

Santé des enfants, santé des jeunes et parentalité

Note de synthèse issue des réunions
du groupe de travail du RfVS



SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. LA SANTÉ DES ENFANTS ET LA PARENTALITÉ	5
1.1 Les 1000 premiers jours	5
1.2 La participation des parents	6
1.3 La place des enfants	6
1.4 La précarité	7
1.5 L'offre et l'accès aux soins	8
2. LA SANTÉ DES JEUNES	10
2.1 Un cadre soutenant pour porter le sujet de la jeunesse	10
2.2 Les lieux dédiés aux jeunes	10
2.3 La formation des agents	11
2.4 Les actions de communication et de sensibilisation	11
2.5 Les étudiants	12
2.6 Les préoccupations montantes	12
3. ORGANISATION ET INTERSECTORIALITÉ	13
3.1 L'intersectorialité au sein des villes	13
3.2 La collaboration avec l'Éducation nationale	13
3.3 Le soutien aux associations	14
3.4 Les financements	14

56 villes et intercommunalités ont participé au groupe de travail « Santé des enfants, santé des jeunes et parentalité » : Aix-en-Provence, Amiens, Anglet, Bayonne, Bordeaux, Bordeaux Métropole, Bourg-en-Bresse, Bourgoin-Jallieu, Caen, Cannes, Cherbourg-en-Cotentin, Coeur d'Essonne Agglomération, Courbevoie, Dunkerque/Grande-Synthe (CU), Evry-Courcouronnes, Fontenay-sous-Bois, Fort-de-France, Grand-Angoulême, Grenoble, Guyancourt, La Rochelle, La Rochelle Agglomération, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Metz Métropole, Montpellier, Montreuil, Mulhouse, Nice, Nîmes, Paris, Pau, Perpignan, Poitiers, Porto-Vecchio, Quimper, Rennes, Riorges, Roanne, Romans-sur-Isère, Rouen, Saint-Brieuc, Saint-Amand-les-Eaux, Saint-Denis, Saint-Etienne, Saint-Quentin-en-Yvelines (CA), Strasbourg, Toulouse, Val-de-Garonne Agglomération, Valence, Vandoeuvre-Lès-Nancy, Vaulx-en-Velin, Villeneuve d'Ascq, Villeurbanne.

INTRODUCTION

Le groupe de travail (GT) « Santé des enfants, santé des jeunes et parentalité » du RfVS s'est tenu de 2023 à 2025. Inscrit dans le cadre du programme de travail du RfVS soutenu par la Direction Générale de la Santé (DGS), Santé publique France (SpF) et la Banque des Territoires, son objectif était d'aborder **la santé des 0 à 25 ans en distinguant les thématiques par tranches d'âge** : petite enfance/enfance, jeunesse et parentalité. Le GT était ouvert à tous les agents et élus des villes et EPCI (établissements publics de coopération intercommunale) membres du RfVS, quel que soit leur service ou compétence.

Quarante-huit villes et huit intercommunalités étaient inscrites à ce groupe de travail.

Au lancement du GT, les participants ont exprimé le besoin d'échanger des bonnes pratiques, des outils ainsi que de partager leurs expériences sur des sujets variés comme la santé mentale, l'accès aux soins dentaires, la santé des étudiants, les addictions, le soutien à la parentalité, etc. Les réunions du GT n'ont pas couvert tous les sujets cités par les Villes-Santé mais ont tenté de traiter différentes thématiques s'y approchant :

1. Réunion de lancement
2. Santé des jeunes et prévention des conduites à risques
3. Santé mentale des jeunes
4. Santé des étudiants
5. Les 1000 premiers jours
6. Santé environnement – Les perturbateurs endocriniens (en lien avec le GT Perturbateurs endocriniens du RfVS)
7. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance
8. Le soutien à la parentalité, l'épuisement parental
9. Accompagner les familles en situation de grande pauvreté
10. La santé bucco-dentaire et le développement du langage chez l'enfant
11. Les consultations nationales de l'Unicef France

Ce document est le 4ème volet des livrables associés aux travaux du groupe de travail. Les trois premiers livrables sont consultables ci-dessous :

- [Point Villes-Santé : Jeunesse, santé et bien-être, 2025](#)
- [Recueil d'actions : Santé des enfants, santé des jeunes et parentalité, 2025](#)
- [Point Villes-Santé : Santé des enfants et parentalité, 2025](#)
- **Santé des enfants, santé des jeunes et parentalité : Note de synthèse issue des réunions du groupe de travail du RfVS, 2026** (ce document).

Autres ressources antérieures du RfVS sur le sujet :

- [Rencontres nationales du RfVS : Jeunesses, santé et bien-être : quand les villes et intercommunalités se mobilisent pour une approche globale de la santé des 12-25 ans, 2025.](#)
- [Ouvrage : Réduction des inégalités sociales de santé : les villes agissent dès l'enfance, 2018.](#)
- **Groupe « villes santé scolaire »** : en France, 10 villes¹ possèdent via une délégation de compétences de l'État, un service municipal de santé scolaire. Ces 10 villes forment au sein du Réseau français Villes-Santé, le groupe des « villes santé scolaire² ».

