

REMIS EN JUIN 2015

RAPPORT D'ÉTUDE

INJEPR/2015/05

Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ

Entre priorité et évitement

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, Marie DUMOLLARD

Commanditaire : DPJJ/INJEP



Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

Établissement public sous tutelle du ministère chargé de la jeunesse

95 avenue de France - 75650 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 70 98 94 00 - www.injep.fr/www.erasmusplus-jeunesse.fr

Pour citer ce rapport

AMSELLEM-MAINGUY Y., DUMOLLARD M., *Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ. Entre priorité et évitement*, Rapport d'étude/INJEP, octobre 2015.

Contexte de l'étude

Dans un contexte de lancement de la démarche institutionnelle « PJJ, promotrice de santé », cette étude vise à rendre compte des représentations et des pratiques en matière de prévention sanitaire dans l'intervention des éducateurs PJJ et des autres professionnels qui sont en interaction directe avec les jeunes sous protection judiciaire au pénal. Une place importante est accordée aux discours des jeunes concernés, sur la manière dont ils investissent les questions de santé et les professionnel-le-s auxquels ils font appel ou non. Car, même si les divers plans gouvernementaux ont pour objectif de permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé (pour répondre en partie à leur désir d'autonomie et de responsabilité), les adultes, considérés bien souvent comme des experts par les adolescents, restent relativement sollicités. Cette étude s'attachera aux questions de santé des jeunes sous protection judiciaire au pénal via celles de la sexualité, de la protection et de la contraception.

Comité de suivi

Luc-Henry Choquet (DPJJ)

Françoise Marchand-Butin (DPJJ)

Danièle Forgeot (DPJJ)

Florent Cosseron (DPJJ)

Eric Le Grand (Ecole des hautes Eétudes en Santé Publique)

Chantal de Linares (sociologue associée à l'INJEP, membre du CS de l'Association nationale des maisons des adolescents)

Arthur Vuattoux (IRIS, EHES)

Méthodologie et problématique

L'enquête auprès des jeunes vise à étudier leurs connaissances, représentations et pratiques en matière de contraception et de sexualité. Réalisation d'entretiens semi directifs avec des jeunes placés sous protection judiciaire au pénal (filles et garçons), en faisant varier autant que possible leur milieu social d'origine, ancienneté de la mesure, nombre de prises en charge par la PJJ, voire « parcours PJJ ».

L'enquête auprès des éducateurs vise à étudier leurs connaissances, représentations et leurs pratiques en matière de prises en charge de la contraception, et de la sexualité. Réalisation d'entretiens compréhensifs avec des éducateurs-trices et professeurs techniques PJJ en faisant varier leur sexe, leur âge et leur ancienneté à la PJJ. Mais également entretiens avec des infirmiers-ères, conseiller-e-s territoriaux de santé...

L'enquête de terrain s'est déroulée d'octobre à décembre 2014.

Résumé

En résumé, l'objectif de cette enquête exploratoire est double :

- documenter la situation, les comportements et les représentations en matière de santé des jeunes pris en charge par la PJJ par une approche qualitative de compréhension des parcours individuels. Pour ce faire, la focale est mise sur la vie affective et sexuelle ;

- confronter les discours des jeunes à ceux des professionnels de la PJJ qui les suivent et les accompagnent afin de saisir les représentations et pratiques de ces derniers en matière de sexualité – et par extension de santé – du public dont ils ont la charge.

Présentation des auteures

Yaëlle Amsellem-Mainguy est chargée d'études et de recherche à l'INJEP sur les questions de santé et de sexualité.

Marie Dumollard est chargée d'études et de recherche à l'INJEP sur les questions de politiques sociales et les populations vulnérables.

Mots clés

SANTE ; SEXUALITE ; AFFECTIVITE ; CONTRACEPTION ; MST ; PJJ ; PREVENTION DE LA SANTE ; PROTECTION DE LA JEUNESSE ; DIFFUSION DE L'INFORMATION ; RELATION EDUCATIVE ; EXPRESSION DES JEUNES

Remerciements

Nous remercions tout d'abord tous les jeunes qui ont accepté de se prêter au jeu de l'entretien ainsi que l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés dans le cadre de cette enquête*.

Merci également à la direction interrégionale sur laquelle s'est déroulée l'enquête et à notre interlocuteur principal sur place, que nous ne pouvons nommer ici par respect de l'anonymat. Il a été un intermédiaire très important pour notre accès au terrain. Que notre contact à l'administration pénitentiaire se voit également remercié pour nous avoir permis d'entrer à l'EPM.

Notre étude n'aurait également pu voir le jour sans le soutien de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ). Nous tenons donc à remercier Luc-Henry Choquet, responsable du pôle recherche, Françoise Marchand-Buttin, médecin en santé publique à la DPJJ, Florent Cosseron, pédopsychiatre et Danièle Forgeot, infirmière, avec lesquels nous avons longuement échangé lors de la construction de l'objet de l'étude et qui nous ont permis d'avoir accès au terrain.

Nous remercions également les autres membres du comité de suivi de l'enquête : Chantal de Linares, Éric Le Grand, Arthur Vuattoux, dont les remarques nous ont permis de nourrir notre travail.

Merci enfin à l'équipe de la mission observation et évaluation de l'INJEP pour son soutien et à Marianne Autain de la mission valorisation et diffusion pour sa précieuse relecture.

* Pour l'ensemble des noms apparaissant dans ce rapport, il s'agit de pseudonymes, l'enquête ayant pour principe le respect de l'anonymat de l'ensemble des acteurs rencontrés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
CONTEXTE ET DESCRIPTIF DE L'ENQUETE	10
Contexte de l'enquête	10
Objectifs de l'enquête	12
Démarche de l'enquête exploratoire	14
METHODOLOGIE	15
Présentation des différentes structures observées en milieu ouvert	16
Présentation du corpus d'entretiens avec les professionnels	16
Présentation du corpus d'entretiens avec les jeunes	19
CONSTATS ET REFLEXIONS SUR LA REALISATION DE L'ENQUETE	22
LES CADRES ET MODALITES D'INTERACTIONS	25
LA PLACE DE LA SANTE A LA PJJ	25
De quelle santé parle-t-on à la PJJ ?	26
La santé, un levier pour les professionnels pour l'accompagnement et l'insertion des jeunes	29
Une appropriation difficile des outils et des fonctions au service de la santé	31
LES LOCAUX : UN ENJEU POUR PARLER DE SA SANTE DANS LES STRUCTURES DE LA PJJ	41
Des locaux peu propices aux confidences en matière de santé	42
Le dehors, une alternative pour parler de soi	44
LA SANTE DES JEUNES DE LA PJJ AU PRISME DES REPRESENTATIONS SOCIALES	47
DE LA MAUVAISE SANTE DES JEUNES : LA CONSTRUCTION D'UN DEVOIR D'AGIR POUR LES ADULTES	47
Une santé « normale » et pourtant...	48
« Mauvaise » expérience avec le monde médical et renoncement aux soins :	
un rapport complexe des jeunes à leur santé	53
LE CONTROLE DU SAVOIR SUR LE JEUNE : L'EXEMPLE DE LA SANTE	56
Des professionnels qui pensent qu'on ne peut rien leur cacher	57
« Je sais ce qui est bon pour eux » ou le devoir d'agir des professionnels	61
LA SANTE / SEXUALITE : UNE « PATATE CHAUDE » ?	65
SANTE VERSUS JUSTICE ?	65
Des cultures professionnelles en question	66
La santé au cœur d'enjeux institutionnels : des pratiques éducatives dans un cadre pénal	71

LA « BONNE DISTANCE » EN QUESTION	75
Être un éducateur exemplaire : loyauté vis-à-vis de l'institution	77
Ouvrir la sphère de son intimité : une marque de confiance symbolique	79
LE RÔLE DE L'ADULTE EN MATIÈRE DE SANTÉ : INFORMER, « FAIRE AVEC », « FAIRE À LA PLACE DE » ?	81
« Laisser faire » : permettre aux jeunes d'accéder à l'information	82
« Faire avec » : accompagner les jeunes dans les lieux de soin	84
« Faire à la place de » : guider, « prendre les jeunes par la main »	86
LE GENRE COMME COMPÉTENCE	87
Le genre comme compétence professionnelle	88
Le genre comme compétence pour canaliser les garçons	91
Jeux de pouvoirs : être un jeune homme et parler à une éducatrice	93
VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE	95
UNE VIE DÉJÀ « TROP ÉCRITE », « TROP RACONTÉE »	95
Maintenir une distance pour conserver un pouvoir sur soi	96
Maintenir une distance pour rester viril	97
Jeunes/pro : appréhensions et représentations de la sexualité	98
PARLER DE SEXUALITÉ	99
De quelle sexualité parle-t-on ?	99
Des éducateurs face à la question de la sexualité : le poids du rapport à la loi	100
L'intime et l'intervention professionnelle	103
VERS UNE DÉFINITION DE LA SEXUALITÉ DES JEUNES	106
Du côté des garçons : masculinité, virilité et violence	107
Les garçons sans rapports sexuels : les « inexpérimentés » oubliés	111
Du côté des filles : féminité, manipulation et soumission	112
SEXUALITÉ, PROTECTION, CONTRACEPTION	117
INFORMATION SUR LA SEXUALITÉ : LA LÉGITIMITÉ DE LA PJJ ET SES LIMITES	119
Place et rôle de la famille en matière d'information sur la sexualité	119
Principales sources d'informations sur la sexualité	120
La difficulté d'approcher la sexualité autrement que par les risques	122
SEXUALITÉ, PROTECTION ET ESTIME DE SOI	122
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LES VIOLENCES SEXUELLES, PRIORITÉS DES PROFESSIONNELS	127
La construction d'une sexualité hétérosexuelle, pénétrative et vaginale	128

LA CONTRACEPTION, UNE AFFAIRE DE FEMMES	130
L'imprévisibilité des rapports, un facteur qui met à mal la protection optimale	133
LA GESTION DES RISQUES D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : LE SPECTRE DU VIH	135
Les représentations des jeunes sur les préservatifs	136
Les tests de dépistage	138
Sexualité et hygiène	139
CONCLUSIONS – LES « JEUNES PJJ » : DES JEUNES COMME LES AUTRES ?	141
BIBLIOGRAPHIE	145
ANNEXES	150
ANNEXE 1 – LISTE DES ACRONYMES	150
ANNEXE 2 – TABLEAU RECAPITULATIF DES JEUNES INTERVIEWES	151
ANNEXE 3 – NOTE DPJJ SUR LA DIFFUSION DE L'OUTIL « RECUEIL D'INFORMATION SANTE »	155
ANNEXE 4 – RECUEIL D'INFORMATION SANTE	158
ANNEXE 5 – FICHE DE POSTE « INFIRMIER EN DIRECTION TERRITORIALE SIEGE DE REGION ADMINISTRATIVE »	162

INTRODUCTION

Le travail d'éducateur de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est connu sous son aspect technique : accompagner le jeune dans sa mesure pénale, lui faire prendre conscience des faits qu'il a commis et lui permettre de se réinsérer dans la société. Cet aspect est la vitrine du métier. Cependant, à ce côté technique est également associée la relation à la personne, et plus spécifiquement au jeune ayant commis un acte de délinquance.

Les caractéristiques de la jeunesse ayant commis des actes de délinquance sont également bien documentées. Elle est masculine, plutôt jeune, récidiviste...

La rencontre entre l'éducateur et le jeune placé par l'institution judiciaire est importante et bien plus riche d'enseignements que ce qu'elle ne pourrait laisser transparaître. La relation s'établit entre eux dans la gestion du quotidien qu'implique la mesure pénale : se retrouvant régulièrement certes pour travailler sur l'infraction commise et le sens de la peine, cette rencontre n'a de sens que mise en relation avec l'intervention sur le projet de formation et d'insertion du jeune, ses liens avec ses parents, ses amis, etc. Lors des rencontres mensuelles dans les structures de milieu ouvert¹, si des échanges quotidiens portant sur l'hébergement, l'insertion, ou sur des démarches faites auprès de structures extérieures (accompagner à la mission locale, emmener à un entretien pour une formation, etc.) sont réalisés et menés, des maux du quotidien peuvent aussi s'inviter lors de ces rencontres, s'imposant aussi comme une évidence à traiter.

Ainsi, le mal être, la souffrance de ces jeunes, pour une grande partie en situation de précarité et de vulnérabilité sociale, est parfois visible et lisible sur le corps : grimaces qui laissent voir des douleurs dentaires, vêtements peu appropriés (venir en tee-shirt en plein hiver ou en sandales à un atelier technique utilisant des outils coupants), consommation d'un paquet de biscuit à 9 h du matin car ils n'ont pas mangé depuis la veille au déjeuner. Ces observations imposent aux éducateurs d'investir la question du corps, de l'intimité et de la santé, sans même s'y être pour autant préparés. La manière dont la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) a mis en avant des orientations et outils pour cadrer et accompagner les professionnels sur leur manière d'approcher la santé des jeunes dont ils ont la charge, avec notamment une démarche « PJJ promotrice de santé » et des outils particuliers (guide d'entretien santé, recueil d'information santé...), est intéressante dans la mesure où elle permet ensuite de mesurer et surtout de comprendre les écarts avec le terrain et les éventuels résistances qui peuvent y exister. Cela offre une porte d'entrée pour l'analyse de la relation éducative entre professionnels et jeunes autour d'un sujet, celui de la santé et de la sexualité en particulier, qui ne constitue *a priori* pas le cœur d'activité des professionnels de terrain PJJ.

Dès l'entrée en formation, les futurs éducateurs sont invités à faire la différence entre juger et accompagner. Si le jugement est l'apanage de l'institution judiciaire et du juge par excellence, l'accompagnement est du ressort des

¹ Les éducateurs suivant simultanément vingt-cinq mesures pénales, il leur est difficile d'accorder plus d'une entrevue, deux au maximum, par mois à chaque jeune.

² http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

³ Françoise Guillemaut, sociologue, Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Université de Toulouse, INSERM, CNRS.

⁴ Tous les noms de lieux, de structures et de personnes ont été modifiés.

⁵ Remarque méthodologique : le cadre du questionnaire permet de noter le fait brut mais non le travail de reconstruction dont il a fait l'objet. Si

éducateurs et nécessite une approche holistique de la personne pour que le travail éducatif soit le plus pertinent possible. Cette enquête illustre cette nécessaire approche qui se retrouve dans la manière d'appréhender les questions de santé.

Contexte et descriptif de l'enquête

Contexte de l'enquête

L'enquête exploratoire s'inscrit dans un triple contexte :

- un contexte institutionnel spécifique à la PJJ

Lancée en 2013 par la DPJJ, la démarche « PJJ promotrice de santé » vise à réactiver la prise en compte des questions de santé dans la démarche éducative de la PJJ et à valoriser l'intervention de la PJJ dans les parcours de santé des mineurs. Elle s'appuie sur le concept de promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa (1986²), la santé étant appréhendée comme une ressource, plus qu'un état de bien-être, et un moyen pour faire réussir l'action éducative (l'une des conditions d'insertion). La santé n'est donc pas seulement liée au traitement des maux du quotidien et doit être abordée sous l'angle d'une approche globale (Forgeot, 2012). Cette approche prévoit un certain nombre d'axes de travail autour desquels se réunit une partie des professionnels de la PJJ, l'objectif étant ensuite de diffuser au sein des équipes dans les directions interrégionales (DIR) un intérêt et une attention particuliers sur les questions de santé. Cette démarche fait actuellement l'objet d'une évaluation par un évaluateur externe³ sur les territoires de trois DIR, avec une approche à dominante qualitative.

- un contexte de recherche en sociologie sur la vie affective et sexuelle des jeunes en France

Ce travail s'inscrit dans la suite des travaux menés sur les jeunes et la sexualité : il se penche davantage sur l'étude des relations, de leurs significations et leurs effets sur la construction identitaire que sur une description de la sexualité (Lagrange, Lhomond, 1997 ; Maillouchon, 2001).

Les travaux de recherche rappellent que les premiers pas dans l'exploration physique de l'autre sont, dans les sociétés européennes contemporaines, relativement précoces. Ainsi, l'âge du premier baiser dans la population française s'est considérablement abaissé au fil du demi-siècle, de 17,5 ans et 16,6 ans pour les générations (filles et garçons) nées dans les années 1940, à 14,1 ans et 13,6 ans respectivement pour celles nées dans les années 1990. L'âge des débuts amoureux est donc inscrit dans les premières années de l'adolescence. La situation pour les jeunes de la PJJ montre toutefois que leur initiation à la sexualité est plus précoce que dans la population générale (Choquet, 2005).

Les données du Baromètre santé INPES 2005 et 2010, tout comme l'enquête sur les Comportements sexuels en France, ne montrent pas d'évolution marquée dans le sens d'une plus grande précocité au premier rapport sexuel

² http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

³ Françoise Guillemaut, sociologue, Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Université de Toulouse, INSERM, CNRS.

par rapport à 2000. Il semblerait toutefois que l'on note actuellement un très léger rajeunissement de l'âge d'entrée dans la sexualité pour les plus jeunes générations (nées entre 1985 et 1987).

Ces transformations ont été l'une des conséquences des changements du statut social et de la place des femmes dans la société : l'essor remarquable des scolarités féminines et leur entrée massive sur le marché du travail salarié ont contribué à augmenter nettement leur autonomie vis-à-vis des hommes. Mais c'est surtout depuis les années 1970, à travers la diffusion des méthodes de contraception moderne et le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qu'elles exercent sur la procréation un contrôle de plus en plus efficace. Ce contrôle est un élément central de ces transformations et a profondément modifié leurs aspirations et leurs expériences en matière de sexualité. Au cours des 50 dernières années, les conditions de l'entrée dans la sexualité ont globalement connu une homogénéisation entre les hommes et les femmes mais aussi entre les différentes catégories sociales, grâce, notamment, à l'allongement généralisé des études.

Actuellement, la socialisation sexuelle des femmes reste toujours plus contrôlée que celle des hommes, et leurs premiers rapports sont à la fois plus souvent tardifs et parfois encore mal vécus. Dans l'enquête française de 2006, une jeune femme sur six aurait souhaité que son premier rapport ait lieu plus tard. Cet élément souligne combien l'entrée par l'analyse des pratiques contraceptives et plus largement de la sexualité va bien au-delà et permet de s'intéresser à la question de la construction de soi, du parcours de vie et du parcours de santé, mais aussi du rapport à l'autre.

Dans ce contexte, et fort du constat que les usages de la contraception des jeunes placés sous protection judiciaire au pénal sont aléatoires ou « non systématiques » (Choquet, 2005), il s'agit de comprendre les processus de décision de recours ou non à la contraception dans leur biographie sexuelle et affective. Les données statistiques n'informent que partiellement de l'entrée dans la sexualité active des individus, d'où l'importance de s'intéresser aux logiques individuelles pour comprendre le déroulement des pratiques contraceptives dans les premiers temps de la vie sexuelle, et leur rôle dans la construction identitaire.

- Un contexte de recherche sur l'institution judiciaire et ses professionnels de terrain

Ce travail s'inscrit dans la continuité des travaux de recherche menés sur la PJJ, ses évolutions, ses modes de fonctionnement. À travers l'angle particulier de la santé et de la sexualité, il s'agit de comprendre et analyser les pratiques des professionnels de terrain dans le contexte institutionnel de la PJJ.

La PJJ a en effet connu des évolutions historiques successives – de l'Éducation surveillée à la Protection judiciaire de la jeunesse – jusqu'au recentrage récent de ses missions et activités au pénal (Bailleau *et al.*, 2007, 2009 ; Sallée, 2012). Si l'approche institutionnelle accorde toujours le primat à l'éducation et la réadaptation du public jeune qualifié de « délinquant », les travaux de recherche font état d'un rapprochement progressif de la justice des mineurs sur celle des adultes et de l'émergence d'un nouveau modèle « d'éducation sous contrainte » qui accorde notamment le primat à la réparation et la responsabilisation des mineurs (Sallée, 2012, 2014).

Les pratiques des professionnels ont été étudiées à plusieurs reprises, notamment dans des structures de milieu fermé et de détention (Chantraine *et al.*, 2011 ; Vuattoux, 2011). Dans la continuité de ces travaux, l'enjeu est ici de s'intéresser à des structures de milieu ouvert, d'insertion et d'hébergement non pas en se penchant sur les modes

d'intervention des professionnels d'une manière générale, mais en essayant de comprendre comment ils interviennent auprès des jeunes sur les questions spécifiques de santé et de sexualité.

Objectifs de l'enquête

Les objectifs de cette enquête sont doubles. Elle permet d'une part de comprendre les pratiques des jeunes en matière de contraception / protection. Il s'agit d'autre part de comprendre le rôle des professionnels de la PJJ dans le champ de la santé, et plus particulièrement sur les questions de contraception et de sexualité. Pour ce faire, nous nous sommes intéressées aussi bien aux récits des jeunes et des professionnels de la PJJ qu'aux actions de terrain qu'ils ont mises en place dans le champ de la santé, qu'elles se soient révélées positives ou négatives.

Les jeunes constituent un groupe social fragmenté : le passage à l'âge adulte est le résultat de parcours individuels différenciés, impactés par un ensemble de facteurs conjoncturels et structurels porteurs d'inégalités (Labadie, 2012). Les jeunes sous protection judiciaire au pénal, s'ils partagent avec leurs pairs des pratiques, attentes, besoins similaires, représentent un public à la prise en charge particulière en raison de la spécificité de leurs parcours. En effet, les travaux en sociologie ont montré la fragilité de leur environnement socio-familial, leurs difficultés d'ordre scolaire et professionnel et leur inscription dans des parcours souvent chaotiques. C'est précisément parce que leur parcours intègre des difficultés d'ordre multiple qu'il est intéressant de s'interroger sur la manière dont ces jeunes s'emparent des questions de leur santé et de leur corps.

Peu d'études ont été menées pour comprendre la situation et les comportements en matière de santé des **jeunes pris en charge par la PJJ** (Choquet 1998, 2005, étude DIR Grand Est, 2014). La connaissance de ce public réside davantage dans la compréhension de son parcours déviant sous un angle social et judiciaire que dans la connaissance de ses pratiques et comportements d'un point de vue plus global qui les rapprocherait de ceux des jeunes en général.

Dans cette **enquête exploratoire**, nous plaçons donc la focale sur l'adolescence qui, dans les sociétés contemporaines, désigne le passage de l'enfance à l'âge adulte. Plus particulièrement ici, nous nous intéresserons à la sous-population que sont les jeunes sous protection judiciaire au pénal. Du point de vue de la sociologie, il est difficile d'administrer des bornes d'âge strictes dans la mesure où ce n'est pas une définition juridique ou biologique qui crée les âges de la vie, mais la manière dont s'organise la vie sociale (Gauthier, 2000). Au sortir de l'enfance, l'adolescence s'inscrit dans un continuum temporel qui va permettre aux individus, dans des modalités différentes selon l'âge, le sexe, l'origine sociale, d'envisager leur vie d'adulte, dans un processus de construction identitaire. Si cette période est marquée par la puberté, elle est aussi caractérisée par une aspiration à l'autonomie : les adolescents cherchent peu à peu à prendre leur vie en mains (Singly, 2000). À travers la conquête d'espaces à eux, la revendication d'un monde qui leur appartient (au moins en partie), le développement d'une culture partagée avec d'autres adolescents par exemple, les adolescents restent toutefois soumis à une dépendance relative à leurs parents, notamment économique.

Dans ce cadre, **les adolescents sont incités socialement à prendre en charge leur santé**, et plus spécifiquement leur sexualité, leur contraception et leur protection. Si ces domaines, qu'ils revendiquent bien souvent dans leurs

discours comme étant de leur responsabilité, illustrent que les adolescents ne se considèrent plus seulement comme des enfants sous tutelle de leurs parents ou de leurs éducateurs, cela **ne les empêche pas pour autant de demander de l'aide à un adulte, un éducateur, ou encore de consulter un médecin** (ou autre professionnel de santé). C'est bien cette double situation qui est intéressante pour comprendre la construction de l'identité.

Considérant d'une part que **l'accès aux soins est relativement complexe pour les jeunes** (et surtout les adolescents), d'autre part que les pratiques des professionnels, de santé et au-delà, doivent s'adapter à ce public et à ses caractéristiques, et en particulier au public des jeunes sous protection judiciaire au pénal, **l'objectif ici est de s'intéresser à une population jeune spécifique afin de saisir ses pratiques en matière de santé au regard de son parcours**. Une focale, celle de la sexualité et de la contraception, a été choisie, afin de partir d'un objet « dur » pour aborder les questions de santé, d'estime de soi, de soins et de représentations de la santé. **L'entrée par la contraception et la protection est donc bien un « prétexte », tout comme celui de la sexualité, pour comprendre les enjeux plus généraux sur la santé des jeunes pris en charge par la PJJ.**

Alors qu'ils s'inscrivent justement dans des contextes de prise en charge institutionnelle globale, il est opportun de se pencher sur ce que vivent les mineurs sous protection judiciaire au pénal. Ils sont accompagnés par des professionnels, en lien constant avec eux, notamment les éducateurs. Ces derniers sont avant tout des témoins directs de la diversité des parcours des jeunes. Parce qu'ils assurent un suivi global de leur vie, ils deviennent des interlocuteurs privilégiés en matière de contraception. Ils sont indirectement témoins de leurs biographies amoureuses, sentimentales mais aussi sexuelles et contraceptives en raison des spécificités de leur pratique professionnelle et de la proximité qu'ils ont avec les jeunes. La manière dont ils abordent leur santé dans ce cadre devient dès lors particulièrement intéressante.

Cette enquête vise à mieux comprendre les déterminants de santé à travers l'exemple de la sexualité et à saisir le rôle des différents professionnels impliqués auprès d'un public spécifique, les jeunes sous protection judiciaire au pénal. Par ailleurs, la mise en perspective des pratiques et attentes des jeunes au regard des pratiques des professionnels auxquels ils ont accès permettra de comprendre les enjeux que cela soulève. L'étude des pratiques des éducateurs PJJ en promotion de la santé, et plus spécifiquement sur la santé sexuelle, permettra d'identifier les difficultés qu'ils rencontrent et leurs besoins. Cette enquête aura pour objectif de tenter d'approcher les manifestations du souci de soi et de l'autre, de l'estime de soi, de la construction de l'intimité et de l'identité, mais aussi de la nature des relations avec les professionnels œuvrant dans le champ de la PJJ.

Pour ce faire, quatre grandes questions guident ce travail :

- Quelle est la place des professionnels de la PJJ dans le rapport que les adolescents ont à leur santé ? Dans quelles mesures deviennent-ils des acteurs de santé et de promotion de la santé, en lien avec les structures et professionnels extérieurs à l'institution judiciaire ?
- Dans le but de comprendre les déterminants de santé, on se demandera quelles sont les représentations des professionnels PJJ sur la sexualité des jeunes filles et garçons ?
- Les adolescents scolarisés sont relativement souvent sollicités sur des questions de santé en particulier dans le champ de la santé sexuelle (campagnes de prévention, programme scolaire...). On cherchera à

comprendre ce qu'il en est pour les jeunes sous protection judiciaire au pénal (information sur la santé sexuelle, prévention des conduites à risques, IST...), notamment dans le cadre de la prise en charge par la PJJ.

- Quelles sont les représentations des jeunes sur la possibilité de se tourner vers des professionnels (PJJ, santé...) pour aborder les questions de sexualité et de contraception, et plus largement de santé ?

Encadré – Objectifs

En résumé, les objectifs de cette enquête exploratoire sont doubles :

- documenter la situation, les comportements et les représentations en matière de santé des jeunes pris en charge par la PJJ par une approche qualitative de compréhension des parcours individuels. Pour ce faire, la focale est mise sur la vie affective et sexuelle ;
- confronter les discours des jeunes à ceux des professionnels de la PJJ qui les suivent et les accompagnent afin de saisir les représentations et pratiques de ces derniers en matière de sexualité – et par extension de santé – du public dont ils ont la charge.

Démarche de l'enquête exploratoire

Réalisée à une échelle restreinte – c'est-à-dire sur le territoire d'une seule direction interrégionale – cette enquête se veut exploratoire. En recueillant les propos des jeunes pris en charge au pénal et des professionnels de la PJJ, elle est complémentaire des données fournies par d'autres travaux de recherche antérieurs, dont une enquête quantitative majeure menée par Marie Choquet (Choquet, 1998, 2005). Elle offre la possibilité de voir émerger de nouvelles problématiques concernant les jeunes sous protection judiciaire au pénal et leur santé grâce à l'apport de données qualitatives plus approfondies sur une entrée en particulier, la sexualité et la contraception. Elle investit également le champ de la prise en charge judiciaire des jeunes et élargit les approches traditionnellement centrées sur les déterminants des parcours délinquants pour aborder un objet d'étude, la santé *via* l'entrée de la sexualité et de la contraception, jusqu'alors peu envisagé pour ce public spécifique. L'enjeu est donc bien d'ouvrir des pistes de réflexion et de faire émerger des axes de travail, à la fois pour de futurs travaux de recherche comme pour l'institution PJJ, sur le champ de la santé. Cette enquête exploratoire vise ainsi à accompagner les acteurs de la PJJ dans leur réflexion sur leurs pratiques et postures professionnelles.

Si elle s'intéresse aux mineurs pris en charge par la PJJ au pénal, **elle les considère avant tout dans leur statut d'adolescent**. Bien qu'ils aient été auteurs d'une (de plusieurs) infraction(s), l'objet de la mesure pénale pour laquelle ils sont pris en charge par l'institution judiciaire n'a pas été sciemment évoqué lors des entretiens avec les jeunes. Il a pu être mentionné volontairement par certains d'entre eux ; mais en aucun cas il n'a constitué le point d'entrée des entretiens réalisés. L'intérêt d'une telle approche est bien de considérer les mineurs sous protection judiciaire au pénal au titre de leur appartenance à une classe d'âge en particulier – les adolescents – et non en

fonction de leur parcours qualifié de délinquant. Nous nous sommes avant tout intéressées aux jeunes en tant que membres de leur génération, avec leurs problématiques d'adolescents.

L'enquête est le fruit d'un partenariat noué entre l'INJEP et la DPJJ en 2014. Un comité de suivi a été constitué dès son lancement.

Méthodologie

L'enquête s'est déroulée d'octobre à décembre 2014 sur le territoire d'une DIR⁴ en France métropolitaine. La mise en lien avec les structures sur le terrain a été effectuée par la DIR, en fonction de l'intérêt et des disponibilités des professionnels. Les personnes interviewées, professionnels comme jeunes, étaient volontaires. Pour les premiers, ce sont les responsables de structures ou d'unités éducatives qui nous ont mis en relation avec les professionnels disposés à nous rencontrer. Notre venue dans les structures nous a également permis de rencontrer d'autres professionnels, initialement non prévus pour un entretien, mais que la démarche intéressait. S'agissant des jeunes, les éducateurs ont joué le rôle de relais en proposant un entretien avec ceux qui auraient « *le plus de choses à dire* ». Une fois encore, notre venue a souvent eu un « effet boule de neige » et des jeunes non prévus pour des entretiens se sont portés volontaires, remplaçant ceux qui se désistaient à la dernière minute pour diverses raisons (plus intéressés par l'entretien, avaient une autre activité ou un autre rendez-vous, etc.). Dans les deux cas, la présentation de l'enquête dans les structures en amont des entretiens a été fidèle à son contenu, n'ayant pas d'incidence sur le déroulé des entretiens.

La quasi-totalité des entretiens a eu lieu en face-à-face, dans les structures de la PJJ identifiées par la DIR. Cette disposition a facilité les échanges à la fois avec les jeunes et avec les professionnels, plus à l'aise pour parler dans un environnement familier. Une petite partie des entretiens avec les professionnels – les infirmiers conseillers techniques santé – a été menée par téléphone pour des raisons pratiques, les acteurs étant répartis de manière assez éloignée sur la totalité du territoire de la DIR.

Tous les entretiens, de type compréhensifs et semi-directifs⁵, ont été enregistrés après acceptation des enquêtés (jeunes et professionnels) et, pour une grande partie d'entre eux, intégralement retranscrits, les autres ne l'ayant été que partiellement. Les extraits d'entretiens présentés ci-dessous sont représentatifs de la diversité des propos que nous avons pu entendre. Certains enquêtés s'exprimant de manière plus claire ou plus construite, ces entretiens ont été mobilisés plus fortement. Ils sont donc à lire dans une perspective plus « globale » sur le contenu de leurs propos et ne reflètent pas uniquement le vécu de telle ou telle personne citée. L'analyse présentée ne

⁴ Tous les noms de lieux, de structures et de personnes ont été modifiés.

⁵ Remarque méthodologique : le cadre du questionnaire permet de noter le fait brut mais non le travail de reconstruction dont il a fait l'objet. Si des entretiens saisissent plus aisément la dynamique des itinéraires, les questionnaires permettent, grâce à une grille standardisée de questions, l'analyse de régularités statistiques. D'autre part, si la méthode d'investigation quantitative permet d'interroger un nombre très important d'individus sur leurs pratiques, leurs réponses (souvent précodées) ne permettent pas de faire entrer en jeu le vécu et la biographie de chacun, ce qui paraît important sur des terrains portant sur le corps et l'intime. Nous avons donc privilégié dans ce travail l'approche qualitative dans une perspective compréhensive, ayant comme objectif de saisir le vécu et la spécificité des histoires, des trajectoires biographiques des jeunes sous protection judiciaire au pénal. L'approche qualitative permettra d'étudier le sens que ces jeunes donnent à leurs pratiques (en matière de contraception, de relations...) et aux événements auxquels ils sont confrontés : leur système de valeurs, leurs repères normatifs, leur lecture de leurs propres expériences (Quivy, Van Campenhoudt, 1995 ; Becker, 2002 ; Singly, 2012). Elle permettra également de comprendre les processus et démarches d'accompagnement des professionnels de justice.

porte donc pas uniquement sur les extraits présentés ici mais bien sur l'ensemble des entretiens formels et informels réalisés au cours du terrain d'enquête.

Les entretiens avec les jeunes nous ont confrontées à la réalité des missions des professionnels de la PJJ, lorsque des jeunes attendus ne venaient finalement pas au rendez-vous prévu pour notre rencontre. L'attente a permis d'observer les astuces des professionnels pour mobiliser ce public « *peu captif* » parce que très rarement présent quotidiennement dans les structures visitées (sauf dans les structures d'hébergement et d'insertion). Ces temps d'observation et d'échanges informels ont été aussi riches et utiles que les entretiens semi-directifs menés en face à face pour comprendre et saisir les enjeux que traversent aujourd'hui les structures de la PJJ.

Présentation des différentes structures observées en milieu ouvert

Nous avons favorisé la diversité des structures, qu'elles aient ou non des référents santé présents et actifs, et qu'elles aient ou non mené des actions de prévention/d'information sur la sexualité, la protection et plus largement sur la santé.

Au total, nous avons visité **8 structures** parmi lesquelles : 2 de milieu ouvert, 2 de placement et 3 d'insertion. Elles relevaient toutes du service public PJJ ; aucun échange n'a été mené avec le secteur associatif habilité.

L'occasion nous a été offerte d'effectuer une journée d'entretien en établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM). Des jeunes et des professionnels ont donc été rencontrés dans ce cadre. Cette expérience a avant tout permis d'évaluer les conditions de faisabilité d'une étude sur la sexualité des mineurs en détention. Les analyses de la présente enquête ne portent donc pas sur ce public en particulier ni sur les conditions de sa prise en charge. Certains propos d'entretiens ont cependant pu être intégrés dans ce rapport lorsqu'ils nous ont paru pertinents pour comprendre les représentations des jeunes quant à leur santé et leur sexualité. Ils l'ont été dans la mesure où ils se rapportaient à des éléments de vie passés, antérieurs à l'incarcération, qui n'avaient pas de liens directs avec la prise en charge en milieu pénitentiaire.

Les résultats de l'étude ne sont pas différenciés en fonction des structures, même si leurs missions et modes de fonctionnement impactent nécessairement les pratiques et comportements des professionnels et des jeunes. Le nombre restreint de structures visitées ne nous permet pas d'opérer des distinctions générales dans les manières de parler et de traiter de santé chez les professionnels comme chez les jeunes. Nous indiquerons cependant de quelle structure nous parlons lorsque c'est utile à la compréhension de pratiques ou de discours spécifiques.

Présentation du corpus d'entretiens avec les professionnels

Nous avons rencontré **23 professionnel-le-s** sur le terrain d'enquête, en privilégiant la diversité des corps professionnels présents à la PJJ. Ainsi nous avons interviewé 15 femmes et 8 hommes parmi lesquels : 11 éducateurs-trices, 2 professeures techniques, 1 psychologue, 5 infirmier-e-s conseiller-e-s techniques santé, 1 surveillant de l'administration pénitentiaire, 3 intervenants extérieurs à la PJJ sur les questions de santé, sexualité, contraception. Cette répartition est relativement proportionnelle à celle observée au niveau national sur

l'ensemble des professionnels de la PJJ (hors psychiatres) : en 2013, les femmes étaient majoritaires parmi les équipes de la PJJ (60,47 % de professionnels féminins, DPJJ, 2013).

Sept professionnelles parmi les éducateurs-trices et professeur-e-s techniques remplissaient la fonction de référentes santé. Aucun des professionnels masculins rencontrés ne remplissait cette fonction. Cette répartition correspond à celle observée à l'échelle de la DIR sur la fonction de référent santé, quelle que soit la structure d'accueil : 20 femmes sont référentes santé contre seulement 5 hommes.

L'ancienneté à la PJJ est variable, entre 1 et 32 ans d'expérience. Si les parcours des professionnels sont variés, il est néanmoins possible de constater que :

- la majorité des éducateurs-trices présents en milieu ouvert ou en insertion a effectué le début de sa carrière en hébergement ;
- la quasi-totalité des infirmier e s conseiller e s techniques santé a une formation d'infirmier d'État et effectué ses premières années d'expérience en milieu hospitalier.

Les entretiens ont notamment porté sur leur formation et leur parcours à la PJJ, leur intérêt et leurs pratiques pour intervenir dans le champ de la santé, de la sexualité, mais aussi leurs représentations sur la santé et sexualité des jeunes dont ils ont la charge, et plus largement des jeunes de la PJJ.

Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 2 heures 30.

Tableau 1. Présentation du panel de professionnels interviewés

PSEUDO	Profession	Formation	Structure	Expérience à la PJJ	Investissement sur le champ de la santé
AGNÈS	Professeure technique	Professeur PJJ – maîtrise biologie	UEAJ	> 10 ans	Référente santé.
ANNE-MARIE	Éducatrice PJJ	Éducatrice PJJ	UEHD	-	Référente santé
BÉNÉDICTE	Éducatrice PJJ	Éducatrice PJJ	UEMO	> 20 ans	Référente santé
CÉLINE	Éducatrice PJJ	Éducatrice spécialisée	UEMO	> 20 ans	Référente santé
CHANTAL	Surveillante	Surveillante pénitentiaire	EPM	> 20 ans	Pas de mission particulière
CLAUDE	Infirmière	Infirmière d'État	DT	> 5 ans	Conseillère technique santé
CLÉMENCE	Psychologue	Psychologie	UEHD UEHC	+ < 5 ans	Référente santé
DAMIEN	Éducateur PJJ	Animateur, éducateur	UEHD	> 20 ans	Pas de mission particulière
DIDIER	Éducateur PJJ	Éducateur PJJ	STEI	-	Pas de mission particulière
FLORENT	Infirmier	Infirmier d'État	UEHC + DT	< 5 ans	Conseiller technique santé
FRANÇOISE	Éducatrice PJJ	Éducatrice PJJ	UEMO	> 15 ans	Référente santé
FRÉDÉRIC	Infirmier	Infirmier d'État	DT	> 15 ans	Conseiller technique santé
GWENAËLLE	Éducatrice PJJ	Éducatrice PJJ	UEMO	> 15 ans	Pas de mission particulière
JACQUES	Infirmier	Infirmier en santé publique	PJJ	> 5 ans	Conseiller technique santé
JULIE	Éducatrice PJJ	Éducatrice spécialisée	EPM	< 5 ans	Pas de mission particulière
LARA	Infirmière	Infirmière d'État	DT	> 7 ans	Cœur de métier Conseillère technique santé
MARIE	Éducatrice PJJ	Éducatrice	UEHD	< 5 ans	Référente santé
MICHÈLE	Animatrice prévention spécialisée	Psychologue	Association intervenant pour la PJJ	< 5 ans	Spécialisée sur les questions des addictions.
NICOLE	Éducatrice PJJ	Éducatrice PJJ	UEMO	> 20 ans	Pas de mission particulière
PHILIPPE	Éducateur PJJ	Cuisinier	UEAJ	> 20 à la PJJ > 5 ans en tant qu'éducateur	Pas de mission particulière
PIERRE	Animateur prévention spécialisée	Histoire / Intervenant santé communautaire	Association intervenant pour la PJJ	> 5 ans	Cœur de métier
SOPHIE	Professeure technique	Professeur en parcours professionnel	STEI	> 20 ans	Pas de mission particulière
THOMAS	Animateur prévention spécialisée	Infirmier en santé publique	Association intervenant pour la PJJ	> 20 ans	Cœur de métier

Présentation du corpus d'entretiens avec les jeunes

Nous avons rencontré **23 jeunes**, parmi lesquels 4 filles et 19 garçons. Tous étaient pris en charge par la PJJ dans le cadre pénal. Cette répartition est représentative de la composition du public suivi au pénal, parmi lequel les garçons sont majoritaires. Du 1^{er} janvier au 28 février 2015, les garçons représentaient en effet 89 % du public pris en charge au pénal, les filles 11 % (source : DPJJ, 2015).

Les jeunes que nous avons rencontrés avaient entre 13 et 19 ans, la majorité se situant entre 16 et 17 ans, conformément à la répartition observée au niveau national⁶.

Nous avons délibérément choisi d'exclure du panel les jeunes auteurs d'une infraction à caractère sexuel pour lesquels la sexualité est abordée à la PJJ dans un cadre légaliste éloigné de l'entrée choisie pour l'enquête, celle de la vie affective et sexuelle. Afin de ne pas biaiser les échanges, aucun des jeunes rencontrés n'était donc condamné pour une infraction de ce type au moment de l'entretien ; aucune information ne nous a en revanche été donnée sur des actes à caractère sexuel antérieurs qu'auraient pu commettre ces jeunes.

Les jeunes rencontrés vivent le plus souvent dans des familles monoparentales, avec un seul des deux parents, généralement la mère. La majorité est issue de familles nombreuses. Au fil des échanges, une partie des jeunes révèlent qu'ils dorment plus régulièrement chez leur frère/sœur, chez d'autres membres de la famille (grands-parents), voire chez des amis, et qu'ils ne vivent donc que par intermittence avec leur(s) parent(s).

À l'issue de l'enquête, le constat majeur est celui d'un public relativement éloigné du milieu scolaire : parmi les jeunes rencontrés, 8 ont arrêté leur scolarité avant la troisième, 9 à la fin de l'année de troisième, et au lycée pour les autres. Un nombre restreint était scolarisé au moment des entretiens, soit dans des filières professionnelles courtes, soit dans des dispositifs spécifiques au public des décrocheurs scolaires (la mission de lutte contre le décrochage scolaire – MLDS). L'éloignement progressif de l'institution scolaire nourrit un regard critique vis-à-vis des formations qui leur sont proposées par la PJJ, soit en interne dans le cadre des structures d'insertion (UEAJ), soit à l'extérieur dans les établissements de l'Éducation nationale. La plupart ne se projettent que de manière très évasive dans un projet d'insertion professionnelle.

Au même titre qu'ils ont un rapport conflictuel avec l'institution scolaire, une partie d'entre eux a eu une ou plusieurs mauvaises expériences avec le monde médical et la santé. Ils craignent à ce titre d'être critiqués et révèlent avoir déjà subi des remarques désobligeantes à l'égard d'un suivi médical faible, voire inexistant. Leurs parents ne sont que très rarement initiateurs de rendez-vous médicaux et les jeunes n'ont que peu de souvenirs d'avoir été incités à prendre rendez-vous chez le médecin avec leurs parents depuis le début de leur adolescence.

Enfin, quasiment tous les jeunes rencontrés ont connu plusieurs structures de prise en charge au titre de la protection de l'enfance et/ou de la délinquance. Ils ont ainsi déjà côtoyé les institutions de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre de mesures en milieu ouvert ou de mesures de placement. Certains vivaient d'ailleurs encore en foyer de l'ASE au moment de l'entretien. D'autres ont déjà fait l'objet d'une prise en charge judiciaire, soit en milieu

⁶ Du 1^{er} janvier au 28 février 2015, la répartition par âge des jeunes suivis par la PJJ était la suivante : 0,2 % avaient moins de 10 ans, 1,2 % entre 10 et 13 ans, 23,3 % entre 13 et 16 ans, 46,8 % entre 16 et 18 ans, 27,8 % entre 18 et 21 ans et 0,6 % 21 ans (source : DPJJ, mars 2015).

ouvert, soit en milieu fermé avec de courts séjours en Centre éducatif renforcé (CER), voire en Centre éducatif fermé (CEF). Les parcours de vie sont donc doublés d'une « carrière » institutionnelle qui pèse sur les trajectoires individuelles (Becker, 1985 ; Goffman, 1975). Interviewer ces jeunes, c'est être confronté à ces parcours de prise en charge institutionnelle longs que les jeunes ont intériorisés comme composante à part entière de leur identité, avec la crainte de la stigmatisation, de n'être considéré que comme un « jeune à problèmes ». Les informations recueillies au cours des entretiens ne nous permettent pas cependant de retracer en détail les parcours institutionnels qu'ont connus les jeunes.

La grille d'entretien ne prévoyait pas d'aborder la question de la mesure judiciaire pour laquelle les jeunes rencontrés étaient pris en charge par la PJJ. Ce parti pris nous permettait, nous l'avons évoqué, de nous intéresser à leur parcours de vie en tant qu'adolescents. La présente étude ne place donc pas la mesure judiciaire au cœur de l'analyse des discours sur la sexualité, la contraception et la santé, même si elle a pu être abordée spontanément par les jeunes lors des échanges.

Ces entretiens portaient notamment sur le quotidien des jeunes (réseau de pairs, liens familiaux, activités quotidiennes, etc.), leur biographie affective, sexuelle, santé sexuelle, leurs représentations et connaissances en matière de contraception et protection, mais aussi leur rapport aux professionnels de la PJJ pour parler de sexualité. Ils ont duré entre 45 minutes et 2 heures. La durée a souvent été fortement corrélée aux créneaux accordés par les structures, entre deux activités dans l'emploi du temps des jeunes. Compte tenu de la structure du corpus, les propos des jeunes filles sont sous représentés par rapport aux propos des jeunes garçons.

Tableau 2. Présentation du panel de jeunes interviewés⁷

PSEUDO	Âge	Sexe	Professions des parents ⁸	Fratrie	Lieu habitation	Niveau scolaire	Ancienneté PJJ/ASE
ABDEL	17	M	Mère : sans emploi Père : répare des bateaux (le voit rarement)	2 frères et 1 sœur (vivant au Maroc)	EPM	4 ^e – 3 ^e	-
ABOUBACAR	16	M	Mère : sans emploi Père : -	4 frères	EPM puis famille d'accueil à sa sortie	3 ^e	EPM depuis un mois Aller-retour EPM/CEF depuis un an
CÉDRIC	17	M	Mère : sans emploi Père : ouvrier	n.c. ⁹ .	Foyer	Collège	Foyer depuis septembre
CIPRIAN	17	M	Mère : sans emploi Père : se débrouille	3 sœurs, 1 frère	EPM/camp de rom	Début de collège	Aller-retour EPM/CEF/CER
DOUCE	13	F	Mère : sans emploi Père : absent mais en arrêt maladie longue durée	5 frères et sœurs, mère enceinte actuellement, 1 frère suivi PJJ (CEF, en fugue) 2 sœurs placées ASE	En foyer/chez sa mère	4 ^e	En foyer depuis l'âge de 2 ans ASE
DRAGOMIR	17	M	Mère : au foyer Père : à la recherche d'un emploi	2 frères, 5 sœurs	Chez ses parents/camp de rom	Scolarité en Roumanie puis lycée professionnel en France	-
DYLAN	19	M	Mère : aide à domicile Père : boucher	2 frères (1 en prison) et 2 sœurs (mariées avec enfant)	En studio de la PJJ	CAP	CER, suivi depuis 3 ans UEHD depuis 1 an
JESSY	16	M	Mère : sans emploi (chauffeur poids lourds) Père : dans la métallurgie Parents séparés	3 frères et 1 sœur	Chez sa mère	Collège	CER pendant 3 mois et demi Arrivé depuis 1 semaine à l'UEAJ
LAURENT	17	M	Mère : sans emploi (barmaid) Père : refus d'en parler	n.c.	Chez sa mère		Depuis 1 semaine à l'UEAJ
MATEO	17 ½	M	Mère : ne travaille pas Père : n.c.	6 sœurs	EPM/chez sa mère	3 ^e	EPM depuis quelques mois Est déjà venu 3 fois à l'EPM
MATHIEU	15	M	Mère : sans emploi (chauffeur poids lourds) Père : en prison Parents séparés	1 sœur	EPM	3 ^e	EPM/CEF
MEHDI	17	M	Mère : assistante de direction dans un collège Père : sans emploi (séparés)	4 frères (1 en prison), 1 sœur	EPM/chez ses parents	3 ^e	EPM depuis 10 mois Avant en foyer, puis CER pendant 3 mois, puis EPM 4 mois
MELINA	16	F	Mère : sans emploi Père : n.c.	1 demi-frère (qu'elle ne voit pas) et une demi-sœur	Chez sa mère	3 ^e	UEAJ depuis un an
MOHAMED	17	M	Mère : au Maroc Père : en Algérie	2 frères, 2 sœurs Aucune nouvelle	EPM/dans la rue/chez sa copine	Début de collège	EPM depuis quelques semaines
MORGAN	17	M	Mère : sans emploi	2 petites sœurs	Chez son père	CAP	

⁷ Le tableau récapitulatif détaillé des entretiens est présenté en annexe.

⁸ La surreprésentation de jeunes ayant un parent qui exerce (ou a exercé) le métier de « chauffeur de poids lourds » dans ce corpus est un « hasard » de l'enquête que l'on ne peut expliquer à ce jour. Cela ne correspond pas à une tendance générale observée par la DPJJ sur la situation professionnelle des parents des jeunes pris en charge.

⁹ n.c. = non communiqué.

			Père : sans emploi				
PIERRE	17	M	Mère : chauffeur poids lourds Père : sans emploi	1 frère	Foyer	Collège	Foyer depuis 6 mois
PIERRE-YVES	15	M	Mère : sans emploi (malade) Père : « travaille dans les fruits »/vendanges...	6 frères et 3 sœurs	Chez ses parents	CM1	EPM depuis 3 mois
RYAN	17	M	Mère : sans emploi Père : en emploi (non précisé)	aucun	Chez sa petite-amie (avec la mère de celle-ci) et chez sa grand-mère	3 ^e	Depuis 1 an UEAJ depuis 1 semaine
SAFA	17	F	Mère : sans emploi Père : décédé	3 frères (dont 1 actuellement en prison) et 1 sœur	En appartement individuel PJJ/UEHD Va voir sa mère parfois le week-end	3 ^e Actuellement en apprentissage	-
STEEVEN	17	M	Mère : - Père : refus d'en parler (habite à Dijon)	Aucun	En famille d'accueil	3 ^e	CEF 6 mois, placé depuis l'âge de 3 ans en foyer puis famille accueil UEHD depuis 6 mois
TEODOR	16	M	Mère : sans emploi Père : fait des chantiers	3 sœurs, 2 frères	Chez ses parents/camp de rom	Collège	
TILDA	14	F	Mère : sans emploi Père : travaille	Aucun	Chez sa mère	3 ^e	UEMO depuis 2 mois
TRISTAN	17	M	Mère : 51 ans, sans emploi Père : -	4 frères et 1 sœur	En foyer Chez sa mère le week-end	CAP	Depuis 4 mois UEAJ depuis 1 semaine

Constats et réflexions sur la réalisation de l'enquête

Nous craignons initialement un biais puisque l'accès au terrain se faisait par l'intermédiaire de la DPJJ. L'enquête aurait pu s'apparenter à une démarche évaluative, voire de contrôle, à laquelle les professionnels auraient pu être réticents. D'autre part, le choix des structures et des interlocuteurs par le filtre de la DIR puis des responsables de structures aurait pu restreindre l'accès au terrain. Il semble cependant que ce biais ait été évacué une fois sur site. Nous avons expliqué notre démarche aux professionnels et l'avons bien distinguée de toute mission de contrôle de l'activité des services, le critère d'anonymat participant à rassurer les interviewés. D'autre part, les éducateurs présents et volontaires ont pu être interrogés ainsi que d'autres professionnels rencontrés sur place et qui le souhaitaient.

Malgré tout, les entretiens se sont déroulés uniquement sur les sites où les directeurs et responsables d'unités avaient donné leur feu vert. Il est également important de mentionner la tendance à interroger les professionnels les plus sensibles à la question de la santé : ce sont plutôt des « convaincus » qui parlent, même si ce n'est pas pour autant qu'ils mettent en place des actions spécifiques à la santé.

Tout au long de l'enquête, nous avons observé **une tendance à la sous-estimation par les professionnels PJJ de la participation et des capacités des jeunes à répondre à nos questions**. Nos premiers échanges dans les structures s'accompagnaient toujours par une mise en garde sur ce public spécifique, « *peu bavard* », « *peu captif* »,

et « *compliqué* », qui ne pourrait très probablement pas parler une heure entière, le créneau prévu généralement pour un entretien :

« On n'arrive déjà pas à les garder attentifs plus d'une demi-heure pendant les activités, alors ne vous étonnez pas s'ils vous parlent pas beaucoup ! » (Extrait de journal de terrain, conversation informelle avec un responsable de structure d'insertion.)

Les **représentations des professionnels sur l'intérêt des jeunes à parler de leur santé étaient encore plus réservées** : les jeunes n'auraient qu'un intérêt très lointain pour leur santé ; l'entrée sur la sexualité et la contraception pouvait cependant en intéresser plus d'un, eux qui « *ont beaucoup de choses à dire à ce sujet* ». Le temps imparti à la réalisation des entretiens – une heure seulement dans la plupart des cas, compte tenu des contraintes d'emploi du temps des jeunes – est révélateur du scepticisme véhiculé par les équipes quant à la capacité des jeunes à se mettre en récit. Le terrain exploratoire de l'enquête montre à ce titre toute l'importance de prévoir des créneaux bien plus longs (deux heures) pour des entretiens dans une éventuelle prochaine enquête de ce type afin de ne pas limiter la parole des interviewés.

Dans la pratique, les échanges riches menés avec les jeunes ont démontré leur pleine capacité à parler d'eux, dans une configuration pourtant inhabituelle : d'une part nous étions deux sociologues spécialement venues pour nous entretenir avec eux et nous ne représentions pas l'institution judiciaire. Cela nous a, de fait, placées dans un rapport moins formel avec eux. L'engagement que nous avons pris devant eux de quitter la structure à l'issue des entretiens et de ne pas discuter avec les professionnels de ce que les jeunes nous auraient confié a également rassuré. D'autre part, nous ne nous intéressions pas à l'infraction qu'ils avaient commise ou à leur parcours de prise en charge judiciaire. Nous étions au contraire intéressées par leur parcours de vie en tant qu'adolescents. Au final, cette enquête a contribué, pour certains jeunes, à avoir une meilleure estime d'eux-mêmes en constatant leur capacité à parler, à construire un discours et à se sentir intéressants.

L'enquête a également été l'occasion **de constater les évolutions institutionnelles** en cours au sein de la PJJ et leur impact sur les équipes. Tous les professionnels rencontrés ont évoqué la question du recentrage de leur activité sur le volet pénal, la multiplication des tâches, notamment administratives, au détriment du temps d'accompagnement passé avec les jeunes, la baisse des moyens humains et financiers ou encore les nombreuses orientations institutionnelles souvent vécues comme trop descendantes, sans réel écho avec la réalité de leurs pratiques. Il nous semble important de mentionner cet écart criant entre le discours des professionnels de terrain et celui des responsables institutionnels dans la mesure où il révèle un véritable mal-être qui traverse une partie des corps professionnels rencontrés (éducateurs et professeurs techniques en majorité). Les professionnels n'auraient plus le temps ni les moyens de remplir leurs missions correctement, il leur en est demandé toujours plus sans qu'ils aient d'ailleurs la formation nécessaire, les valeurs de leur intervention transmises dès leur formation se trouvent vidées de tout leur sens et ils se sentent incompris et non entendus par leur institution de rattachement. Si tout changement ou évolution institutionnel génère systématiquement des craintes voire des résistances, les propos des professionnels rencontrés dévoilent plus particulièrement pour certains de réelles situations de souffrance et de mal-être que l'on ne peut ignorer. Si tous demeurent convaincus de l'intérêt de l'accompagnement qu'ils mettent en place et de leur fonction, le regard sévère des acteurs sur la PJJ, leur

sentiment de non-reconnaissance par leur institution de rattachement et la pression qu'ils disent ressentir dans le quotidien de leur travail ne sont pas sans conséquence sur la manière dont ils remplissent leurs missions. La lecture de ce rapport doit donc être menée en gardant à l'esprit les difficultés de travail que rencontre aujourd'hui au quotidien l'ensemble des professionnels interviewés.

Enfin, il nous semble essentiel d'évoquer dès à présent un aspect bien particulier de l'institution et des prises en charge : **la question de la mixité au sein de la PJJ**. D'une part les équipes rencontrées dans les structures sont mixtes, avec une surreprésentation féminine d'une manière générale, et plus spécifiquement dans certaines fonctions liées à la santé, nous l'évoquerons tout au long du présent rapport. Alors que l'ensemble des structures visitées a vocation à accueillir des mineurs, voire des jeunes majeurs, masculins et féminins, force est de constater que le public pris en charge est en revanche à dominante masculine¹⁰. Cette surreprésentation des jeunes garçons face à des équipes professionnelles mixtes, voire à dominante féminine, a déjà été observée dans d'autres travaux sur la PJJ, notamment sur les centres éducatifs fermés (Vuattoux, 2011). La lecture et la compréhension des pratiques et des postures professionnelles ainsi que la manière dont les jeunes rencontrés parlent ou non des questions de santé et de sexualité avec les professionnels de la PJJ doivent donc être appréhendées au prisme de cette mixité relative au sein des équipes et de la non-mixité du public qu'elles accueillent.

¹⁰ Nous reviendrons ultérieurement sur cette répartition par sexe au sein des structures visitées et au sein de l'ensemble des établissements de la PJJ d'une manière générale.

LES CADRES ET MODALITES D'INTERACTIONS

L'institution PJJ et l'ordonnance du 2 février 1945 définissant les principes de la justice des mineurs en France ont connu ces dernières années de nombreuses évolutions quant aux missions et au sens qui leur sont respectivement accordés (voir notamment Bailleau, Cartuyvels, 2002, 2007 ; Mucchielli, 2014). Avec le recentrage au pénal impulsé il y a quelques années, les professionnels de la PJJ évoquent leur difficulté à répondre à l'ensemble des exigences institutionnelles imposées par la prise en charge des jeunes suivis dans un cadre pénal. Si la priorité de l'intervention porte bien sur ces suivis au pénal, elle prend aussi en compte le suivi global des jeunes : comprendre d'où ils viennent, leur parcours antérieur de vie et de prise en charge institutionnelle, leurs réseaux familiaux et amicaux, leur projet socioprofessionnel, etc. La PJJ en effet doit être un intermédiaire dans les parcours des jeunes avec les différents professionnels et structures spécialistes (dans le champ de l'insertion professionnelle, de la santé, du logement, etc.); les éducateurs, professeurs techniques et autres acteurs de la PJJ doivent être attentifs à l'ensemble des composantes du quotidien des jeunes dont ils ont la charge. La question de la santé s'inscrit alors en filigrane de leurs missions ; elle n'est pas ouvertement revendiquée comme un champ d'intervention spécifique, mais comme une question à prendre en compte dans le quotidien de la prise en charge. Aussi, il n'y aurait pas une manière de faire pour parler et traiter de la santé, mais bien des pratiques hétérogènes impulsées par des non spécialistes, avec toute la question de la bonne posture à adopter. Comme le résume cette éducatrice, leurs fonctions sont complexes, entre cadre pénal structurant et prise en charge générale :

« C'est peut-être moi, mais c'est pour qu'il n'y ait pas trop de proximité qui se crée aussi. [...] C'est un peu le problème de nos missions à un moment donné : ce n'est pas très défini, donc on fait un peu tout, mais non, on ne peut pas tout faire. Et ce cadre pénal, c'est un confort justement pour borner notre intervention. Mais après, c'est ma place à moi. Autant d'éducateurs, autant de discours. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Dans ce contexte, parler des questions de santé à la PJJ ne peut être dissocié des ressorts de l'institution et donc du cadre institutionnel dans lequel les missions des professionnels s'inscrivent.

La place de la santé à la PJJ

Sur le terrain, la priorité santé à la PJJ reste celle donnée aux soins et à la réponse à l'urgence ; la prévention et plus largement l'éducation pour la santé demeurent secondaires, sortes de parents pauvres des objectifs. La démarche « PJJ promotrice de santé » initiée par la DPJJ a pour objectif d'infléchir ce schéma et d'amener à une conception de la santé la plus élargie possible, en prenant en compte les compétences psychosociales et la question du bien-être par exemple. Au-delà de la démarche, il s'agit de repenser les rôles de chacun, les règles du jeu, d'aider les jeunes et les éducateurs à les comprendre et à s'approprier ce cadre.

De quelle santé parle-t-on à la PJJ ?

Si l'enquête exploratoire prévoit d'aborder les questions de santé à travers l'entrée particulière de la sexualité et de la contraception, l'appréhension des questions de santé au sein des structures se fait à travers d'autres schèmes. Les représentations des professionnels et des jeunes sur ce que recouvrent les questions de santé sont plurielles et révèlent des représentations hétérogènes. **Trois entrées** se distinguent dans la manière de parler et de traiter des questions de santé. Même si les professionnels ne les catégorisent pas directement de cette manière, leurs propos se rejoignent autour de ces trois axes qui constituent une vision relativement partagée de ce qui se trouve au cœur des questions de santé.

Première entrée : ***l'hygiène du corps***. Être en bonne santé, c'est d'abord savoir prendre soin de son corps pour se sentir bien dans son corps. Les professionnels rapportent de nombreux cas où les jeunes ont une mauvaise hygiène, ne se lavent pas, etc., des situations pouvant aller jusqu'à des infections (type gale) dans certains cas les plus complexes, pour des jeunes en situation d'errance notamment. À une période où le corps change et où l'adolescent apprend à prendre en charge la gestion de sa santé, l'attention portée au corps révèle un rapport à soi complexe pour certains, des conditions de vie difficiles pour d'autres.

« C'est physiquement, au niveau même de l'hygiène par exemple, au niveau dentaire notamment ; beaucoup se lavent pas les dents. Je vais leur faire une prévention. Je rentre par l'humour souvent pour pas les stigmatiser. Ou quand ils ont une odeur forte aussi. Et des fois, c'est un peu compliqué. J'aborde ça aussi avec eux. [...] On en a quelques-uns aussi chez qui ça revient, qui ont la gale. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Aborder la question de la santé avec les jeunes, c'est donc d'abord s'intéresser au jeune lui-même et à son environnement.

Deuxième entrée : ***l'hygiène de vie***. Si le corps est marqué par une mauvaise hygiène physique, il l'est également par l'absence de rythme dans la journée ou par une alimentation déséquilibrée. Parler des questions de santé, c'est donc aborder tout ce qui rythme le quotidien, ce qui consiste à « assurer sa survie », c'est-à-dire boire, manger, dormir. Travailler avec les jeunes sur ces différents points devient l'une des priorités, leur rythme de vie quotidien étant décalé, sans obligation d'emploi du temps, ce qui les place dans une certaine forme de désœuvrement.

« [...] Je suis libre parce que je n'allais pas à l'école.
 – Qu'est-ce que tu faisais la journée ?
 – Je traînais. J'avais rien à faire, enfin y avait rien à faire.
 – Tu traînais seul ou avec des potes ?
 – Tout seul. Si, je voyais un ou deux potes avec moi. Sinon, ça m'est arrivé de faire des nuits blanches et de dormir chez des potes, faire n'importe quoi.
 – Et qu'est-ce que vous faisiez ?
 – Rien. On galérait quoi. Y a rien à faire de plus. » (Ryan, 17 ans.)

Les professionnels rappellent d'ailleurs quasi systématiquement des problèmes de sommeil et d'alimentation chez les jeunes qu'ils suivent.

« Un gamin qui m'arrive pour une liberté surveillée préjudicielle pour une histoire de bagarre aussi. Je le vois livide, blanc comme un cachet d'aspirine, sa mère me disant : "Il a toujours été comme ça". [...] Je me suis rendu compte qu'en fait, il passait des nuits sur l'ordinateur, sur les réseaux sociaux, machin, et qu'il avait un rythme de vie complètement décalé. Le boulot premier [de l'éducateur] est notamment pour qu'il raccroche

dans une démarche d'insertion, c'était de réinstaurer un peu des règles, un rythme qui est compatible avec un projet d'insertion quel qu'il soit. Ça a été la première étape. » (Céline, éducatrice.)

Chez certains jeunes décrocheurs, l'ennui prend progressivement place dans leurs journées ; ils vivent « en décalé », restent éveillés une grande partie de la nuit. Certains d'entre eux expriment un souhait réel de retrouver un rythme, un objectif à leurs journées, un projet, ce que la prise en charge à la PJJ leur offre parfois :

- Comment est-ce que tu te sens [ici] ?
- C'est un rythme déjà qu'on a ici. Et puis je me dis que c'est pour moi.
- Parce que tu n'avais pas de rythme avant ?
- Non.
- Qu'est-ce que tu faisais ?
- Pas de rythme, pas d'heure, je rentrais quand je voulais. En fait, j'étais livré à moi-même on va dire. Là, je sais que je me lève le matin, il faut que j'y aille parce que même si c'est l'UEAJ, il y a un petit billet qui rentre dans la poche tous les mois. Du coup, je me dis déjà que c'est bien, et au moins, ça aide, et après, basta, tu fais ton truc. [...] La seule chose que je fais, c'est que je rentre, je prends une douche et je me pose. À 16 h, je serais en ville à galérer peut-être. Là, je me dis que j'ai un rythme, que je suis K.-O. de la journée et il faut que je me pose. Ça m'arrive d'aller à droite à gauche avant de rentrer parce que j'ai des papiers à faire. » (Ryan, 17 ans.)

Si l'absence de rythme concerne en premier lieu les jeunes eux-mêmes, elle a des conséquences directes sur les missions des professionnels de la PJJ : dans les structures de l'insertion, comment travailler avec des jeunes qui somnolent, sont fatigués, ont des difficultés de concentration, etc. ? En milieu ouvert, comment assurer un suivi régulier si les jeunes sont systématiquement absents lors des rendez-vous en matinée ? En hébergement, quelles règles de vie établir ?

