en famille d'accueil. *Le Sociographe*, 68, 53-66.

Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Severac, N. (2017). La santé des enfants protégés : un prendre soin à la croisée des sphères éducatives et sanitaires. *Education, Santé et Sociétés*, 4(1), 77-93.

Even, M., & Sutter-Dallay, A.-L. (2019). La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature, *L'Encéphale*, Vol. 45, Issue 4, 340-344.

Fablet, D. (2007). Les interventions socio-éducatives : Comment les définir ? *La revue internationale de l'éducation familiale*, 21(1), 125-137.

Fablet, D. (2013). Émergence et développement des recherches sur/et des interventions en éducation familiale. In G. Bergonnier-Dupuy, H. Join-Lambert & P. Durning (Dir.), *Traité d'éducation familiale* (pp. 97-116). Paris: Dunod.

Falchun, T., Robène, L., & Terret, T. (2016). L'*habitus* professionnel spécifique aux éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. *Déviance et Société*, 40, 101-129.

Fam, J.Y. (2018). Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(5), 524-531.

Fassin, D., & Memmi, D. (2004). Le gouvernement de la vie, mode d'emploi. In D. Fassin & D. Memmi (Dir.), *Le gouvernement des corps* (pp.9-34). Paris : Editions de l'EHESS,

Fenouillet, F., Heutte, J., Martin-Krumm, C., & Boniwell, I. (2014). Validation française de l'échelle multidimensionnelle de satisfaction de vie chez l'élève. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47 (1), 1 - 29.

Ferron, C. (2021). La promotion de la santé, In H. Lambert(Dir.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Forgeot, D. (2012). Toxicomanie et santé des jeunes, les nouvelles orientations de la PJJ, *Les Cahiers dynamiques*, vol. 3, n° 56, 41-49.

Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité, vol. 1, La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.

Fournier, M. (2019). Voyage au cœur des bandes. In V. Bedin (Dir.), *Qu'est-ce que l'adolescence* (pp. 220-228). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.bedin.2019.01.0220>

Gaëtan, S., & al. (2014). French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2014.04.004>

Galland, O. (2001). Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations. *Revue française de sociologie*, 42-4. pp. 611-640.

Galland, O. (2017). *Sociologie de la jeunesse*. Paris : Armand Colin.

Génolini, J.-P. & Perrin, C (2016). La jeunesse au crible des enquêtes de santé. *Agora débats/jeunesses*, Vol. 4, 23-36.

Gold, R. (2003). Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique. In D. Cerfaï (Ed), *L'enquête de terrain* (pp.340-349). Paris : La Découverte.

Götestam, K. G., Johansson, A., Wenzel, H. G., & Simonsen, I.-E. (2004). Validation of the Lie/Bet Screen for Pathological Gambling on Two Normal Population Data Sets. *Psychological Reports*, 95(3), 1009–1013. doi:10.2466/pr0.95.3.1009-1013

Gouttenoire, A. (2010). Focus. Le bien-être de l'enfant dans la Convention internationale des droits de l'enfant. *Informations sociales*, 160, 30-33.

Greeson, J., Briggs, E., Kisiel, C., Layne, C., Ake, G., Ko, S., & Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the national child traumatic stress network. *Child Welfare*, 90, 91–108.

Guy, F. (2015). *La mobilité des adolescents en situation de placement dans le Rhône. L'espace, enjeu d'une action sociale*. Thèse de doctorat en Géographie. Université Lyon 2 Lumière.

Havlicek, J., Curry, A., & Villalpando, F. (2018). Youth Participation in Foster Youth Advisory Boards: Perspectives of Facilitators. *Children and Youth Services Review*, 84, 255-70.

Hdoubane, H. (2012). La place du cannabis en hébergement, *Les Cahiers dynamiques*, vol. 3, n° 56, 107-111.

INJEP (2023). Les chiffres clés de la jeunesse.

Janvier, R. (2023). « L'aller-vers » en travail social. Une mutation des pratiques et des organisations. Nîmes : champ social.

Jeffrey D., Lachance, J., & Le Breton, D. (2016). *Penser l'adolescence*. Paris, Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet (Dir), *Les représentations sociales* (pp. 45-78). Paris : Presses Universitaires de France.

Johnson, E.E., Hamer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eistenstein, N., & Englehart, C. (1998). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88.

Jolly, B. (2012). Le tabac en Centre Educatif Fermé : entre sanction et gratification, *Les Cahiers dynamiques*, vol. 3, n° 56, 112-118.

Kisiel, C., Fehrenbach, T., Small, L., & Lyons, J.S. (2009). Assessment of complex trauma exposure, responses, and service needs among children and adolescents in child welfare. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 143–160.

Labbe, E, Moulin, J., Sass, C., Chatain, C., & Gerbaud, L. (2005). *Etat de santé, comportements et fragilité sociale de 105 901 jeunes en difficultés d'insertion professionnelle*, rapport d'étude, CETAF, Saint-Etienne.

Lacharité C., Sellenet C., & Chamberland C. (Eds) (2015). *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lacroix, I., & CRÉVAJ. (2016). *La participation collective des jeunes en protection de l'enfance : Une revue de littérature internationale*. Les Cahiers de la CRÉVAJ. <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2016/05/031161452.pdf>

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., & Ferron C. (2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 20–37.

Le Breton, D. (2011). Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes. *Revue du MAUSS*, 37, 365-384.

Le Breton, D. (2013). *Conduites à risque*. Paris : PUF.

Le Breton, D. (2016). Chapitre 12. Conduites à risque. In D. Jeffrey (Dir), *Penser l'adolescence* (pp. 163-175). Paris : Presses Universitaires de France.

Lécallier, D., Hadj-Slimane, F., Landry, M., Bristol-Gauzy, P., Cordoliani, C., Grélois, M., Delva, C., & Michaud, P. (2012). Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs de

substances psycho-actives (ROC-ADO). Etude prospective randomisée contrôlée auprès de 2120 adolescents. *La Presse Médicale* (1983), 41(9), 411-419.

Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008). *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte/INSERM.

Lhuillier, J. (2015). Le projet d'établissement ou de service. In J. Lhuillier, *Le droit des usagers: Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* (pp. 225-228). Rennes: Presses de l'EHESP.

Loncle, P. (2008). Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge locale des jeunes. L'exemple rennais. *Histoire@Politique*, Vol. 4, n° 1, 1-15.

Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., & Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Paris, IGAS, 204.

Marcel, J.F. (Ed) (2002). *Les sciences de l'éducation, des recherches, une discipline*. Paris : L'Harmattan.

Marchand Buttin, F. (2016). Devenir PJJ promotrice de santé: De rencontres en rencontres. *Les Cahiers Dynamiques*, 70, 6-17.

Milne, L., & Collin-Vézina, D. (2015). Assessment of children and youth in child protective services out-of-home care : An overview of trauma measures. *Psychology of Violence*, 5(2), 122-132.

Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (Eds) (2018). *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. Québec : Presses de l'Université de Québec.

Moliner, P. & Guimelli, C. (2015). Les approches théoriques. In P. Moliner & C. Guimelli (Dir), *Les représentations sociales* (pp. 21-33). Fontaine : Presses universitaires de Grenoble.

Morel, A., & Couteron, J. (2008). *Les conduites addictives : Comprendre, prévenir, soigner*. Paris : Dunod.

Obradovic, I. (2017). Tabac, alcool et drogues illicites à l'adolescence. Évolution des consommations et enjeux, *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 125, no. 2-3, 73-79.

OFDT (2023). Les drogues à 17 ans, analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. Tendances, 155.

Olivier de Sardan, J-P. (1995). La politique du terrain, *Enquête*, 1, 71-109.

Olry, P. (2022). Analyser le travail pour soutenir les apprentissages professionnels et la conception de formation ajustées. In B. Albero & J. Thievenaz (Dir.). *Enquêter dans les métiers de l'humain. Traité de méthodologie de la recherche en sciences de l'éducation et de la formation, Tome III* (pp. 364-379). Dijon : Editions raison et passions.

ONPE (2020). *La population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/12/2018 : les disparités départementales*. Note statistique.

ONPE (2022). *La santé des enfants protégés*. Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement. La documentation française.

ONPE (2022). *Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020*. Note statistique.

Paille, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Paquette, M., & Terradas, M. (2018). Les relations d'objet et le jeu libre chez les enfants en situation de placement ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. *Devenir*, 30(2), 125-146.

Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. Paris, La découverte.

Peretti-Watel, P., Beck, F., & Legleye, S. (2007). *Les usages sociaux des drogues*. Paris, Presses Universitaires de France.

Pommereau, X. (2007). Addictions et Adolescence, In M. Marzano (Dir), *Dictionnaire du corps* (pp.19-27). Paris : PUF.

Pommier, F. (2010). Le rite, un état de suspension à l'adolescence. *Adolescence*, 28 3(3), 495-508.

Protais, C., Morel d'Arleux, J., & Jauffret-Roustide, M. (2019). *Usages de drogues en prison. Pratiques, conséquences et réponses*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, thème OFDT, décembre.

Protais, C., & Milhet, M. (2025). La RdRD dans tous ses états : les pratiques d'accompagnement en CSAPA et CAARUD. *Psychotropes*, 31(1), 19-42.

Quilliou-Rioual, M., & Quilliou-Rioual, M. (2020). Le projet d'établissement et les plateformes de services. In M. Quilliou-Rioual & M. Quilliou-Rioual (Dir), *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS: En 29 notions* (pp. 55-65). Paris: Dunod.

Radjack, R., Benoit de Coignac, A., Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M.R. (2012). Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers : une approche transculturelle, *Adolescence*, 80, 421-432.

Rastier, F. (Ed) (1995). *L'analyse thématique des données textuelles*. Paris : Didier Erudition.

Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context. *Drug and alcohol dependence*, 121, 231-239.

Rémy, C. (2014). Accepter de se perdre. Les leçons ethnographiques de Jeanne Favret-Saada, *SociologieS*. <http://journals.openedition.org/sociologies/4776> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.4776>

Robin, P. (2013). Les maux du corps des enfants de la protection de l'enfance : une impossible mise en mots ? *Corps*, 11, 225-232.

Romano, H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Paris: Dunod.

