

DIAGNOSTIC TERRITORIAL

LA SANTÉ MENTALE DES
JEUNES DANS LES QPV DE
HAUTE-SAÔNE

JUILLET 2025




**PRÉFET
DE LA HAUTE-
SAÔNE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*


**PRÉFET
DE LA RÉGION
BOURGOGNE-
FRANCHE-COMTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction régionale
des affaires culturelles


**MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

**RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTÉ**

**haute
saône**
LE DÉPARTEMENT


**ALLOCATIONS
FAMILIALES**
**Caf
de la
Haute-Saône**


**an
ct**
agence nationale
de la cohésion
des territoires

Table des matières

1 Introduction	2
2 Méthode	3
3 Eléments de contexte	4
3.1 Quelques données sur la santé mentale des jeunes	4
3.1.1 Données observées dans la population générale	5
3.1.2 Situation observée chez des publics plus fragile : les jeunes suivis par les missions locales ..	5
3.1.3 Et au sein des QPV ?	6
3.2 Actualisation des données socio-démographiques	7
4 Synthèse des entretiens.....	19
4.1 Entretiens avec les acteurs de terrain.....	19
4.1.1 Les appréciations sur les jeunes et leur état de santé	20
4.1.2 Etat des coopérations entre acteurs et des initiatives.....	27
4.2 Entretiens avec des jeunes.....	30
5 Les principaux enjeux.....	34
6 – Des pistes et des orientations pour agir	36
7 - Pour conclure.....	39
Bibliographie, sitographie	40
Annexe 1 : trame d’entretien acteurs de terrain.....	41
Annexe 2 : trame d’entretien jeunes	43
Annexe 3 : liste des personnes et structures interrogées.....	45
Annexe 4 : Eléments de fonctionnement d’un réseau local	47

1 Introduction

En juin 2022, Claire Hédon, Défenseure des Droits, appelait la 1^{ère} Ministre à mettre en place un plan d'urgence pour la santé mentale des jeunes. Erigée en Grande cause nationale par le gouvernement le 11 octobre 2024, la santé mentale fait désormais l'objet, dans notre pays, d'une attention redoublée. Dans le rapport d'une mission d'information, remis le 26 juin 2025, le Sénat fait le constat d'une aggravation de la situation depuis la fin de la crise sanitaire, surtout chez les jeunes ¹ : « **En 2024, les risques de troubles anxio-dépressifs touchent près de 30 % des jeunes âgés de 11 à 24 ans et un quart des lycéens déclare avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** ».

Qu'en est-il dans notre département ?

L'Association Haut-Saônoise pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte (AHSSEA) a répondu, début 2025, à un appel à projet de la Préfecture de Haute-Saône, dans le cadre de la politique prioritaire de la Ville. L'action, intitulée « **Assurer le dernier kilomètre avec les plus jeunes et les professionnels de santé mentale** », se donne pour objectifs de « *mener une étude argumentée et documentée des difficultés d'accès au soin dans les Quartiers Politique de la Ville (QPV) de Haute-Saône, mais aussi de recenser l'ensemble des moyens disponibles (professionnels de santé, organismes...) et de construire une plaquette de communication la plus complète et la plus pratique possible contextualisée à chacun des QPV et diffusable auprès des publics jeunes. Une attention particulière sera portée à la santé mentale des jeunes, le harcèlement, la violence, les addictions et le risque suicidaire* ».

Le travail restitué ici se situe délibérément dans le **champ social et éducatif**, car il ne s'agit pas d'une étude épidémiologique dont la conduite et la légitimité reviendraient à des professionnels du champ de la santé. Le parti pris de cette étude a donc été **d'identifier les besoins en matière de santé** dans la population des 12 – 25 ans habitant au sein des quartiers populaires **et les ressources disponibles**, les troubles liés à la santé mentale faisant l'objet d'un focus particulier, ainsi que les questions liées à l'accès aux systèmes de soins, d'accompagnement et de prévention.

In fine, ce diagnostic territorial doit permettre à l'AHSSEA et à d'autres acteurs socio-éducatifs de **mener des actions répondant aux besoins identifiés**, y compris en mobilisant des partenariats.

L'enquête s'est principalement appuyée sur **l'écoute des acteurs de terrain** présents sur les cinq QPV de Haute-Saône : le Mortard à Lure, les Chenevières à Héricourt, les Capucins à Gray, le Messier à Luxeuil et le Grand Grésil - Montmarin – Rêpes à Vesoul, mettant ainsi à contribution leur connaissance fine des relations partenariales, et leur relation au quotidien avec le public. **La parole des jeunes eux-mêmes** a été prise en compte au travers d'entretiens menés par les éducateurs de prévention et d'autres professionnels de la jeunesse.

« La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles » Organisation mondiale de la santé (OMS)

¹ <https://www.publicsenat.fr/actualites/politique/un-rapport-du-senat-depeint-une-degradation-inquietante-de-la-sante-mentale-chez-les-jeunes>

2 Méthode

Le travail a été conduit dans le cadre d'un diagnostic partagé avec les parties prenantes, incluant la parole des jeunes eux-mêmes. La dimension participative du diagnostic, notamment dans la phase de restitution, est conçue pour favoriser les coopérations entre acteurs et l'implication des habitants, dans la phase ultérieure de mise en œuvre.

Les principaux axes de travail :

- Un temps de préparation préalable, indépendamment pour chaque quartier, avec le ou les éducateurs de prévention, afin de recueillir des informations essentielles : sur la vie dans le quartier, sur les acteurs en présence et sur leurs interactions, sur un premier état des lieux de la problématique ;
- Des entretiens individuels, dont la trame figure en annexe 1, avec les principaux acteurs du territoire :
 - o Animateurs jeunesse et référents famille des centres sociaux ;
 - o Adultes relais ;
 - o Elus locaux et agents en charge du QPV ;
 - o Représentants locaux des CPTS ;
 - o Personnels de direction, CPE, assistants sociaux et personnels de santé dans les établissements scolaires ;
 - o Missions locales ;
 - o Centres médico-sociaux ;
 - o Associations présentes sur les quartiers.
- Des entretiens individuels ou collectifs, dont la trame figure en annexe 2, avec de jeunes habitants ;
- Une actualisation des éléments de contexte et notamment des données socio-démographiques en lien avec la jeunesse sur chaque quartier ;
- Des éléments de bibliographie permettant de relier les observations faites sur le terrain avec des travaux plus généraux ou des situations observées ailleurs.

Un comité de pilotage ² a accompagné le déroulement de l'étude afin de favoriser la réflexivité et de partager en direct les informations.

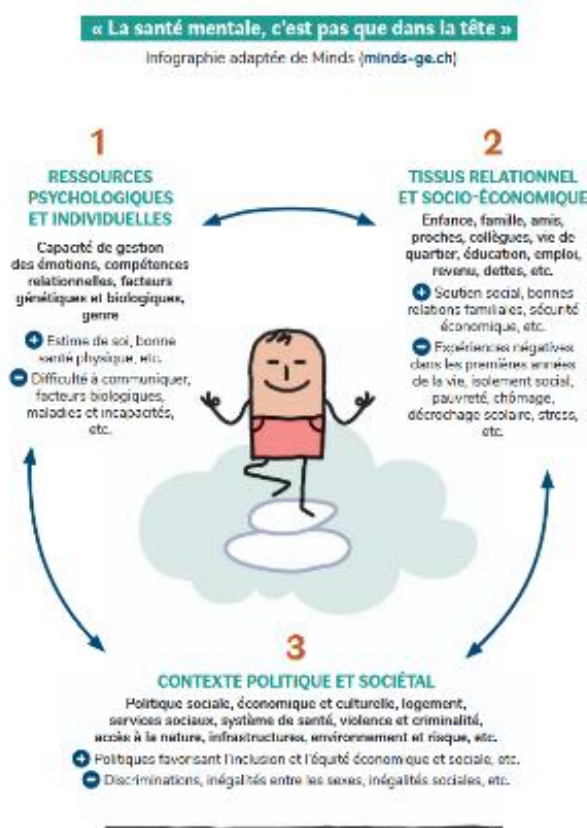
Des réunions de restitution, permettant de partager le diagnostic, de l'affiner sont programmées sur chacun des quartiers. Leur intérêt majeur sera d'impliquer les acteurs, de favoriser les coopérations dans la phase de mise en œuvre, en prenant en compte les spécificités de chacun des territoires.

² Composition du COPIL : M. Valladont, directeur AHSSEA, Mme Cereser, directrice de pôle protection de l'enfance AHSSEA, M. Figueredo, coordonnateur service de prévention spécialisée AHSSEA, Mme Sartelet, déléguée du préfet, Mme Hebert-Loriot, chargée de mission développement territorial en santé ARS, Mme Dussaucy, directrice de la solidarité et de la santé publique Conseil départemental, Mme Motret, conseillère éducation populaire jeunesse DASEN, Mme Guillaume, médecin conseiller technique DASEN, Mme Shneider-Periard, service social scolaire DASEN, M. Davot intervenant en charge du diagnostic territorial.

3 Eléments de contexte

3.1 Quelques données sur la santé mentale des jeunes

Santé mentale, de quoi parle-t-on ?



« Il faut détricoter ce qu'est la santé mentale. Il y a un raccourci, on imagine tout de suite les troubles mentaux très graves et pas la souffrance "moins visible". La santé mentale, ce n'est pas forcément le soin, c'est aussi l'environnement. La santé mentale, c'est très transversal, ça concerne des domaines qui relèvent des compétences de la ville. »

Sylviane TARDIEU, Adjointe à la santé publique et accueil des nouvelles populations à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)³

La santé mentale, « ce n'est pas que dans la tête », ... c'est aussi dans la presse quotidienne. Un aperçu des titres parus dans le quotidien **le Monde** depuis quelques mois, donne le ton :

- Octobre 2024, Alice Raybaud : *Une « épidémie de solitude » se répand chez les jeunes.*
- Octobre 2024, Mattea Battaglia et Camille Stromboni : *Santé mentale : pourquoi la prescription de psychotropes chez les jeunes s'envole.*
- Mai 2024, citant une étude de la DREES et de Santé publique France : *Tentatives de suicide, automutilations : les hospitalisations chez les adolescentes et jeunes femmes en augmentation « brutale ».*
- Mars 2025, Alice Raybaud : *Cinq ans après, les cicatrices d'une « génération COVID » : « Je ne me projette plus qu'à court terme ».*
- Juillet 2025, Mattea Battaglia : *Santé mentale des mineurs : un rapport parlementaire souligne « l'urgence » à agir.*

³ Cité dans « La santé mentale dans la cité, des repères pour mieux comprendre et mieux agir », https://www.psychom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_BROCHURE_SANTE_MENTALE_DANS_LA_CITE_VF.pdf

3.1.1 Données observées dans la population générale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la majorité des troubles psychiques commencent avant l'âge de 14 ans. Dans la plupart des cas ils ne sont ni détectés, ni traités par manque de prévention et de connaissance des différents troubles de santé mentale et des symptômes associés.

De nombreuses études, citées par PSSM France ⁴ alertent sur l'état de la santé mentale des étudiants et/ou des jeunes adultes qui s'est dégradé au cours des dernières années. En cause : la crise du Covid-19 ou encore la précarité étudiante. Dans son étude publiée en octobre 2024, Axa Prévention révèle que « 56 % des moins de 25 ans sont en état de détresse psychologique ». Pourtant 35% des 18-24 ans estiment ne pas prendre soin de leur santé mentale (étude Santé Publique France, 2023). En 2024, 45 % des jeunes âgés de 11 à 15 ans souffrent de troubles anxieux, dont 8 % de manière sévère. De plus, seuls 17 % des jeunes atteints de troubles dépressifs ont consulté un professionnel en 2022, tandis que 64 % n'ont partagé leur mal-être avec personne. Le suicide demeure la troisième cause de décès chez les 15-29 ans, avec un doublement des passages aux urgences pour tentatives de suicide chez les mineurs en 2021 par rapport à 2019.