Ritualiser la journée, prendre ou pas en charge les temps de repas, imposer des horaires et un emploi du temps composent alors la base de l'accompagnement proposé et du travail éducatif. C'est une première intervention dans le domaine de la santé. Elle s'inscrit d'ailleurs complètement dans le modèle pédagogique en vigueur à la PJJ depuis les années 1990, celui de l'éducation dans un cadre pénal : il s'agit de réapprendre les rythmes et d'accepter les règles à travers l'organisation structurante d'activités de jour (Youf, 2009). L'exemple des repas dans les structures d'insertion ou en milieu ouvert est à ce titre éclairant. Les jeunes sont dans des situations familiales particulièrement vulnérables (avec une absence des parents en raison des horaires de travail de ces derniers, ou encore l'absence répétée des parents et des situations de précarité, voire de pauvreté) qui ne favorisent pas la prise de repas à heure fixe, ni leur composition équilibrée.

En milieu pénitentiaire, « le code de procédure pénale et le règlement intérieur type » des établissements exigent l'hygiène, un régime alimentaire équilibré distribué trois fois par jour, l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées, l'interdiction de fumer dans les parties collectives » (Delarue, 2014, p. 14). En milieu ouvert et en hébergement, dans les structures que nous avons pu observer, les règles sont relativement communes quant à l'interdiction totale des boissons alcoolisées ou la consommation de tabac (tolérée dans les espaces ouverts, en dehors des heures d'atelier/de cours). En revanche, de fortes disparités existent dans la prise en charge des repas (petit déjeuner et déjeuner), au-delà de toute distinction en fonction des structures. Nous avons pu constater en effet que, dans la quasi-totalité des structures, une boisson chaude est proposée aux jeunes à leur arrivée le matin

dans les établissements d'insertion ou lors d'un rendez-vous en milieu ouvert. Dans certains cas, cette boisson chaude peut être accompagnée de gâteaux secs, les éducateurs ayant pleinement conscience qu'une grande partie des jeunes dont ils ont la charge ne prennent bien souvent pas de petit déjeuner. Ce temps privilégié est éventuellement un temps pour discuter de la soirée et de la nuit, et sert également à cerner l'état d'esprit des jeunes pour la journée. Si elle n'est pas systématique, cette pratique est relativement fréquente et, aux yeux des professionnels, fait partie à part entière de leurs missions. D'autant plus que la question du petit déjeuner conditionne en partie la participation active du jeune à l'atelier, au stage, à l'entretien :

« Par exemple, J., c'est un gamin qui m'a beaucoup marquée. Lui, il arrivait, il avait pas bouffé le matin. Donc quand lui il était là, je pense qu'on a eu un budget petits gâteaux [...]. Parce que lui, il réclamait et s'il réclamait pas le matin, à 10 h, il en pouvait plus. » (Sophie, professeur technique.)

La prise en charge du repas du midi semble davantage faire débat au sein des équipes : si certaines structures prennent sur leur budget propre pour instaurer un temps commun au déjeuner, d'autres libèrent les jeunes à la pause, chacun se retrouvant libre de manger ou non, de choisir ce qu'il mangera, et les éducateurs mangeant de leur côté, ensemble ou séparément. Il paraît important de rappeler que la majorité des structures visitées se trouve éloignée des centres-villes, des lieux de sociabilité des jeunes et même encore plus de leur lieu de résidence lorsqu'ils ne se trouvent pas en structure d'hébergement PJJ ou ASE. Certaines structures d'insertion se situent même à la périphérie des centres-villes, dans des zones d'activités commerciales peu attractives. Les possibilités pour déjeuner sont donc relativement limitées et les jeunes profitent alors du temps du repas soit pour rentrer chez eux (généralement à vélo, les lignes de bus étant relativement éloignées des structures), soit pour retrouver leurs amis, sans certitude dans les deux cas qu'ils fassent un repas complet et au risque de ne pas les voir revenir dans les structures (UEAJ) pour les ateliers de l'après-midi.

« C'est sur notre emploi du temps. [...] Parce que s'ils partent, on les revoit pas forcément. Et puis c'est un temps éducatif : on discute avec eux, on s'assoit, on reste assis tranquilles, on sort pas fumer une clope après le plat en attendant le dessert, on mange avec un couteau et une fourchette (ça, c'est pas gagné, la pizza surtout...). » (Sophie, professeur technique.)

La question de l'alimentation est pourtant perçue par les éducateurs comme faisant partie des problématiques récurrentes rencontrées par les jeunes pris en charge par la PJJ (sous nutrition, mal nutrition, irrégularité des repas...), d'autant que c'est un enjeu qui a des conséquences directes sur les activités même proposées : somnolence des jeunes, fatigue, difficultés de concentration, etc. Elle est investie de manière inégale selon les équipes, selon les structures également, selon qu'elles impliquent une présence quotidienne des jeunes ou pas. A minima, la pratique est toutefois de proposer régulièrement un goûter lorsque le professionnel sait que le jeune qui est en face de lui n'a pas ou peu mangé chez lui dans les dernières heures.

À ces deux premières caractéristiques de la santé – l'hygiène du corps et l'hygiène de vie – s'ajoute la question du *bien-être général*. Les professionnels rencontrés insistent sur le fait qu'il est essentiel que les jeunes se sentent bien dans leur vie pour que le projet d'accompagnement et d'insertion proposé soit constructif et ait un impact sur leur parcours. C'est la question notamment de l'acquisition de compétences psychosociales et de la participation des jeunes dans un environnement favorable à leur épanouissement. En faisant référence à cet état de bien-être, les

professionnels se situent finalement, sans l'avouer ou sans en être conscients, dans la philosophie générale promue par la démarche institutionnelle « PJJ promotrice de santé » : à partir du concept de promotion de la santé défini par la charte d'Ottawa (1986), l'idée véhiculée est que la santé est appréhendée comme une ressource, un moyen pour faire réussir l'action éducative et considérée comme l'une des conditions de l'insertion (DPJJ, 2013, et document de cadrage PJJ promotrice de santé).

La santé, un levier pour les professionnels pour l'accompagnement et l'insertion des jeunes

Cette situation de « bien-être général » est finalement présentée par les professionnels rencontrés lors de l'enquête de terrain comme la condition *sine qua non* pour la mise en place d'un accompagnement au service du jeune et de son projet. Elle passe par la gestion du quotidien et la relation jeune/professionnel qui s'établit au cours du suivi de la mesure pénale : l'éducateur et le jeune se retrouvent régulièrement certes pour travailler sur l'infraction commise et/ou le sens de la mesure pénale. Pour les professionnels de la PJJ (éducateurs, professeurs techniques...), ce travail n'a de sens que mis en relation avec l'intervention sur le projet de formation et d'insertion du jeune, ses liens avec ses parents, ses amis, etc. La dimension globale de la prise en charge revendiquée par les professionnels devient une des entrées pour aborder les questions de santé, même si les pratiques ne sont pas clairement revendiquées. Ainsi, s'ajoute très logiquement à la gestion du quotidien et à la prise en charge globale la gestion des maux du quotidien : la question de la santé s'invite finalement comme une évidence sur le terrain.

Ce constat s'impose parce que le mal-être, la souffrance sont visibles chez des jeunes qui connaissent des situations de précarité et de vulnérabilité sociale. Elle l'est d'autant plus lorsque les jeunes expriment leur crainte d'être stigmatisés encore davantage, comme si l'étiquetage (Becker, 1985) de « délinquants » auquel ils sont soumis devenait un marqueur de leur identité, renforcé par l'environnement social dans lequel ils baignent. L'interaction des professionnels avec les jeunes leur impose nécessairement d'investir la question du corps, de l'intimité et de la santé, sans même s'y être pour autant initialement arrêtés.

Le travail sur la santé ne s'impose pas de la même manière selon les structures. Celles classées en insertion et en hébergement se prêtent plus à l'intégration des questions de santé dans la prise en charge parce que les jeunes y sont présents quotidiennement. La visibilité des problématiques de santé y est donc plus aisée qu'en milieu ouvert où les éducateurs ne rencontrent que ponctuellement les jeunes :

« Mais surtout, dans les hébergements, les structures où la prise en charge est quotidienne ou les unités d'insertion où ils ont les gamins toute la journée, ils ont le temps de voir la santé, à quel point c'est important de travailler la santé ressource, etc. Après, c'est plus délicat, [...] c'est vraiment mettre la santé et les actions collectives au sein des milieux ouverts. » (Claude, infirmière, conseillère technique santé.)

Travailler sur la santé s'impose d'autant plus pour certains professionnels qu'ils reconnaissent clairement la santé comme un levier dans le travail éducatif. Cela concerne par exemple la question de la construction du projet professionnel. Il n'est pas rare que le professionnel de la PJJ et le jeune suivi soient directement confrontés à une question de santé si celle-ci vient entraver la mise en œuvre du projet, en termes de formation notamment. Être en bonne santé devient un préalable à l'insertion sociale et professionnelle, comme pour ce jeune à la recherche d'un stage dans le milieu de la restauration :

« Par exemple, le jeune que vous avez rencontré hier, il veut être serveur. Sauf que pour être serveur, [...] avant de mettre ce jeune en situation professionnelle (il a un CAP de serveur, déjà, c'est bien), je pense qu'il y a autre chose à travailler : son hygiène. Moi, aujourd'hui, je suis patron, avec ses problèmes de peau, je ne l'embauche pas. [...] Donc moi, je veux travailler ça avec ce jeune. J'ai pris rendez-vous chez le médecin. Il est allé hier chez le médecin parce qu'il fallait le courrier du médecin pour aller chez le dermato. [...] Il va y avoir une progression : il va falloir qu'il reprenne ces problèmes-là. [...] J'ai senti que ça l'avait soulagé énormément que j'aborde ça. [...] Je ferai la même chose pour ses yeux, ou s'il a des problèmes dentaires. »
(Philippe, éducateur.)

La santé constitue donc finalement un levier pour développer la dimension éducative de la relation avec les jeunes. Même s'ils ne le revendiquent pas de cette manière, aborder les questions de santé en tant que problématiques rencontrées dans le quotidien de la mesure (et pas systématiquement étiquetées comme problématiques de santé en tant que telles) permet aux professionnels d'avancer dans le travail éducatif. Ce travail socio-éducatif ne peut se mettre en place si le jeune ne va pas bien :

« Parce que autant c'est important d'aborder le côté passage à l'acte, le côté pénal, que de voir la situation familiale, comment ça fonctionne. Et la santé, ça en fait partie. Un jeune qui est en mauvaise santé, ça peut être physique ou psychique, pour moi, il faut commencer par là. Il faut qu'il aille bien pour qu'on puisse amorcer un travail ensemble. » (Céline, éducatrice.)

Le travail du professionnel de la PJJ (hors infirmiers et psychologues) n'est alors pas de faire à la place du professionnel de santé. Aborder les questions de santé, aussi variées soient-elles, permet de comprendre les freins à la relation et au travail éducatifs et d'ouvrir une porte dans le projet socio-éducatif à construire avec le jeune. Ce n'est donc pas uniquement le problème de santé qui mobilise strictement, mais son impact dans le parcours et sur le projet d'insertion du jeune qui importe avant tout. C'est alors en premier lieu en tant qu'intermédiaires que les professionnels de la PJJ ont expliqué se sentir concernés, jouant le « rôle de relais » entre les jeunes confrontés à une problématique de santé, les structures de droit commun et les professionnels médicaux du territoire. Ainsi, si parler des questions de santé s'invite finalement comme une étape évidente lorsqu'elle entrave le projet individuel, traiter du problème en lui-même concerne en revanche bien les spécialistes du champ de la santé dont les professionnels de la PJJ se distinguent.

La place de la santé dans la relation éducative renvoie dans un second temps au travail de **responsabilisation du jeune dans son parcours de santé**. Le souci de soi et la bienveillance deviennent des moyens d'action au service de la posture éducative des éducateurs, des professeurs techniques, des professionnels de santé PJJ. Placer le jeune en situation active quant à sa situation et son parcours de santé permet alors de le faire se confronter à la réalité du système de santé et s'autonomiser dans ses démarches, nous y reviendrons.

En résumé

Les questions de santé font partie prenante de la prise en charge à la PJJ dans la mesure où la situation physique et mentale dans laquelle se trouvent les jeunes suivis influence directement l'accompagnement éducatif mis en place par les professionnels. Alors que la santé apparaît d'ailleurs aux yeux de beaucoup d'entre eux comme un levier pour l'action éducative dans un objectif de responsabilisation du jeune dans son parcours – de santé notamment – ils l'envisagent à travers trois entrées principales : l'hygiène du corps, l'hygiène physique, la situation de bien-être général.

Une appropriation difficile des outils et des fonctions au service de la santé

Les postures et pratiques hétérogènes des professionnels s'inscrivent dans un contexte institutionnel qui vise à mettre l'accent sur la santé dans les missions de la PJJ. Même si la santé fait l'objet d'un cadrage depuis plusieurs années, pour les professionnels sur le terrain l'impression est qu'auparavant « *chacun faisait sa popote de son côté* » (Lara, infirmière, conseillère technique santé), la santé représente aujourd'hui, sur le papier, une préoccupation des équipes. L'institutionnalisation de la question passe par un projet, des fonctions spécifiques, des outils et des procédures dédiés. Si le tout constitue un cadre structurant pour les missions des professionnels sur la santé, les discours et les pratiques révèlent toutefois un décalage parfois important entre ce processus d'institutionnalisation et la réalité des usages par les acteurs eux-mêmes.

La démarche « PJJ promotrice de santé »

La démarche « PJJ promotrice de santé » lancée en 2013 marque le souhait de la DPJJ de repenser la place occupée par le champ de la santé au sein de l'institution, tout en veillant à ne pas imposer cette démarche, ni qu'elle soit vue par les professionnels de terrain comme descendante. Nous l'avons rappelé, elle s'appuie sur le concept de promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa (1986, la santé étant appréhendée comme un moyen pour faire réussir l'action éducative (l'une des conditions d'insertion). La santé n'est donc pas seulement liée au traitement des maux du quotidien et doit être abordée sous l'angle d'une approche globale (Forgeot, 2012). Cette approche prévoit un certain nombre d'axes de travail autour desquels se réunit une partie des professionnels de la PJJ, l'objectif étant ensuite de diffuser au sein des équipes dans les DIR un intérêt et une attention particuliers sur les questions de santé. Si cette question fait partie théoriquement des missions des éducateurs, elle est traitée inégalement selon les structures et les personnes. Cette démarche a le mérite de placer le curseur sur tout un pan de l'activité des professionnels de la PJJ, parfois implicite, qui constitue pourtant une composante intrinsèque de leurs fonctions.

Si elle vise à replacer la santé au cœur des pratiques, le décalage est important entre le portage institutionnel par la direction centrale, voire la DIR, et l'appropriation par les équipes. Il peut s'expliquer notamment par le fait que cette démarche est relativement récente – elle ne date que de deux ans, ce qui est relativement court pour que tous les professionnels s'en emparent et se l'approprient. Comme l'énonce Lara, infirmière conseillère technique santé, « *ça rame encore. Il faut être clair et honnête... Il y a une belle vitrine, mais à côté [sur le terrain], c'est compliqué* ». Sur le plan théorique, l'institution dispose déjà d'un ensemble d'outils qui prennent un sens « nouveau » dans cette démarche « PJJ promotrice de santé » (RIS, GES...) et s'appuient sur des fonctions qui assurent *a minima* une prise en charge des questions de santé dans l'activité quotidienne des professionnels. La démarche et ces outils sont cependant bien souvent considérés comme le discours de l'institution seule, trop descendants (« *Ça vient du national, c'est difficile* » nous rappelle Claude, infirmière, conseillère technique santé) et inadaptés à la réalité des pratiques professionnelles. Sur le terrain, la situation est vécue de manière parfois paradoxale lorsque d'une part des ateliers d'échanges sont prévus par la DPJJ pour que les professionnels produisent/proposent des outils et fassent évoluer ceux existant, mais que d'autre part ces mêmes professionnels déclarent ressentir une forte contrainte par l'administration centrale.

« Il faut peut-être ce genre de choses pour les collègues qui ne sont pas trop preneurs de ce genre de domaines, mais enfin bon... Pour moi, c'est de la politique qui a pas trop d'intérêt. Mais je me trompe peut-être... Moi, ça me paraît loin des terrains. Ça l'est peut-être pas, mais il y a tellement de choses loin des terrains qu'au bout d'un moment, on en a un peu marre et on englobe peut-être tout. » (Céline, éducatrice référente santé.)

Au-delà des professionnels mobilisés sur les questions de santé – les référentes santé et les infirmiers conseillers techniques santé –, la démarche représente une notion floue, « *un gros mot* » pour certains, qui fait appel à de vieux souvenirs, mais dont les réalisations concrètes ne seraient que peu visibles, voire quasiment nulles. Alors qu'au niveau de l'administration centrale la démarche voudrait que les actions de santé émergent des structures directement, les professionnels de terrain sont eux paradoxalement en attente de plus de cadrage de la part de leur tutelle, alors même qu'ils rejettent dans le même temps cette tendance de l'institution à leur imposer et leur ajouter des champs d'intervention.

« Est-ce que vous avez entendu parler de la démarche "PJJ promotrice de santé" ?

– J'ai entendu ce mot...

– À quelle occasion ?

– Je vous ai dit que j'étais mauvais élève, donc je n'ai peut-être pas toujours... Je ne peux pas en dire plus. Je ne sais pas. Je ne sais même pas ce que c'est. J'ai entendu ce mot parce que Béatrice en a parlé, PJJ... comment vous avez dit ?

– Promotrice de santé

– Je ne m'intéresse pas à tout. Je pense que la PJJ a de grandes idées par rapport à la santé, enfin je ne sais pas. On verra... » (Philippe, éducateur.)

« Maintenant, sur le terrain, j'ai pas vu d'actions concrètes et je vois pas de retour direct pour les jeunes. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Les appréhensions du terrain portent également sur le fait que la démarche viendrait en demander encore plus aux éducateurs notamment, sans mettre à leur disposition les moyens nécessaires, en termes de temps et au niveau financier, pour traiter pleinement des questions de santé :

« Ce qui est pas bien compris, c'est quand moi je prône un discours de partenariat et d'intersectorialité et qu'on remet en cause par exemple ces postes de présence au sein des maisons des ados. Qu'est-ce que vous voulez que je leur dise moi ? Le partenariat, il se crée pas que autour de réunions de cellules de crise pour discuter d'une situation clinique ; il n'a de valeur que parce qu'on collabore ensemble. » (Claude, infirmière, conseillère technique santé.)

L'écart entre le discours politique et la réalité des restrictions budgétaires vient questionner les professionnels et la mise en œuvre concrète des axes de la démarche institutionnelle. Il cristallise les oppositions, n'incite pas à l'ouverture de certains qui ont l'impression qu'on leur en demande toujours plus, mais sans contrepartie de la direction centrale en termes de moyens et de reconnaissance, et ce même si l'ensemble de la démarche « ne tombe pas du ciel » et vient s'inscrire dans un travail de la DIR déjà entamé depuis quelques années dans ce sens (avec des formations de professionnels, la conception d'outils spécifiques, l'organisation d'ateliers thématiques dans les structures, etc.).

L'évaluation en cours de la démarche, dont la durée s'étendait jusqu'en 2016, apportera très probablement davantage d'éléments de compréhension sur l'appropriation par les professionnels de son sens et les mises en pratique qui en ont découlé sur le terrain.

Professionnels de santé et maillage territorial

Cette démarche est notamment portée sur les territoires par les personnels dédiés aux questions de santé, en première ligne desquels figurent les conseillers techniques santé. Si, auparavant, les infirmiers intervenaient directement dans les structures (époque qui est regrettée par nombre de professionnels parmi ceux rencontrés qui sont les plus anciens à la PJJ), les conseillers techniques santé, tous infirmiers d'État de formation, se partagent aujourd'hui géographiquement le territoire de la DIR dans un rôle d'animation du champ de la santé à la fois auprès des professionnels à l'interne, mais également auprès des partenaires spécialisés à l'externe. Suivis individualisés de jeunes et soutien aux équipes sont aujourd'hui remplacés par le maillage du territoire, l'animation du réseau santé et l'approche partenariale sur un territoire de plus en plus grand (départemental) (cf. fiche de poste des conseillers techniques santé / volet accompagnement des jeunes, en annexe) :

« On n'est pas infirmiers du service. On est conseillers techniques en promotion de la santé. On est là pour développer des actions avec les partenaires, pour écrire des conventions, développer des partenariats, être dans les contrats de ville, l'ARS. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

L'objectif présenté par les conseillers techniques rencontrés est de fédérer et créer du lien au sein des équipes ainsi qu'avec l'extérieur. Cette fonction est expliquée par les CT santé comme le témoignage des évolutions récentes qui ont traversé la PJJ, notamment avec l'ouverture progressive et nécessaire vers l'extérieur :

« C'était difficile parce que la santé était un peu un sujet tabou, alors la sexualité encore plus. C'était difficile parce que les éducateurs avaient l'habitude de travailler un peu tout seuls. C'était quand même un peu ça la PJJ : ils n'étaient pas forcément ouverts aux partenariats. [...] Et là, maintenant, ça y est, on rentre dans une politique de partenariat, politique de la ville, donc c'est beaucoup plus facile. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

Les jeunes confrontés à une problématique de santé doivent ainsi être pris en charge par des professionnels spécialistes extérieurs à l'institution. L'intérêt présenté par les CT santé est donc de développer les partenariats à l'externe pour que les professionnels de la PJJ puissent se tourner aisément et rapidement vers les acteurs compétents de la santé dès que nécessaire. Parmi les professionnels rencontrés, les infirmiers sont les plus à même de dire et décrire ce qui se trouve au cœur de la démarche « PJJ promotrice de santé » :

« On va enfin pouvoir faire de la santé un petit peu partout. Parce que la santé, ça se passe toujours dans les hébergements ou dans les prises en charge, mais [...] ce n'est pas la promotion de la santé. On s'occupe de la santé que quand elle pose souci. Donc il faut changer. [...] Ce que je leur dis, c'est que la santé, elle est pas synonyme de maladie, c'est-à-dire que la santé, elle est au bénéfice de nos souhaits, de nos aspirations, de tout ce qu'on veut faire dans la vie. » (Claude, infirmière, conseillère technique santé.)

Au-delà du cadre institutionnel, la mobilisation des équipes, notamment les référentes santé, passe par l'organisation de formations adaptées à leurs missions (avec l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé – IREPS – notamment). Les infirmiers conseillers techniques répondent également à des demandes de prises

en charge individuelles de la part des équipes, même si ce volet ne constitue qu'une part infime de leur emploi du temps. Comme le résume Claude, infirmière, conseillère technique santé, « s'il y a une situation gravissime en termes de santé, il est clair qu'on est quand même là par exemple pour aider, pour apporter notre expertise ».

À ce niveau, la fonction d'infirmier à la PJJ révèle d'une certaine manière la crise que traverse aujourd'hui l'institution, plus particulièrement le corps des éducateurs : dans leurs propos, on constate que les infirmiers s'éloignent progressivement des structures et du terrain et représentent finalement, aux yeux de beaucoup d'éducateurs et de professeurs techniques, le versant institutionnel des questions de santé. Ils n'auraient d'ailleurs d'infirmiers plus que le nom tant leurs missions premières sont dénaturées et portent en priorité sur l'animation et le maillage territorial, au détriment de l'accompagnement et du traitement des problèmes de santé individuels :

« Nous, on est infirmiers de formation, mais on n'a plus ce rôle d'infirmier dans le service. Donc quand il y a besoin de donner un traitement, que le médecin a signalé qu'il fallait le donner par un personnel paramédical, ou bien des soins de pansements ou autres, on fait appel au service de droit commun, tout simplement. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

« Mais quand je dis "infirmier", on sait bien que maintenant c'est plus des infirmiers, c'est des conseillers territoriaux santé, et que leur principale mission, c'est pas forcément de s'occuper des jeunes. » (Sophie, professeur technique.)

L'impression largement partagée dans les équipes du « toujours plus » demandé aux éducateurs est renforcée par l'absence de l'infirmier au sein des structures, laissant les professionnels seuls et démunis face aux questions de santé pour lesquelles ils n'ont pas été formés :

« On avait il y a quelques temps une infirmière ici. Là, on pouvait dire [au jeune] d'aller lui en parler, qu'elle lui apporterait plein d'éléments. Moi, je peux en parler, mais je n'ai pas la pédagogie pour parler de ça. Il y a des gens, des professionnels pour ça. Aujourd'hui, il n'y a plus d'infirmière. Qu'est-ce que je fais, moi ? [...] Je ne veux pas pallier aux erreurs de l'administration, à savoir supprimer des postes à gogo, et des postes qui sont importants. Du poste d'infirmier. On n'a plus d'infirmier, et aujourd'hui, on nous demande de faire le boulot à leur place. J'ai pas envie. » (Philippe, éducateur.)

Le décalage idéologique et professionnel est clair entre les deux groupes professionnels, même si pas systématique, les discours variant bien évidemment selon les personnes et leur intérêt à traiter des questions de santé : les infirmiers conseillers techniques santé regrettent que leurs collègues éducateurs et professeurs techniques demeurent résistants face à la nécessité de parler des questions de santé et de les intégrer au quotidien dans la prise en charge éducative ; et de leur côté, les éducateurs et professeurs techniques déplorent quant à eux que leurs collègues, les professionnels de santé de l'institution, ne puissent plus assurer de permanences sur ce qui constitue pourtant le cœur de leur métier et pour lesquels eux n'ont aucune appétence ni formation.

Aux côtés de ces infirmiers conseillers techniques santé évoluent des **psychologues présents** directement dans les structures de la PJJ. Ils sont là pour accueillir les jeunes ayant besoin d'un soutien psychologique. N'ayant pu rencontrer ces professionnels (nous avons seulement pu réaliser un entretien avec une psychologue référente santé), notre étude n'intègre qu'à la marge la question de la présence de ce professionnel dans les structures, également très peu évoqué par les jeunes rencontrés. Les professionnels

non spécialistes de santé y voient une ressource réelle, d'autant plus dans un contexte où les infirmiers ne sont plus présents physiquement dans les mêmes locaux qu'eux.

Les référentes santé

Certains professionnels à la base non spécialistes des questions de santé acceptent cependant de s'engager dans ce champ. Qui sont-ils ?... Ou plutôt qui sont-elles ? Ce sont en effet exclusivement des femmes qui s'emparent des problématiques de santé, c'est pourquoi nous parlons dans cette étude de référentes santé. La féminisation de la fonction porte sur les observations et entretiens menés dans le cadre de la présente étude et ne constitue en aucun cas une généralité applicable à l'ensemble des structures PJJ à l'échelle nationale¹¹. Elle mérite toutefois d'être soulignée tant son impact n'est pas anodin sur la manière dont sont abordées les questions de santé, de sexualité et de contraception avec les jeunes, nous y reviendrons. Il semblerait également que ce soit les « jeunes » éducatrices qui s'emparent en priorité de cette fonction, symbolisant l'évolution en cours des cultures professionnelles au sein de la PJJ :

« Il y a une partie de générationnel : les plus jeunes s'approprient plus facilement cette démarche. Ouverture d'esprit, ne sont pas formatés par la PJJ comme elle existait il y a quelques années. » (Florent, infirmier, conseiller technique santé.)

La prise en charge de cette mission repose sur le volontariat, même si celui-ci est bien souvent suggéré ou incité par le responsable d'unité au regard – officiellement – de l'implication dans l'équipe et/ou du parcours professionnel et personnel antérieur. Parce que les référentes santé ont toujours eu un intérêt pour les questions de santé, ont eu à gérer des situations individuelles complexes ou ont mis en place des ateliers dans d'autres structures, le discours institutionnel fait écho à leur conviction que la santé représente une dimension cruciale de la prise en charge. C'est le cas par exemple de Céline, éducatrice référente santé dans sa structure. Éducatrice spécialisée de formation, elle a été amenée à intervenir auprès de publics en situation de handicap lors de sa formation initiale, puis est intervenue avec des publics marginalisés sur des problématiques liées à la santé. Si son parcours ne fait pas état d'une approche militante des questions de santé, il n'en révèle pas moins un intérêt bien particulier à les prendre en compte dans la pratique professionnelle :

« [...] c'est toujours quelque chose qui m'a intéressée. Mais ce n'est pas quelque chose que la PJJ m'a forcément apporté jusqu'à présent. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Pour d'autres, remplir la fonction de référente santé représente avant tout un enjeu professionnel. Il s'agit d'acquérir plus de légitimité au sein de l'équipe en endossant une fonction qui devrait apporter plus de poids dans la structure. C'est le cas de Marie, jeune éducatrice PJJ, dans le sens où elle travaillait dans l'institution depuis seulement trois ans au moment de l'entretien :

« En fait, je me suis retrouvée complètement par hasard référente santé. J'avais pas forcément d'affinités particulières ou quoi que ce soit, si ce n'est que je suis arrivée ici en septembre 2012, que la référente santé venait de partir, et que moi, j'avais besoin de faire un petit peu ma place. Donc je me suis dit qu'il y avait une

¹¹ Nous ne disposons pas des données relatives au nombre ni au profil (âge, sexe) des référents santé sur l'ensemble des structures de la PJJ à un niveau national.

référence de disponible, pourquoi pas m'y lancer, ça me permettra un petit peu de connaître du monde et de voir comment ça fonctionne. [...] C'était l'opportunité. Professionnellement, je m'en suis jamais préoccupé plus que ça.» (Marie, éducatrice, référente santé.)

L'appétence pour cette fonction, qui n'implique pas de décharge de travail sur les missions intrinsèques à la fonction d'éducateur ou de professeur technique, est fortement stimulée par le conseiller technique santé du territoire qui remplit une fonction d'animation du réseau des référentes santé. Il sollicite les professionnels, voire suscite les intérêts en mobilisant les professionnels dont il connaît l'intérêt à investir le champ de la santé. Les commissions santé au niveau de la DIR viennent alors accompagner les référentes santé dans l'exercice de cette fonction, ces réunions périodiques se voulant le soutien institutionnel pour l'information de ces professionnelles mobilisées sur les questions de santé.

Quel est l'intérêt de cette mission de référente santé ? Elle mobilise des personnels membres des équipes éducatives, au plus près de la réalité du terrain et des jeunes. Son but est de développer et porter des projets thématiques en matière de santé en direction des jeunes (ceux portés lors de l'enquête traitaient des conduites addictives, de la sexualité et de la contraception ou encore du sommeil) ainsi que de sensibiliser leurs collègues sur ces questions. Les référentes santé bénéficient à ce titre de formations spécifiques à la méthodologie de projets animées par les IREPS. Si l'objectif de l'institution PJJ est d'accompagner ces éléments moteurs pour les questions de santé au sein des équipes, force est de constater que leur rôle n'est que très limité auprès de leurs collègues. Bénéficier d'une formation dans un champ particulier ne signifie pas pour autant que celle-ci donnera lieu ensuite à un partage systématique avec ses collègues. C'est ce que l'on observe ici lorsque les référentes santé reconnaissent n'échanger que très rarement avec leurs collègues sur ce qu'elles ont appris dans le cadre de cette mission particulière. C'est également le cas lorsque sont organisés des ateliers traitant des questions de santé auprès des jeunes : ceux-ci n'intègrent quasiment jamais les professionnels autres que les référentes santé initiatrices des ateliers. Les initiatives demeurent ponctuelles et isolées. C'est pourtant ce qui manque au sein des équipes, les échanges sur les pratiques et les initiatives collectives, comme le rappelle cette infirmière conseillère technique santé :

« Ce qui manque un peu dans les milieux ouverts, c'est de faire des choses un peu collectives, pour fédérer un peu les gens, parce que les éducateurs ont tendance (mais ça, c'est de par leur métier spécifique) à être dans les mesures individuelles, et des fois, c'est lourd aussi. Donc il faut communiquer et aussi de temps en temps porter des mini-projets collectifs. » (Claude, infirmière, conseillère technique santé.)

La fonction des référentes santé pâtit d'un manque réel de visibilité au sein des structures. Elle n'est pas clairement identifiée dans les équipes, voire même bien souvent oubliée lorsque l'on demande aux professionnels non référents qui travaillent spécifiquement sur les questions de santé au sein de leur structure. La méconnaissance de la fonction se double parfois d'une non-reconnaissance de la part de certains responsables d'unités ou de structures pour lesquels elle ne représente qu'un intérêt minime, révélateur de la place qu'ils accordent aux questions de santé dans leurs missions :

« Ce n'est pas forcément évident : l'appropriation de la démarche PJJ promotrice de santé est différente selon les directions, les directeurs ou les RUE. S'ils sont convaincus de la démarche, il y a plus de place pour le référent santé pour s'exprimer. » (Florent, infirmier, conseiller technique santé.)

Au final, seuls les éducateurs et professeurs techniques déjà sensibles aux questions de santé s'investissent clairement et ouvertement dans ce champ, et ce d'autant plus que d'après les professionnels rencontrés, la formation initiale des éducateurs ne prévoit aucun module spécifique sur une approche globale de la santé. Tout travail sur les représentations des professionnels s'avère dans ce contexte complexe parce qu'aujourd'hui peu partagé institutionnellement, malgré les initiatives portées par la direction centrale.

Du côté des jeunes, aucun élément ne laisse à penser qu'ils ont identifié ces professionnels spécifiquement missionnés sur les questions de santé. Les rares fois où ils se tournent vers un adulte de la structure PJJ pour aborder une question de santé, ils le font indifféremment selon qu'ils parlent à l'éducateur « de base » ou à celle qui endosse la fonction de référente santé. Le choix de se tourner vers tel professionnel plutôt qu'un autre porte avant tout sur d'autres critères, au premier rang desquels figure la qualité de la relation établie avec le professionnel. La confiance, l'ancienneté de la relation professionnel/jeune et parfois l'urgence de la situation à traiter influencent nettement plus le fait de se confier, de parler de soi, de révéler une part de son intimité, nous y reviendrons ultérieurement. Les jeunes arrivent cependant à établir une certaine différenciation parmi les professionnels lorsqu'ils considèrent la compétence des différents acteurs à parler avec eux des questions de santé. Elle porte ici sur le métier même attribué à chaque adulte. Ainsi, parler de sa santé avec un éducateur ne va pas de soi parce qu'il est avant tout là pour suivre la mesure pénale et engager un travail de suivi et d'accompagnement socioprofessionnel avec le jeune. L'infirmier ou le psychologue représente en revanche ceux qui sont logiquement les mieux placés pour écouter et recevoir les jeunes souhaitant leur parler d'une question de santé puisqu'elle constitue leur cœur de métier¹².

Des outils au service des professionnels

Lorsque nous avons interrogé les professionnels sur d'éventuels outils à leur disposition pour investir le champ de la santé, ils nous ont expliqué que ces outils existent pour les inciter à se mobiliser sur la santé considérée, dans ce cas, comme une ressource et un volet à part entière de la prise en charge dans les structures de la PJJ. Ces outils sont alors présentés comme venant pallier l'absence de texte général sur le sens de la prise en charge auquel pourraient se référer les professionnels pour construire leur intervention, notamment dans le champ de la santé. Deux outils sont cités par les professionnels comme supports de leur mission en matière de santé : il s'agit du recueil informations santé (RIS, cf. annexe) et du bilan santé, tous deux mobilisés à l'entrée dans la structure PJJ ou dans les premiers jours de la prise en charge. Le premier correspond à un document purement administratif rempli en théorie à l'entrée dans la structure PJJ, au début de la prise en charge, lorsqu'est simultanément établi le

¹² À noter que cette distinction est d'autant plus nette chez les jeunes rencontrés en EPM. Les professionnels de santé y sont institutionnellement et physiquement bien distincts des autres acteurs présents et intervenant dans les lieux (éducateurs PJJ, surveillants, enseignants) : très peu d'échanges sont évoqués entre eux et les professionnels de la PJJ, de l'administration pénitentiaire ou de l'enseignement, le secret médical régissant le partage d'informations. L'unité de soins se trouve également dans des locaux distincts de ceux des autres professionnels ce qui marque d'autant plus la séparation dans les missions. Dans ce cadre, le temps passé par les jeunes à l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) est autant de temps passé en moins dans sa cellule. L'éducateur ou le surveillant ne constitue alors que très rarement, pour ne pas dire quasiment jamais, un interlocuteur envisageable par les mineurs détenus lorsqu'il s'agit de leur santé.

document individuel de prise en charge (DIPC). Il vise à recueillir les informations de base sur la couverture médicale des jeunes et sur des objectifs à engager, notamment d'éventuels problèmes médicaux, et suit le jeune dans son dossier, le temps de la prise en charge à la PJJ. Les jeunes n'ayant pas de couverture maladie se voient accompagnés pour bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU). Le RIS est rempli par l'éducateur, en face-à-face avec le jeune. Le bilan santé est quant à lui effectué dans un centre de santé IRSA (Institut régional pour la santé) par des professionnels de santé, peu de temps après l'arrivée en structure et avec l'autorisation des parents lorsque le jeune est mineur. Il comporte toute une série de questions relatives au parcours de soin et à l'état médical du jeune. Les parents sont associés à ces deux premières étapes, et c'est là l'un des seuls moments où ils sont associés au traitement des questions de santé à la PJJ.

Les procédures prévoient finalement d'intégrer la question de la santé dès les premiers entretiens avec les jeunes, au moment où l'arrivée en structure constitue une épreuve parfois complexe pour certains. À la première prise de contact, primordiale pour établir un rapport de confiance avec l'adulte, s'ajoutent des exigences nombreuses pour les professionnels qui visent à mieux comprendre le parcours antérieur des jeunes. À ce titre, le RIS incarne de manière institutionnelle l'intérêt des équipes pour la santé des jeunes. Et la réalisation du bilan santé *a priori* dans la foulée des premières rencontres vient renforcer les procédures mises en place dans ce sens. Cependant, les pratiques montrent une appropriation relativement faible par les équipes, du premier des deux outils en particulier.

« Pour eux, en fait, la santé, ce n'est pas quelque chose de systématique, tout de suite, au premier entretien. [...] Cet été, par exemple, on a eu ce qui devait arriver : un gros traitement sur un jeune avec neuf ou dix médicaments différents ; les éducateurs ne voulaient pas donner le traitement ; ils disaient que ce n'était pas à eux de le donner. J'avais l'impression de revenir sept ans en arrière. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

Pour les éducateurs, le RIS est considéré comme une tâche administrative supplémentaire, symbole de l'élargissement continu de leurs missions, au détriment de la relation éducative avec les jeunes. En tant que non-spécialistes des questions de santé, ils ne se considèrent pas légitimes pour traiter de cette question à travers un questionnaire administratif. Le RIS est présenté comme une lourdeur administrative supplémentaire qui vient complexifier la relation qui s'établit avec le jeune dès le premier entretien : la diversité des sujets à aborder dès les premiers échanges ne laisse que peu de place à de nouvelles thématiques. Cette posture professionnelle est le moyen de distancier objectivement, sur la base d'un support bien particulier, les missions qui ne sont pas considérées comme étant au cœur de l'activité d'un éducateur. L'objectif de justice sociale auquel s'attache l'outil RIS est minimisé, voire complètement oublié par les professionnels, alors qu'il a en partie été conçu, à l'origine, pour permettre l'accès aux droits sociaux des jeunes (CMU). Alors que les mesures pénales ont des durées relativement courtes, les exigences d'entrée à la PJJ dans le champ de la santé comportent donc un aspect secondaire par rapport à l'accompagnement à mettre en place. Priorité est donnée au travail sur l'infraction et la mesure, sur le projet individuel en cours de suivi et après la prise en charge. Les professionnels établissent ainsi une hiérarchie dans les différentes étapes de la prise en charge.

Cette posture n'est pas seulement celle des éducateurs les plus critiques par rapport à leur mission dans le champ de la santé. Même les référentes santé reconnaissent ne pas utiliser l'outil RIS parce qu'elles ne le jugent pas toujours pertinent dans la temporalité de la prise en charge, au moment des premiers contacts avec les jeunes.

« Moi, je dis qu'il y a cette notion de confidentialité, donc déjà, nous n'avons pas le droit d'ouvrir un carnet de santé. Il doit être sous pli. L'éducateur, on n'est pas docteur. Même pour les jeunes qui sont en détention, ça arrive sous enveloppe ; on n'a pas le droit de les ouvrir. Il y a ce risque aussi, tout en voulant prendre en considération ce domaine de la santé, ce risque de l'intrusion. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Demander certaines informations pourrait être vécu comme une forme d'intrusion alors même que le lien entre le jeune et son éducateur commence à peine à se nouer. C'est toute la question de la bonne mesure à trouver entre répondre aux exigences administratives institutionnelles et préserver la qualité de la relation avec le jeune, sans trop l'alourdir. C'est en effet une approche très procédurale de la question de santé qui transparait à ce niveau, le RIS étant la garantie pour l'institution d'intégrer en théorie les questions de santé dès les premiers temps de la prise en charge. Les jeunes – et les professionnels – se sentent face à des cases, des questionnaires et une liste d'étapes à valider à l'entrée dans l'institution, alors même que le temps de la mesure est relativement court. Les jeunes rapportent d'ailleurs cette vision très administrative des questions de santé. C'est ce qu'ils évoquent en premier lorsqu'on les interroge sur la santé à la PJJ, « *les papiers* » dont on leur parle à leur arrivée en structure :

« Au CEF, ils vous ont déjà parlé de la santé ou des trucs comme ça ?
 – Santé, oui.
 – Genre ?
 – Les maladies, les papiers à remplir et puis c'est tout. » (Steeven, 17 ans.)

Le bilan santé ne souffre pas d'un regard aussi sévère parmi les éducateurs. Même si la procédure en elle-même est contraignante (amener les jeunes dans les lieux dédiés, ce qui exige parfois une certaine organisation en regroupant plusieurs bilans santé dans une même demi-journée¹³), elle dérange moins parce que l'éducateur ne se trouve pas en première ligne dans le traitement des questions de santé. Il se situe ici dans ce qui fonde le cœur de son intervention, à savoir l'orientation et l'accompagnement du jeune vers les services de droit commun et les professionnels spécialisés. C'est l'occasion d'être en lien direct avec des professionnels extérieurs, spécialistes dans leur champ, conformément au positionnement historique de la PJJ comme intermédiaire entre la prise en charge judiciaire et les dispositifs de droit commun. Au-delà de ces outils et fonctions, l'idée est donc bien que la PJJ se trouve au cœur d'une chaîne d'acteurs, parmi lesquels des spécialistes des questions de santé. Faire avec les autres, orienter, solliciter pour avis : voilà la manière dont les professionnels pensent leur rôle dans le champ de la santé, plutôt que d'intervenir directement sur des problèmes spécifiques de santé. Cette vision de leurs missions correspond en cela aux attentes énoncées de la DPJJ. Ils ne sont que des relais, ceux qui repèrent les problématiques, mais ne se considèrent pas compétents pour traiter plus en détail des questions de santé, au-delà des « maux du quotidien ».

¹³ Dans certaines structures visitées, d'insertion notamment, les bilans santé n'ont pas toujours pu être effectués pour des questions de calendrier : les bilans sont tombés en même temps que des examens de fin de session, reportant ainsi leur réalisation.

Le bilan de santé devient alors l'occasion de faire le point avec le jeune sur sa situation et son parcours de santé, et parfois de faire un rattrapage dans différentes démarches médicales. C'est ce dont se souvient Jessy lorsqu'il était en centre éducatif renforcé (CER) :

« Ils nous ont emmenés dans un truc en début de journée comme là, pour parler de ça, et ils nous ont dit : "Faites un dépistage." Ils ont fait prise de sang, vaccins... Ils m'ont tout fait. Ils m'ont mis à jour. J'étais en retard de sept ans sur mes vaccins. Je sais même pas ça servait à quoi ce truc-là. » (Jessy 16 ans.)

Plusieurs difficultés apparaissent cependant lors de la réalisation des bilans de santé. La première renvoie au cadre de la prise en charge. En milieu ouvert, le public n'est pas captif, n'étant pas présent quotidiennement dans les locaux de la PJJ. Les jeunes, volatiles, ne sont pas forcément très assidus d'où la difficulté de leur faire passer des bilans de santé.

Ensuite, au même titre que l'utilité du RIS n'est pas reconnue, les bilans de santé ne semblent pas être intégrés à une approche globale des questions de santé dans les parcours des jeunes. Peu de pratiques révèlent une réelle appropriation par les éducateurs de ces bilans qui demeurent une pièce de plus dans le dossier administratif des jeunes : on ne vient fouiller que très rarement dans les bilans en cours de mesure pour comprendre des comportements, réactions ou discours.

Alors que les éducateurs sont soucieux du sens attribué au travail éducatif entamé avec les jeunes, la dimension pédagogique associée au bilan de santé n'est quasiment pas développée. Si on explique aux jeunes le sens de ces démarches (dresser un bilan de leur santé sur des points très formels – vaccins, maladies antérieures, antécédents familiaux, etc. – qui excluent une approche plus compréhensive des questions et des parcours de santé), il n'est pas certain que les jeunes comprennent l'objet même de ces tests de santé. D'autant plus qu'il semblerait que les résultats des tests effectués ne soient pas systématiquement communiqués, qu'ils soient négatifs ou positifs. En effet, nombre de professionnels comme de jeunes interrogés n'ont pas été en capacité de nous dire ce qu'il advenait des résultats, et si les jeunes les avaient bien récupérés (et/ou fait interpréter).

« Prise de sang, analyse d'urines, les poumons, la vue, l'audition... un peu tout. [...] Avant, ils avaient passé leur bilan de santé, ils avaient le résultat chez eux, mais ils pouvaient le ramener et demander à l'infirmière : "Tiens beh ça, je comprends pas ce qu'il y a écrit". L'infirmière venait et disait : "Je reviens la semaine prochaine, quand vous aurez reçu vos résultats. Si tu veux, tu me les montres et on regarde ensemble". C'était vachement bien. Là, on fait le bilan de santé et ça s'arrête là. » (Sophie, professeur technique.)

Alors que la procédure du bilan de santé pourrait constituer une étape-clé dans la responsabilisation du jeune dans son parcours de santé, elle apparaît pour beaucoup comme une étape supplémentaire dans ce qui constitue leur « carrière institutionnelle », comme une énième contrainte judiciaire. Ils déclarent dans leur grande majorité ne pas connaître l'objet de la prise de sang : beaucoup pensent à un test de dépistage de produits psychoactifs (cannabis, etc.). Les jeunes déclarent également ne pas savoir, avoir eu ni se souvenir des résultats de la prise de sang réalisée. Ils ont fait cette démarche parce qu'elle leur était demandée dans le cadre de la prise en charge. Ils subissent finalement ces examens comme ils subissent la mesure pénale. D'où leur difficulté à s'y astreindre et à les considérer comme des « aides » potentielles d'un retour sur soi ou d'un réel bilan de santé. Dans ce contexte, très peu sont réellement au fait des résultats des examens médicaux qu'ils ont pu faire, notamment de la prise de sang

(dont ils ne savent pas dire ce qui était recherché ni ce que ça a révélé), et de l'utilité de la démarche. D'autant plus que la sphère médicale représente un milieu qui, s'il n'est pas inconnu, est *a minima* craint ou rejeté, nous y reviendrons :

« Et le bilan "X" [pour la santé], c'est quoi ?

– Test d'urine, test de sang, pour voir si t'as des maladies, ton cardio, tes poumons. C'est un bilan complet en fait. – [...] Moi, je m'en fous. En fait, à la base, on aime pas trop les médecins parce que pour nous, c'est des charlatans. » (Steeven, 17 ans.)

En résumé

Les postures et pratiques des professionnels de la PJJ dans le champ de la santé doivent être lues au regard du contexte institutionnel dans lequel elles sont développées. Aussi, l'institutionnalisation des questions de santé se heurte parfois à la coexistence de différents corps professionnels, aux missions différentes mais pourtant complémentaires. Si un cadre général est posé, des missions spécifiques dédiées et des outils créés dans le champ spécifique de la santé, l'appropriation relative par les professionnels sur le terrain révèle une appréhension des questions de santé qui n'est pas toujours uniforme et partagée au sein des équipes et une conception parfois très procédurale des questions de santé qui permet une certaine mise à distance de cette mission pas toujours considérée comme faisant partie de leur cœur d'activité. D'une manière plus générale, elle est révélatrice d'enjeux institutionnels qui dépassent les questions de santé, notamment dans le cadre du recentrage au pénal des activités de la PJJ impulsé ces dernières années.

Les locaux : un enjeu pour parler de sa santé dans les structures de la PJJ

Les jeunes rencontrés ont généralement tous connu plusieurs types de structures PJJ (et aussi ASE) tout au long de leur parcours de prise en charge institutionnelle : ainsi un faible nombre d'entre eux est placé en foyer ou a connu des foyers dans son enfance ; d'autres ont été placés en CER ou en CEF à plusieurs reprises. S'ils semblent distinguer les différentes structures en fonction de ce qu'ils font/ont fait et du degré de liberté dont ils disposaient (le foyer comme lieu de vie et d'hébergement, l'UEAJ pour reprendre une formation, le CEF comme lieu d'enfermement, etc.), ils ne font pas de différence entre les professionnels qui y travaillent et la manière dont ceux-ci mettent en place un accompagnement avec eux. Ce sont tous des éducateurs, psychologues, etc., qui représentent la PJJ, ou plutôt la « justice » d'une manière générale : « PJJ, c'est le truc de justice ? » (Ryan, 17 ans.). La question de la santé et la manière dont elle est abordée ne sont alors pas différenciées selon le type de structure dans laquelle ils se trouvent. Que la prise de sang dans le cadre du bilan santé ait été réalisée à l'arrivée en milieu ouvert, en CER ou à l'UEAJ, elle revêt pour les jeunes la même signification un peu floue. Quelle que soit la structure également, ils ne voient pas toujours la pertinence de parler de leurs problèmes de santé avec les professionnels de la justice, comme si le rôle de ces derniers consistait bien à travailler avec eux avant tout à partir de l'infraction qu'ils ont commise et sur leur projet d'insertion :

« Donc tes histoires perso, tu ne vas pas forcément en parler [à ton éducateur] ?

– Non, non, non. J'aime pas. Je vais lui raconter quoi à lui ? Lui dire : "Ça va pas dans ma vie ? Est-ce que tu peux venir m'aider ?". Non, laisse-moi... Tu m'aides pour mes trucs à moi, et voilà. Pas plus.

– Quand tu dis "mes trucs à moi", tu parles de ta formation, de ton orientation, tout ça ?

– En global. Tout ce qui est dans ma vie, personne ne sait. [...] » (Ryan, 17 ans.)

Se dévoiler, parler de sa santé et de sa sexualité à la PJJ n'est donc pas chose facile dans un environnement associé au monde judiciaire. Cela l'est d'autant moins compte tenu de la configuration des locaux dans les différentes structures. Dans l'imaginaire des jeunes, ces lieux ne sont pas associés à leur vision de ce que devrait être un lieu de santé, mais bien à un lieu de « justice ». Ce point constitue selon nous une réelle difficulté dans la manière dont peuvent être abordées les questions de santé et sexualité dans les structures visitées. Si d'autres obstacles à la confiance existent, nous y reviendrons ultérieurement, l'organisation physique des structures nous semble constituer un point de vigilance. La question des locaux représente un réel enjeu, révélateur de la place faite aux questions de santé par les équipes dans le quotidien de la prise en charge, et plus largement aux enjeux liés à la confidentialité dans le cadre de la prise en charge sur tous les aspects de la vie du jeune.

Des locaux peu propices aux confidences en matière de santé

La déclinaison de la prise en charge des questions de santé dans les structures varie selon les lieux et les personnes. Force est de constater qu'il n'existe cependant pas, dans toutes les structures visitées, de lieu dédié à la santé (infirmerie, point santé, etc.). Pendant longtemps, ce lieu était clairement identifié comme l'infirmerie, le bureau de l'infirmier présent dans la structure de milieu ouvert, d'insertion ou d'hébergement. C'était vers lui qu'étaient envoyés les jeunes nécessitant une prise en charge particulière en matière de santé. Avec la nouvelle organisation administrative qui place les infirmiers à un échelon d'intervention départemental, ces bureaux ont laissé place à un grand vide dans les structures : il n'y a pas de « pôle santé », ni même d'infirmerie. Largement regretté voire critiqué par les professionnels rencontrés, nous l'avons rappelé, cet éloignement géographique n'est pas sans conséquence sur la manière dont les structures de la PJJ prévoient de traiter des questions de santé. L'ancienne infirmerie est aujourd'hui remplacée par une trousse à pharmacie, par des boîtes pour les préservatifs – majoritairement masculins – dans les lieux d'accueil ou, au mieux, par le bureau du psychologue. Le bureau de l'éducateur demeure également le substitut du lieu de santé, même s'il n'est pas toujours propice à la confiance, nous y reviendrons. Le bureau de l'infirmier a également été remplacé par les espaces d'accueil qui deviennent le substitut pour renseigner et informer. Dans les structures, pas de signalétique particulière, aussi discrète soit-elle, pour informer les jeunes qu'une étagère ou un tiroir contient des préservatifs. C'est lors d'un échange avec l'éducateur – pour préserver un minimum de discrétion – ou plus régulièrement par le bouche à oreille qu'ils apprendront leur présence. À leurs côtés bien souvent, des présentoirs avec des flyers et des brochures officiels de prévention sur les risques liés aux addictions, aux MST, etc. Il faut donc se rendre à l'extérieur de la structure pour résoudre une question de santé (ce qui s'explique par le positionnement même de la PJJ dans les parcours de prise en charge institutionnelle des jeunes et l'objectif associé d'orienter les jeunes vers les structures et dispositifs de droit commun), renvoyant directement vers les professionnels dédiés et structures spécialisées et externalisant

ainsi le traitement des problèmes de santé (même s'il est dans les missions de la PJJ de faire appel à un panel élargi de professionnels pour mettre en place un accompagnement global des jeunes).

Ainsi, au sein des structures, on parle de la santé avec son éducateur, son professeur, c'est-à-dire avec celui/celle qui suit les jeunes au quotidien, qui les connaît le mieux dans le quotidien, et parfois avec le psychologue. Si les jeunes ne font pas des démarches par eux-mêmes, à l'extérieur, sur Internet, etc., ou s'ils ne se tournent pas vers leurs pairs, c'est potentiellement au professionnel de la PJJ qu'ils peuvent s'adresser. Mais c'est ce qu'ils font dans certains cas seulement, selon s'ils considèrent ou non qu'ils sont légitimes pour les accompagner dans leur questionnement, leur difficulté, etc. Ainsi, parler de sexualité est bien souvent vu comme ne faisant pas partie de la sphère PJJ à laquelle l'éducateur ou le professeur technique appartient :

« Quand on va sortir, tu penses qu'on peut aller parler à l'éducateur pour lui demander où est le centre de dépistage ou tu ne veux pas trop lui en parler ?

– Non, je veux pas parler de ça moi.

– Pas avec les gens d'ici ?

– Pas ici.

– Parce que ?

– Parce que vas-y, j'aime pas quand les gens ils entendent ça !

– Les gens, ici, ils sont proches de toi ou pas trop encore ?

– C'est pas qu'ils sont proches de moi, c'est que moi, je suis pas un gars qui montre. Je reste discret moi.

– Et au CER, c'est pareil, ils savaient rien sur toi les éducés et tout ça ?

– Non. Même ils me demandaient ceci cela, mais non. Y a pas de ça. Moi, je te dis pas de qui je suis. T'as pas à savoir cousin. C'est ma vie.

– Donc tu ne te verrais pas, si tu as un problème, en parler avec l'éducateur d'ici ?

– Non. Moi, je parle pas. Je règle mes problèmes solo. Je suis tout seul. Je suis très bien comme je suis. Je suis clair dans ma tête. » (Jessy, 16 ans.)

L'adulte de la PJJ peut cependant être amené à jouer le rôle d'intermédiaire pour parler de santé et de sexualité. Se tourner vers l'éducateur ou le professeur technique n'est pas chose facile lorsque l'on considère qu'il s'agit de son intimité et de son corps. Il faut donc créer les conditions propices à la confiance, ce qui est loin d'être toujours le cas dans des locaux qui posent clairement la question de la confidentialité des échanges : insonorité quasi nulle dans les bureaux, visibilité du jeune et du professionnel lorsqu'une partie des murs du bureau est vitrée et visible de tous ceux présents dans le service, proximité du bureau avec le hall d'accueil, etc. Comment également être prêt à se confier lorsque le bureau est parfois partagé avec un autre éducateur (même si ce dernier est invité à sortir lorsque l'éducateur estime qu'une entrevue en face-à-face est nécessaire) ? L'ensemble de ces observations questionne nécessairement l'opportunité pour le jeune de se tourner vers un professionnel de la PJJ pour parler de ces sujets qui relèvent de l'intime.

L'enjeu des locaux questionne également la manière dont les professionnels peuvent aborder la question de la santé et de la sexualité. Les structures de la PJJ sont bien souvent reléguées dans des quartiers éloignés des centres urbains, voire même à la périphérie des villes, dans des zones d'activités commerciales dénuées d'attractivité et de services utiles à la fois pour les jeunes comme pour les professionnels. Elles sont hébergées dans des hangars

industriels (c'est le cas des UEAJ par nécessité technique) ou des immeubles peu visibles et difficilement identifiables (c'est le cas des UEMO), bâtiments qui envoient un premier signal plutôt négatif et stigmatisant : en direction de la société d'une manière générale, mais aussi et avant tout en direction du public qu'elles accueillent, les jeunes eux-mêmes. Les locaux ne sont donc pas nécessairement proches **des lieux de santé** et cet éloignement peut rendre plus difficile le travail d'identification avec les jeunes des professionnels de santé compétents pouvant les prendre en charge. L'éloignement géographique entre les structures de placement/prise en charge et leur lieu de vie constitue également un frein à l'appropriation par les jeunes des ressources du territoire en matière de santé. On les renseigne sur des professionnels et des structures qui ne se trouvent pas nécessairement à proximité de leur lieu de vie, sur un territoire local auquel ils ne s'identifient pas. Se tourner vers un médecin inconnu, avec lequel la relation de confiance est à construire, et qui plus est éloigné de leur lieu de résidence sont autant d'éléments ne facilitant pas la mobilisation et l'implication des jeunes dans leur parcours de santé. Les travaux en éducation pour la santé tendent à montrer que l'efficacité de la démarche de prévention est maximale lorsqu'elle a lieu sur les lieux de vie de ceux auxquels elle est destinée. En outre, les conditions d'accueil et d'hygiène à l'intérieur des structures constituent un discours autrement plus prégnant qu'une incitation bienveillante à pratiquer un bon équilibre de vie... Comment en appeler à l'entretien du corps, au respect de soi, à la prise en charge de sa santé si l'état des toilettes (et dans les foyers des douches) ou encore des parties communes laisse à désirer ?...

Le dehors, une alternative pour parler de soi

Il faut donc parfois trouver d'autres configurations qui permettent au jeune de se livrer, et de rompre également la relation parfois imposante entre professionnel de la PJJ et jeune pris en charge. Parler en marchant, lors des déplacements en voiture, sont autant de configurations qui, bien que non formalisées aux yeux des jeunes parce qu'en dehors de la structure PJJ ou pas matérialisées par le bureau de l'éducateur, permettent d'échanger, de comprendre, de construire la relation de confiance indispensable au travail éducatif. À ce titre, la voiture devient pour certains un « espace de travail ».

« J'essaie de leur dire que c'est compliqué, quand on fait des crises d'angoisse, qu'il faut qu'elle reprenne le dessus, qu'elle travaille ça avec quelqu'un, que ça passera, que ça mettra du temps, qu'il faut qu'elle soit patiente. Je lui ai demandé quand est-ce que ça avait démarré. On était toutes seules dans la voiture, donc on a pu aborder un peu ça. » (Sophie, professeure technique.)

« La "Cliothérapie" on appelle ça. Ça marche beaucoup, c'est-à-dire que dans la voiture, il se passe beaucoup de choses parce que je pense que le fait de : je conduis, elle est à côté, on se regarde pas, déjà, t'évites le regard, et du coup, moi, elle pense que je suis occupé à autre chose (en même temps oui, un petit peu quand même). Il se passe beaucoup de choses dans les voitures souvent en termes d'entretien. » (Damien, éducateur.)

« C'est un moment important quand on accompagne un jeune dans un endroit. Je trouve que c'est un moment hyper privilégié parce que c'est un moment où on est deux personnes et où on peut parler de plein de choses. » (Philippe, éducateur.)

« Quand ça m'est arrivé d'accompagner un jeune à l'IRSA, ça veut pas dire qu'on parle énormément, mais c'est un moment où on peut échanger, où on peut parler. » (Marie, éducatrice, référente santé.)

À ces moments informels, hors de la structure, s'ajoutent les activités proposées dans le cadre judiciaire de la prise en charge. Conformément au modèle pédagogique d'éducation dans un cadre pénal, les activités de jour deviennent structurantes en ce qu'elles permettent la transmission de « valeurs, savoirs et règles », l'apprentissage d'un rythme, le développement des compétences sociales des jeunes (Youf, 2009, p. 22). Au-delà de cette visée éducative, les activités peuvent également être un moment propice pour que les jeunes se confient aux professionnels, alors même qu'ils sont occupés à une tâche bien particulière et ne se trouvent pas en situation formelle d'entretien. C'est ce que rapporte Sophie, professeure technique, qui reconnaît que les activités manuelles proposées aux jeunes sont parfois l'occasion d'en dire plus sur une situation problématique :

- « C'est comme les moments dans la voiture. Je crois que c'est les psychologues qui disent ça : c'est un espace clos et qui se prête souvent aux confidences. Ou alors la mosaïque. Le vendredi matin, si t'es tout seul avec un jeune et que t'es tranquille là-bas au bout dans la salle mosaïque, des fois, il y a des trucs qui se disent.
- C'est plus facile aussi parce que tu ne regardes pas...
- Oui, je pense. Et puis mes mains sont occupées à faire quelque chose, donc ma tête, elle peut dire des choses » (Sophie, professeur technique.)

Si ces temps et ces lieux ont été régulièrement évoqués lors des échanges avec les professionnels, ils n'ont quasiment jamais été pointés par les jeunes rencontrés. Ces derniers nous ont certes rapporté des situations – ponctuelles voire plutôt exceptionnelles – au cours desquelles ils ont échangé sur une question de santé avec un professionnel de la PJJ. Leurs remarques n'ont cependant quasiment jamais porté sur le cadre physique dans lequel avait pu se dérouler l'échange, comme s'ils avaient intégré l'idée qu'ils se trouvaient de toute façon dans un lieu étiqueté « justice » auquel ils rattachent une fonction bien particulière, qui ne porte pas *a priori* sur le champ de la santé.

LA SANTE DES JEUNES DE LA PJJ AU PRISME DES REPRESENTATIONS SOCIALES

Dans ce contexte, que sait-on de la santé des jeunes à la PJJ ? Lorsque les professionnels évoquent la question de la santé, ils la représentent, nous l'avons rappelé, à travers trois entrées bien particulières : l'hygiène du corps, l'hygiène de vie, le bien-être général. C'est à travers ces trois prismes qu'ils constatent, évaluent et parfois même jugent l'état de santé des jeunes dont ils ont la charge. Leurs points de vue ainsi que ceux des jeunes illustrent un rapport complexe de ces derniers à leur corps et à leur santé auquel les professionnels répondent par un « devoir d'agir » institutionnel. La santé devient progressivement et implicitement un champ d'intervention permettant aux professionnels de la PJJ de remplir leur mission judiciaire et de légitimer leur intervention auprès des jeunes.

De la mauvaise santé des jeunes : la construction d'un devoir d'agir pour les adultes

« En deux siècles, la médecine est passée d'un style de pensée où la lésion organique était au fondement de la maladie et du diagnostic, indépendamment de tout autre facteur, à un style de pensée marqué par le facteur de risque, qui fournit un cadre conceptuel dans lequel le comportement a pu devenir un fondement de la maladie. » (Gelly, 2011, p. 120). Dans ce contexte, « nous vivons dans une société qui n'est plus tournée vers le passé mais vers le futur, dans laquelle l'individu est autonomisé, responsabilisé, et se voit exhorté à prendre sa vie en mains, à se projeter sans cesse dans l'avenir, à rester attentif aux risques et aux chances qu'il recèle, en s'appuyant pour cela sur le savoir des experts » (Peretti-Watel, 2010, p. 75). Les discours les plus communs entendus dans le cadre de cette enquête vont dans le sens d'une aggravation de la santé des jeunes : « *c'est de pire en pire* ». Ces propos sont conformes aux représentations sociales qui permettent de justifier le devoir de la génération antérieure – ici les adultes – à prendre en charge les plus jeunes, à en prendre soin. Le rôle des adultes est alors de protéger les jeunes d'eux-mêmes, considérant que ces derniers ne sont pas capables – avant tout en raison de leur âge – de se prendre en main ou de considérer « *correctement* » les conséquences de leurs pratiques sur leur santé à long terme. Ici la « mauvaise santé » réelle ou supposée des jeunes et leur incapacité à se projeter dans l'avenir seraient communes à l'ensemble de la génération.

À l'annonce de notre enquête dans les structures visitées, certains professionnels nous ont pourtant expliqué le caractère non fondé de notre étude en disant que : « *il n'y a rien de spécifique aux jeunes de la PJJ sur la santé, ils sont comme tous les autres* » ou encore « *ils n'ont pas de problème de santé vraiment, c'est pas ça leur problème* ». Les entretiens menés auprès des jeunes ont même confirmé les propos des professionnels : ils n'auraient pas de souci particulier de santé.

En véhiculant ces contradictions, ce double regard traduit finalement une situation complexe des jeunes pris en charge par la PJJ vis-à-vis de leur santé, et des représentations plurielles des professionnels à cet égard : entre « normalité » et en mauvaise santé, les discours et les pratiques se construisent à la fois en fonction des perceptions de ce qu'est la situation de santé des jeunes à la PJJ et de ce que devrait être leur état quotidien.

Une santé « normale » et pourtant...

L'enquête révèle des discours multiples sur la santé des jeunes pris en charge. Ces derniers, les premiers concernés, ne se considèrent pas nécessairement en mauvaise santé. Ils seraient des jeunes comme les autres, c'est-à-dire « *normaux* ». Ils seraient en « *bonne santé* » parce qu'ils sont jeunes, et n'ont pas un handicap physique ou de maladie les empêchant de faire ce qu'ils veulent (dès lors les maladies non incapacitantes/invalidantes et invisibles n'empêchent pas de définir le public comme en « bonne santé »). Ceci révèle notamment les acceptions très variables de la santé qui peuvent exister entre les professionnels, mais également entre le terrain et la DPJJ.