Romero, M. (2022). *La prise en charge des mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel à la Protection Judiciaire de la Jeunesse*. Fédération française des centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIA VS) hal-04172264

Rouyer, V., Constans, S., Ponce, C., & Lucenet, J. (2020). Etudier le point de vue des enfants : Questions épistémologiques, méthodologiques et éthiques en psychologie du développement. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 146(1), 124-144.

Décret-Rouillard, R. (2024). Genre et pratiques numériques selon l'origine sociale et le territoire, à l'entrée dans l'adolescence, *Éducation et socialisation [En ligne]*, 71. Mis en ligne le 16 septembre 2024.

Sales-Wuillemin, E. (2005). *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage: représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles*. Paris : L'Harmattan.

San Marco, J.L. (2009). Définition, In F. Bourdillon (dir.), *Traité de prévention* (pp.3-8). Paris : Flammarion.

Santé Publique France (2024). La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'enquête EnCLASS, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et->

anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022

Sastre, M.T.M., & Ferriere, G. (2000). Family “decline” and the subjective well-being of adolescents. *Social Indicators Research*, 49, 69–82.

Savolainen, I., Sirola, A., Kaakinen, M. *et al.* (2019). Peer Group Identification as Determinant of Youth Behavior and the Role of Perceived Social Support in Problem Gambling. *J Gambl Stud* 35, 15–30.

Sommelet, D. (2006). *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent remis au ministère des solidarités, de la santé et de la famille.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, 12-20.

Spilka, S., Le Nézet, O., Ngantcha, M., & Beck, F. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014, *Tendances*, n° 100, OFDT, 8.

Taïeb, O., & Reyre, A. (2013). La construction de l'objet addiction à l'adolescence. In M.R. Moro (Dir), *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement: Comprendre et soigner* (pp. 140-153). Paris: Armand Colin.

Terrier, E., & Halifax, J. (2017). Approche territoriale de la protection de l'enfance Quelles spécificités des espaces urbains, ruraux et périurbains ? *Le Sociographe*, N°10(5), 61-82. <https://doi.org/10.3917/graph.hs010.0061>.

Toussaint, E., Florin, A., & Schneider, B. (2017). La qualité de vie des enfants accueillis en protection de l'enfance. *Enfance*, 01, 123-141.

Verliet, M. *et al.* (2014). Longitudinal Follow-up of the Mental Health of Unaccompanied Refugee Minors, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337-346.

Warin, P. (2006). *L'accès aux droits sociaux*. Grenoble : PUG

Zimmermann, G., Barbosa Carvalhosa, M., Sznitman, G. A., Van Petegem, S., Baudat, S., Darwiche, J., Antonietti, J.-P., & Clémence, A. (2017). Conduites à risque à l'adolescence : Manifestations typiques de construction de l'identité ? *Enfance*, 2(2), 239-261.

Index des figures et tableaux

Figure 1: Dimensions explorées selon le point de vue des jeunes.....	21
Figure 2: Dimensions explorées selon le point de vue des professionnel.les.....	21
Figure 3 : Phases du programme Autonomia	23
Figure 4: Visuel des 5 outils de recueil de données	24
Figure 5: récapitulatif des types de données recueillies	33
Figure 6 :Informations sur les jeunes rencontré.es en entretien	47
Figure 7: Proportion de jeunes interviewé.es qui ont participé à Autonomia	47
Figure 8: Genre et âge des jeunes ayant répondu au questionnaire.....	67
Figure 9 : Répartition des jeunes selon leur participation à Autonomia	68
Figure 10: Consommations déclarées par les jeunes au cours des 12 derniers mois.....	68
Figure 11: Scores obtenus à la DEP ADO.....	69
Figure 12: Effets des consommations selon les jeunes.....	70
Figure 13: Scores à l'échlle Lie Bet.....	70
Figure 14: Répartition de la fréquence de consommation d'alcool des jeunes selon la participation à Autonomia	71
Figure 15: Répartition des scores problématiques ou non à la DEP ADO selon la participation à Autonomia	72
Figure 16: fréquence des consommations des jeunes selon les professionnel.les	72
Figure 17 : Effets des consommations sur les jeunes selon les professionnel.les	73
Figure 18: raisons des consommations des jeunes selon les professionnel.les	74
Figure 19 : Lieux les plus propices aux consommations des jeunes selon les professionnel.les	74
Tableau 1 : Informations sur les professionnel.les rencontrées en entretien	51
Tableau 2 :informations sur les jeunes rencontré.es en entretien.....	27
Tableau 3: Informations sur les professionnel.les rencontré.es.....	27
Tableau 4: Détails des observations participantes réalisées	29

Index des sigles utilisés

ARS : Association Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale des Familles

CICAT : Centre d'Information et de Consultation en Alcoologie et Toxicomanie

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPS : Compétences Psycho-Sociales

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

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

MNA : Mineur Non Accompagné

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

RESSOPE : Recherche Santé et Social en Protection de l'Enfance

SPF : Sante Publique France

VRS : Vers un Réseau de Soins

Table des matières complète

Introduction	1
Chapitre 1.....	3
Santés et addictions en protection de l'enfance : actualités de la littérature et des politiques publiques.....	3
1 La santé de la jeunesse : des politiques publiques aux comportements juvéniles	4
1.1 Les politiques de santé publique en direction de la jeunesse	4
1.1.1 Des considérations de la santé perçue.....	4
1.1.2 Des constats d'inégalités sociales en matière de santé	5
1.1.3 Vers un renforcement de la prévention.....	6
1.2 Les comportements en santé des jeunes : les grandes tendances	7
1.2.1 L'évolution des consommations des jeunes.....	7
1.2.2 Les nouvelles pratiques.....	8
1.3 De la consommation aux conduites addictives.....	8
2 De la santé aux conduites addictives en contexte de protection de l'enfance et de la PJJ	10
2.1 La consommation de substances psychoactives	11
2.2 Un rapport à la santé et au corps qui varie selon le genre	12
2.3 Sens et contextes des conduites des jeunes	12
2.4 La prudence avec un public hétérogène	14
2.5 Stratégies et dispositifs de prévention en protection de l'enfance.....	15
2.5.1 Les orientations politiques en matière de santé	15
2.5.2 De la promotion de la santé aux compétences psycho-sociales.....	16
Chapitre 2.....	18
La méthodologie de recherche : mixte et centrée sur le point de vue des personnes impliquées.....	18
1 Ancrages de la recherche RESSOPE	19
1.1 Questions de recherche	19
1.2 Autonomia : un programme de prévention basé sur les compétences psycho-sociales	22
2 Les outils de recueil	24
2.1 Observations participantes des ateliers collectifs Autonomia	24
2.2 Questionnaire à destination des jeunes de plus de 12 ans	25
2.3 Questionnaire à destination des professionnel.les	26
2.4 Entretien auprès des jeunes.....	26
2.5 Entretien auprès des professionnel.les de la protection de l'enfance et de la PJJ	27
2.6 Entretien auprès des chargé.es de prévention	28
3 Considérations éthiques cruciales et sensibles.....	28
4 Les données recueillies	32

Chapitre 3	34
Analyse qualitative des données	34
1 Les observations des ateliers du programme Autonomia : des enjeux relationnels au discours échangé.....	36
1.1 L’immersion de la chercheuse.....	36
1.2 Recueil des données d’observation.....	38
1.3 Analyse des données issues des ateliers observés	39
1.3.1 Composition des ateliers.....	39
1.3.2 Climat des ateliers.....	39
1.3.3 Posture éducative des animateur.ices.....	40
1.3.4 Promouvoir la santé par le développement des CPS	41
1.3.5 Parler des addictions pour mieux les prévenir	43
2 Analyse des entretiens réalisés avec les jeunes : leurs perceptions en contextes	46
2.1 Les jeunes rencontré.es en entretien	46
2.2 Entremêlés et démêlés entre santé, consommation et addiction.....	47
2.3 Leurs relations dans leurs environnements de vie : une verbalisation compliquée	49
2.4 Regards sur les actions de prévention et sur l’avenir	50
3 Analyse des entretiens réalisés avec les professionnel.les : un regard expert mais impuissant.....	51
3.1 Les professionnel.les de la protection de l’enfance rencontré.es en entretien....	51
3.2 Un rapport complexe des jeunes à la consommation d’après les professionnel.les	52
3.2.1 La prédominance de la consommation de cannabis.....	52
3.2.2 Des consommations diverses	54
3.2.3 L’usage des écrans et TIC.....	55
3.3 Enjeux éducatifs de la santé et des addictions	56
3.3.1 La santé des jeunes perçue comme altérée par les professionnel.les.....	56
3.3.2 Les choix et possibilités éducatives et institutionnelles.....	58
3.3.3 Un quotidien attentif et une relation de confiance au prisme d’une réponse-sanction ?	59
3.3.4 Un sujet toujours sensible voire tabou	60
3.4 Collectifs/institutions et dispositifs autour de la santé et des addictions.....	61
3.4.1 Fluctuation des ressources/supports en interne.....	61
3.4.2 Au sujet du partenariat territorial et inter-institutionnel	62
3.4.3 Regards sur le programme Autonomia	62
4 Analyse des entretiens réalisés avec les chargé.es de prévention : l’enjeu de l’aller-vers et du dialogue.....	64
4.1 Les enjeux de la santé mentale pour les jeunes en protection de l’enfance.....	64
4.2 Les CPS au cœur de l’intervention et de l’accompagnement.....	65
4.3 Les défis d’une prévention éducative adaptée	66