Les facteurs aggravants cités dans les études récentes incluent la pression scolaire, l'impact des réseaux sociaux, l'isolement social, ainsi que les discriminations liées à l'orientation sexuelle, à la religion ou au handicap. Les jeunes LGBTQIA+ et issus de minorités religieuses ou sociales sont particulièrement vulnérables face au harcèlement, à l'exclusion et à la stigmatisation, ce qui nuit gravement à leur estime de soi et à leur santé mentale.

Les données montrent aussi une dégradation progressive depuis 2017, avec une augmentation de 60 % des tentatives de suicide et un sentiment d'isolement ressenti par plus de la moitié des jeunes. La pandémie de Covid-19 semble avoir accentué ces tendances, mais les situations de crise (sociale, environnementale, géopolitique, ...), ainsi que la culture de la performance, jouent également un rôle clé.

Face à cette situation, des dispositifs de prévention et d'accompagnement existent, mais leur mise en œuvre est jugée insuffisante. La nécessité d'une action globale, incluant la sensibilisation, la prévention, la formation des professionnels et le soutien familial, est jugée essentielle pour inverser cette tendance alarmante.

3.1.2 Situation observée chez des publics plus fragile : les jeunes suivis par les missions locales

Une étude réalisée en 2023 auprès de 2381 jeunes de 16 à 25 ans accueillis dans le cadre des dispositifs des missions locales, par le Centre de ressources santé, vulnérabilités et politique de la ville de Normandie (ORS – CREA Normandie) ⁵ révèle que :

- 68 % des jeunes interrogés présentent des signes d'anxiété ;
- 3 jeunes sur 5 montrent une santé mentale dégradée ;
- 46% sont en détresse psychologique ;
- 29% estiment bénéficier d'un soutien social faible et 30% avoir une mauvaise qualité de vie ;
- 68% déclarent mal dormir ;
- 17% ont pensé ou tenté de se suicider dans l'année ;
- 25% déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide dans leur vie et 27% de ceux qui l'ont fait déclarent n'en avoir parlé à personne ;
- 30% déclarent avoir vu un psychologue dans l'année ;
- 25% déclarent avoir renoncé à des soins « psy » ;
- ¼ fait état de prise de médicaments (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, ...).

⁴ PSSM France, Dossier spécial la santé mentale des jeunes novembre 2024 <https://www.pssmfrance.fr/dossier-special-la-sante-mentale-des-jeunes/>

⁵ https://orscreainormandie.org/nos_derniers_travaux/enquete-sante-en-mission-locale-à-2023/

3.1.3 Et au sein des QPV ?

Lors d'un colloque organisé en juin 2024, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Nougaro de Toulouse, mettait en avant que « *les enfants et jeunes vivant dans les QPV étaient exposés à des facteurs de risque plus nombreux, que la précarité économique et sociale contribuait à une dégradation plus rapide de leur santé mentale, et enfin que les difficultés émotionnelles et comportementales étaient deux fois plus fréquentes chez les enfants issus des 20 % des ménages les moins aisés comparés aux 20 % les plus aisés* »⁶. Les organisateurs soulignaient que la santé mentale des enfants était influencée par des facteurs variés : « *Individuels : caractéristiques propres à l'enfant, Socio-économiques : conditions de vie, niveau de vie, précarité et Sociétaux : environnement social et éducatif.* »

Si des ressources existent en termes de projets, de modalités d'action, en revanche, peu d'informations sont disponibles sur la réalité de la prévalence des troubles de santé mentale, en comparaison avec d'autres territoires de vie.

Pour le Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale, « *on constate des enjeux particuliers dans les quartiers prioritaires. Côté souffrance psychique, on admet qu'elle est accrue du fait des conditions socio-économiques et environnementales difficiles (chômage, cadre de vie, échec scolaire...).* Quant aux maladies mentales, elles peuvent être encore moins bien vécues dans les quartiers du fait d'un accompagnement et d'une prise en charge moins facile (désertification médicale, non-recours aux soins, isolement des personnes, frein financier...). »

Au sein des QPV de Haute-Saône, si l'on rapporte, à titre purement indicatif, la prévalence de certains troubles cités dans l'étude de l'ORS-CREAI de Normandie à la population des jeunes de 12 à 25 ans habitant les QPV de Haute-Saône, nous obtenons l'estimation suivante en nombre de jeunes :

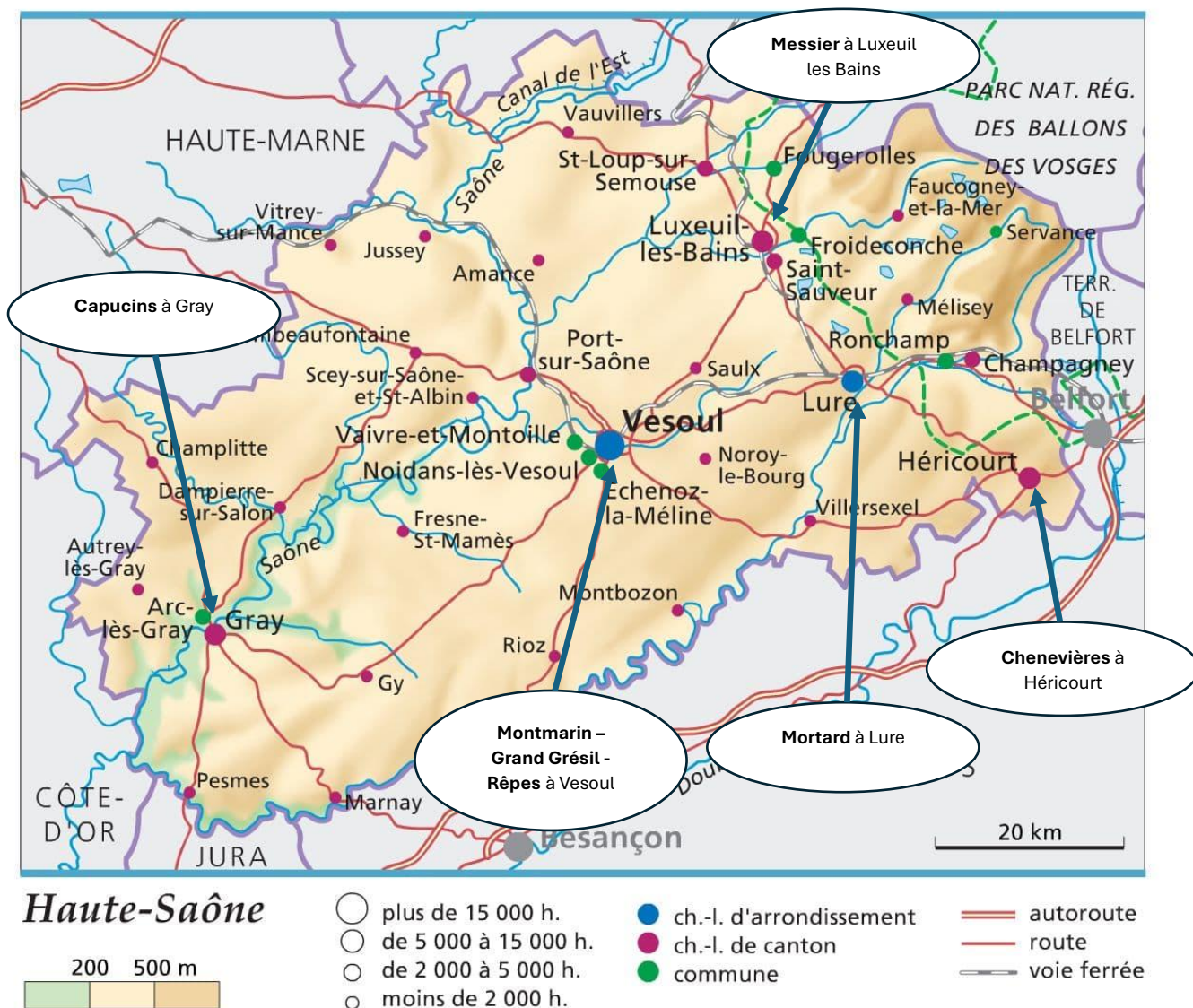
	Part des 12 - 24 ans dans la population (estimation)	Nombre total de jeunes de 12 - 25 ans	Signes d'anxiété ou de dépression (56%)	Renoncement à des soins "psy" (23%)	Déjà eu des idées suicidaires dans l'année (17%)
Gray	15,1%	138	77	32	24
Lure	17,1%	195	109	45	33
Luxeuil	18,3%	225	126	52	38
Vesoul	14,0%	477	267	110	81
Héricourt	13,6%	165	92	38	28
Ensemble	15,6%	1 199	672	276	204



⁶ <https://www.cpts-nougaro.fr/agenda/prevenir-promouvoir-et-accompagner-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-des-quartiers-prioritaires>

3.2 Actualisation des données socio-démographiques ⁷

La Haute-Saône comporte cinq quartiers reconnus dans le cadre de la politique prioritaire de la ville.

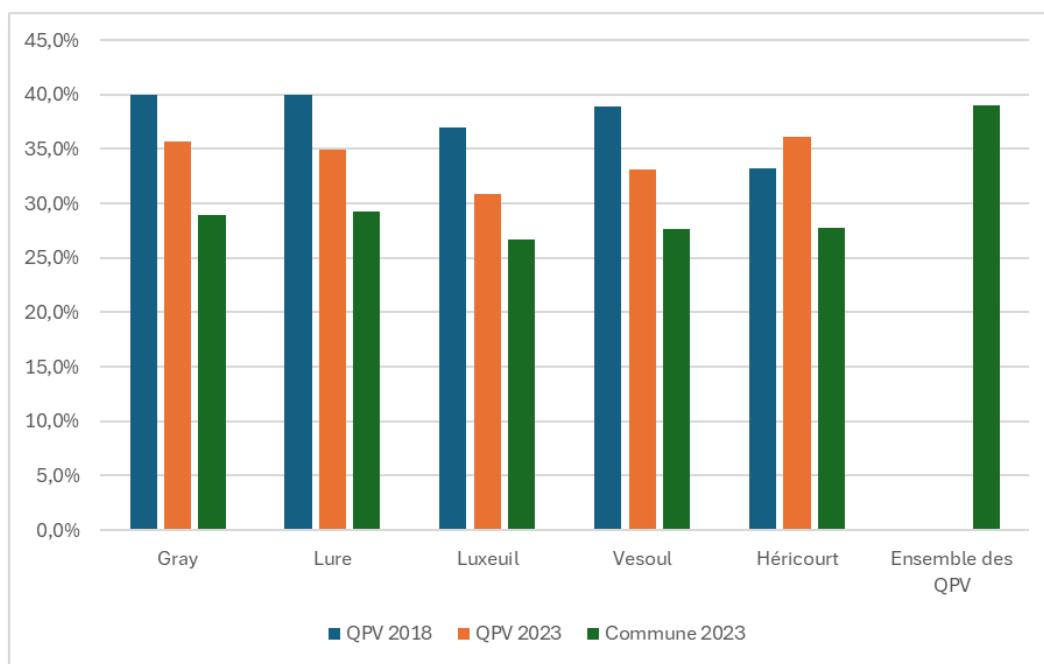


Au total, ces 5 quartiers représentaient, en 2023, **7912 habitants**, soit 17,2% de la population des cinq communes.