Ces représentations ne sont pas le propre des jeunes pris en charge à la PJJ. On retrouve en effet cette même appréciation positive de la santé dans les enquêtes menées en population générale. Ainsi, le portrait social de l'INSEE publié en 2014 montre que 68 % des personnes âgées de 16 ans ou plus jugent positivement leur état de santé, ce qui situe la France légèrement au-dessus de la moyenne européenne (INSEE, 2014, p. 228). Plus les personnes sont âgées, moins leur perception est favorable : ainsi la très grande majorité (aux alentours de 90 %) des moins de 30 ans juge être en bonne ou en très bonne santé. Cette tendance se retrouve plus particulièrement chez les jeunes sous protection judiciaire au pénal (Choquet, 2005). Par ailleurs, on note que les hommes ont généralement une perception plus positive de leur état de santé que les femmes et ce, quel que soit l'âge (INSEE, 2014). Il en va de même pour les plus diplômés, les mieux insérés socialement. Plusieurs enquêtes se sont penchées sur la définition de la « bonne santé » du point de vue des jeunes (Baromètre santé, etc.). Nous en retrouvons les grands traits dans les propos des jeunes rencontrés, à savoir le fait de ne pas être concerné par un handicap physique impliquant une limitation des mouvements ou des capacités physiques, ne pas avoir un diagnostic de maladie mortelle. Ainsi, certains jeunes asthmatiques se considèrent en très bonne santé, tout comme certains jeunes qui disent avoir des problèmes pour dormir, qui ne mangent pas tous les jours ou encore qui ont des problèmes de dents qu'ils ont identifiés (« *c'est pas grave ça, ça va passer* »). Ces représentations parmi les jeunes rencontrés sont d'autant plus fortes qu'ils envisagent leur santé en se rapportant à leur environnement, à leur groupe de référence. Ils côtoient en effet des jeunes « *comme eux* », qui ont aussi parfois connu des périodes de prise en charge au titre de la protection de l'enfance ou de l'enfance délinquante, qui sont eux aussi décrocheurs ou se trouvent dans le même schéma de « *rupture* » aux dires des professionnels. Les jeunes rencontrés s'identifient donc à leurs pairs, ne se sentent pas différents compte tenu d'une certaine homogénéité scolaire et sociale qui rassure ou qui fait croire que l'on n'est pas en plus mauvaise santé que les autres.

Pourtant, la réalité rapportée par les professionnels est parfois très éloignée de ce tableau plutôt positif de l'état de santé des jeunes. Alors que ces professionnels tiennent en premier lieu un discours qui se veut rassurant, ils nous dévoilent ensuite des situations complexes de santé chez les jeunes qu'ils côtoient quotidiennement pour certains, régulièrement pour d'autres. Ils racontent en effet des situations de consommations problématiques de substances psychoactives, des problèmes relatifs au rythme de vie (sommeil, alimentation) ou encore des cas de mauvaise hygiène physique. Les exemples cités et les témoignages sont nombreux :

« Si au niveau santé, ils ont toutes ces angoisses, s'ils prennent du cannabis, s'ils prennent toutes ces choses-là, c'est ce que je lui disais (c'est une jeune qui fume beaucoup), souvent pour taire son angoisse, souvent,

les gens boivent ou mangent ou fument du cannabis. Je lui dis : "Petit à petit, tu vas apprendre à te connaître, à gérer ça". Elle essaye de diminuer.» (Sophie, éducatrice.)

« Ça m'est déjà arrivé qu'un gamin qui était là pour consommation de cannabis et qui avait une maladie (je ne sais plus comment elle s'appelle, mais il avait des plaques à l'intérieur du corps qui ne se voyaient pas) ; c'était une douleur insoutenable et il soulageait aussi ses douleurs avec cette prise de cannabis. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

« Que ça soit en hébergement collectif ou diversifié, tous les jeunes consomment du cannabis. Et s'ils n'en consomment pas à l'arrivée, malheureusement, ils vont en consommer à la sortie. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

« Moi, souvent, la crainte, c'est quand un jeune arrive ici, qu'il n'a jamais connu la PJJ, qu'il n'a jamais été placé, c'est qu'il soit tiré vers le bas, avec la consommation de cannabis. Le nombre de jeunes qui fumaient pas ou très peu de cannabis, qui se retrouvent à fumer régulièrement en étant en foyer, c'est assez affolant. » (Marie, éducatrice, référente santé.)

« C'est physiquement, au niveau même de l'hygiène par exemple, au niveau dentaire notamment (beaucoup se lavent pas les dents). Je vais leur faire une prévention. Je rentre par l'humour souvent pour pas les stigmatiser. Ou quand ils ont une odeur forte aussi. Et des fois, c'est un peu compliqué. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Les jeunes parlent parfois eux-mêmes de ces problématiques de santé qu'ils ne catégorisent cependant pas de la sorte. Ainsi, un certain nombre de ceux que nous avons rencontrés nous rappellent qu'ils fument, des cigarettes et/ou du cannabis, qu'ils ont parfois des consommations excessives d'alcool, et bon nombre de leurs consommations s'inscrivent dans un rythme de vie décalé, même si ces éléments ne se rapportent pas à leurs yeux à des questions de santé :

« À 15 ans, je commençais à boire, à fumer, je traînais avec des gars. Ils avaient 18 ans, c'étaient mes potes. On buvait ensemble, on sortait ensemble. Tous les soirs, tous les soirs, on se voyait. On faisait que de fumer, que de fumer. Et j'avais 15 ans, et je buvais, je buvais, je fumais, je fumais. » (Melina, 16 ans.)

« Parce que j'ai commencé à toucher à la drogue et ça marche pas très bien. C'est pas un très bon mélange.

– Et quoi comme drogue ?

– Le shit. Beh pas le reste. Je suis pas toxico. Enfin quoi que... Non. [...]

– Ta mère, elle fume pas ?

– Si, des clopes. Mais pas... ah non... C'est clair. Et quand elle a su que je fumais juste des clopes, elle m'a tué, alors j'imagine pas pour le reste.

– Pourquoi tu dis que c'est à cause de ton père que t'as fumé du shit ?

– Parce que lui fume, et du coup, c'est avec lui que j'ai fumé mon premier joint. » (Steeven, 17 ans.)

« T'as arrêté de fumer ?

– Non. J'y arrive pas. J'ai déjà essayé, j'y arrive pas.

– Mais t'as envie ?

– Non. C'est le seul truc de mal que je fais, donc...

– Et ton copain, là-dessus, il te laisse faire ?

– Ben je fume avec lui, donc... D'ailleurs, il me dit que je fume trop.

– Tu fumes des clopes et des joints ou que des clopes ?

– Il me dit que je fume trop de clopes, et lui, il fume trop de joints. Mais des fois, on fume ensemble. Lui c'est rare qu'il fume des clopes.

- Et toi, tu fumes les deux ?
- Oui, mais plus des clopes. C'est vraiment avant de dormir parce que sinon, je dors tard.
- Et avec un joint, t'arrives à t'endormir plus tôt ? Tu dors mieux ?
- Je dors mieux. » (Safa, 17 ans.)

Ils fument généralement entre pairs, ont parfois été initiés par leurs parents. L'environnement de la PJJ les pousse davantage vers ces consommations, comme l'exprimaient très clairement les professionnels précédemment : dans les structures – principalement en hébergement et en milieu pénitentiaire –, les influences sont fortes dans un groupe où les jeunes n'ont pas choisi de se côtoyer, mais doivent néanmoins trouver des terrains d'entente :

- « On est là forcés d'être là à se supporter. On est pas là parce qu'on veut.
- Donc t'as pas d'affinités particulières avec certains ?
- Non. On a quasi tous un point commun : c'est qu'on fume tous.
- Et ça, ça vous rapproche ?
- Oui.
- Vous fumez ensemble ?
- Oui. C'est pas une bonne chose non plus.
- Pourquoi ?
- Parce que moi, j'aimerais bien arrêter de fumer et je suis trop tenté avec eux. » (Tristan, 16 ans.)

Certains révèlent même avoir des problèmes de santé mentale, problématique quasiment pas abordée par les professionnels de la PJJ rencontrés. C'est ainsi le cas de Steeven, 17 ans, qui nous explique avoir eu un suivi régulier avec une psychologue lorsqu'il était en CER et avoir toujours un traitement régulier :

- « Mais par contre, tu me disais que t'allais à la Maison des ados.
- Oui.
- Et là, c'est pour quoi ?
- Pour les nerfs. Pour essayer de m'apaiser on va dire.
- Et là, du coup, tu prends des cachets ?
- Oui. C'est parce que je m'énerve trop vite. Je sais pas ce que je fais dans ces moments-là. Après, je suis tout fatigué et j'oublie tout, tout ce qui s'est passé. Donc je prends des cachets pour éviter de m'énerver, comme ça, je ne suis pas fatigué, j'oublie rien.
- Et ça, c'est depuis combien de temps ?
- Un mois-deux mois. Mais des cachets, j'en prends depuis que je suis tout petit, depuis mes 14 ans.
- Depuis le CEF ?
- Oh non, bien avant. Au CEF, j'avais deux cachets.
- Pourquoi ?
- Pour les nerfs aussi. C'est des calmants.
- Et ça, qui c'est qui te le délivre à la Maison des ados ?
- Un psychiatre.
- Tu dis que t'aimes pas aller chez le médecin, mais le psychiatre... ?
- Les psychologues, j'y suis un peu habitué on va dire. Au foyer, déjà, tu vois des psychologues tout le temps. Donc, j'y suis habitué. Ça me dérange pas.

- Et toi, tu sens que t'en as besoin de ces cachets-là ?
- Beh oui.
- S'ils te proposent de les arrêter, tu seras pas d'accord par exemple ?
- J'aurai pas le choix, mais j'ai déjà du mal à me contrôler en soi. Les cachets ne font pas tout, mais ils aident, donc autant les garder. » (Steeven, 17 ans.)

Sur un autre registre, leurs histoires sont marquées par des événements violents ayant des conséquences parfois directes sur leur corps, mais dont ils ne saisissent pas toujours la gravité.

Dans un contexte social qui valorise le corps jeune, beau, vigoureux et en pleine forme, autrement dit corps esthétisé, les corps des jeunes pris en charge par la PJJ sont au contraire souvent malmenés par leurs expériences de vie (expérience de vie dans la rue, sous-alimentation, consommations de produits, violences subies, etc.). Lorsqu'ils en parlent, eux font état d'un événement, d'un épisode dans leur vie marquant qui, certes, a pu avoir des conséquences sur le corps, mais dont ils se souviennent avant tout parce qu'il symbolise un acte commis, une altercation avec un adulte, une relation conflictuelle avec un pair, etc. C'est le cas de Pierre-Yves. Bien que l'entretien ait été mené en EPM, il nous semble particulièrement éclairant sur le rapport très détaché que ce jeune entretient avec son corps. Alors que son récit révèle des situations particulièrement violentes pour un jeune de 15 ans, il ne déclare à aucun moment avoir consulté un médecin suite aux altercations qu'il nous décrit, comme si ce n'était finalement pas ça le plus important :

« [Au sujet de sa relation avec son ex-petite-amie]

- Bien sûr que je me suis déjà battu avec elle ! Eh, mais elle, elle est pas normale. Elle me met des patates normal. Et vas-y, une fois, elle m'a mis une tarte, j'ai rien dit. Deux tartes, trois tartes, j'ai mis une balayette, elle est tombée. Son père, il est arrivé, il a commencé à faire un truc chelou. J'ai mis une patate. J'ai cassé son nez à son père. Après, son fils, il m'a mis un coup de cutter là dans la main [il me montre une cicatrice sur la main, à la base du pouce].

[...]

[Au sujet du nouveau copain de son ex-petite-amie]

- J'ai pris un scooter, je suis parti là-bas. Je l'ai croisé, je me suis battu avec lui. Il m'a cassé mon nez. Je me suis fait niquer. Je suis reparti chez moi. Je suis parti avec une barre en fer. Je suis revenu. Je lui ai cassé la barre en fer dans sa jambe. J'ai cassé sa jambe. J'ai mis un shoot (coup) dans la tête. Il est tombé par terre, il pissait le sang.

[...]

- Justement, tu me racontais quand vous vous êtes battus. Après, pour ta dent, ton nez cassés, est-ce que t'es allé voir un médecin ou t'es allé à l'hôpital ?

- Non. Là, j'ai pas été à l'hôpital. J'ai mis un truc comme ça dessus. Ça a saigné, ça a saigné. Vas-y, j'ai enlevé le truc, je mettais ma main comme ça [il me montre avoir appliqué un tissu sur la plaie pour arrêter le saignement], je pissais le sang ; y avait une flaque de sang. Après, au bout d'un moment, ça s'est arrêté. Après, vas-y, il m'a mis une patate. J'ai entendu crac. Je pissais le sang du nez. J'ai mis un truc dans mon nez comme ça [il me montre le geste en basculant la tête vers l'arrière]. Ça s'est arrêté. Puis voilà, c'est fini. J'ai pas été à l'hôpital pour ça. » (Pierre-Yves, 15 ans.)

Les épisodes vécus ou les problèmes rencontrés par les jeunes révèlent une fois encore les différentes définitions de la santé : au même titre qu'elles sont diverses parmi les professionnels, les jeunes ne l'associent pas toujours nécessairement aux maladies ou *a minima* aux expériences qui malmènent leur corps. Le décalage criant entre le discours sévère des professionnels et celui plutôt optimiste des jeunes sur leur santé n'est pas propre au public pris en charge par la PJJ. Les enquêtes menées dans le champ de la santé des jeunes en population générale démontrent ainsi toujours un décalage entre les représentations des premiers concernés, les jeunes, pour lesquels leur jeune âge les protège de toute maladie ou handicap, et celles des professionnels qui les prennent en charge pour lesquels les pratiques des jeunes relèvent de mises en danger (Peretti-Watel, 2010 ; Bozon 2012).

Les constats des professionnels rencontrés en matière de santé sont ainsi clairement présentés comme le résultat de pratiques et comportements à risque. Les propos récoltés vont dans le sens d'une aggravation de la santé des jeunes suivis et se veulent souvent inquiets, parfois alarmistes. Pourtant, les professionnels sont soucieux de ne pas stigmatiser encore davantage des jeunes déjà étiquetés comme « déviants » par la société, les médias, les institutions. « Leurs » jeunes sont comme les autres, et les professionnels revendiquent la nécessité de les rattacher à la population jeune générale. Leur vision de la santé des jeunes dont ils ont la charge est révélatrice de leur positionnement difficile en tant que premiers témoins de leur quotidien. Il n'y aurait pas de lien de causalité entre la relative mauvaise santé des jeunes et leur catégorisation comme « délinquants » : les caractéristiques en matière de santé propres aux jeunes condamnés par l'institution judiciaire témoignent peut-être cependant des situations parfois plus complexes et plus problématiques (Choquet, 2005). Ces discours enferment les éducateurs et les professeurs techniques dans les problématiques visibles des jeunes, problématiques qui les empêcheraient de leur permettre de faire leur travail d'éducateur à la PJJ. S'ils laissent entrevoir un rapport difficile des jeunes à leur corps et à leur santé, ils expriment également un glissement complexe, et pourtant semble-t-il assez fréquent, entre un discours non centré sur le risque et des interventions et des descriptions de la population dont ils ont la charge essentiellement concernées par des consommations problématiques (alcool, tabac, cannabis) et des pratiques qui nuisent à leur trajectoire judiciaire (retard aux activités, habillement inadapté – en tee-shirt alors qu'il fait froid –, ou encore n'ont pas mangé depuis plus de 24 heures et ont par conséquent du mal à se concentrer, à s'endormir, etc.).

Les inquiétudes exprimées par les professionnels sont alors intimement associées aux situations de précarité sociale que connaissent ces jeunes. Le profil des jeunes pris en charge par l'institution judiciaire montre en effet une certaine précarité sociale, voire pour certains de réelles situations de pauvreté. Ainsi l'enquête quantitative sur la santé des 14-20 ans de la PJJ (secteur public) montre que le panel de jeunes scolaires pris en charge par la PJJ est plus souvent issu de familles monoparentales ; leurs parents ont plus souvent un faible niveau scolaire ; les jeunes sont nettement plus nombreux à avoir redoublé une fois et surtout plusieurs fois (Choquet *et al.*, 2005, 133-137). Dans le cadre de notre enquête, les constats sont similaires. Parmi le panel des jeunes interrogés, environ un quart est issu de familles monoparentales, 19 ont seulement un voire aucun de leurs deux parents en emploi ; une douzaine vit avec un seul des deux parents et certains, dans la réalité, naviguent entre le domicile d'autres personnes de la famille (grands-parents, fratrie, cousins, etc.) ou celui d'amis. Comme le rappelle une professionnelle :

« Mais c'est des gamins qui sont beaucoup seuls. Il y en a qui ont aucune ressource familiale, ni père ni mère, ni oncle, ni tante, ni grands-parents. C'est les plus démunis en fait. » (Sophie, professeure technique.)

Le lien est systématiquement établi par les professionnels rencontrés entre santé des jeunes et situations de précarité sociale. Même s'ils ne le verbalisent pas directement ainsi, cette association rappelle l'impact déterminant de la précarité sociale sur la santé et le parcours de santé des jeunes et la sanitarisation des questions sociales (Fassin, 1998, Amsellem-Mainguy, Loncle, 2010). À la question de savoir comment qualifier l'état de santé des jeunes qu'ils prennent en charge, les professionnels étendent bien souvent leurs observations au-delà des aspects physiques impliqués par la question. Juste après avoir évoqué des problèmes de consommation de substances psychoactives et des difficultés liées au rythme de vie, ils décrivent les jeunes comme étant dans un « *mauvais état social* », des « *jeunes en rupture* ». Décrochage scolaire, liens conflictuels avec les parents, rapport complexe à l'autorité, comportements violents sont adossés à la question de la santé, probablement en ce qu'ils sont intimement liés et s'influencent réciproquement. Ainsi nous rapporte-t-on à plusieurs reprises ces cas où les jeunes, parce qu'ils sont déscolarisés, vivent avec des horaires décalés, concentrent leur activité sociale le soir voire même une grande partie de la nuit, et se retrouvent en complet décalage avec l'emploi du temps imposé par le cadre de la PJJ. Les situations de précarité sociale que connaissent ces jeunes ne seraient que des accélérateurs de leur mauvaise santé, ou de leurs comportements négligents et des pratiques à risque à l'égard de leur santé.

« Mauvaise » expérience avec le monde médical et renoncement aux soins : un rapport complexe des jeunes à leur santé

Dans leur rapport à la santé, quelques-uns des jeunes garçons rencontrés nous ont fait part de leur difficulté avec « *tous ceux qui ont des blouses blanches* ». Ils rejettent toute aide de ces professionnels pourtant experts dans leur domaine bien souvent en raison d'une situation antérieure subie qui s'est avérée injuste ou violente. L'expression « blouses blanches » renvoie davantage aux fonctions qu'au port réel de cet uniforme professionnel. Tout professionnel de santé quel qu'il soit se voit automatiquement revêtu d'une blouse blanche symbolique, ce qui réduit à néant les tentatives de certains qui pensent se rapprocher en restant habillés comme dans la vie quotidienne.

Marqués négativement par une interaction avec un professionnel de santé, la méfiance des jeunes est de mise. Les jeunes estiment que moins ils ont affaire au corps médical, mieux ils se portent, et mettent en place des stratégies d'évitement pour ne pas avoir à les croiser. L'activité médicale, et plus largement de soin, ne prend du sens pour eux que dans la mesure où il s'agit de soigner, de mettre fin à une maladie. Dans cette situation s'opposent alors le professionnel qui « sait » et le patient qui « subit » ou, au mieux, « coopère ». Or, les discours des jeunes les plus négatifs sur les professionnels de santé qu'ils ont pu rencontrer antérieurement, mettent bien l'accent sur ce décalage et sur le fait de s'être sentis totalement passifs et dépossédés de toute capacité de réflexion sur leur propre maladie. Le caractère asymétrique de la relation médecin/patient est alors vécu comme une injustice, et ils évoquent le mépris dont ils ont pu faire l'objet de la part d'un professionnel de santé (par exemple lorsque ce dernier parle d'eux, en leur présence, à la troisième personne, ou encore suggère une hypothétique consommation de produits aux parents tandis que le jeune assure n'en avoir pas consommé, etc.). La mise à l'écart en tant que

jeune de leur propre santé par les professionnels du soin passe mal, tout comme le fait de ne pas les informer et de ne pas les prendre en compte dans le choix des protocoles de soin, mais au contraire de leur imposer sans expliquer les tenants et les aboutissants des décisions. La relégation de l'individu en tant que personne non dotée des attributs pour pouvoir décider et même comprendre les enjeux pour sa santé rend extrêmement complexe toute relation ultérieure avec le monde médical (au sens le plus large possible).

Par ailleurs, pour certains jeunes garçons placés antérieurement en CEF, CER, ou encore en foyer de l'ASE pour lesquels existait un partenariat entre la structure socio-judiciaire et l'hôpital, pouvoir être pris en charge par l'hôpital a pour conséquence une forte stigmatisation dans le groupe de pairs. Dans son observation de deux CEF, Arthur Vuattoux montre d'ailleurs que « HP [hôpital psychiatrique] » apparaît comme une insulte courante, aussi employée que « pédé » ou « bâtard » (Vuattoux, 2011, p. 118). Si, en milieu ouvert, il ne semble pas exister de liens aussi proches entre structure PJJ et secteur hospitalier, il n'empêche qu'au cours des entretiens, les jeunes insistent sur le fait qu'ils n'ont pas besoin des médecins pour aller bien, et encore moins d'un e psychologue, comme si l'acceptation d'une aide reviendrait à faire preuve d'une certaine faiblesse et remettrait en question leur virilité et plus largement leur masculinité. Ils développent leurs propres stratégies pour aller mieux, suivent leurs propres « protocoles » qui, à aucun moment, ou alors très rarement, consistent à se rendre chez un médecin. Ils se soignent seuls, en fonction de ce qu'ils pensent de la gravité de la situation. Et bien souvent, cela passe par ne rien faire, attendre que le corps gère seul les symptômes et que la douleur disparaisse, comme dans le cas de Pierre-Yves évoqué précédemment ou ceux de Steeven et Jessy qui ne voient pas l'utilité de consulter un médecin lorsqu'ils sont malades :

« Toi, tu as un médecin de famille ?

– Ouais.

– Tu vas le voir souvent ?

– Non. Je vais le voir que quand je suis malade, et encore. Des fois, je répons au mal par le mal. Là, j'ai de la toux. Hier, je suis allé faire du canoë alors que j'étais vraiment malade, mais tranquille, je m'en fous. » (Jessy, 16 ans.)

« En fait, à la base, on aime pas trop les médecins parce que pour nous, c'est des charlatans. Moi, quand j'ai un mal de tête, j'ai pas besoin d'un cachet ; ça passe au bout d'un moment. Enfin une maladie, ça passe. Ça s'en va et ça revient. C'est la vie. » (Steeven, 17 ans.)

Ces éléments ne doivent toutefois pas faire oublier que les jeunes d'une manière générale consultent peu dans l'ensemble, beaucoup d'entre eux peinent à faire une démarche auprès d'un médecin (Ottensen, Narring *et al.*, 2002 ; Lapointe, Michaud, 2002). Les jeunes, conduits et guidés durant leur enfance par leurs parents (et plus particulièrement par leurs mères), n'ont pas acquis l'habitude de consulter et se retrouvent seuls et inexpérimentés face au système de soins. De plus, pris dans leur processus d'autonomisation, ils souhaiteraient bien souvent résoudre leurs problèmes eux-mêmes, sans l'aide d'un adulte (Amsellem-Mainguy, 2006). Autrement dit, si la santé des jeunes est au cœur des enjeux de santé publique, elle n'est pas au cœur de leurs préoccupations pratiques.

Ce rapport complexe au milieu médical n'est pas propre aux jeunes eux-mêmes, dans le sens où il a bien souvent toujours été vécu dans le milieu familial dès le plus jeune âge. Les représentations sur la santé, les soins et les

professionnels dédiés sont donc largement tributaires de ce que les jeunes ont pu connaître antérieurement à leur prise en charge à la PJJ :

« Peut-être que c'est parce que j'ai été élevé comme ça, où que j'avais un petit truc, par exemple, j'étais enrhumé, on me disait : "C'est pas grave... Ça ira mieux demain" et ils me donnaient un Doliprane. Quand j'avais mal à la tête, pareil. J'ai jamais été habitué à voir un médecin tout le temps. Donc là, je m'en fous un peu. C'est pas que c'est des charlatans ; c'est que je vois pas trop d'utilité on va dire. » (Steeven, 17 ans.)

Le décrochage du suivi médical est aussi celui que connaissent les parents des jeunes en situation de précarité sociale :

« On a un public socialement fragile, et on voit que les parents ont plus les moyens de les emmener voir le médecin. Ils ont pas forcément connaissance des filières où ils pourraient avoir accès à des soins gratuits. Ceux qui ont la CMU (couverture maladie universelle), même si on l'a mise en place avec eux, souvent se présentent chez les praticiens et ont un refus, donc c'est assez compliqué pour eux, parce que c'est un échec, un rejet, et ils ont du mal à aller chez un autre praticien. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

L'éloignement relatif des parents du monde médical explique d'ailleurs leur absence quasi totale du parcours de santé au sein de la PJJ ou lorsque la santé est abordée ponctuellement.

Le renoncement aux soins, qui est un marqueur fort de précarité, touche une part importante de la population, de l'ordre d'une personne sur sept (Després *et al.*, 2011) en population générale. Il apparaît que les inégalités de renoncement aux soins les plus importantes portent sur les soins dentaires et l'optique qui concernent particulièrement les enfants et les adolescents. Au-delà du revenu, les facteurs associés au renoncement aux soins sont le milieu social d'origine et le niveau de diplôme, mais aussi les événements de vie douloureux (tels que les difficultés financières, les périodes d'inactivité subies, le temps partiel subi, l'isolement social, l'absence de logement fixe ou encore la crainte de perdre son emploi ou de se retrouver sans soutien à court terme), l'inadaptation du système de santé, des problèmes de langage ou encore un manque d'estime de soi. Ces différentes dimensions, de nature variable mais liées entre elles, jouent sur le renoncement aux soins de façon indépendante les unes des autres, et plus encore lorsqu'elles sont conjuguées, participant d'un mécanisme global de construction d'une vulnérabilité tout au long de la vie (Beck, Amsellem-Mainguy, 2012). Les jeunes rencontrés à la PJJ sont particulièrement concernés par les différentes problématiques citées. Dans leur enquête menée sur les jeunes pris en charge par la PJJ, Marie Choquet et Christine Hassler montrent d'ailleurs que ceux qui subissent une situation sociale défavorable présentent des niveaux de pratiques addictives, de sédentarité et de surpoids nettement plus élevés (Choquet, Hassler, 2009). Ici, la grande majorité des jeunes interrogés ne consulte pas régulièrement (c'est-à-dire moins d'une fois par an) un professionnel de santé, leur dernière visite relevant la plupart du temps d'une demande de certificat pour pratiquer un sport ou participer à un atelier d'insertion professionnelle (certificat d'aptitude à une pratique spécifique). Si ces consultations pourraient servir à renouer des liens entre les jeunes avec les professionnels de santé, ce n'est pourtant pas le cas : il s'agit d'une consultation utilitariste et sans lendemain, dont les conclusions leur importent peu à condition qu'elles ne mettent pas un frein à leur projet. Le non-recours aux soins n'est pas nécessairement vécu ni perçu par les personnes concernées comme un « problème » ou un « risque », ce qui se confirme dans cette enquête où l'on a pu entendre : « *Je suis en bonne santé, la preuve je ne vais jamais chez le*

médecin ! ». Le passage dans une structure de la PJJ peut alors être l'occasion de réintroduire du lien entre les jeunes et les professionnels de santé, et de régler des problèmes de santé :

« Là, depuis que je suis arrivée, il y en a deux qui étaient sans lunettes et qui se sont retrouvés avec des lunettes maintenant. Le dentiste. J'exagère, mais ils se retrouvent quasiment tous avec des rages de dents parce qu'ils sont jamais allés voir le dentiste avant. Il y en a qui sont allés se faire soigner les dents et d'autres qui veulent pas, mais en tout cas, c'est des passages qu'ils ont pas forcément faits chez eux et qu'ils ont l'occasion de faire là. » (Marie, éducatrice, référente santé.)

Le contrôle du savoir sur le jeune : l'exemple de la santé

Le travail sur une problématique de santé dépend avant tout de la connaissance par le professionnel de la PJJ de ce qui ne va pas chez le jeune ou, du moins, de la détention d'indices sur sa situation de santé. Force est de constater qu'il existe alors une forte concurrence dans la détention du savoir sur la situation des jeunes, leurs relations, leur vie au-delà des raisons pour lesquelles ils sont pris en charge par la PJJ. Détenir des informations supplémentaires à celles disponibles dans le dossier d'entrée, c'est tout d'abord être témoin de la qualité de la relation établie entre un jeune et un professionnel :

« À partir du moment où j'estime que le gamin te demande quelque chose, c'est que déjà, il a choisi son interlocuteur, et que du coup, pour ce genre de demandes, je peux pas dire non, je peux pas me défausser. [...] Ça fait partie du boulot : on choisit les oreilles qu'on a envie de choisir. » (Damien, éducateur.)

C'est également avoir la possibilité d'exercer un pouvoir et être en capacité d'en jouer face au reste de l'équipe professionnelle ou du groupe de jeunes. Si la quasi-totalité des professionnels PJJ rencontrés a un avis sur les conditions de vie et la santé de chacun des jeunes pris en charge, seule une petite partie semble détenir concrètement des éléments supplémentaires ; pour les autres il s'agit d'asseoir leur expertise professionnelle : « *je peux lire dans ce jeune comme dans un livre ouvert* » dira d'ailleurs une éducatrice à propos d'un jeune ayant accepté de faire un entretien.

Les enjeux de pouvoirs entre les professionnels de la justice mais également avec les professionnels du social et de la santé révèlent la volonté de ne pas se sentir dépossédé du dossier d'un jeune (qui aurait une problématique non repérée par le professionnel de justice) et encore moins de découvrir par l'extérieur une face non visible et cachée de son parcours.

« La PJJ : remettre les jeunes dans le droit commun. C'est présent dans le discours des éducateurs. Ils sont centrés sur les mesures. Les acteurs autour à un moment les enferment. Quand on parle d'un jeune, c'est "mon" jeune, "ma" mesure, "ma" mission. » (Florent, infirmier, conseiller technique santé.)

L'exemple des informations détenues sur les questions de santé est en cela assez marquant du rapport de pouvoir pouvant exister entre professionnels, et même à l'égard des chercheurs. Dans la mesure où la santé n'est, selon les équipes rencontrées et parfois leur direction, pas une sphère entrant initialement dans leur champ de compétences, tout élément porté à leur connaissance leur permet d'asseoir leur rôle, leur expertise et légitime leur point de vue en interne mais aussi à l'extérieur.

Des professionnels qui pensent qu'on ne peut rien leur cacher

Malgré l'impression qu'ils ont affaire à des jeunes « presque » comme tous les autres donc en bonne santé (excepté le fait que ces jeunes ont commis des actes délictueux), les professionnels exerçant à la PJJ s'accordent à dire qu'ils doivent gérer au quotidien des problématiques qui finalement sont relatives à la santé, même s'ils ne les considèrent pas toujours au cœur de leurs missions. Sommeil, alimentation, consommation de substances psychoactives, hygiène physique, voire même problèmes de santé mentale : les confrontations à des questions de santé ont des sources multiples, nous l'avons rappelé. Même si les professionnels de la PJJ (éducateurs, professeurs techniques) ne sont pas des spécialistes de santé, leur légitimité à intervenir sur les questions de santé s'impose par le fait de détenir des informations particulières, de par la gestion du quotidien que suppose la prise en charge.

S'emparer de la question de la santé au sein de la PJJ, c'est d'abord parce que les professionnels y ont été confrontés directement. C'est le cas lors des face-à-face avec les jeunes, dans les rencontres régulières tout au long de l'accompagnement. Un jeune ayant mal dormi ou étant malade présente des signes physiques de fatigue que le professionnel de la PJJ peut objectivement identifier et ne peut ignorer :

« J'ai une autre situation en tête : un gamin qui m'arrive pour une liberté surveillée préjudicielle pour une histoire de bagarre aussi. Je le vois livide, blanc comme un cachet d'aspirine, sa mère me disant : "Il a toujours été comme ça". En fait, j'attends de le rencontrer avec sa mère et au deuxième entretien, je lui dis : "Quand même, moi, quand je te vois physiquement, je suis un petit peu inquiète et je me dis qu'avant de pouvoir travailler avec toi, il faut qu'on évoque deux ou trois choses, notamment explique-moi comment tu vis au quotidien, ton rythme de vie..." ?" Je me suis rendu compte qu'en fait, il passait des nuits sur l'ordinateur, sur les réseaux sociaux, machin, et qu'il avait un rythme de vie complètement décalé. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

La confrontation directe à une question de santé s'illustre également à travers la question des consommations de produits psychoactifs. En effet, nombreux sont les jeunes pris en charge par les éducateurs dont la mesure pénale porte spécifiquement sur ce type de consommation. Qu'ils aient été condamnés suite à une infraction à la législation sur les stupéfiants ou non, ou parce qu'ils ont des consommations importantes, la mesure prononcée par le juge des enfants vise alors à sensibiliser, questionner, faire réfléchir sur les consommations personnelles. Les structures visitées animent à ce titre régulièrement des stages de citoyenneté dont la thématique porte spécifiquement sur les consommations addictives problématiques. En lien avec les associations spécialisées du territoire qui interviennent lors de sessions collectives, le discours se veut à la fois préventif et porté sur le rappel de la loi. Des jeunes ont également des obligations de soins et doivent se rendre dans des structures spécialisées (MDA, etc.) pour traiter de leur(s) consommation(s) problématique(s), et les éducateurs de la structure PJJ dans laquelle ils se trouvent ne peuvent ignorer ce travail mené à l'extérieur avec les jeunes. Dans ce cadre, c'est à travers leur mission d'exécution de la décision judiciaire que les professionnels de la PJJ sont confrontés à la question des consommations de produits. Leur regard sur la santé des jeunes dont ils ont la charge est alors biaisé par ce filtre judiciaire et pénal, mais il permet néanmoins d'aborder les consommations – et donc la santé – dans le cadre de l'accompagnement socio-judiciaire.

La confrontation aux questions de santé peut également être indirecte. Si les éducateurs se doutent que la quasi-totalité des jeunes qu'ils rencontrent consomme du cannabis ou fume des cigarettes, cela n'est pas suffisant pour enclencher une démarche de prévention. Tout se passe donc comme si tant qu'un jeune n'a pas été pris sur le fait, rien n'est mis en place : « *ici c'est pas vu, pas pris* », résume un éducateur. Autrement dit, tant que les jeunes arrivent à mettre à distance leur vie et à maintenir leurs consommations dans le cadre privé, sans que cela n'interfère avec les contraintes de la prise en charge à la PJJ, alors les adultes professionnels de l'institution se tiennent à bonne distance. C'est lorsque cela entrave ou gêne le bon déroulement, ou encore que c'est l'objet même de la mesure, que les réactions se font plus ou moins graduellement selon les structures et les éducateurs. Dans les UEAJ par exemple, lorsque des jeunes arrivent le matin avec les yeux rouges, ils sont aussitôt suspectés d'avoir fumé du cannabis. Il peut également arriver que certains arrivent ivres le matin avant de commencer un atelier, une activité. Enfin, d'autres s'endorment dès leur arrivée à côté de leur tasse de café, ce qui interpelle l'équipe sur leur déficit de sommeil et les conditions de vie, le type de sorties du jeune, etc. Face à ces situations, les professionnels sont dans l'obligation d'intervenir, *a minima* d'instaurer un dialogue autour de la problématique de santé, ou d'aller jusqu'à la mise en place d'un accompagnement spécifique sur cette question :

« J'ai eu des jeunes déjà, et ça, je déteste : je sais qu'il fume, il fait ce qu'il veut dans sa vie privée, mais quand j'ai un entretien avec lui, quand j'ai un rendez-vous avec lui, il arrive clean quoi. Et l'autre jour, un exemple, un gamin qui arrive complètement défoncé, tout sourire et tout, qui se vautre dans les escaliers tellement qu'il en pouvait plus. J'ai repris les choses avec lui le lendemain parce que ça sert à rien sur le moment, et je lui ai dit : "Tu me refais jamais ça. Tu fais ce que tu veux, mais pas quand t'as un rendez-vous." » (Damien, éducateur.)

La posture des éducateurs est à ce niveau parfois très ambivalente, révélatrice des écarts qui existent dans les représentations des acteurs et ce, en particulier dans le cas du cannabis. Les entretiens auprès des professionnels soulignent en effet toute la difficulté de faire de la prévention sur la consommation de cannabis – dont la consommation est interdite en France – et d'avoir un discours adapté : entre comprendre la consommation pour tenter d'accompagner son arrêt et rappeler voire s'enfermer dans le cadre légal, la position des professionnels de la PJJ est délicate. Même s'ils sont, pour une grande part d'entre eux, convaincus qu'une approche en termes de réduction des risques serait plus pertinente auprès de ces jeunes qu'une approche abolitionniste :

« Le cannabis, c'est tellement banal que c'est quelque chose que j'ai un peu du mal à traiter, et je pense qu'on est un peu tous dans l'incapacité de le traiter puisque c'est quelque chose qui est trop répandu, c'est quelque chose qui est trop banalisé, et qu'on n'a pas trop la main sur ça, à part les envoyer voir un addictologue (mais ils sont jamais d'accord de toute façon), et avoir un discours très éducatif sur les risques. [...] Oui, mais bon, tu sais, la PJJ, le cannabis... Autant on va avoir les sonnettes d'alarme quand on va parler d'une jeune enceinte, autant un jeune qui a fumé du cannabis, ça se répète tellement souvent... » (Damien, éducateur.)

Les réponses sont variables d'un éducateur à un autre (du rappel à l'ordre informel ou formel avec le directeur de structure, à l'ajout sur le dossier voire à la convocation des parents), d'une structure à une autre. Cela interroge également les représentations des professionnels à propos des consommations de produits par les jeunes. Le cannabis est réduit à sa dimension illégale et donc doit être interdit, la question de l'alcool est de son côté bien plus

complexe à gérer. Autant les discours seront négatifs, et relèveront bien souvent d'une certaine mise en garde pour la santé (effets sur le comportement, la capacité à se prendre en main, mais également insistance sur les effets secondaires et l'image sociale qui peut nuire à l'insertion socioprofessionnelle...), rappelant l'interdiction et l'illégalité s'agissant du cannabis, autant les remarques seront moins alarmistes et moins sévères concernant l'alcool :

« Moi, ce que je peux remarquer des personnes qui ont dépassé la quarantaine, c'est que le cannabis, c'est diabolisé. Par contre, l'alcool, il y a un côté très culturel quand même en France. On a un peu plus, je ne sais pas si c'est de compréhension, mais en tout cas, ce n'est pas pris de la même manière. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Ces écarts de représentation sont d'autant plus gênants quand les éducateurs sont directement confrontés à des consommations problématiques lors du contact avec les familles. Ils doivent alors savoir réagir face à certains comportements des parents, tout en étant en présence du jeune :

« Ce qui me pose difficulté dans ma pratique (on parlait des enquêtes de personnalités), c'est la rencontre des parents qui sont ivres [...]. Si j'ai cinq entretiens dans ma journée, il y a au moins trois entretiens sur cinq où il y a des problématiques autour de l'alcool, que je rencontre des parents qui sont mais... bourrés, avec un gamin qui est très gêné par la situation. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Cette rencontre quotidienne entre la mission de l'éducateur et la réalité de l'état de santé des jeunes ne peut donc qu'inciter les éducateurs à aborder la question avec les jeunes, à tenter de détenir une information nouvelle, d'obtenir une confiance qui leur permettra d'avancer dans le travail éducatif et de renforcer leur légitimité d'intervention.

Se pose alors la question du statut de l'information supplémentaire recueillie. Si le jeune fait le choix de se confier à un adulte professionnel, le sujet abordé ne peut pas toujours être caché au reste de l'équipe, comme le résume Damien, éducateur :

« À partir du moment où j'estime que le gamin te demande quelque chose, c'est que déjà, il a choisi son interlocuteur, et que du coup, pour ce genre de demandes, je peux pas dire non, je peux pas me défausser. [...] Quand ils arrivent ici, on leur dit de toute façon : "Il y a un panel de professionnels, quand t'as quelque chose en particulier, t'es pas obligé de le traiter avec ton référent." C'est important qu'ils le sachent.

– Qu'ils peuvent ne pas le dire à leur référent ?

– Voilà. Et puis ça fait partie du boulot : on choisit les oreilles qu'on a envie de choisir. Et je pense qu'on est assez nombreux ici. Et on leur dit même, notamment quand le jeune est aussi à l'Éducation nationale, qu'ils sont pas obligés non plus de venir avec ça à l'UEHD et que s'ils se sentent plus à l'aise avec l'assistante sociale du collège ou avec l'infirmière du collège, qu'ils peuvent tout à fait leur en parler. On aura l'info après de toute façon, mais pas par le même biais.

– Et ils sont pas censés être au courant que vous avez l'info après ?

– On est quand même dans l'obligation, quand il y a quelque chose qui se passe, de leur dire aux gamins : "Ça, je peux pas le garder pour moi."

– Par exemple un avortement ?

– Ça, si, parce qu'il y a la loi qui fait que normalement, c'est une démarche personnelle. Peut-être pas sur des problèmes de sexualité, mais ça nous est arrivé plusieurs fois, sur des questions où le jeune il t'emmène dans son secret en te disant : "Il faut vraiment pas que tu le dises." Ce jour-là, par exemple, quand X, elle me dit qu'elle a eu une relation avec le fils de la famille d'accueil, elle a quitté la voiture en me disant : "Tu gardes ça pour toi. Vraiment t'en parles pas." Je lui ai répondu qu'elle savait que je ne pourrai pas le garder pour moi,

parce que là c'est plus du secret médical, et moi, si je le garde pour moi, je me mets en difficulté. Je peux avoir des problèmes, je peux pas.

Ou le jeune qui va fumer un joint. Il me dit : "Tu le dis pas"- "Beh..." » (Damien, éducateur.)

La qualité de l'information détenue ne place pas toujours le professionnel dans une position confortable dans la mesure où il est bien souvent obligé d'en faire part au reste de l'équipe qui travaille également avec le jeune. La marque de confiance que lui accorde le jeune est alors d'une certaine manière directement mise à mal parce que le secret doit nécessairement être brisé. Si le fait d'avoir réussi à obtenir une information méconnue de tous valorise le professionnel et donne à voir la particularité de la relation qu'il a réussi à établir avec le jeune, cela peut d'un autre côté remettre en cause la légitimité acquise auprès de ce dernier. Le public rencontré n'est dans tous les cas pas dupe et sait qu'une partie de ce qu'il évoque avec les éducateurs et professeurs techniques fait l'objet d'échanges dans les réunions d'équipe. Ce qui est dit au professionnel est donc minutieusement choisi, l'information dévoilée l'étant en fonction de ce que le jeune recherche : une oreille attentive, une aide discrète, un soutien de l'institution.

Le fait de détenir une information supplémentaire renvoie les professionnels à la question de la confidentialité dans la prise en charge. Si, dans les relations avec les professionnels extérieurs spécialistes des questions de santé, la confidentialité est systématique compte tenu du secret médical auquel ils sont tenus, force est de constater qu'elle n'est pas aussi claire au sein des équipes et de l'institution PJJ. Le contexte judiciaire implique que les informations qui circulent entre un jeune et un professionnel soient également partagées dans l'institution parce qu'elles peuvent avoir un intérêt ou des conséquences directs sur le temps de la prise en charge judiciaire, comme le rappelle Clémence :

« Alors c'est très compliqué parce que les jeunes, ils arrivent ici en se disant : "Bon beh c'est bon. Tout ce que je peux dire ici, ça reste tout confidentiel". Je leur explique que non, tout n'est pas confidentiel. C'est pas comme si on travaillait en extérieur en libéral. En libéral, tout est confidentiel, il y a rien qui sort. Ici, c'est compliqué parce qu'on est déjà en lien avec de la justice. On a des obligations de par ce lien-là : de rendre des comptes aux magistrats, comme tout un chacun si on est au courant de quelque chose hors de la loi on a des règles aussi à respecter. Et j'explique que pour leur bien, si j'estime qu'il y a des choses qui sont nécessaires pour l'équipe à comprendre ou à savoir, je leur dirai, même si je ne dis pas tout en détail. Je mets des formes différentes, mais j'essaye d'en parler quand il y a nécessité. Mais dès que c'est important, je demande au jeune : "Est-ce que tu m'autorises à aller en parler aux éducateurs ?" Mais généralement, on partage aussi beaucoup de choses. » (Clémence, psychologue.)

Si la démarche de partage d'informations est légitimée par le cadre de la prise en charge et l'intérêt du jeune, elle pose inévitablement la question de l'impact qu'elle peut avoir sur les jeunes et le fait de se confier à un adulte. Au-delà de toutes les questions de hiérarchie, rapports sociaux de sexe (des jeunes garçons se confiant à des professionnelles majoritaires), du contexte (judiciaire) qu'évaluent les jeunes avant de sauter le pas et de se confier à l'adulte professionnel, la quasi-absence de confidentialité des informations révélées complexifie grandement le rôle que peuvent jouer les professionnels auprès des jeunes et que ces derniers leur attribuent dans la sphère de leur vie personnelle. Cette question se pose d'autant plus lorsque les jeunes refusent l'idée de se confier à toute figure adulte, y compris leurs parents qu'ils tiennent bien souvent éloignés de leurs questionnements personnels.

Cependant, très peu de professionnels nous rapportent avoir alerté des parents lorsqu'un jeune leur avait révélé une problématique relevant de la santé, comme s'ils étaient quasi systématiquement évincés de la prise en charge en matière de santé. Cette mise à l'écart peut s'expliquer à la fois par la volonté de préserver l'intimité du jeune (comme Damien, éducateur, lorsqu'il nous rapportait l'exemple d'un avortement, une « démarche personnelle » dont les parents ne devaient pas nécessairement être tenus informés) ou encore parce que les parents sont déjà inscrits dans des parcours de renoncement aux soins ou de rapports problématiques avec le monde médical.

« Je sais ce qui est bon pour eux » ou le devoir d'agir des professionnels

Les représentations et discours des professionnels PJJ pour rendre compte de la santé des jeunes peuvent aller dans deux sens qui n'apportent pas les mêmes clés de lecture : dans le premier cas, les jeunes dont ils ont la charge sont plus nombreux que les autres jeunes à avoir des problèmes d'alcoolisme, d'infections sexuellement transmissibles ou une sexualité violente ; dans le second cas, c'est davantage le fait d'appartenir à tel ou tel milieu social (en l'occurrence vivre en milieu populaire, ou dans des conditions de vie extrêmement précaires) qui expliquerait ce que peuvent vivre ces jeunes. Si, dans la première situation, il s'agit bien de considérer que les comportements des jeunes sont la cause du problème, dans l'autre cas, ce sont les situations qui sont à risque. Dans la mesure où il ne paraît pas difficile d'envisager des actions de prévention destinées à modifier les comportements et pratiques individuelles, c'est le premier cas de figure qui est privilégié par les éducateurs et autres professionnels de la PJJ, les actions qui pourraient être menées sur les inégalités sociales, territoriales... étant bien plus complexes à mettre en place. La mise à distance du milieu d'origine passe à ce titre par une mise à distance des parents eux-mêmes bien souvent considérés par les professionnels comme un groupe à risque (les enquêtés évoquent les parcours de prise en charge institutionnelle en protection de l'enfance et/ou PJJ de certains parents, les démêlés de certains avec l'institution judiciaire, ou encore les conduites addictives dans d'autres familles) : les « parents de délinquants » sont parfois considérés comme étant responsables des déviances de leurs enfants (Cardi, 2014).

Dès lors, en constituant les jeunes pris en charge comme un « groupe à risque » s'opère une distinction sociale entre eux et ceux qui seraient « protégés », « sains ». Comme le remarquait Marcel Calvez dans ses recherches sur le VIH, l'attribution du risque à des groupes favorise des « procédures d'accusation sociale » vis-à-vis des groupes construits comme totalement opposés, l'attribution du risque à des comportements favorise des « procédures d'accusation sociale reposant sur l'étiquetage d'individus déviants » (Calvez, 2001). S'il semblerait que les professionnels rencontrés s'appuient davantage sur la notion de comportements à risque, cette appréhension des comportements de santé induit malgré tout une responsabilité individuelle et une rationalité des individus à adapter leur conduite au risque. Cette posture trouve là tout son paradoxe auprès des professionnels soucieux de ne pas stigmatiser encore davantage des jeunes étiquetés comme délinquants, « déviants », « incontrôlables ». Ils portent en effet une attention particulière à rappeler régulièrement que les jeunes dont ils ont la charge sont aussi des jeunes « comme les autres », avec des préoccupations d'adolescents. Par ailleurs, s'ils veillent à ne pas stigmatiser un groupe « à risque » (les homosexuels, les gens du voyage...), force est de constater que la jeunesse reste ici aussi considérée comme un groupe à risque à part entière. Cela s'explique en partie par les représentations

de l'adolescence (et des adolescent[e]s) selon lesquelles la prise de risque serait consubstantielle à cette période de la vie. Les professionnels relativisent à ce titre certains comportements et certaines pratiques, rappelant que le risque est l'objet même qui est recherché à travers les pratiques des adolescents (Lagrange, 1997). Ce raisonnement dessine une vision essentialiste de l'adolescence comme période de la vie intrinsèquement liée à la prise de risque, s'appuyant sur les constats que les adolescents qui fument tôt sont également des consommateurs d'alcool et/ou de cannabis. Dans une perspective éducative et normalisatrice, la recherche de plaisir à travers la consommation de produits ou encore une activité sexuelle est alors à replacer au même niveau que la consommation d'alcool dans les repas d'entreprise, l'alcoolisation populaire au bistrot ou encore les rencontres de golf pour reprendre les exemples d'Hugues Lagrange. Penser la recherche de risque comme quelque chose de propre à la jeunesse, et plus particulièrement à l'adolescence, contribue à penser les interventions de santé en matière de groupe cible. Dès lors, si les éducateurs doivent agir sur la santé des jeunes, c'est parce que ces derniers constituent un « groupe à risque » indépendamment de leurs pratiques, de leurs situations, de leurs parcours. Ce devoir d'agir est d'autant plus légitimé qu'il s'inscrit complètement dans le mandat judiciaire des professionnels et entre donc en conformité avec la prescription institutionnelle de la PJJ. Il l'est également par le rôle relativement éloigné des parents qui sont très peu associés lorsqu'il s'agit de santé si ce n'est lors du bilan santé à l'arrivée en institution. Parce que l'environnement familial est bien souvent fragilisé, éloigné du champ médical et inscrit dans un parcours de renoncement aux soins, les professionnels de la PJJ se sentent d'autant plus légitimes pour intervenir dans le champ de la santé et sur les pratiques considérées à risque des jeunes.

Les propos des éducateurs et autres professionnels exerçant au sein de la PJJ mettent en lumière qu'ils se retrouvent alors en partie, et parfois malgré eux, dans le rôle d'entrepreneurs de morale (au sens de Becker, 1985). Ils se trouvent en effet à faire appliquer des normes sociales à des jeunes qui ne s'y conforment pas du fait de leur âge, de leur sexe, de leur milieu social d'origine, des normes du groupe de pairs, etc. Ainsi, à plusieurs reprises, des professionnels ont pu nous dire « *je sais ce qui est bon pour eux* », sous entendant qu'en tant qu'expert qualifié pour travailler avec ces jeunes, ils sont en mesure de savoir ce qui est bon pour eux alors que ces derniers l'ignorent. Cette expression « *je sais ce qui est bon pour eux* » fait ressortir finalement une hiérarchisation des positions sociales entre le « moi » ou le « nous » – expert qualifié, professionnel, adulte, issu de la classe moyenne, ayant joué le jeu de l'école et des institutions, diplômé, en règle par rapport à la loi – et le « eux » – jeunes, sans qualification, ayant commis des infractions, en difficulté par rapport à l'école, souvent sans diplôme, issus de milieu populaire. Cette distinction rappelle l'analyse qu'Éric Fassin a pu mener à la suite de la médiatisation des viols collectifs de banlieue. Dans ses travaux, il montre la mise en scène d'une opposition entre « eux » – jeunes, hommes, pauvres, vivant en banlieue et issus de l'immigration – et « nous » – définis par la modernité sexuelle, en termes de liberté et d'égalité (Fabre, Fassin, 2004).

À la PJJ, cette séparation des rôles semble bien intériorisée d'une part par les professionnels qui, en tant qu'éducateurs adultes ayant des connaissances sur la période de l'adolescence, savent ce qui est bien pour les jeunes, quelles sont les bonnes conduites à adopter pour que leur parcours et leurs projets avancent. Globalement, le discours tenu par les professionnels est le suivant : « *tu ne devrais pas avoir ces comportements que moi je considère à risque* ». Il transparait à plusieurs reprises dans les entretiens, lorsqu'ils nous rapportent les

consommations excessives d'alcool, les nuits passées sur les réseaux sociaux ou encore la présentation de soi inappropriée. Les jeunes ne seraient pas conscients des conséquences de ces comportements néfastes à court, moyen et long termes pour leur santé et parfois leur sécurité. Les discours des professionnels vont dans le sens d'une certaine forme de domestication des comportements jugés à risque, tout particulièrement dans le champ de la sexualité, nous allons y revenir. Les jeunes ont d'une certaine manière également intériorisé cette séparation, qu'ils renforcent même parfois en tâchant bien de distinguer ce qui est dit ou tu auprès des professionnels qu'ils rencontrent à la PJJ. Ainsi, ils n'abordent que les questions qu'ils considèrent comme relevant du champ de compétences de l'éducateur ou du professeur technique de la PJJ :

« Donc tes histoires perso, tu ne vas pas forcément en parler [à ton éducateur] ?

– Non, non, non. J'aime pas. Je vais lui raconter quoi à lui ? Lui dire : "Ça va pas dans ma vie ? Est-ce que tu peux venir m'aider ?" Non, laisse-moi... Tu m'aides pour mes trucs à moi, et voilà. Pas plus. » (Ryan, 17 ans.)

Cette séparation et cette hiérarchisation des rôles sociaux ne sont pas sans conséquence sur l'appréhension des professionnels de la PJJ à approcher leur travail et investir notamment le champ de la santé. Si le « eux » met à l'écart et participe à la stigmatisation d'un groupe, le « nous » revient à donner davantage d'expertise aux professionnels, notamment sur des domaines de compétences qui ne font pas partie de leur formation initiale. La difficulté pour les éducateurs rencontrés est en effet leur manque de formation (réel et ressenti) en matière de santé, et par conséquent leur difficulté à se situer et se sentir légitimes pour aborder ces questions, considérées par ailleurs comme non prioritaires dans leur démarche éducative :

« J'ai pas une formation médicale. Qu'est-ce que je vais aller parler d'un problème si je sais moi-même pas en parler ? » (Damien, éducateur.)

À la séparation entre professionnels et jeunes s'ajoute alors un autre niveau de hiérarchisation. Elle concerne cette fois directement les professionnels : d'un côté le « nous », professionnels de la PJJ non spécialistes des questions de santé (éducateurs, professeurs techniques), et le « eux », les spécialistes du champ en interne et à l'extérieur de la PJJ. Les premiers construisent leur légitimité dans le champ de la santé en insistant bien sur le caractère global de leur accompagnement. S'ils reconnaissent, généralement timidement, traiter des questions de santé dans le lien quotidien avec les jeunes, c'est bien parce qu'ils ont une connaissance de la globalité de la situation des jeunes que leur intervention sur ce champ diffère de celle d'un professionnel médical qui est lui amené à rencontrer un jeune de manière ponctuelle seulement. Sachant qu'une certaine relation est établie avec le jeune sur la durée, même courte, de la mesure pénale et qu'ils connaissent son parcours de vie et de prise en charge antérieur, l'accompagnement sur des problématiques de santé par les éducateurs, et *a minima* les professeurs techniques, assure la continuité de la prise en charge.

Ce groupe professionnel est d'autant plus fort que les éducateurs et professeurs techniques font partie d'équipes qui viennent en soutien dans les prises en charge. Si l'éducateur prend en charge seul les mesures judiciaires qui lui sont affectées, le milieu ouvert, l'hébergement et les structures d'insertion offrent toutefois des espaces de discussion nécessaires au questionnement des modes de prise en charge :

« J'aime cette impression d'être plus autonome, d'avoir plus de liberté dans mon action éducative, mais je ne ressens pas pour l'instant un isolement parce que j'ai toujours possibilité d'échanger avec mes collègues. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

« Ici, on a une équipe assez ouverte, c'est-à-dire qu'on peut aller dans n'importe quel bureau quand on a eu un entretien un peu difficile. Même les psychologues, elles peuvent nous aider à décharger un peu notre trop-plein. On est juste seuls dans la rencontre avec le jeune. Et puis des fois, quand il n'y a pas de solutions, on est quand même seuls avec le problème. Mais on a la chance d'avoir une bonne équipe et d'être tous à l'écoute les uns des autres. Ça, c'est très très important en milieu ouvert. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Le fait de se sentir soutenus renforce l'unité, même si celle-ci n'est qu'apparente, de l'équipe et du corps professionnel confrontés aux mêmes difficultés dans les prises en charge.

En résumé

Si les professionnels de la PJJ sont soucieux de ne pas stigmatiser le public jeune qu'ils prennent en charge, leurs constats inquiets, voire alarmistes, les concernant révèlent des situations de santé complexes, voire une aggravation de leur santé. Ils se basent sur ce qu'ils perçoivent, devinent ou connaissent de la santé des jeunes, la détention de l'information constituant un enjeu de taille dans les équipes, au service de la légitimité d'intervention des professionnels. Les discours inquiets sur le terrain font écho aux situations de précarité sociale et de vulnérabilité que vivent les jeunes, inscrits généralement depuis plusieurs années dans des prises de risque en matière de sexualité, un décrochage médical et des parcours de renoncement aux soins.

Les pratiques et comportements des « jeunes PJJ » en matière de santé, jugés à risque par les professionnels, justifient à leurs yeux un « devoir d'agir » basé sur une hiérarchisation des rôles entre « eux », les jeunes pris en charge – adolescents c'est-à-dire dans la période qui est intrinsèquement liée à la prise de risque, jeunes sans qualification, ayant commis une infraction, souvent issus de milieux populaires – et « nous » – les professionnels qui seraient « protégés », « sains », experts qualifiés, professionnels, adultes conscients de ce qui est bon pour « eux ».

LA SANTE / SEXUALITE : UNE « PATATE CHAUDE » ?

S'intéresser au champ de la santé rappelle finalement toute la complexité inhérente aux missions de la PJJ. Face des parcours de jeunes complexes et chaotiques, l'institution judiciaire est chargée d'offrir un accompagnement le plus global possible et de remplir des missions qui répondent à toute une série d'objectifs (application de la mesure pénale, insertion socioprofessionnelle des jeunes, etc.). Dans ce contexte, les tâches qui incombent aux professionnels se cumulent, se complètent mais entrent parfois aussi en concurrence face à la réalité concrète de la prise en charge. Comme le rappelle Marie, éducatrice et référente santé : « Mais quand on est sur le terrain, on gère comme on peut. »

Compte tenu de la nécessaire réactivité des professionnels, les pratiques professionnelles sont parfois mises en œuvre, au cas par cas, en fonction des aléas du quotidien. Les questions de santé et de sexualité s'inscrivent alors dans ce schéma complexe et doivent être gérées au même titre que d'autres priorités de la prise en charge (la formation et le projet professionnel, l'accès à l'autonomie, etc.) et parfois repensées face à des imprévus, institutionnels ou propres à des situations individuelles :

« S'il y a eu une crise la veille, ce que toi t'as prévu avec ton gamin, beh ça va peut-être tout simplement pas être réalisable parce qu'il s'est passé ça, qu'il faut gérer l'urgence. » (Damien, éducateur.)

Les professionnels de la PJJ pensent alors les questions de santé et de sexualité de manière relativement diversifiée, au regard de ce qu'ils ont compris et considèrent comme légitime dans le cadre institutionnel qui leur est imposé et en fonction de la réalité de leurs pratiques. Il est donc important de s'intéresser aux représentations des rôles respectifs et réciproques des professionnels de la PJJ ainsi qu'à l'hétérogénéité des pratiques déployées et revendiquées en matière de santé et de sexualité.

Santé *versus* justice ?

La particularité de la PJJ est de mettre en présence des professionnels d'horizons et de cultures différents pour favoriser la prise en charge globale des jeunes mineurs et jeunes majeurs dans un cadre pénal contraignant. Le travail sur les projets d'insertion n'est effectif que s'il comprend le jeune, son environnement et l'ensemble des problématiques qu'il rencontre. Si cette prise en charge mobilise nécessairement les éducateurs formés pour cette mission particulière, ils ne la remplissent qu'en lien avec les autres professionnels de la PJJ. Les équipes pluridisciplinaires sont là pour assurer la globalité de la prise en charge dans un cadre judiciaire. Les évolutions institutionnelles qu'a connues la PJJ ces dernières années – « le recentrage au pénal de la direction » (DPJJ, 2013) – sont cependant venues modifier largement les missions et réorganiser les fonctions de chacun. Pour les professionnels rencontrés, les habitudes prises et les procédures prévues pour le traitement des questions de santé ont donc été transformées et expliquent en partie la difficile mutation des pratiques de chacun vers une plus grande intégration des enjeux relatifs à la santé publique dans le quotidien de la prise en charge. Des professionnels spécialistes des questions de santé qui ne traitent plus individuellement des problèmes de santé ;

des éducateurs chargés de placer cette question au cœur de leur intervention ; des structures censées proposer des projets collectifs sur des thématiques de santé : autant d'exigences qui visent à intégrer le champ de la santé dans le quotidien de la prise en charge judiciaire. Dans ce contexte, il est intéressant de revenir sur la manière dont les deux champs, santé et justice, coexistent sur le terrain, afin de mieux comprendre les postures et les pratiques individuelles des professionnels lorsqu'ils se trouvent confrontés à une question de santé.

Des cultures professionnelles en question

... en interne

Si tous les professionnels interviennent pour le bien-être du jeune et son projet d'insertion, ces objectifs sont parfois mis à rude épreuve lorsque les divergences professionnelles entrent en jeu et s'expriment... L'enquête révèle en effet des discours multiples sur les questions de santé en fonction du corps professionnel d'appartenance des acteurs. Un éducateur ou un professeur technique ne parle logiquement pas de la même manière de la santé, de la sexualité et de la contraception qu'un infirmier de l'institution. Un psychologue n'a également pas le même regard qu'un infirmier. Si les discours diffèrent, les professionnels n'en échangent pas moins pour autant sur leurs pratiques et leur manière d'appréhender et de prendre en compte les questions de santé dans le quotidien de la prise en charge. La réussite de cette prise en charge est aussi le fait de la collaboration au sein des équipes, dans le respect des domaines d'intervention respectifs des professionnels. Échanger avec le psychologue ou l'infirmier sur les situations individuelles permet donc à l'éducateur de mieux les appréhender. Cette division du travail au sein de l'institution s'exprime plus particulièrement dans la manière dont sont officiellement définies les fonctions de chacun (DPJJ, 2013 ; Vuattoux, 2011) : l'éducateur est notamment chargé de « conduire des interventions d'investigation et d'action d'éducation dans un cadre judiciaire auprès des mineurs et de leurs familles » ; de « contribuer à l'élaboration du projet individuel du mineur en vue de favoriser son évolution, son insertion et de prévenir la réitération ». Le professeur technique doit, entre autres, « favoriser les processus de valorisation et de socialisation, l'acquisition de savoirs et de techniques » et « élaborer le projet individualisé d'insertion sociale, scolaire et professionnelle du mineur ». L'infirmier a pour mission notamment d'« accompagner les équipes éducatives dans leurs missions d'accueil des mineurs, de repérage des besoins de santé et d'orientation vers le soin » et de « mettre en œuvre et évaluer les actions d'éducation et de prévention santé adaptées au public [...] ». Chacun aborde donc la question de la santé différemment au prisme des missions générales qui lui sont institutionnellement confiées, ce qui ne la place pas au même niveau pour tous les professionnels : dans le référentiel métier, elle n'est explicitement citée que dans le cas particulier des spécialistes de la santé à la PJJ du « champ fonctionnel médico-social » (DPJJ, 2013).

Puisque les professionnels et missions sont divers, les cultures professionnelles en présence sont de fait également plurielles. L'entrée santé/sexualité/contraception constitue à ce titre un point d'observation particulièrement intéressant pour comprendre la manière dont elles s'articulent, se complètent, ou au contraire se concurrencent, voire s'opposent. Tous ne partagent pas le même avis sur la place que devrait occuper la santé dans leurs missions, nous l'avons vu. Pour appréhender les différences de point de vue, il est nécessaire de prendre en compte la formation, les compétences et les tâches respectives des différents professionnels. D'un côté les éducateurs passent tous par une école unique de formation, distincte des établissements de formation des autres travailleurs

sociaux, et qui n'intègre pas de module spécifique poussé sur les questions de santé publique, sexualité, contraception. À l'inverse, les infirmiers, tous infirmiers d'État, ont connu des univers professionnels différents avant leur arrivée à la PJJ : hôpital public, secteur libéral, etc. Quand les premiers ont pour la plupart connu des parcours institutionnels proches (début de carrière en hébergement puis poste en milieu ouvert) au sein d'une seule et même institution, les seconds ont connu des univers professionnels variés facilitant la réalisation de certaines missions de la PJJ, à savoir le travail partenarial mené tout au long de la prise en charge avec les acteurs privés et publics du territoire. Pour certains infirmiers, c'est d'ailleurs ce qui manque aux éducateurs lorsqu'ils conçoivent leurs missions uniquement à travers le prisme judiciaire et éducatif sans y inclure le travail sur la santé, qu'il soit individuel ou sur de la gestion de projets de santé en partenariat avec l'extérieur :

« J'ai été surpris à mon arrivée : je m'attendais à travailler avec des éducateurs, mais pas avec des éducateurs PJJ formatés par une école. Ce formatage c'est : le travail auprès des mesures judiciaires. C'est une structure peu ouverte sur l'extérieur, peu connue sur les territoires, y compris parmi les acteurs du soin. Les éducateurs sont enfermés dans la PJJ. Les psychologues également. Parce qu'il y a une formation sur le public, les mesures. Pour l'infirmier, il n'y a pas de formation spécifique. Ça a certainement du plus, ça me surprend, pas forcément en positif ou négatif, mais ça questionne sur l'institution. » (Florent, infirmier, conseiller technique santé.)