Note : ce document constitue une analyse des réunions du groupe de travail « Santé des enfants, santé des jeunes et parentalité » du Réseau français Villes-Santé. Il a pour objectif de lister les principales questions soulevées et les enjeux identifiés au fil des échanges sous la forme de messages clés. Les éléments présentés par la suite s'inscrivent donc dans ce contexte. Ils ne prétendent pas à une portée exhaustive et universelle.

¹ Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Strasbourg, Vénissieux et Villeurbanne.

² Incluant Rennes qui ne porte pas de service municipal de santé scolaire mais possède la délégation de la PMI pour la réalisation des bilans de santé de 4 ans.

1. LA SANTÉ DES ENFANTS ET LA PARENTALITÉ

1.1 LES 1000 PREMIERS JOURS

» Investir dès le plus jeune âge : comment convaincre ?

Une des difficultés relevées autour des 1000 premiers jours est de savoir comment convaincre les élus et les décideurs autour de la notion d'investissement financier dans le cadre des 1000 premiers jours. Comment convaincre au passage à l'action ?



« Sur quelles preuves, évaluations ou argumentaires s'appuyer pour convaincre les élus et les collègues concernant les 1000 premiers jours ? »
(technicien d'une Ville-Santé)

Pistes de réponses³

- Les 1000 premiers jours s'appuient sur des recherches scientifiques solides qui sont aujourd'hui bien établies^{3,4},
- C'est dès cette période, qui s'étend de la conception jusqu'aux 2 ans de l'enfant, que se créent et se creusent les inégalités sociales de santé.
- Les expériences vécues lors de la petite enfance peuvent avoir une influence sur la santé tout au long de la vie.
- Les modèles économiques tendent à montrer que plus on investit tôt, mieux c'est.
- Agir pour et dès les 1000 premiers jours permet d'agir sur les besoins fondamentaux de l'individu (confiance en soi, capacité à s'exprimer, compétences psychosociales, etc.). En sécurisant l'enfant (et les parents), on aide les individus à mieux faire face aux problèmes de la vie.

» Les maisons des 1000 premiers jours et leur complémentarité avec les lieux d'accueil existants sur le territoire

Il existe plusieurs types de structures d'accueil sur les territoires : les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), les espaces parents/enfants, les maisons des 1000 premiers jours, etc. Cette pluralité de structures implique, pour tout nouveau projet, de considérer sa complémentarité avec les dispositifs et les structures existants. En effet, une offre coordonnée facilite la collaboration entre les acteurs selon les besoins, les demandes et les thématiques, tout en offrant une plus grande visibilité et une plus grande lisibilité pour le public.

Par ailleurs, il apparaît essentiel d'associer les structures et les acteurs situés dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et de renforcer les démarches d'aller-vers à travers des actions menées directement dans les quartiers pour mieux faire connaître les dispositifs et favoriser la participation de toutes les familles. En effet, une des limites relevées sur les dispositifs d'accueil parents-enfants est que ce ne sont pas les publics qui en ont le plus besoin qui s'y adressent.

Exemples d'actions

La construction de la maison des 1000 premiers jours appelée « Maison des bébés » de la Ville de Metz a été pensée en articulation et avec la participation des autres lieux d'accueil du territoire afin d'apporter un service complémentaire à l'existant. Des lieux d'accueil enfants-parents situés en quartier politique de la ville (QPV) ont été associés et des démarches d'aller-vers ont été menées par les éducatrices de la « Maison des bébés » dans les cafés des parents au sein des écoles maternelles et dans d'autres lieux au sein des quartiers afin que les familles soient informées de l'offre existante.

³ La Santé en action, n°466. Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant. 1000 premiers jours, mai 2024.

⁴ The Lancet, *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*, 2016.

Enfin, les dispositifs de soutien à la parentalité et divers lieux d'accueil ont des pratiques diverses mais peuvent avoir en commun de questionner davantage les pratiques parentales que les déterminants fondamentaux (interactions précoces de qualité/capacité d'attachement) de la santé et du bien-être des enfants.

» L'enjeu est de pouvoir articuler les différents lieux d'accueil afin d'éviter un effet d'empilement des dispositifs et des structures sur les territoires. Il s'agit également de permettre à ce qu'ils répondent aux besoins fondamentaux⁵ des enfants notamment autour de la capacité d'attachement. Enfin, une attention particulière doit être portée aux bénéficiaires de ces services en permettant aux familles qui en ont le plus besoin d'y accéder.

» Implantation et accessibilité des lieux et des services

La localisation des dispositifs en centre-ville permet un accès facilité aux services (accessibilité en transports en commun, etc.) et répond aux besoins de l'ensemble de la population. Parallèlement, la mise en place d'actions ou de lieux d'accueil au plus près des habitants, par exemple en QPV, ainsi que les démarches d'aller-vers sont tout aussi nécessaires pour toucher les familles les plus fragiles.

» La question de la localisation des dispositifs peut ainsi poser un défi stratégique d'équité territoriale pour les municipalités.

Exemples d'actions

À **Saint-Denis**, la Ville disposait d'une maison des parents en centre-ville. Le choix a été fait de fermer celle-ci et de ne faire que de l'aller-vers en s'appuyant sur les différents équipements de la Ville (PMI, Maison de quartier, centre social, associations, etc.).