5	Analyse des réponses obtenues aux questionnaires : un éclairage particulier	67
5.1	Les jeunes ayant répondu au questionnaire	67
5.2	Des pratiques déclarées aux effets perçus par les jeunes.....	68
5.3	Des pistes à partir du questionnaire complété par les professionnel.les.....	72
6	Des données complémentaires et illustratives	75
6.1	Les contenus des projets de service.....	75
6.2	Un focus group avec les professionnel.les.....	77
Chapitre 4.....		80
Discussions croisées		80
et perspectives		80
1	Des axes transversaux d'analyse, points de vue croisés	81
1.1	La santé des jeunes : perceptions croisées.....	81
1.2	Perspectives articulées sur les pratiques des jeunes	83
1.3	Regards sur le programme Autonomia.....	85
2	Les implications pour la pratique.....	89
2.1	Le recours à un partenaire/expert au sein des lieux de la PE ou de la PJJ	90
2.2	Les espaces de verbalisation et de partage tant pour les professionnel.les que pour les jeunes.....	90
2.3	Les activités, le sport et l'alimentation : des pistes occupationnelles à ne pas négliger	91
3	Conclusion	93
Références bibliographiques.....		95
Index des tableaux, figures et encadrés		103
Index des sigles utilisés		104
Table des matières complète.....		105
Annexes.....		108
1	Composition du conseil scientifique de la recherche RESSOPE.....	1
2	Descriptif des ateliers Autonomia auprès des jeunes.....	2
3	Grille d'observation des ateliers Autonomia	4
4	Flyer de présentation du questionnaire pour les jeunes	5
5	Questionnaire pour les jeunes	6
6	Flyer pour les professionnel.les	12
7	Questionnaire pour les professionnel.les	13
8	Guide d'entretien semi-directif avec les jeunes	16
9	Lettre d'information et formulaire d'accord pour les jeunes	18
10	Lettre d'information pour les détenteurs de l'autorité parentale.....	20
11	Guide d'entretien avec des professionnel.les d'un lieu d'accueil collectif en protection de l'enfance.....	22
12	Documents d'information et d'accord pour les professionnel.les	23
13	Guide d'entretien avec des professionnels chargés de prévention.....	25
14	Détails des observations et des entretiens réalisés.....	27

Annexes

Annexes.....	108
1 Composition du conseil scientifique de la recherche RESSOPE.....	1
2 Descriptif des ateliers Autonomia auprès des jeunes	2
3 Grille d’observation des ateliers Autonomia.....	4
4 Flyer de présentation du questionnaire pour les jeunes	5
5 Questionnaire pour les jeunes	6
6 Flyer pour les professionnel.les	12
7 Questionnaire pour les professionnel.les	13
8 Guide d’entretien semi-directif avec les jeunes	16
9 Lettre d’information et formulaire d’accord pour les jeunes	18
10 Lettre d’information pour les détenteurs de l’autorité parentale.....	20
11 Guide d’entretien avec des professionnel.les d’un lieu d’accueil collectif en protection de l’enfance.....	22
12 Documents d’information et d’accord pour les professionnel.les	23
13 Guide d’entretien avec des professionnels chargés de prévention	25
14 Détails des observations et des entretiens réalisés	27

1 Composition du conseil scientifique de la recherche RESSOPE

Nous tenons ici à remercier chaque membre du conseil scientifique mobilisé autour de cette recherche, chacun.e a généreusement partagé son regard et ses expériences au profit de cette recherche :

- Agnès Gindt-Ducros, Médecin responsable départemental de PMI, cheffe de service prévention-promotion de la santé, Département Ile-et-Vilaine ; puis directrice du service de la recherche et de la documentation, ENPJJ
- Christine Ferron, Déléguée générale de la FNES, Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé
- Sophie Hébert, chercheure établissement, institut universitaire jeunes en difficulté, CIUSSS centre sud de l'île de Montréal,
- Isabelle Lacroix, Maîtresse de conférences, Université de Versailles Saint-Quentin
- Isabelle Millot, Médecin de santé publique, directrice de l'IREPS Bretagne
- Pierrine Robin, Professeure des universités, Université Paris Est Créteil
- Françoise Sarny, représentante de l'AFIREM (Association Française d'Information et de recherche sur l'Enfance Maltraitée)
- Élodie Tricart, Maitresse de Conférences en psychologie, Inspé Orléans

2 Descriptif des ateliers *Autonomia* auprès des jeunes

Autonomia s'articule autour de 3 axes : les compétences psycho-sociales, le bien-être/vivre ensemble, l'addictologie. Pour chacun des ateliers, un axe est particulièrement travaillé, il est le support de l'activité principale. Néanmoins, les autres axes sont travaillés également en parallèle à chaque fois. Et, pour être mieux identifiés par les jeunes, un vocabulaire approprié est utilisé. Les thématiques en bleu représentent les compétences cognitives, en jaune les compétences émotionnelles et en vert les compétences sociales.

- **5 ateliers « Compétences psychosociales » : JE M’AFFIRME**
 - Résoudre des problèmes, faire des choix (atelier 3)
 - Savoir communiquer efficacement (atelier 5)
 - Comprendre et exprimer ses émotions et le stress (atelier 8)
 - Développer des liens sociaux (atelier 1)
 - Ecoute empathique (atelier 11)
- **3 Ateliers « Bien-être bien vivre ensemble » : BIEN DANS SES BASKETS**
 - Bien avec les autres : comportements prosociaux (atelier 4)
 - Bien dans le monde : gérer ses émotions (atelier 9)
 - Exprimer mes émotions, esprit créatif (atelier 7)
- **3 Ateliers « Addictologie » : VIVRE SA VIE**
 - Info/Intox : pensée critique (atelier 2)
 - Les usages, auto évaluation (atelier 6)
 - Le circuit de récompense faire face à l’adversité (atelier 10)

La progression des 11 ateliers tient compte du fait que nous allons travailler avec un groupe qui partage le quotidien, qui fait l'expérience du vivre ensemble avec des pairs non choisis et des adultes référents qui sont des professionnels. Nous allons donc démarrer par des ateliers qui formalisent ce vivre ensemble, laisser le groupe s'exprimer sur ces questions de coopération, de règles de vie pour aller vers des activités qui permettent à chacun de penser pour soi et par soi-même.

Les temps de concertation avant et après les ateliers

Avant et après chaque atelier un temps de concertation de 30 minutes entre les animateurs est réalisé. Ils sont indispensables pour réajuster en permanence les interventions. Ils permettent également de tenir compte du contexte institutionnel, de la réalité du fonctionnement qui varie d'un établissement à l'autre. En amont la répartition des rôles sur les différentes séquences de l'atelier est réalisée. Un focus est proposé sur une technique d'animation à chaque atelier, renforçant la dimension formation-action de ce temps. En aval, le débriefing doit permettre d'apprendre à consolider les indicateurs de réalisation de l'objectif de la séquence.

Pour certains ateliers, il peut être intéressant de proposer des activités connexes en amont ou en aval. Cela peut permettre un renforcement de la motivation tant des adolescents que des collègues de l'équipe non impliqués dans la coanimation.

Les ateliers ont été pensées en utilisant peu de matériel coûteux, facilement reproductibles, adaptables selon l'environnement et les ressources qui diffèrent d'un établissement à l'autre.

De même une fiche de recueil de données post intervention permet de réajuster si besoin pour l'atelier suivant.

Ruban pédagogique des 11 ateliers

Atelier 1 : On démarre Introduction du programme, élaboration collective des règles.

On définit comment on va travailler.

Atelier 2 : Info/intox ? Notion de prévention des addictions et travail sur les représentations.

On se questionne

Atelier 3 : Tous ensemble Notion de coopération.

On installe le travail de groupe avec la résolution de problème.

Atelier 4 : On bouge ! La coopération et la compréhension du corps.

On met le corps en jeu et on intègre le besoin des autres.

Atelier 5 : On se parle L'affirmation de soi par le développement de l'argumentaire

On donne son point de vue.

Atelier 6 : Où j'en suis Notion d'usages

On s'autoévalue

Atelier 7 : Je suis un artiste Les émotions

On rentre dans l'introspection

Atelier 8 : Relax La gestion du stress

On cherche des moyens de gérer

Atelier 9 : Je ressens donc je suis

On découvre ses 5 sens

Atelier 10 : Et le cerveau ? Le circuit de récompense

On comprend ce qui se passe dans notre cerveau

Atelier 11 : Bravo, on est allé au bout Estime de soi pour aller de l'avant.

On est confiant en l'avenir

Le déroulé type d'un atelier

Chaque atelier se déroule selon un schéma ritualisé :

- L'accueil : un bonjour personnalisé à chacun à l'entrée dans la salle avant l'émargement
 - Accueillir les nouveaux (structure d'hébergement à entrées et sorties permanentes), accueillir ceux qui ont été absents à l'atelier précédent.
 - Prendre en compte de l'individualité au sein d'un collectif pour ces adolescents qui ont peu de temps pour soi sur ce type de lieu de vie.
- Rappel de ce qui a été abordé au dernier atelier, annoncer la dominante et le thème du jour. Afficher les posters des ateliers au fur et à mesure. Rappel de la charte
 - Amener de la continuité pour des jeunes dont le parcours de vie a été marqué par des ruptures
- Activité introductive parfois, sous forme de petit jeu ou de brainstorming
 - Cela permet de s'assurer que l'on part sur un socle commun d'information, Tenir compte que certains jeunes migrants maîtrisent plus ou moins le français
- Activité principale : sous forme de travaux de groupe, dynamique, qui peut mettre en jeu le corps
 - Faire l'expérience d'une activité qui favorise la coopération pour réaliser une consigne
- Débriefing : retour sur l'activité avec leurs mots puis proposer des affiches qui reprennent les notions
 - Découvrir que l'on sait, la pédagogie « inversée »
- **Le carnet de bord**: une petite activité écrite ou dessinée qui permet un retour au calme
 - Favorise l'élaboration par un temps de retour sur soi

3 Grille d'observation des ateliers Autonomia

1- Le dispositif d'atelier en lui-même

- Repérer la disposition de la pièce, l'agencement spatial, le matériel disponible
- Les participant.e.s, avoir en amont des informations sur les participant.e.s (genre, âge, formation, scolarisation).

