

ETAT DES LIEUX DES POLITIQUES PUBLIQUES DESTINEES AUX ADOLESCENTS

LES ADOS, GRANDS OUBLIES DE POLITIQUES PUBLIQUES JUSQU'EN 2000

La souffrance psychique des adolescents apparaît pour la première fois dans le rapport du Haut Comité pour la santé publique en 2000.

Ce rapport marque le début de la mise en place de politiques publiques sectorielles et insuffisamment coordonnées

A) 2000 : Stratégie nationale contre le suicide pour toute la population avec un axe ados 15-24 ans

1. Résultats positifs : baisse des suicides de 36% par rapport à 1993 (de 966 décès en 1993 à 621 décès en 2004)
2. Formation de 12700 personnes ressources : un progrès insuffisant
3. Constat inquiétant : pas de baisse des tentatives de suicide : plafonnent à 40 000 par an

B) 2005 - 2010 : Partenariat entre l'Education nationale et la Santé autour de « la santé des élèves »

1. **Formation de personnes ressources** (infirmières scolaires, médecins scolaires, Conseillers pédagogiques d'éducation ...) au repérage des signes de souffrance psychique.
2. Recrutement d'infirmières scolaires : 300 par an sur 5 ans
3. Développement des **Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans tous les collèges et lycées** : mais ils sont plutôt axés sur le tabac et l'alimentation et leur dynamisme est variable selon les établissements.
4. **Partenariats innovants entre des établissements scolaires et des services de pédopsychiatrie ou des centres de lutte contre la toxicomanie**

Résultats encourageants car ces actions permettent de développer d'autres modes d'approches des adolescents et de développer des formations et des réseaux pluridisciplinaires.

C) **2002 : Impulsion de mise en place d'un réseau national de lieux d'accueil et d'écoute des jeunes :**

1. **Coordination des 265 Points accueil écoute jeunes (PEAJ)** : issus de 4 réseaux différents dont les « espaces santé jeunes »

Réseau de proximité intéressant mais fragile car il repose sur des structures associatives, légères et souvent précaires financièrement.

2. **Lancement des Maisons des adolescents (MDA) en 2004** avec pour objectif : 1 MDA par département.

Points forts des MDA :

- mise en place d'un réseau d'institutions partenaires permettant de mieux coordonner la prise en charge des ados et d'augmenter l'efficacité du suivi
- des plages horaires adaptées aux ados
- un accueil spécifique pour les parents
- un accès facilité à des lits d'hospitalisation spécifiques pour les adolescents

Bilan : seulement 18 MDA à ce jour. Plusieurs projets en cours piétinent.

D) La loi de santé publique **2004** crée une Conférence de santé publique chargée d'élaborer un « **plan régional de santé publique** » mettant l'**accent sur la santé des adolescents**

E) **Le Plan Psychiatrie et Santé mentale : 2005-2008**

- **Effort en direction des jeunes** : recommande le développement des bonnes pratiques, la mise en place de référentiels de formation et évaluation des pratiques professionnelles, le développement des MDA .

Résultat concret : réalisation en **2006 du référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce de la SP des enfants et**

ados permettant de former des formateurs de médecins mais le résultat est insuffisant car cette formation est facultative.

- Objectif : **créer des lits d'hospitalisation à temps complet** en pédopsychiatrie dans les **16 départements qui en manquent** du fait de la politique de réduction excessive mise en place sur les 20 dernières années (fermeture de plus de 3700 lits de pédopsychiatrie).
- Résultat : seulement 1860 lits en 2005. Chiffres actuels non disponibles