

## « Santé des jeunes et interventions socioéducatives »

Colloque organisé par le CREF et l'IREPS BFC

Université Paris Nanterre, Campus Condorcet, 11 et 12 octobre 2021

La santé des jeunes fait l'objet de préoccupations importantes par les politiques de santé publique depuis ces vingt dernières années. S'appuyant sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui présente la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946), les politiques de santé publique ne se limitent pas à l'organisation de soins curatifs, mais promeuvent également des démarches en amont, qui s'inscrivent dans différents types de prévention, universelle, sélective ou ciblée en fonction des publics visés. Si ces politiques de prévention se sont d'abord inscrites dans une perspective biomédicale de gestion des risques, 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). Ces nouvelles conceptions de la prévention entrent en résonance avec l'essor des préoccupations internationales en lien avec la participation des jeunes dans le champ des interventions socio-éducatives (van Bijleveld, Dedding, et Bunders-Aelen, 2015, Lacroix, 2016).

Ainsi, les campagnes de prévention ont connu un essor particulier, ciblant principalement les conduites juvéniles considérées comme plus exposées aux risques en comparaison d'autres âges de la vie (Perreti-Watel, 2002). 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, 2011), 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, trois grands domaines se distinguent : les consommations de toxique, les habitudes alimentaires et l'activité physique et, dans une moindre mesure, le bien-être (Génolini et Perrin, 2016). En ligne de mire, il s'agit de prévenir les conduites addictives, le surpoids et l'obésité et enfin 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 critique des sciences sociales. Les méthodes employées, notamment pour ce qui concerne la santé nutritionnelle, dénotent des formes de paternalisme (Poulain, 2009). D'autres se révèlent particulièrement descendantes (Amsellem-Mainguy et Loncle, 2010) alors que, et de manière paradoxale, leurs rhétoriques promeuvent l'autonomie en santé (Berlivet, 2006) et son principe implicite de « gouvernementalité » (Fassin et Memmi, 2006).

Dans un contexte de sanitarisations des questions sociales (Loncle, 2008), les jeunes concernés par des interventions socioéducatives sont au centre d'attentions particulières (Euillet *et al.*, 2016 ; Marchand-Buttin, 2016 ; Amsellem-Mainguy et Dumollard, 2015 ; Bacro, Rambaud, Humbert et Sellenet, 2013 ; Robin, 2013). Qu'ils ou elles soient « protégés », « placés » ou accompagnés 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 ».

Le rapport à la santé des jeunes se trouve ici questionné tant sur les dimensions communes que celles plus singulières qui concernent une jeunesse en situation de vulnérabilité par rapport à une autre, moins exposée. Il s'agit ainsi d'interroger la pertinence d'une comparaison entre deux jeunes catégorisées comme différentes et, en particulier, au prisme des préoccupations en matière de santé, qu'elles soient produites par les champs politiques, institutionnels ou académiques. Les attitudes, les pratiques et les perceptions des jeunes, de leurs parents et des professionnel·le·s qui les accompagnent sont à l'étude. Dans un tel contexte, il s'agit de questionner l'accès à l'autonomie des jeunes en matière de santé, qu'elle se situe à une échelle discursive dans les politiques de santé, normalisante par les dispositifs qui en découlent ou, engagée *via* les actions initiées par des acteurs qui travaillent « avec » le public. Dans cette perspective, les propositions de communication peuvent s'inscrire dans quatre axes identifiés.

### **Axe 1 – Le rapport à la santé des jeunes : pratiques quotidiennes et représentations**

Les pratiques des jeunes sont ici interrogées à la fois dans ce qui constitue leurs spécificités dans les contextes d'intervention socio-éducative mais également dans ce qu'elles ont en commun avec des tendances générales identifiées pendant la période de l'adolescence ou de la jeunesse. Les propositions peuvent ainsi concerner des publics spécifiques comme des jeunes qui ne connaissent pas d'interventions socio-éducatives. La dimension quotidienne du rapport à la santé est envisagée de façon large et concerne des aspects multiples tels que les pratiques de soin, l'alimentation, les activités physiques et sportives, les consommations (tabac, alcool ou « toxiques »), les conduites à risque mettant en jeu le corps, la vie affective et sexuelle, etc. Les questions relatives à l'accès aux soins, à ses enjeux et à ses difficultés pourront également être abordées. Les représentations des jeunes peuvent également être appréhendées à partir du sens qu'ils ou elles accordent à leurs pratiques quotidiennes, aux attitudes qu'ils ou elles déclarent adopter ainsi qu'à leurs perceptions relatives au corps et à l'estime de soi. Chacun de ces aspects peuvent être traités isolément ou, au contraire, s'étudier à partir de la façon dont certains se mettent en lien et révèlent des dispositions propres à un âge ou à un contexte donné. Les formes différenciées de pratiques et représentations selon le sexe ou l'origine sociale sont également à questionner pour comprendre comment, au-delà de l'âge, des déterminants sociaux relatifs à la santé se donnent à voir dès l'adolescence et s'actualisent à l'entrée dans la vie adulte.