2- Le déroulement de l'atelier

- La rythmicité : quels sont les enchaînements d'action, les différents temps qui rythment l'heure d'atelier, quelle est la durée des séquences, comment elles se déroulent, ...
- La mobilité : comment les participant.e.s évoluent dans l'espace, circulent, bougent
- La manipulation : comment les participant.e.s manipulent les supports, de façon libre ou invitée, ou les objets sont ignorés,
- La circulation de la parole : La présence de moment de silence ou au contraire de moments où tout le monde parle en même temps,

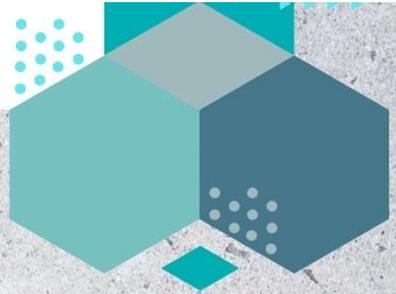
3- Les interactions

- Entre les jeunes : est-ce que les jeunes échangent entre eux
 - o Verbal : parlent-ils entre eux, parlent-ils entre eux de sujets qui n'ont rien à voir avec l'atelier, est-ce que leurs échanges verbaux sont détendus, conflictuels, taquins, amicaux, à voix basse, fort, échanges en binômes ou de l'ensemble du groupe
 - o Non-verbal : en termes de regard, de positionnement physique, de contact indirect via des supports, ...
- Entre les jeunes et les pros :
 - o Posture des jeunes vis-à-vis des pro : marques de respect, ignorance, position de retrait ou de rejet, mutisme, implication, à distance,
 - o Posture des pro vis-à-vis des jeunes : posture haute (où le pro garde la maîtrise de l'échange avec des attentes relativement définies vis-à-vis des jeunes), posture symétrique ou posture basse (où le pro est dans l'accueil de ce que propose le jeune, jeune qui peut prendre les commandes)

4- Eléments autres

- Tout ce qui pourrait surgir et être à l'œuvre même de façon anecdotique
- Par exemple :
 - o L'expression d'émotions : de la part de jeunes ou des pros, la verbalisation d'émotions ou la manifestation
 - o L'adhésion/l'implication des jeunes
 - o Le degré de participation des jeunes

4 Flyer de présentation du questionnaire pour les jeunes



TU AS PLUS DE 12 ANS ? DONNE-TON AVIS SUR TA SANTÉ !



**Réponds à ce questionnaire anonyme
et confidentiel en 15 minutes**

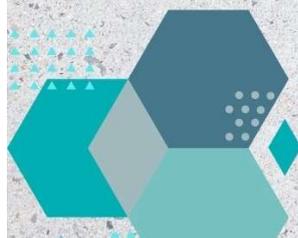


TU PEUX :

- scanner ce QR code
- nous appeler au 06 52 32 34 58

A quoi sert ce questionnaire ?

- * mieux connaître la santé perçue des jeunes
- * améliorer l'accompagnement en protection de l'enfance



Qui sommes-nous ?

**3 chercheurs de l'Université Paris Nanterre
06 52 32 34 58
ressope@liste.parisnanterre.fr**

Contacte-nous !

5 Questionnaire pour les jeunes

Nous sommes 3 chercheurs de l'université de Paris Nanterre et notre travail consiste à savoir comment les jeunes accueillis se sentent. On pense que les jeunes de plus de 12 ans ont des choses importantes à dire sur leur santé et leur bien-être. C'est pourquoi on te propose de compléter ce questionnaire.

Il est complètement ANONYME, personne ne saura si tu l'as complété ou pas, tu n'as pas à donner ton nom ni à demander l'accord à quiconque.

Sens-toi libre d'y répondre le plus honnêtement possible.

Avec toutes les réponses que l'on aura obtenues, notre objectif est aussi d'améliorer l'accompagnement qui est proposé.

Tu peux compléter ce questionnaire sur internet directement, tu auras besoin de 15 minutes environ.

Si tu as la moindre question, ou si tu as envie de parler de ces sujets, tu peux nous appeler au 06 52 32 34 58 ou nous écrire un mail à ressope@liste.parisnanterre.fr

Merci beaucoup pour ta participation, cela nous aidera à mieux connaître les jeunes accueillis. Séverine Euillet, Filipina Salomon et Louis Mathiot

Il y a 20 questions dans ce questionnaire.

Tout d'abord, 3 questions pour mieux te connaître :

As-tu déjà participé au programme Autonomia ?

- Oui
- Non

Je suis âgé.e de (en année)

*Je suis : **

- Une fille
- Un garçon
- Ne souhaite pas répondre

Tes ressentis en général

Choisis à quelle fréquence tu ressens :

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Toujours
J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments					
Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens					
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à terminer un travail					
Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable					
Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps					
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses					
Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)					
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses					

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Toujours
Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable					
Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion					
Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)					
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement					
Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien à faire pour que je puisse me sentir mieux					
Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion					
Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal					
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose					
Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus					

Alcool, tabac... Parlons-en

Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?

	Pas consommé	A l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool						
Cannabis (ex. : mari pot, haschish, etc.)						
Cocaïne (ex.: coke snow, crack, freebase, etc.)						
Colle/solvant						
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy mescaline, buvard, etc.)						
Héroïne (ex.: smack, etc.)						
Amphétamines/speed (ex.: upper, etc.)						
Autres (L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques tranquillisants, ritalin.)						

Une seule réponse par produit

Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un des produits listés ci-dessus de façon régulière ? (1 fois par semaine pendant au moins 1 mois). Cette question ne concerne pas les 12 derniers mois, mais avant.

- Oui
- Non

A quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement

- de l'alcool ? (âge)
- une ou des drogues ? (âge)

Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

- Oui
- Non

As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?

- Oui
- Non

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris :

- 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé les situations suivantes ?

	Oui	Non
Ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique		
Tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue		
Ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille		
Ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse		
Tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue		
Tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue		
Tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté		
Tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue		
Tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi		
Tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant		

Bravo, tu as déjà rempli la moitié du questionnaire !

Et les jeux vidéo alors ?

Est-ce que tu joues à des jeux vidéo :

- sur une console
- sur un téléphone portable
- je ne joue pas aux jeux vidéo

Quelques questions sur tes habitudes avec les jeux vidéo, réponds aux questions suivantes en indiquant la fréquence :

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
As-tu pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ?				
As-tu passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ?				
As-tu joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie / la vie réelle ?				
Est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire ton temps de jeu ?				
T'es-tu senti(e) mal lorsque tu étais incapable de jouer ?				

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
T'es-tu disputé(e) avec d'autres (famille, amis) à propos de ton temps passé à jouer aux jeux vidéo ?				
As-tu négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer aux jeux vidéo ?				

Les jeux d'argent

Ces deux questions concernent les jeux d'argent (les jeux où on mise une somme d'argent pour ensuite en perdre ou gagner)

Au cours de 30 derniers jours, as-tu joué à des jeux d'argent ?

- oui
- non

As-tu déjà ressenti le besoin de miser de plus en plus d'argent ?

- Oui
- Non

As-tu déjà menti à des personnes importantes pour toi au sujet de tes habitudes de jeu ?

- Oui
- Non

Que penses-tu de ta qualité de vie ?

Nous aimerions connaître les pensées que tu as eues concernant ta vie ces dernières semaines. Pense à la façon dont tu as traversé chaque jour et chaque nuit et comment ta vie s'est déroulée pendant ce temps. Voici quelques questions qui te demandent d'indiquer ta satisfaction vis-à-vis de la vie.

Coche la case pour indiquer à quel point tu es en accord ou en désaccord avec la phrase. Il est très important de savoir ce que tu penses VRAIMENT, réponds donc de façon à ce que tes réponses reflètent comment tu te sens, et non comment tu devrais te sentir.

	Complètement pas d'accord	Moyennement pas d'accord	Un peu pas d'accord	Un peu d'accord	Moyennement d'accord	Complètement d'accord
Mes amis sont gentils avec moi						
On s'amuse bien avec moi						
Il y a beaucoup de choses que je peux bien faire						
J'apprends beaucoup de choses à l'école/collège.lycée						
J'aime passer du temps avec ma famille						
Ma famille est mieux que la plupart des autres familles						
Je pense que je suis beau/belle						
Mes amis sont supers						

	Complètement pas d'accord	Moyennement pas d'accord	Un peu pas d'accord	Un peu d'accord	Moyennement d'accord	Complètement d'accord
Mes amis m'aideront si j'en ai besoin						
Je m'aime bien						
Il y a pleins de choses amusantes à faire où j'habite						
Mes amis me traitent bien						
La plupart des gens m'aiment bien						
J'aime être à la maison avec ma famille						
Les membres de ma famille s'entendent bien ensemble						
Je suis content(e) d'aller à l'école						
Ma famille me traite bien						
Je me sens bien à l'école						
L'école est intéressante						
J'aime les activités proposées à l'école						
Les membres de ma famille se parlent gentiment entre eux						
Je m'amuse beaucoup avec mes amis						
Je fais des choses amusantes avec ma famille						
J'aime mon quartier						
Je suis une personne agréable						
J'aime essayer de faire des nouvelles choses						
Ma maison est agréable						
J'aime mes voisins						
J'ai assez d'amis						
J'aime où je vis						

Et pour finir,

Est-ce que tu aimerais ajouter des choses par rapport à ta santé, ta consommation ou ta qualité de vie ?

Qu'as-tu pensé de ce questionnaire ?

Merci beaucoup d'avoir complété ce questionnaire ! C'est vraiment précieux pour notre travail et on espère aussi pour faire évoluer les accompagnements.

Si tu as la moindre question ou l'envie d'échanger à ce sujet, les chercheurs sont disponibles pour cela. Tu peux nous appeler au 06 52 32 34 58 ou nous faire un mail à ressope@liste.parisnanterre.fr

N'hésite pas à inviter tes ami.e.s à compléter ce questionnaire. Plus on aura de réponses, et mieux on pourra proposer des pistes d'intervention.
Encore merci !

6 Flyer pour les professionnel.les



Une recherche universitaire sur
la santé des jeunes en
protection de l'enfance

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNEL.LES

recueilli grâce à un entretien anonyme et confidentiel

Qui souhaitons-nous rencontrer ?
toutes les professionnel.le.s
impliqué.e.s dans l'accompagnement
des jeunes (travailleur.se social.e,
chef.fe de service, psychologue, ...).

Comment se passe l'entretien ?
Echange anonyme et confidentiel
pendant 30 à 45 minutes avec une
chercheuse (Filipina Salomon).
Moment et lieu au choix du
professionnel.