1.2 LA PARTICIPATION DES PARENTS

Tous les objectifs en faveur de la santé et du développement de l'enfant sont traversés par un marqueur commun : celui de l'alliance avec les familles. L'implication des parents étant un levier pour le succès des programmes de promotion de la santé et de prévention. Cependant, elle constitue une zone d'ombre dans les efforts des municipalités. Plusieurs hypothèses sont émises pour tenter d'expliquer cette difficulté :

- Des parents qui peuvent être en défiance avec les institutions, exprimant le sentiment d'être regardés, jugés et/ou se sentant être de « mauvais parents ».
- Des mesures de prévention qui peuvent être perçues comme une intrusion dans la sphère privée des familles et/ou des parents qui ne se sentent pas toujours concernés par certains sujets.
- L'épuisement parental et le manque de temps qui peut être accordé aux actions notamment pour les familles rencontrant des difficultés lourdes au quotidien (précarité, logement, etc.).

» Parmi ces hypothèses, on note que le sentiment de culpabilité et la crainte du jugement sont fréquemment cités, ainsi que les barrières et la rigidité administratives et la paupérisation de la population.

Alors même que les villes mettent en place des actions avec l'intention d'accompagner et d'être au plus près des familles, elles sont nombreuses à faire le constat de la « non-réponse » des parents. Les questionnements à ce sujet sont nombreux : comment aller vers les parents et les mobiliser ? Comment inclure les familles lors du lancement des programmes ? Comment maintenir leur participation dans le temps (exemple sur des cycles d'ateliers). Ces questionnements amènent d'autres questions autour de la parentalité : comment sensibiliser les parents, comment les amener à identifier les problématiques et être force de proposition sur les solutions pouvant être apportées.



« C'est toujours la difficulté de proposer des choses aux parents, de vouloir faire avec eux et finalement les parents ne sont pas nécessairement là »
(technicien d'une Ville-Santé)

Des obstacles d'ordre organisationnels et logistiques peuvent aussi expliquer la difficile mobilisation/ participation des parents : quid de la garde des enfants pendant que les familles participent aux ateliers ? Certaines municipalités ont fait l'expérience de proposer un mode de garde de la fratrie en parallèle des activités proposées aux parents mais cela implique la mobilisation de ressources humaines (vacataires par exemple). D'autres ont aménagé des ateliers sur des horaires plus adaptés aux familles mais qui peuvent être plus contraignants pour les professionnels (heures supplémentaires, mobilisation de professionnels déjà saturés dans leur charge de travail, etc.).

Exemple : le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP) nécessite un investissement important avec un nombre de séances conséquentes.

» Bien que les retours des familles ayant participé aux programmes soient généralement positifs, leur mobilisation demeure un défi. Il reste donc à trouver un vecteur pour renforcer l'implication des parents dans les actions de promotion et prévention en santé.

Pistes d'actions

- Aller-vers les familles : médiateurs en santé, mobilisation des enfants, etc.
- Faire communauté autour et avec la famille : partenariats entre les différents acteurs du territoire (éducatifs, sanitaires, sociaux, etc.).
- Lutter contre la maltraitance institutionnelle : écouter, faire confiance aux familles, questionner les pratiques professionnelles (passer « du sachant à l'accompagnant »).

1.3 LA PLACE DES ENFANTS

» Placer l'enfant au cœur des décisions qui les concernent

Les Conseils Municipaux des Enfants (CME) sont l'une des façons de favoriser la participation des enfants dans les décisions qui les concernent au niveau local. Toutefois, leur existence peut donner le sentiment que la participation des enfants est acquise :

« On fait participer des enfants puisqu'on a un conseil municipal des enfants » (cité par un technicien d'une Ville-Santé). En poussant le curseur, la vraie question est de savoir si, dans les décisions prises par les différentes politiques publiques, le point de vue et les besoins des enfants sont réellement intégrés. Cela suppose de lutter contre l'infantisme (accorder une juste valeur à la parole des plus jeunes), de développer une culture plus habituée aux contacts des enfants et une écoute plus attentive de leurs besoins. Accroître la participation des enfants implique également de les tenir informés à la suite de leur consultation.

» Il s'agit donc de dépasser la question des instances (type CME) et de considérer les besoins et la participation des enfants dans les décisions prises dans les différentes politiques publiques en pensant les conditions d'une participation effective des enfants.



« Est-ce qu'on prend en compte l'enfant et le jeune en général ? Comment former les élus à cette réflexion ? Comment sensibiliser les services qui ont moins l'habitude d'être en contact avec les enfants et les jeunes ? » (technicien d'une Ville-Santé)

Exemples d'actions

À **Lorient**, la Ville a inscrit comme priorité de son projet éducatif territorial (PEdT) de placer l'enfant et le jeune au cœur des décisions qui les concernent, en dépassant la question des dispositifs et en prenant en compte les plus jeunes dans chaque décision prise dans les instances.

1.4 LA PRÉCARITÉ

La précarité des familles revêt différentes formes : absence d'emploi stable, précarité financière, parcours de vie bousculés (séparation, deuil, monoparentalité). Elle induit de nombreux inconnus sur l'avenir et rend l'organisation, la disponibilité et les ressources parentales moins aisées (solliciter un mode de garde, adapter ses horaires de travail, etc.).

Le rapport de la consultation nationale de l'Unicef France portant sur la pauvreté et l'exclusion sociale⁶ décrit que les privations pendant l'enfance viennent nourrir un sentiment d'écart vis-à-vis des normes sociales et d'exclusion alors même qu'il est fondamental de se sentir appartenir à un groupe.