De la formation initiale et du parcours professionnel découlent des compétences particulières développées par chacun des deux corps. Les éducateurs et professeurs techniques revendiquent le fait de ne pas être explicitement missionnés sur les questions de santé et de ne pas être compétents pour le faire : la santé, ils ne savent en théorie pas faire, ils ne sont pas là pour ça. Ce champ n'est finalement pas le leur, eux qui sont destinés avant tout à créer la relation éducative, et leur rôle est d'être le relais entre le jeune et les professionnels compétents dans le champ de la santé. Ce positionnement n'est d'ailleurs pas propre aux professionnels de la PJJ, cet aspect se retrouvant de manière assez similaire auprès des acteurs de l'Éducation nationale ou encore des missions locales.

« On nous dit : "Faites-le." Non ! Moi, je n'ai pas cette compétence-là. Donc comment je fais ? J'oriente. » (Philippe, éducateur.)

Ils rappellent le primat accordé à la dimension éducative de la prise en charge (qui se distingue de la question des pathologies et de la santé-médical) et, par déclinaison, le mandat qui leur est attribué sur le travail prioritaire d'insertion du jeune. Il ne faut donc pas mélanger les rôles, confondre les missions, et risquer de faire prendre en charge par un non-spécialiste et de manière insatisfaisante et inadaptée la problématique de santé du jeune. Ainsi une professeure technique se rappelle du cas d'un jeune qui lui avait révélé avoir été victime de violences sexuelles dans son enfance, élément dont aucun professionnel de l'institution n'avait alors connaissance :

« Moi, je vais pas creuser ces trucs-là parce que qu'est-ce qu'on fait de ça quand un gamin il nous a dit ça ? Qu'est-ce qu'on peut dire de ça ? Puis même si nous, on sait un peu certaines choses, on n'a que la version du jeune. Et on est pas psycho. On est pas du tout formés pour avoir les mots justes. Moi, je fais extrêmement attention à ça, justement. Sauf si d'eux-mêmes ils en parlent, ils ont besoin d'en parler et que là, effectivement, on peut leur dire : "Attends, j'entends ce que tu me dis, mais moi, je suis pas ni médecin, ni psychologue, ni infirmière, je peux pas être sûre que je vais te dire des choses..." » (Sophie, professeure technique.)

La question des compétences renvoie finalement aux évolutions qui traversent l'institution et transforment progressivement les métiers et les missions. Comme l'énoncent Francis Bailleau et Philippe Milburn lorsqu'ils évoquent les évolutions institutionnelles et les périodes de rationalisation qu'a connues la PJJ, « il ne faudrait pas voir dans [la] réticence [des professionnels] un simple effet d'une culture professionnelle qui rechigne à évoluer, mais plutôt la difficulté à mettre en œuvre les modalités d'intervention préconisées, compte tenu des réalités des situations des mineurs » (Bailleau, Milburn, 2011). D'une part, les éducateurs et professeurs techniques sont invités à traiter des questions de santé car elles se trouvent au cœur de la prise en charge des jeunes ; d'autre part, ce ne sont plus, d'après eux et leur lecture du cadrage institutionnel, les infirmiers les professionnels directement en lien sur le terrain pour intervenir sur ces questions. Si ces derniers peuvent apporter une aide ponctuelle aux équipes de la PJJ dans certaines situations individuelles problématiques (grossesse non désirée, IST, etc.), le cœur de leurs missions réside, nous l'avons rappelé, dans l'animation d'un réseau territorial et dans le soutien à la gestion de projets de santé. Traiter du problème de santé en lui-même ne relève donc plus de leurs compétences. C'est ce « vide » dans le traitement en interne de la PJJ du problème de santé qui déstabilise et est décrié, et qui éloigne parfois éducateurs, professeurs techniques et infirmiers :

« Avant, on était infirmiers et on faisait vraiment partie de l'équipe. Maintenant, ils ont du mal à percevoir notre travail en fait. » (Lara, infirmière conseillère technique santé.)

Les équipes doivent gérer elles-mêmes ces problèmes, au détriment selon elles du travail éducatif qu'elles considèrent pourtant comme prioritaire sur le volet médical :

« Avant, pour mon jeune qui a des problèmes de peau, je n'aurais pas fait comme ça, je lui aurais dit que ça serait bien qu'il aille voir l'ancienne infirmière et qu'elle allait l'accompagner vers un dermato parce qu'elle connaît, qu'elle a plein de partenaires. Moi, je passe vachement de temps à faire ça. Moi, je ne connais pas de dermato à part le mien. Donc il faut que je trouve un dermato qui va prendre la CMU ; ce n'est pas n'importe lequel parce qu'ils ne la prennent pas tous. Je vais y passer un temps énorme, pour le dermato ou pour l'ophtalmo, etc. Ça, c'est un travail supplémentaire. [...] C'est du temps en moins dans des recherches de partenaires, du temps en moins auprès des jeunes (qu'on pourrait voir deux fois la semaine au lieu d'une fois). Et puis peut-être que si on n'avait pas tout ça, au lieu d'en prendre cinq, je pourrais en prendre six, avoir un jeune supplémentaire, parce que c'est quand même mon objectif, de les sortir de là-dedans. » (Philippe, éducateur.)

La multiplication des injonctions institutionnelles oblige les professionnels à changer leurs postures, à faire évoluer leurs pratiques, ce qui peut parfois effrayer ou susciter des oppositions. Comme on le retrouve dans les établissements fermés de la PJJ – les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) plus particulièrement –, la difficile cohabitation des priorités de chaque corps professionnel se heurte à la présence simultanée de plusieurs cultures institutionnelles et de rationalités d'intervention propres à chacun d'entre eux (Chantraine, Sallée, 2013 ; Bailleau, Milburn, 2014). C'est ce que l'on observe dans les structures visitées dans le cadre de cette étude lorsque santé et approche éducative semblent difficilement cohabiter.

Mais ce volet éducatif n'est pas totalement étranger au champ de la santé comme aiment à le rappeler les infirmiers conseillers techniques santé : il est quasiment impossible de travailler sur l'insertion du jeune si les questions de santé ne sont pas traitées et qu'elles viennent alors mettre en danger le travail éducatif. Autant de

missions sur le papier bien distinctes mais qui, dans la pratique, s'entrecroisent donc autour d'un même objectif éducatif : le suivi éducatif du jeune et son insertion à la sortie de la mesure pénale. Même si les professionnels remplissent des fonctions différentes, ils convergent tous vers cet objectif éducatif commun (Vuattoux, 2011, pp. 126-130).

Plutôt que de parler de concurrence entre les cultures professionnelles, il est plus juste et plus prudent de dire que les frontières qui les séparent évoluent, bougent au profit d'une imbrication des missions de chacun (Vuattoux, 2011). C'est la combinaison entre les pratiques éducatives et les pratiques de soins qui caractérise la manière dont sont prises en charge les questions de santé dans les structures visitées. Même s'ils présentent un discours de façade critique vis-à-vis de ces questions de santé, la plupart des éducateurs et professeurs techniques font de la santé sans le savoir, ou plutôt sans le reconnaître au premier abord. Comme l'observent les infirmiers conseillers techniques santé, leurs collègues présents dans les structures traitent des questions de santé malgré des résistances qui persistent :

« Le fait de ma présence, ils parlent santé et pensent santé différemment. Ils ont envie mais il faut peut-être susciter. » (Florent, infirmier, conseiller technique santé.)

« Je pense qu'ils ne sont pas à l'aise avec ces questions eux-mêmes. Ils n'ont pas été formés ; ça n'a pas été une priorité. Maintenant, il y a quand même des formations proposées par les PTF (pôles territoriaux de formation) sur la sexualité des adolescents, les auteurs de violences sexuelles. Donc je pense qu'à force, ça va être plus facile. » (Lara, infirmière conseillère technique santé.)

« [Les éducateurs] sont en train d'évoluer et ils prennent cette santé comme ressource. Sur le territoire, on tend vers ça, en faisant des choses systématiques comme ça avec les examens de santé. [...] En termes de sexualité, je trouve les éducateurs relativement à l'écoute des comportements des ados en général, et très dans le questionnement. Je trouve que ça aussi, ça va dans le bon sens. » (Claude, infirmière, conseillère technique santé.)

Certains membres des équipes sont même ouverts et soucieux de traiter de cette question : c'est le cas des référentes santé qui acceptent le transfert d'une partie des missions dans le champ de la santé en plus de celles d'éducatrice ou de professeure technique. Pour ce faire, elles obtiennent le soutien des conseillers techniques santé de leur territoire qui entrent alors pleinement dans le cœur de métier : animer le réseau territorial en lien avec les équipes des structures PJJ.

Leur pratique est cependant bien cadrée : ils ne sont pas là pour « traiter » la cause même du problème de santé, mais ne sont compétents qu'en ce que l'intervention sur des questions de santé s'inscrit dans le contenu et la continuité du travail socio-éducatif :

« Même si on va un peu au-delà de l'insertion, on fait de l'insertion d'abord, même si on s'occupe un peu de la santé. » (Philippe, éducateur.)

Mais jusqu'où aller dans la pratique de soin et dans la pratique éducative ? C'est en effet une sorte de dilemme auquel se heurtent parfois les professionnels dès lors qu'ils investissent le champ de la santé. Si l'action éducative exige qu'un problème de santé soit, à un moment donné de la prise en charge, abordé par l'éducateur ou le professeur technique, à quel moment l'action en santé n'est-elle plus de son ressort et relève-t-elle du champ de compétences des spécialistes de santé ? Un exemple, évoqué à plusieurs reprises dans les entretiens, est à ce titre

particulièrement éloquent. En hébergement, les équipes doivent se positionner par rapport à la question des traitements médicaux des jeunes : lorsqu'un jeune placé suit un traitement médicamenteux, qui est compétent pour le lui donner quotidiennement ? Dans la pratique, les équipes éducatives remplissent ce rôle, même si celui-ci est régulièrement remis en question : ne devrait-il pas plutôt être rempli par un professionnel de santé, seul compétent pour traiter directement le problème de santé ?

« Je m'interrogeais beaucoup sur le fait de devoir des fois donner des traitements alors que ce n'était pas à nous de le faire. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

« Le jeune peut avoir un traitement, mais [les éducateurs] ne le prennent pas tout de suite en charge, donc par exemple, il va manquer de médicaments ou ils ne vont pas donner le traitement correctement. [...] Cet été, par exemple, on a eu ce qui devait arriver : un gros traitement sur un jeune avec neuf ou dix médicaments différents ; les éducateurs ne voulaient pas donner le traitement ; ils disaient que ce n'était pas à eux de le donner. [...]

– *Quels sont leurs arguments dans ce type de situation ?*

– Par exemple, ils vont dire que ce n'est pas à eux de donner les médicaments, c'est tout. Donc là, on précise bien les textes, qu'une équipe éducative peut donner les traitements tant qu'il y a une ordonnance datée et signée nominative, sauf si le médecin précise bien qu'il faut que le traitement soit donné par un personnel paramédical. Mais ils reviennent toujours là-dessus. Donc maintenant, on travaille différemment. Il y a un infirmier qui vient préparer les piluliers pour une semaine quand il y a des gros traitements. Par contre, il faut que le médecin le note bien sur l'ordonnance. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

Les représentations des professionnels sur ce qui relève de leur champ de compétences et sur ce qui n'y entre pas impactent fortement le rapport qu'ils entretiennent au quotidien avec les tâches assignées au domaine de la santé. Ainsi, les mêmes éducateurs qui refusaient de distribuer les piluliers acceptent parfois de donner certains types de médicament :

« Mais en même temps, à côté de ça, ça ne dérangeait pas l'équipe de donner du Doliprane dès qu'un jeune avait mal à la tête, alors qu'on leur a bien signalé depuis bien longtemps que même le Doliprane ne devait pas se donner sans ordonnance. De toute façon, moi, je leur dis toujours qu'un jeune peut faire une tentative de suicide avec du Doliprane. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

La question des représentations du champ de la santé et du champ médical est ici particulièrement sensible dans la mesure où elles dictent des pratiques professionnelles aux conséquences directes sur la santé des jeunes pris en charge. On est ici en mesure de s'interroger sur la nécessité d'une formation aux questions de santé pour casser certaines représentations et garantir une intervention adaptée des professionnels non spécialistes de la santé.

... à l'extérieur

La diversité des cultures professionnelles s'exprime également dans les relations que les structures de la PJJ établissent avec les partenaires extérieurs. Certains éducateurs rappellent parfois leur difficulté à assurer la continuité et la cohérence de la prise en charge des jeunes en lien avec la chaîne des professionnels mobilisés tout au long du parcours de prise en charge institutionnelle. L'étiquette « PJJ » serait stigmatisée, ne facilitant pas la mise en lien par exemple de l'éducateur PJJ avec son homologue de l'ASE.

« Ça ne va pas de soi parce qu'on a deux cadres de boulot complètement distincts. Il y a aussi une représentation des uns et des autres sur ce que peut être la PJJ, et nous aussi sur ce que peut être un CDAS

(centre départemental d'action sociale). Je crois qu'on est tous dans nos représentations. Il y a aussi des directives, la hiérarchie des uns et des autres à un moment qui donne son avis là-dessus.» (Céline, éducatrice, référente santé.)

La question du secret professionnel peut également être problématique dans le cadre spécifique de la santé. L'orientation d'un jeune vers un spécialiste de santé extérieur à la PJJ n'implique pas nécessairement le partage de l'information, bien au contraire compte tenu du secret médical. Ainsi, certaines prises en charge peuvent devenir plus complexes si aucune information d'ordre médical n'est transmise à l'éducateur PJJ, alors qu'il en aurait besoin dans son travail éducatif :

« Il y en a qui disent qu'on est éducateurs. Je ne demande jamais quelle est la problématique du jeune, quelle est sa maladie s'il en a une, mais c'est comment je peux travailler avec le jeune et sa famille et avec eux pour qu'il y ait une amélioration pour au moins rassurer le jeune et comprendre certains comportements qu'on pourrait nous interpréter d'une mauvaise manière. [...] Souvent, les psychiatres nous renvoient : "Non, c'est pas un problème de santé, c'est un problème éducatif." Nous, on voit que c'est pas qu'un problème éducatif. C'est les deux. Et pour le jeune, s'il y a pas cette entente, ce travail en commun, il avance pas. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Si certains sont soucieux de créer ce lien, ils rencontrent parfois de la part des autres professionnels des résistances à ouvrir leurs réseaux et partager les informations détenues sur un même jeune, ce qui n'est pas spécifique aux structures de la PJJ, comme le montre notamment un travail récent sur les maisons des adolescents (Le Grand, Muniglia, Loncle, 2013). Comment assurer alors la continuité de la prise en charge du problème de santé existant s'il y a concurrence entre les professionnels ?

La santé au cœur d'enjeux institutionnels : des pratiques éducatives dans un cadre pénal

Le difficile équilibre entre pratiques éducatives et pratiques de soins rappelle le positionnement ambivalent des équipes de la PJJ vis-à-vis de la question de la santé. Les professionnels composent avec une exigence supplémentaire – la dimension pénale – qui complexifie leur positionnement dans la prise en charge des jeunes. Si les éducateurs peuvent être amenés à traiter de la santé au cas par cas, ponctuellement, ils rappellent immédiatement le principe de division du travail inhérent au fonctionnement de l'institution : chacun son rôle plus ou moins ! Eux sont mandatés pour intervenir dans le cadre bien spécifique du champ pénal :

« Mon travail, c'est de déterminer les priorités dans la problématique du gamin, surtout aussi de bien rester à la place du cadre pénal. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Bien que tous les professionnels de l'institution se placent dans une perspective éducative, la fonction remplie par l'éducateur n'est réalisée qu'à partir de ce qui fonde son intervention et son mandat : le travail mené autour de la mesure pénale. S'il est amené à accompagner le jeune au planning familial, à évoquer avec lui la question de son rythme de vie ou encore à mener un atelier de sensibilisation sur la question des discriminations, l'éducateur demeure mandaté par le juge pour exécuter une décision de justice. Comme le rappelle Céline, éducatrice et référente santé de sa structure de milieu ouvert :

« Après, il faut toujours que je garde à l'esprit que je suis toujours dans ce cadre pénal et qu'il ne faut pas que je le perde de vue. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Ce cadre institutionnel est structurant pour la prise en charge, d'autant plus que les mesures diffèrent selon les jeunes, les actes commis, les situations individuelles. Si certains interviennent de la même manière avec tous les jeunes dont ils ont la charge, d'autres conçoivent des approches différentes selon la mesure pénale pour laquelle les jeunes se trouvent dans la structure. C'est le cas de Céline :

« La porte d'entrée n'est pas la même si j'ai un gamin en contrôle judiciaire ou si je l'ai dans le cadre d'une mesure de réparation ou d'une liberté surveillée préjudicielle. Si je l'ai dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'un sursis mise à l'épreuve, je vais insister lourdement, parce que les magistrats nous le demandent aussi, sur ce côté contrôle. Moi, je serais là pour contrôler. Il y a aura de l'éducatif parce que je suis éducatrice, mais je pense que c'est important que le mineur que je reçois ait ça en tête : je suis dans cette notion de contrôle. Des choses vont en découler après, mais ça, c'est ma porte d'entrée. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Même si cette éducatrice met l'accent sur le versant éducatif dans le cas d'autres mesures, la distinction entre action strictement éducative et action pénale (qui contient un pan d'éducatif pour autant) est ici bien claire. Le cadre pénal est prioritaire : le travail socio-éducatif est mis en place en lien avec l'infraction, la condamnation prononcée, et doit aboutir à une certaine prise de conscience par le jeune de l'acte qu'il a commis, de ses conséquences à l'égard de la société et du sens de la mesure de justice. C'est en tant que représentant de l'institution judiciaire que l'éducateur de la PJJ accomplit sa mission d'accompagnement, qui le distingue de fait de tout autre éducateur déjà en lien avec le jeune mais dans un cadre exclusivement civil, au titre de la protection de l'enfance. Cette posture ne semble toutefois pas créer d'opposition radicale entre les deux métiers, entre les deux approches, civile et pénale :

« Depuis quelques années, nous, on n'a plus les jeunes à accompagner au civil, donc on est exclusivement au pénal, sauf encore dans le cadre de mesures d'investigation (les fameuses MJIE : Mesures judiciaires d'investigation éducative) où on peut en avoir du civil. Ce n'est pas parce qu'on nous a changé cette attribution que pour autant il y a une barrière qui se dessine entre les deux. Très souvent, moi, je reçois des jeunes qui sont plus à prendre en charge au niveau du civil, avec leurs difficultés familiales, leurs situations personnelles compliquées. Et la compréhension de l'acte et ce qu'ils ont fait ensuite, ça vient dans un deuxième temps. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

C'est ici toute la difficulté inhérente aux fonctions de l'éducateur de la PJJ : savoir se situer dans le parcours d'accompagnement et d'insertion du jeune tout en rappelant le cadre de la loi, le sens de la mesure et en travaillant sur l'infraction commise. Pour certains, c'est au cours du travail éducatif sur le projet du jeune que ce cadre pénal prend sens, et non pas l'inverse. Ils refusent à ce titre certaines évolutions institutionnelles récentes qui viennent recentrer l'activité des services sur le pénal. Ces directives viendraient complexifier le travail éducatif à mettre en place avec les jeunes sur le long terme :

« Là, on est tout au pénal. Tous les jeunes qui sont accueillis sont au pénal. Ce qui est dommage. Parce qu'à une époque, on avait du civil, des jeunes qui étaient suivis par l'ASE. Et moi, je trouvais que ces jeunes avaient tendance à tirer les autres vers le haut. » (Philippe, éducateur.)

« C'est plus contraignant aussi. C'est beaucoup de contrôle. On est beaucoup dans le contrôle, et ça, ça me gêne parce que le côté éducatif, même si on lutte pour le maintenir, du coup, on a moins de temps pour le mettre en place. On se rapproche de plus en plus je dirais de ce qu'on appelle le SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation), le pénitentiaire des adultes. Par exemple, le juge nous demande pas comment va le jeune ; il nous demande si le jeune respecte ses obligations. C'est pas pareil, parce qu'un jeune peut ne pas respecter ses obligations concrètement, mais on sent qu'il y a quand même cette volonté de le faire, mais qu'il y arrive pas. [...] Je trouve qu'on leur laisse pas le temps d'avancer à leur rythme. Il faut qu'ils rentrent tout de suite dans la case. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

C'est finalement toute la tension observée dans le métier même d'éducateur à la PJJ dont il est ici question. Le référentiel d'action éducative rencontre celui du champ pénal, il se déploie dans ce cadre pénal. Les professionnels de la PJJ sont pris en tenaille entre des injonctions parfois contradictoires pour certains, essentielles et complémentaires pour d'autres. Les postures observées rappellent finalement les évolutions du paradigme d'intervention à la PJJ, qui placent aujourd'hui le curseur sur la responsabilisation des jeunes et qui promeuvent un modèle d'« éducation sous contrainte » (Sallée, 2013 ; 2014), un modèle pédagogique particulier de « l'éducation dans le cadre pénal » (Youf, 2009). Il y aurait « une conception responsabilisante du travail éducatif, fondée sur la dimension structurante, pour la personnalité des jeunes délinquants, du rappel de leurs obligations pénales » (Chantraine, Sallée, 2013, p.444). En effet, « l'infraction ne doit plus simplement être considérée comme le symptôme d'une causalité dont le mineur serait la victime, mais (...) elle est un acte d'un sujet qui est capable d'en répondre. Cependant, la responsabilité n'est pas totale. » (Youf, 2009, p.21). Les postures et discours des éducateurs rencontrés dans le cadre de cette étude illustrent bien dans quelle mesure ce mode d'intervention est aujourd'hui largement privilégié dans les structures de la PJJ.

Dans ce contexte, les pratiques en matière de santé sont pensées, ajustées, en fonction de ce modèle pédagogique en vigueur. Et la combinaison des deux est parfois délicate, voire complexe. C'est le cas notamment lors de certaines interactions quotidiennes avec les jeunes : alors qu'ils n'interviennent pas spécifiquement sur l'infraction commise ou la mesure pénale, les éducateurs envoient des signaux pouvant être considérés comme contradictoires à leurs missions. Ainsi nous a été rapporté l'exemple de la gestion de la cigarette dans les structures d'hébergement. Les éducateurs se trouvent ici face à un dilemme qu'ils ne savent pas toujours appréhender, ou qu'ils abordent dans tous les cas d'une manière incomprise par leurs collègues du champ de la santé. Les jeunes ne sont pas autorisés à fumer dans l'enceinte des structures d'hébergement et leurs éducateurs fumeurs ne sont pas censés fumer devant eux. Cependant, certaines situations du quotidien les amènent à composer avec la règle, à autoriser certains écarts parce qu'ils deviennent des soutiens à l'action éducative. C'est ce que nous explique Céline, éducatrice référente santé, lorsqu'elle se souvient de certaines situations conflictuelles avec des jeunes, apaisées « grâce » ou par la proximité établie lors d'une cigarette fumée avec eux :

« Mais on se rendait compte aussi que souvent, dans le domaine de la santé, les professionnels de la santé se heurtent à ce qu'on a à mettre en place au quotidien et à la prise en charge au quotidien en hébergement par exemple. Je me souviens de la clope par exemple. Moi, à l'époque, je fumais. Il y a eu cette fameuse loi qui interdisait de fumer dans un lieu public, comme le foyer. Normalement, on devait pas fumer avec les gamins. D'une part, quand c'est leur lieu de vie 24/24, c'est bien beau cette loi à la con, mais ils ont besoin de souffler à un moment donné. Ce qu'on se rendait compte aussi, c'est dans des périodes très chaudes avec des situations très compliquées, eh ben t'as ce réflexe-là de dire au gamin, parce que tu sais qu'il est fumeur :

“Eh, on va se fumer une clope ?”, comme ça, ça va détendre l’atmosphère. C’était complètement hallucinant pour l’infirmier, ce que je comprends aussi. Mais nous, on n’avait pas l’impression de l’influencer dans la cigarette, puisque pour nous, il fumait déjà, et que ça lui permettait de baisser un peu la pression. [...] C’était une clé qu’on avait trouvée avec lui de faire retomber la pression. Et là, la santé et le domaine éducatif peuvent se heurter. Ça, c’est clair. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Fumer une cigarette (alors que le règlement intérieur du foyer le proscrit) permet au jeune d’évacuer stress, angoisse, colère et de canaliser son énergie. L’éducateur l’accompagne même parfois, sortant du cadre officiel et instaurant une proximité utile et nécessaire au travail avec le jeune, au désamorçage de la situation et à la compréhension de ses réactions. Cette posture, clairement revendiquée par certains, laisse entrevoir toute la distance qui sépare alors les éducateurs des infirmiers et médecins qui tiennent pour leur part un discours sévère sur la consommation de tabac.

Le quotidien de la pratique des professionnels se trouve finalement pris en étau entre des injonctions institutionnelles qui complexifient les modes de prises en charge et des cultures professionnelles qui s’imbriquent et apprennent à composer avec elles.

Dans ce contexte, le triptyque action éducative, cadre pénal et action de santé se trouve au cœur d’un double mouvement dans les pratiques des professionnels, et caractérise l’appréhension des questions de santé par les professionnels de la PJJ. Le premier mouvement serait une aspiration à une « démedicalisation » de la santé globale, entendue comme tout ce qui a trait au bien-être de l’individu auquel les éducateurs contribuent mais dont ils sont rapidement évincés dès la prise en charge par un professionnel de santé. Il vient donc dans un mouvement distinct de la « médicalisation » de la société qui consiste à envisager des pratiques sociales à travers le prisme médical (Fassin, 1998). Il s’illustre par le fait que des professionnels non spécialistes parlent de santé avec les jeunes, même si, nous l’avons largement évoqué, ils refusent de l’exprimer de cette manière. Les plus enclins à traiter de la question sont une nouvelle génération d’éducateurs, ou plutôt d’éducatrices puisqu’il s’agit quasiment systématiquement des femmes rencontrées, désireuses de faire bouger les lignes des interventions et de l’institution. L’inscription de ces professionnels éducateurs et professeurs techniques dans le champ de la santé marque la prise en compte des questions de santé à travers un prisme qui n’est pas exclusivement médical ou curatif. C’est la dimension éducative qui devient avant tout la plus importante avec toute une démarche de prévention. Les professionnels ne traitent certes pas du problème de santé en lui-même ; mais ils l’abordent dans la discussion avec les jeunes, tentent d’en comprendre les ressorts et son impact dans leur quotidien, et impulsent une démarche qu’ils souhaitent à terme responsabilisante (accompagner dans les structures, orienter vers les spécialistes). Ils abordent alors la question des prises de risque éventuelles (dans ses consommations, sa vie sexuelle, etc.) sous l’angle de la prévention. Et la question de santé ne relève finalement plus uniquement du champ de la santé en ce qu’elle vient interférer avec le suivi et le travail éducatif. Ce mouvement de « démedicalisation » n’empêche en revanche pas le traitement purement médical du problème de santé, les professionnels de santé étant mobilisés en bout de chaîne pour le gérer en tant que spécialistes du domaine. Cette prise en charge médicale – que l’on peut qualifier de « remédicalisation » ou de « renforcement de la médicalisation » déjà présente dans l’institution PJJ (Vuattoux, 2011, pp. 148-149) – rassure d’ailleurs les éducateurs et professeurs techniques qui rappellent bien combien ils ne sont pas compétents pour traiter directement le

problème en lui-même. Il repose sur le partenariat établi entre les différents corps professionnels présents à la PJJ ainsi qu'avec les spécialistes extérieurs à l'institution (médecins généralistes, centres de santé, hôpitaux, centre de dépistage VIH/SIDA, planning familial, etc.). On peut constater à ce niveau un passage de relais entre le professionnel de la PJJ et le professionnel de santé qui se fait plus ou moins au détriment des deux, puisqu'il n'existe pas ou peu de moments communs d'analyse et de mise en perspective dans une dimension plus globale de l'individu, chacun étant contraint par le secret professionnel respectif.

Le second mouvement en œuvre serait une réintégration des problématiques spécifiques que sont le sommeil, l'alimentation ou encore la sexualité au champ de la santé et de la prévention, dans un objectif de remettre les jeunes « *dans le droit chemin* », pour leur permettre d'adopter des conduites « *saines* » ou « *bonnes pour eux* ». Cela passe notamment par l'identification ou du moins l'existence des référentes santé qui se trouvent chargées d'aborder ces questions et d'animer des ateliers en ce sens, ou encore par le devoir d'agir que défendent les professionnels de la PJJ. Ce second mouvement est particulièrement visible dans le champ de la sexualité, nous le développerons ultérieurement, où les professionnels ne cessent d'évoquer les pratiques à risque des jeunes dont ils ont la charge. Cette approche mobilise alors d'une part un discours normatif fortement structuré par le cadre pénal dans lequel s'inscrit l'intervention des professionnels. Elle renvoie d'autre part à toute une série de représentations sur ce qui constitue la sexualité des filles et des garçons pris en charge et de ce que devraient être en la matière les bonnes conduites des jeunes, c'est-à-dire socialement acceptées.

La « bonne distance » en question

Quand on aborde la question de la santé vient assez rapidement la question de l'intimité, du corps et de la bonne distance à établir par l'éducateur entre lui et le jeune, mais également de la bonne distance à maintenir par le jeune avec son éducateur. L'enjeu peut ainsi se résumer comme suit : comment se rapprocher/dialoguer/se faire confiance en respectant le rôle de chacun et les attentes sociales qui y sont associées. À cette gestion de la « bonne distance » qui permet d'établir une relation mais de conserver une posture et un rôle appropriés à l'interaction, s'ajoute la gestion des émotions. Les entretiens réalisés auprès des professionnels montrent que leur expérience professionnelle est intense notamment du côté des émotions, malgré des apparences de neutralité et de mise à distance. Catherine Mercadier, dans son travail sur les infirmières souligne que « la vie émotionnelle dans le travail soignant appartient à la partie cachée de l'iceberg : l'émotion s'exprime essentiellement dans une gestualité, ce qui permet de comprendre les difficultés que nous avons rencontrées au cours des entretiens pour les faire verbaliser » (Mercadier, 2008, p. 243). Les propos que nous avons entendus par les éducateurs et autres professionnels PJJ font émerger des enjeux similaires. « *Ça m'a touché* », « *J'en ai pas dormi de la nuit* », « *J'y repense encore* », « *Je l'ai mal vécu* » ou encore « *C'était vraiment pas facile* » sont autant d'expressions utilisées par les éducateurs et qui illustrent l'expression des émotions de ces professionnels pourtant contraints et formés pour maintenir une distance avec les jeunes dont ils ont la charge temporairement. L'indifférence n'est donc qu'apparence, elle est perçue en partie par les jeunes et affirmée par les éducateurs : « *La première fois c'est bizarre, après tu es rodé!* » ou « *Avec le temps, on est moins choqués* », « *Je suis habitué maintenant, ça me fait plus grand chose* ». Cette apparence d'indifférence participe d'un travail émotionnel (Drulhe, 2000) et doit être reconnue comme faisant partie des compétences

professionnelles. Cette gestion des émotions, qui passe par un travail de leur mise à distance, participe également au travail de prise en charge des mineurs PJJ, même si elle demeure sous-estimée par les professionnels.

Le travail invisible de « bonne » distance avec les jeunes comprend également un devoir de neutralité émotionnelle intrinsèque à toute activité professionnelle basée sur les relations et les questions sociales. Cette neutralité émotionnelle serait la garantie d'une prise de distance par rapport aux mesures que les éducateurs ont la charge de mettre en place (et qu'ils considèrent parfois comme inadaptées tout en se gardant bien de le dire et de le faire savoir), et une certaine reconnaissance par les collègues. Ainsi tout se passe comme si savoir faire face, être « dur », ou encore « être solide » était une compétence professionnelle et à l'inverse, comme si trop s'investir émotionnellement, aller « trop loin » dans la relation avec le jeune reviendrait à desservir le travail mené avec lui, voire même parfois à un manque de professionnalisme. Ainsi certains éducateurs avouent avoir déjà entendu des remarques de leurs collègues les mettant en garde contre une relation trop maternante avec les jeunes dont ils ont la charge :

« Je suis arrivée il y a longtemps à la PJJ, mes gamins je les connais bien. Il y a des collègues pour qui ça passe moins bien. O.K. parfois je les chouchoute un peu trop peut-être, mais ils ont des vies pas possibles. Si on peut les aider un peu, pas que du côté éducatif mais aussi pour leur vie, moi je dis banco. [...] Ce matin, Douce ne venait pas, j'ai dû appeler chez elle, son portable, aller voir devant son collègue, celui de ses copines, j'ai été voir aussi devant la place où elles sont souvent... et finalement, j'ai fini par la trouver, elle marchait tranquillement dans la rue ! [...] Pour certains collègues j'en fais trop. Moi je pense que c'est ça mon boulot. C'est ça que j'aime dans mon boulot, et ces gamins ils ont le droit d'avoir ça... » (Bénédicte, éducatrice, référente santé.)

Tout est donc une question de dosage, relativement complexe pour les professionnels, et encore plus lorsqu'ils sont jeunes dans le métier, et d'autant plus lorsqu'il s'agit de femmes. En effet, au cours de leurs premières années professionnelles, il est attendu des femmes qu'elles fassent particulièrement attention, en raison de leur inexpérience mais d'abord en raison de leur sexe. Les représentations entendues dans le cadre de cette enquête exploratoire convergent vers l'idée que les jeunes de la PJJ, surtout garçons, seraient des prédateurs (sexuels) et des manipulateurs que les femmes professionnelles doivent maintenir à distance pour « se protéger ».

Considérées comme ne pouvant aller dans le corps-à-corps physique (contrairement aux professionnels hommes), les femmes de la PJJ seraient ainsi plus vulnérables et susceptibles d'être victimes des jeunes dont elles ont pourtant la charge. Ce constat interpelle quant aux représentations stéréotypées et sexistes des compétences supposées des hommes et des femmes en raison de leur sexe véhiculées par les professionnels eux-mêmes, hommes et femmes travaillant à la PJJ (on reviendra sur ce point ultérieurement). Il y a des enjeux forts et des tensions parfois contradictoires entre maintenir à distance et créer un cadre rassurant, notamment pour aborder les questions de santé, de sexualité. Ainsi, compte tenu de l'ensemble des contraintes et représentations qui pèsent sur les femmes professionnelles, nous avons pu constater le recours à un discours légaliste (non conscientisé) dans leur manière d'aborder les enjeux de sexualité/intimité : il s'agit de cadrer par rapport aux lois, aux obligations, et aux limites en insistant notamment sur la question du viol.

Être un éducateur exemplaire : loyauté vis-à-vis de l'institution

Être éducateur, c'est certes accompagner en établissant une relation de confiance avec le jeune, mais c'est également savoir rester dans son rôle de professionnel de la justice mobilisé pour suivre l'exécution d'une mesure judiciaire. Prendre de la distance pour ne pas trop s'impliquer émotionnellement ne doit pas pour autant laisser place à une relation purement formelle, institutionnelle, dénuée d'une part plus subjective construite en fonction des situations individuelles. C'est bien ce qui est défendu par les professionnels qui font du travail relationnel une des clés de voûte de leur travail et qui participe fortement à leur motivation initiale. La gestion des désaccords dans les équipes participe également de ce travail de neutralité émotionnelle. Pour les professionnels, il s'agit de faire « corps » (professionnel) à tout prix, et à ce titre ils se retrouvent à réduire au silence leurs remarques et désapprobation de certaines pratiques. Si des professionnels PJJ ont raconté constater des attitudes ou pratiques de collègues avec lesquelles ils ne sont pas d'accord, ce n'est pas pour autant qu'ils iront les dire, en faire part, les discuter en équipe, bien au contraire. Le silence contribue à préserver l'image de la PJJ régulièrement écornée et protège l'éducateur d'un envahissement émotionnel en le maintenant dans une certaine neutralité. Ces postures contribuent pourtant à mettre en difficulté la cohésion d'équipe.

On parle de ces pratiques qui dérangent, interpellent entre soi, entre collègues qui partagent la même conception de la prise en charge et de la posture professionnelle, en « off », mais on ne pose jamais véritablement la question en équipe, ou alors de manière détournée. La tolérance à l'égard du cannabis ou encore d'excès d'alcool font partie des exemples les plus régulièrement discutés, cités par les professionnels rencontrés mais illustrent bien les difficultés avec lesquels ils doivent composer :

« Moi, le constat que je fais, c'est qu'il y a une question de génération aussi. X qui est pas bien plus vieille que moi [...], et qui a plus d'une vingtaine d'années de travail, je lui dis : "Arrête de parler comme une vieille conne ! Ça va ! C'est pas parce que ça se faisait pas avant ou de cette manière-là que ça ne peut pas !". Je crois qu'il y a une question de génération, d'approche. Il y a tout ça. On parlait du cannabis, de l'alcool. Moi, ce que je peux remarquer des personnes qui ont dépassé la quarantaine, c'est que le cannabis, c'est diabolisé. Par contre, l'alcool, il y a un côté très culturel quand même en France. On a un peu plus, je ne sais pas si c'est de compréhension, mais en tout cas, ce n'est pas pris de la même manière. Donc moi, j'essaie de remettre les choses un peu dans leur contexte, à leur niveau, de dire aussi qu'à un certain moment, quelqu'un qui picole, ça n'a pas tout à fait les mêmes conséquences que quelqu'un qui fume du cannabis. Il y a tout ça. Et je me dis que ça passe par l'information : c'est dédiaboliser certaines choses ; c'est en comprendre mieux d'autres. Moi, au niveau de l'alcool, je suis très ferme. Et donc je me dis que de ma place à moi, j'ai besoin aussi d'avoir davantage de clés certainement sur comment aborder cette question avec plus de compréhension. Et cette question de l'alcool, c'est souvent en lien avec des violences intrafamiliales, ça chapeaute tellement de trucs que je me dis que je vais m'y retrouver de toute façon au niveau de la santé. »
(Céline, éducatrice, référente santé.)

La norme de neutralité émotionnelle au sein de la PJJ tend à laisser entendre que rien de très banal ne s'y déroule : les jeunes ayant eu affaire à la justice s'y retrouvent pour un temps donné. Ce silence s'enracine dans la culture professionnelle. En effet si les médecins ont le serment d'Hippocrate, les éducateurs ont un code de déontologie et un devoir de secret professionnel (excepté si le jeune raconte un délit, un crime, une violence subie pénalement condamnable, ou encore une consommation interdite pour laquelle il est pénalement jugé...). La socialisation professionnelle des émotions va en ce sens : il s'agit pour les éducateurs d'observer une attitude de neutralité

émotionnelle, de ne pas se laisser déborder par une situation, un cas particulier (ce qui n'est pas évident lorsque la médiatisation des faits a été importante par exemple). Il s'agit alors de maîtriser leurs réactions, de manière à ne pas inquiéter le jeune, ne pas exacerber ses inquiétudes ou en générer de nouvelles. Certains jeunes profitent d'ailleurs de leurs « exploits » pour impressionner et tester les éducateurs sur leur capacité à rester neutres, professionnels et impassibles. C'est le cas de Mathieu qui se retrouve condamné pour agression physique et violente : il considère avoir un « palmarès » après deux périodes de cavale et une fugue du CEF ; il a été plusieurs fois convoqué pour violences à l'encontre d'autres jeunes de la PJJ :

« C'est que moi, au fond de mon périple, quand j'ai tiré sur quelqu'un, ça s'est passé le 14 juin. Vous pouvez regarder [la Presse] y en a partout des articles. Puis moi je pensais passer entre les mailles du filet. [...] Ben ça, ça impressionne les éduc, ils te regardent pas pareil ! » (Mathieu, 15 ans.)

Ce travail de « bonne distance », aussi complexe qu'il soit à doser, est rendu possible par la tenue d'un dossier individuel concernant chaque jeune et qui, dans sa composition très formelle, est un moyen de construire la personne en tant que « jeune délinquant ». La rédaction du dossier, la mise à l'écrit des événements, des entretiens, est présentée comme assez cadrée par les éducateurs rencontrés et ne laisse que peu de place à la vie intime du jeune, son histoire, son environnement. Elle ne laisse également aucune place au ressenti de l'éducateur remplissant le dossier. Seuls les détails qui sont susceptibles d'être en lien avec la peine pour laquelle le jeune concerné a été condamné peuvent faire partie du dossier. La mise à l'écrit participe de cette mise à distance pour un grand nombre d'éducateurs rencontrés, par ailleurs pas forcément très à l'aise avec l'ordinateur ou la rédaction. Les bouleversements administratifs au sein des structures révèlent de véritables lacunes quant à ce passage à l'écrit : les rapports autrefois manuscrits et ensuite saisis à l'ordinateur par les secrétaires sont aujourd'hui directement saisis par les éducateurs pas toujours familiers de l'outil informatique, quel que soit leur âge. Si elle est bénéfique pour la prise de recul vis-à-vis des situations individuelles, la mise à l'écrit est en revanche vécue comme une « *perte de temps* » par les éducateurs qui ont l'impression que leurs missions initiales, notamment pour le temps d'accueil et d'échange avec les jeunes, s'en trouvent réduites.

Les entretiens réalisés auprès des professionnels montrent qu'écrire, mais aussi parler de ces jeunes en équipe ou en audience, ne laisse que très peu (voire pas) de place à la dimension affective et aux émotions. Dans les transmissions au parquet (ou à la prochaine unité lorsqu'il y a un transfert), les éducateurs écrivent ce qui est important à leurs yeux, ce qui a été fait, ce qui s'est passé et ce qui peut servir aux collègues qui vont prendre le relais, ce qui pourrait répondre aux interrogations du juge¹⁴. Les éducateurs n'y rédigent pourtant pas une grande partie de leur travail qui participe de l'échange et du contact avec le jeune, ni ce qu'ils ressentent, ou très rarement leurs jugements personnels. Si la vision de l'éducateur est importante pour la prise en charge et le suivi de la peine, il n'empêche que la manière de restituer cela à l'écrit pose question et n'est en rien évident pour les professionnels rencontrés. Cela reste dans les discussions orales informelles, ou peut émerger en réunion d'équipe – toujours à l'oral. Par le travail d'écriture s'opère donc une prise de distance entre l'éducateur et la situation du jeune ; le choix des mots, le langage écrit participent de la gestion des émotions.

¹⁴ Il serait d'ailleurs intéressant que ces traces écrites, rapports, comptes rendus fassent l'objet d'une analyse sur le travail émotionnel et la prise de distance des éducateurs.

Ouvrir la sphère de son intimité : une marque de confiance symbolique

Les entretiens menés avec les professionnels nous ont amenés à nous interroger sur les limites de l'accompagnement et du suivi du jeune. Prendre de la distance pour ne pas trop s'impliquer émotionnellement ne doit pas laisser place à une relation purement formelle, institutionnelle, dénuée d'une part plus subjective construite en fonction des situations individuelles. C'est toute la difficulté du travail d'accompagnement socio-éducatif (Virat, 2014). Si l'accompagnement judiciaire implique des rencontres régulières entre professionnels et jeunes, il ne prévoit pas la gestion des temps non formalisés d'échanges pourtant essentiels aux yeux des éducateurs rencontrés. Certaines configurations sont plus propices, nous l'avons évoqué, pour aborder certains sujets avec les jeunes, qu'ils relèvent de questions sur le parcours de formation/d'insertion/judiciaire, de problèmes familiaux ou de questions plus intimes. Ces moments sont souvent révélateurs de l'implication de l'éducateur et constituent des éléments à part entière de la dimension d'accompagnement. Ainsi, plusieurs professionnels nous ont expliqué que le quotidien d'un éducateur est ponctué de situations où il sort de son bureau et des institutions pour partir mobiliser un public peu captif parce que pas présent quotidiennement dans les locaux de la PJJ. Il s'agit par exemple d'aller chercher en voiture un jeune suivi à l'autre bout de la ville pour s'assurer qu'il ne rate pas son rendez-vous d'inscription dans une nouvelle formation. Ou alors de l'appeler ou de contacter ses parents jusqu'à savoir où il se trouve plutôt que d'être venu à son rendez-vous à la PJJ. Les exemples sont nombreux et ponctuent le quotidien des éducateurs. Pour les professionnels, montrer que l'on est disponible, impliqué, présent est constitutif de leurs missions :

« Il faut persévérer lorsqu'on est éduc ! », « Être éducateur, c'est apprendre à être patient ! », « Chaque matin, on ne sait jamais si on pourra faire ce que l'on avait prévu ; peut-être qu'il faudra partir chercher un jeune à l'autre bout de la ville ! ».

Certains professionnels transmettent leur numéro de téléphone personnel dans certaines situations individuelles. Le numéro de téléphone portable permet en cela une possibilité d'intrusion dans la vie privée qui marque l'instauration d'une relation de confiance. Le fait est que parmi les quelques éducateurs donnant leur numéro de portable personnel, très peu racontent que les jeunes les ont utilisés durant le temps de prise en charge. Cette pratique est donc plus symbolique qu'opératoire. C'est après, une fois que les jeunes sortent de la mesure, que certains décideront de maintenir une relation – distante mais réelle. Ainsi telle éducatrice nous raconte avoir des nouvelles irrégulièrement de 3 ou 4 jeunes qu'elle a suivis. Elle est au courant lorsqu'un tel a eu un enfant, ou qu'une telle a eu un emploi. Confier son numéro de portable personnel contribue en quelque sorte à dépasser la relation officielle, institutionnalisée pour s'inscrire dans un rapport plus personnel, mais qui n'inscrit pas pour autant la relation d'égal à égal, car l'un (l'éducateur) se rend sollicitable pour aider/écouter l'autre (le jeune).

La relation établie avec le jeune s'inscrit naturellement dans un rapport hiérarchique d'autorité compte tenu du cadre pénal dans lequel elle se développe. Sans condamnation par le tribunal pour enfants, le jeune n'aurait pas été amené à côtoyer, partager, échanger avec le professionnel de la PJJ. L'étiquette « justice » est clairement adossée aux professionnels par les jeunes rencontrés, ces derniers faisant bien la distinction par exemple entre leur éducateur PJJ et celui extérieur à la structure relevant de l'ASE, lorsqu'il y a prise en charge au titre de la protection de l'enfance. De fait, la relation établie comporte cette dimension judiciaire à laquelle elle ne se soustrait que très

difficilement. D'autant plus difficilement que la majorité des éducateurs PJJ rappelle, nous l'avons vu, que le cadre pénal est également là pour cadrer leur intervention. La relation de confiance avec le jeune s'établit dans la durée de la prise en charge, même si elle est courte, ou dans sa continuité lorsqu'il y a des allers-retours du jeune à la suite de plusieurs condamnations (dans ce cas précis, si la mesure pénale d'un jeune est affectée à la même structure de la PJJ, ce dernier est suivi par le même éducateur qui l'a pris en charge lors de sa(ses) première(s) condamnation(s). Si la relation entre les deux n'est pas productive ou conflictuelle, un autre éducateur de l'équipe prend en charge le jeune).

Pour certains éducateurs, partager un peu de son intimité et des moments d'intimité sont autant d'occasions pour faire évoluer la relation éducateur/jeune, ouvrir une porte dans le processus d'accompagnement, ne plus être seulement perçus à travers des figures institutionnalisées – le représentant de la loi et l'auteur d'une infraction, mais aussi comme des personnes – un adulte et un jeune. La force de la relation est perceptible dans les récits des professionnels qui racontent avoir des nouvelles des jeunes (parce qu'ils reviennent à la structure, ou envoient un SMS) ou suivent leurs péripéties à travers la rubrique des faits divers dans les médias :

« Ça m'arrive de les croiser dans la rue. Ça arrive à certains de revenir ici, surtout quand (entre guillemets) "ils s'en sont sortis", me dire : "Je travaille, ça y est." Puis ils nous montrent des fois la photo de leurs enfants. Ou des fois, ils reviennent six mois - huit mois après, juste pour dire "merci". Ils ont besoin. Ou quand je les croise dans la rue, il y a pas de soucis, ils vont me parler. Mais c'est surtout ceux qui m'ont prouvé qu'ils ont réussi, parce que ce qu'il faut qu'on sache aussi, c'est que ce qu'on fait là aujourd'hui n'a pas forcément d'impact immédiat. Ça peut être deux ans - trois ans après. Mais ils nous disent souvent, notamment ceux qui ont des enfants : "J'ai retenu ce que vous avez dit à mes parents, et j'ai retenu ce que vous m'avez dit, et je ne vais pas faire la même chose." Après, peut-être qu'ils le feront, je ne sais pas. Mais ce qu'on sème aujourd'hui, on ne va pas le récolter avant qu'ils partent. Souvent, on est frustrés d'ailleurs de ça parce qu'on a l'impression qu'il n'y a pas eu d'évolution, et puis on les voit un an - deux ans après. Après, il y en a qui font encore la Une des journaux et on les suit comme ça. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Une autre manière de dépasser le cadre institutionnel et de casser la glace et les rôles tenus par chacun pour la mise en scène éducateur/jeune délinquant est de partager un temps d'intimité. Près de la moitié des éducateurs nous ont cité des moments plus informels qui ont servi à renforcer la relation de confiance établie entre éducateur et jeune. Ils expliquent ainsi que le jeune acceptera d'autant plus de se dévoiler s'il constate que son éducateur dévoile lui aussi un pan de sa vie personnelle. Il s'agit en quelque sorte de dépasser la relation officielle, institutionnalisée pour s'inscrire dans un rapport plus personnel, d'égal à égal. Une éducatrice rencontrée nous racontait par exemple être partie encadrer un séjour à l'étranger et avoir partagé une séance de hammam avec des adolescentes difficiles, cet événement étant alors considéré comme marquant dans l'évolution de sa relation avec ces jeunes filles. Au hammam, elles étaient toutes des femmes, prenant soin de leur corps, avec des expériences et des questionnements communs sur leur corps et le rapport à l'autre :

« On va au hammam. On s'est rendu compte que les femmes marocaines étaient nues. Donc, soit on y va juste en culotte, en se disaient qu'on essaye de se fondre un peu (parce qu'on a été reçues dans des familles marocaines) ; on prend ça vraiment comme un moment d'intimité, de toilette et tout ça. Soit les filles sont à même de pouvoir garder leur maillot de bain si elles sont plus à l'aise avec ça. Moi, je suis toujours très à distance, et notamment au niveau de mon intimité, parce que c'est comme ça. On a pris le parti d'être en culotte, moi y compris. Et je me suis rendu compte que ce moment-là avait créé vraiment quelque chose de

fort avec les gamines que j'accompagnais. D'une part, elles ont vu que j'avais un tatouage. On a parlé des mesures d'hygiène, tout ça, de quel âge j'avais quand j'avais fait mon tatouage. Super intéressant. Je me suis rendu compte aussi qu'au niveau de la toilette, il y en avait qui étaient plus ou moins avancées par rapport à ça. La notion du corps aussi, les complexes qu'elles pouvaient avoir. Je me suis rendu compte aussi que ce moment d'intimité avec l'éducatrice n'était pas un problème pour les jeunes filles dans la relation. Jamais à aucun moment quand on est revenues, je n'ai entendu parler de : "L'éducatrice, elle est comme ci." Jamais. Il n'y a jamais rien qui est ressorti au niveau physique des unes comme des autres. On s'est dit c'est comme un pacte. » (Céline, éducatrice, référente santé.)

Du côté des jeunes, le fait d'être considérés également comme des jeunes, comme des membres de leur génération et non pas d'être réduits à une identité de délinquant, notamment par des éducateurs chargés de mettre en place leur suivi pénal, contribue à faire tomber les masques et à permettre de redessiner les rôles et les relations, même s'ils ont l'impression que tout est déjà accessible les concernant (la question du numéro de téléphone portable ne se pose pas, ils doivent être joignables).

Le rôle de l'adulte en matière de santé : informer, « faire avec », « faire à la place de » ?

Au même titre qu'ils conçoivent différemment le rapport à établir avec le jeune, avec plus ou moins de proximité, les adultes mettent en place des modes d'intervention multiples selon les situations rencontrées. Chaque professionnel adapte finalement sa manière d'intervenir sur la santé en fonction de ses représentations sur ce champ spécifique, de ses compétences, de sa légitimité perçue ou ressentie à intervenir sur ces questions, son parcours professionnel et personnel antérieur et de sa fonction au sein de la structure PJJ. Aussi, alors qu'ils ne bénéficient pas tous d'une formation initiale dans le champ de la santé (sauf pour les professionnels de la PJJ spécialistes des questions de santé et ceux issus de l'éducation spécialisée), chacun « bricole » ses pratiques dans le quotidien de la prise en charge. Si les évolutions institutionnelles tendent à systématiser les interventions en la matière, à travers des outils, des procédures, l'inscription dans un réseau partenarial de territoire, ou encore des fonctions spécifiques en matière de santé, les déclinaisons de la prise en compte de ces questions varient selon les personnes. Elles ne s'opposent pas pour autant, elles se complètent même et s'influencent parfois. Les professionnels rencontrés ont bien souvent parlé de leur pratique en la situant par rapport à celle de leurs collègues (actuels ou passés), comme si la justification de leur manière de faire trouvait sa source dans les pratiques répandues ou décriées dans l'institution. Si tous s'accordent sur le fait qu'on ne peut pas « faire malgré » les jeunes, on a pu distinguer trois rôles des adultes de la PJJ (du point de vue de ceux-ci) dans le champ de la santé. Ils se situent tous au-delà du « minimum » prévu par le cadre formel de la prise en charge, à savoir le RIS et le bilan santé qui s'imposent en théorie lors de chaque entrée des jeunes dans les dispositifs dans lesquels ils ont été placés. Ils dépassent donc l'approche procédurale précédemment évoquée qui consiste à s'acquitter des formalités – ou plus souvent d'une partie seulement – prévues à l'entrée dans l'institution dans le champ de la santé. Il s'agit également de composer dans une relation asymétrique avec un éducateur/adulte qui sait (ou devrait savoir) et un jeune qui ne sait pas (et qui devrait bientôt savoir). Cette diversité des métiers et des cultures professionnelles se fait ressentir dès que l'on aborde la question de la prévention et de la santé à propos des jeunes suivis par la PJJ.

« Laisser faire » : permettre aux jeunes d'accéder à l'information

La première mission remplie par une grande partie des professionnels de la PJJ consiste à mettre à disposition des jeunes de l'information en matière de santé : c'est bien ce que disent les éducateurs, mais aussi les jeunes, et qui a été confirmé par les quelques observations menées sur le terrain. À ce titre, les jeunes peuvent se procurer très facilement un nombre important de brochures, dépliants et flyers au sein des structures qui les accueillent. Des préservatifs – quasi-exclusivement masculins – sont également disponibles, soit dans les bureaux des éducateurs, bien souvent mis en évidence, soit à l'entrée des structures, dans un tiroir ou placard un peu caché pour ne pas trop attirer l'attention. De manière plus inégale, beaucoup de jeunes rencontrés ont eu accès à l'information sur la santé et ont pu bénéficier de séances de prévention en milieu scolaire (sur les addictions, la sexualité, ou encore la circulation routière), même si leurs souvenirs en sont très vagues.

« Si je me souviens, en cours on avait eu un cours par la gendarmerie sur la drogue et tout. Mais bon, après j'ai arrêté d'aller en cours donc je sais pas trop si ça a continué ! » (Douce, 13 ans.)

Alors qu'une grande majorité d'entre eux est déscolarisée, ces animations restent associées au milieu scolaire qu'ils rejettent et par conséquent pas valorisées. Les professionnels ne savent donc pas toujours quel est le niveau d'informations des jeunes dont ils ont la charge, d'autant plus que tous ne participent pas aux ateliers thématiques relatifs à la santé ponctuellement mis en place dans la structure PJJ.

La diversité des jeunes, de leurs parcours scolaires et de leur situation familiale (origine sociale, diplôme et activité des parents, composition de la fratrie, famille monoparentale, déménagements fréquents, placement ASE, etc.) participe également à l'hétérogénéité du public qui se retrouve le temps d'une mesure pénale à vivre ensemble. À la PJJ, la question de la prise en compte de la santé ne se limite pas qu'au bilan de santé d'entrée dans la mesure, loin de là, et les entretiens ont mis en évidence l'impact des représentations qu'ont les professionnels sur les jeunes, dans leur manière de travailler et d'accompagner les jeunes en matière de santé. Tous s'accordent sur le fait que les jeunes pris en charge par la PJJ sont globalement peu assidus et réfractaires aux contraintes institutionnelles, ce qui constitue un réel frein à l'information et à l'implication des équipes sur le champ de la santé.

« Ce matin-là, il y avait quatre loupés parce que l'erreur qu'on avait faite, c'est qu'on avait mis quatre rendez-vous en même temps. Sur les quatre jeunes, il y en a un qui y est allé, le petit X que t'as vu. Les trois autres étaient en fugue. Mais ça, c'est quelque chose qu'on peut pas prévoir. Sauf qu'on les a prévenus au dernier moment parce qu'on attendait jusqu'au dernier moment de savoir si les gamins seraient là ou pas. Tu peux pas prévoir quelque chose pour un jeune qui est en fugue, ou en tout cas désorganiser quelque chose pour un jeune qui est en fugue. Si le jeune revient au moment où il avait son rendez-vous, t'es dans le caca. Et en même temps, je peux comprendre l'IRSA qui m'a dit ce jour-là : "Écoutez, nous, c'est pas possible de travailler comme ça. Vous pouvez pas nous appeler une demi-heure avant pour nous dire que le jeune viendra pas parce que nous, vous imaginez l'argent que c'est. C'est aussi des rendez-vous qu'on aurait pu donner à d'autres personnes". Je comprends tout à fait. Voilà le problème qu'on a avec l'IRSA. » (Damien, éducateur.)

Quelles sont les informations mises à disposition des jeunes ? Les ateliers, qui portent généralement sur les risques liés aux consommations problématiques de substances psychoactives, sur la vie affective et sexuelle, sur bien-être, etc., sont souvent animés par des structures de prévention extérieures à la PJJ (ANPAA, planning familial, etc.), avec lesquelles un partenariat a été formalisé (ou pas : un certain nombre d'initiatives reposent sur des

relations interpersonnelles entre acteurs et ne sont pas nécessairement pérennisées dans le temps). Parmi les documents mis à disposition, on trouve ceux sur « la contraception à vous de choisir la vôtre » ou encore ceux sur la première consultation gynécologique, d'autres sur les drogues illégales, certains sur l'alcool ou l'ivresse, etc. Il s'agit, pour la totalité des structures, de brochures « officielles », nationales, diffusées par les organismes nationaux de prévention, les ministères, etc. L'accès à ces documents est problématique cependant pour ce public qui révèle parfois un rapport complexe à l'écrit. Nombreux sont les jeunes en effet qui éprouvent des difficultés de lecture et d'écriture. La pertinence de leur donner accès à des documents écrits peut donc légitimement se poser.

Mais, par ailleurs, aucune structure ne met à disposition des jeunes les numéros de téléphone locaux utiles à utiliser en cas de besoin en matière de santé. Les informations présentées se limitent donc à des numéros généralistes, qui ne sont pas moins utiles pour autant (il s'agit de numéros verts). Mais à aucun moment les informations ne sont territorialisées pour mettre en avant les ressources locales mobilisables par les jeunes. Dans aucune structure, les lieux de santé potentiellement utiles (hôpital, planning familial, centre de dépistage VIH, etc.) ne sont identifiés par rapport aux lieux quotidiennement fréquentés par les jeunes, c'est-à-dire adaptés au territoire dans lequel vivent les jeunes... Comment alors demander à des jeunes qu'ils se saisissent de leur parcours de santé ?

La dimension territoriale nous paraît ici essentielle. La construction de l'autonomie passe en effet notamment par l'appropriation du territoire dans lequel vivent les individus. Or, dans le cas précis des jeunes pris en charge par la PJJ, une partie d'entre eux est éloignée de son domicile en raison des places disponibles dans les structures d'accueil ou encore à la suite de mesures éducatives d'éloignement de son environnement. L'identification et la connaissance de structures sanitaires et sociales sur un territoire donné contribuent à la création d'un réseau, même réduit, de professionnels propice à l'autonomie en matière de gestion de sa propre santé. L'éloignement rompt avec cet éventuel réseau (qui se limite bien souvent au médecin généraliste et aux urgences de la structure hospitalière de proximité), remet en question la relation de confiance potentiellement établie avec le professionnel de santé du territoire d'origine ou de résidence et limite d'autant plus son recours par les jeunes. C'est le cas par exemple de Safa qui, alors qu'elle venait d'être placée en hébergement individuel dans une ville éloignée de celle dans laquelle elle avait grandi, n'a pas su, puis pas osé consulter pour un problème à l'œil un médecin qu'elle ne connaissait pas :

« Dans ces cas-là, c'est eux qui appellent le médecin ? Ou toi, tu peux pas appeler le médecin ?

– Si, mais j'appelle pas en général. J'attends d'être à X si vraiment j'ai besoin d'aller chez le médecin. Comme ça, je suis sûre de c'est qui mon médecin.

– Parce que t'as pas trop confiance dans les médecins sinon ?

– C'est que je les connais pas donc je sais pas si c'est des bons médecins ou si ils ont d'autres choses. Lui, ça fait depuis que je suis petite que je l'ai donc j'ai confiance.

– Mais pour ta conjonctivite, ça te brûlait l'œil, mais tu voulais pas aller voir un médecin ?

– Si, justement, j'ai appelé un médecin parce que justement, j'en avais trop marre.

– Mais t'as attendu ?

– Deux semaines parce que je venais d'arriver sur la ville de V., je connaissais pas de médecin. C'est pour ça que j'ai demandé à l'UEHD s'ils en connaissaient, et ils m'ont donné des adresses, sauf que les trois adresses qu'ils m'ont donné, ils pouvaient pas me prendre. Du coup, ils ont appelé un médecin à domicile qui est venu chez moi et il m'a soigné mon œil. » (Safa, 17 ans.)

Dans ce contexte, l'autonomie des jeunes passe également par la volonté de pouvoir se débrouiller seul tout en étant accompagnés de loin. Une manière de contribuer à une appropriation des questions de santé par les éducateurs pourrait donc passer par la mise en avant d'informations sur les ressources présentes sur le territoire. D'autant plus que les professionnels de la PJJ connaissent les structures susceptibles d'accueillir les jeunes dont ils ont la charge. Ils travaillent régulièrement avec le tissu associatif dans le cadre d'ateliers de prévention et sont la plupart du temps en mesure d'accompagner un jeune dans ces lieux en cas de besoin. Les observations ont donc appris que l'information passe finalement avant tout par le mode oral et nécessite systématiquement que le jeune sollicite un professionnel de la PJJ pour avoir l'information dans le cas où il ne l'a pas cherchée par ailleurs ou obtenue par ses propres moyens.

Enfin, si une partie des professionnels rencontrés déclare que donner de l'information sur la santé fait partie de leur travail – c'est en quelque sorte le « service minimum » –, force est de constater que quasiment aucun d'entre eux n'a lu ou consulté précisément le contenu des brochures diffusées.

« C'est juste pour que les jeunes puissent les voir et les prendre s'ils en ont besoin... J'avoue j'ai jamais vraiment regardé ce qu'il y avait dedans [rires] mais je suis certain que c'est très bien [rires]. » (Damien, éducateur.)

Au-delà de la simple diffusion d'informations, deux pratiques s'opposent, parfois dans les mêmes équipes ce qui n'est pas sans créer de tensions : pour certains, le rôle de travailleur social et d'éducateur a pour but de mettre les jeunes face à leur propre vie, à leurs responsabilités, à leur réalité, ce que l'on a résumé comme la stratégie du « **faire avec** » ; pour d'autres, au contraire, ces mêmes jeunes sont trop faibles ou en situation trop vulnérables pour le faire seuls, ce que l'on a résumé dans la stratégie du « **faire à la place de** ».

« Faire avec ¹⁵ » : accompagner les jeunes dans les lieux de soin

Pour certains professionnels, l'information peut être plus participante, à travers la mise en place d'ateliers thématiques sur un volet de la santé. Ces ateliers peuvent prendre la forme d'un accompagnement physique des jeunes dans un lieu précis lié au médical, comme le planning familial, ou encore les associations de prévention très citées dans les entretiens (ANPAA, etc.). Ils sont également organisés au sein des structures de la PJJ et animés par ces mêmes acteurs extérieurs spécialistes de la prévention. Une fois encore, tous les jeunes ne bénéficient pas de ces animations compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques et des initiatives entre les structures. Cette stratégie a pour objectif de montrer aux jeunes que l'environnement est moins hostile qu'il peut paraître et qu'ils sont légitimes comme d'autres à aller chercher et obtenir de l'information sur leur santé. Malgré tout, même si le défi des éducateurs est de faire que les jeunes aient davantage d'information sur la santé, le contexte même de la mise en place d'ateliers thématiques interroge. En effet, compte tenu de la durée des prises en charge et des suivis PJJ, de l'assiduité (ou plutôt des problèmes d'absence) des jeunes, la plupart du temps la thématique abordée est

¹⁵ Le « faire avec » ne se limite pas ici dans sa définition utilisée usuellement par la PJJ, mais à partir des expressions récurrentes utilisées par les enquêtés lors de l'enquête.

choisie par un ou deux éducateurs de l'unité, en amont, indépendamment du groupe de jeune. Le choix s'opère en fonction des problématiques récurrentes observées sur le terrain par les professionnels, ou par la nouveauté de certaines animations proposées par des associations partenaires évoluant dans le champ de la santé des jeunes. Quoi qu'il en soit, malgré la bonne volonté de la minorité d'éducateurs étant à l'origine des projets santé de vouloir associer les jeunes et de faire avec eux, une des difficultés réside dans l'hétérogénéité du groupe de jeunes, dont la composition, le nombre, le profil, et la durée de prise en charge sont inconnus à l'avance :

« On propose toujours des choses différentes et on essaye de travailler avec les éducateurs justement parce que c'est pas simple. C'est un groupe très particulier un groupe PJJ. C'est pas vraiment un groupe en fait. On les regroupe, mais pour une raison pour laquelle ils ont pas décidé de se regrouper. La plupart des jeunes [...] ils ont un truc fort en commun, genre une classe : ils sont tous en 3^e B tous en 2nde 5, dans le même lycée, dans le même collège, donc ils apprennent à se connaître, ils tissent des liens. À la PJJ, ils passent, parfois ils restent un peu de temps mais pas toujours (parfois ils y sont un mois, trois mois...); ils ont des histoires personnelles qui sont assez différentes; ils ont pas choisi d'être regroupés; ils sont en petits groupes. On appelle ça des "jeunes PJJ", mais c'est une somme d'individualités, qui à mon avis posera toujours problème quand on voudra aborder ces questions. » (Pierre, animateur secteur habilité pour la PJJ.)

La volonté des professionnels est alors de permettre aux jeunes d'identifier des lieux et des professionnels ressources dans leur environnement. Pour ce faire, ils les accompagnent physiquement dans les structures sur demande individuelle. Les exemples évoqués dans ce sens par les éducateurs sont nombreux :

« J'ai accompagné une jeune qui avait déjà fait deux-trois IVG. Je l'ai pas accompagnée jusqu'à la salle d'attente parce qu'après son copain était là, mais je l'ai accompagnée jusque devant. L'infirmière, elle disait que c'était plus à elle de le faire, mais les jeunes, une fois qu'ils se sont confiés, qu'ils ont accepté que ce soit une personne qui les accompagne, il vaut mieux aller jusqu'au bout et accompagner. » (Sophie, professeure technique.)