**Vous êtes intéressé.e ?
Vous souhaitez participer à cette recherche ?
==> contactez-nous !**

Objectifs de la recherche
* mieux connaître la santé perçue des jeunes
* améliorer l'accompagnement en protection de l'enfance
==> plus nous rencontrons de professionnel.les, mieux on peut
comprendre la santé et les potentielles addictions des jeunes



3 chercheurs en sciences de l'éducation de
l'Université Paris Nanterre
06 52 32 34 58
ressope@liste.parisnanterre.fr
<https://efis.parisnanterre.fr/ressope/>

7 Questionnaire pour les professionnel.les

Chèr.e professionnel.le,

Nous sommes 3 chercheur.e.s de l'Université Paris Nanterre et nous réalisons une recherche sur la santé et les addictions chez les jeunes accueilli.e.s en lieu collectif. Cette recherche, financée par l'observatoire national de la protection de l'enfance, a été mise en place grâce au partenariat avec le CICAT et avec le lieu dans lequel vous exercez. L'objectif est de recueillir votre avis sur les jeunes et leur rapport à la santé et l'addiction.

Ce questionnaire anonyme nécessite maximum 10 minutes pour être complété. Vos réponses nous seront précieuses pour mieux connaître les jeunes, et pour aussi être force de proposition en termes d'accompagnement et de dispositif. Un temps de restitution est prévu à la fin de l'année 2023.

Si vous avez la moindre question ou suggestion, nous sommes joignables par mail : ressope@liste.parisnanterre.fr ou par téléphone 06 52 32 34 58.

Un grand merci pour votre participation et du temps que vous accorderez à ce questionnaire.

Il y a 12 questions dans ce questionnaire.

1. 5 questions pour mieux vous connaître

Vous êtes :

- un homme
- une femme
- ne souhaite pas répondre

Vous êtes âgé.e :

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Plus de 45 ans

Vous occupez actuellement une fonction de :

- Travailleur social diplômé : ES, AS, EJE, CESF, TISF
- Fonctions éducatives sans diplôme
- Maître ou maîtresse de maison
- Psychologue
- Chef.fe de service
- Infirmier.ère

Vous travaillez dans le secteur de la protection de l'enfance depuis :

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

Le programme « Autonomia » :

- Vous ne connaissez pas
- Il est déployé dans votre lieu d'exercice mais vous n'y êtes pas impliqué.e
- Vous êtes co-animateur.rice

2. Les jeunes en protection de l'enfance et la consommation

D'après votre expérience et vos observations, quelle est la fréquence de consommation de ce type de produits par les jeunes concerné.e.s par la protection de l'enfance ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Occasionnelle	Une fois par mois	1 à 2 fois par semaine ou fin de semaine	3 fois et plus par semaine	Tous les jours
Alcool						
Tabac						
Cannabis (ex. : mari pot, haschish, etc.)						
Cocaïne (ex.: coke snow, crack, freebase, etc.) Pas consommé						
Colle/solvant						
Héroïne (ex.: smack, etc.)						
Amphétamines/speed (ex.: upper, etc.)						
Autres (L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques tranquillisants, ritalin.)						

De manière générale, pensez-vous que la consommation d'alcool ou de drogue par les adolescent.e.s :

	oui	non
Nuit à leur santé physique		
Cause des difficultés psychologiques		
Nuit à leurs relations avec leurs familles		
Compromet l'accompagnement socio-éducatif proposé		
Les conduits à avoir des comportements délinquants (vol, deal, ...)		
Provoque le décrochage scolaire		
Complexifie l'intégration dans le foyer		
Complique l'adhésion à la mesure de protection		
Met en péril les projets d'insertion professionnelle		

Parmi les adolescent.e.s protégé.e.s que vous connaissez et qui sont consommateur.rice.s régulier.es (tabac, alcool ou produits illicites), quelles sont les raisons de leur consommation d'après vous ?

	Jamais	Parfois	Majoritairement	Toujours
Le stress				
L'ennui				
La solitude				
La tristesse				
Les problèmes familiaux				
La vie au foyer				
L'influence des pairs				
Le fait que la consommation ne soit pas sanctionnée				
La facilité d'accès des produits				
La fuite de la réalité				

Concernant la consommation d'alcool à l'adolescence, vous diriez :

	oui	non
C'est un comportement fréquent durant l'adolescence		
C'est un passage normal à l'adolescence		
C'est un risque d'accident plus élevé pour l'adolescent.e		
C'est un risque de développer une dépendance à l'âge adulte		
C'est un risque d'anomalies du développement cérébral		
C'est un facteur de risque suicidaire		
C'est un risque plus important de rapports sexuels non consentis ou non protégés		
C'est plus fréquent chez les garçons que chez les filles		

Quel est selon vous le lieu le plus propice à la consommation de produits pour les adolescent.e.s protégé.es ?

- Dans sa famille
- Chez ses amis
- Dans le lieu d'accueil
- A l'extérieur (parking, parc, voie publique, ...)
- Lieu scolaire
- Bar

D'après vous, la prévention des conduites addictives est-elle une priorité dans l'accompagnement au quotidien des adolescent.e.s ? (expliquez pourquoi)

- Oui
- Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Si vous avez des commentaires, des observations, des projets ou des exemples de pratiques à ce sujet, n'hésitez pas à les partager ici ou à nous contacter directement

Un grand merci pour votre participation à ce questionnaire anonyme, nous sommes à votre disposition (ressope@liste.parisnanterre.fr ou au 06 52 32 34 58) et nous vous ferons parvenir les résultats de cette recherche fin 2024.

8 Guide d'entretien semi-directif avec les jeunes

Consigne

- **Présentation** de la recherche et des points relatifs à l'éthique / protection des données, l'anonymat et la confidentialité : personne n'aura accès à l'entretien enregistré à part les chercheurs. On ne fait pas partie de l'ASE, du foyer.
- Pour bien assurer l'anonymat, il est important de ne pas évoquer de nom ou de prénom pendant l'entretien
- Si tu es d'accord pour participer, est-ce que tu veux bien signer ce document pour dire que tu as bien compris. Et pour des raisons d'anonymat, il ne faut pas écrire ton prénom, mais un **pseudo** que tu peux choisir parmi ces 20 que je te propose.

Première question : avant de te poser des questions sur les choses qui nous intéressent par rapport à l'étude sur la santé, est-ce que tu pourrais te présenter. Cela peut être en quelques mots, juste de me dire ton âge, ce que tu fais actuellement par exemple si tu es à l'école, en stage ou autre chose ? Tu peux aussi te présenter en me disant d'autres choses, par exemple ce que tu aimes faire, si tu as des sports, des loisirs que tu aimes, ou autres choses que tu aurais envie de dire par rapport à toi.

Santé et bien-être

- **Représentation de la santé** : pour toi, qu'est-ce que la santé et qu'est-ce que ça t'évoque ?
- **Santé et image de soi** : Et comment tu te situes par rapport à la santé ? Comment vois-tu ta santé, plutôt bonne, moyenne ou pas très bonne ? [demander d'explicitier la réponse ensuite]
- **Bien-être** : Dans la santé, il y a aussi l'idée de se sentir bien. Qu'est-ce que ça veut dire pour toi « se sentir bien » ? Est-ce que c'est ton cas ? [demander d'explicitier la réponse ensuite]
- **Santé et placement** : Est-ce que tu as l'impression que le fait de vivre ici (contexte de placement) peut aider pour la santé ou non ? Qu'est-ce qui ferait cela ? Est-ce que tu as l'impression que c'est différent pour d'autres jeunes qui vivent ici ?

Santé et autonomia

- **Ateliers autonomia** : as-tu déjà entendu parler des ateliers autonomia ? est-ce que tu sais de quoi il s'agit ? ou est-ce que tu y as déjà participé ?
- **pour les participant.es** : est-ce que tu peux me raconter, de ton point de vue, ce qui s'y passe ? Même si j'en ai déjà vu, je souhaiterais avoir ton point de vue sachant que les ateliers sont différents. Comment tu vis ces ateliers ? Est-ce que tu préfères certains ateliers que d'autres ? Qu'est-ce que tu aimes bien dans les ateliers ? Qu'est-ce que ces ateliers t'ont apporté ? d'après toi quel est le but de ces ateliers ?
- **pour les non-participant.es** : est-ce que tu connais l'objectif d'autonomia ? si tu en avais la possibilité, est-ce que tu aimerais y participer ? [Si oui] Qu'est-ce qui te motiverait ? [Si non] Est-ce que c'est dû à quelque-chose en particulier ou cela ne t'intéresse pas ?

Consommations et usages

- **Consommation dans le foyer** : On sait qu'aujourd'hui en France, beaucoup de jeunes consomment du tabac, boivent de l'alcool ou fument des joints, qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce qu'ici, tu as l'impression qu'il y a beaucoup de jeunes qui consomment du tabac, boivent de l'alcool ou fument des joints ? (si oui, est-ce que tu as l'impression que c'est tous les jours ?) Tu penses à d'autres choses qui seraient aussi consommées ? Est-ce que tu as l'impression que ce sont plutôt les filles ou les garçons qui consomment ? D'après-toi, pourquoi les jeunes consomment-ils ?
- **Consommation personnelle** : Et toi, est-ce que cela t'arrive aussi de consommer ? est-ce que tu saurais dire pourquoi oui ou pourquoi non ? est-ce que tu te souviens de la 1^{ère} fois

que tu as consommé (fumé, bu en fonction des réponses précédentes) qu'est-ce que ça apporte aux jeunes de consommer ?

- **Consommation et encadrement** : Est-ce que certaines consommations sont tolérées par les éducateurs ou autres personnes du foyer comme par exemple le tabac ? Si oui, est-ce qu'il y a des endroits et des moments pour cela ?
Est-ce que c'est aussi le cas pour d'autres consommations ? Même si elles ne sont pas tolérées, est-ce que vous en parlez avec les éducateurs ou autres personnes de la structure ?
Est-ce que c'est parfois un sujet de conflit ?