» La précarité, en plus d'être un facteur de risque pour le développement de l'enfant, peut aussi être un vecteur d'exclusion sociale avec toutes ses conséquences, notamment en matière de santé mentale (anxiété, repli sur soi, etc.).

» Agir contre la précarité en intervenant sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)

Pour agir sur les inégalités de santé, les Villes-Santé coordonnent et financent des actions dans le cadre des **Cités éducatives** en QPV. L'**Atelier Santé Ville** est également majoritairement mobilisé, notamment pour cibler les enfants et les jeunes dans les QPV. Certaines villes disposent aussi de **médiateurs en santé** qui sont de véritables ressources pour aller-vers les parents. Les **partenariats** avec des associations ou autres acteurs, constituent également un levier fort ; ces derniers apportant une expertise (équipes spécialisées), une aide pour la mise en place des projets, le partage d'information, etc. De façon générale, les villes prêtent une attention particulière aux inégalités de santé **en favorisant et facilitant la participation des écoles situées en QPV, en incluant les personnes vivant en QPV** dans les projets soit par des **initiatives d'aller-vers**, soit par une **invitation spécifique sur les événements**.

Exemples d'actions

Dans le cadre des Cités éducatives, **l'Eurométropole de Metz** met en place des groupes de parole entre parents, des ateliers ludiques parents-enfants sur le bien-être, le sport en famille et l'alimentation, un programme d'éducation thérapeutique du patient sur le surpoids et l'obésité infantile, des ateliers jeux et lecture pour prévenir les troubles du langage, l'école du sport, etc.

Plusieurs villes portant la délégation de santé scolaire travaillent avec des professionnels des Cités éducatives ce qui permet par exemple de favoriser le dépistage en écoles prioritaires (orthophonie) ou encore de toucher les familles (assistants de proximité).

» Agir également sur les autres quartiers et/ou zones en situation de fragilité

Pour agir auprès des publics en situation de précarité, les financements et les dispositifs sont majoritairement ciblés sur la politique de la ville. Or, des poches de précarité existent en dehors des QPV, sur des quartiers touchés par des vulnérabilités et des difficultés. Ainsi, les professionnels de terrain peuvent se sentir frustrés ou démotivés face à des situations de grandes difficultés repérées dans ces quartiers, sans avoir la possibilité de mobiliser des moyens similaires à ceux mobilisés pour agir en QPV.

» Les actions et les moyens dédiés aux QPV sont indispensables. Cependant, ils ne doivent pas laisser en marge d'autres quartiers de la ville où des situations de fragilité sont également repérées. Il paraît nécessaire d'envisager des stratégies permettant de combiner des actions dans les QPV à des actions dans des zones marquées par des « poches de précarité » en s'appuyant sur les besoins identifiés et les retours de terrain des professionnels.

1.5 L'OFFRE ET L'ACCÈS AUX SOINS

La difficulté d'accès aux soins par les familles est fréquemment citée et recouvre plusieurs aspects qui peuvent être combinés ou séparés :

- **Le déficit d'offre.** Certains territoires manquent de professionnels de santé (médecins, orthophonistes, pédopsychiatres, etc.). Les parents ayant des inquiétudes sur la santé de leurs enfants peuvent donc passer beaucoup de temps à obtenir un rendez-vous médical et/ou doivent se déplacer loin de leur domicile pour se rendre aux rendez-vous, ce qui contribue à la fatigue parentale.

- **Le temps d'attente entre le repérage et la prise en charge.** Les parents informés d'une problématique chez leur enfant ne sont pas toujours en mesure d'agir en raison du manque d'accès immédiat aux soins. Dans ce laps de temps, entre le repérage et la prise en soin, les acteurs doivent alors « meubler avec les parents » : les outiller, etc. Dans certaines situations, les professionnels peuvent même s'interroger sur le bien-fondé du repérage. Il est alors nécessaire de tenir un discours pédagogique expliquant que le repérage, même si aucune prise en charge par un professionnel de la santé n'est possible immédiatement, permet de visibiliser / verbaliser une problématique et d'en suivre l'évolution.
- **Le refus de soin et les discriminations dans l'accès au soin.** Certaines familles, en raison de leur situation socio-économique, n'accèdent pas à certains soins. C'est par exemple le cas pour les soins bucco-dentaire pour lesquels des refus de soin ont pu être observés sur certains territoires pour des familles socialement défavorisées (C2S par exemple). Des refus de soin ont aussi été observés sous prétexte de l'âge des enfants (dents de lait destinées à tomber). Ces situations inacceptables doivent faire l'objet de signalements auprès des Conseils de l'Ordre et des CPAM qui ont les moyens de pénaliser ces pratiques.

» Le refus de soin est discriminant et néglige les enfants très tôt dans la vie.

- **Des normes / recommandations sanitaires pas toujours accessibles à tous.** Quand bien même des efforts sont faits d'un point de vue des politiques publiques, un certain nombre d'enfants n'ont pas accès aux soins bucco-dentaires, à un équilibre alimentaire, etc. en raison de contraintes économiques, sociales ou environnementales. Par ailleurs, l'exposition des enfants au marketing (alimentaire, etc.) constitue un autre facteur pouvant entraver l'adoption de ces recommandations.