	2018			2023		
	QPV	Commune	% QPV	QPV	Commune	% QPV
Gray	890	5555	16,0%	919	5541	16,6%
Héricourt	1171	9896	11,8%	1218	10654	11,4%
Lure	1378	8394	16,4%	1140	8131	14,0%
Luxeuil	1210	7026	17,2%	1231	6644	18,5%
Vesoul	2971	15473	19,2%	3404	14973	22,7%
Ensemble	7620	46344	16,4%	7912	45943	17,2%

⁷ Les données présentées ici sont issues des bases de données de l'ANCT <https://sig.ville.gouv.fr/> et de l'INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/2011101>

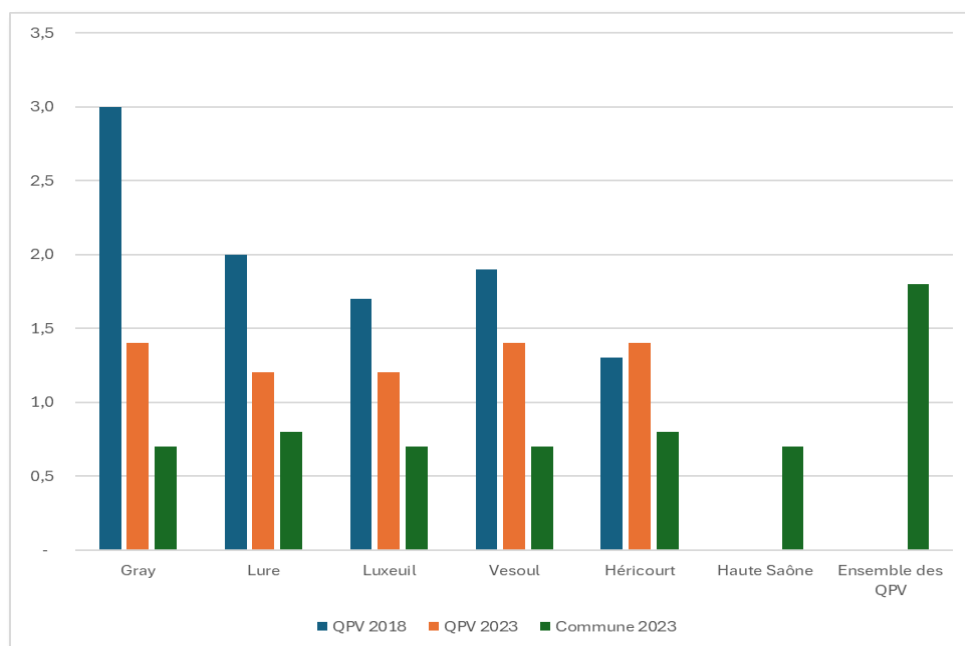
Part des moins de 25 ans dans la population



	QPV 2018	QPV 2023	Ensemble commune	Ensemble des QPV
Gray	40,0%	35,7%	28,9%	39,0%
Lure	40,0%	34,9%	29,3%	
Luxeuil	37,0%	30,9%	26,7%	
Vesoul	38,9%	33,1%	27,6%	
Héricourt	33,2%	36,1%	27,8%	
Ensemble	37,8%	34,1%	28,1%	

Les moins de 25 ans représentent **34,1% de la population** des 5 quartiers, proportion en baisse par rapport à 2018 (37,8%), sauf à Héricourt, mais largement supérieure à celle de l'ensemble des communes (28,1%). Sur l'ensemble des QPV au niveau national, cette proportion s'établit à 39%.

Indice de jeunesse ⁸



	QPV 2018	QPV 2023	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV
Gray	3,0	1,4	0,7	0,7	1,8
Lure	2,0	1,2	0,8		
Luxeuil	1,7	1,2	0,7		
Vesoul	1,9	1,4	0,7		
Héricourt	1,3	1,4	0,8		
Ensemble	1,98	1,32	0,74		

Cet indicateur exprime encore davantage les évolutions en cours au sein de la pyramide des âges car il prend en compte la proportion des personnes de plus de 60 ans (et non la grande catégorie des plus de 25 ans). Des écarts significatifs sont notés entre quartiers avec un vieillissement marqué à Gray et une absence d'évolution à Héricourt. Cette transition aboutit néanmoins à des situations actuelles assez comparables entre quartiers, avec une moyenne de 1,32 (contre 1,98 en 2018), mais un décalage important avec les autres QPV (1,8). **Les QPV de Haute-Saône, même s'ils comportent une part encore importante de jeunes, vieillissent donc plus rapidement.**

⁸ Rapport entre le nombre de personnes de moins de 20 ans et la population âgée de 60 ans et plus.
S'il est supérieur à 1, il témoigne de la prédominance d'une population jeune. Plus l'indice est faible, plus la population est âgée.

Estimation de la population « cible » du diagnostic

Aucune base de données ne donne directement la proportion des jeunes de 12 à 25 ans, il faut donc procéder par recoupements et en faire une estimation.

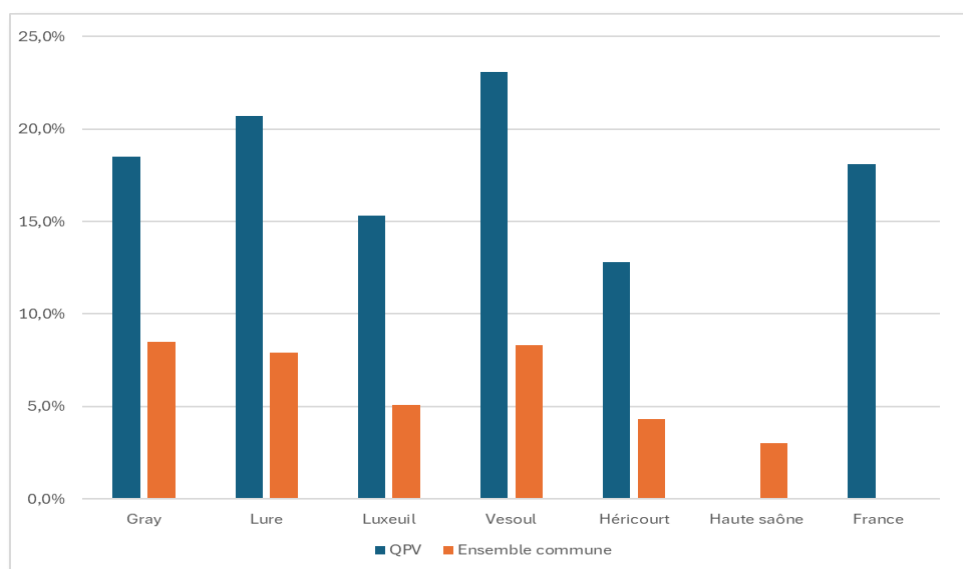
	QPV 2024	Estimation nombre
Gray	15,1%	138
Lure	17,1%	195
Luxeuil	18,3%	225
Vesoul	14,0%	477
Héricourt	13,6%	165
Ensemble	15,6%	1 199

L'ordre de grandeur du nombre de personnes, jeunes habitants des QPV de Haute-Saône, sur lesquels se focalise l'attention au sujet de leur état de santé, est donc de 1200.

Part des familles monoparentales

Les données sont disponibles seulement sur les QPV de Vesoul et Héricourt, avec, respectivement 34,8% et 40,3%, montrant un net décalage avec les chiffres communaux (10,1%). Ces territoires concentrent donc une part très importante des familles comportant un seul parent.

Part des étrangers dans la population ⁹

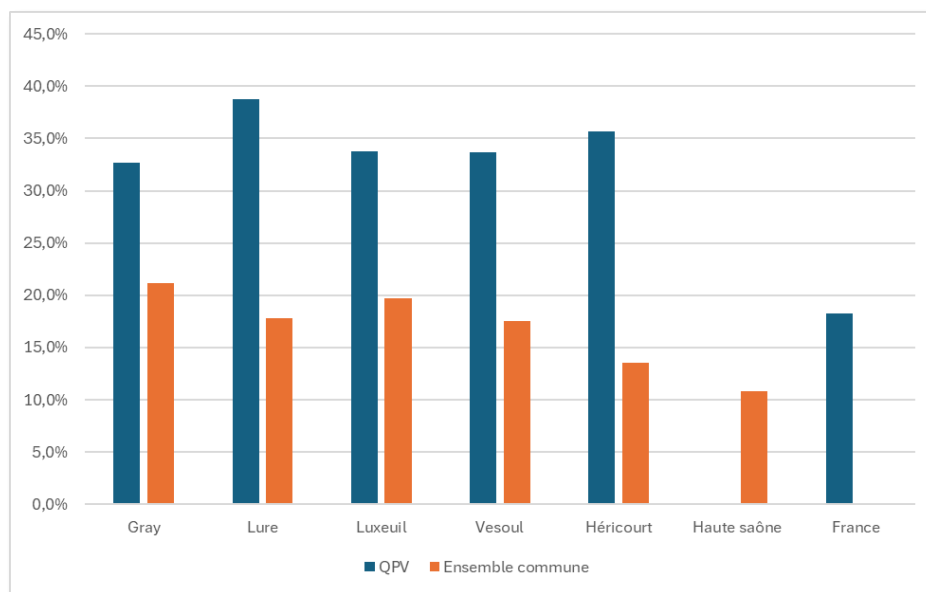


	QPV 2015	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV
Gray	21,2%	18,5%	8,5%	3,0%	18,8%
Lure	21,8%	20,7%	7,9%		
Luxeuil	15,6%	15,3%	5,1%		
Vesoul	19,2%	23,1%	8,3%		
Héricourt	14,1%	12,8%	4,3%		
Ensemble	18,4%	18,1%	6,8%		

La part des étrangers au sein de la population est **6 fois plus importante dans les QPV** que dans l'ensemble du département presque 3 fois plus que le reste des ensembles communaux. Cette proportion (**18,1%**) est stable en comparaison avec 2015, mais montre des disparités importantes entre quartiers, entre 12,8% à Héricourt et 23,1% à Vesoul. Elle est tout à fait comparable à ce qui est observé sur le plan national.

⁹ *Etranger* = personne résidant en France et qui ne possède pas la nationalité française

Taux de chômage ¹⁰

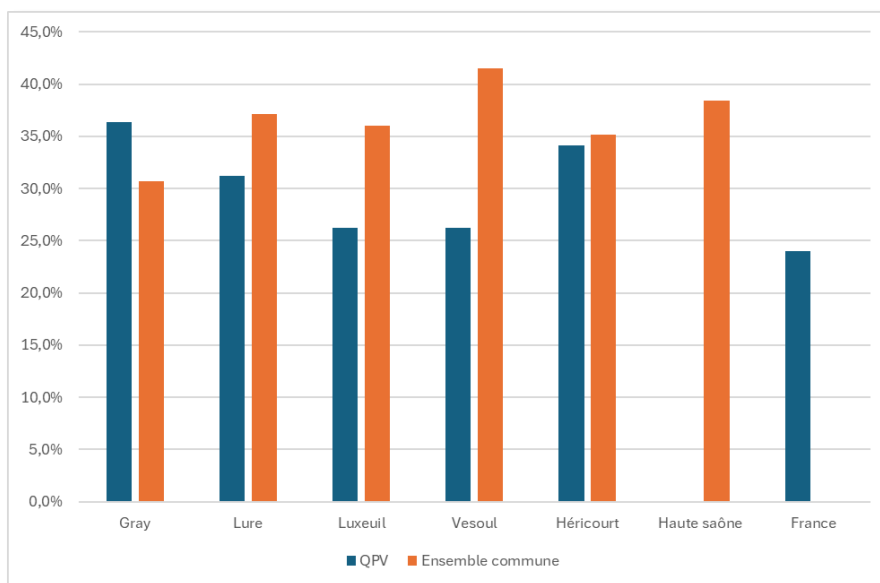


	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV France
Gray	32,7%	21,2%	10,8%	18,3%
Lure	38,8%	17,8%		
Luxeuil	33,8%	19,7%		
Vesoul	33,7%	17,5%		
Héricourt	35,7%	13,5%		
Ensemble	34,9%	17,9%		

La proportion de chômeurs dans les QPV est presque **le double** de celle de l'ensemble communal, avec respectivement 34,9% et **17,9%**, plus du triple de celle du département et nettement plus élevée que dans les QPV au niveau national. L'écart avec la situation de l'emploi sur le territoire communal est très contrasté à Héricourt, qui offre sur ce plan les opportunités de la proximité avec l'Aire urbaine.

¹⁰ Taux de chômage au sens du recensement = rapport entre le nombre de chômeurs et la population active 15 - 64 ans

Taux d'emploi des 15-24 ans ¹¹



	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV France
Gray	36,4%	30,7%	38,4%	24,0%
Lure	31,2%	37,1%		
Luxeuil	26,2%	36,0%		
Vesoul	26,2%	41,5%		
Héricourt	34,1%	35,2%		
Ensemble	30,8%	36,1%		

La situation de cet indicateur est plutôt favorable : les jeunes de 15 -24 ans des QPV de Haute-Saône montrent un **taux d'emploi comparable** à celui de la moyenne départementale et significativement supérieur à celui des autres QPV, sur le plan national. Par ailleurs, sauf à Gray (dégradation) et à Héricourt (stagnation), la situation sur ce plan s'est améliorée à Lure, Luxeuil et Vesoul.