[au sujet d'un suivi psychiatrique d'un jeune] « Moi, je les accompagne toujours le premier temps, pour qu'ils aillent aux trois - quatre premiers rendez-vous, pour qu'ils se rendent compte et qu'un lien se crée avec le professionnel, et après, je les emmène, je les laisse repartir tout seul, et petit à petit, je m'en vais complètement. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

« Le "faire avec" implique donc d'accompagner physiquement les jeunes suite à une demande (ou suite à un projet imposé au collectif) dans un souci de rupture avec la peur de l'inconnu, de l'illégitimité à demander de l'aide, etc. Le "faire avec" oblige à penser l'interaction, y compris au sens étymologique du terme [...] c'est l'accompagnement de l'acquisition des savoirs par le jeune. » (Casanova, 2008, p. 32.) Cet accompagnement est d'autant plus important que certains jeunes et leur famille ont fait l'objet d'une voire de plusieurs mauvaises expériences avec le milieu médical :

« Beaucoup de familles ont du mal à décrocher leur téléphone et à prendre un rendez-vous. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Il ne s'agit pas par contre de faire « à la place » du jeune, ni de lui imposer la prise en charge du volet santé lorsque ce n'est pas compris dans la mesure socio-judiciaire.

Pour les jeunes astreints à une prise en charge de leur consommation, des accompagnements peuvent se faire dès le début de la prise en charge, à l'entrée dans la mesure, pour donner l'occasion à l'éducateur et au jeune de travailler plus rapidement sur la thématique.

Dans le cas précis du « faire avec », le positionnement des professionnels de la PJJ trouve ici tout son sens : il s'agit bien d'être un relais entre le jeune et les professionnels et structures extérieurs compétents pour traiter directement la problématique de santé. Ils « trouvent des pistes [que les jeunes] peuvent eux-mêmes mettre en place pour que les choses s'améliorent » (Gwenaëlle, éducatrice). Cela implique pour les professionnels de penser l'interaction comme ayant une fin de sorte que le jeune puisse ensuite se débrouiller par ses propres moyens. Compte tenu des difficultés des jeunes à être présents aux rendez-vous, ponctuels, à trouver de l'intérêt pour des choses les concernant, décrites par les professionnels, dans la démarche du « faire avec », il s'agit pour ces derniers d'accompagner les jeunes, ne pas les laisser échouer à un rendez-vous médical. Pour ce faire, c'est le renvoi vers le droit commun, au fondement de leur intervention, qui prime. Dans cette conception, l'objectif est bien de responsabiliser les jeunes dans leur parcours de soin afin de les préparer à l'après-mesure :

« Je suis pas dans "Il faut faire comme ci. Il faut faire comme ça", parce que je pense que ça sert à rien. Il faut que ce soit eux qui s'approprient la façon de changer les choses. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Cette mise en lien avec les professionnels extérieurs permet également de confronter le jeune au fonctionnement du système de santé, de lui faire comprendre ses règles et ses difficultés :

« On n'est pas là pour faire à la place. Il faut aussi que les jeunes apprennent comment ça se passe sur l'extérieur. C'est le principe même de leur parcours chez nous. Donc on ne va pas se substituer, et si on a besoin, on va faire appel à un infirmier libéral ou aller à l'hôpital. » (Lara, infirmière, conseillère technique santé.)

Cette vision se veut relativement émancipatrice dans la mesure où elle cherche à ne pas infantiliser les jeunes ni à les handicaper pour leur vie future. S'ils ont certes besoin d'un accompagnement dans ce sens le temps de leur présence à la PJJ, les professionnels considèrent ici qu'ils sont capables de se prendre en main et aspirent à ce qu'ils accèdent à l'autonomie. Ils n'associent alors que très rarement les parents, l'idée étant bien de placer le jeune au cœur de la démarche et ce d'autant plus que les familles sont bien souvent elles aussi éloignées du système de santé.

« Faire à la place de » : guider, « prendre les jeunes par la main »

Au cours des prises en charge, d'autres professionnels estiment au contraire que l'urgence est de traiter le problème de santé rencontré sans forcément attendre le déclic de l'adolescent concerné, et donc, s'il le faut, de le prendre par la main, voire de faire à sa place. Si plusieurs récits de professionnels – éducateurs et professeurs techniques (on note une surreprésentation féminine) – vont dans ce sens en soulevant la question de la limite du « faire avec », la stratégie du « faire à la place de » interroge d'autres quant à sa visée éducative dans l'objectif d'accès à l'autonomie et l'*empowerment* qui caractérise la prise en charge. S'ils ne peuvent pas mener la consultation médicale et donc traiter directement le problème de santé, certains prennent rendez-vous avec le médecin, le dermatologue, l'ophtalmologue ou le gynécologue, expliquent le problème par téléphone, et vont

chercher le jeune à son lieu de résidence (ou là où il se trouve : chez des amis, dehors, etc.) pour s'assurer qu'il se rend bien au rendez-vous. C'est d'ailleurs certains d'entre eux qui reconnaîtront avoir déjà assisté à une consultation médicale à la demande du jeune (qui se sent ainsi protégé et rassuré) – sauf avis contraire du médecin – ou se prêter eux-mêmes au jeu du bilan de santé lorsque les jeunes se rendent dans les centres de santé (mise en application du « faire avec » évoqué précédemment). Le professionnel de la PJJ prend donc ici toutes les initiatives et renvoie le jeune à son statut de « jeune pris en charge » par une institution.

Pour ceux qui considèrent que leur rôle doit se limiter au « faire avec », cette pratique du « faire à la place de » est totalement contre-productive, induit une relation de dépendance entre le jeune et l'adulte de référence et constitue un frein au gain d'autonomie et à l'insertion sociale des jeunes concernés. C'est toute la question de la bonne distance dans la relation éducative précédemment évoquée dont il est ici question. Cette méthode reste très critiquée par les éducateurs, ce qui n'est pas sans être source de tensions et de crispation dans les équipes.

Ce troisième rôle du professionnel dans le champ de la santé révèle une vision beaucoup plus maternante envers le jeune et très englobante des missions de l'institution. Le public de la PJJ serait trop faible voire trop vulnérable pour faire seul, pour prendre en main lui-même sa santé :

« Tous ces jeunes, ce qu'on leur dit, si on ne les accompagne pas, je pense que ça ne se met pas forcément en place. Si effectivement on fait l'accompagnement, on prend le rendez-vous, là, ça peut marcher. »
(Philippe, éducateur.)

Les professionnels inscrits dans cette posture traduisent ainsi un souci de ne pas lâcher un public socialement défavorisé qui fait déjà face à de trop nombreuses difficultés. Dans les récits des professionnels, la présence des parents n'est que très rarement, pour ne pas dire jamais évoquée dans les situations où les jeunes sont « pris par la main ». Le père et la mère ne font bien souvent pas figure de référence, à la demande des jeunes, pour être associés à la prise en charge de la santé. Se pose également la question de la pertinence de leur parler d'une question de santé qui peut parfois toucher le jeune dans son intimité et relever donc d'une prise en charge dont les parents n'ont pas à être informés sans que le jeune ne l'ait décidé (ex. : IVG, test de dépistage VIH/IST...).

Le genre¹⁶ comme compétence

Les critiques sur les stratégies d'accompagnement ou de prise en main des jeunes dans leurs démarches de santé ne pèsent pas de manière identique pour les hommes et les femmes professionnels de la PJJ. En effet, si les femmes laissent voir une forme de « maternage » bienveillant au risque d'être étouffant, par contre, il est reproché aux hommes de ne pas avoir bien su endosser les habits du métier d'éducateur. Ces éléments invitent à interroger la question des compétences à la lumière du genre. Car les prises de parole des différents acteurs engagés dans la prise en charge des jeunes PJJ soulignent avec insistance dans leurs propos que l'identité sexuée du professionnel est une donnée importante à prendre en considération pour comprendre à la fois la spécificité des relations jeunes/professionnels, mais également la prise en charge des questions de santé plus particulièrement.

¹⁶ Le genre s'entend comme une construction sociale qui attribue à chaque sexe des comportements et des valeurs qui lui sont propres ; c'est également un principe d'organisation sociale qui hiérarchise le masculin et le féminin.

Le genre comme compétence professionnelle

Si l'organisation administrative de la PJJ et ses évolutions récentes prévoient la remobilisation des professionnels sur le champ de la santé, ils ne sont qu'une minorité à s'inscrire dans une démarche active dans ce sens. Qui sont-ils ? Ou plutôt qui sont-ELLES ?... Ce sont en effet quasi uniquement les femmes qui s'emparent des problématiques de santé.

Au sein des équipes d'éducateurs rencontrées, aucun homme n'avait endossé le rôle de référent santé. Plutôt que de parler de référent santé, il faut donc parler de référentEs santé¹⁷. La prise en charge de cette mission repose sur le volontariat, même s'il est bien souvent suggéré ou incité par le responsable d'unité au regard – officiellement – de l'implication dans l'équipe et/ou du parcours professionnel et personnel antérieur. Parce qu'elles ont toujours eu un intérêt pour les questions de santé, ont eu à gérer des situations individuelles complexes ou ont mis en place des ateliers dans d'autres structures, le discours institutionnel fait écho à leur conviction que la santé est une dimension cruciale dans la prise en charge. Le choix de confier la thématique de la santé aux femmes n'est-il pas aussi le fait de représentations genrées des rôles assignés au sein des équipes ? Les femmes seraient « naturellement tournées » vers la gestion de ces questions, de par leur nature « maternante ». En matière de sexualité, elles seraient également plus portées à parler « *des sentiments* » alors que leurs collègues masculins seraient naturellement moins à l'aise, plutôt là pour évoquer « *le côté technique* » de la sexualité. L'identité sexuée fonctionne ici comme une plus-value professionnelle :

« Je leur explique déjà que je leur parle pas en tant que femme, mais que je suis vraiment là en tant qu'éducatrice et qu'on peut parler. Et après, au bout d'un moment, ils finissent par parler, même certains ont déjà des maladies et ils en parlent, et je leur donne les pistes où ils peuvent aller et je leur demande : "Est-ce que tu veux que je t'accompagne ?" S'ils disent oui, je le fais. Sinon, c'est les parents qui accompagnent ou ils vont seuls avec un copain souvent. Les garçons ont plus de mal à ce que je les accompagne. C'est plus compliqué. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Les professionnelles PJJ adhèrent à cette idée que leur identité sexuée constitue une plus-value professionnelle : c'est bien parce qu'elles sont femmes qu'elles sont mieux à même de comprendre les histoires relationnelles, affectives, sentimentales, sexuelles, des filles et des garçons, et donc de les aider/accompagner au mieux. À ce titre, elles se considèrent souvent comme plus compétentes que leurs homologues masculins, ce à quoi adhèrent également ces derniers. Par contre, on constatera qu'à aucun moment dans l'enquête l'identité sexuée des éducateurs n'est présentée comme une variable déterminante de la prise en charge tandis qu'elle l'est pour la prise en charge des questions de santé et encore plus pour les questions de sexualité.

Le sexe devient une compétence professionnelle pour pouvoir parler de santé, et par extension de sexualité, avec les jeunes. À travers les entretiens, les éducatrices font preuve d'une incorporation des stéréotypes de genre, où l'écoute et l'empathie s'opposeraient à la virilité et l'action (Cardi, 2007, 2009, 2014). Cette représentation sociale de rôles professionnels attribués aux femmes et aux hommes non pas en raison de leurs compétences mais de leur sexe est légitimée par les propos de ces éducatrices. Cette compétence est d'autant plus genrée que les équipes

¹⁷ Cette surreprésentation des femmes dans le champ de la santé s'observe également parmi les conseillers techniques santé, c'est-à-dire les infirmiers de la DIR.

d'éducateurs sont à dominante féminine¹⁸, et la mobilisation de l'identité sexuelle comme compétence professionnelle est une manière de construire *a posteriori* la légitimité à avoir massivement investi cette spécialité (Guyard, 2009). Le fait d'être une femme présenterait aussi l'avantage de retirer toute ambiguïté sexuelle liée à la relation même éducateur/jeune, que la présence d'un homme introduit malgré eux. On constate en effet que les femmes ont tendance à capter ces activités compassionnelles de *care* et à en limiter l'accès aux hommes, « les arguments ne manqu[a]nt pas pour justifier cette distinction sexuée, allant d'une incapacité "naturelle" des hommes à être doux, prévenants... à une véritable méfiance à leur égard » (Fortino, 2009, p. 31). On voit ainsi que la mixité des équipes de professionnels n'est pas synonyme de mixité au travail, « la coexistence entre les sexes que suppose la mixité n'égalise nullement les situations professionnelles des hommes et des femmes » (Fortino, 2009, p. 29). Autrement dit, « on peut avoir le même métier sans faire le même métier » (Guionnet, Neveu, 2004, p. 147). Dans les équipes éducatives PJJ, femmes et hommes mettent ainsi en place toute une série d'accommodements de genre qui peu à peu prendront la forme d'une spécialisation sexuée (Fortino, 2009). Ainsi, les éducateurs se déchargent volontiers sur leurs collègues féminines des activités d'écoute, de soutien, d'attention au corps... et à l'inverse, les femmes déchargeront pour partie les activités physiques, conflictuelles sur leurs collègues masculins.

« L'avancée en mixité dans les métiers où l'usage de la force, de la violence ou de la contrainte est pensé comme quotidien ou comme faisant partie intégrante du métier est plus lente et pose problème aux équipes en place » ; cela induit une gestion « pratique » de la mixité (Fortino, 2009, p. 30). Dans les situations observées, la présence majoritaire de femmes en milieu ouvert s'explique, selon les professionnels, par deux facteurs principaux : d'une part contrairement aux structures d'hébergement ou au milieu pénitentiaire, le milieu ouvert est moins confronté à la gestion quotidienne de la violence, compétence socialement associée à la virilité et donc aux hommes. Les éducatrices y révèlent une réelle appétence pour la relation socio-éducative qui serait plus apaisée et avec des jeunes moins hostiles. Comme dans les enquêtes sur la police (Pruvost, 2007) ou sur les prisons (Benguigui, Guilbaud, Malochet, 2011), c'est ici la faiblesse physique supposée des femmes qui est alors avancée pour justifier leur mise à l'écart (ou du moins leur différence avec les hommes). On attend des femmes qu'elles mobilisent d'autres types de compétences, des compétences plus féminines comme : la capacité d'écoute, l'empathie, la douceur, etc.

D'autre part, le milieu ouvert permet une plus grande conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale, ce qui n'est avancé que par des femmes, dans le cadre de cette enquête, comme un atout pour ne plus laisser le travail, tel qu'expérimenté au cours des premières années de leur carrière (avec les horaires décalés notamment), influencer sur leur vie personnelle :

« Avant, en foyer par exemple, on devait aussi s'occuper des jeunes la nuit. C'était épuisant, compliqué avec notre propre vie et tout. Mais en même temps on voyait les gamins dans toute leur vie. Maintenant il y a des gens qui sont là pour les nuits, du coup on ne sait pas trop ce qu'il s'y passe. Aujourd'hui, je trouve ça dommage de ne plus faire de nuits, et en même temps je suis bien contente de pouvoir rentrer chez moi... même si je reste joignable parfois. » (Anne-Marie, éducatrice.)

¹⁸ Nous avons éprouvé des difficultés pour rencontrer des éducateurs masculins acceptant de participer à une enquête portant sur la santé et la sexualité des jeunes dont ils ont la charge, avec deux chercheuses de surcroît.

Les récits des professionnels hommes et femmes soulignent combien on attend des femmes qu'elles se comportent en « femme » selon les critères traditionnels de la féminité et de la masculinité : aux femmes l'écoute, la compassion, le dévouement... et aux hommes la force, la virilité, le courage, la technique et surtout l'absence d'émotions. Or, dans la représentation d'une mission professionnelle sur la santé, le travail des émotions prime et l'appréhension de la gestion du corps et de la dimension psychique est redoutée par nombre d'éducateurs hommes. Au-delà du sexe, l'âge et plus encore la vision moderne d'exercer le métier d'éducateur semblent être des variables importantes qui déterminent l'intérêt pour traiter des questions de santé. Ce sont généralement des éducatrices d'une nouvelle génération qui s'emparent de la thématique et remplissent les fonctions de référente santé :

« Il y a une partie de générationnel : les plus jeunes s'approprient plus facilement cette démarche. Il y a une ouverture d'esprit ; ils ne sont pas formatés par la PJJ comme elle existait il y a quelques années. » (Florent, infirmier conseiller technique santé.)

Les propos de ce conseiller technique vont bien en ce sens : les derniers arrivés à la PJJ (qui ne sont pas toujours les plus jeunes en âge) paraissent plus souples, « moins formatés ». C'est cette nouvelle génération de professionnels qui fait donc bouger les lignes, évoluer les pratiques malgré les résistances de leurs collègues. Aux difficultés des relations entre les sexes et les âges (jeunes/vieux) s'ajoutent donc les tensions entre anciens/nouveaux éducateurs PJJ.

Dans ce contexte, on comprend que la répartition genrée des missions des professionnels en matière de santé n'est pas sans conséquence sur la manière dont ces derniers vont anticiper la relation avec les jeunes :

« Les garçons, avec les éducatrices, sont pas super à l'aise sur ce sujet-là. C'est le côté basique : je te file des capotes parce que tu me fais comprendre que t'as une sexualité active. Je laisse la porte ouverte aussi. » (Céline, éducatrice.)

« Mais certains jeunes n'arrivent pas à en parler parce que je suis une femme. Il y a beaucoup de jeunes, surtout de culture musulmane, pour qui c'est compliqué. Quand je vois que ça bloque, je ne vais pas l'aborder d'entrée. On va instaurer autre chose, et après, je reviens quand même dessus en leur disant que je suis pas une femme, que je suis leur éducateur et qu'il faut qu'on en parle. Après, je suis pas intrusive non plus quand je vois que ça bloque parce que le but, c'est pas de les gêner du tout. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Ce n'est pas non plus sans conséquence sur la manière dont les jeunes vont percevoir les compétences spécifiques supposées en raison de l'appartenance à un sexe. Ainsi, on retrouve dans leurs propos une forte tendance à citer davantage des éducatrices comme professionnels à qui ils pourraient parler de leur santé et plus spécifiquement de leur vie affective et sexuelle :

« Je sais pas parce qu'au CER, genre c'était qu'avec des gars [éducateurs], et il y avait qu'une meuf, c'était une éducatrice. Et on parlait de ça avec elle, mais c'était confidentiel, genre comme là.

– Et elle, tu pouvais lui raconter tes trucs et tout ça ?

– Ouais. Plus avec la psychologue. Je l'aimais bien elle. Elle était gentille wallah.

– Tu trouves que c'est plus facile de parler avec une fille qu'avec un garçon de ces choses-là ?

– Ouais. Je sais pas pourquoi. » (Jessy, 16 ans.)

À défaut, lorsqu'ils n'envisagent pas de parler à leur éducatrice – comme Steeven – c'est davantage en raison du métier que du sexe. Dans l'extrait d'entretien qui suit, on voit en effet assez bien comment Steeven cherche à couper les environnements dans lesquels il évolue :

« Et ça sera plus facile d'en parler à ton médecin qu'à ton éducatrice ?

– Oui. Mon éducatrice, ça serait un peu gênant.

– Parce que c'est une fille ?

– Oui, déjà pour commencer. Et parce que c'est une éducatrice surtout. Une fille éducatrice. [...] Je trouve ça un peu gênant. Je le ferais mais... [...] Je sais pas. Ça me gênerait un peu. En parler à une femme, ça me dérange pas. Par exemple, je peux en parler à ma mère, je peux en parler à des potes, mais là, ça me gênerait un petit peu. [...] Non, c'est qu'il y a des parties dans ma vie qu'elle est pas obligée de savoir. Après, si vraiment j'avais besoin d'en parler, je lui en parlerais. Mais j'ai jamais eu besoin d'en parler avec qui que ce soit. » (Steeven, 17 ans.)

Le genre comme compétence pour canaliser les garçons

Les enjeux autour de la construction du genre comme compétence ne se limitent pas à la manière que les professionnels de la PJJ ont d'appréhender les femmes éducatrices. Plusieurs exemples ont en effet retenu notre attention sur le fait que, pour les garçons pris en charge, la petite amie peut être intégrée au processus d'insertion socioprofessionnelle mis en place. Si cela n'est pas institutionnellement écrit, il n'empêche que cela mérite d'être souligné. En effet, la rencontre et la prise en compte de la relation affective du jeune participent à la reconnaissance d'une vie du garçon hors de la PJJ et donc hors de son identité de « délinquant » ou « cas social ». Ainsi, les garçons qui ont eu l'occasion de présenter leur petite amie ont souligné cette possibilité d'être reconnus comme des jeunes normaux, ayant droit aussi à une vie affective reconnue (à défaut des parents, au moins des éducateurs ; ou dans d'autres cas des parents et des éducateurs) :

« Je me serais pas permis de ramener une fille que je sais que c'est bidon. Je vais pas la présenter à mon père, qu'elle fasse la bise à mon père. C'est pas possible. [...] Sa bouche, elle a été partout. C'est comme si je salissais chez moi. [...] Après, mon éducateur ici, c'est pas pareil. Ça fait trois ans que maintenant on se connaît. C'est même pas un éducateur, c'est... je sais pas... C'est pas un éducateur pour moi. C'est quelqu'un d'important. Il a toujours été là. Je sais qu'avec moi, il a pas fait de chichis, comme il a fait du chichi avec d'autres jeunes. [...] Ouais, je suis à l'aise, enfin je lui fais confiance, il me fait confiance. Je suis à l'aise, c'est pas pareil. [...] et c'est une fille bien avec qui je suis maintenant. Il l'a vue plein de fois ! » (Dylan, 19 ans.)

Pour être présentée, cette fille doit être « une fille bien », présentable à des adultes, qui soit « sérieuse » et engagée dans la relation du point de vue des garçons, on reviendra sur ces éléments ultérieurement mais il n'empêche que cela figure parmi les conditions d'une éventuelle rencontre.

Pour les éducateurs, cette manière de prendre en compte le jeune dans sa plus grande globalité participe de leur volonté de briser la glace entre éducateur et jeune pris en charge par la PJJ en offrant aux jeunes la possibilité de montrer une facette plus « positive » et « normale » d'eux-mêmes :

« Je lui ai quand même demandé de rencontrer sa copine, parce qu'en fait, ce gamin était particulier dans sa posture : c'était quelqu'un qui était victimisé souvent, et j'avais l'impression qu'au début, il avait honte un petit peu d'elle, physiquement et tout, et qu'il préférait dire aux autres que c'était pas sa copine. [...] Voilà. Juste : "Bonjour. Je me présente. Je m'appelle Damien. Et toi ? J'ai entendu parler de toi", deux-trois phrases qui mettent à l'aise. Et après, moi, ça s'arrête là. Pour faire voir aussi au jeune que si je suis son référent, qu'il me dit quelque chose, j'en fais quelque chose. Ça peut permettre aussi des fois de débloquer quelque chose.

Ça peut le soulager. Il peut se dire : "Tiens, il a eu de l'intérêt pour moi..." Là, il se trouve que finalement, non. Mais j'aurais pu.» (Damien éducateur.)

Mais cela se mérite, tous les jeunes n'ont pas eu l'occasion de présenter leur petite amie (et n'auraient pas voulu le faire). Inversement, tous les éducateurs n'ont pas proposé aux jeunes dont ils ont eu la charge de rencontrer leur petite amie. Pour les éducateurs, plusieurs conditions semblent s'imposer avant toute éventualité de rencontre : ce n'est qu'une fois la relation éducateur/jeune posée qu'elle peut être envisagée, et si le jeune est assidu (ou du moins qu'il tente de l'être) aux rendez-vous fixés par la PJJ, et ce n'est qu'une fois que la relation entre le jeune et sa petite amie paraît installée et stable dans le temps (ce qui est fortement variable, d'un mois à plusieurs années). Il faut également que le garçon parle positivement et régulièrement de sa copine (ce qui implique une relation de confiance minimale et des temps de parole au-delà de ceux prévus par le suivi de la mesure). Enfin et surtout, il faut que l'éducateur ait l'impression que la petite amie peut avoir un rôle positif dans le processus d'insertion socioprofessionnelle du garçon.

La rencontre de la petite amie, lorsqu'elle est évoquée, contribue à reconnaître le couple, et le jeune dans sa capacité à avoir et faire durer une relation de couple, mais aussi à valoriser les normes de la conjugalité (être en couple, dans le temps long, se projeter, s'inclure éventuellement dans un projet de parentalité). Cela a encore pour conséquence d'imposer le cadre hétéronormatif comme le seul admissible par l'institution (aucun partenaire de même sexe n'a été évoqué, l'homosexualité est quasiment toujours absente des discours, des professionnels comme des jeunes rencontrés, sur le couple et les formes de conjugalité). On notera d'ailleurs que seuls les garçons ont pu être conviés à présenter leur copine, et non l'inverse, pourtant une partie des filles suivies par la PJJ rencontrées avaient un petit copain depuis un certain temps (considéré bien souvent comme « trop court¹⁹ » par les adultes présents).

C'est avant tout et surtout parce que si les filles sont socialement reconnues comme plus matures que les garçons, elles ont pour rôle de canaliser les garçons. Ainsi, en tant que filles, parce que filles, elles sont utilisées comme relais des professionnels de la PJJ pour faire penser aux rendez-vous chez le médecin, inciter à chercher du travail ou à se rendre à la mission locale etc. Il s'agit bien ici d'une autre forme de construction du genre comme compétence. Et ceci est d'autant plus appuyé que, dans le cadre de cette enquête exploratoire, aucune des filles rencontrées n'a été sollicitée (ou ne s'est vu proposer) pour présenter son petit ami à son éducateur.

Si la partenaire « petite amie » des garçons peut avoir un effet positif sur le temps de prise en charge, il n'empêche que nombre de professionnels nous ont déclaré redouter les ruptures amoureuses. Elles ne seraient en effet pas sans impact sur les autres pans de la vie du jeune, notamment sur son insertion socioprofessionnelle.

Cette reconnaissance supposée d'une compétence spécifique selon le genre n'est pas sans conséquence sur la manière que les jeunes garçons rencontrés ont d'appréhender les relations entre femmes et hommes, et plus spécifiquement la sexualité. « Parce qu'elle correspond à l'entrée dans la sexualité avec partenaire, l'initiation sexuelle et amoureuse est un des moments décisifs de la construction et de l'intériorisation des rapports entre les

¹⁹ À propos de la durée, il semblerait que les adultes et les jeunes n'aient pas du tout les mêmes critères chronologiques pour argumenter du « trop long » ou « trop court » d'une relation.

sexes » soulignait Michel Bozon (2001, p.246²⁰). Parce qu'il s'agit des premières relations qui comptent, elles ne sont pas sans effet sur la perception des jeunes quant à la vie affective et sexuelle et leurs représentations de l'autre sexe (puisqu'ici nous sommes uniquement dans des récits mettant en scène des scénarios hétérosexuels).

Jeux de pouvoirs : être un jeune homme et parler à une éducatrice

S'il est communément admis qu'une femme préfère s'adresser à une femme parce qu'elle est une femme (Ferrand, 1993), c'est l'inverse pour les hommes : un homme ne parle pas de lui parce qu'il est un homme, et lorsqu'il le doit, il s'adresse à une femme. Nous l'avons dit, les équipes rencontrées sont mixtes, ce qui permet de jouer des effets du sexe sur la relation entre jeune et professionnel. Car si d'un côté les jeunes sont essentiellement des garçons, le fait est que le sexe de l'interlocuteur-éducateur n'est pas sans conséquence sur la relation qu'ils pourront avoir et les liens qu'ils pourront tisser. Or, ce n'est pas parce que les équipes sont mixtes que les jeunes peuvent avoir réellement le choix de leur interlocuteur, ni que l'arbitrage de celui-ci est toujours fait en fonction du sexe, loin de là.

Les jeunes que nous avons rencontrés ont bien pris conscience de l'impact de leur sexe et des attributs sociaux qui lui sont associés sur les représentations et appréhensions des éducateurs-trices. Cela s'exprime particulièrement bien chez les jeunes garçons qui sont grands physiquement et qui se considèrent comme plus costauds que la moyenne :

« Moi, vu comment je suis... je peux faire peur à une meuf ! Genre la petite éducatrice et tout ben direct si je veux, je peux la faire craquer. [...] y a des moments où si je pars en vrille je peux plus trop me contrôler, alors là je déconseille à l'éducatrice de venir me dire nanani nanana parce que je vais la tarter ! Une fois ça a failli arriver... heureusement y avait X [éducateur] qui est venu calmer le truc ! Nous on est des oufs, madame, sérieux, faut pas nous mettre des petites meufs pour s'occuper de nous [rires]. » (Garçon, entretien informel au moment du café collectif, 15 ans.)

Par ailleurs, l'enquête de terrain a été l'occasion de montrer combien finalement pour les jeunes hommes rencontrés il était important de pouvoir avoir des référents masculins, notamment dans la sphère professionnelle (professeurs techniques exerçant des métiers d'hommes). Lorsque les jeunes hommes sont satisfaits de leur relation avec leur éducateur homme, la proximité de genre est vue comme un atout et les critères mobilisés font le plus souvent référence à la virilité, « *entre mecs on se comprend* », résume un jeune rencontré. En revanche, plus fréquemment, lorsque cette proximité entre jeunes hommes et éducateurs hommes n'est pas satisfaisante (bien souvent parce qu'il y a une inadéquation entre le genre et la pratique éducative), les éducateurs sont mis à l'écart et ne peuvent être sollicités pour discuter. En effet, tout ce qui a trait à la conversation, la discussion ou l'écoute étant une compétence féminine par excellence, nous l'avons déjà souligné, il leur semble plus évident de s'adresser aux femmes. L'interaction mixte qui se déroule est alors soumise à des jeux de séduction et de manipulation où les jeunes hommes ont l'impression qu'ils peuvent mener la danse et avoir l'ascendant sur les éducatrices femmes. Cette impression de toute puissance s'est exprimée à plusieurs reprises dans les entretiens et va dans le sens d'une adéquation des comportements des jeunes aux appréhensions des équipes, notamment dans les préconisations spéciales qui sont faites aux femmes éducatrices. Si les garçons rencontrés laissent pour certains entendre leur préférence de parler à un

²⁰ Bozon M., « Sexualité et conjugalité », in Bloss T., *La dialectique des rapports hommes-femmes*, PUF, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », Paris, 2001, pp. 239-259 (DOI : 10.3917/puf.bloss.2001.02.0239).

ou une professionnel le, en s'appuyant sur des expériences vécues bien souvent à l'extérieur (relation à la mère, au père, et plus largement aux femmes et aux hommes et aux adultes), les stéréotypes de genre sont mobilisés pour décrire les professionnels et l'on voit combien il est complexe de détacher la question du professionnel de la catégorie de genre à laquelle il est renvoyé et à laquelle il se renvoie.

En résumé

Le contexte marqué par un recentrage de la PJJ au pénal et l'importance accordée à l'insertion socio-professionnelle contribuent à expliquer la place secondaire de la question de la sexualité dans la prise en charge pour des jeunes qui ne sont pas concernés par des infractions sexuelles. La santé et la sexualité se trouvent alors prises au cœur d'un difficile équilibre entre pratiques éducatives, approche pénale et légaliste et pratiques de soins, trois approches entre lesquelles les professionnels jonglent dans le quotidien de la prise en charge.

Dans ce contexte, lorsqu'est abordée la question de l'intimité, du corps apparaît l'enjeu essentiel pour les professionnels de la bonne distance à établir entre eux et le jeune, mais également de la bonne distance à maintenir par le jeune avec son éducateur. Si pour le jeune il s'agit de préserver « *son jardin secret* », le travail invisible de « bonne » distance avec les jeunes comprend pour les éducateurs et professeurs techniques un devoir de neutralité émotionnelle intrinsèque à toute activité professionnelle basée sur les relations et les questions sociales.

C'est alors que des modes d'intervention multiples sont déployés, en fonction de l'autonomie plus ou moins grande que les professionnels souhaitent accorder au jeune dans son parcours de soins : informer, « faire avec » ou « faire à sa place », les pratiques sont hétérogènes et témoignent de la difficulté pour les professionnels de gérer cette relation asymétrique éducateur/adulte *versus* jeune à laquelle ils sont confrontés au quotidien.

À cela s'ajoute une répartition relativement genrée des missions et compétences dans les structures, comme si la question de la santé et de la sexualité était le domaine réservé des femmes professionnelles dans les équipes, par nature.

VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Pour une grande partie des jeunes que nous avons rencontrés, la PJJ n'est qu'une institution supplémentaire de prise en charge. En effet, un certain nombre d'entre eux ont entamé une carrière institutionnelle dès l'enfance notamment *via* les services de l'ASE (placement en foyer ou en famille d'accueil, etc.). Souvent contraints de consulter un psy, accompagnés par un éducateur spécialisé, leur prise en charge par la PJJ trouve alors toute sa place dans cette « carrière » (Becker, Goffman) de jeunes suivis. Cet élément de contexte est à conserver en mémoire tant il impacte les discours et les réactions des jeunes à la situation d'entretien et aux questions qui leur sont posées, comme nous l'avons souligné dans la partie méthodologie.

La multiplicité des intervenants, des acteurs, la diversité des postures de professionnels tout comme la question du turnover dans les équipes imposent également aux jeunes de devoir répéter, réexpliquer leur vie, les raisons de leur placement, etc., ce que Pierrine Robin avait également pu observer à propos des adolescents pris en charge par l'ASE (Robin, 2010) :

« Il faut toujours tout redire quand il y a un nouveau, au bout d'un moment tu fais des résumés, tu vas au but, à ce qu'il cherche, le reste tu gardes pour toi. » (Tilda, 14 ans.)

Cette répétition des entretiens (notamment dans un contexte judiciaire) contribue au fait que les jeunes disent avoir des difficultés à se confier et à expliquer (réexpliquer) leur histoire aux différents acteurs.

Une vie déjà « trop écrite », « trop racontée »

Dans la mesure où les jeunes retenus dans cette enquête exploratoire ne sont pas pris en charge par la PJJ pour des raisons liées à des violences sexuelles (cf. partie méthodologie), jeunes et professionnels trouvent un point d'accord sur le fait de ne pas en parler. Et ce d'autant plus que les référentiels utilisés par les jeunes ou par les adultes ne sont pas les mêmes : ainsi la définition de « sortir ensemble » n'est pas identique pour les uns et les autres, tout comme ce que l'on peut entendre par « relation durable » ou encore par « couple ». Les écarts d'interprétations – réels ou supposés – participent au sentiment des jeunes de ne pas se sentir compris ou de risquer de se sentir jugés par les éducateurs. Deux visions de la vie affective et sexuelle s'opposent en effet : les professionnels se réfèrent à une vision conjugalisée, hétéronormative, et égalitaire du couple quand les jeunes garçons se réfèrent à une réalité qui est la leur (ou celle de leurs copains) : hétéronormative, composée de relations affectives et sexuelles variées – durables ou non – où la domination masculine au sein de la relation prédomine dans la plupart de leurs discours, les quelques filles rencontrées dans le cadre de cette enquête semblant partager dans l'ensemble la vision des garçons, nous y reviendrons. Ces deux lectures du monde amoureux des adolescents entrent ainsi en conflit ou en tension, et contribuent à entretenir l'idée qu'il n'est pas possible d'en parler. Mais à cela s'ajoute également le sentiment d'avoir une vie « écrite » dans des dossiers administratifs socio-judiciaires et se met ainsi en place à l'adolescence la revendication de limites et de sphères intimes et privées qui resteraient inconnues aux professionnels qui les suivent.

Maintenir une distance pour conserver un pouvoir sur soi

Dans ce contexte, ils ont eu à raconter et doivent toujours régulièrement raconter leur vie, leur rapport avec leurs parents, leur rapport à l'école, et plus largement aux institutions, etc. Certains vont même jusqu'à dire que leur vie est « écrite » partout. Ces jeunes insistent sur leur besoin et leur volonté de préserver une part de la vie hors des rapports institutionnels, du « dossier » qui les suit d'année en année depuis longtemps (trop longtemps pour certain[e]s). Leur vie affective et sexuelle n'y trouve en aucun cas sa place et doit se soustraire à l'encadrement institutionnel impliqué, à un moment donné de leur parcours, par un jugement au pénal :

« J'ai l'habitude de raconter ma vie, parce qu'avec les psychologues tu fais que ça. Donc j'ai dû raconter ma vie à une centaine de personnes qui s'en foutent totalement, mais c'est juste pour essayer de m'aider. Enfin bref [...] Puis moi, je m'en fous de raconter, enfin je réponds à leurs questions, et du coup, à force, ça me gêne plus. Ma vie, c'est un livre ouvert, donc en parler avec un psychiatre ou avec une éducatrice, c'est pareil.

– *Tu fais pas la différence ? Tu réponds à leurs questions quoi.*

– Non.

– *Mais par contre, toi, tu vas pas aller raconter ta vie à l'éducatrice si elle te pose pas la question ?*

– Non. [...] Après, c'est clair que je rentrerai pas dans les détails, mais je m'en fous moi si elle me dit : "C'est qui ta dernière copine ?" Là, elle est au courant que je sors avec une fille. Forcément, j'étais tellement content de sortir avec...

– *T'attends qu'on vienne vers toi ?*

– Ouais. »

Cette mise à l'écart du monde adulte et des professionnels PJJ peut s'interpréter comme une forme de revendication d'une sphère intime et privée, essentielle dans la construction de l'identité à l'adolescence (Singly, 2006), mais elle contribue également à reprendre le dessus sur sa vie dont des pans entiers peuvent sembler avoir été décidés indépendamment des jeunes concernés. Ceci est d'autant plus fort qu'une partie des jeunes rencontrés ont été (ou sont encore) également suivis par l'ASE. Ainsi, ils se trouvent au cœur d'une double injonction : à la fois de rester « mineurs » par la loi tout en ayant l'obligation de se projeter dans un monde du travail adulte par un projet d'insertion. Si plusieurs des garçons rencontrés estiment avoir subi toutes les prises de décisions les concernant (et à ce titre être relégués dans un statut d'enfant/mineur), la non-divulgence des relations affectives, amoureuses et sexuelles leur permet de mettre en place une certaine distance nécessaire à leur reconnaissance en tant qu'individus à part entière dotés d'un libre-choix. « Ce qui ressort principalement des récits des enfants interrogés, c'est un sentiment de dépossession de leur trajectoire de vie, une quête de sens et de cohérence dans l'élaboration de leurs parcours » notaient Pierrine Robin et Nadège Séverac (2013) à propos des jeunes suivis par l'ASE. Les entretiens réalisés auprès des jeunes PJJ nous interpellent sur les mêmes points. À la différence des adolescents qui n'ont pas fait l'expérience d'un suivi social (ASE) ou judiciaire (PJJ), les garçons et les filles rencontrés ici ont fait l'expérience d'une vie en partie sous contrainte, malgré la demande des professionnels à ce qu'ils s'investissent dans les projets et qu'ils aspirent à une vie autonome. L'hostilité affichée à toute discussion sur leur vie intime peut ainsi se comprendre comme une forme de résistance à la contrainte, à l'encadrement et à l'administration de la vie (par les dossiers, signalements, jugements, et autres documents les concernant) :

« Non, non, non. J'aime pas. Je vais lui raconter quoi à lui ? Lui dire : "Ça va pas dans ma vie ? Est-ce que tu peux venir m'aider ?" Non, laisse-moi... Tu m'aides pour mes trucs à moi, et voilà. Pas plus.

– *Quand tu dis "mes trucs à moi", tu parles de ta formation, de ton orientation, tout ça ?*

– En global. Tout ce qui est dans ma vie, personne ne sait. Vous, vous savez des trucs, je le dis parce que voilà, je ne vais pas faire un vieux mec, à dire : "Vas-y, je bouge. Qu'est-ce que vous dites à me dire des questions ?" » (Ryan, 17 ans.)

Posséder un « *jardin secret* », c'est revendiquer un monde à soi, un monde personnel dont le propriétaire est seul décideur, notamment en choisissant lui-même ceux à qui il en parle, dans un contexte où toute relation entre deux personnes est caractérisée par l'absence ou la présence de secrets, et par la quantité de secrets qu'elle comporte. Car, même lorsque l'autre ne remarque pas qu'il y a du secret, cela n'en modifie pas moins le comportement de celui qui dissimule, et par conséquent l'ensemble de la relation (Simmel, 1999 [1908]). Dans la construction identitaire et plus précisément durant la période juvénile, l'individu a besoin et revendique le droit au secret, au jardin intime qui offre, en quelque sorte, la possibilité d'un autre monde à côté du monde visible : un monde à soi, qui prend tout son sens lorsque l'on s'attache à la biographie sexuelle.

En tant que jeunes, mineurs, enfants de, jeunes pris en charge, ces garçons et filles rencontrés revendiquent un monde à eux, où eux seuls savent ce qu'il s'y passe. Leur sexualité (leurs pratiques sexuelles) est un bon exemple pour montrer les différences qu'ils font entre leurs interlocuteurs. Les amis de même sexe (moins souvent de sexe opposé) bénéficient de confidences (même si les garçons déclarent moins s'exprimer du côté des émotions) :

« Oui. Les meufs [femmes] croient que quand on est entre mecs, on parle du cul. Moi, je ne le cache pas que avant que je me mette avec elle, j'avais des relations à droite à gauche. Mais celle que je suis avec, je me vois mal dire à mes potes... [...] Les personnes en général. Alors que pas du tout. Quand je suis avec mes potes, je suis avec mes potes. Je m'en bats les reins [je m'en fiche]. On en discute, mais pas du cul, de ses copines. Déjà, je me verrais mal parler de ça. C'est à toi. C'est ce que tu fais. Tu ne vas pas dire. [...] Je ne sais pas moi, je lui dis : "En ce moment, t'es avec qui ?" Voilà. Après, ça vient tout seul. Moi, je lui demande pas : "À quelle heure tu couches avec elle ? Comment ?" Ça, je ne dis pas. Ça, c'est son truc ; il se démerde. Je lui demande : "Tu fais quoi ? T'es avec qui en ce moment ?" Moi, j'aime bien savoir. J'ai pas 36 potes. Mon pote, je suis tout le temps avec lui. En même temps, ça fait sept ans que je le connais. Donc voilà, je peux me permettre de lui demander. [...] Ouais, voilà, c'est ça. Je préfère faire mon truc. Je vois mon pote, un ou deux potes, très rares. Après, j'en parle, c'est sûr, on parle des copines, mais voilà. » (Ryan, 17 ans.)

Les parents, eux, sont la plupart du temps tenus à l'écart parce qu'ils désapprouvent les relations de leurs enfants (en s'exprimant le plus souvent dans la violence, comme telle mère qui « *ne veut pas voir les putes* » de son fils), ou bien parce que les jeunes estiment qu'on ne peut présenter « tout le monde » à ses parents (seul[e] la « bonne personne » pourra franchir le pas de la porte familiale).

Maintenir une distance pour rester viril

À cette tentative de maintenir à distance l'institution d'un domaine « *qui ne la regarde pas* », s'ajoute également le poids de la virilité qui s'impose de manière quasi permanente aux garçons que nous avons rencontrés. Dans ce contexte, la démonstration de force est gage de virilité, et le maintien à distance des affects et des adultes participe de la crédibilité au sein du groupe de pairs et de l'affirmation d'une appartenance intragénérationnelle au groupe

de garçons, jeunes, d'un territoire donné... Ainsi, lorsqu'on les interroge sur l'éventualité de parler de leurs relations sentimentales à leurs éducateurs, le refus d'affichage fonctionne également comme une réaffirmation de l'identité masculine, renforcement d'une appartenance de genre.

« Et tu racontes un peu tout ça [ses copines dont il vient de parler] avec les éducateurs ici et tout ?

– Ça va pas ! [rires] Ici nan, à mes potes pourquoi pas mais pas dans les détails. Mais les éducateurs, nan. Ça les regarde pas ! C'est ma vie ça... et puis, j'suis pas une meuf, j'ai pas besoin de raconter ma vie. Je gère tout seul. Nan, je parle pas. J'aime pas... Y a que les meufs qui jactent... trop d'ailleurs [rires]. » (Pierre, 16 ans.)

On comprend ainsi entre les lignes des entretiens qu'être un homme signifie mettre à distance ses émotions et ses sentiments, qui relèveraient des compétences féminines. Les propos de Pierre sont à ce titre explicites : si, dans l'entretien, il explique pouvoir parler de ses conquêtes et autres relations sexuelles avec ses copains, cela n'est pas du tout envisageable avec les éducateurs. Cette distinction parmi les interlocuteurs participe de la création d'une distance entre les relations choisies (les amis) et les relations subies (les éducateurs) dont il faut toujours se méfier.

Jeunes/pro : appréhensions et représentations de la sexualité

Malgré tout ce qui précède, les adolescents rencontrés apportent des éléments nouveaux pour analyser les questions de sexualité au sein même de l'interaction entre professionnel de la PJJ et jeune. À partir de leur vécu, de leur situation affective actuelle, de l'impact de la décision d'une prise en charge par la PJJ sur les relations amoureuses, mais également de leur vécu au cours de la prise en charge (moment où nous les rencontrons), ils ouvrent des pistes originales pour appréhender et comprendre leurs pratiques et les liens qui se mettent en place avec les professionnels qui sont autour d'eux. La question de la sexualité peut créer des malaises dans la mesure où il s'agit d'un domaine très intime et personnel qui renvoie chacun à ses propres pratiques et histoires de vie.

Nous l'avons dit, à la question d'aborder leur vie affective et sexuelle avec les éducateurs et autres professionnels exerçant dans le milieu PJJ, les jeunes (garçons et filles, même si, rappelons-le, nous n'avons rencontré que 4 jeunes filles au cours de cette enquête) répondent que cela « *justement, ça ne les regarde pas* », réagissant ainsi en quelque sorte à une intrusion permanente des professionnels dans toutes les autres sphères de leur vie. Les éducateurs maintiennent en apparence une distance assez similaire en disant que « *la vie sexuelle des jeunes ne les regarde pas* ». Ces récits de sexualité peuvent résonner en écho dans leur vie et, même s'ils sont formés pour entendre et écouter, relancer et soutenir, ils n'en sont pas pour autant imperméables et n'ont pas tous « *des vies dignes d'un catalogue de la Redoute, genre pays des Bisounours* », comme le résumera Damien, éducateur, pour dire que certains ont une histoire de vie compliquée. Ce sont donc deux des raisons pour lesquelles peu d'entre eux investissent ce champ dans sa sphère intime. Mais si les éducateurs sont assez gênés de certaines confidences que peuvent leur faire les adolescents dont ils ont la charge, c'est surtout parce qu'ils se sentent démunis pour y faire face et répondre aux attentes et questions qui sont implicites dans ces mises en récits. En cas de malaise, les jeunes peuvent être renvoyés vers les éducateurs plus « proches » et considérés par l'équipe en place comme plus « sensibles » pour écouter.

Les femmes se déclarent plus souvent plus à l'aise que les hommes pour écouter/réagir aux confidences des jeunes. On retrouve ici la même répartition sexuelle des tâches que dans les familles : les hommes laissent aux

femmes la charge de parler de l'intimité, du corps, des sentiments, de la sexualité aux filles, et plus généralement aux jeunes. Ici les professionnels masculins renvoient régulièrement les jeunes (et en particulier les jeunes filles) vers les femmes de l'équipe, se sentant peu légitimes pour s'emparer de telles problématiques (par contre, ils se déclarent très à l'aise pour parler de la consommation de produits ou encore de la conduite sans permis de conduire). Outre le sexe de l'éducateur, l'ancienneté de la relation joue sur la teneur des confidences : plus la relation est ancienne et plus le jeune et son éducateur se sont rencontrés pendant la « jeune adolescence » du jeune (vers 14-15 ans), plus la relation sera forte. À l'inverse, plus l'âge des jeunes s'approche des 18 ans, moins les éducateurs semblent s'investir considérant que les jeunes ont déjà un certain parcours, difficile à réorienter. Le fait d'avoir vécu des événements marquants ensemble joue également sur le degré de confiance en l'éducateur et ainsi sur la probabilité de pouvoir lui confier une partie de sa vie amoureuse/intime. Enfin, notons qu'il semblerait qu'il n'y ait pas d'impact sur le fait d'être référent santé pour pouvoir aborder les questions de sexualité avec les jeunes et, à l'inverse, pas d'identification par les jeunes d'éducateurs qui seraient « spécialistes » de la santé ou de la sexualité en particulier.

Mais ces récits qui pourraient laisser croire que « rien ne se dit », masquent finalement que beaucoup d'informations circulent de manière moins évidente et explicite. Si les jeunes cherchent en partie à protéger leur vie privée / leur vie affective et sexuelle, ce n'est pas pour autant qu'ils ne laissent rien transparaître, surtout lorsque la relation « le mérite ». Bien au contraire, une partie de la valorisation de la relation passe en effet par sa publicisation auprès de l'entourage. D'abord l'entourage amical/proche, mais parfois ils cherchent également la reconnaissance de l'existence de leur relation par leur éducateur.

Parler de sexualité

Dans ce contexte, et si pour une partie non négligeable des jeunes et des éducateurs, parler de sexualité est loin d'être un lieu commun ni une évidence, car cela ne fait pas l'objet même de la mesure judiciaire, il n'empêche que ceux qui ont accepté de se prêter au jeu de l'entretien n'ont jamais interrompu l'entretien avant sa fin. Se sont exprimées quelques réticences initiales liées au fait de dévoiler sa vie privée, une intimité secrète parfois violente ou considérée comme honteuse par les jeunes, et liées à la difficulté de saisir en quoi cela pouvait intéresser des personnes inconnues, femmes, parisiennes, blanches. Dans le même sens, quelques éducateurs ont accepté de participer sans pour autant comprendre en quoi ils pourraient produire un discours intéressant, pensant que leur pratique professionnelle était aussi banale qu'une autre. L'entrée par la vie affective et sexuelle dans le cadre de cette enquête n'a donc pas toujours été évidente, et ce d'autant plus qu'il s'agissait de répondre à un entretien et non à un questionnaire.

De quelle sexualité parle-t-on ?

Dans la lignée des travaux sociologiques récents sur la sexualité (Lagrange, Lhomond, 1997 ; Bozon 2002 ; Hamel, 2002 ; Clair, 2008, Bajos *et al.* 2008), nous nous sommes efforcées de ne pas enfermer la question de la sexualité dans celle du SIDA. Au contraire, il s'agissait ici d'inclure la sexualité dans un ensemble d'autres significations parmi lesquelles la question des infections sexuellement transmissibles tout comme celle des grossesses non prévues /

non désirées. Partant du constat dès les premiers entretiens que les jeunes rencontrés avaient connaissance de la norme sociale contraceptive et protectrice en matière de sexualité²¹, la question des préservatifs (recours, représentations) a été posée dans tous les entretiens, le SIDA n'a par contre pas été une clé d'entrée laissant ainsi toute la latitude aux jeunes d'en parler ou non. Nous sommes donc parties d'une définition ouverte et large de la sexualité, ne se réduisant pas aux comportements sexuels, mais invitant davantage à comprendre comment la sexualité est représentée et vécue par les jeunes que nous avons rencontrés et les représentations des professionnels PJJ les prenant en charge. Il s'agit donc dans la suite de ce rapport de saisir que ce sont les représentations que les individus ont des expériences sexuelles et affectives qu'ils ont vécues, qu'ils auraient aimé vivre, qu'ils n'ont pas vécues (parce qu'ils n'ont pas pu, parce qu'ils ne l'imaginent pas comme possible, parce qu'ils ne le veulent pas). C'est ainsi que l'on verra comment la signification des rapports sexuels peut prendre des formes et des limites différentes chez un même individu, entrant parfois en contradiction les unes avec les autres. Par cette entrée large de la sexualité, il s'agissait bien de pouvoir entendre et comprendre les représentations qu'en ont les individus rencontrés et les récits de ce qu'ils ont pu vivre.

Comme nous l'avons souligné dans la partie méthodologique, concernant les jeunes, la population d'étude n'a pas été constituée à l'aide de critères concernant ses caractéristiques sexuelles (comportements, pratiques, infections, violences...), mais à partir d'une tranche d'âge et sa prise en charge dans une institution judiciaire (la PJJ) au moment de l'entretien. Concernant les professionnels, la population d'étude n'a pas non plus été constituée à partir de critères sexuels, ni à partir de critères d'investissement dans le champ de la prévention sur cette thématique de manière spécifique. Tout cela n'est pas sans conséquence sur la manière d'appréhender la question de la sexualité.

Si la grande majorité des jeunes rencontrés a déjà connu des relations sexuelles, ils n'ont pas tous connu des relations amoureuses suivies et inscrites dans la durée (aussi subjectives soient-elles), quelques-uns vivent des relations de « couple » sans pour autant vivre en couple.

Des éducateurs face à la question de la sexualité : le poids du rapport à la loi

De même que le cadre pénal est structurant dans la relation établie entre le jeune et le professionnel, il revient au galop lorsqu'il s'agit pour les professionnels de parler de sexualité des jeunes. Leurs représentations sur ce qu'est la sexualité des jeunes (régulièrement renvoyés à leur statut de « mineurs ») dont ils ont la charge sont largement influencées en la matière par le volet judiciaire. Bien que, parmi le panel de jeunes interrogés, aucun n'ait été condamné au moment de l'enquête pour des violences à caractère sexuel, c'est pourtant l'image d'une sexualité complexe, violente, avec des pratiques répréhensibles par la loi, à laquelle un certain nombre de professionnels rencontrés ont fait référence en premier à l'annonce de l'enquête, ou dans les premiers échanges avant les entretiens.

²¹ Cette norme se construit à travers des pratiques et des temporalités prescrites : « Il y a le bon moment et les bonnes conditions pour avoir son premier rapport sexuel, comme il y a le bon moment et les bonnes conditions pour avoir un enfant et, pour chacun de ces moments, il y a une "bonne contraception" : préservatif [dans les débuts des rapports sexuels], préservatif et pilule, pilule [lorsque la relation se stabilise], stérilet [après la naissance du premier enfant] » (Bajos et Ferrand, 2005:118).

« À l'annonce du sujet de l'enquête, X professeur technique tient à préciser quelques éléments avant l'entretien. Il insiste sur la spécificité du public dont ils ont la charge qui serait plus violent, machiste et virile que la moyenne. Il dira même : "Ce sont des garçons qui n'ont pas un passé tout rose, ils sont pas très Bisounours, plutôt trash et violents." » (Extrait du journal de terrain, unité éducative d'accueil de jour.)

Cette lecture de la sexualité des jeunes n'est pas sans lien avec la spécificité du public reçu. Car si dans le cadre de cette enquête nous n'avons fait des entretiens qu'avec des jeunes qui ne sont pas pris en charge par la PJJ pour des raisons liées à des violences sexuelles, il n'empêche que cela constitue une partie non négligeable des jeunes reçus :

« Dans votre enquête vous voyez les plus cool en quelque sorte, les autres, ils sont là pour des histoires vraiment violentes, des histoires où la sexualité c'est violent ! C'est quand même une grande partie d'entre eux où la sexualité c'est violent » (Jacques, conseiller technique santé.)

La sexualité de tous les jeunes PJJ est donc envisagée sous l'angle des violences, abus, et pratiques condamnables au pénal et contribue à dresser des normes et à influencer les représentations des professionnels. On comprend ainsi pourquoi le cadre pénal devient « rassurant » pour aborder la question de la sexualité puisqu'elle est ici traitée d'un point de vue légaliste :

« Moi, dernièrement, j'ai fait une mesure d'investigation pour un gamin qui va être jugé pour une affaire de viol de trois gamines du temps où lui était en IME (Institut médico-éducatif). [...] Il était question de fellation, de choses comme ça. Pour faire prendre conscience au jeune en question, qu'avec une fellation aussi, il y avait un acte de pénétration, et que c'était pour ça ce qui lui était reproché. Donc là, on est allés assez loin, mais à cause du cadre pénal. [...] Moi, je ne suis pas dans du voyeurisme ; je ne suis pas dans une curiosité. Là, ça avait du sens. » (Céline, éducatrice.)

C'est tout un travail sur l'infraction, le rapport à soi, au corps, aux rôles masculins et féminins, au respect de l'autre, à l'interdit, aux fantasmes, que les professionnels pensent qu'il faudrait mettre en place. Pour aborder tous ces éléments, au sein même de leur pratique éducative, ils tendent à enfermer les discussions autour de la sexualité dans une lecture légaliste en faisant référence à ce que l'on a le droit de faire ou non. Pour les éducateurs, il semblerait que les jeunes ne soient pas en mesure de « *distinguer le bien du mal* » notamment sur le volet sexualité. Ils le disent clairement, « *c'est compliqué* » avec ces jeunes auteurs d'infractions sexuelles pour faire évoluer leurs représentations de la sexualité et la prise de conscience de leur responsabilité dans l'acte commis :

« Moi, les jeunes auteurs d'infractions à caractère sexuel, je les vois en individuel. On ne peut pas se permettre de faire du collectif avant même d'avoir fait un bilan, parce que leur profil est quand même souvent différent. En plus, souvent, ils ont été victimes. On sait bien que c'est compliqué de prendre en charge les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ce n'est pas du tout la même prise en charge. On est plutôt sur un bilan, et après, une orientation par des professionnels. Quand on fait du collectif, il peut y avoir des auteurs d'infractions à caractère sexuel, mais ce ne sont quand même pas les mêmes prises en charge, ce ne sont pas les mêmes comportements, ce ne sont pas les mêmes questions. Souvent, un auteur de violence sexuelle, à partir du moment où c'est judiciairisé, en général, il va ne plus vouloir parler de sa sexualité et de sexualité, il va s'interdire toute relation à l'autre. Du coup, c'est beaucoup plus compliqué. Donc les prises en charge sont complètement différentes. » (Lara, infirmière conseillère technique.)

Dans ce cas, encore plus que dans d'autres, l'éducateur n'est pas seul et l'on voit l'intérêt et l'apport de la connaissance du maillage associatif territorial pour agir en complémentarité des éducateurs. Lorsque la violence sexuelle constitue la raison majeure de la prise en charge, cela légitime l'intervention de professionnels de type conseiller(ère) de centre de planification ou de lutte contre les violences faites aux femmes, ou encore de psychologues, avec toutes les appréhensions des uns et des autres sur la faisabilité et l'accueil que les jeunes pourront leur faire. Ces ateliers, temps d'échange et d'écoute, ces accueils spécifiques, sont autant de manière de répondre sur le versant éducatif de la prise en charge de la mesure. Par contre, lorsque la raison du placement PJJ se situe sur un autre volet, il peut être bien plus complexe d'y faire adhérer les jeunes et de motiver les éducateurs qui ont alors d'autres priorités éducatives.

À la manière de considérer la violence de la sexualité des jeunes dont ils ont la charge, s'ajoute également la question des violences subies, notamment des violences sexuelles. Cela s'inscrit dans une idéologie plus globale de la PJJ selon laquelle les jeunes « délinquants » seraient d'abord et avant tout des « victimes » de leur entourage, du contexte dans lequel ils ont grandi. Une large partie des professionnels rencontrés n'est pas sans ignorer l'éventualité d'actes de violences sexuelles subis par les jeunes PJJ, que cela soit inscrit ou non dans leur dossier (les violences sexuelles subies concernent 6 % des garçons et 41 % des filles de l'enquête de 2004 de Marie Choquet et Christine Hassler) :

« Malheureusement, des fois, cette sphère de la sexualité, elle passe par le biais du traumatisme, d'agressions sexuelles. [...] Donc c'est pas une bonne porte d'entrée pour eux, mais c'est des fois la réalité. Donc moi, j'interviens dans le sens où j'essaye de faire le point sur ce qui se passe dans la sphère familiale, et autant que faire se peut, de les faire sortir de ce champ qui est complètement pathogène de l'agression sexuelle pour les amener vers une sexualité où la sexualité, c'est épanouissant, c'est quelque chose de beau, de pas sale. »
(Céline, éducatrice.)

L'annonce des violences sexuelles subies est autant redoutée qu'espérée par les éducateurs : redoutée car ils ne se considèrent pas tous comme suffisamment armés pour gérer l'aveu/la confiance d'un acte subi pendant l'enfance ou l'adolescence, espérée car cela serait une marque de confiance de la part du jeune dont ils ont la charge et participerait positivement à leur estime professionnelle et à la légitimation de leur compétences professionnelles. À cela s'ajoute le poids du contexte des circonstances de l'aveu/confiance et des conditions demandées par le jeune pour s'assurer de l'absence d'éventuelles conséquences de ses propos, comme on peut le voir dans les propos de Sophie :

« Ils avaient des propos extrêmement homophobes. Et du coup, j'avais repris avec ce gamin, quand je l'avais eu tout seul. Je lui ai dit : "Mais tu te rends compte les propos que tu as ?" Je reprends pas ça en groupe ; ça sert à rien. Il s'est énervé un peu, puis il m'a dit qu'il avait été violé et que pour lui, de toute façon, c'était sale. [...] Ce gamin-là, j'ai pas eu le temps de lui dire : "Si tu me dis quelque chose, tu sais que je peux pas le garder pour moi." Et en fait, avant que je le dise, il m'a dit : "De toute façon, si tu le répètes, tu me verras plus jamais à l'atelier." Du coup, j'étais bien ennuyée avec ça... Ce que j'ai fait, c'est que j'ai attendu qu'il soit parti de l'atelier. On était en fin de parcours, donc j'ai attendu qu'il soit parti pour le signaler à son éducatrice. Après, j'ai repris avec lui : "Est-ce que t'as porté plainte ? Est-ce que ta famille te croit ?" [...] On a discuté pas mal. » (Sophie, professeure technique.)

Le poids du passé des jeunes PJJ n'est pas sans conséquence sur les manières d'aborder la sexualité et/ou de mettre en place des ateliers ou groupes de parole thématiques. Ainsi, on voit que pour les éducateurs les moins à l'aise mais qui pourtant estiment qu'il faut l'aborder, il y a une certaine tendance à enfermer la sexualité dans une perspective légale, judiciaire, mais également sanitaire (risque, soin, hygiène) et technique (protection). Leur rôle s'entend alors comme des prescripteurs de pratiques pour rappeler le cadre social et légal dans lequel peut se dérouler la sexualité avec les enjeux autour du consentement et des violences, mais également à travers un discours prophylactique, prescripteur de normes de protection et de contraception, susceptible de freiner les jeunes dans leur capacité à exprimer ensuite leurs écarts aux normes véhiculées par l'institution PJJ. Cette manière d'aborder la sexualité à travers le cadre légal et pénal contribue à rassurer le professionnel en garantissant un certain détachement quant au sujet évoqué, grâce au prétexte juridique qui permet d'en parler de manière plus « formelle ».

L'intime et l'intervention professionnelle

Les professionnels reconnaissent que si les jeunes ayant des problématiques de violences sexuelles prennent une place importante dans les discours, ils ne sont pourtant pas une majorité. Un grand nombre des adolescents PJJ ont un rapport « normal » à la sexualité, dans le sens où ils n'ont pas été condamnés pour des pratiques illégales. Leur sexualité n'en est pas moins analysée, nous l'avons vu, à travers les normes de ce que doit être une sexualité légitimée par l'institution :

« Je vais pas aborder la relation sexuelle avec eux, je vais plutôt aborder la relation à l'autre, mais d'un point de vue respect de la jeune fille ou du jeune homme : "Même si toi tu l'aimes, si il ou elle t'aime pas, il ou elle a le droit de te dire non." Ça va être ça plutôt. Et après, plus on avancera, plus on parlera de comment justement montrer qu'on a envie et attendre que l'autre soit prêt. J'essaye de leur inculquer que la relation, elle est à deux et elle est pas que dans un sens, et si on ne veut pas, on n'est pas obligés de le faire, et on n'a pas à obliger l'autre à faire ce que nous on a envie qu'il fasse. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Parler de sexualité avec cette seconde catégorie de jeunes demeure cependant là aussi complexe, mais pour d'autres raisons : le renvoi à l'intime (pour le jeune comme pour le professionnel), ne pas vouloir tout savoir/trop en dire, etc. Le rapport à la sexualité est ici abordé en priorité sous l'angle des émotions et des sentiments, du rapport à l'autre, du plaisir et fait abstraction de la dimension juridique précédemment évoquée, même si celle-ci reste en filigrane, l'ombre du viol pesant malgré tout dans les esprits des éducateurs.

L'entretien mené avec Céline, éducatrice, met en évidence les questions de genre que nous avons évoquées plus haut, et qui ne sont pas sans conséquence dans l'écoute et la prise en charge des jeunes. Comme ses collègues femmes, Céline se déclare plus à l'aise que ses collègues hommes pour écouter/réagir aux confidences des jeunes. On retrouve ici la même répartition sexuelle des tâches que dans les familles : les hommes laissent aux femmes la charge de parler de l'intimité, du corps, des sentiments, de la sexualité aux filles, et plus généralement aux jeunes :

« Et puis ils me déposent ça à moi, ils me demandent ça à moi. Ils auraient pu attendre le collègue homme dans quelques heures. Quand c'est comme ça, je fais en sorte de dire : "Si tu veux en discuter après... ?" Quand c'est trop souvent, trop régulièrement, je leur dis : "Il y a un truc. Il me semble que dans ta vie intime, il y a des choses qui se passent. Mais depuis ce matin, t'as pas bougé du foyer. Tu me demandes des capotes

toutes les deux heures. Donc il y a un truc..." [...] Ils parlent de leurs sentiments plus que de la question de la sexualité (en tout cas avec moi, mais peut-être que j'aborde mal le sujet). Très souvent, ils me parlent plus de leurs doutes dans leurs relations affectives, intimes, ou "Est-ce que c'est trop tôt ?" Après, pour le reste, ça ne va pas plus loin, peut-être aussi parce que je suis quelqu'un qui tient toujours à mettre cette distance. Il y a des choses, ça ne nous appartient pas, éducateurs. Je reparle de cette toute puissance. Il y a des trucs, et heureusement, ils ne nous en parlent pas. Après, si je vois que ça pose problème au mineur et qu'il y a une situation qu'il vit difficilement, là, on en parlera. Mais moi, je trouve ça assez sain qu'on puisse pas parler de tout avec son éducatrice. Donc c'est plus le doute au niveau des sentiments, du regard des autres copains. C'est : "Ah beh elle m'envoie 10 textos par jour. Est-ce que ça te paraît trop ? Est-ce qu'elle est chiantie ou pas ?", de ce qui est de la norme et de ce qui l'est pas. C'est plus ça. » (Céline, éducatrice.)

Les propos de Gwenaëlle vont dans le même sens.