Environnement, ressources et obstacles

- **Environnement, consommation et ressources** : tout à l'heure, on parlait du fait qu'il pouvait y avoir plus de consommation(s) [tabac, alcool et/ou cannabis] au foyer. Pour toi, qu'est-ce qu'il pourrait être fait, changé ou créé pour que les jeunes consomment moins ici ? Tu peux donner toutes les idées qui te viennent à l'esprit et même celles qui ne te sembleraient pas possibles...
- **Rapport à l'environnement** : est-ce que la consommation est un sujet de discussion avec ta famille ? avec tes amis ? avec les jeunes du foyer ?
- **Environnement, consommation et santé** : et plus largement, par rapport à la santé, quelles sont d'après toi les choses qui font que ça empêche d'aller mieux quand on ne va pas bien – que ce soit dans le corps ou la tête ?
A l'inverse, tu verrais des choses qui pourraient être faites, changées ici pour que la santé des jeunes s'améliore ?
- **Sources de plaisir et santé** : et dans l'idée de santé, il y a aussi tout ce qui te fait du bien. Du coup, je voulais savoir s'il y a des choses que tu aimes faire, des plaisirs que tu as ici ou même en dehors du foyer ? Si oui, est-ce que tu peux me raconter ce qui te fait plaisir ? Est-ce que ces plaisirs t'aident dans ton quotidien ou te permettent de te sentir mieux (même si ce n'est que parfois) ?
Est-ce que ça fait partie des choses qui peuvent t'aider à mieux vivre ici et se retrouvent sur le sommeil, des activités ou même tes consommations [à préciser selon ce qui a été déclaré] ?
- **Projets et objectifs en santé** : comment tu t'imagines dans 2 ans ? de quoi aurais-tu besoin, notamment au niveau de ta santé, pour atteindre ces objectifs dans 2 ans ? Est-ce que tu as l'impression que ces projets t'aident à mieux vivre ici ou pourront t'aider à être mieux par la suite ?
- **Et pour finir** : si tu avais un message à faire passer aux éducateurs du foyer, qu'est-ce que tu leur dirais ?

Merci beaucoup pour ta participation, pour ta sincérité, cela va beaucoup m'aider dans notre travail de recherche, pour mieux comprendre et pour mieux aider les jeunes, ton point de vue est très important. Si dans les jours ou les semaines qui viennent, tu as des questions à ce sujet ou tu as envie d'en parler, tu peux m'appeler au 06 52 32 34 58.

9 Lettre d'information et formulaire d'accord pour les jeunes

RESSOPE, recherche santé et social en protection de l'enfance

Bonjour,

Nous sommes 3 chercheurs de l'Université Paris Nanterre et nous travaillons sur la perception que les jeunes de plus de 12 ans ont de leur santé. Nous pensons que les adolescents qui vivent une expérience en protection de l'enfance ont des choses importantes à nous apprendre sur leur santé, pour essayer de l'améliorer. Les objectifs de la recherche sont de recueillir le point de vue de l'ensemble des acteurs, les professionnels et les jeunes au sujet de la santé des jeunes concernés par une mesure d'assistance éducative et accueillis dans un lieu collectif de protection de l'enfance. Les résultats de cette recherche pourront servir d'appui pour proposer des pistes d'action ou d'amélioration pour soutenir le bien-être et la santé des adolescents.

C'est pourquoi, nous aimerions te rencontrer lors d'un **entretien anonyme de 30 minutes, avant le mois de mai 2023**. Serais-tu d'accord pour participer ?

Voici quelques informations avant :

➡ Tu es **entièrement libre aussi d'accepter ou de refuser de participer**, d'arrêter à tout moment, ou de refuser de répondre à certaines questions sans avoir à te justifier ni à subir de conséquences.

➡ **Tout ce que tu nous diras sera traité de manière confidentielle et anonyme** et seulement dans le cadre de cette recherche conformément au Code de conduite des Chercheurs (Titre IV, articles 2 et 3). Rien de ce que tu nous diras ne sera transmis à quiconque. L'équipe du foyer ou de l'Aide Sociale à l'Enfance n'aura pas accès au contenu de l'échange. C'est l'Université Paris Nanterre, représentée par son président, Mr Philippe Gervais-Lambony qui est responsable du traitement des données, conservées en France pendant la durée de l'étude (fin en 2025), et analysées seulement par les 3 chercheurs de l'équipe.

➡ **L'entrevue que nous réaliserons sera enregistrée** pour nous permettre de retranscrire tout le contenu par écrit de façon anonyme, ensuite, l'enregistrement sera détruit. Si tu as des questions ou si tu souhaites modifier des données, il est possible de contacter le délégué à la protection des données de l'Université dpo@liste.parisnanterre.fr

N'hésite pas à nous contacter :

 <https://efis.parisnanterre.fr/ressope/>
 06 52 32 34 58
 ressope@liste.parisnanterre.fr

D'accord?

Si tu es d'accord pour participer à cette recherche, tu peux compléter le formulaire de participation ci-joint et nous le transmettre dès que possible.

Un grand merci pour ta participation !

*Séverine Euillet, Louis Mathiot et Filipina Salomon
Université Paris Nanterre*

Formulaire d'accord de participation à la recherche

RESSOPE, recherche santé et social en protection de l'enfance

Si tu es d'accord pour participer à la recherche RESSOPE sous forme d'un entretien anonyme avec un chercheur, tu peux compléter le formulaire ci-dessous.

Pour exercer tes droits (consultez le site cnil.fr) ou pour toute question sur le traitement des données dans ce dispositif, tu peux contacter, notre délégué à la protection des données : dpo@liste.parisnanterre.fr

Formulaire d'accord de participation à la recherche RESSOPE

Pour être sûr que tu as tout bien compris, tu peux cocher les cases si tu es d'accord avec la phrase :

- J'ai lu et compris les renseignements au sujet de cette recherche
- J'accepte de plein gré de participer à cette recherche
- J'accepte que mes réponses aux questions posées soient analysées par les chercheurs
- J'accepte que ce que je dis soit enregistré et analysé par les chercheurs
- Je suis d'accord pour participer à cette recherche menée par l'Université Paris Nanterre

Pseudo (choisi parmi une liste proposée) :
.....
.....

Le

Signature

Dans ce formulaire, voici aussi ce à quoi je m'engage au sujet de ta participation à la recherche.

Je m'engage à :

- te permettre d'interrompre l'entretien à n'importe quel moment et sans conséquence
- rendre complètement anonyme ce que nous nous dirons pendant l'entretien
- respecter la confidentialité de l'entretien
- être disponible après l'entretien si tu as besoin, par téléphone ou par mail

Mon prénom et mon nom :

Le

Signature

Un exemplaire de ce document t'est remis, un autre exemplaire est conservé par la chercheuse

10 Lettre d'information pour les détenteurs de l'autorité parentale



RESSOPE, recherche santé et social en protection de l'enfance

Madame, Monsieur,

Nous sommes 3 chercheurs de l'Université Paris Nanterre et nous travaillons sur la perception que les jeunes ont de leur santé. Nous pensons que les adolescents et les adolescentes qui vivent une expérience en protection de l'enfance ont des choses importantes à nous apprendre sur leur santé, pour essayer de l'améliorer. Les objectifs de la recherche sont de recueillir le point de vue de l'ensemble des acteurs, les professionnels et les jeunes au sujet de la santé des jeunes concernés par une mesure d'assistance éducative et accueillis dans un lieu collectif de protection de l'enfance. Les résultats de cette recherche pourront servir d'appui pour proposer des pistes d'action ou d'amélioration pour soutenir le bien-être et la santé des adolescents.

Pour cela, nous allons recueillir les points de vue des jeunes âgés de plus de 12 ans et accueillis au sein d'un service de protection de l'enfance. Si vous recevez ce courrier, c'est que votre enfant peut être concerné s'il le souhaite.

Voici quelques informations au sujet de la participation à cette recherche :

- **Le jeune est entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer**, de se retirer de la recherche à tout moment, ou de refuser de répondre à certaines questions sans avoir à se justifier ni à subir de conséquences.

- **Tout ce que le jeune nous dira sera traité de manière confidentielle et anonyme** et seulement dans le cadre de cette recherche conformément au Code de conduite des Chercheurs (Titre IV, articles 2 et 3). Rien de ce que le jeune nous dira ne sera transmis à quiconque. L'équipe du foyer ou l'Aide Sociale à l'Enfance n'aura pas accès au contenu de l'échange que nous aurons avec le jeune. Les données collectées et leur traitement seront sous la responsabilité de l'Université Paris Nanterre, et plus précisément son Président (Mr Philippe Gervais-Lambony) et exploitées par les 3 chercheurs de l'équipe (Séverine Euillet, Louis Mathiot et Filipina Salomon). Les données seront conservées en France pendant la durée de l'étude (fin en 2025).

- **L'entrevue sera enregistrée** pour nous permettre de retranscrire tout le contenu par écrit. Une fois l'entrevue retranscrite par écrit, aucun des noms cités n'apparaîtra dans nos documents, et l'enregistrement sera détruit.

L'équipe de recherche est composée de 3 chercheurs : Séverine Euillet, Louis Mathiot et Filipina Salomon. Nous appartenons à l'Université Paris Nanterre et nous avons l'habitude de mener des recherches auprès des parents et des jeunes concernés par la protection de l'enfance.

Pour des raisons de confidentialité, nous n'avons pas vos coordonnées. Nous vous écrivons ce courrier mais c'est le CDE où est accompagné votre enfant qui vous l'a adressé. Aussi, nous ne pouvons pas vous contacter directement.

==> Alors, n'hésitez pas à nous appeler à ce numéro de téléphone 06 52 32 34 58 ou à nous écrire par mail ressope@liste.parisnanterre.fr. Nous serons ravis de pouvoir échanger avec vous.

Nous vous remercions pour l'intérêt porté à cette demande,
Bien cordialement,

RESSOPE, recherche santé et social en protection de l'enfance

Si vous refusez que votre enfant participe à cette recherche sous la forme d'un entretien avec une chercheuse, vous pouvez compléter ce document avant le 21 mai et :

- soit le transmettre à un éducateur ou une éducatrice du foyer qui nous le donnera ensuite,
- soit nous l'envoyer directement par mail ressope@liste.parisnanterre.fr
- soit nous téléphoner au 06 52 32 34 58

Pour toute information sur vos droits (consultez le site cnil.fr) ou question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter, notre délégué à la protection des données : dpo@liste.parisnanterre.fr

Un grand merci pour votre accord qui permettra à votre enfant de participer à cette recherche,
Bien à vous,

Séverine Euillet, Louis Mathiot et Filipina Salomon

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez nous contacter :

 <https://efis.parisnanterre.fr/ressope/>
 06 52 32 34 58
 ressope@liste.parisnanterre.fr

Formulaire de refus de participation des parents pour leur enfant

A compléter et nous retourner seulement si vous refusez que votre enfant participe à cette recherche. Si vous êtes d'accord que votre enfant y participe, vous n'avez rien à faire.