¹¹ Taux d'emploi = rapport entre le nombre de personnes en emploi et la population totale

Estimation du nombre de jeunes « ni en emploi, ni en formation »

	QPV 2024	Ensemble des QPV	Nombre de 16 -25 ans	Estimation du nombre de jeunes "Ni en emploi, ni en formation"
Gray	40,0%	26,8%	114	46
Lure	33,3%		161	54
Luxeuil	48,7%		186	91
Vesoul	40,3%		381	154
Héricourt	33,4%		122	41
Ensemble	39,1%		964	377

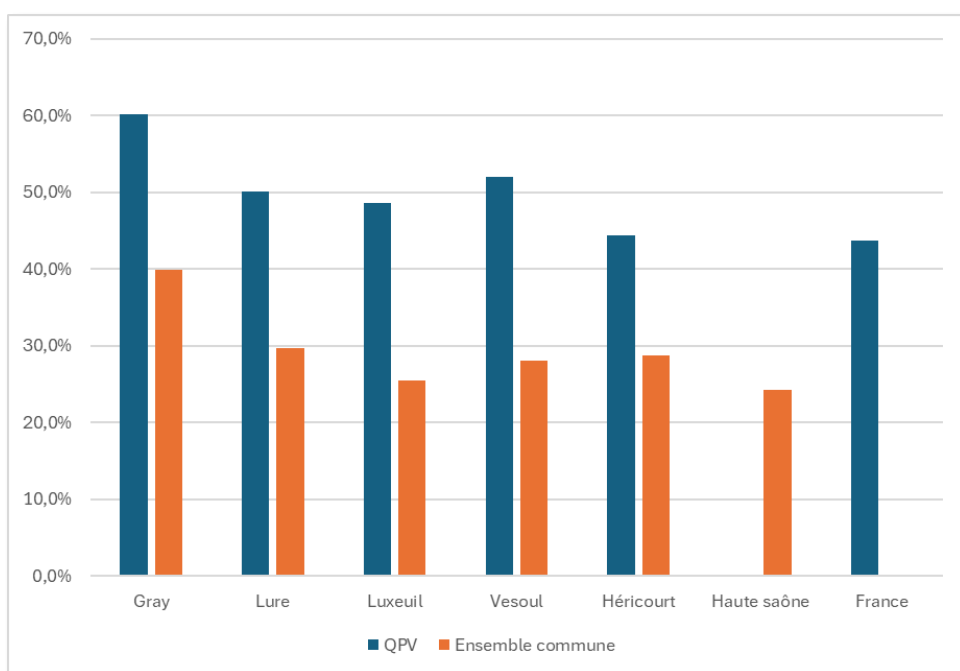
Le nombre de jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation est estimé à partir de la proportion de cette catégorie de population, citée dans les études de l'ANCT, rapporté au nombre de jeunes de 16-25 ans au sein de la population. **Ils seraient entre 350 et 400 sur les 5 QPV du département.**

Part de la population disposant d'une voiture

	QPV 2024	Ensemble commune	Département
Gray	65,0%	71,6%	89,1%
Lure	62,3%	78,1%	
Luxeuil	66,1%	79,1%	
Vesoul	58,0%	70,3%	
Héricourt	78,6%	86,0%	
Ensemble	66,0%	77,0%	

Deux tiers des habitants des QPV de Haute-Saône disposent personnellement d'un véhicule, soit 11 points de moins que sur l'ensemble des communes et 23 points de moins que sur l'ensemble du département.

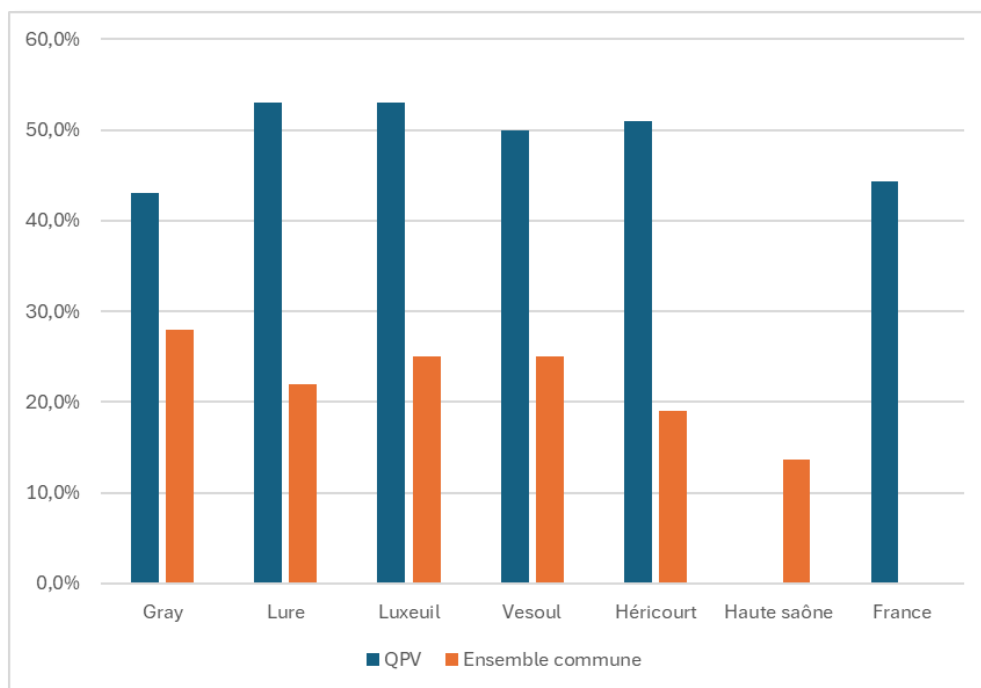
Part de la population sans diplôme



	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV France
Gray	60,2%	39,9%	24,2%	43,7%
Lure	50,1%	29,7%		
Luxeuil	48,6%	25,5%		
Vesoul	52,0%	28,1%		
Héricourt	44,4%	28,8%		
Ensemble	51,1%	30,4%		

La population des QPV de Haute-Saône est **significativement moins diplômée**, par comparaison avec l'ensemble de chaque commune, et surtout de l'ensemble du département (rapport du simple ou double). Cet indicateur montre aussi que la situation est moins favorable dans les QPV de Haute-Saône que sur l'ensemble des QPV, au plan national.

Taux de pauvreté au seuil de 60% ¹²

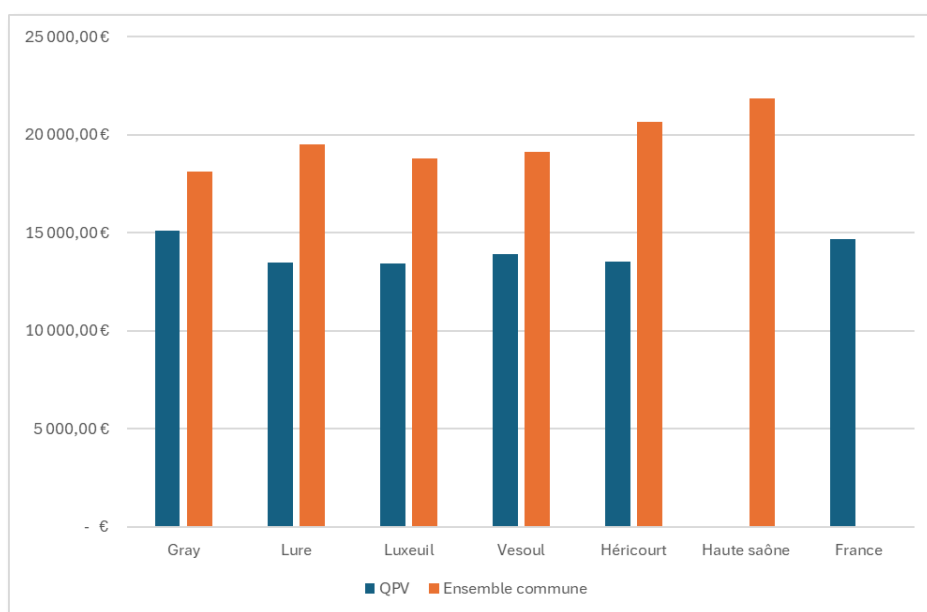


	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV France
Gray	43,0%	28,0%	13,6%	44,3%
Lure	53,0%	22,0%		
Luxeuil	53,0%	25,0%		
Vesoul	50,0%	25,0%		
Héricourt	51,0%	19,0%		
Ensemble	50,0%	23,8%		

La proportion de personnes vivant en deçà du seuil de pauvreté est **deux fois plus importante** au sein des QPV que sur le reste des territoires communaux. C'est presque 4 fois plus si l'on fait cette comparaison avec le département. De plus les QPV de Haute-Saône montrant une situation plus défavorable si on les compare aux autres QPV de France.

¹² Taux de pauvreté = fixé à 60% du niveau de vie médian de la population (1216 € / mois pour une personne seule)

Revenu disponible médian (€) – avec prestations sociales



	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV France
Gray	15 090 €	18 110 €	21 860 €	14 700 €
Lure	13 490 €	19 500 €		
Luxeuil	13 420 €	18 770 €		
Vesoul	13 930 €	19 150 €		
Héricourt	13 550 €	20 650 €		
Ensemble	13 896 €	19 236 €		

Part des prestations sociales

	QPV 2024	Ensemble commune	Département	Ensemble des QPV France
Gray	20,0%	12,8%	5,6%	21,8%
Lure	26,0%	9,1%		
Luxeuil	26,0%	9,5%		
Vesoul	27,0%	10,6%		
Héricourt	23,0%	7,5%		
Ensemble	24,4%	9,9%		

Le revenu disponible médian dans les QPV se situe à **72%** de celui observé sur l'ensemble des cinq communes, 63% si on le compare au revenu médian départemental.

On observe la part importante des prestations sociale (24,4%) dans ce revenu et l'écart important de cet indicateur, rapporté au territoire communal (9,9%) ou départemental (5,6%)

En résumé ...

- Les QPV de Haute-Saône abritent plus de **7900 habitants**, ce sont donc des ensembles à taille humaine (en moyenne 1500 habitants). **La part des jeunes de 11 à 25 ans, cible de cette étude est estimée à environ 1200 personnes ;**
 - Parmi ces jeunes, le nombre de ceux qui ne seraient **ni en emploi, ni en formation** est estimé à environ **380 ;**
 - Bien que la tendance générale soit à un **vieillessement rapide de la population**, les QPV se distinguent encore par un indice de jeunesse nettement plus élevé ;
 - De nombreux indicateurs confirment une **situation économique et sociale dégradée** dans les QPV, en comparaison des autres territoires de vie :
 - Taux de chômage (34,9%)
 - Absence de diplôme (51,1%)
 - Taux de pauvreté (50,0%) ;
 - Les QPV sont les territoires qui regroupent une part significative de la **population étrangère** (18,1%).
- Même si ces données n'apportent pas de surprise, elles permettent de préciser, au travers de quelques indicateurs, la réalité quotidienne des habitants des cinq quartiers prioritaires du département, ainsi que celle des professionnels, des associations qui œuvrent à leurs côtés.

*A noter : Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude comportaient une question sur l'évaluation subjective de la qualité de vie au sein des 5 quartiers. Avec quelques nuances selon les lieux, cette qualité de vie est jugée **satisfaisante (en moyenne 7 sur une échelle de 0 à 10)**, avec des commentaires mettant en avant la taille humaine de ces ensembles, la qualité des relations, la proximité de services, dont des services de santé, un maillage important d'acteurs de proximité et de confiance.*



4 Synthèse des entretiens

4.1 Entretiens avec les acteurs de terrain¹³

Les entretiens, menés de mars à juillet 2025 ont permis de rencontrer et d'échanger avec 71 personnes, professionnels, élus, habitants, responsables associatifs.