### **Axe 2 – Jeunesse, transitions et santé en contexte d'intervention socioéducative**

Le parcours des jeunes est marqué par des moments multiples de transition. Ces transitions peuvent être subjectives, mais également liées à un statut institutionnel. Dans le contexte des interventions socio-éducatives, les jeunes peuvent connaître des situations de vulnérabilité spécifiques (Muniglia, Rothe, 2013) et les dispositifs, leurs missions et leurs bornes d'âge jouent un rôle important dans ces transitions (Frechon, Marquet, 2016). Pour autant, les processus de transition identitaire vécus par les jeunes peuvent être très différents de ces catégorisations institutionnelles. Quelle place occupe alors la santé, dans ses dimensions objectives et subjectives, dans ces moments de transition ? Il s'agit de réfléchir à la spécificité du rapport à la santé des jeunes dans ces contextes. Différents champs conceptuels pourront être mobilisés, en particulier la qualité de vie (Guimard et Sellenet, 2014), la santé perceptuelle et la santé perçue (Lepège, 1999, Robin, 2013), l'étude du bien-être des adolescents dans ses dimensions subjective et objective, les indicateurs sociaux permettant d'investiguer les inégalités et les déterminants de santé, etc. Les communications proposées pourront s'interroger sur l'articulation entre les catégorisations issues du champ de la santé et celles des interventions socio-éducatives, la manière dont elles sont perçues et réinterprétées par les jeunes eux-mêmes dans leurs trajectoires identitaires et statutaires, et dont elles influencent, ou non, le rapport à la santé des jeunes dans ces contextes.

### **Axe 3 – Accompagnement à l'autonomie en santé : quelles dynamiques entre les acteurs/trices de l'environnement des jeunes**

Les évolutions sociales qui amènent à considérer de plus en plus les individus comme des acteurs de leur vie, le changement de statut des enfants et des jeunes au sein de la famille, conduisent à donner une place de plus en plus importante à l'accompagnement à l'autonomie dans l'éducation (de Singly, 2014). Au niveau de la santé, les interventions visant à l'autonomisation ont pris une grande importance dans les stratégies de santé publique. Ces initiatives retrouvent l'autonomisation comme un résultat en soi. Elles présentent également des effets sur les plans de l'amélioration de la santé et de la réduction des inégalités de santé. Le rapport à la santé des jeunes s'appréhende également à travers une logique éducative ou préventive en prenant en compte les interactions avec d'autres acteurs/trices (famille, école, associations, structures socioéducatives, etc.). Cependant, la notion d'autonomie recouvre des dimensions pragmatiques (la capacité d'agir par soi-même, sans avoir besoin des autres) et morales (la capacité de choisir par soi-même) (Foray, 2017). Or les programmes d'intervention socioéducative visant l'accompagnement à l'autonomie des jeunes ciblent souvent l'autonomie fonctionnelle, mais moins l'autonomie psychique et les liens d'interdépendance qui structurent la vie des individus (Goyette & Turcotte, 2004). Penser l'accompagnement à l'autonomie nécessite de questionner les relations d'interdépendance, de partenariat et de co-éducation que ce terme suppose entre les différents acteurs/trices de l'environnement des jeunes : les parents, les professionnels du champ médico-social et les institutions publiques. Cette autonomie « prescrite » s'inscrit ainsi dans un contexte très large d'accompagnement de la jeunesse. Comment interagissent et s'articulent tous ces acteurs/trices dans cette perspective d'autonomisation des jeunes ? Dans quelle mesure ces acteurs/trices interfèrent (ou non) sur des pratiques, des manières de faire, des usages ou les représentations du public concerné ?

### **Axe 4 – Empowerment, participation... Des concepts aux pratiques d'intervention en promotion de la santé**

Comme dans de nombreux champs de la société (élaboration des politiques publiques, action sociale, etc.), la participation des citoyen·ne·s, des usager·e·s, des personnes concernées est devenue une composante fondamentale des interventions de santé. Cependant, elle renvoie à une diversité de significations allant de l'utilisation des services de santé à la prise de décision. La participation comme moyen s'inscrit dans une logique utilitariste. Comme processus, elle s'appuie sur une logique de renforcement du pouvoir d'agir. L'empowerment est ici pensé comme « processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action et de s'émanciper » (Bacqué, 2005). Les interventions de promotion de la santé ont intégré les services de santé mais également du social et du médicosocial. La participation est alors souvent vue comme un moyen de modifier les déterminants comportementaux de la santé. Un amalgame s'est opéré dans lequel la participation est à la fois le moteur de l'effort collectif et le véhicule de changements de comportements individuels. De cette confusion naissent de nombreuses ambiguïtés quand il s'agit de préciser la nature et le rôle de la participation en matière de santé. De quelle participation parle-t-on ? Que peut-on mettre en place pour permettre une réelle participation ? Qu'en est-il plus acceptable de parler de participation ? Les politiques de santé publique sont-elles en mesure de permettre la participation ?