Nom et prénom du parent :

Nom et prénom de l'enfant:

J'ai bien compris le déroulé de la recherche. Je refuse que mon enfant participe à la recherche RESSOPE pilotée par Séverine Euillet, chercheuse au CREF de l'Université Paris Nanterre :

oui, je refuse que mon enfant participe à cette recherche

Le

Signature

11 Guide d'entretien avec des professionnel.les d'un lieu d'accueil collectif en protection de l'enfance

Garantie du chercheur : anonymat, confidentialité. Possibilité d'interrompre à n'importe quel moment, et de refuser de répondre à certaines questions.

L'objectif de cet entretien est de recueillir le point de vue des professionnel.les sur la santé des jeunes, leurs addictions et comment en tant que professionnel.les ils et elles se situent par rapport à cela.

Les jeunes, la santé et la consommation :

Tout d'abord, un axe pour avoir votre point de vue sur la santé des jeunes et la consommation ou les addictions chez les jeunes protégés.

- 1- Que pensez-vous de la santé des jeunes que vous avez l'habitude d'accompagner ?
- 2- Qu'observez-vous en ce qui concerne les addictions chez ces jeunes ?
- 3- D'après vous, existerait-il un lien entre les addictions et d'autres dimensions de la santé des jeunes, si oui lesquels ?
- 4- D'après ce que vous observez, est-ce que les conduites addictives s'inscrivent dans un contexte plus général qui serait particulier ? problématique ?
- 5- Quelles sont les addictions avec ou sans produits qui vous préoccupent le plus et qui sont les plus répandues aujourd'hui ?
- 6- D'après vous, quels sont les besoins des jeunes vis-à-vis des conduites addictives ?
- 7- Et quelles seraient les réponses pertinentes à ces besoins ?
- 8- D'après votre expérience, comment les jeunes parlent de l'addiction ? Est-ce qu'ils en mesurent la gravité ? est-ce un sujet tabou pour eux.elles ?

La place de l'addiction dans l'accompagnement socio-éducatif proximal

- 9- Dans le cadre de votre accompagnement, abordez-vous la question des addictions avec les jeunes ?
- 10- Comment voyez-vous votre rôle en tant que pro dans le but de prévention auprès des jeunes qui sont déjà consommateurs ?
- 11- Comment pensez-vous pouvoir agir à votre niveau pour prévenir les addictions auprès de ces jeunes ?
- 12- D'après vous, qu'est-ce qui pourrait conduire, vous ou d'autres professionnel.les à ne pas aborder ce sujet avec les adolescent.es ? dit autrement, quels sont les freins à aborder cette question ?
- 13- Pensez-vous agir différemment avec un jeune que vous savez consommateur par rapport à un jeune qui ne l'est pas ?

Environnement institutionnel et professionnel

- 10 Avez-vous l'impression que cette thématique est portée au niveau institutionnel ? quels seraient les freins ? est-ce un sujet abordé en réunion d'équipe ?
- 11 Pensez-vous avoir besoin d'une formation spécifique, de développer des compétences spécifiques ou pensez-vous qu'il faut vraiment être spécialisé dans le domaine pour pouvoir intervenir ?
- 12 Au sujet du programme Autonomia, quel regard portez-vous dessus ? *(selon si le ou la professionnelle est co-animateur.rice : que pensez-vous du déroulé des ateliers ? pensez-vous qu'ils répondent aux besoins des jeunes ? avez-vous observé des changements/ des évolutions, à quels niveaux ?)*

12 Documents d'information et d'accord pour les professionnel.les

RESSOPE, recherche santé et social en protection de l'enfance

Madame, Monsieur,

Nous sommes 3 chercheurs de l'Université Paris Nanterre et nous travaillons sur les perceptions de la santé des jeunes en protection de l'enfance, à la fois les perceptions des jeunes et celles des professionnel.les. Aussi, ce courrier est adressé à l'ensemble des professionnel.les socio-éducatif.ves de la structure dans laquelle vous travaillez. Les objectifs de la recherche sont de recueillir le point de vue de l'ensemble des acteurs au sujet de la santé des jeunes concerné.es par une mesure d'assistance éducative et accueilli.es dans un lieu collectif de protection de l'enfance. Il s'agit de mieux connaître les pratiques et représentations des jeunes, leurs temporalités, leurs contextes et conséquences, mais aussi de penser à la co-construction de modalités d'accompagnement en faveur d'actions de prévention mais aussi d'intervention dans ce domaine.

Nous souhaitons recueillir vos points de vue sur la santé, le bien-être et les émotions des jeunes, lors d'un **entretien anonyme de 45 minutes, avant le mois de mai 2023**. Seriez-vous d'accord pour participer ?

Voici quelques informations au sujet de la participation à cette recherche :

➡ **Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer**, d'arrêter à tout moment, ou de refuser de répondre à certaines questions sans avoir à vous justifier ni à subir de conséquences.

➡ **Tout ce que vous nous direz sera traité de manière confidentielle et anonyme** et seulement dans le cadre de cette recherche conformément au Code de conduite des Chercheurs (Titre IV, articles 2 et 3). Rien de ce que vous nous direz ne sera transmis à quiconque. L'équipe du foyer ou de l'Aide Sociale à l'Enfance n'aura pas accès au contenu de l'échange que nous aurons. C'est l'université Paris Nanterre, représentée par son président, Mr Philippe Gervais-Lambony qui est responsable du traitement des données, conservées en France pendant la durée de l'étude (fin en 2025), et communiquées et analysées seulement par les 3 chercheurs de l'équipe.

➡ **L'entrevue que nous réaliserons sera enregistrée** pour nous permettre de retranscrire tout le contenu par écrit de façon anonyme, ensuite, l'enregistrement sera détruit.

Pour des raisons de confidentialité, nous n'avons pas vos coordonnées. Ce courrier vous est adressé par votre employeur. Alors, n'hésitez pas à nous contacter pour toute question :

 <https://efis.parisnanterre.fr/ressope/>
 06 52 32 34 58
 ressope@liste.parisnanterre.fr

D'accord?

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, vous pouvez compléter l'accord de participation ci-joint et nous le transmettre dès que possible.

Un grand merci pour votre réponse !

Formulaire de consentement de participation à la recherche RESSOPE, recherche santé et social en protection de l'enfance

Accord de participation à la recherche RESSOPE

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche RESSOPE sous forme d'un entretien anonyme avec un chercheur, vous pouvez compléter le formulaire ci-dessous et nous le transmettre.

Pour exercer vos droits (consultez le site cnil.fr) ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter, notre délégué à la protection des données : dpo@liste.parisnanterre.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Un grand merci pour votre accord,

Bien à vous,

Séverine Euillet, Louis Mathiot et Filipina Salomon

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez nous contacter :



<https://efis.parisnanterre.fr/ressope/>



06 52 32 34 58



ressope@liste.parisnanterre.fr

Formulaire de consentement de participation à la recherche RESSOPE

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant dans le cadre de la recherche RESSOPE piloté par Séverine Euillet, maitresse de conférence au sein de l'équipe EFIS du CREF de l'Université Paris Nanterre.

Merci de cocher les cases avec lesquelles vous êtes d'accord :

- J'ai lu et compris les renseignements fournis dans la lettre d'information
- J'accepte de plein gré de participer à cette recherche
- J'accepte que mes réponses aux questions posées soient exploitées par l'équipe du projet
- J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités par l'équipe du projet
- Je suis d'accord pour participer à cette recherche menée par l'Université Paris Nanterre

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier

13 Guide d'entretien avec des professionnels chargés de prévention

Garantie du chercheur : anonymat, confidentialité. Possibilité d'interrompre à n'importe quel moment, et de refuser de répondre à certaines questions.

L'objectif de cet entretien est de recueillir le point de vue des professionnels de prévention, au regard de leur expérience, au sujet :

- du public spécifique des jeunes concernés par la protection de l'enfance, sur leur santé, leurs addictions
- des modalités de prévention et d'intervention auprès d'eux

Les jeunes, la santé et la consommation :

Tout d'abord, un axe pour avoir votre point de vue sur la santé des jeunes et la consommation ou les addictions chez les jeunes protégés.

- 1- Que pensez-vous de la santé des jeunes concernés par la protection de l'enfance par rapport à d'autres jeunes que vous avez l'habitude d'accompagner ?
- 2- Qu'observez-vous en ce qui concerne les addictions chez ces jeunes ?
(l'objectif de cette question est de savoir si le ou la pro pense que la problématique addictive est spécifique chez ces jeunes, par exemple plus fréquente que dans la population adolescente générale, plus précoce, plus forte et massive, avec des produits plus forts,)
- 3- D'après vous, existerait-il un lien entre les addictions et d'autres dimensions de la santé de ces jeunes, si oui lesquels ?
- 4- D'après ce que vous observez, est-ce que les conduites addictives s'inscrivent dans un contexte plus général qui serait particulier ? problématique ?
(par exemple, pathologies autres, dépression, contexte familial ...)
- 5- Quelles sont les addictions avec ou sans produits qui vous préoccupent le plus et qui sont les plus répandues aujourd'hui chez ces jeunes en particulier ?
(exemple : jeu vidéo, jeux de hasard et d'argent, internet, achats compulsifs, cyberdépendance, addiction au sexe / à la pornographie, ...)
- 6- D'après vous, quels sont les besoins des jeunes en protection de l'enfance vis-à-vis des conduites addictives ?
- 7- Et quelles seraient les réponses pertinentes à ces besoins ?
Après la réponse ouverte du pro, essayer de voir ce qu'il pense de ces suggestions :
 - *Que la consommation soit davantage sanctionnée*
 - *De ne pas pouvoir accéder aux produits*
 - *De suivre des programmes de prévention spécifiques*
 - *D'être orientés très tôt vers des dispositifs spécialisés*
 - *Qu'on leur laisse faire leurs expériences*
 - *Que les professionnels socio-éducatifs soient davantage formés à ce sujet*
 - *Que les parents soient sensibilisés à ce sujet-là*
 - *Que leurs centres d'intérêts soient renforcés pour les détourner de la consommation*
 - *Que l'accent soit mis sur leur bien-être en général*
 - *Qu'on leur propose davantage d'activités et de loisirs*
- 8- D'après votre expérience, comment les jeunes parlent de l'addiction ? est-ce qu'ils en mesurent la gravité ? est-ce un sujet tabou pour eux.elles ?