» Certaines recommandations sanitaires ne sont pas suivies non pas par manque de volonté des familles mais faute de contraintes qu'elles soient économiques, sociales ou encore liées à l'accès à l'information.

- **Des professionnels surchargés.** Certains professionnels saturent de devoir compenser certains métiers manquants au détriment des limites professionnelles de chacun. Cette situation questionne également les acteurs quant à leur légitimité lorsque ces derniers sont mobilisés dans des projets qui sortent de leur champ habituel de compétences. Par ailleurs, faute de moyens adéquats, les équipes déclarent se retrouver « à faire avec les moyens du bord ».

» Des professionnels compétents, bien dans leur rôle et dans leur environnement de travail est l'une des conditions du bien-être des enfants. C'est ainsi tout l'écosystème autour de l'enfant qui est à considérer et à renforcer.



2. LA SANTÉ DES JEUNES

2.1 UN CADRE SOUTENANT POUR PORTER LE SUJET DE LA JEUNESSE

Faire de la jeunesse une priorité politique implique une politique volontariste tournée vers les jeunes. Cela peut être mis en œuvre avec un service jeunesse dédié, un Conseil Municipal des Jeunes, la participation des jeunes aux actions et aux décisions qui les concernent, l'inscription de la jeunesse comme priorité des stratégies locales de santé (CLS, CLSM, ASV, etc.) ou dans une autre mesure par le portage de groupes de travail dédiés aux jeunes au sein du CLS ou du CLSM.

2.2 LES LIEUX DÉDIÉS AUX JEUNES

Les villes pilotent ou soutiennent des lieux d'écoute jeunes disponibles sur le territoire comme les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) ou les Maisons des Adolescents (MDA). Ces structures sont complémentaires et leurs présences sur le territoire est nécessaire au regard des besoins. Cependant, le manque de clarté sur leurs articulations (missions de chacun, public accueilli, territoire d'action) peut être un frein sur la lisibilité des dispositifs (comment chacun fonctionne) pour le public et les professionnels et sur l'attribution de financement (concurrence de financement). Par ailleurs et comme décrit dans la première partie de ce document, la localisation des dispositifs dédiés aux jeunes interroge de nombreuses villes : implantation centrale en ville ? à proximité des lieux de vie ? dans les QPV ? dans des quartiers où il y a du deal ? dans ou en dehors du milieu scolaire ?

Enfin, l'offre de service ne suffit pas. Certains jeunes rencontrent en effet des difficultés d'accessibilité liés aux transports en commun (absence de desserte de certains quartiers, horaires non adaptés, coût) ou en raison de l'indisponibilité parentale. Cette problématique est particulièrement visible pour les territoires ruraux où les jeunes voient leur mobilité réduite. Elle se pose également pour certains quartiers moins connectés aux autres quartiers de la ville.

» À l'heure où la santé mentale des jeunes est une priorité, il est nécessaire de renforcer l'accessibilité des lieux d'écoute dédiés aux jeunes sur les territoires (transports, horaires, gratuité, confidentialité). Une clarification et une articulation des missions des différents lieux pouvant accueillir des jeunes serait également une réelle plus-value.

» Zoom sur les PAEJ

Les Points Accueil Écoute Jeunes sont des lieux d'accueil destinés aux jeunes âgés entre 12 et 25 ans, accessibles gratuitement et de façon confidentielle. Le cahier des charges des PAEJ prévoit un accueil sans rendez-vous des jeunes, mais dans les faits ce critère est difficilement tenable pour les villes qui portent des PAEJ : demandes croissantes depuis la crise de la Covid-19, moyens humains insuffisants, etc. De plus, bien que les PAEJ n'aient pas vocation à accompagner les jeunes sur une longue durée, face au manque de ressource en soin de santé mentale en aval, les équipes se voient dans l'obligation de prolonger l'accompagnement des jeunes, sans que cela soit accompagné de ressources complémentaires. Enfin, même s'il existe un socle commun pour les PAEJ, chaque PAEJ possède ses spécificités et s'adapte à son territoire.

» À travers les PAEJ, les villes portent ou soutiennent un service de proximité pour la santé mentale des jeunes. Or, les PAEJ ne sont pas une compétence obligatoire de la ville ce qui implique une certaine « précarité » du service proposé dans un contexte de mal-être grandissant pour certains jeunes. Ainsi, non seulement ces dispositifs doivent être plus connus mais aussi plus soutenus par des financements nationaux pérennes.

Exemples d'actions

Les PAEJ des Villes de **Villeurbanne et de Romans-sur-Isère** accueillent des jeunes mais aussi des parents et des professionnels. Ensemble, elles partagent le constat d'une augmentation des sollicitations, notamment depuis la crise de la covid-19. À Villeurbanne, quatre antennes du PAEJ ont été mis en place en QPV.

» Les ambassadeurs en santé mentale

En matière de santé mentale, les villes mobilisent également une approche de pair-à-pair à travers les ambassadeurs en santé mentale, des jeunes en service civique formés pour sensibiliser d'autres jeunes. Les freins rencontrés par les villes sont une réticence de certains établissements à laisser des jeunes intervenir seuls, une difficulté de déploiement en zones rurales ou dans des bassins moins dynamiques et une variabilité de l'adhésion des professionnels.