Enfin, ces différents contextes peuvent également être questionnés à partir de l'actualité. La crise sanitaire a affecté les jeunes en accroissant les inégalités de santé et en générant des situations de mal-être voire même de détresse. Dans ce contexte de pandémie, il est possible d'interroger l'impact sur la santé des jeunes bénéficiant d'interventions socioéducatives ; ainsi que les principes d'autonomie et d'apprentissage social au regard des risques associés à la COVID-19, impliquant notamment le sens des responsabilités face à leur propre santé et à celles de proches.

## **Modalités de soumission des propositions de communication**

Les contenus des quatre axes présentés ci-dessous seront traités au sein de sessions thématiques qui sont ouvertes aux chercheur·e·s de disciplines différentes et aux professionnel·le·s. Des recherches empiriques mais également théoriques sont attendues et des contributions de professionnel·le·s peuvent porter sur les résultats d'une action, d'un projet ou d'une démarche de recherche qu'ils ou elles ont mis en place.

Les propositions seront examinées par le comité scientifique en double aveugle et devront comprendre :

- le titre de la communication et les mots clés (5 maximum) ;
- l'identité de l'auteur·e (ou des auteur·e·s en cas de communication à plusieurs) précisant : le statut, l'institution de rattachement et l'adresse de messagerie ;
- le résumé de la proposition de maximum 3000 signes (espaces compris) ;

*Pour les recherches empiriques* : le résumé devra préciser le cadre théorique, la méthodologie de recherche, le public étudié, la (ou les) disciplines mobilisée(s) et les principaux résultats qui seront présentés lors du colloque.

*Pour les recherches théoriques* : le cadre théorique et conceptuel sera présenté, les analyses proposées devront être argumentées et montrer comment elles renouvellent les questionnements associés à la thématique du colloque.

*Pour la présentation d'actions ou projets professionnels* : le cadre de l'action ou du projet sera présenté ainsi que les publics associés (professionnels mobilisés, population, partenaires, etc.). Il est aussi attendu que les résultats de l'action ou du projet soient présentés lors du colloque ou que leur analyse contribue à apporter des éclairages nouveaux dans le débat actuel.

Les propositions de communication sont à déposer sur le site Internet du colloque (rubrique modalité de soumission) au plus tard le **10 mai 2021**. Un retour sera fait aux auteur·e·s le 10 juin 2021.

Lien vers le site Internet du colloque : <https://angata.sciencesconf.org/>

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter le comité d'organisation de ce colloque à cette adresse : [colloque.sante.jeunes@gmail.com](mailto:colloque.sante.jeunes@gmail.com)

## **Comité d'organisation**

Delphine DURAND, Chargée de projets développement-recherche-évaluation à l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Bourgogne Franche Comté

Séverine EUILLET, Maîtresse de conférences HDR en Sciences de l'éducation et de la formation à l'Université Paris Nanterre, Laboratoire CREF EA 1589

Agnès GINDT-DUCROS, Directrice de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance

Louis MATHIOT, Maître de conférences en Sciences de l'éducation et de la formation à l'Université Paris Nanterre, Laboratoire CREF EA 1589

## Comité Scientifique

Yaëlle AMSELLEM MAINGUY, Chargée d'étude et de recherche à l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation populaire (INJEP), Chercheuse associée au CERLIS UMR 8070

Valérie BECQUET, Professeure en Sciences de l'éducation à Cergy Paris Université, Laboratoire EMA EA 4507

Delphine BRUGGEMAN, Maîtresse de Conférences en Sciences de l'Éducation, Responsable de l'unité recherche et études de l'ENPJJ, Laboratoire CIREL EA 4354

Marie CORNELOUP, Médecin de santé Publique, Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche Comté

Nicoletta DIASIO, Professeure de Sociologie à l'Université de Strasbourg, Laboratoire Dynamiques Européennes UMR 7367, Institut Universitaire de France

Delphine DURAND, Chargée de projets développement-recherche-évaluation à l'Ireps Bourgogne Franche Comté,

Séverine EUILLET, Maîtresse de conférences HDR en Sciences de l'éducation et de la formation à l'Université Paris Nanterre, Laboratoire CREF EA 1589

Christine FERRON, Déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes)

Véronique FRANCIS, Maîtresse de conférences en sciences de l'éducation et de la formation à l'Inspé Centre Val de Loire, Laboratoire CREF EA 1589

Agnès GINDT-DUCROS, Directrice de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance

Joelle KIVITS, Maître de conférences en sociologie à l'Université de Lorraine, Laboratoire APEMAC EA 4360

Jocelyn LACHANCE, Maître de conférences en Sociologie à l'Université de Pau et des pays de l'Adour, Laboratoire Passages.