La place de l'addiction dans l'accompagnement socio-éducatif proximal

- 9- D'après vous, dans le cadre de l'accompagnement socio-éducatif, comment la question des addictions est-elle abordée avec les jeunes ?
- 10- Avez-vous l'impression que cette thématique est portée au niveau institutionnel ? quels seraient les freins ?
- 11- Comment voyez-vous le rôle des professionnels socio-éducatifs auprès des jeunes dans le but de prévention ?
- 12- Parmi l'ensemble des structures dans lesquelles vous êtes intervenus en protection de l'enfance, et avec l'ensemble des professionnels socio-éducatifs que vous avez cotoyés, quels sont d'après vous les éléments indispensables pour conduire au mieux un programme de prévention ? dit autrement, quelles sont les conditions favorables ?

Le programme Autonomia

- 13- D'après vous, qu'est-ce qui a amené certaines structures à mettre en place Autonomia ?
- 14- Avez-vous perçu des effets de la mise en place d'Autonomia ?
- 15- En quoi Autonomia vous paraît pertinent pour les jeunes protégés ?
- 16- D'après vous, quels sont les points forts d'Autonomia ?
- 17- Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous proposeriez à ces jeunes pour prévenir les addictions et promouvoir leur santé ?

Et pour finir, quelques éléments socio-démographiques (si non indiqués au fil de l'entretien par la personne rencontrée) :

- Formation initiale
- Ancienneté dans la fonction de chargée de prévention
- Tranche d'âge

14 Détails des observations et des entretiens réalisés

N°	Pseudo	sexe	Age	Type d'accueil	A participé à Autonomia	Pseudo service	A été observé en atelier
1	B2Z	H	16 ans	Accueil du jour	oui	La Cerisaie	non
2	Derby	H	16 ans	Accueil du jour	Oui	La Cerisaie	oui
3	Luciole	F	17 ans	Accueil du jour	Oui	La Cerisaie	oui
4	Valko	H	14 ans	Accueil du jour	Oui	La Cerisaie	oui
5	Keo	F	15 ans	Accueil du jour	oui	La Cerisaie	oui
6	Tutenkhamon	H	15 ans	Internat MNA	Oui	L'Oranger	oui
7	Kirito	H	13 ans	Internat MNA	Oui	L'Oranger	oui
8	Ayaka	H	16 ans	Internat MNA	Non	L'Oranger	non
9	Mooney	H	15 ans	Internat MNA	oui	L'Oranger	oui
10	Neptune	H	15 ans	Internat MNA	oui	L'Oranger	oui
11	Blumoon	H	15 ans	Internat MNA	oui	L'Oranger	oui
12	Teknical	H	15 ans	Internat MNA	oui	L'Oranger	oui
13	Atlas	H	16 ans	Internat MNA	oui	L'Oranger	oui
14	Avatar	H	15 ans	Internat MNA	oui	L'Oranger	oui

Tableau 2 : informations sur les jeunes rencontrés en entretien

N°	sexe	Tranche d'âge	fonction	Ancienneté dans le service	Pseudo service	Co-animateur autnomia
1	F	50-60	Monitrice éducatrice	2 ans	Le Cerisier	oui
2	F	30	AES (Accomp. Educ et soc)	2 ans	Le Cerisier	non
3	H	50	Moniteur éducateur	4 ans	Le Cerisier	oui
4	F	30	Moniteur éducateur (apprentie)	5 mois	Le Cerisier	non
5	F	20-30	Educatrice spécialisée	2,5 ans	L'Oranger	non
6	H	30-40	Moniteur éducateur	2,5 ans	L'Oranger	non
7	H	30-40	Educateur spécialisé – chargé d'insertion pro	3 ans	L'Oranger	non
8	F	40-50	Maitresse de maison	2 ans	L'Oranger	non
9	F	30-40	Psychologue	1 an	L'Oranger	non
10	H	30-40	Educateur spécialisé	2,5 ans	L'Oranger	non
11	H	20-30	Educateur spécialisé	3 ans	L'Oranger	non
12	H	50	Professeur de menuiserie PJJ	3 ans	Le Poirier	non
13	F	50-60	Maîtresse de maison	2 ans	Le Poirier	non
14	F	30	Educatrice PJJ	3 ans	Le Poirier	oui
15	F	30	Éducatrice PJJ	1,5 ans	Le Poirier	non
16	H	50-60	Cuisinier	13 ans	Le Poirier	non
17	F	40	Educatrice PJJ, formation BPJEPS	1 an	Le Poirier	non
18	F	30-40	Educatrice PJJ (BTS ESF)	1 an	Le Poirier	non
19	F	20-30	Moniteur éducateur	2 ans	L'Abri cotier	non
20	F	20-30	Moniteur éducateur	5 ans	L'Abri cotier	oui
21	H	20-30	Moniteur éducateur (non-diplômé)	2 ans	L'Abri cotier	non

Tableau 3: Informations sur les professionnels rencontrés

N°	Pseudo Service	Séquençage	Atelier n°	Nombre de jeunes (âges)	Nombre de pros (fonction)
1	Le Cerisier	Hebdomadaire	5	3 jeunes (17, 14, 15)	3 pros (2 animatrices B + coanimatrice ME)
2	Le Cerisier	Hebdomadaire	2	2 jeunes (14, 15)	3 pros (1 animatrice A + coanimateurs ME + une stagiaire)
3	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour)	1	10 jeunes (14, 16, 15, 15, 16, 15, 17, 15, 16)	4 pros (2 animatrices A + 1 coanimatrice infirmière + un éduc spé [en tant que participant])
4	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour)	5	10 jeunes (14, 16, 15, 15, 16, 15, 17, 15, 16)	4 pros (2 animatrices A + 1 coanimatrice infirmière + un éduc spé [en tant que participant])
5	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour)	3	9 jeunes (17, 16, 15, 17, 16, 16, 16, 15, 16)	4 pros (2 animatrices A + 1 coanimatrice [la psychologue] + stagiaire psy, en tant qu'observatrice)
6	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour)	7	9 jeunes (17, 16, 15, 17, 16, 16, 16, 15, 16)	4 pros (2 animatrices A + 1 coanimatrice la psychologue + stagiaire psy, en tant qu'observatrice)
7	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour)	9	10 jeunes (15, 17, 16, 15, 17, 15, 16, 15, 16, 16)	2 pros (1 animatrice A + 1 coanimatrice infirmière)
8	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour, lun-mer-ven)	10	10 jeunes (15, 17, 16, 15, 17, 15, 16, 15, 16, 16)	2 pros (1 animatrice A + 1 coanimatrice infirmière)
9	L'Oranger	Stage durant une semaine (2 ateliers par jour)	11	10 jeunes (15, 17, 16, 15, 17, 15, 16, 15, 16, 16)	2 pros (1 animatrice A + 1 coanimatrice infirmière)
10	Le Citronnier	Hebdomadaire avec 2 séances/sem [finalement une seule séance a eu lieu]	Atelier unique	2 jeunes (16, 17)	3 pros (animatrice A + psychologue + éducatrice)
11	Le Prunier (+ Le Noisetier)	Hebdomadaire avec 2 séances/sem	1	5 jeunes (16, 16, 14, 15, 15)	4 pros (2 animatrices A + 1 éducatrice + 1 éducatrice)
12	Le Prunier (+ Le Noisetier)	Hebdomadaire avec 2 séances/sem	5	5 jeunes (16, 16, 14, 15, 15)	4 pros (2 animatrices A + 1 éducatrice + 1 éducatrice)
13	Le Prunier (+ Le Noisetier)	Hebdomadaire avec 2 séances/sem	9	2 jeunes (16, ?)	2 pros (animatrice A + éducatrice)
14	Le Prunier (+ Le Noisetier)	Hebdomadaire avec 2 séances/sem	10	2 jeunes (16, ?)	2 pros (animatrice A + éducatrice)
15	Le Pommier	Hebdomadaire	6	7 jeunes (14, 11, 11, 10, 11, 11, 11)	3 pros (animatrice B + psychologue et infirmière)
16	Le Pommier	Hebdomadaire	10	8 jeunes (14, 11, 11, 10, 11, 11, 11, 10)	3 pros (animatrice B + éduc spé + infirmière)

17	Le Poirier	Hebdomadaire ateliers par séance	2	1	2 jeunes (16, 16)	2 pros (animatrice B + éducatrice)
18	Le Poirier	Hebdomadaire ateliers par séance	2	2	2 jeunes (16, 16)	2 pros (animatrice A + éducatrice)
19	Le Poirier	Hebdomadaire ateliers par séance	2	5	4 jeunes (16, 16, 17, 17)	3 pros (animatrice A + 2 éducatrices)
20	Le Poirier	Hebdomadaire ateliers par séance	2	10	4 jeunes (16, 16, 17, 17)	3 pros (animatrice A + 2 éducatrices)
21	Le Poirier	Hebdomadaire ateliers par séance	2	11	4 jeunes (16, 16, 17, 17)	3 pros (animatrice A + 2 éducatrices)
22	L'Abricotier	Hebdomadaire		5	5 jeunes (14, 15, 15, 14, 14)	2 pros (animatrice A + éducatrice)
23	L'Abricotier	Hebdomadaire		10	5 jeunes (14, 15, 15, 14, 14)	2 pros (animatrice A + éducatrice)

Tableau 4: Détails des observations participantes réalisées

Pour citer ce document :

Euillet, S., Mathiot, L., & Salomon, F. (2024). RESSOE, Recherche santé et social en protection de l'enfance. *Rapport de recherche remis à l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance*, décembre 2024.