Territoire	Nombre de personne rencontrées
AHSSEA	8
Association	10
Centre social	7
CMS	3
CPTS	5
GH70	1
Habitat 70	4
Mission locale	2
Collectivité (agent)	12
EN (Direction)	5
EN (AS)	2
EN (CPE)	3
EN (infirmière)	3
Collectivité (élu)	6
Total général	71

Territoire	Nombre de personne rencontrées
Département	4
Gray	13
Héricourt	13
Lure	16
Luxeuil	12
Vesoul	13
Total général	71

Globalement, les personnes rencontrées affichent un réel intérêt pour le sujet, adhèrent à la démarche, soulignent sa pertinence (observer avant d'agir) et sont demandeuses d'un temps de partage et de restitution. Une part minoritaire d'acteurs n'a pu être approchée, sans qu'il soit possible de savoir s'il s'agissait de manque de disponibilité (organismes en tension sur le plan RH) ou de refus de participer (élu-e-s).

La difficulté majeure rencontrée au fil des entretiens a été de faire la part, pour les interlocuteurs n'intervenant pas uniquement en QPV, des observations concernant spécifiquement les jeunes de ces quartiers et non le public jeune dans sa globalité.

Enfin, dans la lecture du compte rendu qui suit, une précaution s'impose. En effet, les avis, les ressentis font assez massivement référence à des situations préoccupantes, voire alarmantes. Or il faut prendre en compte le fait que les personnes rencontrées sont choisies justement parmi celles qui sont confrontées chaque jour aux difficultés, ce qui induit nécessairement un biais de représentation. Les données présentées ici n'ont donc pas de valeur statistique et ne doivent pas donner lieu à extrapolation. Elles donnent l'image d'une population, vue par celles et ceux qui la côtoient pour apporter leur aide, donc en priorité auprès de celles et ceux qui en ont besoin et dont il est ici majoritairement question.

Comme indiqué dans la trame d'entretien (annexe 1), les questionnements ont été structuré autour de deux thématiques principales : l'état de santé des jeunes et le fonctionnement de l'écosystème des adultes intervenant auprès d'eux.

¹³ Les mots utilisés par les personnes rencontrées sont mis entre guillemets et signalés par un « **code couleur** »

4.1.1 Les appréciations sur les jeunes et leur état de santé

Même si, comme indiqué en préambule, les témoignages font davantage référence à des problèmes, un certain nombre d'observations positives sont avancées. Plusieurs interlocuteurs ont d'ailleurs démarré l'entretien en affirmant que *« les jeunes vont plutôt bien »*, comme pour minimiser les aspects plus négatifs de leur appréciation.

- Plusieurs d'entre eux mettent en avant que le phénomène d'isolement des jeunes (plutôt ici des adolescents) serait moins massif au sein des QPV qu'en milieu rural. Les professionnels qui font ce constat sont ceux qui accueillent des jeunes de tous milieux (établissements scolaires par exemple). A l'appui de ce constat, il est noté que les jeunes des QPV (et essentiellement les garçons) seraient davantage soutenus par le groupe des pairs en cas de difficulté. *« Se sentir faire partie d'une communauté, c'est être rattaché à quelque chose »*. Le groupe joue un rôle de soutien, il semblerait même exister une sociabilité entre pairs parfois plus solide qu'au sein de la famille.
- Au sein des QPV, les jeunes jouiraient de davantage de liberté, ce qui favoriserait une forme d'acquisition plus précoce de l'autonomie. Un « bémol » toutefois, car cette liberté s'exerce dans un périmètre restreint : celui du quartier, ressenti comme un espace sécurisé : *« Tant qu'ils sont dans le quartier, ça va ! »*.
- Même s'il semble que cela doive être modulé selon les quartiers, de nombreux jeunes (garçons) des QPV sont actifs au sein de clubs sportifs (principalement foot), avec un effet positif sur leur comportement, et sur leur état de santé : *« Les gamins qui font du sport vont mieux que les autres »*. Le responsable d'une équipe de foot avance même que *« les jeunes qui sont le plus dans le respect de l'adulte sont des jeunes du quartier »*.
- A l'occasion d'événements exceptionnels, les jeunes (comme les adultes) savent se montrer exemplaires et solidaires. Ce fut le cas à Luxeuil lors du décès d'une fillette tombée du balcon de son appartement en juin 2024.
- Quand les parents sont engagés dans des actions collectives, dans la vie du quartier, leurs enfants ont plutôt tendance à suivre leur exemple. Sur ce volet de la parentalité, dont il sera question plus loin, il est noté que de nombreux parents continuent à *« tenir la barre »*.
- Enfin, même sur certains publics très fragiles comme les mineurs étrangers, venus en France après avoir vécu des situations chaotiques, il est noté qu'ils vont plutôt bien, sécurisés car vivant au sein d'un environnement apaisé et bénéficiant de la satisfaction de leurs besoins essentiels.

De nombreux interlocuteurs, ayant en charge des jeunes de toutes origines sociales et géographiques, s'interrogent sur la question de savoir si les jeunes habitants des QPV seraient plus en difficulté qu'ailleurs. **La tonalité générale de leur réponse serait d'estimer que non**, et même que ces jeunes auraient, davantage que certains jeunes ruraux, des ressources pour affronter les situations problématiques : à la fois en raison d'un maillage d'acteurs socio-éducatifs plus important dans une relation de proximité (voire de confiance), mais aussi du fait d'une plus grande autonomie et du phénomène de soutien par le groupe évoqué plus haut.

Malgré ces appréciations positives et permettant de relativiser, ce qui suit met en avant des difficultés observées dans les domaines suivants :

- Un suivi médical défaillant, d'une manière générale ;
- Un fort sentiment d'injustice, de relégation sociale ;
- Une faiblesse du cadre familial ;
- Un délitement des liens sociaux ;
- Une dégradation de l'estime de soi ;
- Une forte composante d'anxiété ;
- Une surexposition aux écrans ;
- Des addictions en augmentation ;
- Une violence sous-jacente ;
- Des difficultés dans l'accès à l'emploi.

A - Les défaillances dans le suivi médical

Si la problématique n'est sans doute pas spécifique à la population des QPV, une part importante de la population vit **sans couverture médicale**. *« A titre d'exemple, sur le secteur de la CPTS de Lure, 6 000 patients sur 45 000 n'ont pas de médecin traitant »*. Cela est d'autant plus problématique lorsqu'il s'agit d'entrer dans un processus de soin complexe et long. Cet état de fait est la double conséquence d'un **déficit avéré de professionnels de santé**, mais aussi d'une forme de passivité (de fatalisme ?) des patients / habitants, qui ne consultent pas tant qu'il ne devient pas impératif de le faire. **Les délais d'attente** pour une consultation en pédopsychiatrie ou auprès d'un psychologue sont dissuasifs (le délai de 10 à 12 mois a été cité à plusieurs reprises dans les entretiens) et il faut que les parents et les jeunes concernés soient très volontaires (ou que l'accompagnement, s'il y en a un, soit constant) pour maintenir le cap et finir par obtenir une prise en charge. Même si cela n'entrait pas directement dans le champ de l'étude, l'accès insuffisant des jeunes filles aux consultations gynécologiques ou au suivi par le planning familial ont été évoqués lors des entretiens.

Les acteurs du monde de la santé en sont très conscients et perçoivent l'univers de **l'accès aux soins comme fortement dégradé**. Cet état de fait influe aussi sur leur capacité à s'investir, à mieux coopérer : *« Le monde de la santé est trop mal en point pour réussir à ouvrir son champ »*.

Au-delà des difficultés inhérentes au secteur de la santé, un réel frein existe au sein de la population (et particulièrement celle des QPV ?) dans la prise en compte de troubles de santé mentale. Si l'origine de cette défiance est multifactorielle et complexe, le poids de **la culture familiale**, celui de la **religion** semblent avérés. Une forme de « **tabou** » entoure les questions de santé mentale, rendu encore plus hermétique quand la **barrière de la langue** rend difficiles, voire impossibles, les échanges qui permettraient, sinon de les déconstruire, au moins de les minimiser, ou de les contourner. Cela se traduit par :

- Une prise de conscience insuffisante, de la part des jeunes et des familles
- Un manque de volontarisme dans les démarches, voire un refus, pur et simple.

Les conséquences de cet état de fait sont lourdes. **Des troubles ne sont pas détectés** et ne sont donc pas pris en charge. Les professionnels notent ainsi un accroissement de la récurrence des propos suicidaires, notamment chez les jeunes filles. **Certaines pathologies ne sont pas diagnostiquées** et ne sont donc pas soignées, ou, quand elles le sont, l'observance des traitements et des soins n'est pas toujours respectée. Les acteurs de terrain notent ici un accroissement de la fréquence des « passages à l'acte ».

Deux autres conséquences sont évoquées :

- Une forme **d'isolement volontaire** (« *certains jeunes savent se rendre invisibles* »), de la part de jeunes adultes qui souhaitent « sortir des radars » (cela semble particulièrement vrai pour les jeunes qui, une fois majeurs, sortent des dispositifs de l'Aide sociale à l'enfance) ;
- Un risque de **déscolarisation**, à mettre en lien avec la saturation d'établissements spécialisés, ou encore le refus d'accueillir certains enfants jugés trop « difficiles », par exemple en accueil périscolaire.

La question se pose de manière accrue pour les enfants et les jeunes qui souffrent de troubles, mais ne les manifestent qu'à « **bas bruit** » : « *Quand les symptômes sont très bruyants, ça monte, quand les symptômes sont peu bruyants, ça ne bouge pas* ».

Les professionnels présents sur le terrain depuis suffisamment longtemps observent que « *Les enfants non soignés deviennent les adultes à problèmes de demain* ». Il n'a pas été rare, dans les entretiens d'entendre parler de jeunes en difficulté, qui, devenus eux-mêmes parents, sur le même territoire, reproduisent les schémas de **carences de soins** pour leurs propres enfants.

B – Le sentiment d'injustice, de relégation

Les personnes qui travaillent au contact des jeunes témoignent de leur ressenti, fortement impacté par le climat sociétal ambiant. Qu'il soit réel ou supposé tel, l'expression d'un racisme latent a des effets sur les jeunes habitants des QPV, entraînant un **sentiment de rejet** de la part de la société dans laquelle ils vivent et donc **d'insécurité**. « *Ils ont beaucoup de choses dans la tête avec ce qu'il se passe, ils ne se sentent pas aimés* », « *les plus fragiles basculent* ». Le quartier est alors vécu comme un territoire « protecteur », ceci installant de facto une frontière symbolique mais bien réelle entre le « dedans » et le « dehors », entre « eux » et « nous ».

Des conséquences sont visibles sur l'attitude au travail, la scolarisation, **la position de « victime »** étant invoquée pour justifier le **repli sur soi et le retrait (voire la défiance vis à vis) des institutions** (y compris médicales). Ce qui est vécu comme une exclusion a aussi comme effet de voir la religion comme un recours, un refuge, donnant ainsi une place importante à la communauté de ceux qui sont considérés comme des « semblables » et à la figure de personnes influentes, tels les « grands frères ». Ceci peut avoir des conséquences négatives, comme vu précédemment, sur les démarches de soin, quand des arguments culturels ou religieux sont avancés pour **minimiser, voire nier la réalité de troubles de la santé mentale**.

Le présent et le réel n'étant pas désirables, vivables tels qu'ils sont, **des rêves de départ** s'installent, souvent adossés à un idéal de réussite financière assez peu réaliste (par exemple sur des emplois en Suisse, jugés très rémunérateurs). La concrétisation étant assez rarement au rendez-vous, il s'ensuit une forme de cercle vicieux caractérisé, chez de jeunes adultes, par la **frustration et l'inaction**.

C – Le cadre familial

La synthèse des données socio-démographiques le montre, sans surprise, les QPV concentrent de grandes difficultés économiques et sociales. La précarité y est fortement présente, probablement de manière plus dense que sur d'autres territoires où elle est aussi installée (centres ville, milieu rural isolé, ...).