2.3 LA FORMATION DES AGENTS

Plusieurs services de la ville mettent en place des formations pour développer les compétences des agents accompagnant les jeunes. Ces formations visent à informer, sensibiliser et à apporter aux professionnels un socle commun de connaissances sur les enjeux de la rencontre avec les jeunes. Elles permettent aux agents de repérer plus facilement et plus précocement les signaux faibles d'un mal-être ou d'une problématique, d'orienter vers les dispositifs adéquats et ainsi d'apporter un premier niveau de réponses adapté aux jeunes et aux familles. Cette démarche suppose d'être présent dans l'ensemble des espaces fréquentés par les jeunes (espaces sportifs, de loisirs, de santé, etc.).

Exemples d'actions

La **Ville d'Evry-Courcouronnes** a créé et a mis en œuvre une formation « sur-mesure » sur la santé mentale des jeunes destinée aux acteurs médico-socio-éducatifs au contact des jeunes de 12 à 25 ans. **De nombreuses villes** forment leurs agents aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) Jeunes, aux compétences psychosociales (CPS), etc.

2.4 LES ACTIONS DE COMMUNICATION ET DE SENSIBILISATION

La mobilisation des jeunes sur les questions de santé reste un défi pour les villes malgré une évolution et une parole plus libre autour de ces sujets, notamment en ce qui concerne la santé mentale. Les interventions sur les milieux de vie restent l'un des moyens les plus mobilisés afin de pouvoir toucher les jeunes. En milieu scolaire, les infirmières scolaires sont identifiées comme des relais pour apporter des informations aux jeunes sur les ressources du territoire. Concernant les actions de prévention, les villes soulignent qu'il est nécessaire de s'adapter aux lieux, aux horaires et aux centres d'intérêt des jeunes. Par exemple, les jours et horaires doivent être attractifs tout comme la façon de présenter le sujet, « son accroche ».

Parmi les actions de sensibilisation, le théâtre d'intervention est une des modalités d'action fréquemment citée par les villes pour sensibiliser le public aux conduites addictives ou encore à la santé mentale. Les villes collaborent avec des compagnies de théâtre pour créer des contenus adaptés aux représentations des jeunes et rendre les messages plus ludiques et attractifs. Le théâtre d'improvisation, parfois sur le ton de l'humour, permet d'aborder certains sujets de santé ou problématiques sociales de manière détournée. Les villes se donnent ainsi les moyens de présenter un contenu plus ludique et attractif.

Un autre levier important cité par les villes est la création de messages de prévention par et pour les jeunes : associer les jeunes à la conception des campagnes de prévention qui leur sont destinées afin de concevoir des messages adaptés. Les villes privilégient également des messages plus positifs. Cela peut passer par la création de campagnes de communication ou par la reprise de campagnes existantes. Les réseaux sociaux sont aussi utilisés par certaines villes pour informer les jeunes. Cependant, les réseaux sociaux sont aussi pourvoyeurs de fausses informations. À ce sujet, nous avons relevé l'initiative des Promeneurs du net⁷ : des professionnels exerçant au contact des jeunes qui disposent d'un temps dédié pour alimenter les réseaux sociaux en informations fiables. Enfin, les campagnes nationales sont aussi utilisées pour sensibiliser les jeunes. Des actions autour du Mois sans tabac et d'autres campagnes peuvent être mises en place dans les établissements scolaires.

» Sensibiliser les jeunes aux sujets de santé demande à penser tant l'intervention que les conditions de sa réalisation qui permettront de toucher les jeunes (jour, horaire, lieu, message, format, etc.).

» Dans un cadre institutionnel, la communication portée par les villes peut être difficile à adapter au langage, aux codes et aux rythmes des jeunes avec le défi de capter l'attention de ces derniers.

2.5 LES ÉTUDIANTS

Un grand nombre de Villes-Santé accueille chaque année des étudiants qui constituent un public spécifique. En effet, les étudiants font face à des facteurs de risque socio-environnementaux spécifiques comme la précarité, l'insécurité alimentaire, l'isolement, etc. Les centres de santé universitaires offrent un accès aux soins mais des difficultés persistent dans l'accès à la psychiatrie par exemple. Pour répondre aux besoins spécifiques de cette population, les collectivités sont encouragées à prioriser les étudiants dans leurs politiques de santé. Il s'agirait également de renforcer les liens avec les CPTS pour une meilleure coordination des soins.

Exemples d'actions

À **Poitiers**, l'Université et le CLS s'engagent à améliorer la santé des étudiants à travers la création d'un groupe de travail interdisciplinaire incluant le service santé étudiant et la mission étudiante de la communauté urbaine, dans l'objectif de discuter de la santé des étudiants et de valoriser les ressources du territoire.

» Rôle des étudiants dans la santé

D'un autre côté, les étudiants peuvent jouer un rôle clé dans la promotion de la santé au sein de leur communauté. Les étudiants relais santé sont formés et rémunérés pour mobiliser leurs pairs. Le service sanitaire permet quant à lui aux étudiants en santé d'intervenir dans divers lieux pour sensibiliser à la santé. À ce sujet, nous avons noté l'importance de travailler sur des sujets spécifiques et prioritaires pour les territoires plutôt que sur des missions générales.