« Peut-être que comme je suis une femme, avec les jeunes filles, c'est plus facile. Les garçons vont pas forcément m'en parler spontanément. [...] mes collègues [hommes] vont l'aborder différemment. Moi, je vais plutôt l'aborder sur le côté sentiments, respect, pas forcément sur la mécanique, même si à un moment donné, on va en parler de la différence des hommes et des femmes dans le rapport sexuel. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Dans ces circonstances, il semblerait que s'opère une distinction dans les manières d'aborder la sexualité selon que le cadre est collectif ou individuel. En collectif, il s'agit d'ateliers d'échanges, avec des professionnels dédiés aux questions de santé : c'est alors d'abord le versant technique (prévention, sensibilisation) qui est mobilisé. Mais cette situation collective est complexe pour les éducateurs et professeurs techniques, parce que difficile dans la gestion du groupe sur un sujet tel que la sexualité :

« C'est compliqué parce que ça part vite en live parce que c'est qui a fait mieux que l'autre et ça part dans des délires. C'est un sujet difficile à aborder. » (Philippe, éducateur.)

En individuel ou petits groupes bien plus restreints (à deux ou trois), l'éducateur ou le professeur technique semble avoir plus de marge de manœuvre pour éviter que « *ça parte dans tous les sens* ». Ils ont l'impression de mieux maîtriser l'échange et de pouvoir échanger plus sereinement : du côté individuel, cela permet d'aborder la question de la vie affective et ne pas se limiter au discours hygiéniste, sanitaire et préventif :

« J'essaye de les avoir à peu quand je travaille ça, un ou deux, comme ça, s'ils ont des questions à poser, parce que je suis pas infirmier ni infirmière, du coup, les jeunes se sentent pas mal à l'aise et moi, je peux reprendre, pour que ça parte pas dans tous les sens. Je me sens pas suffisamment à l'aise de faire ça en groupe. C'est pas mon boulot, donc si je le fais, c'est plus pour faire passer des infos santé. Et du coup, ce gamin-là, je lui explique les préservatifs, le SIDA machin. Ça, il maîtrisait bien. Et à un moment, au cours de l'entretien, je me rends compte qu'il avait pas compris que ça empêchait à la fille de tomber enceinte, donc pas du tout un moyen de contraception. Donc il y a des choses comme ça qui sortent à ce moment-là. Là ou à d'autres moments. Par exemple, on a eu des questions de filles. Moi, je me rappelle au début quand on était à L'Atelier, la première ou deuxième année, on a eu des filles terribles. Et à table, il y en a une qui dit : "Ouais mais quand tu sucés (comme ça, tout fort dans le restaurant...), est-ce que tu peux tomber enceinte ?" L'autre, elle lui dit : "Beh non, tu peux pas tomber enceinte !" Et puis voilà, des discussions là-dessus. Moi, je m'étais dit que j'irais un peu plus loin pour leur expliquer des choses. Ces questions-là, ça vient à table ou quand on n'est pas en trop grand groupe et qu'elles ont envie de poser des questions très précises sur certaines choses. C'est souvent comme ça. » (Sophie, professeure technique.)

La question de la gestion des émotions et de la vie affective est problématique car elle ne renvoie pas directement à l'action éducative induite dans la prise en charge de la mesure. Si nombre de professionnels rencontrés insistent sur le fait qu'ils doivent en tenir compte et l'aborder, les réticences restent fortes. La sexualité renvoie à l'intime, la discussion ouverte sans cadre formel d'atelier (ou autre) aurait pour risque de trop se dévoiler (à la fois pour les jeunes mais aussi pour les éducateurs). Tout se passe comme si chacun cherchait à rester neutre dans les dimensions non prises en compte dans la mesure socio-judiciaire, même si chacune des parties reconnaît dans les entretiens que cette neutralité est théorique et presque impossible à maintenir au fil de la relation. Ce travail autour des émotions et de l'intime est bricolé par les professionnels PJJ à la fois du fait d'une formation initiale qui, semble-t-il, le prend peu en compte, mais également du fait des priorités dans la prise en charge qui orientent l'essentiel du travail des professionnels vers l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Ce travail des émotions n'est pas replacé plus largement dans les enjeux autour de la santé, il est considéré comme une composante fragile du lien, de la relation jeune/éducateur. Il s'agit donc pour les uns et les autres de trouver un juste milieu pour parler. L'exemple de la sexualité est à ce titre très parlant puisque dans les récits autour des ateliers menés en groupe, il s'agit d'attirer l'attention sur les comportements préventifs, sur le respect de l'autre (pour les éducateurs/professionnels PJJ) tout en veillant à ce que les jeunes participent sans se dévoiler pour ne pas se mettre en difficulté face au reste du groupe notamment. Car même si les jeunes rencontrés estiment que leur vie affective et sexuelle ne regarde pas les éducateurs et autres professionnels exerçant à la PJJ, il n'empêche qu'ils ont bien plus de difficultés à maintenir les barrières qu'ils se sont eux-mêmes fixées :

« Quand on va sortir, tu penses qu'on peut aller parler à l'éducateur pour lui demander où est le centre de dépistage ou tu ne veux pas trop lui en parler ?

– Non, je veux pas parler de ça moi. [...] Pas ici. [...] Parce que vas-y, j'aime pas quand les gens ils entendent ça ! [...] C'est pas qu'ils sont proches de moi, c'est que moi, je suis pas un gars qui montre. Je reste discret moi. [...] Et au CER, c'est pareil, même, ils me demandaient ceci cela, mais non. Y a pas de ça. Moi, je te dis pas de qui je suis. T'as pas à savoir cousin. C'est ma vie. [...] Non. Moi, je parle pas. Je règle mes problèmes solo. Je suis tout seul. Je suis très bien comme je suis. Je suis clair dans ma tête. » (Jessy, 16 ans.)

Si dans l'exemple cité, Jessy refuse de s'ouvrir aux éducateurs qui le prennent en charge (ou l'ont pris en charge) sur sa santé sexuelle, il n'empêche que pour bien d'autres jeunes rencontrés, les frontières sont plus floues. Ainsi nombre d'entre eux soulignent comme Dylan *« qu'en savoir plus que le dossier ça se mérite »*. Ils mettent les éducateurs à l'épreuve : être capable de garder un secret (et donc instaurer une relation de confiance propice aux confidences) fait partie des tests « éliminatoires » en quelque sorte. Ainsi, des éléments seront divulgués à dessein par les jeunes pour voir si l'éducateur auquel ils se sont confiés pourra le garder pour lui. Bien souvent, les exemples pris par les jeunes relèvent plus du domaine du factuel que de l'affect. Il s'agit également de tester le « secret professionnel » auquel les éducateurs sont soumis et auquel les jeunes adhèrent peu, notamment en raison de leur parcours de vie, où finalement nombre d'informations qu'ils jugent comme confidentielles se sont vu étalées sur les bureaux des juges et services sociaux :

« Si, je pense que c'est arrivé, mais je n'en ai pas souvenir. Avec X., l'éducateur, on a très peu de sujets tabous. On parle de tout en fait. On est assez libres d'esprit. On fait attention quand même parce que ça reste un éducateur. [...] Ouais, je pense, mais vaguement comme ça, parce que si tu parles de ça avec les gars, ils vont

pas prendre ça au sérieux. Ils vont dire : "Qu'est-ce que tu lui as raconté à X ? Ouais, on s'en bat les couilles. On la baise, c'est tout." Je pense qu'X, il a déjà dû leur faire la réflexion : "Il faut se protéger", des trucs comme ça. [...] Mon éducatrice ici c'est la première fois que je la rencontre. Et même mon éducateur d'avant, non, jamais. » (Mélania, 16 ans.)

Comme le montrent les propos de Mélania, le dévoilement de soi par les jeunes peut être un indicateur de la qualité de la relation éducative. Malgré tout, il semble que dans des situations d'urgence, les jeunes se retournent vers leur éducateur pour demander un accompagnement pour une IVG ou encore un soutien face à une rupture amoureuse violente, ou encore face à des situations de violence « conjugale »... L'ancienneté de la relation joue sur la teneur des confidences, plus la relation est ancienne et plus le jeune et son éducateur se sont rencontrés pendant la « jeune adolescence » du jeune (vers 14-15 ans), plus la relation sera forte. À l'inverse, vers 16 ans, les éducateurs semblent moins investir la vie intime des jeunes qui ont déjà un certain parcours et sur lequel ils estiment qu'ils auront moins de poids.

Les éducateurs maintiennent une distance assez similaire en disant que « *la vie sexuelle des jeunes ne les regarde pas* ». La question se pose alors de ce qui est opportun de connaître du mineur pour mieux le prendre en charge. Ne pas « tout » savoir permet par ailleurs de lui laisser une certaine part de liberté, essentielle dans la construction de soi à l'adolescence, raison pour laquelle peu d'entre eux investissent le champ de la vie affective et sexuelle, considéré comme non prioritaire par rapport à l'insertion professionnelle ou à la reprise d'études par exemple :

« Je crois qu'à partir du moment où la santé peut toucher à la sphère intime, j'ai l'impression que c'est un problème certaines fois. » (Céline, éducatrice.)

Vers une définition de la sexualité des jeunes

Dans ses travaux des années 1980, André Béjin soulignait que l'adolescence était une période consacrée aux expériences et pendant laquelle on évite de prendre de graves décisions (1983) ; les entretiens menés dans le cadre de cette enquête exploratoire montrent que la réalité est bien plus complexe qu'un évitement des « graves décisions ». On s'accordera malgré tout à penser également que l'adolescence est marquée par de nombreuses expériences, qui fonctionnent comme des tests, essais-erreurs, qui d'ailleurs sont argumentées par les enquêtés (jeunes comme éducateurs) comme étant propres à cet âge de la vie :

« C'est normal, je suis jeune donc je fais des conneries ! Mais après avec le temps, ça va passer. C'est parce que je suis jeune... donc je découvre (rires) et nan mais sans rire, parfois j'abuse un peu (rires). » (Pierre, 16 ans.)

« On ne peut pas tout leur demander à ces jeunes, ils ont des histoires toutes plus difficiles les unes que les autres, on ne peut pas en plus leur demander d'être plus sérieux que les autres. Quand t'es jeune, t'es con. Tu fais des expériences et tout. Si tu fais pas ça à cet âge-là, alors quand ? Faut les lâcher un peu aussi je pense. » (Entretien informel avec Marie, éducatrice.)

Les entretiens menés avec les professionnels PJJ mettent en lumière un discours théorique assez égalitariste en termes de rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes ou de perspectives de carrière qui devraient être plus ouvertes pour les deux sexes. Ils insistent par ailleurs sur l'importance de développer des formations pour les

professionnels et des ateliers pour les jeunes sur l'égalité des sexes, le respect de la femme ou encore les violences familiales et conjugales :

« Il faut éduquer ces jeunes à l'égalité des sexes (...) et au respect des femmes. » (Abdel, éducateur, entretien informel.)

Néanmoins ce discours à résonance égalitariste semble n'être qu'une façade, tant on constate une perpétuation des représentations stéréotypées de genre : les filles seraient du côté des sentiments et les garçons du côté de l'action/performance sexuelle. L'approche en termes de genre n'est pas prise en compte, puisque les discours sont essentiellement sur une perspective différentialiste et complémentaire :

« C'est difficile de leur faire comprendre qu'il faut respecter les femmes. Que dans la vie, une fille a besoin de câlins, de douceur... aussi qu'elle a besoin de temps. Que ça fonctionne pas pareil une fille et un garçon ! » (Marie, éducatrice.)

Cette lecture dans une perspective différentialiste met tout de suite à mal celle de l'égalité. Il est en effet extrêmement difficile de penser l'égalité dans la différence, et la naturalisation des comportements individuels par l'argumentation de différences biologiques, psychiques et physiques entre les sexes contribue à enfermer les filles et les garçons dans des comportements sociaux attendus, conformes à leur sexe.

Les entretiens réalisés montrent que la possibilité d'avoir plusieurs partenaires sexuels est complètement admise par les pairs chez les garçons rencontrés (et plus largement elle est socialement acceptée), elle est même souhaitée, attendue. Cela se retrouve également dans les propos des éducateurs, qui considèrent que tous les jeunes garçons dont ils ont la charge ont déjà eu des expériences sexuelles, et pour certains seraient « très expérimentés ». Si l'enquête de Marie Choquet et Christine Hassler avait souligné la plus grande expérimentation des jeunes de la PJJ par rapport aux enquêtes en population générale, et avait également mis en avant une initiation précoce à la sexualité pour ces jeunes (l'enquête HBSC 2010 sur la santé des collégiens montre que près de 9 % des garçons et 3 % des filles déclarent des rapports avant 13 ans et 25 % des garçons contre 14 % des filles avant 15 ans), il n'empêche que cela a tendance à lisser la réalité en faisant disparaître les comportements individuels et à s'imposer comme une norme de genre. Cette représentation de garçons hyperactifs sexuellement et dépourvus (ou presque) de toute émotion et sentiment n'est pas sans conséquence sur les manières d'appréhender la sexualité des garçons dans des ateliers de prévention au sein de la PJJ, ou dans leurs comportements avec leur groupe de pairs.

Du côté des garçons : masculinité, virilité et violence

Comme d'autres enquêtes ont pu le montrer, « le virilisme, ou exacerbation des attitudes, représentations et pratiques viriles, est très régulièrement évoqué au sujet des jeunes des quartiers populaires » (Clair, Descoutures, 2009, p. 59), et l'on retrouve ces représentations de manière assez forte dans les discours des professionnels rencontrés. Nous l'avons vu, les jeunes garçons – pourtant non pris en charge pour des raisons liées à des violences sexuelles – sont bien souvent rapidement présentés comme des caricatures d'hommes machistes et dominants, avec des tendances violentes en raison de leur force physique réelle ou supposée (Messerschmidt, 1999) :

« Moi, ça m'a choquée. La femme doit rester à la maison ; elle doit faire à manger ; si j'ai envie, je la prends comme ça. On en est là, concrètement, sur la ville V. en tout cas. Je pense qu'en fait, ils disent ce qu'ils vivent dans leur quotidien, tout simplement. » (Lara, infirmière conseillère technique santé.)

Ces propos sont malgré tout nuancés par une partie des éducateurs (plus souvent d'ailleurs les éducatrices) qui arrivent à casser cette image de façade socialement construite et à laquelle les jeunes garçons adhèrent (ou font mine d'adhérer). Ce virilisme peut se comprendre comme une stratégie de défense face à un environnement essentiellement considéré comme hostile et discriminant (au moins socialement et spatialement). En effet, l'étiquette de « cas sociaux » qui leur colle à la peau leur permet peu d'avoir d'autres marges de manœuvre. Éloignés de l'école pour certains depuis très longtemps (CM1 ou CM2), avec des parcours de prise en charge ASE particulièrement complexes (allers-retours entre famille biologique, foyers, famille d'accueil...) dès la petite enfance, ils manquent de ces capitaux sociaux qui servent dans l'insertion sociale, amoureuse, professionnelle. Ce que Mélanie va résumer en disant « c'est des gars des quartiers », ce qui plus précisément signifie des quartiers d'habitat social :

« C'est bête ce que je vais dire, mais c'est des gars des quartiers. C'est pas pareil. Ils font trop les bonhommes. Jamais entre eux, ils vont parler ouvertement de leurs sentiments. À chaque fois que je suis avec un pote, il va me dire : "Elle, par exemple, je l'ai baisée. Je l'ai retournée dans le tram". Après, je m'en fous, ça me dérange pas. Franchement, ça me dérange pas du tout. » (Mélanie, 16 ans.)

En effet, des enquêtes ont mis en lumière l'impact du faible niveau de diplôme, la difficulté d'insertion sociale, sur la mise en couple, en soulignant que c'était surtout vrai pour les hommes, dans un contexte où la responsabilité notamment financière du foyer à fonder pèse d'abord sur eux. Comme l'explique Christelle Hamel « La possession d'un emploi ou plus exactement de l'autonomie financière étant constitutive de la "masculinité", ces garçons sont déstabilisés dans leurs capacités à devenir des "hommes complets", car la construction de la famille est, pour les hommes plus que pour les femmes, subordonnée à la possession d'un emploi. » On comprend ainsi comment peut jouer le capital physique, et combien il fait partie de celui qu'ils peuvent mobiliser positivement et qui leur est reconnu par l'extérieur (comme le soulignait Christelle Hamel, 2003) et parfois réellement redouté (par les éducateurs, leur entourage, ou encore les filles). On comprend donc combien l'importance du corps, la sauvegarde de l'apparence, est centrale pour ces jeunes. Par le capital physique, il s'agit d'être en mesure de « garder la face » (Goffman, 2008 [1974]) quels que soient les événements. La mise en avant des « embrouilles », « tensions » ou « bagarres » dans certains entretiens peut être interprétée comme des formes de valorisation de soi, validées par l'entourage (éducateurs y compris, puisque nombre d'entre eux se disent sportifs, attentifs à leur apparence). À cela s'ajoute dans la construction de la masculinité le devoir d'une sexualité active, la première fois peut être ainsi vue comme un devoir à accomplir, qui permet ensuite de vivre sa sexualité :

« La première fois, j'avais 13 ans. Je venais d'entrer au collège. [...] C'était en classe. J'étais dans la même classe qu'elle, et il a fallu un moment où il a fallu que je trouve une meuf, comme les mecs quoi. Moi, de quand j'ai trouvé ma première copine, j'ai dit : "Allez-y, il faut que je trouve une meuf, et après, on verra bien ce qui se passe." Après, j'ai couché avec elle. Après, il y en a qui sont addicts à ça, ça veut dire qu'ils ne peuvent pas se passer de ça. [...] Moi, j'ai trouvé une copine, j'ai dit : "Vas-y, on fait la chose ?" ; elle a dit : "Ouais." Du coup, j'ai fait une fois, en deux fois, trois fois. Après, c'est allé tout seul quoi. [...]

– Ça a duré combien de temps ?

– Ah la la ! Trois mois. Mais c'était un amour de jeunes. Beh de jeunes, ça veut dire trois mois, tu couches avec elle au bout d'un mois et demi, après, t'as plus envie d'elle, t'as envie d'une autre fille. L'autre fille, c'est pareil. L'autre fille, elle vient à toi. Sur le coup, tu ressens des choses que tu ressens pas pour une fille, moi que je ressens pas avec ma copine actuellement. [...] ça m'a fait ni chaud ni froid. C'était ouais... C'était bien la première fois. Après, on se met dans le bain comme dirait l'autre. [...] Tu couches la première fois avec. Je l'ai touchée qu'une fois, après, voilà, j'ai été ailleurs. [...] C'était plus compliqué que ça en fait. On va dire qu'on s'est séparés. Après, elle a fait son truc, moi, j'ai fait mon truc. » (Ryan, 16 ans.)

Les garçons sont toujours soupçonnés d'aller voir ailleurs, infidèles par nature en raison de « besoins sexuels » importants, ils sont considérés comme incapables de réfréner leur désir sexuel parce qu'ils sont des garçons ! Ainsi, comme Ryan, nombre de garçons ont raconté leur vie sexuelle comme on raconte un tableau de chasse, nous laissant entendre qu'ils avaient eu plus d'une centaine de partenaires²². Dans un contexte de forte disqualification sociale, et de vulnérabilité, se vanter de multiples aventures, c'est une manière de se redonner une image positive (Hamel, 2002).

[À propos du nombre de partenaires] « Ouais, ça m'est arrivé de réfléchir, et sans me vanter, après, je sais ce que je fais, au moins 100. [...] »

Cette tendance à l'exacerbation du nombre de partenaire a été mise en avant dans de nombreux travaux et est à relativiser. « Il y a un décalage sérieux entre les récits qu'ils peuvent faire de leurs multiples aventures et les possibilités concrètes de réalisation de ces aventures. Ils n'en sont d'ailleurs pas dupes, puisqu'une des figures centrales au sein du groupe est celle du "mytho", celui qui baratine. » (Hamel, 2002). L'image d'une sexualité presque incontrôlable, où l'infidélité s'expliquerait par des « besoins naturels », prend également son sens dans un environnement où certains éducateurs mettent sur le compte des situations familiales des jeunes des expériences similaires de la part des pères de ces derniers :

« En même temps, ils ont comme modèle un père qui a fait cocu sa mère à tout bout de champ, qu'est-ce que tu veux que ça donne?... Ben, c'est difficile de leur faire comprendre qu'un homme ça peut être différent. Si tu leur dis que leur père il a mal fait, ils peuvent pas l'entendre... donc parfois t'es un peu bloqué ! Et vu les histoires de nos jeunes... finalement t'es vite bloqué si tu veux pas – c'est un peu dur ce que je vais dire mais – si tu veux pas tuer leur famille. » (Marie, éducatrice.)

Que ce soit dans les propos de la plupart des garçons rencontrés et de certains éducateurs-trices, le masculin, l'homme viril, est donc « plus fort, plus grand, plus actif, plus agressif, plus désireux » (Clair, 2008). À cela s'oppose la question des sentiments, reléguée comme une spécificité féminine, la quasi-totalité des jeunes rencontrés expliquant l'impossibilité de parler de leurs émotions et sentiments. La sexualité des jeunes et des adolescents ne s'exerce donc pas hors de toute norme, mais les formes de contrôle sont plus intériorisées et indirectes, et les réseaux de pairs y sont plus présents. Un garçon qui laisserait entrevoir ses sentiments et exprimerait ses émotions prendrait le risque de voir remis en question sa masculinité et son appartenance au groupe de garçons. L'image du « canard » est à ce titre assez parlante :

²² La situation d'enquête n'est pas à minorer dans cette mise en scène du palmarès sexuel : les entretiens ont été menés par deux femmes plus âgées qu'eux, intellectuelles et venant de Paris, leur accordant un intérêt particulier pendant 1 à 2 heures. Nous avons pu nous interroger sur cette mise en scène d'une sexualité très active comme une forme de séduction, prouvant ainsi leur capital sexuel, ou comme une forme de valorisation dans un contexte où tout les stigmatise (milieu social précaire, stigmaté de délinquant, etc.).

En d'autres termes, il s'agit pour les garçons de ne pas être des « canards », ni de trop donner de gage dans la relation avec la fille (puisque toutes les relations sont construites comme hétérosexuelles) ni trop en dire (au-delà de ce qui peut jouer en faveur de l'expression de la virilité). Le « canard » est l'image du « bouffon » tant redoutée ! C'est l'image d'un garçon qui serait guidé par ses émotions et donc « soumis » à sa copine : en lui offrant des cadeaux, en l'invitant au cinéma ou au restaurant, en l'appelant régulièrement, ou en lui envoyant des SMS toute la journée. Cette forme de faiblesse morale est raillée par les membres du groupe de garçons. Néanmoins des expériences affectives et sexuelles (réussies, ratées ou espérées) ont pu servir de marqueur d'information pour certains garçons qui ont eu l'occasion de rencontrer des filles « d'ailleurs », des « *filles de bon milieu, pas comme nous* » dira Steeven. Ces relations ont mis en évidence la difficulté pour eux de répondre à la fois aux injonctions du groupe de copains (ne pas dire ses sentiments) et de leur petite copine (même lorsque l'espoir de relation n'a pas abouti) (dire « *des choses gentilles* », « *offrir le restaurant* », « *offrir un cadeau, un ciné pour rien* »). Cette image du garçon du côté des sentiments les rapproche d'un coup des filles et donc de la figure de l'homosexuel, car ils ont l'obligation de ne pas se féminiser :

« *Ça serait quoi le problème de faire le canard avec une meuf ?*

– Faire le mec qui s'invente des vies alors que c'est faux, comme je l'ai dit tout à l'heure, tomber amoureux vite.

– *Pourquoi est-ce que tu n'aurais pas le droit de tomber amoureux vite si ça te fait plaisir ?*

– C'est pas bien les trucs comme ça ! Après, t'es dans un engrenage ! Tu te fais piéger partout ! Tu t'en sors jamais !

– *Tu penses que l'amour, tu t'en sors jamais ?*

– Je peux pas dire tu t'en sors jamais parce que je suis jamais tombé amoureux. Mais j'ai vu des gens, ils sont partis en couille à cause de ça. (...) Ça rend fou l'amour ! C'est un truc de ouf ! T'arraches la page, tu refais les mêmes fautes ! Non, c'est mort, je veux pas de ça moi ! Je suis bien comme je suis. Les meufs, elles se plaignent pas. Et puis si par exemple j'ai pas de meuf, je peux très bien recapter une meuf que j'ai déjà capté avant. C'est ça qui est bien aussi quand je fais pas le bâtard avec eux, c'est que je peux les capter un peu comme je veux. » (Jessy, 16 ans.)

Dans un contexte où la sexualité masculine est survalorisée, la question de l'absence de relations sexuelles dans le cadre d'une relation affective reste un impensé pour la plupart des garçons que nous avons rencontrés :

« Si y a de l'amour sans sexe, certes, y aura de l'amour, mais y aura pas de l'amour comme si tu couchais avec une personne. Moi, je pense que le sexe, c'est ce qui rapproche l'homme et la femme, ce qui fait qu'en fait tu couches avec la personne et t'as encore envie d'elle, encore une fois, encore une fois. C'est ce qui fait les sentiments au niveau de la personne. La fille, elle aime ça. C'est sûr quand tu couches avec la fille, la fille, elle aime ça. Et en fait, la fille, elle, pour elle, c'est comme un mec quand il fait l'amour avec une meuf, mais le mec, lui, c'est plus long. Moi, j'ai mis du temps à dévoiler mes sentiments. Il peut y avoir de l'amour sans sexe, mais ça serait de l'amour vache. [...] Pour moi, ça serait de l'amour vache. Imaginons je me mets avec une musulmane, elle a 17 ans, j'ai 17 ans, et les musulmans, la religion, c'est la fille, elle couche pas avant 18 ans. Certes, le mec, il pourra dire qu'il est amoureux mais que par des sentiments. [...] Ouais parce que quand y a du sexe, t'as de l'amour par les sentiments. [...] Voilà, y a du désir. Y a du désir, y a de l'amour, y a de la tendresse, y a tout ce que vous voulez. Mais pour moi, si y avait de l'amour sans sexe, ça serait de l'amour vache. Quand tu vois les films à la télé, c'est pareil, y a pas d'amour, y a pas de sexe. Tu les vois, ils sont en train de coucher ensemble, le lendemain, ils sont tout contents. Ça donne la joie de vivre on va dire. » (Ryan, 16 ans.)

Certains adhèrent cependant à l'idée qu'une fille « *qui refuse, parce qu'elle est vierge, ça se respecte car elle se respecte* », ce qui interpelle malgré tout sur celles qui refusent tout simplement parce qu'elles n'ont pas envie, et qui pose la question de la légitimité du consentement.

Les garçons sans rapports sexuels : les « inexpérimentés » oubliés

Pourtant, quelques-uns des garçons que nous avons rencontrés se sont dits inexpérimentés, mais incapables de pouvoir en discuter dans leur entourage quotidien au sein de la PJJ ni de leur groupe de pairs. Les termes employés par les jeunes interpellent : la virginité est construite comme une problématique spécifiquement féminine. En effet, parmi ceux qui n'ont aucune expérience, aucun des garçons rencontrés n'utilise le mot « vierge » pour parler d'eux-mêmes tandis que les filles rencontrées peuvent à l'inverse se dire « vierges » avec une certaine fierté dans l'entretien. Tout se passe donc comme si les enjeux liés à la virginité étaient relégués aux filles, les garçons s'exprimant davantage sur leur inexpérience « *je n'ai pas encore eu de première fois* », « *je l'ai pas encore fait* », « *ça m'intéresse pas trop* » :

« *Toi t'es déjà sorti avec quelqu'un ?* »

– *J'ai pas trop de trucs à vous raconter, j'ai pas eu de copine... ça m'intéresse pas. Nan. Je veux bien répondre à vos questions, mais je suis pas comme tous les autres garçons. Moi je suis différent. Ici ils sont tous pareils sur le sexe, moi ça m'intéresse pas.* » (Cédric, 16 ans.)

L'exemple de Cédric, 16 ans, est à ce titre assez parlant. Il est pris en charge depuis plusieurs semaines dans l'unité dans laquelle nous l'avons rencontré, après s'être fait exclure d'une autre unité pour des problèmes relationnels avec les autres : il est isolé du groupe mais est « *une bombe à retardement qui explose quand on ne s'y attend pas* », résume son éducatrice. Cédric se distingue du groupe de jeunes et de garçons de la PJJ en particulier par son inexpérience sexuelle et du fait qu'il se dise non intéressé par la sexualité. Dans un cadre hétéronormatif, sexiste et homophobe (on y reviendra), si la question laissait ouverte la possibilité d'un partenaire masculin, il l'a retraduite par le fait de ne pas avoir eu de copine. Malgré tout, les entretiens menés avec d'autres jeunes de la même unité ont permis de saisir la violence autour de ceux qui sont inexpérimentés. Pierre dira à propos de Cédric qu'il est un boloss, un gamin :

« *L'autre que vous avez vu avant, il vous a rien dit ! C'est un boloss ce gars, il n'a jamais rien fait ! Je vous jure il est trop chelou... il est un peu débile je vous jure, quand on lui parle... vous avez bien vu... quand à table on parle de meuf, il parle tout seul ou il nous traite de pervers* » (Pierre, 16 ans.)

Il semblerait que, pour la minorité de garçons que nous avons rencontrés qui n'ont eu aucune expérience sexuelle, il s'agisse d'un choix personnel et/ou d'un manque d'opportunité (ne pas savoir draguer, se trouver moche ou non attirant, être victime de harcèlement en raison du physique...), aucun garçon n'évoquant des raisons idéologiques ou religieuses.

Quoi qu'il en soit, même si Cédric n'a pas eu de rapport sexuel, il grandit dans un univers marqué par cette injonction sociale et amicale à avoir une vie, si ce n'est affective, au moins sexuelle, et à ce titre, ses propos permettent de comprendre cette difficulté de se trouver et de se construire face à des représentations collectives

qui valorisent une sexualité « débordante » et « précoce », alors que son parcours individuel est marqué par l'absence de toute relation et son désintérêt pour la chose au moment de l'entretien.

Du côté des filles : féminité, manipulation et soumission

« L'entrée dans l'adolescence, qui est aussi nécessairement entrée dans la vie amoureuse, rend concrète, dans les esprits comme dans les corps, l'imposition d'une certaine représentation de la sexualité et de ce que filles et garçons doivent être et faire pour être socialement intelligibles » (Clair, 2008, p. 273). Même si les filles sont très minoritaires dans les entretiens que nous avons pu réaliser, il n'empêche qu'elles sont extrêmement présentes dans les discours des jeunes comme dans ceux des professionnels de la PJJ. Dans les propos des uns et des autres, force est de constater que la différence des sexes prend tout son sens dans une définition hiérarchique, avec des garçons acteurs et des filles qui subissent. Cette situation est considérée comme « normale » par la plupart des garçons et des filles que nous avons rencontrés. La violence, quasiment toujours exercée par les garçons et subie par les filles, fait partie de l'histoire des jeunes rencontrés et de la manière dont les éducateurs perçoivent la vie personnelle des jeunes dont ils ont la charge, ce qui contribue, dans une certaine mesure, à la légitimer en la banalisant. Si elle n'est pas considérée comme « normale » par les éducateurs, elle est néanmoins vue comme un fait immuable, spécifique à la jeunesse en situation de vulnérabilité sociale et économique, et encore plus aux jeunes ayant un parcours ASE/PJJ. Les propos de Mélina permettent de saisir les représentations qu'elle a des filles et des garçons et qui reprennent tous les stéréotypes que l'on retrouve dans l'ensemble de la société : les filles seraient bavardes, prises de tête, se chamailleraient, seraient peu franches (mesquines), ou encore particulièrement friandes de ragots (« maquerelles »), les garçons ne partageant en rien ces éléments avec les filles :

« Moi, j'aime bien les gars. Ils sont plus cool que les filles. [...] Les filles, c'est compliqué... Elles se prennent trop la tête pour rien. Elles sont pas assez franches. Pas toutes, mais... Même quand je les regarde comme ça, je sais pas... les filles de mon âge, elles me saoulent. Elles ont trop de manières, tout ça. Je sais pas... [n'arrive pas à trouver ses mots] elles ont trop de manières. Je sais pas... Comment elles se comportent et tout... J'aime pas... Je les aime pas. [...] C'est cool, c'est mon pote [ami] Je sais pas... c'est mon gars, c'est mon pote [on sent l'affection dans la voix]. Comment dire... comme un gars est un gars en fait. » (Mélina, 16 ans.)

On perçoit dans les propos de Mélina une certaine valorisation de pouvoir fréquenter les garçons sans être une « pute ». Il semblerait donc que faire partie du groupe de garçons soit davantage valorisé que faire partie du groupe de filles, cela permettant de maintenir à distance les rumeurs et réputations qu'elles sont nombreuses à redouter. Soulignons malgré tout que l'inverse n'étant pas vrai, il n'est pas valorisé pour un garçon de faire partie du groupe de filles (car cela laisserait supposer une homosexualité pourtant interdite), par contre, pouvoir y avoir ses entrées et y avoir une place sans en faire partie est valorisé en termes de virilité (à travers l'image du dragueur, du playboy) et contribue à parfaire la masculinité de ces garçons. C'est dans cette perspective que l'on doit comprendre les représentations et le poids qui pèsent sur la sexualité des filles.

Comme nous l'avons dit, les filles étant du côté des sentiments, en complémentarité avec les garçons qui seraient du côté du corps, elles doivent avoir une sexualité réservée. À partir de son expérience et des histoires de ses amis, Ryan a insisté dans l'entretien sur ce que garçons et filles pouvaient attendre d'une relation. Ces attentes sont

construites comme spécifiques en raison de leur sexe, et contribuent à façonner les attendus de la sexualité de chacun-e :

« Pour les filles, ouais, le début, c'est ça qu'elles recherchent chez la personne. Ils cherchent pas à avoir des cadeaux ou ceci-cela. Je suis tombé sur plein de genres de meufs qui étaient comme ça et qui disaient : "Moi ce que j'attends de toi, c'est patati, patata". Patati, patata, ça veut dire : "Sois fidèle. Sois sentimental. Sois réglo quand tu me dis quelque chose" Tu vois ce que je veux dire ? Ce que je veux dire par là, c'est qu'en fait, la fille, elle recherche ça, mais le mec, lui, il cherche pas ça. [...] Déjà, pour moi, le mec il veut peut-être [pas] se caser. Lui, il cherche plus au début à coucher avec la meuf, direct. Lui, il cherche pas à comprendre, je me pose avec la fille, je me mets ienb (bien). Après, je couche avec la personne et après, je vois ce qu'on fait. Moi, pour moi, je pense que c'est ça, mais pas pour toutes les personnes. » (Ryan, 16 ans.)

« La normalité (c'est-à-dire l'obligation sociale) des filles est d'avoir une sexualité nécessairement réservée. Il en va de même de la société tout entière. C'est sur les épaules des filles/femmes que sa responsabilité repose. Responsabilité qui reflète l'asymétrie fondamentale des rapports sociaux de sexe et qui fonde la moralisation de la sexualité féminine » (Clair, 2008, p. 33). Les travaux de Christelle Hamel et ceux d'Isabelle Clair ont mis en évidence l'existence d'une distinction entre les filles – et ce, par les garçons et les filles, et parfois soutenue tacitement (ou explicitement) par les adultes de leur entourage. Le critère de la virginité est ici essentiel car il permettrait de distinguer les « filles sérieuses » d'un côté, celles « qui se respectent », voire qui se préservent pour « le bon », c'est-à-dire leur mari, et les autres filles, les « putes » ou « salopes » « qui vont à droite à gauche », qui revendiquent le droit d'avoir une sexualité active, qui « font le premier pas » et draguent, ou encore dont les vêtements suffisent parfois pour justifier qu'elles soient « rangées » dans cette catégorie. Les jeunes rencontrés « partagent l'idée, d'ailleurs assez largement répandue dans tous les milieux sociaux, d'une "masculinité" définie par un rapport de sujétion des femmes vis-à-vis des hommes. Alors, celles qui échappent à ce rapport de sujétion en ayant une sexualité libre sont sanctionnées par l'étiquette de " salope " » (Hamel, 2002) :

« C'est des filles qui se respectent de elles-mêmes et qui font pas de trucs bizarres. C'est pour ça que j'en traîne avec pas beaucoup, mais ceux avec qui je suis, sérieusement, je leur tire mon chapeau wallah. [...] Elles sont trop... pas parfaites, mais genre trop propres. Elles font pas de trucs chelous, elles font rien du tout. Elles fument pas, elles boivent pas, elles sortent pas avec des garçons, elles sortent pas le soir, elles font pas ceci cela, et ça, j'aime bien. Elles ont du caractère. [...] Ouais, il y a les autres comme ceux par exemple quand je vais dehors. Je les vois, elles sont en petites jupes. On dirait elles veulent un truc. Je sais pas... Y a des filles, elles fument, elles boit de l'alcool, elles sont défoncées. Je sais même pas elles font quoi là ; on dirait elles ont pas de parents. Elles invitent des gars chez eux normal, elles se font voler, elles pleurent pour des garçons... Elles sortent, au bout de deux semaines, elles changent de mecs... Non, c'est pas ça, j'aime pas ça moi. [...] Beh ouais y a des garçons qui sortent avec elles, sauf qu'elles, elles croient un truc qui n'est pas réel. Elles croient l'amour fou alors que non, c'est faux. Et on aura beau leur dire, elles vont écouter que eux-mêmes. Genre une fille, au bout de deux semaines, elle peut dire sur Facebook : "Lui, c'est ma vie", et qu'une semaine après, on voit ça a changé. Moi, je les qualifierais comme des putes ces meufs-là [ton agressif sur le mot "putes"]. Je dis la vérité. » (Jessy, 16 ans.)

Les propos de Jessy comme ceux d'autres garçons rencontrés dans le cadre de cette enquête peuvent paraître stéréotypés, ils sont pourtant une manière que l'on peut concéder assez violente, sinon du moins radicale, d'exprimer ce que la société plus largement valorise comme comportements acceptables pour les filles/femmes. En effet, au cinéma, dans les séries télévisées, dans les chansons, une fille qui accumule un nombre de partenaires

jugé trop important, est considérée comme une « fille facile », qui avec les mots de Jessy devient une « pute ». Si ce sont les garçons les principaux bénéficiaires de ces représentations, il convient de souligner que les filles rencontrées, notamment Méлина, y adhèrent dans une certaine mesure, ceci lui permettant de bien se distinguer de ces filles. Comme le montrait Isabelle Clair, il n'y a pas de solidarité féminine en la matière, il s'agit avant tout de préserver son image et sa réputation dans un environnement où la reproduction de la hiérarchisation des sexes est particulièrement visible (dans d'autres milieux sociaux, elle s'exerce de manière moins perceptible et paraît bien plus complexe à analyser). Il s'agit également, comme dans l'exemple de Méлина, de se distinguer en soulignant faire partie de celles qui ne subissent pas, qui ne se laissent pas manipuler, qui « *ne se font pas avoir, contrairement à d'autres* » :

« Mais je ne suis pas le genre de fille... Je me respecte en fait. [...] Beh je ne fais pas n'importe quoi avec n'importe qui ou même n'importe quoi tout court. Je sais comment les gars ils sont. [...] Qu'ils nous prennent par intérêt pour obtenir quelque chose par la suite. Je traîne avec suffisamment de gars, je sais comment ils sont maintenant. [...] Et j'ai le temps de me poser et tout ça, et j'ai le temps d'avoir une relation. J'ai que 16 ans. [...] Non, mais avec moi, même si je suis une fille, ils s'en foutent. Ils vont dire : "Qu'est-ce qu'elle est bonne. Je vais la baiser", des trucs comme ça. T'es troublée tu vois. (...) Je dis rien parce que la plupart des filles dont ils parlent c'est des filles qui se respectent pas... enfin pour moi, c'est des filles qui se respectent pas. [...] Ouais, je sais pas... [Hésitation, réfléchit.] Pour moi, c'est mieux quand c'est un peu réservé sur sa partie intime, tu vois. Elles sont trop ouvertes pour leur âge je trouve en fait. [...] En fait, elles ont toujours pas compris... Ce genre de filles, elles vont faire des trucs avec des gars, puis après, elle va pleurer parce qu'il l'a lâchée. Nanani, nanana [imite ces filles]. Mais ouais, mais je sais pas, réfléchis... Et puis après, ça se reproduit, ça se reproduit. À un moment, il faut comprendre... » (Méлина, 16 ans.)

L'approche par la question du genre met en évidence d'une part le contrôle direct qui s'exerce sur la sexualité des filles (et de tout signe extérieur qui exprimerait une sexualité, notamment les vêtements, la manière de marcher, ou encore les lieux de fréquentation et la mobilité géographique). Sous prétexte de « protéger » ces filles d'elles-mêmes, de leur entourage, de la rue, certains éducateurs participent à ce renforcement des « droits et devoirs » des filles dans la vie publique :

« On a eu une jeune fille qui est arrivée chez nous pour du racolage. [...] C'était une jeune fille qui physiquement, se maquillait outrageusement. [...] Moi, j'ai commencé à aborder avec elle déjà son aspect physique. Moi, je me maquille pas et elle, elle se maquillait beaucoup. [...] Elle me demandait : "Mais pourquoi tu te maquilles pas ?" Et petit à petit, je lui ai dit : "Écoute, moi, j'accepte qu'un jour tu me maquilles (mais pas comme toi). Et ce jour-là, toi, tu te maquilles pas". Elle me dit : "C'est pas possible." Je lui dis : "Si, tu vas voir... Pour moi non plus, c'est pas possible de me maquiller." Donc elle m'a maquillée, pas de soucis. Et elle, elle s'était complètement démaquillée. On s'est mises devant la glace toutes les deux, et je lui ai dit : "Tu as vu comme tu es jolie !" Elle m'a dit : "Non." Je lui ai dit : "Regarde-toi." Elle me dit : "Ah ouais ouais ouais ! Et toi aussi, le maquillage te met en valeur." Je lui ai dit : "O.K., mais tu vois la différence ?" Et à partir de ce moment-là, elle s'est beaucoup moins maquillée, et petit à petit, après, on a continué à travailler le reste. » (Gwenaëlle, éducatrice.)

Les propos de Gwenaëlle, d'aussi bonne intention soient-ils, participent à ce renforcement de l'ordre de genre en rappelant des comportements socialement attendus et valorisés pour chaque sexe, ici pour les filles. « L'aspect physique » comme elle dit, parce qu'il est visible, serait révélateur de la moralité sexuelle des filles, raison pour laquelle elles doivent se protéger, ne pas s'afficher ostensiblement.

Concernant la virginité des filles, si les garçons rencontrés n'ayant pas encore eu de premiers rapports sexuels ne l'associent pas à des raisons idéologiques ou religieuses, ces arguments sont à l'inverse avancés par les filles dont ils parlent et par les filles que nous avons rencontrées. Si les garçons semblent dans une certaine mesure « subir » leur virginité, il n'en va pas de même pour les filles. « Les filles considèrent qu'il s'agit d'un choix volontaire fondé sur des idéaux amoureux ou des croyances religieuses. La virginité est donc abordée plus sereinement par les filles que par les garçons et elle est vécue comme un choix positif dans l'attente du grand amour ou d'un partenaire "sérieux" et stable. » (Giami *et al.*, 2004, p. 15)

En résumé

Finalement, deux visions de la vie affective et sexuelle s'opposent entre jeunes et professionnels : les professionnels se réfèrent à une vision conjugalisée, hétéronormative (la question de l'homosexualité n'est bien généralement abordée qu'à travers la question de la lutte contre les discriminations), et égalitaire du couple, quand les jeunes garçons (majoritaires dans les structures visitées et d'une manière plus générale dans le public PJJ) se réfèrent à une réalité qui est la leur (ou celle de leurs copains) : hétéronormative, composée de relations affectives et sexuelles variées – durables ou non (sachant que la question de la durée est relative et oppose une nouvelle fois jeunes et professionnels dans ce que peut être une relation qui compte en fonction de la durée) – où la domination masculine au sein de la relation prédomine dans la plupart de leurs discours, les quelques filles rencontrées dans le cadre de cette enquête semblant partager dans l'ensemble la vision des garçons.

Ces deux lectures du monde amoureux des adolescents entrent ainsi en conflit ou en tension, et contribuent à entretenir l'idée qu'il n'est pas – ou rarement – possible d'en parler dans le cadre de la prise en charge à la PJJ, d'autant plus lorsque les pratiques des professionnels révèlent un discours sur la sexualité des jeunes suivis considérée comme à risque à travers un double prisme hygiéniste et légaliste.

SEXUALITE, PROTECTION, CONTRACEPTION

La seconde moitié des années 1980 a été marquée par l'apparition de l'épidémie du SIDA et la connaissance progressive de ses modes de transmission. La sexualité des jeunes devient alors un objet sociologique étudiable et à étudier. « Du contexte dit de "libération sexuelle", [...] nous sommes passés à un contexte de "sexualité à risque" qui, lui, impose que l'on sorte de l'état de méconnaissance dans lequel nous sommes à l'égard de l'activité sexuelle de nos contemporains », souligne Didier Le Gall (2001, p. 66). Dans un temps un peu plus long, la médicalisation de la contraception a marqué les dernières décennies, et a eu pour conséquence une diversification des lieux de gestion de la sexualité et de la planification familiale²³.

La prise de risque est une construction sociale qui résulte de l'interaction de plusieurs logiques, en particulier des logiques d'appartenances sociales, relationnelles et de médicalisation de la sexualité (Bajos, Ludwig, 1995). Les approches comportementalistes traditionnelles sur les prises de risque partent du postulat que l'individu est rationnel et ne retiennent que la définition médicale du risque qui s'attache à comprendre pourquoi les individus s'écartent d'une rationalité individuelle et sanitaire supposée première (Augé, Herzlich, 1984). Cette orientation semble réductrice et peu satisfaisante dans la perspective d'une analyse compréhensive des pratiques et représentations des jeunes en matière de sexualité. « Le discours contemporain sur la jeunesse affirme que celle-ci est en souffrance : les adolescents n'ont plus de sens moral, s'abandonnent à des conduites "destructrices et autodestructrices" et cumulent des conduites à risque comme la consommation de drogues licites ou illicites, ou se protègent peu lors de leurs rapports sexuels » (Loriol, 2004, p. 110). Diagnostic qui traduit « les fantasmes récurrents d'une société adulte qui s'inquiète pour son avenir et tente de raffermir son contrôle de la jeunesse, toujours supposée en perte. Aujourd'hui population à risque, les jeunes constituaient déjà dans la France d'après-guerre un problème social, voire une classe dangereuse » rappelle Patrick Peretti-Watel (2002).

Les jeunes suivis par l'institution judiciaire en particulier ont été parfois plus que d'autres sujets d'inquiétude pour la société, leurs comportements violents, de remise en cause de l'autorité ne venant qu'alimenter un sentiment d'insécurité croissant. Ils ont à ce titre historiquement également fait l'objet de préoccupations publiques particulières et de mise à l'agenda public (Mucchielli, 2010). Ces discours se révèlent contre-productifs comme l'explique Charlotte Le Van : « tenir des discours alarmistes sur la grossesse précoce et l'assimiler à un drame n'est pas sans conséquences. On peut même se demander si l'intérêt probablement démesuré qu'on lui porte ne favorise pas le passage à l'acte d'adolescentes désirent solliciter l'attention de leurs proches. L'IVG en particulier est vécue aujourd'hui en dominante sur le mode de la tragédie par les adultes » (Le Van, 2002, p. 405). Patrick Peretti-Watel rappelle que « les conduites à risque adolescentes restent souvent interprétées comme le symptôme d'une souffrance psychique ou comme le signe d'un manque » (2005, p. 7), analyse qui va avec l'obsession contemporaine de la normalité « qui recouvre à la fois l'appréciation portée sur les conduites d'un individu, ainsi que le projet de les corriger si elles sont jugées non conformes » (2005, p. 8). Une approche exclusivement fondée

²³ Aujourd'hui les numéros de téléphone et sites internet sont entièrement dédiés à l'information sur la contraception, la sexualité, le SIDA ou d'autres thèmes concernant la santé (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie...).

sur le risque suppose un préalable essentiel qui fait de la protection/contraception la seule conduite rationnelle dans le cas de rapports sexuels lorsqu'une grossesse n'est pas désirée, mais elle serait réductrice. Cependant, les choses ne semblent pas être d'une telle simplicité, car bon nombre de recherches sur les jeunes font état d'un certain nombre de décalages entre connaissances sur la maladie et ses modes de transmission et comportements préventifs effectifs, quand on se réfère à ses propres pratiques sexuelles (Apostolidis, 1993, p. 39). Les recherches sur le SIDA ont déjà souligné le manque de pertinence des analyses uniquement centrées sur les risques, pourtant on le verra, c'est bien souvent l'approche retenue pour les ateliers de sensibilisation/information sur la sexualité.

Contrairement à des idées largement véhiculées, les relations sexuelles des jeunes se caractérisent par des relations brèves et espacées par un temps assez long (Le Gall, Le Van, 2007), on est donc loin d'une sexualité hyperactive à laquelle les adultes font régulièrement référence. Les rapports sexuels sont rarement prévus, anticipés, et exposent les jeunes à devoir faire « *avec les moyens du bord* », c'est-à-dire (pour les garçons) avec préservatif, ou en pratiquant le retrait avant éjaculation, sinon sans moyen. Si nous partons du postulat que les jeunes pris en charge par la PJJ n'ont pas des comportements spécifiques en matière de protection/contraception, exposition aux IST dont VIH, il importe malgré tout de ne pas faire abstraction des rapports sociaux dans lesquels ils sont inscrits. Cela nous a amenées à nous interroger sur les conséquences éventuelles des stigmatisations et discriminations dont ils font l'objet²⁴ (en tant que jeunes, garçons, issus pour la grande majorité de milieu populaire, en situation de vulnérabilité, ayant l'étiquette de cas sociaux, décrocheurs...) sur les comportements affectifs et sexuels, et tout particulièrement sur les enjeux liés à la protection/contraception. En effet, les conséquences de la précarité sur la vie amoureuse et sexuelle sont importantes, elles se manifestent par exemple par un report de la mise en couple, par des difficultés pour les rencontres amoureuses (surtout pour les garçons) comme on le verra plus loin, à propos de l'impact de la stigmatisation sur l'estime de soi.

Dans ce contexte, il convient de rappeler que les travaux antérieurs montrent que la diffusion du préservatif a d'abord touché le haut de l'échelle sociale : lorsqu'on regarde l'usage selon le diplôme obtenu, la différence est flagrante. Dans l'enquête CSF de 2006 (Bajos, Bozon, 2008) parmi les individus ayant débuté leur sexualité à l'ère du SIDA, 65 % des femmes sans diplôme ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel contre 81 % des femmes les plus diplômées. C'est avec un écart moins marqué la même chose pour les hommes (70 et 82 %). La problématique des inégalités sociales est donc pertinente pour prendre en considération les actions de prévention et l'analyse des pratiques de santé, tout comme les enjeux des rapports de genre : les femmes les moins diplômées sont exposées à plus de risques sexuels que les autres. Le fait est qu'une grande partie du public de jeunes que nous avons rencontrés dans le cadre de cette enquête exploratoire sont des jeunes issus de milieu populaire, ayant pour une grande part d'entre eux eu de grosses difficultés avec l'école voire ayant arrêté leurs études de manière précoce (c'est-à-dire bien avant l'âge légal de la fin de la scolarité, 16 ans).

²⁴ On notera que si nous avons une forte représentation de jeunes garçons dans cette enquête, force est de constater l'effet de territoire sur lequel s'est déroulé le terrain, qui fait que nous n'avons que très peu de jeunes issus de l'immigration ou d'origine étrangère. Si une minorité d'entre eux a fait référence à des parents ou grands-parents qui ne sont pas nés en France ou qui partent au bled pour des vacances, les autres viennent des zones d'habitat social de petites ou moyennes villes de province, ou de milieu rural. La question raciale n'est donc que peu présente dans les récits des jeunes rencontrés. Il paraîtrait à ce titre pertinent d'inclure cette dimension raciale dans de futurs travaux de recherche afin d'interroger son poids dans l'expérience déviante, même quand il s'agit de celle issue des classes populaires blanches.

Information sur la sexualité : la légitimité de la PJJ et ses limites

Place et rôle de la famille en matière d'information sur la sexualité

« Si l'institution scolaire intensifie son implication sur les questions relatives à la sexualité (et plus particulièrement sur les risques qui lui sont associés), les parents restent désignés par cette institution, et dans notre société comme "responsables" d'un devoir d'information de leurs enfants » (Bajos, Ferrand, 2002, p.251). Pour autant, comme le notent les auteures, « la communication intrafamiliale n'est pas devenue chose aisée » et l'est encore moins pour des jeunes pris en charge par la PJJ qui ont, pour une part importante d'entre ceux que nous avons rencontrés, des relations difficiles avec leurs parents, voire plus de contacts du tout avec au moins l'un des deux, sinon les deux. Les travaux de Dominique Memmi montrent que les classes populaires sont quasiment absentes dans les campagnes de prévention depuis les années 1970 (Memmi, 2011), par ailleurs on constate que le public scolaire est depuis longtemps privilégié comme public cible car considéré comme captif des mêmes campagnes (Chartrain, 2010). Cette focalisation sur une prévention en milieu scolaire, de plus en plus tôt dès les premières années scolaires (école primaire) sous prétexte que plus elle intervient en amont, plus elle serait efficace, se fait aussi au détriment des jeunes les plus éloignés du système scolaire, déscolarisés ou décrocheurs, ou encore en apprentissage. Par ailleurs, nous avons pu montrer dans des enquêtes antérieures, que si pour les jeunes les plus aisés, la famille peut être un lieu ressource, à l'inverse pour les jeunes en situation de précarité sociale c'est moins souvent le cas. La famille n'est pas l'unique lieu d'accès à l'information sur la contraception et la sexualité, ce qui est d'autant plus vrai pour les jeunes suivis par la PJJ du fait d'un environnement familial difficile, conflictuel, voire absent :

« Parler avec ma mère de ça [ses relations, ses copines] ? Ça sert à rien, comme je t'ai dit, pour elle, mes copines c'est des putes ! Alors bon... » (Steeven, 16 ans.)

En effet, lorsque le contexte relationnel est difficile, voire conflictuel entre les membres de la famille, cela devient un obstacle immédiat et infranchissable à la prévention et à l'information dans un domaine aussi délicat que la sexualité. Dans d'autres circonstances, les jeunes doivent composer avec les valeurs de leurs parents (convictions religieuses, culture d'origine) et tenir compte du fonctionnement familial « *On n'en parle pas à la maison* » :

« Franchement, vous me posez la question, même moi, je sais pas. C'est depuis que je suis petite, ça a toujours été comme ça, je sais pas, j'ai toujours fonctionné comme ça. Je pense que c'est par rapport à mon intimité en fait. Ma mère, j'ai jamais trop voulu qu'elle rentre trop dans mon intimité. [...] Mais aujourd'hui, à l'heure qu'il est, je pense en savoir suffisamment. Sauf si je tombe enceinte ou quoi, je demanderai à des amis, tu vois. Mais aujourd'hui, je sais à peu près comment on se protège, comment faire en cas de problème. Après, j'ai plus trop à en parler à l'heure qu'il est. Je vois pas trop l'utilité. » (Mélina, 16 ans.)

Quelques jeunes rencontrés disent pouvoir parler de sexualité à leurs parents, il s'agit bien souvent des mères qui sont mobilisées ou considérées mobilisables. D'une part parce que les configurations familiales font que les familles monoparentales sont surreprésentées, d'autre part, parce que parfois la proximité en âge entre les mères et leurs enfants semble contribuer à cette proximité, mais également parce que c'est à la mère, en tant que femme, d'en parler :

« Ma mère, ouais on peut se parler de tout ! C'est comme une pote ! Oui. Déjà bon elle est jeune, elle m'a eue très jeune, à 16 ans, donc ça aide... elle me comprend. Mais en fait c'est plutôt moi qui l'aide, parce que des fois elle fait n'importe quoi avec les mecs je te jure !

– *C'est-à-dire ?*

– La dernière fois, c'est moi je lui ai dit que son nouveau mec était un connard, je lui ai dit de le quitter et tout. Et ben 1 semaine après, elle l'a quitté ! Voilà en fait ouais on peut parler, mais c'est plus moi qui vais lui dire les conseils. » (Tilda, 14 ans.)

Les propos de Tilda mettent en lumière que si certains jeunes peuvent déclarer parler de sexualité avec leurs parents, ce n'est pas forcément de la manière dont on pourrait s'y attendre. Ici c'est elle qui va aider sa mère, la conseiller sur ses relations et non l'inverse. Malgré tout, l'exposition à l'information sur la sexualité des jeunes que nous avons rencontrés est avérée, si bien qu'ils connaissent le discours convenu socialement et attendu par les adultes, et qu'ils jouent le jeu ou non d'être « *bon élève récitant* », même si l'on se rend compte assez aisément que la « leçon » n'est que partiellement comprise et très peu appliquée, on y reviendra.

Principales sources d'informations sur la sexualité

Tous disent avoir entendu parler de sexualité, d'abord à l'école, première source citée par la quasi-totalité des jeunes rencontrés. Néanmoins, on comprend facilement toutes les difficultés qui s'imposent aux éducateurs lorsque les termes même qui servent de base pour monter des ateliers/débats thématiques ne sont pas clairs, comme on peut le lire dans cet échange avec Jessy :

« *Est-ce que tu peux me dire tous les moyens de contraception que tu connais ?*

– C'est quoi contraception déjà ?

– *Pour toi, c'est quoi ?*

– C'est les différentes choses d'éviter de tomber enceinte ou d'avoir des maladies, ce qui est à dire l'implant, le préservatif pour gars, pour fille, la pilule, la pilule du lendemain. » (Jessy, 16 ans.)

Les jeunes rencontrés mettent en avant le fait que l'information qu'ils ont reçue à l'école est restée globale, collective, cantonnée aux aspects sanitaires et techniques mais finalement peu adaptée à leurs demandes, même s'ils ne sont pas toujours en mesure de formuler leurs attentes. Ces attentes en matière d'information sur la vie affective et sexuelle diffèrent d'ailleurs selon les âges et les biographies affectives et sexuelles des individus. Comment embrasser ? Dans quel sens tourner sa langue ? Qui embrasser (au sens de comprendre les enjeux dans la sélection du « partenaire » et ainsi se conformer aux attentes sociales exprimées clairement ou non par le groupe de pairs) ? À qui en parler (lorsque c'est possible, dans la famille ? Doit-on tout partager avec ses parents ? Lorsque ce n'est pas possible dans la famille, vers qui se tourner ?...) ? Mais aussi où avoir des préservatifs gratuitement ? Comment ça se passe si on veut la pilule ou une autre contraception, etc. ? Comment on sait si on est amoureux ?...

Pour les jeunes rencontrés, les professionnels de la PJJ sont légitimes pour organiser et faire de l'information sur la sexualité tout comme l'école :

« Ouais, au collège, deux fois je pense. [...] En 3^e, en 4^e. Ils disaient comment se protéger, en cas de risque, tout ça, tout ça. Ils avaient même donné un truc avec une capote. [...] C'est l'infirmière. [...] Mais même, je crois, on en avait eu en 6^e ou en 5^e une intervention sur ça. Ça commence tôt. Et même en primaire, mais je

crois que c'était moins global, c'était pas pareil. Ils demandaient s'il y en avait qui avaient déjà ses règles, s'il y avait qui avaient déjà fait des trucs, des trucs comme ça. Je sais pas avec qui c'était. [...] [à propos des sujets abordés] Comment se protéger. Je sais pas, ça fait longtemps. La pilule du lendemain, des trucs comme ça. [...] C'était bien, c'est de la prévention. Il n'y a pas à ignorer. C'est intéressant. On en retient quelques informations. On est pas là genre : "Qu'est-ce qu'il me raconte ?..." [...] Beh ouais, pour plus tard. Parce que je sais qu'il y a des parents... enfin moi, je sais qu'avec ma mère, j'ai pas forcément envie de lui parler de tout ça en fait. Moi, c'est plus l'école qui m'a appris ça, c'est pas ma mère. Il y a des parents qui sont ouverts par rapport à ça. Moi, ma mère, c'est pas qu'elle est pas ouverte ou quoi, mais c'est que moi je suis pas ouverte envers elle parce que c'est ma mère. Je sais pas, pour moi, c'est pas pareil. Ma mère, je lui parle de rien par rapport à ça. Il y en a qui en parlent, d'autres non. » (Mélina, 16 ans.)

D'après des professionnels qui l'organisent, la dimension collective de ces ateliers peut contribuer à « *diffuser la bonne parole* » de jeune à jeune, mais aussi à construire un discours commun autour de ces enjeux. Ainsi, comme dans les analyses des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire (Le Mat, 2014), ces ateliers peuvent participer à renforcer ou rappeler les normes du groupe de pairs, ce qui n'est pas sans poser question dans un cadre de parole hétérosexiste et normatif. Même si peu des jeunes rencontrés semblent avoir pu bénéficier de plusieurs séances d'informations sur la sexualité en milieu scolaire, (malgré les 3 séances prévues par an de la primaire à la fin du lycée par la circulaire de 2003), la PJJ peut investir le champ de l'information à la sexualité, à condition qu'elle ne soit pas trop individuelle (ou trop personnelle) :

« C'est plein de trucs non ? Genre je sais pas. Planning familial, qu'est-ce qu'ils font là-bas déjà ? [Elle réfléchit] Je sais plus. C'est si à la base, t'es en galère et tout, t'es enceinte et tout, ils vont voir, des trucs comme ça. [...] Tu peux poser ton bébé aussi là-bas non ? [...] Ma sœur, pourquoi elle y avait été ? Ah si, c'était sa pote-là, elle croyait qu'elle était enceinte. [...] Mais je fais pas de test ! Si un jour ça doit arriver, dans longtemps, si un jour j'ai un problème ? Non, ça m'arrivera pas ça ! Il faut aller à l'hôpital, non ? Moi, je dis je vais à l'hôpital je pense. » (Mélina, 16 ans.)

Ainsi, comme le dit Mélina, les ateliers à la PJJ servent aussi à donner des informations sur les lieux ressources, stratégiques sur la santé qui sont sur le territoire de l'unité dans laquelle les jeunes sont pris en charge. L'objectif est bien l'émancipation des jeunes de la structure et de l'éducateur en lui permettant d'utiliser les ressources locales :

« Quand on les emmène visiter le planning familial au CHU, c'est d'abord pour qu'ils franchissent la porte une première fois. C'est toujours la plus dure, ensuite, je pense que c'est plus simple entre guillemets, pour y retourner le jour où t'en as besoin. Après, je cherche pas forcément à savoir s'ils y vont ou pas. Mais je pense qu'au moins, la barrière symbolique est moins là ! » (Entretien informel, éducatrice, collègue de Damien.)

Comme dans les enquêtes sur la contraception (Bajos, Ferrand, 2002 ; Amsellem-Mainguy, 2007) les jeunes rencontrés dans le cadre de cette enquête montrent combien ceux qui ne sont pas ou très peu informés sur la protection et/ou la contraception et qui ne savent pas où en obtenir, seront d'autant plus réceptifs aux messages qui circulent dans le groupe de pairs. Il s'agit avant tout de ceux qui ne peuvent en parler en famille (avec leurs parents), qui n'ont pas de lien particulier avec le corps médical (pas ou très peu de consultations chez un médecin généraliste...), et qui ont bien souvent arrêté l'école relativement tôt (fin de primaire, début de collège).

La difficulté d'approcher la sexualité autrement que par les risques

À la PJJ comme à l'école, les modes d'intervention peuvent être assez proches et concernent essentiellement la prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles, et pour les filles, la prévention des grossesses non désirées. À l'inverse, il semblerait que la question de l'entrée en parentalité des garçons fasse moins l'objet d'une prévention et de discussion, excepté lorsque cette situation s'impose aux éducateurs. Les jeunes ont intégré le fait que l'entrée dans la sexualité pouvait faire partie d'une sphère publique dans sa dimension de prévention des IST et des violences, à l'inverse, il n'est pas du tout envisagé par les jeunes que la sexualité puisse faire l'objet d'une prise en charge à un autre titre. « Le choix de la méthode dépend en partie de l'information dont disposent les couples sur les risques et les avantages des différentes méthodes contraceptives. Une utilisation appropriée de la méthode choisie nécessite également un minimum de connaissances sur les mécanismes biologiques de la fécondité » (Rossier, 2005, p. 188). La maîtrise des méthodes ne va pas de soi, surtout en ce qui concerne les techniques médicalisées (Zabin 1986). Dans ce contexte, force est de constater qu'outre les parents et les pairs, la diffusion des normes de bonne conduite contraceptive, protectrice et sexuelle se fait aussi à travers les discours de professionnels (des médecins et professionnels de santé auxquels il faut ajouter le rôle non négligeable, même si bien plus informel, des professionnels de l'éducatif, du social ou du médico-social, qui nous rappellent d'ailleurs qu'ils n'ont pas été formés pour tenir ce discours). Les travaux antérieurs ont montré qu'« une attitude moralisatrice, une réticence quant au caractère légitime de la sexualité des adolescents, un discours agressif antitabac, sur le taux de cholestérol, ou une présentation effrayante des risques vénériens, n'auront d'autre effet que d'éloigner les jeunes du monde médical, de compromettre leur accès à la contraception mais aussi d'affecter leurs pratiques contraceptives ultérieures. À l'opposé, l'instauration d'une relation fondée sur l'écoute de la demande et respectueuse des préoccupations de l'adolescente facilitera sa "démarche" contraceptive » (Durand, 2002, p. 255). Pourtant, et on le verra dans cette partie, il est très complexe pour les éducateurs et professeurs techniques de la PJJ d'adopter une autre attitude lorsque des années de moralisation des questions sexuelles et de santé ont marqué les représentations et les pratiques professionnelles.

Sexualité, protection et estime de soi

Les jeunes rencontrés sont souvent en situation d'échec et nombre d'indicateurs sont là pour le leur rappeler (difficultés scolaires, difficultés économiques, grande précarité...), ce qui a pour conséquence une dévalorisation et un manque de confiance en leurs capacités (en ce qui nous intéresse ici : capacité à se protéger, à protéger l'autre, à utiliser une contraception/protection, à choisir son partenaire...). Les travaux sur les personnes âgées ont pu mettre en évidence que la diminution de l'estime de soi est corrélée à l'âge par la perte des rôles sociaux, il en va de même pour les jeunes qui ne sont pas en capacité d'accéder à ces rôles sociaux pourtant figures de la jeunesse et de l'entrée dans l'âge adulte. Ainsi, si se désengager du rôle de parent, pour les personnes âgées par exemple, peut diminuer l'estime de soi (Enguerran *et al.*, 2007), pour les jeunes pris en charge par la PJJ en situation de grande vulnérabilité, ce sont les difficultés à accéder à l'expérience même de la conjugalité qui interpellent les individus. Et à ce titre les conséquences des stéréotypes négatifs sur les jeunes rencontrés sont nombreuses : ils ont un effet non seulement sur les capacités à se prendre en main (« *j'en suis pas capable* »), mais aussi sur la capacité à

être en couple (« *je ne le mérite pas* » « *je ne vaux rien* ») et sur la capacité à se respecter et respecter l'autre. À cela s'ajoute le manque d'aide pour les jeunes qui se trouvent dans leur situation, et le manque de reconnaissance et/ou respect de la part des institutions. Enfin, de nombreux jeunes rencontrés ont ouvertement fait preuve de stéréotypes négatifs à l'encontre de la jeunesse en général, et en particulier des jeunes pris en charge par la PJJ. À partir de ce constat, nous pouvons distinguer les jeunes qui s'expriment comme faisant partie du groupe décrit et stigmatisé « *nous les jeunes PJJ* », « *on ne s'occupe pas de nous* », « *personne ne veut de nous* », des jeunes qui s'en excluent ou tentent de maintenir des distances avec ce groupe d'appartenance imposé qu'ils subissent : ils critiquent alors un groupe d'individus et tentent de s'en distinguer. Ils considèrent plus souvent que les jeunes sont mal considérés par la société.