Isabelle LACROIX, Docteure en sociologie, Chercheuse associée à l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) et au Laboratoire CLERSE, UMR 8019

Audrey PETEUIL, Docteure en psychologie sociale, Directrice de pôle Formations Management-Projets- Études- Recherche IRTESS Bourgogne

Louis MATHIOT, Maître de conférences en Sciences de l'éducation et de la formation à l'Université Paris Nanterre, Laboratoire CREF EA 1589

Isabelle MILLOT, Médecin de santé publique, Directrice de l'Ireps BFC

Line NUMA-BOCAGE, Professeure en Sciences de l'éducation à CY Cergy Paris Université, Laboratoire BONHEURS EA 7517

Gilles SERAPHIN, Professeur en Sciences de l'éducation à l'Université Paris Nanterre, Laboratoire CREF EA1589

Virginie VINEL, Professeure en anthropologie à l'Université de Besançon, Laboratoire LaSA EA3189

## Références bibliographiques

- AMSELLEM-MAINGUY Y. et DUMOLLARD M., 2015, *Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ, DPJJ/INJEP*.
- AMSELLEM-MAINGUY Y. & LONCLE P., 2010, « Introduction », *Agora débats/jeunesses*, vol. 54, no. 1, 2010, pp. 41-45.
- BACQUE M.-H., 2005, « L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires*, n° 460, pp.32-35.
- 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*, Nantes : ONED/CREN.
- BECQUET V., 2012, « "Les jeunes vulnérables" : essai de définition », *Agora débats/jeunesses*, vol. 62, n° 3, pp. 51-64.
- BERLIVET L., « Une biopolitique de l'éducation pour la santé, La fabrique des campagnes de prévention », in Fassin D. et Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2004, pp. 35-76.
- EUILLET S., HALIFAX J., MOISSET P. & SEVERAC N., 2016, *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : Accès aux soins et sens du soin*. Rapport pour le Défenseur des droits.
- FABLET D., 2007, « Les interventions socio-éducatives : Comment les définir ? », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 21, n° 1, pp. 125-137.
- FASSIN D. & MEMMI D., « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Fassin D. et Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2004, pp. 9-34.
- FORAY P., 2017, « Autonomie », *Le Télémaque*, vol. 51, 19-28.
- FRECHON I. & Marquet L., 2016, *Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ?*, Document de travail. INED.
- GALLAND O., 2011, *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin.
- GENOLINI J.-P., & PERRIN C., 2016, « La jeunesse au crible des enquêtes de santé », *Agora débats/jeunesses*, Vol. 4, N° Hors série, pp. 23-36.
- GOYETTE M. & TURCOTTE D., 2004, « La transition vers la vie adulte des jeunes qui ont vécu un placement : un défi pour les organismes de protection de la jeunesse », *Service social*, vol. 51, n° 1, pp. 30-44.
- GUIMARD P. & SELLENET C. (dir.), 2014, *Evaluation des besoins des enfants et qualité de vie : Regards croisés France-Canada*, Paris, L'Harmattan.
- LACROIX I., 2016, *La participation collective des jeunes en protection de l'enfance. Une revue de littérature internationale*. Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables.
- LEPLEGE A., 1999, *Les mesures de la qualité de vie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- 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, pp. 1-15.
- MARCHAND-BUTTIN F., 2016, « Devenir pjg promotrice de santé », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 70, n° 4, pp. 6-17.
- MUNIGLIA V. & ROTHE C., 2013, « Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : L'importance des autres significatifs dans le recours à l'aide sociale », *Revue française des affaires sociales*, Vol. 1, pp. 76-95.
- Organisation Mondiale de la Santé, *Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1946.
- Organisation Mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986.
- PERETTI-WATEL P., 2010, *La société du risque*, Paris, La découverte.

POULAIN J.-P., 2009, *Sociologie de l'obésité*, Paris, Presses Universitaires de France.

ROBIN P., 2013, « "La santé, c'est un peu de la vie" : Étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance », *Santé Publique*, vol. 24, n° 5, pp. 417-428.

SAN MARCO J. L., 2009, « Définition », in F. Bourdillon (dir.), *Traité de prévention*, Paris, Flammarion, pp. 3-8.

SINGLY F. de, 2014, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Armand Colin, 2014.

VAN BIJLEVELD G. G., DEDDING C. W. M. & BUNDERS-AELEN J. F. G., 2015, "Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state of the art review", *Child & Family Social Work*, vol. 20, n° 2, pp. 129-138