2.6 LES PRÉOCCUPATIONS MONTANTES

Parmi les sujets de préoccupation des villes concernant la jeunesse figurent l'usage intensif ou problématique des écrans et du numérique (réseaux sociaux, jeux vidéo, etc.), ainsi que la thématique des consommations et des addictions chez les jeunes. Dans les villes, cette dernière peut comporter un axe santé et un axe prévention de la délinquance à travers un service dédié à la prévention de la délinquance et à la promotion de la santé, le CLSPD (Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance). De nombreuses villes témoignent également de la problématique des jeunes impliqués dans le deal/trafic de drogues qui dépassent les quartiers en politique de la ville. L'inégalité de genre entre les jeunes garçons et les jeunes filles est également un marqueur fort : les jeunes filles présentant une santé mentale plus dégradée, une moindre pratique d'activités physiques et sportives, une préoccupation accrue de l'image de soi et du corps, etc.

» La santé mentale des jeunes, l'usage intensif ou problématique des écrans et du numérique, les consommations à risque, les addictions, l'entrée de certains jeunes dans les trafics de drogue ou bien encore les inégalités de genre mais aussi les inégalités sociales et territoriales sont autant de préoccupations croissantes relatées par les acteurs locaux.



3. ORGANISATION ET INTERSECTORIALITÉ

3.1 L'INTERSECTORIALITÉ AU SEIN DES VILLES

La santé des enfants et des jeunes ruisselle sur un grand nombre de politiques et de dispositifs au sein des villes, notamment :

- **La coordination territoriale en santé** à travers le Contrat Local de Santé (CLS), le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).
- **L'éducation** : le Projet éducatif territorial (PEDT), le Projet éducatif local (PEL), etc.
- **La petite enfance, l'enfance, la parentalité** via le service public de la petite enfance, la Convention Territoriale Globale (CTG), etc.
- **La politique de la ville/le contrat de ville** via l'Atelier Santé Ville (ASV), le Programme de réussite éducative (PRE), les Cités éducatives, etc.
- **La jeunesse** : le CLSPD, etc.

D'autres services peuvent aussi être impliqués à travers des projets communs comme le service espaces verts avec la végétalisation des cours d'école, les services techniques, des bâtiments et du patrimoine avec la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les crèches et les écoles, le service santé-environnement à travers les actions de réduction à l'exposition aux perturbateurs endocriniens et autres substances préoccupantes.

L'enjeu est de pouvoir articuler ces différentes politiques dans une approche globale de la santé afin de construire une réponse complète et cohérente. De plus, les problématiques rencontrées chez les enfants et les jeunes sont souvent imbriquées et imposent donc cette vision globale des situations.



« Comment travailler ensemble sans se marcher sur les pieds ? Socle de formation ? Définition commune des priorités sur les territoires ? »
(technicien d'une Ville-Santé)

Pour favoriser la transversalité entre Éducation et Santé à l'échelle locale, le projet éducatif territorial (PEDT), ou encore le Projet éducatif local sont des outils pertinents. Dans une dimension plus large, la Convention Territoriale Globale (CTG) peut aussi s'avérer être un outil favorisant une approche décloisonnée des projets. Nous pouvons aussi citer les démarches contribuant à faire des lieux de vie, des lieux favorables à la santé comme la démarche d'école promotrice de santé ou encore le concept d'écoles-santé de l'OMS.

Plus globalement, l'approche de santé dans toutes les politiques peut aussi permettre de lever les obstacles au travail intersectoriel. La sensibilisation des élus en début de mandature et des agents des directions traditionnellement peu intégrées aux enjeux de santé (les déterminants de la santé, les rôles partagés dans l'amélioration de la santé, etc.) serait un autre axe d'amélioration. Enfin, les compétences doivent être mises en commun entre les représentants du milieu médical, du médico-social, les professionnels de l'Éducation nationale car la globalité des problématiques dépasse souvent les compétences municipales.

3.2 LA COLLABORATION AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE

Les partenariats avec les établissements scolaires sont essentiels pour la mise en œuvre des actions de promotion de la santé et de prévention auprès des enfants et des jeunes. En élémentaire, les villes souhaiteraient pouvoir intervenir dans les classes avec les enseignants plutôt que sur le temps du périscolaire où les enfants sont plus fatigués. De plus, certains enfants, parfois ceux qui en ont le plus besoin, ne restent pas sur le temps du périscolaire. Sur certaines thématiques, il s'agirait aussi de permettre aux associations spécialisées d'intervenir en milieu scolaire.

La même difficulté est observée pour les collèges et les lycées ; des partenariats peuvent se créer à la suite de rencontres régulières avec les principaux de collèges et de lycées, suite à la mobilisation des CESCE (comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement) mais de façon générale, il reste difficile pour les villes d'entrer dans le milieu scolaire.

Les villes soulignent ainsi le besoin d'ouverture et de dialogue qui permettrait d'échanger sur les pratiques professionnelles avec l'Éducation nationale tout en étant conscientes des problématiques propres à l'EN (manque de personnel dans les établissements, formation, etc.). Les avantages à développer cette collaboration seraient nombreux :

- Être en lien avec les acteurs qui accompagnent les enfants en dehors de l'école.
- Permettre aux acteurs de se faire connaître au sein des établissements (relais pour les enfants qui ne sont plus scolarisés, etc.).
- S'inscrire dans une démarche globale et dépasser l'approche par secteur. Reconnaître les villes comme de véritables partenaires de l'école.
- Etc.