Dans ce contexte, les jeunes PJJ qui perçoivent la société comme leur étant hostile et qui ont une image sociétale des jeunes négative, sont plus propices à développer des discours mettant en lumière une faible estime de soi et à évaluer leur vie affective et sexuelle négativement :

« C'est pas facile de rencontrer une fille bien... elles aiment bien les *bad boys* mais bon... pas trop non plus [...] » (Pierre, 16 ans.)

Les propos de Pierre vont dans le sens de ce que Christelle Hamel soulignait dans son travail de doctorat : « les jeunes filles qui ont envie de se marier avec un jeune homme qui n'a pas de travail, qui a connu des expériences de délinquance et des passages en prison, sont plutôt rares. » (2002). S'estimer mal considéré, peu reconnu, non légitime, être montré du doigt contribue à cette image négative qui n'est pas sans impact/effet sur la vie privée et intime. Lorsque dans l'entretien on demande à Mélina de nous raconter ses relations et sa vie amoureuse/affective, elle parle tout de suite de son « *coup de foudre* » avec un garçon qui « *n'était pas du même milieu* », élément important dans son discours qui participe à une remise en question d'un déterminisme social subi par les jeunes que nous avons rencontrés, surtout par ceux suivis par les services sociaux :

« Un gars, si. J'étais vraiment amoureuse et je pense que je m'en rappellerai encore très longtemps. [...] Je crois que ça a été ça le coup de foudre en fait. Quand j'étais petite, ça a été mon coup de foudre. Je m'en rappelle encore. C'était le 12 juillet 2011, c'était la première fois que je lui parlais. [...] Si. Mais il m'a toujours dit : "C'est compliqué, il y a la distance, tout ça. Je suis pas prêt à ce genre de choses." Et moi, je lui disais : "Mais quand tu aimes une personne, la distance... On a que 11 km de distance. De quoi tu me parles ?" Mais je sais pas... [...] On devait. Mais en fait, comme il avait raté son truc de brevet blanc, ses parents lui ont interdit de sortir, parce que ses parents, ils sont grave stricts. On fait pas du tout partie de même milieu en fait. » (Mélina, 16 ans.)

Dans les entretiens effectués, il semblerait que ce soient davantage les histoires de vie individuelles (l'âge, le sexe ou encore le niveau d'études) qui permettent de comprendre ce rapport au stéréotype, ce poids de l'image sociale et du sentiment de rejet par la société. C'est chez les jeunes qui ont eu le parcours le plus « chaotique », marqué par des allers-retours à l'aide sociale à l'enfance et à la PJJ, par des rejets d'au moins un de leurs parents, par un passage dans un foyer (hébergement collectif), par la remise en cause récurrente par l'entourage des choix faits par les jeunes concernés (choix amoureux, orientation scolaire...) mais aussi par la réduction identitaire aux événements de délinquance vécus, qu'il faut chercher les facteurs susceptibles d'influencer la perception de soi et l'estime de soi.

Ce contexte n'est pas sans effet sur le déroulement de la vie affective et sexuelle des jeunes rencontrés. Le détour par la question de l'estime de soi nous semble intéressant à creuser dans cette enquête exploratoire, tant il semblerait que nous puissions faire l'hypothèse d'un lien entre estime de soi et protection d'un rapport sexuel (à l'égard des IST ou d'une grossesse). L'estime de soi fait, en effet, partie des facteurs protecteurs de la santé. À l'inverse, une faible estime de soi est un facteur propice à l'adoption de conduites entraînant des risques pour sa santé. Il existerait un lien de corrélation entre une forte précarisation, et une faible estime de soi. En effet, tout se passe comme si les jeunes percevant des discriminations (ou du moins des mises à l'écart) en raison de leur âge et de leur situation de vulnérabilité étaient également les moins à même de pouvoir avoir des relations affectives et sexuelles épanouissantes. Les propos de Steeven sont à ce titre très explicites et illustrent bien des situations décrites dans plusieurs entretiens :

« Là où j'étais, je sais pas si c'était un foyer mixte. C'était un grand grand terrain. C'est-à-dire qu'il y avait des groupes garçons et des groupes filles, mais pas les deux mélangés. En fait, on avait un groupe de garçons, deux portes coupe-feu, et à côté, on avait le groupe de filles. Donc c'était un peu mixte. [...] C'est vrai que je sortais pas, mais il y avait des filles dans le groupe. D'ailleurs, je suis sorti avec plusieurs d'entre elles parce que vu que je les voyais plus souvent qu'à l'école, c'était plus pratique. [...] Oui, je sortais plus avec les filles du foyer qu'avec les filles qui étaient à l'école. » (Steeven, 17 ans.)

Avec ces filles du foyer, les relations étaient plus « pratiques » car ils habitaient tous au même endroit et étaient tous en attente de relation. Ayant par ailleurs bien compris que le marché des rencontres amoureuses leur était limité du fait de leur placement et du stigmate du placement parmi la population adolescente, comme dans d'autres réseaux, l'entre soi et l'homogamie rendaient possibles les rencontres.

Ainsi, lorsqu'il raconte ses histoires passées, Steeven explique qu'il a eu des copines « comme ça » sans lendemain, des « plans culs » avec lesquels il ne se protégeait pas et ne se souciait pas de mettre de préservatif. Ces filles, il les rencontrait d'abord au foyer (où il a été placé dès l'entrée au collège) ce qu'il résume en disant sarcastiquement : « *nous étions entre cas sociaux* ». Dès lors la question de la prise en compte de l'autre et de sa propre protection n'est pas d'actualité : dans un contexte où la société ne donne pas de place aux jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et la PJJ, les filles de foyer ne sont pas plus à respecter que les garçons de foyer qui ne se respectent pas non plus. Dans l'entretien, Steeven est surpris de la question sur l'éventualité d'avoir rencontré des filles qui demandent des préservatifs, ce n'est – d'après lui – pas une question de jeunes de leur catégorie.

Ce discours prend d'autant plus de relief que Steeven a l'occasion depuis peu de fréquenter Solène, une fille scolarisée en lycée général, « une générale » comme il dit. Avec elle, le scénario de rencontre et d'expérience de la sexualité est tout autre : si avec les autres il pouvait avoir un rapport sexuel quelques heures après la première rencontre, avec Solène ce n'est pas le cas, il considère qu'avec elle, il doit faire les choses bien, s'inscrivant ainsi dans le script commun d'entrée dans la sexualité où rencontre et premier rapport sont dissociés, où la virginité de la fille est préservée un certain temps, où le rapport ne peut avoir lieu dans une cage d'escalier mais plutôt dans une chambre ou au moins un appartement :

« Beh généralement, les filles que j'ai eues, c'est soit des racailles, enfin des trucs sans trop d'importance en fait. Solène, elle est portée sur les études, enfin elle travaille à l'école, elle est pas mongole... Enfin bref, c'est une fille, pas modèle, mais c'est pas une délinquante, c'est une fille à peu près respectable. [...] C'est pour ça

que ma mère n'aime pas trop mes copines généralement. Parce que d'habitude, je sors avec des filles qui soit sont des filles faciles, soit qui se battent, soit qui s'habillent comme des wesh-wesh [« racailles »], des trucs comme ça, ce qui est pas forcément le top. [...] les filles qui avaient genre des 18 de moyenne (dans mon école, 16 de moyenne, c'était déjà bien), c'est celles-là que je préférais, c'est celles qui je préfère, qui s'habillent normal, en tee-shirt, jean, pas celles qui s'habillent en jogging. » (Steeven, 17 ans.)

Dans les propos de Steeven, on comprend l'importance du lien entre respect de soi/respect de l'autre et impact de l'image que les jeunes peuvent avoir d'eux-mêmes dans la construction de leurs relations affectives et sexuelles. Avoir l'occasion de sortir avec « une générale » est en quelque sorte avoir la possibilité de casser le cercle vicieux dans lequel Steeven était pris depuis le début de son adolescence. Cette relation a également pour effet de lui faire reconnaître qu'il n'est pas qu'un jeune PJJ mais bien aussi et d'abord un « jeune » dont la diversité des rencontres est bien plus élargie. On voit combien image de soi et respect de l'autre sont liés. Dans la perspective d'avoir une chance d'échapper au stigmate qui pèse sur lui depuis longtemps, il mobilise alors l'ensemble des informations qu'il a pu avoir pour que les choses se passent au mieux, selon les scénarios socialement valorisés. Cela se voit d'abord dans la manière qu'il a de raconter la virginité de Solène :

« [À propos de sa copine actuelle] *Elle l'a déjà fait ?*

– Non. [...] Mais elle va attendre. [...] Parce que moi, je trouve que c'est une bonne vertu. Elle est vierge. En plus, elle a que 15 ans. Donc autant qu'elle y soit au moins jusqu'à 17 ans. Ça serait bien. [...] Pour elle. Puis déjà, on est pas sûrs que ça marche. Si c'est pour se faire dépucceler par n'importe qui aussi... Parce que la première fois, c'est toujours ce qu'il y a de plus marquant. Donc je tiens pas à ce qu'elle le fasse avec n'importe qui, n'importe quand, n'importe où. [...]

– *Et toi, tu penses que t'es n'importe qui, n'importe quand, n'importe où ?*

– Pour l'instant, oui. Je suis avec elle que depuis le 13 septembre. Si ça se trouve, dans deux semaines, je serais plus avec. Si c'est juste pour le faire et puis partir "casse-toi", ça sert à rien. » (Steeven, 17 ans.)

Ensuite sur l'éventualité d'un rapport avec elle avec préservatif, ce qu'il n'a quasiment jamais utilisé avec ses autres partenaires :

« Beh si on doit le faire avec Solène... d'abord je vais la faire attendre... Parce qu'il faut qu'elle soit sûre et puis parce que je la respecte. C'est une fille bien. Et donc avec Solène, là, oui, si je dois le faire, si elle demande ouais on pourra mettre des préservatifs. Parce qu'avec ce genre de filles, faut faire les choses bien. » (Steeven, 17 ans.)

L'expérience de cette nouvelle relation contribue à ce que Steeven cherche à construire autrement sa relation et se perçoive également comme ayant droit à des « relations normales » à « des filles bien » en jouant sur le fait qu'il peut aussi « être un mec bien », à des filles que sa mère ne pourrait pas qualifier de « putes » sans même les avoir vues. Ce qui est d'autant plus important que cette reconnaissance sociale (et parentale) contribue à légitimer la sexualité et les normes protectrices les encadrant. Des enquêtes ont montré en ce sens que la reconnaissance de la sexualité des jeunes était un facteur de réduction des risques de grossesse des mineures, lesquelles, plus elles sont contraintes de dissimuler leur vie sexuelle, plus elles ont du mal à pratiquer une contraception (Bajos, Ferrand, 2001, p. 101).

Les propos des jeunes rencontrés mettent en évidence la construction d'un discours autour du respect de soi que doivent avoir les filles, lié d'abord à une apparence vestimentaire laissant supposer des comportements et

pratiques sexuelles non conformes aux normes du groupe de pairs : pour se respecter, une fille doit donc ne pas coucher dès le premier soir, ne pas avoir « trop » d'amants, ne pas s'habiller « trop » court, etc. La quasi-totalité des garçons rencontrés ont tenu ce type de discours, et comme le notait Isabelle Clair dans ses travaux, il n'y a sur ce point aucune solidarité entre les filles. Les propos de Mélina sont à ce titre assez éloquentes sur la manière qu'elle a de considérer les filles « faciles » ou « qui ne se respectent pas » :

« Il y a des gars des quartiers, il y en a, ils font des trucs pas bien, O.K., des bêtises tout ça, mais après, c'est pas n'importe quoi ce qu'ils font, c'est pour certaines raisons. Et au fond, je sais qu'il y en a qui sont bien. Il y a des gars qui cherchent des filles qui se respectent, des filles comme moi. C'est pour ça que je dis que c'est pas impossible de trouver un gars bien tu vois. Il y en a qui veulent pas des salopes tu vois. [...] Elles ont une sale réputation. À partir du moment où un gars, il va me parler d'une fille mal, en me disant : "Je l'ai baisée", pour moi, c'est une fille qui se respecte pas. Enfin je sais pas... De fois, mes potes, il me dit : "Je l'ai baisée." Et une fois, je lui ai dit : "Mais toi, tu baisses ou tu fais l'amour ?" Il me dit : "Non, moi, je fais l'amour." Et pour eux, baiser, c'est sale tu vois, alors que faire l'amour, tu restes propre. [...] Non, ça me dérange pas. Après, je sais pas. Peut-être que c'est des filles super gentilles, mais je n'aime pas les filles qui se respectent pas [ton péremptoire]. Voilà, c'est tout. Par rapport à sa dignité, tout ça. Ça me plairait pas qu'un gars il me dise : "Je l'ai baisée. Qu'est-ce qu'elle est bonne." [...] Beh ouais. Moi, je veux qu'on me respecte. Peut-être qu'en vrai, il y a des gens ils me disent : "C'est une fille bien, t'as vu." Peut-être, je sais pas. » (Mélina, 16 ans.)

On comprend ici les conséquences d'une telle stigmatisation sur la négociation du rapport sexuel mais également sur la gestion de la protection et de la contraception lors du rapport. Une fille qui ne se respecterait pas n'a pas à être respectée, le garçon s'affranchit ainsi de toutes les négociations en amont du rapport sexuel, et la question du consentement devient implicite : pas besoin de s'en assurer, puisque c'est une « pute » ou une « fille qui aime la fête ». Cette perception très genrée des rôles de chacun dans le travail affectif et de protection/contraception maintient une asymétrie relationnelle selon le sexe. Ce à quoi s'ajoute l'importance du regard des copains, comme forme de validation de soi, de validation de sa masculinité, en prouvant ses capacités sexuelles. Cela passe par le récit des exploits sexuels (le plus souvent avec des « filles faciles », les relations avec les « filles bien » sont mises à l'écart, protégées en quelque sorte, avant qu'elles soient totalement officielles) ou bien par des pratiques collectives. Trois garçons nous ont fait part de pratiques sexuelles comprenant plusieurs garçons et une seule fille (parfois deux filles, le nombre de garçons étant toujours supérieur au nombre de filles), rappelons d'ailleurs qu'aucun des jeunes rencontrés n'est pris en charge pour des raisons de violences sexuelles. S'ils ne sont pas clairs dans les entretiens sur le consentement des filles à accepter ces rapports sexuels (on peut d'ailleurs en douter pour certains) « j'ai peut-être abusé ? », « c'est pas interdit quand même ça ? », l'essentiel était de ne pas se faire prendre « après, c'est parole contre parole ! Moi je dis qu'une fille qui dit pas non... elle a dit d'accord » :

« De manière générale, avec tes potes, vous parlez de sexualité, de contraception ? Si vous avez mis des capotes ou pas ?

– Non. On s'en bat les couilles. C'est : "Tu l'as baisée ?" – "Ouais." C'est tout.

– Et après, c'était bien ou c'était pas bien ?

– Ouais. T'as aimé, t'as pas aimé. Et c'est plus : "Vas-y, tu me la laisses, tu me la laisses ! J'y vais !"

– Vous vous prêtez des meufs entre potes par exemple ?

– Beh ouais, on se prête des meufs entre potes.

– Elles sont d'accord ?

– Vas-y, je sais pas... C'est des trucs comme aç [ça]. C'est genre... comment vous dire... [hésitation]. Au début, quand je rencontre une meuf, je dis : "Vas-y frère, crame pas mon bail." Je fais mon bail vite fait. Et une fois que j'ai fini, je te la laisse. Après, il y va, il fait sa manière. Soit elle aime, soit elle aime pas. Mais je dis pas on s'est jamais fait recal [se faire refuser]. Moi, je me suis fait recal, je m'en bats les couilles. » (Jessy, 16 ans.)

Si trois garçons nous ont clairement raconté avoir « partagé des meufs » avec des amis à eux, où l'on s'interroge sur le consentement des filles impliquées, il est important de souligner que c'est loin d'être une pratique dominante et régulière (ce qui n'enlève en rien les violences qui peuvent s'y produire). Ces garçons ont surtout des relations individuelles, de courte durée, bien souvent dénuées d'affect, et avec des filles considérées comme « faciles » :

« Sur les 15 [partenaires sexuelles], j'ai dû avoir cinq-six copines, et les autres, c'étaient des aventures d'un soir ou deux, deux-trois jours. Ou la meuf, je la prenais par chantage. » (Jessy, 16 ans.)

« Pour certains, la sexualité a un sens en elle-même, en dehors de tout projet de couple : la sexualité est fondamentale dans la relation et celle-ci se limite d'ailleurs à l'échange sexuel. On se situe alors dans le registre du corps, du besoin, du désir ; ce qui compte, c'est le rapport physique, l'érotisme, la jouissance. À l'inverse, la sexualité peut être considérée exclusivement dans la perspective de la construction d'une relation. Elle est alors une composante, un pilier, l'un des aspects d'un échange qui, pour être valable, doit comporter aussi d'autres dimensions : amour, compréhension et respect mutuel, dialogue, intérêts et activités en commun, etc. « Lorsque la relation est "au service" de la sexualité, la question du risque éventuellement encouru ne met en jeu que l'échange sexuel dans le cadre limité d'une rencontre ayant pour finalité la satisfaction des partenaires. Dans le deuxième cas au contraire, lorsque la sexualité est "au service" de la relation, la manière d'envisager le risque SIDA est tributaire de l'ensemble des éléments qui constituent la relation : la confiance que l'on a dans l'autre, le désir que la relation dure, les projets communs, etc. » (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p. 317).

Les infections sexuellement transmissibles et les violences sexuelles, priorités des professionnels

À la PJJ, lorsqu'elle est abordée, la sexualité est bien souvent réduite à des ateliers thématiques (puisque ici il ne s'agit pas de l'objet de la mesure) qui ont lieu seulement si un professionnel se sent concerné/investi, qu'il soit référent santé ou non (c'est d'ailleurs parfois la tenue de ces ateliers qui pousse certaines à devenir référentes santé, soit d'elles-mêmes, soit incitées par l'ensemble de l'équipe). Les jeunes ont intégré le fait que l'entrée dans la sexualité pouvait faire partie d'une sphère publique dans sa dimension de prévention des IST, des grossesses, et des violences. En revanche, il n'est pas du tout envisagé par les jeunes que la sexualité puisse faire l'objet d'une prise en charge à un autre titre.

L'organisation des séances d'informations sur la sexualité dont les jeunes se rappellent, ou que les éducateurs ont raconté avoir mis en place (ou auxquelles ils ont été associés), met en avant une distinction forte entre les enjeux autour de la protection à l'égard des IST, les violences sexuelles et les enjeux autour de la contraception, et il est rare que tous ces éléments soient abordés conjointement. Dans les propos des professionnels, il semblerait que

ceux qui investissent la question de la sexualité des jeunes le fassent soit dans une perspective de prévention des IST, soit dans une perspective de prévention des grossesses considérées socialement comme précoces, les deux n'étant jamais reliées dans les interventions. La quasi non-mixité du public avec lequel ils doivent travailler participe à expliquer pourquoi la focale est par ailleurs dirigée sur les IST et les violences sexuelles, la question de la contraception étant très peu présente par rapport à ce qui se fait en milieu scolaire, par exemple :

« C'est vrai, on va leur parler du SIDA, des MST et tout ce qu'ils peuvent attraper, oui parce qu'ils se rendent pas compte du tout. Donc on leur dit aussi qu'il faut faire attention, c'est pas pour être des castrateurs, mais faut qu'ils comprennent aussi. [réfléchit] Ah et je vois on leur parle aussi des violences, on rappelle la loi parce que parfois ils se rendent pas trop compte de ce qu'ils n'ont pas le droit de faire ! C'est des garçons pour qui la vie est pas facile, donc on rappelle le B.A.-BA des choses, ça peut paraître évident pour tout un chacun, mais ici il n'y a pas d'évidence. On repart souvent de zéro ! »

Ainsi, la manière qu'ont les adultes de médicaliser les questions liées à la sexualité et d'imposer un cadre hygiéniste contribue à justifier l'approche par les dimensions techniques, le risque et met à l'écart les enjeux relationnels pourtant au cœur des questionnements des jeunes. Or, dans un travail antérieur sur les pratiques contraceptives des jeunes femmes, nous avons constaté qu'« il est important de tenir compte du contexte affectif de chacune des relations et des relations passées. L'absence de précautions des jeunes [femmes] n'est pas incompatible avec leurs connaissances des risques liés à un rapport non protégé, puisque certaines ont une conscience très précise et très forte des dangers encourus (IST, grossesse...). Ceci peut relever de priorités différentes de celles que les normes véhiculent. La préoccupation d'une partie des jeunes femmes ne se situe pas autour des dangers sanitaires inhérents aux rapports sexuels (même si elles ne l'excluent pas) mais dans leur capacité à modifier le cours et la nature d'une relation. Les jeunes [femmes] semblent donc effectuer une hiérarchisation des risques lors des rapports sexuels : risque relationnel aboutissant à la rupture de la relation et risque sanitaire aboutissant à une non protection des rapports ; faisant primer l'un ou l'autre selon les cas » (Amsellem-Mainguy, 2007, p. 255).

La construction d'une sexualité hétérosexuelle, pénétrative et vaginale

Dans un contexte où la sexualité des jeunes de la PJJ est considérée comme hyperactive pour les garçons (mais bien souvent également pour les filles qui ne se préserveraient pas assez), on comprend l'importance pour ces jeunes de raconter leurs relations comme des palmarès. Cette appréhension de la sexualité des jeunes est toujours entendue comme hétérosexuelle, tous les récits des jeunes mettent en scène des jeunes de sexe opposé. Les exemples pris par les professionnels de la PJJ parlent toujours d'une fille et d'un garçon, d'une fille et de plusieurs garçons, mais jamais de deux protagonistes du même sexe. En effet, partant du constat que ces jeunes sont très homophobes, plusieurs d'entre eux nous ont confié préférer ne pas en parler pour ne pas attiser les propos haineux qui pourraient malgré tout avoir des conséquences sur le reste du groupe. D'autres ont clairement conseillé à des jeunes qu'ils supposaient homosexuels de ne surtout pas en faire part au reste du groupe, au risque de se faire taper :

« L'homosexualité ? Bon franchement... je crois pas trop que nos jeunes sont concernés... même si j'en sais trop rien ! Une fois, j'ai eu un jeune... je pense qu'il se posait des questions sur sa sexualité... j'ai sous-entendu 1 ou 2 fois que c'était mieux des fois de faire semblant d'avoir des meufs, même quand on en a pas, pour éviter que les autres posent trop de question ou en fassent un bouc émissaire ! Je pouvais pas le laisser prendre un risque aussi gros... on aurait fait comment ? » (Anne-Marie, éducatrice, référente santé.)

L'homosexualité est un sujet à haut risque semble-t-il, et il semble plus « facile » d'éviter d'y faire référence, au risque de ne pas en maîtriser les conséquences à court et moyen terme. Malgré tout, les éducateurs ne font pas rien, l'homophobie des jeunes est pesante dans les groupes, ainsi elle est abordée sous l'angle des discriminations, au même titre que le racisme, l'exclusion :

« Ils sont très homophobes en fait ces jeunes, c'est un vrai problème, il faut faire preuve de patience, et les amener à respecter les autres. »

Ainsi, plutôt qu'être admise comme une orientation sexuelle, l'homosexualité est présentée du côté de la victimisation, et comme une des illustrations de la tolérance, du respect de l'autre. L'homophobie ambiante dans les propos des garçons à la PJJ exclut de fait que cette orientation sexuelle pourrait concerner des jeunes de la PJJ. Cela participe à réduire la sexualité et à renforcer l'hétéronormativité et l'hétérosexisme ambiant, ce que l'on constate dans les propos des jeunes, marqués par une forte différenciation des sexes, ainsi que par une hiérarchisation de ces derniers.

À cela s'ajoute le fait que « la » sexualité est limitée bien souvent à son caractère pénétratif et vaginal. En effet, les séances d'information, de prévention mettent l'accent sur les IST et les risques de contamination. À ce titre, elles mettent bien souvent en scène une situation de rapport, non précisé, ce qui, par défaut, est entendu comme un rapport pénétratif et vaginal puisque se déroulant dans un cadre hétérosexuel. De cela découlent au moins deux conséquences : d'abord cela contribue à définir la sexualité et donc la protection qui y est associée. La pratique de la fellation en est un bon exemple qui, pour les jeunes, fait partie des préliminaires « vite faits », tandis qu'elle est incluse dans les rapports sexuels (sans pour autant que cela soit précisé) par les professionnels. Les jeunes ne la considérant pas comme un véritable rapport sexuel, ils ne se protègent pas :

« Mais donc toi, avec ta dernière copine, t'as mis un préservatif ?

– Non, mais on n'a pas fait... enfin tu vois... elle m'a... je sais pas comment dire poliment, mais elle m'a juste sucé cette meuf ! Voilà vite fait, tac-tac, c'était cool quoi, mais pas besoin de préservatif. Nan.

– Mais t'en mets pour quoi sinon ?

– Ben, en fait, j'en mets... enfin je sais qu'on en met quand on rentre dedans... mais pas quand c'est juste un moment de détente ! » (rires un peu gênés).

Ensuite, si le rapport sexuel est entendu comme se déroulant dans un cadre hétérosexuel, le poids de l'ordre de genre où pèse la hiérarchisation des sexes est également à prendre en compte. Dans plusieurs entretiens menés avec des jeunes, on entend avec force que dans le rapport sexuel : « l'homme donne, la femme reçoit » ou encore « l'homme pénètre, elle est pénétrée ». En effet, on y reviendra, cela n'est pas sans conséquence sur les manières de mettre à distance la question des IST, puisque les hommes, en tant que partenaires actifs et « donneurs » actifs, seraient peu exposés :

« Ta copine d'aujourd'hui, tu utilises des préservatifs avec elle ?

– J'ai encore rien fait avec elle. J'ai fait avec la petite sœur, mais pas avec elle. C'est pas bien ça...

– Et par exemple, la petite sœur, elle t'a fait une fellation sans préservatif ?

– Beh non... Pourquoi en mettre avec ça ? C'est rien ça. Ah, il y a des problèmes quand même ? [étonné] Mais non, y a pas de problèmes... [...] Ah non, mais elle, elle peut pas me transmettre quelque chose. » (Jessy, 16 ans.)

La contraception, une affaire de femmes

Si le recours des jeunes à la protection ou à la contraception peut être influencé par le groupe de pairs (à travers des discussions, réactions, rumeurs), la mobilisation par les jeunes des informations transmises va être variable selon les connaissances acquises par ailleurs, les filières d'orientation, mais également les lieux ressources qu'ils ont pu identifier pour obtenir des préservatifs ou une contraception. Malgré tout, ils ont pour la plupart pu citer au moins deux, sinon trois méthodes contraceptives : la pilule, le préservatif et « le bâton dans le bras », l'implant (même si les modalités de fonctionnement ne sont pas connues). S'ils sont capables de pouvoir en citer, il n'empêche qu'ils sont très clairs sur le fait qu'ils ne s'en soucient pas, que ce n'est pas leurs affaires. « L'absence de vocable argotique équivalent à "contraception" révèle d'ailleurs que les risques de grossesse ne s'inscrivent pas dans leur univers de préoccupation » (Hamel, 2002, p. 96).

Replacer la question de la contraception dans le contexte relationnel est essentiel pour comprendre la division implicite du travail amoureux et relationnel qui fait des femmes les gardiennes privilégiées de la morale sexuelle. Chargées de contrôler le désir des hommes et les conséquences de l'activité sexuelle, elles ont toujours la responsabilité d'intéresser les hommes au couple (hétérosexuel) et à la procréation, le moment venu :

« Premièrement, jamais ça m'arrive un gars qui me plaît et tout et que je pense direct que je vais faire l'amour avec tu vois. J'ai pas envie de perdre mon temps ; j'ai pas envie de faire ma première fois avec n'importe qui. Je préfère être sûre de moi. J'ai pas envie de trébucher après. Après, je vais pleurer pour rien. C'est une perte de temps. Trop de problèmes après. Ça sert à rien. À partir du moment où je vois que la personne, elle est vraiment sérieuse avec moi, qu'elle est honnête, j'y penserai à tout ça, à commencer à prendre la pilule. » (Mélina, 16 ans.)

La faible mixité du public de la PJJ, essentiellement composé de garçons, rend moins centrale la prévention des grossesses non désirées. Certain·e·s professionnel·le·s nous ont raconté en parler en bilatéral avec les filles, lorsqu'il y en a, mais sinon ne pas forcément aborder la question « *car les garçons, ça ne leur parle pas trop* » :

« C'est toujours embarrassant de savoir qu'une jeune fille, à 16 ans, elle est enceinte. Si c'est un accident ou pas, je n'en sais rien. Il y a quelque chose d'embarrassant. » (Philippe, éducateur.)

Tous les exemples pris par les éducateurs sur la prévention des grossesses non désirées sont illustrés par des situations avec des filles (pourtant minoritaires dans le public PJJ), ce qui permet de saisir que si la situation est « embarrassante » pour une fille, il ne semble pas qu'elle le soit pour un garçon. La question de l'entrée en parentalité des garçons fait peu l'objet d'une prévention et est davantage construite comme un devoir de responsabilité :

« Moi je leur dis, une fois qu'ils auront un môme faudra qu'ils assument, alors bon ça leur faire comprendre qu'il faut qu'ils prennent leur responsabilité. Et bon j'essaie de leur dire qu'il faut faire attention, car une fois qu'on a un enfant, c'est pour la vie. C'est pas simple pour ces garçons dont les pères se sont barrés pour certains dès la naissance ! » (Éducateur, entretien informel, collègue de Damien.)

L'entretien avec Jessy révèle bien les difficultés pour s'en sortir face au nombre considérable d'informations à mémoriser sur la contraception. Au-delà de la gestion de l'information, cet extrait d'entretien montre également l'importance de prendre en considération le contexte relationnel et les violences que peuvent subir certaines filles :

« Et ta copine avec qui t'es resté un an et demi, qui a avorté deux fois, elle prenait pas la pilule ?

– À un moment, elle prenait plus parce que genre en fait, à un moment, elle la prenait à 20 h 30, et si à 35, elle la prenait pas, c'était mort. Des fois, elle la prenait pas, elle loupait des jours et tout. J'ai dit : "C'est pas sérieux. Arrête de la prendre." Mais à un certain moment, pendant deux mois, elle a pas ses règles. Je fais : "Vite, parce qu'au bout de trois mois, tu peux plus avorter, petite. Et non, c'est mort, moi, je suis pas là." Et elle est partie avorter deux fois. Et ça, je l'ai su qu'après. C'est son grand frère qui me l'a dit. Elle, elle voulait pas me le dire. » (Jessy, 16 ans.)

Aucun des jeunes rencontrés n'a eu d'enfant et quelques garçons comme Jessy ont été confrontés à une grossesse non prévue/non désirée de leur copine. Si Jessy comme d'autres garçons ont des propos violents et condescendants (« petite ») à l'égard de leur copine et complètement détachés par rapport à la potentialité de devenir père « *je vais pas avoir un gosse à 15 ans !* », il n'empêche que cette expérience de l'avortement contribue à valoriser leur masculinité. Cette expérience (même si elle est connue tardivement) est construite comme positive par plusieurs garçons, dont on peut lire entre les lignes que cela confirme leur pouvoir procréatif et donc leur virilité. L'entretien avec Jessy met ainsi en lumière les inquiétudes grandissantes qu'il a, après un certain nombre de rapports sexuels non protégés avec sa copine qui n'utilise pas de contraception. Si, pour lui, il y a un « problème » il est forcément du ressort de sa copine, la reproduction étant une compétence masculine mais une responsabilité féminine :

« Ici, par exemple, il y a pas un endroit, si t'as besoin de préservatifs, où tu peux en récupérer ?

– Si y a des bornes, zarma, payantes, mais la hchouma [la honte], je vais pas m'acheter ça ! Je vais pas m'acheter ça là-dessus, mon frère ! Moi, je vais au planning familial, je demande une boîte, elle m'en donne 15, c'est tous les mêmes et voilà. [...] En fait, c'est elle [sa copine avec qui il est resté pendant 1 an et demi] qui est allée au planning parce qu'elle me disait : "J'ai mal au ventre, machin." À chaque fois qu'elle revenait du planning, elle me disait : "En fait, je suis pas enceinte". Et moi, je trouvais ça chelou. Je lui dis : "wesh, tout le temps on le fait sans préservatifs. Et zarma, t'as rien comme ça. C'est bizarre." Je commençais à me poser des questions. Je me disais : "Je suis pas stérile quand même ?" Je commençais à péter les plombs, mon frère. Je me suis dit : "wesh, qu'est-ce qui t'arrive et tout ?" Et du coup, elle était vraiment tombée enceinte deux fois. [...] Non, je veux pas qu'elle tombe enceinte de moi, mais je fais quand même sans préservatif.

– Mais t'étais quand même rassuré de savoir que t'étais pas stérile.

– Voilà. Vous avez déjà vu un gars stérile ? Il pète les plombs, non ? Obligé d'adopter quelqu'un, non, je pourrais pas être stérile, non ! » (Jessy, 16 ans.)

La parentalité attire autant qu'elle fait peur : la quasi-totalité des jeunes rencontrés se projette dans un rôle de parent et l'évocation d'échec contraceptif fait émerger cette problématique dans les entretiens. Pour certains garçons cela pourrait être maintenant quand pour d'autres, c'est pour le moment unimaginable : « *je lui donne des coups dans le ventre si elle ne veut pas se faire avorter* » (résume Andy).

Ces discussions nous ont permis de voir que les connaissances sur l'avortement par les jeunes sont très aléatoires, bien souvent erronées et très moralisatrices. Pour les garçons les plus âgés, ceux qui ont une religion (catholique ou musulmane), ceux qui sont dans des modèles familiaux traditionnels, ceux qui ont des parents arrivés en France il y a peu de temps, ou encore ceux qui voient dans la construction d'une famille la seule échappatoire pour se sortir de leur milieu et accéder à un statut social positif, l'interruption volontaire de grossesse est inenvisageable. Pour eux, comme pour beaucoup des jeunes rencontrés, le couple et plus encore la construction d'une famille sont

vus comme un refuge, la possibilité de sortir de la spirale parentale/assistance sociale, et de devenir « maître de son destin ». Ils cherchent dans le couple un univers où ils peuvent occuper des rôles différents, et où la complicité et le soutien seraient très importants, ce qu'Isabelle Clair souligne en parlant « d'idéalisation du couple » (Clair, 2008). Car même si un nombre considérable d'entre eux a connu divorce, séparation, violences familiales, abandon, placement, ils ont un rapport à l'autre plus réaliste, moins romantique, ils ont aussi une forte envie de stabilité :

Maintenant, je pense qu'on a plus de mal à se séparer d'une personne, qu'on a plus de conscience et tout ça. [...] Ouais. Aujourd'hui, je pense qu'on fait plus de choses, on bouge, on a plus de souvenirs avec cette personne. Quand on est petit, on peut pas genre bouger n'importe où, sortir et tout ça. [...] Et aujourd'hui, t'es plus libre dans ce que tu peux faire, si tu veux le voir. C'est-à-dire qu'on a plus d'occupations. C'est bête ce que je veux dire mais je sais pas, on tape [fait] des soirées, on boit, on fume, on rigole, on est avec d'autres amis, on bouge. On voit du monde. Je sais pas... plein de trucs. Il y a plein de choses à faire à notre âge. [...] Ouais. Il y a plus de souvenirs après. Donc après, pour s'en détacher, c'est plus difficile. (Mélina, 16 ans.)

Dans ce contexte, l'entrée dans la parentalité redoutée par l'environnement social est en partie recherchée pour stabiliser le couple, rompre avec leur histoire d'origine, etc., et changer de statut pour jouer un rôle différent, celui de conjoint, de parent. Pour se sentir responsable :

« Moi, je trouve que ça se joue plus sur de l'hystérie [je parlais de scarifications]. Les filles, elles sont dans ce truc-là aussi. Des fois, elles gardent un bébé pour régler leurs comptes aussi ou pour être aimées aussi, dans cet espoir-là. » (Céline, éducatrice.)

Les rites de passage à l'âge adulte n'ayant plus vraiment de sens, on constate malgré tout que la question de l'entrée en parentalité avec les interrogations autour d'un enfant montre qu'il s'agit toujours d'une étape considérée comme clé pour la plupart des garçons rencontrés, considérée à l'inverse des autres pans de la vie comme un point de non-retour marqué par un « avant » et un « après » indépendamment de la mise en couple. Si devenir/être parent ne suffit pas forcément à devenir adulte, cela y contribue bien plus que les autres moments-clés.

La médicalisation de la contraception et de la procréation a permis aux femmes de disposer de leur corps, mais elle contribue aussi à repenser la contraception et la procréation comme une « affaire de femmes », exclusivement à la charge de ces dernières. Aujourd'hui, la plupart des méthodes modernes de contraception relèvent de la responsabilité de la femme (c'est à elle d'y penser, à elle de se les procurer, à elle d'avoir un suivi médical, etc.). Les jeunes rencontrés se sont réappropriés ces idées et les justifient en disant que « *s'il arrive quelque chose [une grossesse], c'est les femmes [seules] qui sont concernées* ». On peut se demander si, pour les jeunes hommes, se sentir concerné par la contraception c'est prendre le risque de perdre un peu de leur « virilité », de se féminiser dans la mesure où la contraception est considérée comme « *une affaire de femmes* » aussi bien par les garçons (Hamel, 2002), que par les filles ou que par une partie des professionnels. De ce point de vue, il ne peut y avoir de partage des tâches contraceptives ni des responsabilités, puisque la fille est considérée comme la seule responsable. Dans ce contexte, pour la plupart des garçons rencontrés, la contraception est « *un truc de filles* », et « *si une fille est enceinte c'est son problème* » :

« Et si une copine te disait : "Je prends pas la pilule, je veux pas qu'on mette de capotes", est-ce que tu la prendrais ? – Je lui dirais de la prendre quand même [la pilule]. Parce que j'ai pas envie de prendre une pilule. [...] mais juste que vous [les femmes], vous êtes déjà assez habituées. [...] Mais c'est qu'un médoc toute façon. C'est comme un cachet. Mais je sais pas... J'ai pas envie, c'est tout. [...] C'est comme si tu prenais un Doliprane et

voilà. Mais même, j'ai pas envie. [...] Ouais, je sais, c'est pas du tout pareil. C'était juste un exemple... un médoc quoi. » (Tristan, 16 ans.)

À travers les propos de Tristan, on constate que le contrôle des conduites sexuelles de la femme s'est déplacé, en passant d'une responsabilité collective à une responsabilité intériorisée par les individus (Schiltz, Jaspard, 2003). Les jeunes femmes sont ainsi seules responsables de leur vie sexuelle (choix des partenaires, nombre de partenaires, choix de la contraception, de la protection...). Pour les filles également, les garçons ne sont pas concernés par les enjeux de contraception ni de protection :

« Genre des fois, on en parle, ils font : "Ouais, moi, toujours, je me protège et tout." Tu sais, il y en a même, ils disent : "Avec la capote et tout, tu ressens rien" Puis après, je lui dis : "T'es sérieux, tu mets pas la capote et tout ?" Il me fait : "Ouais, mais elle prend la pilule." [...] Je réponds rien, mais je trouve pas ça fiable. » (Mélina, 16 ans.)

Cette enquête confirme que l'asymétrie qui marque les rapports sociaux filles/garçons est particulièrement prégnante dans les domaines de la contraception et de la protection. Ce qui est renforcé avec l'avancement de l'idée d'une pilule pour hommes qui pourrait exister :

« Un gars, non, il peut pas prendre une pilule ! C'est la femme qui prend la pilule ! On va pas échanger les rôles ! » (Mélina, 16 ans.)

Mélina est catégorique : cela fait partie des compétences des femmes que de gérer la procréation, les garçons n'ont pas à interférer dans ce domaine dont ils sont exclus et sur lesquels ils ne peuvent théoriquement exercer de pouvoir (même si nous avons commencé à le voir et nous le verrons ensuite, il s'agit d'un contexte purement fictif). Cette répartition des rôles en matière de gestion de la contraception/protection contribue au renforcement de l'ordre de genre.

L'imprévisibilité des rapports, un facteur qui met à mal la protection optimale

À l'exception du rapport inaugural, les débuts de la biographie sexuelle sont caractérisés par une forte imprévisibilité dans le déroulement des rapports, ce qui expose les jeunes au risque « d'imprévoyance contraceptive » (Durand, 2002), d'autant plus qu'un rapport sexuel inattendu laisse peu de place à la discussion (ou négociation) de la contraception/protection. Les méthodes liées à l'acte peuvent, quant à elles, permettre de remédier au manque de discussion et de négociation : le préservatif est pourtant peu utilisé voire pas du tout utilisé, au bénéfice du retrait, méthode la plus employée par les garçons interrogés.

Les conditions de vie des jeunes rencontrés sont à rappeler pour comprendre l'imprévisibilité de leurs rapports sexuels car si la majorité d'entre eux continuent d'habiter officiellement chez leurs parents, en réalité, ils habitent bien souvent à la fois chez leurs parents et d'autres membres de leur famille, mais vivent aussi partiellement chez les parents de leur petite amie, chez des amis, dehors... Enfin, d'autres, du fait de leur prise en charge PJJ, vivent en foyer ou en appartement « PJJ » où il leur est strictement interdit d'accueillir leur partenaire (ce que très peu d'entre eux mettent réellement en pratique). On peut d'ailleurs s'interroger sur l'aspiration à l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes qui trouve ici ses limites. Les jeunes sont renvoyés à un statut d'enfant, dont la sexualité est rendue illégitime car interdite dans le contexte de l'hébergement institutionnel. Cela bien que les jeunes hébergés en UEHD soient âgés de plus de 15 ans et donc reconnus par la loi comme étant capables

d'exprimer leur consentement²⁵. Cette interdiction du rapport sexuel en hébergement individuel n'est pas sans conséquence sur la vie sexuelle des jeunes et les pousse à avoir des rapports à l'extérieur, dans des conditions d'hygiène, de sécurité et de romantisme problématiques. Ceux qui bravent ces interdits prennent le risque de se voir exclus de leur hébergement autonome et revenir en hébergement collectif qu'ils rejettent par ailleurs. Conscients de cette contradiction institutionnelle, certains professionnels sont d'ailleurs très critiques sur cette interdiction et préfèrent fermer les yeux tant qu'ils ne sont pas mis devant le fait accompli :

« Normalement non, ils n'ont pas le droit d'accueillir personne dans leurs apparts. C'est pour eux, pour les protéger. Après faut pas nous prendre pour des cons, on n'est pas avec eux la nuit, on fait pas des visites surprises à 3 h du matin ni rien. Donc bon moi je fais un peu "pas vu pas pris" mais je leur demande quelque part de ne pas le voir. C'est tout. Si y a des capotes partout ou si quand j'arrive y a une meuf au lit, ben c'est pas possible... Mais tant que je vois pas... je m'en fous. Ils sont grands. Et puis je préfère que ça se passe là qu'ailleurs, dans une bagnole ou dehors dans une cave... »

Les comportements prescrits en matière de protection/contraception lors des rapports sexuels aux âges jeunes induisent des précautions maximales. Pourtant, celles-ci sont bien souvent inopérantes du fait de l'imprévisibilité des rapports, de leur spontanéité – « *on l'a fait comme ça, mais c'était pas prévu* » – mais également en raison des conditions dans lesquelles se déroule ce même rapport. En effet, le rôle de l'alcool (ou d'autres substances psychoactives) n'est pas à minorer en raison de la récurrence de cette problématique dans les entretiens (menés auprès des filles et des garçons) :

« Il y a juste eu deux gars avec lesquels j'ai vraiment accroché en fait. Il y en a un, il s'appelle C. C'était il y a sept mois à peu près. Je travaillais dans un kebab. Il me plaisait. Il avait grave du charme. Puis c'était un gars tranquille, tout ça. Puis on parlait et tout. [...] Puis, beh, je suis tombée grave amoureuse de lui. Et lui aussi, il était grave amoureux de moi. Sauf que j'ai fait la con [...] J'ai embrassé son cousin. [...] On avait bu, et voilà. On s'est juste embrassés encore, c'est tout. Mais je sais pas... Il me faisait du rentre dedans depuis longtemps déjà. Il s'appelle Warren. Il me kiffe [apprécie] grave. Il m'a toujours dit : "Un jour, je t'embrasserai." Et malheureusement, ce jour-là, il y est arrivé. Je sais pas ce qu'il s'est passé dans ma tête. [...] Mais franchement, ça m'a fait réfléchir, parce que depuis de jour-là, on s'est reparlé, mais il s'est foutu de moi en fait. Je comprends. J'aurais fait la même chose. [...] Après, il jouait avec mes sentiments, beaucoup. Genre il faisait le gars il me kiffait grave, et puis après, du jour au lendemain, il m'ignorait. Il en faisait exprès. Il a dit qu'il en avait fait exprès. Il avait joué avec moi pour se venger. On aurait pu être ensemble. » (Mélina, 16 ans.)

Lorsque le garçon impose ou influence le rapport sexuel, la négociation d'une protection contre les IST et/ou la grossesse est très difficile ou impossible pour les filles. Le contexte du rapport sexuel est à prendre en compte dans la capacité de se protéger ou de demander au partenaire de se protéger. Une situation de violence ou de domination rend difficilement possible une sollicitation/demande de la part du dominé. À cela s'ajoute l'enjeu de

²⁵ Que dit la loi ?

– Un adulte n'a pas le droit d'avoir des relations sexuelles avec un enfant de moins de 15 ans (art. 227-25 du code pénal). C'est même considéré comme une circonstance aggravante (art. 222-29 et 222-24).

– Après 15 ans, s'il est d'accord, un-e adolescent-e peut avoir des relations sexuelles avec un adulte sauf si ce dernier est l'un de ses ascendant-e-s (parent, grand parent...) ou s'il est amené à s'occuper de lui/elle (beau parent, professeur, moniteur sportif, animateur...)

– Entre enfants de moins de 15 ans, les relations sexuelles ne sont pas interdites par la loi et ne peuvent être poursuivies à condition qu'il n'y ait pas agression au sens de la loi (ni violence, ni contraintes, menaces ou surprises).

la remise en cause du partenaire lors d'une demande de préservatif par exemple, qui laisse supposer une moindre confiance, où le spectre de l'infidélité ou de la tromperie pèse.

La gestion des risques d'infections sexuellement transmissibles : le spectre du VIH

En raison du public PJJ essentiellement masculin, les professionnels ont tendance à recentrer la prévention sur la protection à l'égard des IST ce qui contribue, nous l'avons vu, à faire perdurer l'idée que la contraception est une affaire de femmes. Les entretiens ont mis en évidence que les garçons rencontrés ont une connaissance très partielle des IST et de leur mode de transmission. Les IST se résument bien souvent au SIDA (« dass »), sans pour autant que les choses soient plus claires que cela : pour eux le SIDA se voit (voir infra), et il n'existe pas dans leur entourage, il reste une « *maladie de toxico* ». La différence entre séropositivité et SIDA n'a pas de sens pour eux. L'entretien a donc été l'occasion pour quelques garçons et filles de s'informer en nous posant des questions : « *Est-ce que j'ai le SIDA avec tout ce que j'ai fait ?* », « *Est-ce que si une fille suce, elle peut refiler des trucs sales ?* », « *Comment je peux savoir si j'ai un truc [une IST] ?* » « *C'est vrai le SIDA ? Les maladies ?* ».

Ces connaissances partielles, et pour partie fausses, induisent des pratiques à risque, notamment par l'absence de préservatif. À cela s'ajoute le fait que dans les représentations autour de la transmission du VIH SIDA, l'homme est puissant et actif (toujours avec une norme du rapport sexuel pénétratif et vaginal) et la femme est inactive et passive. Cette perception de la transmission, relevant des rôles dans le cadre du rapport sexuel, l'un pénétrant, l'autre étant pénétré, participe également à la mise au ban de l'homosexualité. Le SIDA demeure une « *maladie de pédés* », hommes à qui il est finalement reproché de ne pas être conformes à leur genre et dont les pratiques sexuelles sont assimilées à celles des femmes. C'est aussi une « *maladie de prostituées* », c'est-à-dire de femmes ayant fait de leur corps un outil de travail qui leur imposerait de ne pas trier leurs partenaires, d'aller au tout venant, d'avoir une sexualité assumée et abondante qui poserait problème. Tel ce garçon qui nous raconte avoir eu, à l'occasion d'une soirée, un rapport sexuel avec la même fille que d'autres copains à lui, et qui ne s'est pas protégé, car c'est une fille qui prend la pilule. Il ne s'interroge pas du tout sur l'éventualité d'une contamination d'une IST par ses copains, les IST étant des risques plus diffus et moins perceptibles que celui de la grossesse.

Tout se passe comme si, selon les partenaires, la mise à distance du VIH était réelle ou totalement absente. Ainsi théoriquement, ils ont tendance à dire qu'ils se protègent lorsqu'ils couchent une fois, ou lorsqu'ils ne connaissent pas la fille, ou encore lorsque c'est une fille facile. Les rapports sexuels avec ces partenaires occasionnelles seraient à risque. Toutes ces filles qui coucheraient « vite » seraient plus à « risque » que les copines « plus longues ». Pourtant, dans la réalité, force est de constater que très peu des jeunes que nous avons rencontrés ont déclaré utiliser ou avoir utilisé des préservatifs. La question du préservatif est posée par les garçons comme un outil utilisé selon leur bon vouloir, mais qu'ils n'utilisent en réalité quasiment pas. Parmi les raisons avancées pour le non-recours au préservatif, on note le manque de temps (lié à l'imprévisibilité du rapport), la non-possession de préservatif, le manque d'envie, le refus de la partenaire, la remise en question de la confiance, ou encore « pas de raison objective ». À cela s'ajoute la baisse de plaisir qui fait craindre une baisse de performance et qui remettrait en cause les compétences sexuelles entendues comme performances. Enfin, la réalité des opportunités de rapports sexuels fait que les occasions ne peuvent être reportées sous prétexte d'absence de préservatif. Sharman Levinson montrait dans des travaux antérieurs que le

choix du partenaire peut être effectué en fonction du type de relation envisagé, il semblerait qu'à cela s'ajoute la protection mise en place en fonction du type de relation engagé et des caractéristiques attribuées à la partenaire concernée. Un rapport sexuel avec une fille « *qui se respecte* » peut être considéré comme une relation dans laquelle il faudra éventuellement se protéger, par respect pour la fille et par espoir dans la suite de la relation, en cherchant à « *bien faire les choses* ». À l'inverse, il semble qu'un rapport sexuel avec une fille qui ne se respecterait pas, issue du même milieu, ayant déjà eu un certain nombre de rapports sexuels, a pour conséquence l'absence d'une quelconque protection : « *On ne peut pas faire les choses bien, avec une fille pas bien* », comme le résume Steeven.

Les représentations des jeunes sur les préservatifs

Si les garçons rencontrés ont des connaissances variables sur les IST, ils savent tous que le préservatif protège du SIDA. Ce n'est pas pour autant qu'ils en utilisent, loin de là. Le lien de corrélation entre information/usages n'est donc pas satisfaisant ici puisque bien d'autres éléments entrent en ligne de compte. La prévention du SIDA a montré qu'il n'y avait pas de lien direct entre la connaissance qu'une personne peut avoir du danger de la contamination et les comportements qu'elle va ou peut mettre en œuvre face à ce risque (CRIPS, 1998). Ainsi, Rommel Mendes-Leite explique que « les personnes connaissent en majorité la nécessité de la gestion des risques et mettent en œuvre certaines pratiques préventives. Cependant, elles procèdent parfois à une réappropriation des "consignes de prévention", en les rendant plus proches de leur cadre cognitif socioculturel, ce qui leur donne l'impression de ne pas prendre de risques. Une telle stratégie a pour la personne une certaine logique. Ainsi, une personne peut faire la différence entre fidélité physique et fidélité émotionnelle ; curieusement, cette dernière, considérée comme plus précieuse, ne s'accompagne pas nécessairement d'exclusivité sexuelle. Ces stratégies de "protection imaginaire et symbolique" ne signifient pas que les personnes concernées ignorent la prévention ou ne croient pas en son efficacité. Au but principal de se protéger de la contamination, elles ajoutent naturellement celui d'amoindrir les contraintes représentées par les restrictions qu'impose la prévention » (Mendes-Leite, 1996). La préservation de la santé est bien plus secondaire dans les propos des garçons rencontrés que la nécessité d'affirmer sa masculinité et l'opportunité d'avoir des rapports sexuels. Dans le cadre d'une relation amoureuse, avoir recours au préservatif (ou se poser la question d'en avoir un, d'en mettre un), c'est prendre le risque de mettre en cause explicitement sa contraception/protection et/ou celle de son partenaire. C'est aussi risquer une remise en cause plus générale de la relation, et de la confiance en l'autre par exemple. Douter et expliciter ce doute est d'autant plus difficile qu'on envisage « *de faire un bout de sa vie* » avec la personne. Ainsi un garçon explique dans l'entretien qu'il compte s'adapter à sa copine à laquelle il se dit « *très attaché* », « *presque amoureux, même si je sais pas ce que c'est l'amour!* », si elle demande le préservatif, il en mettra un (ce qu'il n'a fait que 2 ou 3 fois pour le moment, tandis qu'il a eu 4 partenaires). Les « risques sanitaires » (Levinson, 2003), c'est-à-dire les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non prévues, doivent être envisagés en lien avec les risques « affectifs » liés à la relation à l'autre. Les risques de rejet, de rupture, de trahison mais aussi d'indifférence de la part de la petite copine, de la partenaire, apparaissent en filigrane dans les biographies sexuelles des jeunes interrogés :

« *La première fois que tu as couché avec une fille, est-ce que vous vous êtes protégés ou pas ?*

– Non. Moi, je me suis jamais protégé.

– *Jamais dans toutes tes relations ?*

- Jamais protégé.
- *Tu n’as jamais mis de capotes ?*
- Si, j’ai peut-être essayé une fois. [...] J’ai jamais accroché avec le truc de merde. [...] Ça change rien. Bon, même si je sais qu’il y a des maladies, on va dire les maladies, ça se soigne, pas toutes. Je trouve que sans la capote, si ça se trouve, le membre... Et la capote, c’est pas ce qui va t’avoir une queue de cheval. Tu vois ce que je veux dire ? On va dire c’est plus naturel sans capote qu’avec une capote. Enfin moi, je trouve. Moi, j’ai jamais mis de capotes pour avoir une relation avec une fille, donc...
- *Et est-ce qu’une fille t’a déjà demandé de mettre une capote ou pas ?*
- Ouais, une.
- *Et alors ?*
- Ça m’est arrivé que des filles ils étaient encore vierges. Bah normal, y a le respect aussi. Y a une fille, une de mes ex qui m’a demandé de mettre une capote comme c’était sa première fois. Beh oui, j’ai dit : “Ok, y a pas de problème.” Une fois, et après, j’ai plus jamais mis après.
- *Et ça t’est déjà arrivé de dire non parce qu’une fille t’a demandé de mettre une capote ?*
- Ouais, j’ai déjà répliqué. Mais après, c’est pour elle. [...] Beh ouais parce que moi, si je suis avec une fille et que je change de fille et que la fille, elle avait des trucs et que je le sais pas, après, c’est sûr qu’elle a raison. »
(Ryan, 16 ans.)

Si une fille peut légitimement demander que le garçon mette un préservatif, en avoir à sa disposition la rend malgré tout suspecte d’avoir une sexualité active. Dans l’entretien de Steeven, on voit bien comment la fille dont il parle risque d’être catégorisée « salope » par ce qu’elle donne à voir de sa sexualité par les préservatifs dans son sac. S’il n’en a jamais fait l’inventaire, il cherche malgré tout à y déceler des preuves d’une sexualité active :

- « *Là, t’avais pas de préservatif sur toi ?*
- Non, mais elle oui. Elle, elle en avait toujours dans sa sacoche. On sait jamais. D’ailleurs, c’était bizarre.
- *Pourquoi ?*
- Parce qu’à chaque fois qu’elle ouvrait sa sacoche, tu voyais un ou deux préservatifs. Tu te disais “Bon...”. Si dans la journée, t’en voyais un seul, tu te disais : “Bon... elle a peut-être été voir un autre garçon...” Mais je m’en foutais d’elle. Enfin je l’aimais bien et voilà. Ça me faisait chier mais bon. En fait, j’ai appris par la suite que pendant qu’elle était avec moi, elle a jamais été voir ailleurs. Donc c’était plutôt rassurant. » (Steeven, 17 ans.)

La question de l’obtention des préservatifs est intéressante, car si plusieurs estiment que la structure PJJ qu’ils fréquentent pourrait en délivrer, ce n’est pas pour autant qu’ils en prendraient. Parmi ces garçons, un est d’ailleurs pris en charge dans une structure qui met à disposition des préservatifs gratuitement, ce qu’il semble ne pas savoir ou feint d’ignorer pour renforcer les reproches qu’il fait à l’institution tout au long de l’entretien.

Mais surtout, les jeunes rencontrés sont largement convaincus que les préservatifs gratuits sont de moindre qualité que les préservatifs payants, ce dont ils ne peuvent guère parler avec leurs éducateurs, tout d’abord parce que cela renvoie directement à la sexualité de leur éducateurs (dont ils ne veulent pas entendre parler et dont les éducateurs ne veulent pas parler), ensuite parce que ces mêmes éducateurs leur paraissent mal placés pour en parler (les jeunes les sachant en couple, mariés avec ou sans enfants, ils estiment bien souvent que leurs éducateurs n’en utilisent pas/plus). Pour comprendre cet argument concernant les écarts entre préservatifs payants/gratuits, il convient de souligner que les préservatifs gratuits sont standards, moins fins « *sensation peau* » ou « *skin* » et moins dessinés « *pour*

optimiser le plaisir » que les préservatifs payants qui valorisent tous ces aspects dans le marketing. À cela s'ajoute l'idée que les préservatifs gratuits seraient de moins bonne qualité au sens strict, c'est-à-dire plus propices à craquer, exploser, des sous-produits que l'on donnerait aux pauvres, aux assistés, aux gens de la rue. En entretien, un jeune compare d'ailleurs ces préservatifs aux soupes populaires en soulignant que ce qui est moins bien est pour les cas sociaux, les produits défectueux seraient officiellement jetés à la poubelle et en réalité donnés aux pauvres :

« En fait, pour moi... c'est un peu les mauvais trucs qu'on donne aux pauvres, mes copains ils disent que même les trucs qu'on donne pour le sexe, c'est pas bien [il parle des préservatifs]. Aux gens qui sont dans la rue, comme moi quand j'étais dans la rue... pour vivre on mangeait les soupes, mais les gens disent que c'est avec choses pourries dedans. [...] C'est un peu on donne mais c'est ce que les autres veulent pas ou ce qui est pas bon pour les autres. [...] Donc c'est bien et c'est pas bien de donner. Moi je trouve ça pas très très juste, pourquoi les pauvres, nous, on a pas le droit de manger bien ou d'avoir des choses bien ? » (Mohamed, 17 ans.)

Il en va d'ailleurs de même pour les tests de grossesse, les « premiers prix » sont considérés par des filles comme par des garçons comme « peu fiables ». Tout se passe donc comme si la qualité était un prix à payer, la pauvreté impliquait d'en payer les conséquences par des produits bas de gamme, et moins efficaces. Se pose donc la question de l'achat de préservatif, et ils sont finalement nombreux à ne pas avoir franchi le cap.

L'analyse de Christelle Hamel apporte un éclairage intéressant sur le refus de préservatif de la part de certains jeunes hommes. « Le préservatif risque de faire obstacle à la performance, certains [garçons] préfèrent l'éviter. Outre qu'il diminue le plaisir, il est aussi perçu comme une contrainte qui réduit la "liberté", et donc la "masculinité", puisqu'un garçon se doit d'être libre et indépendant. Autant de facteurs qui font du port du préservatif une préoccupation lointaine, en contradiction avec l'affirmation de la "masculinité", dans un contexte où la sexualité n'est pas si abondante qu'on veut bien le dire » (2002, p. 97), même si, pour certains, acheter des préservatifs permet d'afficher ouvertement une sexualité active.

Les tests de dépistage

Les enquêtes menées en population étudiante montrent que « dans une relation stabilisée, la pratique du test de dépistage et l'abandon de l'utilisation du préservatif s'accompagnent d'un contrat de confiance et de fidélité » (Giami *et al.*, 2004, p. 15). Dans les propos des jeunes que nous avons rencontrés, la réalité est tout autre. La relation stabilisée est difficile à établir, la pratique du test de dépistage est quasiment absente et la question de l'abandon du préservatif ne se pose pas dans la mesure où très peu d'entre eux utilisent des préservatifs. En ce qui concerne leur sérologie, les garçons y accordent très peu d'intérêt et ce d'autant plus que le SIDA est associé aux « *pédés* » et aux « *toxicos* » et que les autres IST sont inconnues. Dans les entretiens, la question du dépistage est essentiellement abordée par les enquêtrices, les jeunes n'y faisant jamais référence. Si certains préfèrent ne pas savoir, tout en reconnaissant qu'ils ont pris des risques (ils disent clairement dans l'entretien préférer rester dans l'ignorance, malgré les interrogations que fait émerger la situation d'enquête), pour les autres, la question n'est tout simplement pas pertinente (même s'ils n'ont presque jamais utilisé de préservatifs). Un seul jeune nous a demandé en fin d'entretien si nous pensions qu'il avait le SIDA, compte tenu des éléments biographiques évoqués :

« Toutes les copines dont tu m'as parlé, comment ça se passe avec les capotes ? »

– Ça, c’est compliqué pour moi. Par exemple, celle avec qui je suis sorti un an et demi, elle a avorté deux fois parce qu’elle supportait pas le préservatif. Et je sais pas pourquoi, me demandez pas. Moi, j’en ai jamais mis quasiment, à part avec des meufs d’un soir. Je sais pas... J’arrive pas à en mettre. Je sais pas... j’aime pas. C’est chelou. Mais c’est vrai ça les trucs des maladies, le SIDA et tout ?

– *Il y a quelqu’un qui t’a déjà parlé de ça, ici ou au collège ?*

– Justement, il faut que je fasse un dépistage, wallah.

– *Ici, vous avez jamais eu de discussion là-dessus ? Une personne à qui tu pourrais en parler ?*

– Moi, il faut juste que je fasse un dépistage et après, tout est clair pour moi. Oh la la, [ton catastrophé] si j’ai le SIDA... (Jessy, 16 ans.)

Sexualité et hygiène

Les dimensions physiologiques, morales et sociales sont alors étroitement liées. Comme le souligne Irène Théry, « être une vraie femme, c’est non seulement avoir un corps désirable et beau, avoir un corps sain, accueillant et prolifique, mais c’est aussi avoir un corps qui soit un bien rare sur le plan sexuel » (Théry, 1999, p. 116). Comme de nombreuses recherches l’ont déjà souligné, les choses ont changé depuis le début de l’épidémie de SIDA. Le SIDA n’est plus associé à une représentation de la mort, ni à la peur de celle-ci. C’était pourtant la motivation pour faire adopter des comportements préventifs. Les représentations ont beaucoup changé, notamment avec l’arrivée des multithérapies et avec le fait que l’on puisse aujourd’hui vieillir avec le VIH/SIDA. Il reste néanmoins la seule infection sexuellement transmissible connue, et dans une certaine mesure redoutée, par tous les jeunes rencontrés. Dans les points qui précèdent, nous avons montré l’importance que revêt le contexte amoureux dans le choix de la protection/contraception et donc d’insérer la question de la sexualité dans une dynamique relationnelle. Il paraît opportun de préciser à présent dans quelles conditions cela peut avoir une incidence sur l’utilisation du préservatif pour les garçons que nous avons rencontrés. Constatant dans une enquête antérieure que tous les rapports sexuels non ou mal protégés ne donnent pas lieu à la prise d’une contraception d’urgence par les jeunes femmes, ce qui nous avait permis de mettre en évidence les critères du rapport potentiellement fécondant (Amsellem-Mainguy, 2007, p. 315), il semblerait qu’il existe chez les garçons rencontrés des critères du rapport potentiellement risqué d’un point de vue sanitaire. Ici, c’est bien que les jeunes opèrent une classification ou, au moins, qu’ils différencient les rapports sexuels selon leur « dangerosité », c’est-à-dire selon un seuil d’exposition à une grossesse non prévue mais surtout à une infection sexuellement transmissible incarnée par le « SIDA ». Les entretiens nous ont permis de constater que les jeunes cherchent à estimer le risque d’IST selon leur investissement et celui de leur partenaire dans la relation, tout en prenant en compte leurs histoires sentimentales, sexuelles, contraceptives passées. On comprend donc que le recours à une protection n’a rien de systématique dès lors que s’instaure, entre autres, un sentiment de sécurité ou de confiance entre deux personnes. Dans son étude sur la confiance, Sharman Levinson (2003) montre que les individus tirent des *leçons* de ce qu’ils ont vécu, à partir desquelles ils reconstruisent *l’avant* pour mieux construire *l’après*, c’est-à-dire le *maintenant*. Nous observons un schéma identique ici. Les récits des jeunes montrent une tendance à la hiérarchisation de l’exposition au risque d’IST et de grossesse (« Une fille qui a les cheveux gras, ça se voit, elle a le SIDA ! » – Jessy, 16 ans).