Les difficultés de la vie quotidienne des parents ont un impact certain dans l'éducation des enfants. Il a, par exemple, été signalé que des collégiens arrivaient en cours avec la faim au ventre. D'autres acteurs constatent que, devant la masse des difficultés, « *certaines familles baissent les bras* ». A la précarité économique s'ajoute parfois une forme de **précarité éducative**, avec « *l'absence des codes élémentaires du vivre ensemble* ».

Une forme de reproduction sociale peut s'installer, lorsque des jeunes ayant eux-mêmes vécu des difficultés non résolues deviennent parents. Le **manque de stimulation** pour affronter des situations problématiques a ainsi des conséquences sur les études, l'orientation, l'accès à l'emploi, l'éducation à la santé, ...

Mais, ce qui semble le plus en lien avec l'avènement de troubles de la santé mentale réside peut-être dans la **faiblesse du cadre éducatif**. De nombreux enfants sont livrés à eux-mêmes, sans le recours à un ou des adultes de confiance (« *Des parents sont encore ados dans leur tête* »), sans repères éducatifs (« *Les enfants décident, les parents suivent* », « *des enfants de 5 ans sont encore dehors à 22 – 23h* »). Ne sachant probablement pas comment agir, **certains parents restent dans l'inaction**, même quand ils sont conscients d'un problème.

L'absence ou la faiblesse du cadre peut aussi s'expliquer par des **motifs culturels**, par exemple lorsqu'il n'y a pas l'habitude de repas pris en commun (laissant ainsi libre cours à une alimentation déséquilibrée et potentiellement pathogène), ou encore lorsque la famille considère qu'une fois franchi le passage de l'école au collège, l'enfant est « grand », donc autonome. Enfin, certains acteurs rencontrent parfois une forme de « **défiance** » vis-à-vis des institutions : « *Ce n'est pas à l'école de se mêler de ça* », situation d'autant plus problématique s'il s'agit de la détection de problèmes de santé.

Enfin, le cercle familial est parfois le siège de **relation conflictuelles, voire violentes**. Des enfants, très jeunes, peuvent être les témoins d'une banalisation de la violence entre adultes, qu'elle soit verbale ou physique. Des conflits générationnels peuvent aussi entraîner un manque de liberté de parole et de mouvements, **notamment chez les jeunes filles**.

D – Les liens sociaux

Le quartier, cela a déjà été évoqué, est à la fois une **protection et un enfermement**, même quand il est comme ceux de Haute-Saône, à taille humaine. Les professionnels témoignent du fait que les adolescents et les jeunes adultes qui y vivent ont du mal d'en sortir, davantage par crainte d'un monde « extérieur » jugé hostile, que pour des raisons pratiques de mobilité. Cet entre-soi a aussi pour conséquence de renforcer la place du groupe dans les sociabilités, mais un groupe façonné sur l'identification à un territoire et fonctionnant parfois de manière quasi « clanique », avec une hiérarchie s'installant en jeunes hommes (en lieu et place de relations familiales ?), et façonnant une « norme » de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas, par exemple sur les questions de santé, de sexualité ou encore d'identité.

Ce fonctionnement pose la question de la **place des jeunes filles** dans les relations sociales, ou, plus généralement, des jeunes qui ne sont pas dans les groupes constitués (par choix ou par exclusion). **Le risque d'isolement** est donc bien présent, lorsque le groupe exclut ou que la présence dans l'espace public est remise en cause. C'est un « *retour en arrière* », « *On ne sait pas comment elles vont* ». De nombreux interlocuteurs notent une évolution inquiétante sur ce sujet, et plus globalement dans la relation filles / garçons, avec un renforcement de stéréotypes pourtant combattus au sein des milieux éducatifs.

Les solidarités du quotidien entre habitants semblent aussi évoluer de manière régressive, avec une montée en puissance de l'individualisme, sur fond, parfois, de rivalités entre communautés. « *On met l'individu face à ses problèmes* ». Là encore, le risque d'un recours vers l'isolement est grand, avec les conséquences négatives

que le repli sur soi (parfois tout à fait volontaire car « *certains jeunes savent se rendre invisibles* ») peut avoir en termes de prise en charge médicale ou psychologique, lorsqu'elle est nécessaire. « *Certains jeunes adultes isolés n'ont pas les codes de la vie en société* ».

E – La mésestime de soi

Une **faible estime de soi** est fréquemment citée lorsque les acteurs de terrain parlent de leur public, avec une mention particulière pour **les jeunes filles**. Celles-ci s'affichent davantage sur les réseaux sociaux, y compris de manière extrême, voire dangereuse, pour tenter de donner d'elles une autre image, plus positive selon elles et selon les critères des communautés virtuelles. Un déséquilibre des **comportements alimentaires** accompagne fréquemment la détérioration de l'estime de soi.

Ne pas avoir une bonne image de soi ne favorise pas la capacité à **affronter des situations inconnues**. Ce sentiment négatif, semble-t-il encore plus présent chez les jeunes d'origine étrangère, selon les acteurs de terrain rencontrés, est concomitant avec celui qu'il n'y a **pas d'avenir désirable**. Comme évoqué lorsqu'il s'agissait du sentiment de rejet, cela constitue une justification pour **sortir des « systèmes »**, au premier rang desquels, le système scolaire.

F – Les troubles de l'anxiété

Cela est abondamment documenté dans les études sur la santé mentale, la présence de troubles liés à l'anxiété toucherait plus des 2/3 des jeunes. Sans que l'on puisse affirmer que cette proportion soit aussi celle qui concerne les jeunes habitants des QPV de Haute-Saône, les acteurs de terrain notent une augmentation des **manifestations somatiques** qui sont liées aux situations d'anxiété, s'accompagnant d'un besoin accru de se « **sentir en sécurité** ». Cela se traduit aussi concrètement, pour certains, par des difficultés à être en groupe, ou encore une moindre habileté à résoudre les problèmes de la vie quotidienne.

Il est à noter que les acteurs de terrain rencontrés sont assez unanimes pour dire que les motifs d'anxiété ne sont pas forcément à rechercher dans ce qui fait l'actualité d'un monde inquiétant, mais plutôt dans les **relations du quotidien**, dans la **pression familiale**, ou encore celle du **milieu scolaire**.

G – L'exposition aux écrans et aux réseaux sociaux

Largement documentée aussi par ailleurs, la question de l'exposition aux écrans, en général, et aux réseaux sociaux, en particulier, n'est pas un problème spécifique aux QPV. Il n'empêche que cette thématique est citée dans tous les entretiens et identifiée comme un **problème majeur**.

Le **temps d'exposition** est jugé largement excessif, avec des conséquences sur la faculté de **concentration**, le **manque de sommeil** ou encore le **développement cognitif**. Le développement assez récent des jeux en ligne renforce très nettement cette tendance, qui est aussi l'une des caractéristiques chez de jeunes adultes isolés. Tous médias confondus, l'excès de présence sur les écrans est jugé responsable (en partie) d'un **renforcement de l'isolement** « *On se retrouve moins, mais on communique plus* ».

Sur les réseaux sociaux, plus spécifiquement, le sentiment général est que les algorithmes semblent **renforcer les situations de mal-être** : « *ils deviennent parano, ils ont l'impression qu'on s'acharne sur eux* ».

Chez les jeunes filles, particulièrement exposées au déficit d'estime de soi, comme vu précédemment, les réseaux induisent une « *dictature de l'apparence* », « *l'association mal-être + réseaux est explosive* ».

Autre conséquence : la **parole de l'adulte**, y compris celle de l'enseignant ou du soignant, est relativisée voire contredite, brouillant ainsi la frontière entre ce qui est vrai et ce qui est faux, ce qui réel et ce qui est irréel. « *Les excès sont banalisés* ». De l'avis d'une représentante du secteur médical, cette tendance est inquiétante car elle amoindrit, relativise la portée du discours des professionnels dans un parcours de soin.

H – Les addictions

Autre problématique invariablement citée dans les entretiens : celle des addictions aux produits (alcool, drogues), qui a des conséquences à la fois sur le plan sanitaire, mais aussi d'un point de vue sécuritaire. La consommation d'alcool est jugée, par les professionnels, plus fréquente et plus précoce, y compris chez des pré-adolescents.

Le désarroi des professionnels est palpable vis-à-vis d'une population qui « *dort le jour et vit la nuit* ». Celui de parents aussi quand ils témoignent, par exemple, qu'ils n'ont « *plus le droit de rentrer dans le logement de leur fils* ». A contrario, d'autres parents relativisent, peut-être parce qu'ils sont ou ont été eux-mêmes consommateurs, ou encore parce « *les problèmes d'addictions sont minimisés par la prééminence du business* ».

Conséquence directe des trafics et de consommation de stupéfiants, même si ce n'est pas une exclusivité des quartiers populaires, viennent en corolaire les questions d'endettement (et donc d'anxiété) et de comportements agressifs, voire violents.

I – Les comportements violents

De nombreux interlocuteurs observent une forme de **banalisation** de la violence, qu'elle s'exprime verbalement ou physiquement, à l'encontre de biens ou de personnes. Sur certains QPV, le phénomène est amplifié par des rivalités entre quartiers (cas de l'Aire urbaine, par exemple).

Chez les jeunes, il est noté une « *difficulté à gérer les émotions* », « *une faible prise de conscience de la gravité de certains faits* », et « *un manque général d'empathie* ».

La banalisation de la violence est observée aussi chez **des tout-petits**, avec des enfants parfois exposés, très jeunes à des situations de violence sexuelle. Il est rapporté, sans que l'on puisse quantifier le phénomène, une augmentation de la fréquence de comportements violents de jeunes enfants, même en crèche. « *Ils ont du mal à s'exprimer sans gestes et paroles violents* ».

Comme pour les situations d'addictions, certains parents se réfugient dans le déni, malgré les alertes des professionnels.

Même si la connexion avec les questions de santé mentale ne semble pas évidente, la thématique de l'accès à l'emploi est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens.

En lien, quand même avec des sujets évoqués jusqu'ici, l'isolement, le sentiment d'insécurité ou de rejet, le manque d'estime de soi induisent une **réaction de repli** face à la « dureté » réelle ou supposée du monde du travail, et aux difficultés en général (transport, démarches administratives, etc.). Cette réaction de repli sur soi ... et sur le territoire circonscrit au quartier se traduit par un **manque de mobilité**, un peu pour sortir du quartier, beaucoup pour sortir de la ville. La frontière symbolique évoquée plus haut agit ici comme un **horizon infranchissable**.

Les recherches de stage, puis d'emploi sont parfois cantonnées au quartier, avec des issues très limitées compte tenu du fait que les QPV de Haute-Saône sont davantage des lieux de vie que d'activité économique.

Le manque de réussite dans l'entrée dans la vie professionnelle renforce la mauvaise estime de soi ... mais aussi la concurrence avec des activités illégales.

En résumé ...

A la question : « **comment vont les jeunes ?** » dans les QPV de Haute-Saône, les personnes rencontrées notent bien des aspects positifs, tels qu'une meilleure sociabilité et une relative autonomie des jeunes, grâce au soutien collectif par les pairs, à la participation à des clubs sportifs. Cependant, elles soulèvent aussi de nombreuses préoccupations, notamment un suivi médical inadéquat, un sentiment d'injustice sociale, une défaillance du cadre familial, un isolement social et une détérioration de l'estime de soi, notamment chez les jeunes filles.

Les difficultés spécifiques soulignées incluent un accès insuffisant aux soins médicaux, surtout en ce qui concerne la santé mentale, marqué par des réticences culturelles et un manque de ressources. Il y a un sentiment de relégation, où les jeunes perçoivent le quartier comme un refuge contre une société perçue comme hostile, alimentant un sentiment d'injustice et de marginalisation. Les problèmes familiaux et les liens sociaux affaiblis sont cités comme contribuant à divers défis, y compris des comportements conflictuels, voire violents.

Par ailleurs, l'impact négatif de l'utilisation excessive des écrans et des réseaux sociaux est relevé, ainsi que celui des addictions croissantes aux substances comme l'alcool et la drogue, contribuant elles aussi à l'occurrence de comportements violents. Le sentiment d'insécurité et l'isolement limitent également l'accès à l'emploi, exacerbant ainsi les problèmes d'intégration socio-économique.