» Une stratégie est à coconstruire pour renforcer le travail des municipalités avec l'Éducation nationale mais aussi les Départements et les Régions. Des efforts sont à faire et des points de rencontre sont à travailler collégalement.

3.3 LE SOUTIEN AUX ASSOCIATIONS

Les associations constituent des acteurs importants par leur connaissance des publics, leurs expertises, l'accompagnement qu'elles permettent au quotidien ou encore par leur rôle primordial dans la cohésion sociale. Elles contribuent (avec les autres acteurs locaux) à un réseau local riche qui est lui-même un levier fort pour les actions (développement de synergie, co-portage de projet, etc.). Or, les associations sont aujourd'hui en grandes difficultés : certaines doivent, du jour au lendemain, arrêter leurs actions faute de moyens (arrêt de subvention par le niveau national) ; d'autres ne parviennent pas à répondre aux besoins du terrain. Certaines villes peuvent parfois faire le choix de

pallier là où l'État n'est pas ou n'est plus, mais dans un contexte de raréfaction des ressources, le soutien de ces acteurs pose de grandes difficultés et la capacité des villes à pallier les manques de l'État reste limitée.

» Dans un contexte de tensions financières, les villes continuent à soutenir le monde associatif et compensent parfois là où l'État se retire. Pour éviter les impacts sur la santé des enfants et des jeunes des restrictions qui sont faites, elles demandent à être associées aux décisions de coupes budgétaires concernant les actions de leur territoire, mais surtout à stopper la politique de restrictions budgétaires auprès des associations, en particulier celles qui interviennent auprès de ces publics.

3.4 LES FINANCEMENTS

Les difficultés d'organisation et de financement des actions restent des préoccupations majeures pour les villes et EPCI – comme nombre d'autres acteurs – confrontées à une pression budgétaire de plus en plus forte alors que les besoins augmentent. Les villes sont aussi questionnées par les financeurs sur la « rentabilité » des actions de prévention et de promotion de la santé qu'elles mènent alors qu'il est complexe d'évaluer l'efficacité/l'impact de ces actions qui s'inscrivent dans un système complexe influencé par de nombreux facteurs interdépendants. Et quand bien même les financements sont accordés, ils ne sont bien souvent, pas à la hauteur des besoins.

» La question du financement reste au cœur des problématiques des collectivités locales. Les villes sont de plus en plus sollicitées mais aussi de plus en plus contraintes et doivent faire des choix stratégiques.

CONCLUSION

10 messages clés en faveur de l'enfance, de la jeunesse et du soutien à la parentalité

- 1 Réduire les inégalités de santé dès l'enfance**
en soutenant les actions au sein des QPV, les actions d'aller-vers et en facilitant l'intervention dans les zones et/ou quartiers situés en dehors des QPV et également touchés par des poches de précarité.
- 2 Développer l'alliance avec les parents.**
Renforcer la participation des parents aux actions concernant la santé et le bien-être des plus jeunes en développant des démarches de proximité, en mobilisant des dynamiques partenariales et en veillant à développer des pratiques professionnelles respectueuses et non stigmatisantes des familles.
- 3 Renforcer l'offre d'accompagnement et de soin en revalorisant et en soutenant les métiers de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse.** Développer l'attractivité de ces professions. Former ces professionnels au développement de l'enfant et des jeunes tout en leur assurant de bonnes conditions de travail afin de garantir le respect des droits des enfants et des jeunes.
- 4 Lutter contre toutes les formes de discriminations** qui impactent l'accès aux droits et aux soins des familles. Ne pas faire porter la responsabilité du changement sur les seuls individus et reconnaître l'influence majeure du cadre de vie sur la santé et le bien-être des enfants, des jeunes et des familles (logement, école, cohésion sociale).
- 5 Optimiser l'articulation des dispositifs sur le territoire, favoriser une localisation permettant une équité territoriale et faciliter leur accessibilité** afin d'améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre pour les publics et les professionnels et permettre au plus grand nombre d'y accéder.
- 6 Investir dans l'enfance et la jeunesse.**
Accroître les ressources dédiées à la prévention. Reconnaître l'efficacité des interventions précoces tant sur le plan populationnel qu'économique. Soutenir le milieu associatif en limitant la politique de restrictions budgétaires actuelle des associations. Associer les villes aux décisions de coups budgétaires inévitables concernant les actions de leur territoire.
- 7 Renforcer la participation et l'engagement des enfants, des jeunes et des familles** aux décisions qui les concernent en créant différents dispositifs de participation. Lutter contre l'infantisme.
- 8 Développer les collaborations entre les villes et/ou EPCI et l'Éducation nationale.** Reconnaître les villes comme des partenaires « à part entière » de l'école. Co-construire des stratégies permettant de promouvoir la santé et le bien-être des élèves dans une approche globale dépassant les logiques sectorielles.
- 9 Travailler à des politiques intersectorielles** pour une cohérence des politiques, des programmes et des plans d'actions aux niveaux national, régional, départemental et local. Penser toutes les politiques publiques par le prisme du bien-être des enfants et des jeunes.
- 10 Considérer les villes et EPCI comme partenaires des démarches autour de la santé des enfants et des jeunes.** Les villes ne peuvent pas se substituer aux acteurs de l'éducation, de l'enfance et de la jeunesse mais elles peuvent agir à travers leurs différentes compétences sur des déterminants de la santé des enfants et des jeunes.