À travers l’exemple des cheveux gras, on peut comprendre que les critères de Jessy sont relatifs à l’hygiène plutôt qu’à la santé : une fille propre est ainsi une fille qui n’est pas malade (en réalité, il faudrait comprendre que en apparence n’a pas l’air malade), et les garçons tentent, autant qu’ils peuvent, de se tenir à l’écart du risque d’IST en

n'ayant pas de rapports avec des filles dont l'apparence relèverait d'un manque d'hygiène (nous avons par ailleurs souligné au début de ce rapport la question de l'hygiène pour ces jeunes pris en charge avec la PJJ). On comprend ainsi combien l'apparence est importante sur le marché des échanges amoureux. « Si, pour l'épidémiologie, une telle tactique peut sembler irrationnelle parce qu'inefficace, elle est tout à fait logique pour l'individu. En réalité, mais à sa manière, il ne fait qu'utiliser un des principaux "commandements" préventifs : éviter d'avoir des contacts non protégés avec une personne contaminée » (Mendes-Leite, 1995, p. 93). Ils mettent donc en place une forme de sélection selon des indicateurs subjectifs d'exposition éventuelle au VIH, qui peut être valorisée même si les indicateurs sont inefficaces sur le volet sanitaire. Dans le même temps, s'imposer un préservatif, refuser d'avoir un rapport sexuel sans préservatif, lorsque l'on est un garçon, attire l'attention sur le fait d'être un garçon un peu moins sérieux qu'on ne le prétend :

« Laisse tomber, genre si je dis "on nique pas, vu que j'ai pas de capote", la meuf elle va trouver ça chelou, direct elle va se dire que j'ai un truc. Je suis malade, j'ai le SIDA ou je sais pas moi [...] Elle va se dire que je suis crade ! » (Laurent, 17 ans.)

En résumé

Les rapports sexuels sont rarement prévus, anticipés, et exposent les jeunes à devoir faire « avec les moyens du bord », c'est-à-dire (pour les garçons) avec préservatif, ou en pratiquant le retrait avant éjaculation, sinon sans moyen. Si nous partons du postulat que les jeunes pris en charge par la PJJ n'ont pas des comportements spécifiques en matière de protection/contraception, exposition aux IST dont VIH, il importe malgré tout de ne pas faire abstraction des rapports sociaux dans lesquels ils sont inscrits. Cela nous a amenées à nous interroger sur les conséquences éventuelles des stigmatisations et discriminations dont ils font l'objet²⁶ (en tant que jeunes, garçons, issus pour la grande majorité de milieu populaire, en situation de vulnérabilité, ayant l'étiquette de cas sociaux, décrocheurs...) sur les comportements affectifs et sexuels, et tout particulièrement sur les enjeux liés à la protection/contraception.

Si les garçons rencontrés ont des connaissances variables sur les IST, ils savent tous que le préservatif protège du SIDA. Ce n'est pas pour autant qu'ils en utilisent, loin de là. Le lien de corrélation entre information/usages n'est donc pas satisfaisant ici puisque bien d'autres éléments entrent en ligne de compte.

Les jeunes garçons – pourtant non pris en charge pour des raisons liées à des violences sexuelles – sont bien souvent rapidement présentés comme des caricatures d'hommes machistes et dominants, avec des tendances violentes en raison de leur force physique réelle ou supposée. Ils montrent une tendance à l'exacerbation du nombre de partenaires qui est malgré tout à relativiser à la lumière de leur propre récit. Dans un contexte où la sexualité masculine est survalorisée, la question de l'absence de relations sexuelles dans le cadre d'une relation affective reste un impensé pour la plupart des garçons que nous avons rencontrés. Les termes employés par les jeunes interpellent : la virginité est construite comme une problématique spécifiquement féminine, tout comme la contraception.

²⁶ On notera que si nous avons une forte représentation de jeunes garçons dans cette enquête, force est de constater l'effet de territoire sur lequel s'est déroulé le terrain, qui fait que nous n'avons que très peu de jeunes issus de l'immigration ou d'origine étrangère. Si une minorité d'entre eux a fait référence à des parents ou grands-parents qui ne sont pas nés en France ou qui partent au bled pour des vacances, les autres viennent des zones d'habitat social de petites ou moyennes villes de province, ou de milieu rural. La question raciale n'est donc que peu présente dans les récits des jeunes rencontrés.

CONCLUSIONS – LES « JEUNES PJJ » : DES JEUNES COMME LES AUTRES ?

Cette enquête exploratoire doit se lire dans une perspective sociologique de réflexion sur les significations que les personnes donnent à leur expérience et à leurs conduites, ici les jeunes et les éducateurs, sur la manière d'aborder les questions de santé à partir d'interrogations portant sur la sexualité, la protection et la contraception. Nous sommes parties du postulat que les récits des jeunes sont le produit de constructions sociales et que l'expérience même de la sexualité est également socialement construite. Il s'agissait également de contribuer à la réflexion sur la question du rapport entre singularité de l'expérience individuelle et contexte social dans lequel cette expérience se situe.

Si la jeunesse est souvent présentée comme « le meilleur âge de la vie » et comme une période marquée par les expérimentations et les rencontres amoureuses, pour les jeunes de la PJJ rencontrés au cours de cette enquête, il s'agit avant tout d'une prise de conscience d'être mis à l'écart des autres, d'être stigmatisés comme « cas sociaux » et donc de ne pouvoir bénéficier au même titre que les autres jeunes de leur génération de cette phase d'expérimentation et d'insouciance. La relégation sociale, les difficultés économiques et la prise en charge sociale et judiciaire rendent d'autant plus complexes l'identification à une génération et l'appartenance à une société. Ils aspirent comme les autres jeunes à réussir leur vie (argent, travail, famille, logement), mais les conditions de la réussite leur semblent bien souvent difficiles à atteindre par des voies « classiques », tant ils sont éloignés de l'école depuis longtemps et tant leurs difficultés sont grandes pour se mobiliser et pour trouver une formation. Or, en France, le fait d'avoir un emploi est un élément constitutif de la masculinité, avec le spectre toujours présent du « chef de famille » pensé au masculin.

La socialisation à la sexualité et à la contraception se fait ainsi tout au long des événements vécus, par l'intermédiaire de relations interpersonnelles où se transmettent les « règles du jeu social » (normes et valeurs). Les jeunes les assimilent et les intériorisent (plus ou moins bien) et construisent, avec les autres informations qu'ils ont pu recevoir, une représentation (plus ou moins cohérente) de la société dans laquelle ils vivent, et de la place qui leur est assignée dans celle-ci : ce qui leur permet d'ajuster leurs attentes envers les autres (Novaes, 1982, p. 76). La socialisation à la sexualité permet de comprendre en partie l'utilisation non systématique des préservatifs par les garçons et de la contraception par les filles. Il y a, en effet, une dissociation entre le partenaire avec lequel les jeunes femmes pourraient tomber enceintes et le partenaire avec lequel elles pourraient contracter une maladie. En plus de se dérouler dans un cadre où la domination masculine prédomine dans la construction des rapports de genre, la décision d'utiliser un préservatif est également à replacer et à repenser dans le contexte relationnel du rapport sexuel.

Comme le soulignaient Isabelle Clair et Virginie Descoutures, le risque de stigmatisation inhérent à la publicisation de cette enquête doit en accompagner la lecture : il va de soi que tout ce qui est dit des jeunes rencontrés sur le terrain, régulièrement ramené à ce qui a pu être observé ailleurs, ne leur est pas nécessairement spécifique. D'autre part, elles nous rappellent que les recherches sur les rapports sociaux entre filles et garçons, à l'adolescence, en

sont encore à leurs débuts. Et s'il est indispensable de se pencher sur leurs manifestations dans les classes populaires urbaines, il est problématique de ne s'y pencher que là (Clair, Descoutures, 2009, p. 70).

Finalement, les résultats de ce travail mettent à mal plusieurs idées reçues. Tout d'abord l'enjeu de la prévention du SIDA et des IST, même si cela influe sur les pratiques concrètes des jeunes pris en charge par la PJJ, n'apparaît presque jamais comme seul indicateur du choix d'une utilisation ou non d'un préservatif ou d'une contraception. De même, les contraintes d'accès aux méthodes de protection et de contraception, si elles existent réellement pour une partie des jeunes rencontrés, ne sont pas déterminantes à elles seules. Ensuite, tous les jeunes rencontrés ne disent pas ne pas utiliser des préservatifs ou contraception parce qu'ils ignorent les risques encourus, même si une minorité éprouve de réelles inquiétudes sur leur statut sérologique. Enfin, le caractère contradictoire des normes auxquelles sont soumis les jeunes, dans un contexte social et relationnel complexe, favorise le passage à l'acte et donc le rapport sexuel indépendamment des conséquences sanitaires qu'il peut avoir.

Il n'existe donc pas de spécificité de comportements et de représentations des jeunes pris en charge par la PJJ mais bien des parcours marqués par des situations de forte vulnérabilité, précarité, qui ne sont pas sans impact sur les trajectoires de vie et la gestion de sa vie affective et sexuelle. La stigmatisation sociale et relationnelle, notamment en raison du poids des prises en charge PJJ et pour une part d'entre eux ASE, contribue à les enfermer dans des pratiques considérées comme à risque, du fait de la méconnaissance du statut sérologique de la partenaire et de l'absence de test de dépistage IST/VIH.

Comme dans le reste de la société, on retrouve dans cette enquête la permanence de l'intériorisation par les filles et par les garçons (mais également par les professionnel-le-s) du primat du plaisir sexuel masculin qui représente à l'évidence un frein à une pratique de protection/contraception efficace, notamment en ce qui concerne l'utilisation du préservatif, quasiment absent dans tous les récits des jeunes rencontrés. Légitimité de la sexualité, du plaisir, souci de soi s'inscrivent donc dans un contexte marqué par un ordre de genre très prégnant et conditionnant des pratiques fortement inégalitaires. Comme le soulignaient Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, « si les normes sociales régissant les rapports entre les sexes ne sauraient être modifiées par des mesures publiques d'ordre sanitaire, en revanche, toutes les mesures législatives et sociales améliorant la place des femmes dans la société, parce qu'elles contribuent à changer le regard social sur leur statut, peuvent favoriser à terme, tout autant qu'elles les accompagnent, des modifications de normes et des pratiques dans le domaine de la sexualité ». (Bajos, Ferrand, 2002, p. 76)

Enfin, on constate dans cette enquête combien les comportements et représentations des garçons et des filles rencontrés ne peuvent être isolés les uns des autres. À travers l'importance et la fierté de pouvoir avoir une relation avec une « *fille bien* », « *une fille sérieuse* », « *une générale* », on voit que se joue également la possibilité pour les garçons de montrer qu'ils disposent encore de suffisamment d'atouts pour être intéressants, séduisants, autrement dit, pour montrer « qu'ils valent encore quelque chose ». Le fait de ne pas être contraint à n'avoir des relations sexuelles qu'avec des « *filles PJJ* » ou des « *putes* », « *des filles faciles qui se respectent pas* », participe à la revalorisation de soi par la mise en évidence qu'on peut être aimé pour ce que l'on est (Hamel, 2002, p. 91). Néanmoins, plusieurs récits de garçons mettent en avant combien les situations de vulnérabilité, de précarité participent aussi à casser les relations, à « *faire fuir les filles* », en raison notamment de l'impossibilité d'assumer

financièrement des sorties (cinéma, restaurant) ou des cadeaux aux dates importantes (premier mois, anniversaire, Saint-Valentin). L'étiquette « délinquant » joue un double jeu, à la fois en valorisant le côté viril par l'image du « *bad boy* » parfois recherché par les filles, mais dans le même temps en jetant un poids dans la construction d'une relation longue par l'image d'un « *bâtard infidèle* ».

Dans ce contexte, l'enjeu pour l'institution judiciaire, et les professionnels de la PJJ en particulier, consiste à dépasser une prise en charge qui, alors qu'elle intègre de manière relative les questions de santé et de sexualité/contraception plus spécifiquement, s'est révélée au cours de cette enquête particulièrement normative. Le spectre légaliste, le poids des représentations sur la sexualité des jeunes garçons et filles suivis et la répartition genrée des missions des professionnels lorsqu'il s'agit de santé se heurtent à un rapport plutôt distancié des jeunes vis-à-vis des adultes référents qu'ils côtoient et, d'une manière plus générale, de l'institution judiciaire : les jeunes sont désireux d'avoir une sexualité qui ne soit pas, elle aussi, analysée à travers le prisme judiciaire ou tout simplement jugée par des professionnels qu'ils ne tiennent généralement pas informés de ce qui relève de leur intimité. Si l'institution représente une ressource dans certaines situations problématiques ou d'urgence, aux yeux des jeunes suivis et d'une partie des professionnels, son mandat judiciaire semble cependant bien être la première de ses fonctions. **Enfin, on constate que la prise en compte de la santé et de la sexualité dans les accompagnements à la PJJ renvoie aux enjeux mêmes de ce qui fonde la relation socio-éducative et les modes d'accompagnement à la PJJ, dans un contexte institutionnel en évolution depuis plusieurs années.**

BIBLIOGRAPHIE

Amsellem-Mainguy Y., *Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*, thèse de doctorat sous la direction de De Singly F., Université René Descartes, Paris V, 2007.

Amsellem-Mainguy Y., « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches Familiales*, n°3, UNAF, Paris, p. 49-60, 2006.

Apostolidis T., « Pratiques "sexuelles" versus pratiques "amoureuses". Fragments sur la division socioculturelle du comportement sexuel », *Sociétés*, n°39, pp. 39-46, 1993.

Augé M., Herzlich C., *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éd. des Archives contemporaines, Paris, 1984.

Bailleau F., Cartuyvels Y., "La Justice pénale des mineurs en Europe et ses évolutions", *Déviance et Société*, 26 (3), 2002.

Bailleau F., Cartuyvels Y., *La justice pénale des mineurs en Europe. Entre modèle Welfare et inflexions néo-libérales*, L'Harmattan, 2007.

Bailleau F., Cartuyvels Y., de Fraene D. (dir.), « La justice pénale des mineurs en Europe et ses évolutions. La criminalisation des mineurs et le jeu des sanctions », dossier complet, in *Déviance et société*, 3, 2009.

Bailleau F., Milburn P., « La protection judiciaire de la jeunesse à la croisée des chemins. Entre contrôle gestionnaire et pénalisation des mineurs », *Cahiers de la Justice*, Dalloz, 3, pp. 37-50, 2011.

Bajos N., Ludwig D., « Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida », *Sexualité et sida, Recherches en sciences sociales*, ANRS, Paris, pp. 197-218, 1995.

Bajos N., Ferrand M., « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, n°17, pp. 99-105, 2001.

Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, 2008.

Bajos N., Ferrand M., *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Inserm, Paris, 2002.

Beck F., Amsellem-Mainguy Y., « Inégalités de santé entre jeunes » in Labadie F. (dir.), *Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'observatoire de la jeunesse 2012*, La Documentation française, 2012.

Beck F., Richard J.-B. (dir.), « La santé des 15-30 ans. Une lecture du Baromètre santé », *Agora débats/jeunesses*, n° 63, 2013.

Becker H., *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985 (*Outsiders*, Free Press of Glencoe, New York, 1963).

Becker H., *Les ficelles du métier*, La Découverte, Paris, 2002.

Benguigui G., Guilbaud F., Malochet G. (dir.), *Prisons sous tensions*, Éditions Champ social, 2011.

Bourdieu P. (dir.), *La misère du Monde*, Seuil, Paris, 1993.

Bozon M., « Jeunesse & sexualité : expériences, espaces, représentations », *Agora débats/jeunesses*, n° 60, p. 121-134, 2012.

Bozon M., « L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes », *Population*, n°5, p. 1317-1352, 1993.

Bozon M., « Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle », in Bajos N., Bozon M., Giami A., (coord.), *Sexualité et sida, Recherches en sciences sociales*, ANRS, Paris, p. 323-332, 1995.

Bozon M., « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°128, juin, pp. 3-23, 1999.

Bozon M., « Les cadres sociaux de la sexualité », *Sociétés contemporaines*, n° 41-42, p. 5-10, 2001

Bozon M., « Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité », *Sociétés Contemporaines*, n°41-42, pp. 11-40, 2001.

Calvez M., « Les risques du sida et précarité sociale » in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (eds), *Précarisation, risque et santé*, Inserm, Paris, pp. 451-466, 2001.

Cardi C., « La figure de la mauvaise mère, de l'archive judiciaire au récit de vie », *Cahiers de l'ARS*, n° 4, « Genre et identités », pp. 63-80, 2007.

Cardi C., « Familles et professionnels face à l'écrit, l'exemple de l'assistance éducative », *Informations sociales*, n°133, pp. 82-83, 2006.

Cardi C., « Le féminin maternel ou la question du traitement pénal des femmes », *Pouvoirs. Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n°128, "La pénalisation", pp. 75-86, 2009.

Cardi C., « Les mères devant la justice des mineurs : figures disciplinaires, figures à discipliner », in Thao Hoang, France Huart (dir.), *En avoir ou pas? Les féministes et les maternités*, Université des Femmes, coll. « Pensées féministes », p. 109-118, 2014.

Cardia-Vonèche L., Osiek F., Bastard B., « Les manières de faire face au risque du sida. Quelques réflexions pour une conceptualisation sociologique des relations affectives et sexuelles », *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 2, p. 311-327, 1992.

Casanova R., « Faire avec... vers un ancrage pédagogique », *Les Cahiers Dynamiques*, n° 42, p. 30-34, 2008.

Chantraine G. (dir.), Sallée N., Scheer D., Salle G., Franssen A., Cliquennois G. (coll.), *Les prisons pour mineurs. Controverses sociales, pratiques professionnelles, expériences de réclusion*, rapport pour la mission de recherche Droit et Justice, CLERSÉ, Lille, 2011.

Chantraine G., Sallée N., « Éduquer et punir. Travail éducatif, sécurité et discipline en établissement pénitentiaire pour mineurs », *Revue française de sociologie*, vol. 54, p. 437-464, 2013.

Chartrain, « France. Prévention du sida : la cible "jeunes" (années 1980-2000) », in Blanchard V., Révenin R., Yvoret J.-J. (dir.), *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle)*, Autrement, Paris, p. 75-86, 2010.

Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Paré C. et al., *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, Inserm, 1998.

Choquet M., Hassler C., Morin D. et al., *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse. Sept ans après*, Inserm, 2005.

Choquet M., Hassler C., « 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*, n° 44, p. 27-30, 2009.

Clair I., *Les jeunes et l'amour dans les cités*, Armand Colin, Paris, 2008.

Clair I., Descoutures V., *Filles et garçons d'un quartier populaire parisien*, Rapport final, CRESPPA-GTM, CNRS – Ville de Paris, 2009.

Delarue J.-M., « Prison et éducation à la santé », *La santé en action*, n°430, p. 13-16, 2014.

Després, Naiditch M., *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*, La Documentation française, Paris, 2006.

DPJJ, *Bilan social 2013*, PJJ-SDRHRS-RH2, 2013.

DPJJ, *Répertoire des métiers et des compétences*, SDRHRS, mai, 2013.

Drulhe M., « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, ENSP, p. 15-29, 2000.

Durand S., « Contraception et IVG chez les jeunes femmes », in Bajos N., Ferrand M. (dir.), *Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, Paris, p. 249-302, 2002.

Enguerran M. *et al.*, « Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, p. 79-106, 2003.

Fabre C., Fassin E., *Liberté, égalité, sexualités. Actualité politique des questions sexuelles*, Éditions 10/18, 2004.

Fassin D., « Les politiques de la médicalisation », in Aïach P., Delanoë D., *L'ère de la médicalisation*, Economica, Paris, 1998.

Forgeot D., « Toxicomanie et santé des jeunes. Les nouvelles orientations de la PJJ », *Les Cahiers Dynamiques*, n° 56, p. 41-49, 2012.

Fortino S., « Mixité au travail, genre et conditions de travail : la construction sociale d'un processus », *Études et documents Genre et conditions de travail*, ANACT, p. 24-43, 2009.

Gelly M., « Des risques sexuels en apesanteur sociale ? L'éducation sexuelle française en milieu scolaire à la fin du XX^e siècle », mémoire de master 2 sous la direction de Memmi D., EHESS, 2011.

Giami A., Schiltz M.-A., *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes*, INSERM, Paris, 2004.

Godeau E., Navarro F., Arnaud C., *La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, INPES, St Denis.

Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1975.

Guionnet C., Neveu E., *Féminin/Masculin. Sociologie du genre*, Armand Colin, Paris, p. 147, 2004.

Hamel C., Patrick S., « Construction et pratiques de la sexualité des garçons d'origine maghrébine en quartier populaire. », *Mouvements* n° 20, pp. 57-65, 2002.

Hamel C., « La "masculinité" dans le contexte de la "galère" : le cas de garçons français maghrébins face aux risques d'infection par le VIH », in collectif, *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, ANRS, p. 85-98, 2002.

Hamel C., « Faire tourner les meufs. Les viols collectifs : discours des médias et des agresseurs », *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, n°33, p. 85-92, 2003.

Isambert F.-A., « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de Sociologie*, vol. 23, p. 359-381, 1982.

INSEE, *Portrait social 2014*, Paris, 2014

Jamet L., « Les mesures de placement de mineurs "délinquants" : entre logiques institutionnelles et stigmatisation du public », *Société et jeunesse en difficulté*, n°9, en ligne, 2010.

Lagrange H., « Diversité sociale des premiers échanges sexuels », in Lagrange, Lhomond (dir.) *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, La Découverte, Paris, 1997.

Lagrange H., « Précautions : préservatifs et recours au test », in Lagrange, Lhomond (dir.) *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, La Découverte, Paris, 1997.

Lapointe A.-K., Michaud P.-A., « Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ? », *Revue médicale de la Suisse romande*, n°122, vol. 12, p. 585-588, 2002.

Lechien M.-H., « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°136-137, mars, 2001.

- Le Gall D., « Pré-constructions sociales et constructions scientifiques de la sexualité. Les questionnaires des enquêtes quantitatives », *Sociétés contemporaines*, n°41-42, p. 65-82, 2001.
- Le Grand É., Muniglia V., Loncle P., « Rapport d'évaluation de la Maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique », EHEPS, 2013.
- Le Van C., « La grossesse à l'adolescence : une singularité plurielle », in Juan Salvador et Le Gall D. (dir.), *Conditions et genres de vie. Chroniques d'une autre France*, L'Harmattan, Paris, p. 395-406, 2002.
- Levinson S., « Risques affectifs et risques pour la santé : histoires de confiance chez les jeunes », in Paicheler G., Loyola M.-A. (dir.), *Sexualité, normes et contrôle social*, L'Harmattan, Paris, p. 133-156, 2003.
- Loriol M., « Être jeune est-il dangereux pour la santé ? », in Pugeault-Cicchelli C., Cicchelli V., Ragi T. (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, PUF, pp. 99-112, 2004.
- Mauger G., *La sociologie de la délinquance juvénile*, La Découverte, Paris, 2009.
- Memmi D., « "Biologisation" et mise en silence du social. Les campagnes françaises de prévention (1970-2004) », *Vingtième siècle, Revue d'histoire*, 2011.
- Mendes-Leite R., « Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida » *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, n°18, p. 93-103, 1995.
- Mendes-Leite R., « Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique », *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, ANRS, Paris, p. 65-76, 1996.
- Mercadier C., « Hôpital silence ! Le travail émotionnel des soignants », in Fernandez F., Lezé S., Marche H., *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Anthropos, p. 239-262, 2004.
- Messerschmidt J.W., « Making bodies matter: adolescent masculinities, the body and varieties of violence » in *Theoretical Criminology*, vol.3, n°2, p. 197-220, 1999.
- Mohammed M., *La formation des bandes. Entre la famille, l'école et la rue*, PUF, Paris, 2011.
- Mucchielli L., *Violences et insécurité. Fantômes et réalités dans le débat français*, La Découverte, 2^e éd., Paris, 2002.
- Mucchielli L., « L'évolution de la délinquance des mineurs. Données statistiques et interprétation générale », *Agora débats/jeunesses*, n°56, p. 87-101, 2010.
- Mucchielli L. (dir.), *La délinquance des jeunes*, La Documentation française, Paris, 2015.
- Mucchielli L., Le Goaziou V., *La violence des jeunes en question*, Champ social, 2009.
- Ottesen S., Narring F., Renteria S.-C., Michaud P.-A., « Comment améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescents ? », *Journal de gynécologie obstétrique de biologie de la reproduction*, vol. 31, p. 144-151, 2002.
- Peretti-Watel P. « Peur, danger, menace... Le poids des représentations », *Sciences Humaines*, n°124, p. 34-39, 2002.
- Peretti-Watel P. (dir.), *Problèmes politiques et sociaux. Les comportements à risque*, La Documentation française, Paris, n° 919, 2005.
- Peretti-Watel P., « Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, p. 73-85, 2010.
- Pruvost G., *Profession : policier. Sexe : féminin*, Éditions La Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 2007.
- Quivy R., Van Campenhoudt L., *Manuel de recherches en sciences sociales*, Dunod, 1995.
- Robin P., « Comment les adolescents appréhendent-ils l'évaluation de leur situation familiale en protection de l'enfance ? », *Informations sociales*, n° 160, p. 134-140, 2010.

- Robin P., Séverac N., « Parcours de vie et récits biographiques des enfants de la protection de l'enfance : des récits performatifs? », *Recherches familiales*, n° 10, 2013.
- Rossier C., « Les comportements et attitudes en matière d'interruptions de grossesse », in Le Goff J.-M., Sauvain-Dugerdil C. et al., « *Maternité et parcours de vie* », *Population, famille et société*, vol.4, Peter Lang, Berne, p. 179-235, 2005.
- Sallée N., « Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse à l'épreuve de l'évolution du traitement pénal des jeunes délinquants », *Champ pénal*, vol. VII, en ligne, 2010.
- Sallée N., *Des éducateurs placés sous main de justice : les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse entre droit pénal et savoirs sur l'homme*, Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Vatin F., Université Paris 10, soutenue le 29 octobre 2012.
- Sallée N., « Les mineurs délinquants sous éducation contrainte. Responsabilisation, discipline et retour de l'utopie républicaine dans la justice française des mineurs », *Déviante et société*, vol. 38, p. 77-101, 2014.
- Sallée N., « Que faire de l'autorité ? Des éducateurs en centre éducatif fermé », *Agora débats/jeunesses*, 64, p. 105-119, 2013.
- Singly F. (de), *Les adonassants*, Armand Colin, Paris, 2006.
- Singly F. (de), *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes*, Armand Colin, 2012.
- Simmel G., *Sociologie. Étude sur les formes de la socialisation*, PUF, Paris, 1999.
- Solini L., Neyrand G., Basson J.-C., « Le surcodage sexué en établissement pénitentiaire pour mineurs. Une socialisation en train de se faire », *Déviante et Société*, vol. 35, p. 195-215, 2011.
- Solini L., Basson J.-C., « L'expression du surcodage sexué au cours de l'activité musculation en établissement pénitentiaire pour mineurs », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 59, p. 97-106, 2012.
- Solini L., Basson J.-C., « *Intra muros*. La mise en scène de la vie carcérale en établissement pénitentiaire pour mineurs », *Champ pénal/Penal field*, vol. XI, en ligne, 2014.
- Théry I., « "Une femme comme les autres" séropositivité, sexualité et féminité », in Lert F., Souteyrand Y. (dir), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, ANRS, Paris, p. 113-136, 1999.
- Virat M., *Dimension affective de la relation enseignant-élève : effet sur l'adaptation psychosociale des adolescents (motivations, empathie, adaptation scolaire et violence) et rôle déterminant de l'amour compassionnel des enseignants*, thèse de doctorat en sciences de l'éducation sous la direction de Favre D., Université Paul-Valéry, Montpellier 3, soutenue le 11 décembre 2014.
- Vuattoux A., « "Ici, tout le monde est un peu éducateur !" Travail éducatif et pratiques de soin en centre éducatif fermé », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 3 n° 52, p. 54-60, 2011.
- Vuattoux A., « Adolescents, adolescentes face à la justice pénale », *Genèses*, n° 97, p. 47-66, 2014.
- Youf D., « Éduquer au pénal » in *Les cahiers dynamiques*, n° 45, p. 16-22, 2009.
- Zabin L., « Evaluation of pregnancy prevention program for urban teenagers », *Family planning perspectives*, n°119, p. 122-124, 1986.

ANNEXES

Annexe 1 – Liste des acronymes

ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ASE	Aide sociale à l'enfance
CER	Centre éducatif renforcé
CEF	Centre éducatif fermé
CMU	Couverture maladie universelle
CT	Conseiller technique
DIPC	Document individuel de prise en charge
DIR	Direction interrégionale
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DT	Direction territoriale
EPM	Établissement pénitentiaire pour mineurs
IST	Infection sexuellement transmissible
INJEP	Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRSA	Institut régional pour la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MDA	Maison des adolescents
MLDS	Mission de lutte contre le décrochage scolaire
MST	Maladie sexuellement transmissible
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
QM	Quartier pour mineurs
RIS	Recueil information santé
RUE	Responsable d'unité éducative
UEAJ	Unité éducative d'activité de jour
UEMO	Unité éducative de milieu ouvert
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexe 2 – Tableau récapitulatif des jeunes interviewés

Les données ont été recueillies lors des entretiens avec les jeunes. Les informations n'ont ensuite pas été vérifiées (environnement familial et parcours institutionnel antérieur notamment) et reposent donc uniquement sur du déclaratif. La durée accordée pour les entretiens n'a parfois permis d'aborder l'ensemble des thématiques ici répertoriées.

PSEUDO	Âge	Sexe	Professions des parents	Fratrie	Lieu habitation	Niveau scolaire	Ancienneté PJJ/ ASE	Âge au 1 ^{er} baiser	Âge au 1 ^{er} rapport sexuel	Nombre de partenaires	Usage de la contraception / protection	IVG	Test de dépistage	Représentations	Connaissance des structures de prévention, de soin, etc.	Adulte de référence	PJJ comme lieu ressource sur contraception & protection
ABDEL	17	M	Mère : sans emploi Père : réparateur des bateaux (le voit rarement)	2 frères et 1 sœur (vivant au Maroc)	EPM	4 ^e - 3 ^e	-	-	14 ans	une dizaine	Usage du préservatif systématique lors d'une relation sexuelle, hors fellation - conscient des risques de transmission de MST / seules deux relations sans	Aucune IVG <i>a priori</i> chez ses partenaires. L'avortement est interdit par sa religion, ne pourrait pas le demander à l'une de ses partenaires	-	Limites sociales et interdits à la vie sexuelle et affective (ne pas montrer ses sentiments pour un garçon, risque d'être un « canard »). Vision traditionnelle du mariage musulman.	-	-	-
ABOUBACAR	16	M	Mère : sans emploi Père : -	4 frères	EPM puis famille d'accueil à sa sortie	3 ^e	EPM depuis un mois Aller-retour EPM/CEF depuis un an	Fin de primaire	13 ans, avec une fille de 16 ans	Multipl. histoires courtes (terminées par ses placements à la PJJ) En couple depuis 6 mois.	Usage du préservatif. Ne connaît pas le terme contraception. Sa copine ne prend pas la pilule	1 de ses ex petites-amies s'est fait avorter. L'a appris en CEF, n'était plus en contact avec elle	Dépistage effectué à l'EPM : résultat négatif	-	Aucune	Personne ne parle de ces sujets-là avec les adultes. A un médecin traitant qu'il voyait dehors quand besoin de médicaments	A assisté à un atelier sur la contraception et la sexualité à l'EPM. N'a pas écouté ; c'était le moyen de sortir de sa cellule. N'en parle pas avec les professionnels
CEDRIC	17	M	Mère : sans emploi Père : ouvrier	-	Foyer	Collège	Foyer depuis septembre	Aucun	N'a jamais eu de relation sexuelle	-	-	Non	Non	La sexualité ne l'intéresse pas	Aucune	-	-
CIPRIAN	17	M	Mère : sans emploi Père : -	1 frère 3 sœurs	EPM / camp de rom	Début de collège	Aller-retour EPM/CEF/CE R	10 ans	14 ans	3 ou 4 2 copines ont beaucoup compté pour lui	Pas de préservatif.	-	<i>A priori</i> non	Sa copine vient le voir au parloir, c'est moins dur lorsque c'est sa mère. Sa copine habite chez ses parents à lui (son choix à lui)	Médecin du monde et la Croix Rouge	Éducateur de jour	Non, ne se sent pas concerné
DOUCE	13	F	Mère : sans emploi Père : absent mais en arrêt maladie longue durée	5 frères et sœurs, mère enceinte actuellement 1 frère suivi PJJ (CEF, en fugue), 2 sœurs placées ASE	En foyer/chez sa mère	4 ^e	En foyer depuis l'âge de 2 ans ASE	11 ans	Pas de rapport	Environ 10 mais jamais amoureuse	Elle connaît la pilule A déjà fait des bombes à eau avec des préservatifs	Sa mère a avorté, elle dit qu'elle aurait dû avoir un frère ou une sœur en +	Non	La sexualité, c'est sale, ce sont les filles faciles qui disent oui. Mais envisage d'avoir « des gosses » et arrêtera de fumer pendant ses grossesses.	Aucune	Pas sa mère. Elle dit ne pas pouvoir compter dessus	Elle se débrouillerait avec ses copines
DRAGOMIR	17	M	Mère : au foyer Père : à la recherche d'un emploi	2 frères, 5 sœurs	Chez ses parents / camp de Roms	Scolarité en Roumanie puis lycée professionnel en France	-	-	13-14 ans	Multipl. « aventures »	Utilisation variable du préservatif N'en utilise plus avec sa copine actuelle (depuis un an). Aucune contraception pour elle (« elle a envie d'avoir un bébé »)	Aucune IVG <i>a priori</i> chez ses partenaires. Est contre l'avortement.	Dépistage à l'hôpital : résultat négatif	Fort contrôle social de la famille sur les relations affectives. Les filles ne doivent pas être démonstratives sur leurs envies. Virginité jusqu'au mariage.	Planning familial, médecins généralistes. Bénéficie de l'aide médicale de l'État (AME)	Parle de l'aspect sentimental de sa relation avec sa mère.	Échanges avec son éducateur uniquement sur son parcours professionnel et non son intimité.
DYLAN	19	M	Mère : aide à domicile Père : boucher	2 frères aînés (non mariés, 1 est en prison) et 2 sœurs (mariées avec enfant)	En studio de la PJJ	CAP	CER, suivi depuis 3 ans UEHD depuis 1 an	10 ans	14 ans, dans une cage d'escalier	Entre 5 et 10, dont des soirées à plusieurs	Quelquefois préservatifs, pas trop informé si les filles prenaient la pilule, « c'est leur truc ». Avec sa copine actuelle, pas de protection depuis le 1 ^{er} rapport : pas besoin, elle était « vierge »	Aucune IVG <i>a priori</i> chez ses partenaires ou n'est pas au courant.	Dépistage effectué en CER : bilan IRSA négatif	Il y a les « crasseuses » et les autres. C'est rare de trouver des filles vierges aujourd'hui ! Une fille qui vient en soirée sait à quoi s'attendre... elle consent forcément.	Ne voit pas trop où il pourrait avoir besoin d'aller... n'a pas de problème.	A un médecin traitant mais ne le voit pas trop, juste pour autorisation sportive.	Peut tout dire à son éducateur qui le connaît depuis longtemps et qui est la seule personne à laquelle il peut se confier (avec son frère qui est en prison). C'est plus facile parce que c'est un homme.

JESSY	16	M	Mère : sans emploi (chauffeur poids lourds) Père : dans la métallurgie Parents séparés	2 frères et 1 sœur plus âgés, qui ne vivent plus au domicile de la mère 1 frère de 12 ans	Chez sa mère	Collège	CER pendant 3 mois et demi Arrivé depuis 1 semaine à l'UEAJ	11 ans avec une fille de son âge	13 ans, sa partenaire avait 15 ans	Une quinzaine de partenaires sexuelles.	Utilise des préservatifs si les filles demandent. N'aime pas en utiliser, ça modifie ce qu'on ressent.	1 relation qui a duré 1 an ½ : sa copine a avorté 2 fois. C'est « son problème... Au moins je sais que je suis pas stérile » 1 fille dit qu'il est le père de son enfant, il ne veut pas le savoir.	1 dépistage effectué au CER sur proposition : résultat négatif. (mise à jour des vaccins au cours de ses 6 mois en CER) Craint d'en faire un nouveau suite à l'entretien.	Les risques liés à la sexualité se résument au SIDA. La contraception est une affaire de femmes. Aucune protection lorsqu'il n'y a pas pénétration vaginale.	S'est rendu 1 fois au planning familial pour chercher des préservatifs avec sa copine. Ne connaît pas les CDAG. Trouve que « c'est la honte d'acheter des préservatifs » à la pharmacie/supercor.	Bonne relation avec la psychologue du CER mais ne la voit plus. Trouve qu'on peut mieux parler aux filles qu'aux garçons. A un médecin traitant qu'il ne va jamais voir	Non « c'est ma vie privée, ça les regarde pas », d'autant qu'il n'a aucun problème ! S'il y a avait des préservatifs à l'UEAJ, il pourrait en prendre, ça ne le gênerait pas.
LAURENT	17	M	Mère : sans emploi (barmaid) Père : refus d'en parler	-	Chez sa mère	5 ^e	Depuis 1 semaine à l'UEAJ	11 ans	-	-	Utilisation 4 ou 5 fois	Ne sait pas, mais d priori aucune IVG chez ses partenaires.	Aucun	Ne voit pas l'intérêt d'avoir une copine en ce moment, ça prend trop de temps et ça empêche de faire ce qu'on veut. A dû sortir avec une fille pour prouver à ses potes qu'il n'était pas homosexuel.	Sait où on peut avorter (maternité)	Ne voit pas l'intérêt de parler de lui à d'autres personnes. Si besoin, urgences. A un médecin traitant mais ne le voit pas trop, juste pour autorisation sportive.	Non, ne voit pas comment il pourrait parler de ça avec les profs et éducateurs de la PJJ.
MATEO	17½	M	Mère : ne travaille pas Père : -	6 sœurs	EPM / chez sa mère	3 ^e	EPM depuis quelques mois. Est déjà venu 3 fois à l'EPM	11 ans	13 ans	-	Préservatif parfois. N'est pas au courant des moyens de contraception de ses partenaires.	Aucune IVG a priori chez ses partenaires.	Dépistage effectué à l'EPM : résultat négatif	Nécessité de se cacher pour avoir des relations.	Aucune	Ne souhaite pas parler de son intimité avec sa mère ni ses sœurs.	Non, ne parle pas de ses relations amoureuses/sexuelles ni de sa santé avec son éducateur.
MATHIEU	15	M	Mère : sans emploi (chauffeur poids lourd) Père : en prison Parents séparés	1 sœur	EPM	3 ^e	EPM/CEF	11 ans	13 ans	Une dizaine. 2 qui ont compté (dont sa voisine)	Préservatif mais pas systématique. Une de ses partenaires prenait la pilule.	Aucune IVG a priori chez ses partenaires.	Dépistage effectué à l'EPM : résultat négatif	Deux catégories de filles : les « salopes » (relations sexuelles ponctuelles et mauvaise réputation) vs. les « filles bien » (relations inscrites dans la durée, avec des sentiments). Selon lui, maladies visibles par des signes extérieurs.	-	Sa mère a un rôle pour la contraception : lui conseille de se protéger.	-
MEHDI	17	M	Mère : assistante de direction dans un collège Père : sans emploi (séparés)	4 frères (1 en prison), 1 sœur	EPM / chez ses parents	3 ^e	EPM depuis 10 mois. Avant en foyer, puis CER pendant 3 mois, puis EPM 4 mois.	Début de collège	13 ans	5 filles avec lesquelles il est sorti + multiples aventures d'un soir. En couple depuis 2 ans.	N'utilise pas de préservatif parce qu'il a craqué les rares fois où il en a utilisé. Sa petite-amie prend la pilule	Sa copine actuelle a avorté, lui en a parlé après : « j'étais content, pas envie de me retrouver avec un gosse à cet âge-là ».	Dépistage effectué à l'EPM : résultat négatif. « je suis pas bizarre moi ».	Différence entre les filles avec lesquelles il est sorti (pas de relations sexuelles avec elles) et les autres (des « salopes » avec lesquelles il a eu des relations).	Ça ne l'intéresse pas.	N'en parle pas avec ses parents ou ses frères, mais avec ses amis seulement. Croit avoir un médecin traitant à l'extérieur mais ne le voit pas.	A assisté à un atelier sur la contraception et la sexualité à l'EPM. Les éducateurs de l'EPM n'ont pas besoin de savoir ce qui se passe dans sa vie intime. Ce n'est pas leur problème. Parle uniquement de son projet d'insertion avec son éducateur à l'extérieur.
MELINA	16	F	Mère : sans emploi Père : -	Demi-frère (qu'elle ne voit pas) et une demi-sœur	Chez sa mère	3 ^e	UEAJ depuis un an	12 ans avec un garçon de son âge	N'a jamais eu de rapport. À 15 ans, « juste des préliminaires », avec un garçon de 16 ans.	-	Ne prend pas de contraception. Prendra la pilule au moment où elle « sera prête » pour son 1 ^{er} rapport.	Une amie de sa sœur est allée au planning pour IVG	-	Les filles de son âge ne doivent pas avoir plusieurs partenaires sinon « elles ne se respectent pas ». Les garçons en revanche peuvent et en parlent entre eux, « ça la fait marrer ». Les relations amoureuses évoluent avec l'âge ; c'est mieux aujourd'hui qu'avant, quand ils étaient « petits ».	Connait le planning familial. Une amie de sa sœur y est allée.	N'en parle pas avec sa mère, uniquement sa meilleure amie.	En a déjà parlé avec le prof de sport de l'UEAJ.
MOHAMED	17	M	Mère : au Maroc Père : en Algérie	2 frères, 2 sœurs Aucune nouvelle	EPM / dans la rue / chez sa copine	Début de collège	EPM depuis quelques semaines	-	14	4 ou 5	Pas de préservatif	-	Visite médicale à l'EPM (ne sait pas si test ou non)	Complicé de draguer quand on est sans papier. Il a malgré tout rencontré plusieurs filles. Les Espagnoles sont plus « faciles » que les Françaises.	Aucune	Aucun, n'en parle pas. Avait un peu confiance en la mère de sa copine avant d'être incarcéré.	Non. Attend sa sortie de détention.

PSEUDO	Âge	Sexe	Professions des parents	Fratrie	Lieu habitation	Niveau scolaire	Ancienneté PJJ/ ASE	Âge au 1 ^{er} baiser	Âge au 1 ^{er} rapport sexuel	Nombre de partenaires	Usage de la contraception / protection	IVG	Test de dépistage	Représentations	Connaissance des structures de prévention, de soin, etc.	Adulte de référence	PJJ comme lieu ressource sur contraception & protection
MORGAN	17	M	Mère : sans emploi Père : sans emploi	2 petites sœurs	Chez son père	CAP		École primaire. Sinon 12-13 ans, avec une fille de son âge.	N'a jamais eu de rapport.	-	Connait : pilule, pilule du lendemain, implant, préservatifs M/F, stérilet	-	-	Un adolescent ne doit pas rester seul, doit sortir avec une fille. A trouvé une de ses petites amies en passant par sa petite sœur.	Connait le planning familial.	N'en parle pas avec des adultes.	Non
PIERRE	17	M	Mère : chauffeur poids lourds Père : -	1 frère	Foyer	Collège	Foyer depuis juillet	10 ans	13 ans	une dizaine	Connait : pilule, préservatif	Aucune <i>a priori</i>	Non	Les filles se débrouillent, « chacun son truc ». Ne se voit pas en couple, veut s'amuser, en profiter.	Aucune	Raconte ses exploits mais pas à l'UEHC, plutôt à son oncle ou un cousin plus âgé.	Non
PIERRE-YVES	15	M	Mère : sans emploi (malade) Père : « travaille dans les pommes »	6 frères et 3 sœurs	Chez ses parents	CM1	EPM depuis 3 mois	12 ans	14 ans	une dizaine dont 6 plutôt longues et 2 qui ont vraiment compté	Usage du préservatif lors des premiers rapports sexuels, puis abandon sans dépistage Peu concerné par la question de la contraception, ne sait pas comment fonctionne la pilule.	Aucune IVG <i>a priori</i> chez ses partenaires.	Dépistage effectué à l'EPM, résultat négatif.	Infidélité est quelque chose de normal et de banalisé. Multiplication des relations par l'entourage familial et amical. La contraception, « c'est un truc de fille ».	Connait le planning familial mais en a une mauvaise image. Y est allé avec une de ses petites amies pour un test de grossesse. Ne consulte pas son médecin traitant.	Les éducateurs ne sont là que pour la peine pénale. Il connaît le service médical de l'EPM mais n'y va pas (même lorsqu'il s'est fait casser le nez). Infirmière EPM consultée pour sevrage tabagique.	Pas d'intervention en EPM sur les questions de sexualité et de contraception.
RYAN	17	M	Mère : sans emploi Père : en emploi (non précisé)	aucun	Chez sa petite amie (avec la mère de celle-ci) et chez sa grand-mère (est parti de chez sa mère pour sa formation)	3 ^e	Depuis 1 an UEAJ depuis 1 semaine	À l'école primaire Sinon 13 ans	13 ans, sa partenaire 13 ans également	« + d'une 100aine au moins » Est en couple depuis 8 mois avec une fille de 17 ans.	En général, n'utilise pas de préservatif (aucun pour le 1 ^{er} rapport). Les maladies, « ça se soigne ». C'est plus naturel sans préservatif. Usage du préservatif quelques fois si la fille lui demande.	Oui pour un de ses ex-petites amies	Non, ne sait pas vraiment ce que c'est et n'en voit pas l'utilité.	Pour les filles, l'important, ce sont les sentiments. Pour les garçons, c'est pour « se caser et coucher ». Les filles ne doivent pas avoir des relations d'un soir et risquent de tromper leur copain si elles sortent sans lui (alcool, etc.).	Connait le planning familial (un de ses potes y est allé avec sa petite-amie). Ne connaît pas le centre de dépistage.	A été très proche de sa mère avant. Elle l'a surpris lors de sa 1 ^{ère} fois, en ont parlé à ce moment-là mais plus jamais ensuite. N'en a jamais parlé avec son père.	Non. Parle seulement de son projet d'insertion avec eux.
SAFA	17	F	Mère : sans emploi Père : décédé	3 frères (dont 1 actuellement en prison) et une sœur	En appartement individuel PJJ/UEHD Va voir sa mère parfois le week-end	3 ^e	-	10/11 ans	15 ans	2	Préservatif au début puis abandon. Pilule à heure fixe.	Non	Oui, 2 fois. Résultat négatif.	Il faut gagner la confiance de son partenaire. Un garçon a besoin de séduire, c'est normal. Une fille doit se contenir. Elle ne sort plus, ne boit plus d'alcool depuis qu'elle est en couple. Espère qu'ils auront un jour un enfant ensemble.	Planning familial	Sa mère malgré leur relation difficile. Lui a parlé quand elle a eu besoin de la pilule. Médecin traitant la suit depuis l'enfance, elle lui a demandé la pilule. A consulté un gynécologue une fois, sur les conseils de sa mère. Le fait d'être nue l'a beaucoup gênée, elle n'y est jamais retournée.	Non. Les éducateurs ne savent rien de sa vie amoureuse/sexuelle/affective.
STEEVEN	17	M	Mère : -	Aucun	En famille	3 ^e	CEF 6 mois, placé depuis	La maternelle	13 ans, sa partenaire	Entre 10 et 20	Usage systématique du préservatif, sauf pour les	Non. Mais une de ses ex-petites amies lui a	Au CEF et 1 avant	Il y a les filles en jogging et les filles qui	Urgences hôpital,	A un nouveau médecin traitant qu'il a vu 1 fois	À la psychologue de la MDA, peut lui dire des choses, mais pas sur la

			Père: refus d'en parler (habite à Dijon)		d'accueil		l'âge de 3 ans en foyer puis famille accueil UEHD depuis 6 mois	, sinon 8-9 ans	avait 15 ans		fellations. Il a craqué 1 fois. Sa copine actuelle n'a jamais eu de rapport. Il souhaite la faire attendre. Il est amoureux.	fait croire à une grossesse, finalement elle a fait une fausse-couche et enfant pas de lui.	résultat négatif. Content de le savoir.	sont bonnes à l'école	MDA (suivi psy avec traitement). La famille d'accueil peut l'aider si besoin	pour faire une sortie vélo.	sexualité.
TEODOR	16	M	Mère: au foyer Père: ouvrier	2 frères, 3 sœurs	Chez ses parents / camp de Roms	Collège	-	11	12	5 ou 6 Marié traditionnellement	Sa copine avait un implant sur demande de sa mère (à lui), elle l'a retiré (il faut qu'elle ait un enfant)	Non	-	-	-	-	-
TILDA	14	F	Mère: sans emploi Père: travaille	Aucun	Chez sa mère	3 ^e	UEMO depuis 2 mois	11 ans	Pas de rapport	Environ 10, mais jamais amoureuse	Elle connaît la pilule, les préservatifs (H/F) en a déjà vus.	Non	Non	Avoir un mec, c'est nul. Rester avec ses copines pour fumer et boire c'est mieux.	-	Sa mère peut être mais elle la considère comme larguée!	Imagine qu'elle pourrait, mais seulement à son éducateur... Pas besoin pour le moment.
TRISTAN	17	M	Mère: 51 ans, sans emploi Père: -	4 frères et 1 sœur	En foyer Chez sa mère le week-end	CAP	Depuis 4 mois UEAJ depuis 1 semaine	8-9 ans (CE2)	12 ans, sa partenaire avait également 12 ans (relation qui a duré 1 an et demi)	Entre 5 et 10 Relations courtes, une seule relation longue	Usage du préservatif (1 ^{er} rapport = protégé).	Non	Non	Les sentiments sont importants dans la relation (cf. sa seule relation longue), mais pas un élément nécessaire à la relation sexuelle. Concernant la pilule masculine, ne la prendrait pas, c'est une affaire de fille.	Connaît par contre un laboratoire médical vers lequel il irait si besoin de dépistage. Centre d'addictologie + MDA (obligation de soins)	A un médecin traitant. N'en parle pas avec sa mère.	Non, c'est trop intime. Il garde pour lui ou en parle avec quelques amis.

Annexe 3 – Note DPJJ sur la diffusion de l’outil « recueil d’information santé »



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

SOUS DIRECTION
DES MISSIONS DE PROTECTION JUDICIAIRE ET
D'ÉDUCATION

BUREAU DES METHODES ET DE L'ACTION
ÉDUCATIVE (K2)

Dossier suivi par :
Laurent Goislard
Téléphone : 01 44 77 68 85
Mel : Laurent.Goislard@justice.gouv.fr
Jocelyne Grousset
Téléphone : 01 44 77 73 74
Télécopie : 01 44 77 67 34
Mel: Jocelyne.Grousset@justice.gouv.fr
réf.: GT Santé phase 3
Chef de bureau :

D : n° 417

Paris, le 14 décembre 2006

Note à l'attention de

**Madame et Messieurs les directeurs régionaux
de la protection judiciaire de la jeunesse**

**Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux
de la protection judiciaire de la jeunesse**

**Monsieur le Directeur général du Centre national de
formation et d'études de la protection judiciaire de la
jeunesse**

Objet : Guide technique en santé – phase 3 – diffusion de l’outil « recueil d’information santé »

La présente note vient compléter les précédentes n° 163 du 15 mai 2006 et n°2000600077597 du 19 juillet 2006 relatives aux phases 1 et 2 du guide technique en santé. L'ensemble fait partie intégrante de l'accompagnement de la politique de santé défini dans ma note n°563 du 29 novembre 2005.

La finalisation de la phase 3 par l'outil « recueil d'information » vient achever un premier cycle de travail sur le guide technique en santé. L'ensemble des outils élaborés sur 3 phases, par le groupe de travail national pluridisciplinaire, se compose maintenant des neuf éléments suivants :

- n°1 : Répertoire des prestataires et partenaires en santé,
- n°2 : Espace santé des services et composition d'une pharmacie,
- n°3 : Distribution des médicaments : place et rôle des personnels,
- n°4 : Conduite à tenir en cas d'urgence,
- n°5 : Projet d'accueil individualisé (P.A.I.) : dispositions relatives à la prise en charge des jeunes ayant des besoins de santé spécifiques,
- n°6 : Protection sociale des mineurs et jeunes majeurs pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse,
- n°7 : Autorité parentale et la santé des mineurs,
- n°8 : Modalités d'hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux,
- n°9 : Recueil d'information santé.

DPJJ
13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 71 13
Télécopie : 01 44 77 67 34

L'outil « recueil d'information santé » a été élaboré tout d'abord à partir des expériences déjà conduites en la matière comprenant notamment celles du dossier « Point Accueil Santé » de la région Ile de France et du « dossier santé » de la région Rhône Alpes Auvergne. Ensuite, il a fait l'objet d'une expérimentation sur les dispositifs de placement, milieu ouvert et insertion sur les territoires d'affectation des membres du groupe de travail.

Il vise à permettre le recueil d'informations sur la santé du jeune par le service éducatif en charge de la mesure éducative. Le passage d'un jeune dans les dispositifs de protection Judiciaire de la jeunesse offre l'opportunité d'explorer sa santé et d'examiner ses besoins en la matière. Outre l'identité du jeune, il comporte les renseignements concernant la couverture sociale, le médecin traitant, les besoins de santé spécifiques, les bilans de santé et autres démarches à engager. Il s'agit d'un support méthodologique permettant dès l'accueil, d'aborder les besoins du jeune, de recueillir ceux exprimés par sa famille et d'inscrire ceux repérés par les professionnels. Cette démarche vise à systématiser les questions de la santé dans la démarche d'accueil, pour intégrer des objectifs d'intervention personnalisée en santé dans la prise en charge éducative.

Le déroulé des champs d'information à compléter permet une approche progressive mobilisant le cas échéant des investigations complémentaires à effectuer à partir des renvois vers les fiches du guide technique santé. Il s'agit également de mesurer à cette occasion les conditions relationnelles du jeune avec sa famille pouvant interférer toute démarche en santé au bénéfice du jeune tant en ce qui concerne l'accès au droit que l'autonomie nécessaire à la mise en œuvre de soins.

Le « recueil d'information santé » se compose de :

- 4 feuillets à imprimer en format A3 pouvant constituer une chemise de rangement des documents de santé du jeune,
- le formulaire soins d'urgence,
- une fiche de suivi éducatif en santé.

A l'issue du recueil d'informations, le récapitulatif des démarches à engager et la définition d'objectifs santé pouvant être introduits dans le DIPC faciliteront le dialogue avec le jeune et sa famille sur cette thématique.

Le « recueil d'information santé » est partie intégrante du dossier du jeune ; il est consultable par les personnels intervenants dans la prise en charge éducative.

Les éléments concernant les démarches à engager, les objectifs et le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) suivront le jeune et seront à transmettre aux services amenés à prendre le relais pour assurer la continuité de la prise en charge. Toute transmission du document nécessite l'accord de la famille et du jeune.

Le « recueil d'information santé » est destiné à l'ensemble des protagonistes intervenant dans l'action éducative et concerne en priorité les personnels éducatifs. Ses modalités d'application concernent l'ensemble des dispositifs de la protection judiciaire de la jeunesse, justifiant ainsi son intégration effective dans la dynamique de chaque projet de service. A cet effet il incombe aux directeurs de service de veiller à l'appropriation de cet outil par les professionnels dans les procédures d'accueil et de suivi des prises en charge éducative.

Le « recueil d'information santé » est un outil d'intervention à utiliser de manière systématique au sein des mesures éducatives ; il constitue une porte d'entrée essentielle au développement de pratiques professionnelles de qualité.

Afin de faciliter l'appropriation de ces procédures par vos services, je vous indique que la totalité des fiches de ce guide technique sont accessibles sur le site intranet justice de la DPJJ dans la rubrique santé du dossier méthodes de l'action éducative.

Je vous rappelle les dispositions relatives à la mise en œuvre des procédures qui s'appliquent aux trois phases du guide technique santé :

- Le directeur du CNFE veillera à intégrer ces éléments dans l'ensemble des dispositifs de formation afin de garantir la dimension transversale du champ de la santé dans les pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne la direction des services,
- Les directeurs régionaux ont à charge d'intégrer ces pratiques en santé dans le cadre de l'animation de la politique régionale de santé et l'harmonisation interdépartementale ainsi que dans l'élaboration des plans locaux de formation,
- Les directeurs départementaux ont à charge de conduire la mise en œuvre de ces procédures au sein des services de leur ressort territorial en s'appuyant sur les personnels ressources existant en matière de santé. La déclinaison de ces fiches doit se traduire clairement dans le cadre de l'animation départementale de la politique de santé et doit figurer dans les projets de service.

La sous-directrice
des Missions de Protection
Judiciaire et d'Education

Madeleine Mathieu

Annexe 4 – Recueil d'information santé

RECUEIL D'INFORMATION SANTE

Service PJJ :	Renseigné par :
Le : / /

ETAT CIVIL

Nom Prénom..... Sexe : F M
Né(e) le à (Pays) :
Nationalité

EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Détenteurs de l'autorité parentale
.....
☞ *Faire renseigner la fiche « formulaire soins d'urgence »*

COUVERTURE SOCIALE

Investiguer la situation du jeune et apprécier tout besoin d'autonomie et d'accompagnement du jeune (cf. fiche santé n° 6 protection sociale)

1 - COUVERTURE DE BASE

<input type="checkbox"/> Ayant droit	<input type="checkbox"/> Assuré social lui même
Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	

En cas de situation d'ayant droit, sous la couverture de l'assuré :

Nom..... Prénom.....
 père, mère, tuteur, autre :

Possède une Carte vitale Couverture Maladie Universelle
Aide Médicale d'Etat Soins urgents

Coordonnées de la caisse d'assurance maladie.....
.....

Ouverture des droits du _____ au _____

La CMU est à renouveler deux mois avant l'expiration, soit le

☞ *Photocopier la feuille d'attestation des droits, à joindre au dossier*

☞ *Selon besoin, faire renseigner la feuille délégation de paiement par les ouvrants-droit (en fiche n°6)*

☞ *Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document*

2 - COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Ayant droit Personnelle

En cas d'ayant droit, sous la couverture de l'assuré :

Nom.....Prénom.....

père, mère, tuteur, autre :

Couverture maladie universelle complémentaire

Ouverture des droits jusqu'au

Coordonnées de la caisse complémentaire ou mutuelle

 Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

MEDECIN TRAITANT

Conditions de prise en charge des soins(cf. fiche protection sociale des mineurs et jeunes majeurs : rubrique médecin traitant)

Déclaré, Nom et adresse :

non déclaré

 Démarches particulières à engager / médecin traitant (inscription, changement) : à renseigner en fin de document

COUVERTURE ACCIDENTS DU TRAVAIL

Bénéficiaire des prestations accident du travail (AT) (élèves, stagiaires formation professionnelle, CNASEA...)

Dispositions accident du travail aux pupilles de l'éducation surveillée survenu par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé - article L.412-8 du code de la sécurité sociale (anciennement 007)

 Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

CARNET DE SANTE

• Existant : Oui Non Confié au service : Oui Non

• Document faisant état de la situation vaccinale : Oui Non
(copie ou certificat médical)

 à transmettre au médecin ou à l'infirmière de la PJJ lors de la prochaine consultation

BESOINS DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

Informations fournies par le jeune et/ou par ses parents :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ordonnance en cours	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Traitement ou soins en cours	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Conduite à tenir en cas d'urgence	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Aménagements spécifiques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Port de Lunettes Appareil dentaire Prothèse auditive

Handicap : présente un handicap relevant de la MDPH

(note DPJJ du 30 janvier 2006 relative aux dispositions introduites par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés)

 Selon besoin faire renseigner le document PAI (fiche santé n°5) par le médecin qui suit le jeune

 Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

BILANS DE SANTÉ

Visite médicale d'aptitude à la pratique sportive Oui Non

Visite médicale d'aptitude au travail
(médecin du travail, médecin de l'éducation nationale) Oui Non

Bilan d'orientation (médecin de l'éducation nationale) Oui Non

Bilan de santé Oui Non

 Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

SOINS PÉNALEMENT OBLIGÉS

Oui Non De quel type :

 Démarches particulières à engager : à renseigner en fin de document

RECAPITULATIF DES DÉMARCHES À ENGAGER

Autorité parentale

.....
.....

Couverture sociale

.....
.....

Médecin traitant

.....
.....

Couverture accident du travail

.....
.....

Besoins de santé spécifique

.....
.....

Bilans de santé

.....
.....

Soins pénalement obligés

.....
.....

☞ Utiliser ensuite le document de suivi éducatif

OBJECTIFS D'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN SANTÉ (à intégrer dans le DIPC)

.....
.....
.....
.....
.....

☞ Documents associés au RECUEIL D'INFORMATION SANTE :
- *annexe 1 : fiche formulaire soins d'urgence*
- *annexe 2 : suivi éducatif en santé*

Annexe 5 – Fiche de poste « Infirmier en direction territoriale siège de région administrative »

DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

FICHE DE POSTE

INFIRMIER EN DIRECTION TERRITORIALE SIEGE DE REGION ADMINISTRATIVE

Cadre statutaire :	Agent de catégorie B
Poste ouvert aux :	Infirmiers titulaires du diplôme d'Etat
Rattachement hiérarchique :	Directeur territorial

CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT

En application de l'article n°7 du décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 et sa circulaire d'application relatifs au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse, la direction territoriale est chargée sur son territoire :

- du pilotage de la mise en œuvre des orientations de la protection judiciaire de la jeunesse déclinées au niveau interrégional, en liaison avec chaque politique départementale d'aide sociale à l'enfance,
- de la participation à la coordination des acteurs de la justice des mineurs,
- de l'organisation de la représentation et de la contribution de la PJJ aux politiques publiques au niveau infrarégional notamment en matière de protection de l'enfance et de prévention de la délinquance,
- du suivi et du contrôle de l'activité des établissements et services du secteur public et du secteur associatif habilité, situés dans son ressort, afin de garantir l'exécution des décisions judiciaires,
- de l'organisation des relations avec les organisations représentatives des personnels notamment par la mise en place, la programmation et la tenue des instances consultatives territoriales instituées réglementairement.

La direction territoriale est chargée également de contribuer à la mise en œuvre des orientations confiées aux DIR.

Les directions territoriales sièges de région peuvent être chargées, par délégation du directeur interrégional, d'assurer la représentation et la contribution de la PJJ aux politiques publiques de niveau régional.

Les directions territoriales ont une équipe de direction dont le nombre et la composition sont variables : le directeur territorial est assisté dans l'exercice de ses missions d'un directeur territorial adjoint, et en fonction de la configuration du territoire concerné, de responsable(s) des politiques institutionnelles, de personnel(s) de santé et le cas échéant, de conseiller(s) technique(s). En outre, des personnels chargés de l'appui au pilotage apportent leur concours au directeur territorial dans le pilotage opérationnel des missions sur le territoire.

MISSIONS ET ACTIVITES DU POSTE

Missions :

- Concourir sous l'autorité du directeur territorial à l'inscription de la PJJ dans les politiques régionales de santé et à la mise en place de l'animation et de la coordination des directions territoriales du ressort de la région pour réaliser ces objectifs.
- Concourir à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique territoriale de santé avec la participation des services et établissements.
- Appuyer et soutenir les professionnels des structures pour intégrer la santé dans l'action éducative.

Activités :

- Organiser l'inscription des besoins des mineurs sous protection judiciaire dans les politiques publiques régionales de santé.
- Veiller à la bonne articulation des politiques de santé territoriales au sein de la région administrative.
- Participer aux instances régionales de santé pour le portage des projets du ressort de la région administrative.
- Peut représenter le DT auprès des interlocuteurs institutionnels et des instances relatives à la santé.
- Réaliser un diagnostic territorial de santé.
- Contribuer à la définition des priorités de santé et à l'élaboration d'un programme d'actions.

- Proposer des modalités de mise en œuvre de la politique de santé (Commission santé, groupe de travail, ...).
- Participer à l'évaluation de la politique de santé territoriale.
- Participer au développement d'un réseau de partenaires institutionnels, prestataires de santé, opérateurs et promoteurs d'actions de prévention.
- Contribuer au montage de dossier et de demande de subvention.
- Contribuer à l'information et la formation de professionnels et stagiaires.
- Participer à l'élaboration des projets de service des structures.
- Soutenir l'appropriation par les professionnels des outils et procédures en santé.
- Participer au recueil des informations relatives à l'état de santé, à la couverture sociale et à l'accès aux soins des jeunes pris en charge en lien les services.
- En relation avec les équipes éducatives, contribuer aux démarches nécessaires pour l'ouverture des droits sociaux et l'accès aux soins.
- Ponctuellement, sur des situations individuelles particulières, avec le service repérer les besoins en santé et construire une stratégie adaptée.

CONDITIONS PARTICULIERES

(mention éventuelle de la lettre de mission)

CONNAISSANCES ET SAVOIR-FAIRE REQUIS POUR OCCUPER LE POSTE

	Intitulé	Niveau recherché			
		S	A	M	E
Connaissances					
	Connaissances en santé publique				X
	Champs de compétence et limites d'intervention des différents intervenants				X
	Techniques de planification, de pilotage et d'évaluation			X	
	Sciences sociales et humaines appliquées au secteur d'intervention			X	
	Contexte socio-économique territorial			X	
	Connaissance de l'environnement professionnel			X	
	Outils bureautiques et techniques informatiques de communication			X	
Savoir faire					
	Comprendre les enjeux			X	
	Mettre en cohérence l'intervention de l'ensemble des partenaires			X	
	Animer des réseaux				X
	Accueillir et écouter les usagers			X	
	Repérer les différentes problématiques de santé à résoudre				
	Orienter et si besoin accompagner les usagers				
	Animer, communiquer, conduire une réunion				X
	Travailler en équipe pluridisciplinaire				X
	Identifier les besoins en santé et repérer les réponses possibles			X	

S : sensibilisation / A : application / M : maîtrise / E : expertise

Durée d'affectation souhaitée	Formations d'adaptation possibles	Expériences professionnelles ou autres souhaitées
3 ans minimum	Oui	
PERSPECTIVES DE CARRIERE ou MOBILITE FONCTIONNELLE		
Conseiller technique en Direction Interrégionale		
Personnes à contacter :		
Directeur de la Direction Territoriale concernée		

L'INJEP, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, est un établissement public national placé sous la tutelle du ministre chargé de la jeunesse, qui a pour mission :

- d'observer et d'analyser les pratiques et les attentes des jeunes, ainsi que les politiques et les actions qui leur sont destinées ;
- de participer à leur évaluation ;
- de réaliser et de diffuser des études et des analyses conduites dans ces domaines aussi bien sous forme papier que numérique ou dans le cadre de conférences, séminaires, colloques ou rencontres ;
- de contribuer à la connaissance et à l'analyse des politiques en faveur de la jeunesse des autres pays, particulièrement de l'Union européenne ;
- d'exercer une veille documentaire et de constituer un centre de ressources pour les acteurs de jeunesse et d'éducation populaire ;
- de proposer, en cohérence et en complémentarité avec ces missions, des activités de formation, d'études et de conseil, ou sa participation à l'organisation de manifestations en faveur de la jeunesse.

L'INJEP fonctionne ainsi comme un centre d'expertise et un laboratoire d'idées au service des politiques de jeunesse.

L'INJEP a, en outre, été désigné comme l'agence de mise en œuvre du volet Jeunesse et sport du programme européen Erasmus+.

L'INJEP, enfin, fait partie du groupement d'intérêt public constituant l'Agence du service civique