Malgré les difficultés observées, la perception générale des jeunes des QPV sur la question de leur santé mentale n'est pas nécessairement plus négative que celle des jeunes en milieu rural, grâce à une infrastructure socio-éducative plus développée et un meilleur soutien par les pairs.

4.1.2 Etat des coopérations entre acteurs et des initiatives

Sur le second volet des entretiens avec les acteurs de terrain, dédié plus particulièrement aux interactions, aux initiatives des structures implantées au sein des QPV, ou œuvrant dans leur périmètre, cinq thématiques peuvent être identifiées pour alimenter les réflexions et se projeter dans de futures actions :

- Des **initiatives** remarquables (et transférables ?)
 - o Dont certaines ne durent pas
 - o Ou qui n'essaient pas sur d'autres QPV
- Des **coopérations** qui fonctionnent déjà (ou ont déjà fonctionné)
- Des **relations compliquées** entre Prévention spécialisée et Centres sociaux ?
- Des professionnels parfois **démunis**
- Une insuffisance de la **culture du résultat**.

A – Des initiatives remarquables ...

Les entretiens ont été l'occasion de faire un état des lieux des actions et projets déjà mis en œuvre ou sur le point de l'être. Les lister ici (liste probablement non exhaustive) permet, a minima, d'en prendre connaissance, au mieux d'imaginer des liens favorisant des synergies futures :

- Dans les collèges, la labellisation « **Cité éducative** » en cours, qui a déjà permis de rassembler les acteurs autour de 3 axes : accompagner, fédérer et émanciper. Les dossiers sont en cours d'instruction par les services de l'Etat ;
- Toujours dans les collèges, un renforcement du travail sur les **compétences psycho-sociales** des élèves, avec des axes importants autour de l'estime de soi, ainsi que des actions autour de la prévention ;
- La mise en place d'un **conseil de jeunes** du quartier du Messier à Luxeuil, avec 10 jeunes assidus et volontaires ;
- Dans les CPTS ...
 - o A Vesoul, des actions de **prévention** menées directement auprès de groupes de jeunes du QPV, en lien avec la prévention spécialisée ;
 - o A Luxeuil, des projets autour de la **mobilité**, dans le but de favoriser les parcours de santé et de permettre les consultations, au-delà du quartier, au-delà du périmètre communal ;
 - o A Héricourt, des **appels à projet** en cours de préparation sur le **sport santé** (pensé comme outil de médiation pour entrer en contact), sur la **médiation** dans le domaine de la santé, et sur la **santé mentale** ;
- Avec l'ARS sur Luxeuil, Addiction France et l'IREPS sur Lure, une montée en compétences d'acteurs de terrain et de familles sur les **compétences psycho-sociales** ;
- Des acteurs qui forment leurs agents en PSSM (**Premiers secours en santé mentale**) ;
- L'organisation par la Ville de Vesoul, en lien avec les acteurs du QPV d'un **forum santé** permettant à l'ensemble des lycéens, mais aussi aux familles, d'avoir un temps accompagné et dédié à la rencontre de professionnels de la santé et de la prévention ;
- Le futur conventionnement entre le Conseil départemental de la Haute-Saône et les centres sociaux incluant une **mission de repérage** des publics nécessitant un accompagnement ;
- L'organisation, à l'initiative du centre social de Lure, d'une rencontre régulière (mensuelle), les « **petits déjeuners des partenaires** », permettant aux acteurs de se connaître, de partager des informations et de coopérer sur des projets. *« Les réseaux se construisent avec des personnes qui se connaissent bien » ;*

- Des coopérations qui s'installent entre agents communaux en charge des QPV : aujourd'hui Gray – Lure – Luxeuil.

Certaines initiatives ou actions ont été citées par les interlocuteurs, mais avec la particularité de leur caractère instable, non pérenne, ou localisé :

- La **présence de psychologues** sur le terrain, même à temps partiel, mais en appui des acteurs de la prévention spécialisée, s'estimant non outillés pour traiter correctement certaines situations ;
- Une présence discontinue d'acteurs locaux tels que la **Maison des Adolescents (MDA)** du fait d'un Turn-over interne important ou de la difficulté à pourvoir des postes. Exemple mis en avant pour illustrer la difficulté engendrée par les interruptions de suivi psychologique auprès de publics pour lequel le lien de confiance et la continuité sont pourtant primordiaux ;
- L'exemple de la **cellule parentalité à Luxeuil**, éphémère regroupement des acteurs de terrain permettant à la fois de mieux se connaître, puis d'agir ensemble autour de projets au bénéfice des publics ;
- La **coordination « Politique de la Ville »**, non installée dans la durée sur certaines communes, freinant ainsi la continuité d'actions, de politiques publiques ;
- L'initiative de la **Mission locale d'Héricourt** sur les questions de santé, fonctionnant avec succès mais ne trouvant pas (ou peu) d'écho pour essaimer sur les autres territoires prioritaires.

B – Les relations entre centres sociaux et éducation spécialisée

« Deux mondes qui travaillent au service des publics sur un territoire, mais qui, dans les faits, communiquent peu voire pas du tout, défendant chacun des cultures, des métiers et des modes d'organisation spécifiques.

Et si les enjeux de société actuels nous convoquaient au rapprochement...

- *L'Education populaire, par ses actions visant l'émancipation des citoyens, participe d'une transformation sociale sans cesse renouvelée ; ses méthodes valorisent les ressources des publics plutôt que de se centrer sur leurs difficultés qu'il faudrait réparer ou compenser. Elle fait de l'animation un média éprouvé au service du développement et du renforcement du lien social...*
- *Le Travail social est aujourd'hui face à la désinstitutionnalisation. Il doit repenser ses pratiques pour s'adapter aux nouvelles conceptions et normes d'inclusion de tous les citoyens, dont ceux qui sont les plus fragilisés, au sein de la société. Ce nouveau contexte engage les professionnels à accompagner les publics à devenir des citoyens acteurs de leur devenir... »¹⁴.*

Cet extrait d'une page du site de Trajectoire formation, organisme de formation de Montbéliard donne le ton. Pensées il y a une dizaine d'année pour faire se rapprocher deux mondes professionnels disjoints, des formations BPJEPS, DEJEPS et DESJEPS accueillent, au sein de mêmes promotions, des stagiaires des deux univers et conduisent à des rapprochements, préludes à des actions concertées au bénéfice des publics.

Sans surprise, les entretiens conduits dans le cadre de cette étude font état, ici aussi, de dissensions profondes (bien qu'à des degrés divers) sur les 5 quartiers populaires entre salariés des centres sociaux et éducateurs de la prévention spécialisée.

¹⁴ <https://www.trajectoire-formation.com/education-populaire-travail-social/>

En tentant de dépasser ce qui peut avoir trait à des difficultés, des incompatibilités personnelles, les constats formulés sont les suivants :

- Il existe une **concurrence** (ou vécue comme telle) sur la « captation » de certains publics, notamment des adolescents ;
- Les discours, entendus de part et d'autre au cours des entretiens, donnent de manière importante le champ à une forme de **disqualification** de « l'autre », délégitimant ainsi ses interventions, ses modalités d'action auprès des publics ;
- Vu de la prévention spécialisée, certains centres sociaux s'accommoderaient trop d'une forme de **communautarisme**, mais aussi d'une **absence de mixité** (mixité de genre et mixité sociale) dans les activités qu'ils proposent.

Concrètement, ces animosités, cette méfiance réciproque conduisent à **limiter les actions communes**, ainsi que les échanges que ces acteurs de terrain pourraient avoir sur des situations nécessitant de la coopération.

C – Des professionnels parfois démunis

Même si le sentiment qui domine lors des entretiens n'est pas la résignation, loin s'en faut, les professionnels témoignent fréquemment de l'impression d'être « **dépassés, sous l'eau** », avec la tentation de « **baisser les bras** ». Dans certaines situations, ils expriment même un sentiment de mise en danger, quand ils rencontrent des situations pour lesquels ils ne sont pas formés et quand la relation prend un aspect conflictuel.

Certains s'autorisent toutefois « **à sortir du cadre pour agir** » (entendre ici le strict cadre de leurs attributions professionnelles, pas le cadre légal). D'autres s'interrogent sur le bon positionnement à adopter lors de demandes d'accompagnement individuel qui ne feraient pas partie de leurs attributions, mettant en avant ici le besoin de formation, de ressources pour comprendre. Et, de manière récurrente, la manière de fonctionner « **en silo** » de chaque profession, structure, dispositif, est vécue comme un empêchement pour mieux agir au service des publics « **Chacun fait le job avec bonne volonté, mais pas assez ensemble** ».

Le constat est fait aussi que les réponses apportées ne sont pas toujours adaptées aux besoins, en partie parce que le temps n'est pas pris d'en mesurer les réalités. « **On s'apprête souvent à donner une solution à quelque chose qui n'est pas situé au bon endroit, il manque des pièces au puzzle** ».

E – La culture du résultat en question

Allant encore plus loin dans cet exercice « autocritique », les acteurs de terrain pointent aussi :

- Le manque de transversalité « **C'est trop cloisonné, pas assez de relations entre acteurs** », « **Des professionnels qui n'ont pas pu, pas su travailler en réseau** » ;
- L'insuffisance de l'évaluation « **Les politiques sociales sont toujours en mouvement, sans consolidation, sans évaluation de l'existant** » ;
- L'absence de formalisation dans les coopérations, trop soumises ainsi aux aléas des changement d'affectation à des postes clé ;
- La multiplication des dispositifs, illustration d'une forme de versatilité des politiques publiques, « **chacun met en place son truc** ».

En résumé ...

Dans le second volet des entretiens, ont été évoquées les dynamiques actuelles des initiatives et interactions entre acteurs des QPV, se concentrant sur quatre thématiques clés :

- **Initiatives remarquables** : De nombreuses actions voient le jour, comme la labellisation « Cité éducative », un conseil de jeunes, des formations sur le développement de compétences psychosociales, ... Toutefois, ces initiatives sont parfois instables et, quand elles réussissent, ne se propagent pas nécessairement à d'autres QPV.
- **Coopérations et relations** : Il existe des tensions entre centres sociaux et éducateurs de la prévention spécialisée, souvent dues à une concurrence perçue sur certains publics et des différences culturelles. Quelques actions ou projets conjoints tentent toutefois de combler ce fossé pour encourager la coopération.
- **Professionnels démunis** : Les travailleurs sociaux décrivent un sentiment d'épuisement et de manque de ressources. Ils travaillent souvent en silos, ce qui fragilise les actions collectives malgré la volonté de certains acteurs de sortir du cadre strict de leurs fonctions pour mieux aider.
- **Culture du résultat** : Il y a un manque de transversalité et d'évaluation dans les pratiques, avec des coopérations souvent informelles et sujettes aux changements de personnel. Il en résulte une politique sociale perçue comme désorganisée et changeante.

Dans l'ensemble, les acteurs de terrain soulignent la nécessité d'une meilleure synergie et coordination entre les différents acteurs pour maximiser l'impact des politiques sociales dans ces territoires.

4.2 Entretiens avec des jeunes

Les éducateurs de prévention ont réalisé du 2 au 17 juillet, **27 entretiens, parfois individuels, parfois en groupe** : 5 sur Gray, 7 sur Vesoul, 5 sur Vesoul, et 10 sur Héricourt (voir trame de l'entretien en annexe 2). 10 filles et 17 garçons âgés de 11 à 19 ans (en moyenne 16 ans et demi) se sont prêtés à l'exercice. Sur le site de Lure, cela s'est fait avec la complicité du Club ados des Francas.

A – Le regard des jeunes sur ce qui va bien

La **notion de réussite** est largement connotée au fait d'arriver à gagner de l'argent (parfois même beaucoup d'argent). Mais la valeur de l'effort, la compétition, l'obtention de diplôme, le fait d'arriver à réaliser des objectifs que l'on se fixe reviennent souvent dans les témoignages.

Ces jeunes trouvent facilement à parler de ce dont ils sont fiers :

- De leurs **réussites** (scolaire, sportive, dans le monde du travail, ou simplement d'avoir réussi à réaliser des choses difficiles, à progresser, ...) ;
- De leur **famille, de leur quartier, de leur religion** ;
- Des **solidarités** qui prennent place dans leur vie quotidienne.

Leurs motivations se trouvent beaucoup dans l'idée que le travail puisse conduire à réussir (et donc à l'obtention de salaires importants). Mais il est aussi souvent question de rendre **fiers les parents**.

B - ... et sur ce qui va moins bien

Les jeunes interrogés sur les problèmes qu'ils rencontrent (ou pourraient rencontrer) dans leur vie s'expriment sur :

- La **peur de l'échec**, en général ;
- Les reproches qui leur sont faits par la famille ou leur entourage : la **crainte du regard des autres**, la peur du jugement, le manque de compréhension ;
- La **pression du milieu scolaire**, et notamment le stress qui accompagne les examens, l'orientation ;
- Ce qu'il se passe **dans la société** : les guerres (et en particulier la situation en Palestine), le racisme, l'islamophobie, la crainte de manque de travail (et donc d'argent).

Un cran au-dessus de ces appréhensions générales, **certains redoutent l'avenir** (ne pas avoir d'enfants, ne pas obtenir son diplôme, la peur de grandir, de perdre ses proches, la maladie et la mort, la guerre, la crise écologique, le monde du travail, la solitude, ...). **Les violences** sont citées plusieurs fois, dont les violences racistes, empêchant d'aller seul ailleurs (hors du quartier), celles aussi qui s'expriment sur les réseaux ou encore celles qui sont le fait d'autres jeunes dans le quartier. La crainte de **décevoir ses parents** revient parfois dans la bouche de ces adolescents et jeunes adultes.

C – Regards sur le lieu de vie, le quartier, la ville

Les avis sont contrastés sur cette question, car de nombreux facteurs influent sur cette perception, très personnelle.

Certains jeunes **s'y trouvent très bien**, et expriment même une certaine fierté d'y habiter.

Pour d'autres, le **sentiment d'insécurité** domine, ou l'appréciation d'un habitat bruyant, peu agréable, y compris dans les aménagements extérieurs. Le manque de commerces ou d'équipements est parfois mis en avant. De manière marginale parmi les jeunes filles interrogées, certaines expriment leur difficulté à pouvoir aller « dehors » normalement.

Les appréciations sur la ville, au-delà du quartier, sont plus unanimes, **généralement négatives**, et mettant en avant le peu de choses qu'il y aurait à y faire en termes de divertissement, d'animations. Le manque de transport est cité à plusieurs reprises.

D – Le relationnel

Les jeunes rencontrés dans le cadre de cette étude font très souvent état de **bonnes, voire très bonnes relations avec leurs parents** (ce qui est sans doute à relier avec la volonté de nombreux jeunes de les rendre

fiers d'eux-mêmes). Plus rarement, sont cités des manques de compréhension, une pression exercée au quotidien, des problèmes financiers.

Avec les autres jeunes, les avis sont partagés. Peut-être faudrait-il en savoir davantage sur la position de chacun au sein (ou à l'extérieur) des groupes constitués. Certains (dont l'un dit aussi assumer une position de leader) jugent très bonnes les relations avec leurs pairs. Pour d'autres, même s'il s'agit « d'amis », c'est « plus compliqué », avec des blagues qui font mal, des moqueries pour attirer l'attention, des reproches sans qu'on sache pourquoi. Une troisième catégorie assume le fait de ne pas avoir de relations du tout avec les autres jeunes, que ce soit avec les jeunes du quartier ou avec les autres.

Les réponses sont parfois manquantes sur la question de la relation avec les adultes, en général. Quand elles s'expriment, celles-ci sont **plutôt positives**, que ce soit en direction du monde enseignant (même si certains témoignent d'attitudes blessantes), d'autres parents. Certains jeunes mettent en avant l'exclusivité d'une bonne (voire excellente) relation avec un petit nombre d'adultes de confiance : la mission locale, l'éducateur de prévention, ...

E – Les questions de santé

Les adolescents et les jeunes qui ont participé à ce travail s'estiment en très grande majorité **en bonne santé**.

Malgré cette appréciation générale rassurante, des mots sont lâchés, sans forcément les commenter ou les approfondir : fatigue, stress (même pour des choses futiles), état dépressif, manque de sommeil, alimentation « anarchique ». Les jeunes expriment aussi leur difficulté à parler lorsque c'est « **à l'intérieur** », quand il s'agit de « **sentiments** » : « *Quand on stresse, on est seule* », « *t'es seule, et c'est plus difficile à surmonter* ».

Les délais très longs de prise en charge sont bien identifiés par les jeunes, de même que la difficulté à voir certains praticiens (dentistes notamment), ou encore celle des moyens de transport pour y accéder.

A noter : le centre social de Lure conduit actuellement un travail avec des adolescents sur la question de la santé mentale, avec des rencontres de professionnels sur la base d'un questionnaire qu'ils ont eux-mêmes conçu. Le bilan de cette action sera à partager lors du temps de restitution de la présente étude.



En résumé ...

Des entretiens ont été conduits par les éducateurs de prévention auprès de 27 jeunes âgés de 11 à 19 ans, habitants des QPV de Haute-Saône. Les thématiques suivantes ressortent fortement des échanges :

- **Réussites et fierté** : Les jeunes associent la réussite à l'acquisition d'argent et au respect de leurs objectifs, valorisant l'effort, la réussite scolaire ou sportive, et la fierté de l'appartenance à une famille et à sa culture.
- **Difficultés et inquiétudes** : Ils évoquent la peur de l'échec, le jugement familial, le stress scolaire, et des sujets socio-politiques comme la guerre et le racisme. Ils craignent l'avenir, citant la solitude, le manque d'opportunités, et les discriminations.
- **Perception du quartier et de la ville** : Certains jeunes sont fiers de leur quartier, tandis que d'autres déplorent l'insécurité, le bruit, et le manque d'équipements. Globalement, la ville est perçue négativement, avec peu de possibilités de divertissement et des transports insuffisants.
- **Relations interpersonnelles** : Les relations familiales sont souvent bonnes pour les jeunes interrogés, malgré quelques tensions. Entre pairs, les expériences varient de solidaires à plus conflictuelles. Le rapport aux adultes, bien que rarement commenté, est généralement positif pour les figures de confiance.
- **Santé** : Bien qu'ils se disent en bonne santé, les jeunes mentionnent des problèmes comme le stress et la fatigue. Ils ressentent des difficultés à exprimer leurs émotions et notent des délais longs pour accéder aux soins.



5 Les principaux enjeux

Au terme d'un tour du département, vu par le prisme de ses cinq quartiers populaires, et après avoir écouté les personnes qui œuvrent chaque jour auprès des publics adolescents et jeunes adultes, ainsi que des jeunes eux-mêmes, témoins directs de leur époque et de leur lieu de vie, il est possible de formuler ce qui apparaît comme les principaux enjeux en lien avec la santé mentale des 12 – 25 ans. Une partie de ce qui apparaît ici n'est pas spécifique aux QPV et pourrait aussi, peut-être, alimenter les réflexions sur la santé mentale des jeunes sur d'autres territoires.

Ils peuvent être synthétisés autour de **9 thématiques complémentaires** :

- **L'installation des dispositifs et des projets dans la durée :**
 - Parce que les troubles de santé mentale sont des **affections de longue durée**, parfois chroniques ;
 - Parce que leur prise en charge nécessite **un temps long**, à la fois dans la phase de diagnostic, puis dans la mise en place de soins ;
 - Pour agir efficacement et avec persévérance sur la **prévention** ;
 - Pour agir efficacement et avec persévérance dans le **soutien à la parentalité** ;
 - Pour que le **lien de confiance** avec les habitants puisse s'installer et durer.
- **Le renforcement de la médiation :**
 - En **accompagnement** des démarches médicales ;
 - En aidant à lever des freins, notamment ceux liés à la **mobilité** ;
 - En soutenant la **régularité**, le suivi des démarches, souvent longues ;
 - En **dédramatisant**, et **déstigmatisant**, pour renforcer l'acceptation culturelle des troubles de la santé mentale ;
 - En installant l'indispensable **lien de confiance** ;
 - Pour « **aller vers** » ;
 - Pour ne **médicaliser** que ce qui doit l'être ;
 - Pour aider les professionnels de santé à mieux prendre en considération **les réalités sociales**, les déterminants sociaux et territoriaux ;
 - Pour aider les publics à mieux entrer dans une **démarche responsable**, dans une logique de **libre adhésion**, ce qui suppose :
 - De fixer le **cadre professionnel** des médiateurs : jusqu'où aller ?
 - De développer une **culture commune** de l'accompagnement ;
 - De poser une définition commune de ce qu'est **l'intérêt supérieur de l'enfant**.
- **Le décloisonnement entre les acteurs (de bonne volonté) sur un même territoire :**
 - Pour simplement se **connaître** et identifier les champs d'action, les compétences ;
 - Pour se reconnaître en tant qu'**acteurs légitimes**, se respectant, et ne disqualifiant personne, par principe ;
 - Pour partager les **valeurs du service public**, en se conformant à des règles éthiques et déontologiques communément admises et adoptées ;
 - Pour dépasser le stade de bonnes ou mauvaises relations interpersonnelles, et en formalisant les relations partenariales avec des **chartes**, des **conventions**, régulièrement revues et diffusées ;
 - Pour mieux **individualiser** les parcours de suivi et d'accompagnement ;

- Pour mieux **repérer** les situations nécessitant une aide, quelle qu'elle soit ;
 - Pour **faire réseau**, au bon échelon territorial, et, le cas échéant pour faire essaimer les réussites d'un territoire à l'autre ;
 - Pour mettre ensemble au travail, de manière formelle et informelle¹⁵, l'acquisition des **compétences psycho-sociales** nécessaire au bien vivre ensemble, auprès des jeunes (et des moins jeunes) ;
 - Pour **lever les freins** à certains projets (« *seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* ») ;
 - En instaurant des **temps de rencontre** ;
 - En se **formant ensemble** ;
 - En concevant un **pilotage local** légitime et reconnu, coanimé, coconstruit.
- **La place des jeunes filles dans la cité** et la meilleure prise en compte de problématiques qui leur sont spécifiques.
 - **La nécessité (et l'urgence) de sensibiliser tous les parents** aux conséquences des conduites à risque (exposition aux écrans, addictions, isolement des jeunes filles, ...) ... et de les associer autant que faire se peut à tout processus d'amélioration des dispositifs de santé.
 - **La nécessité de former et qualifier les acteurs de terrain** :
 - Pour connaître et objectiver les problèmes ;
 - Pour mieux connaître les publics et leur culture ;
 - Pour être davantage légitimes à agir ;
 - Ensemble : pour créer des situations d'échanges interprofessionnels.
 - **L'opportunité de la mise en place des Cités Educatives** pour mettre au travail collectivement au sein de la communauté éducative locale, la question de la pression scolaire, mais aussi celle du décrochage et de l'échec.
 - **La nécessité de toujours bien identifier les besoins avant d'allouer les moyens**
 - En capitalisant sur des actions de veille et d'observation, au niveau local et départemental
 - En faisant des processus d'évaluation un outil au service des acteurs de terrain.
 - **L'opportunité de nouer de nouvelles alliances**, notamment pour dépasser les blocages d'origine culturels ou religieux.

La difficile question de **l'accès aux soins du fait de la pénurie en personnel de santé** est aussi un enjeu majeur, mais les acteurs socio-éducatifs, parties prenantes des suites qui seront données à ce diagnostic ont peu, voire pas du tout, de prise sur cette réalité, qui est à la fois du ressort des professionnels de santé eux-mêmes et des politiques publiques.

¹⁵ Définition des trois formes d'éducation formelle, non formelle et informelle <https://www.coe.int/fr/web/european-youth-foundation/definitions>

6 – Des pistes et des orientations pour agir

La ligne directrice principale pour la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé mentale des jeunes dans les QPV de Haute-Saône pourrait résider dans **la mise en réseau des acteurs locaux**, sous l'impulsion d'un ou plusieurs pilotes (Etat, communes ou communautés de communes, ... ?), déléguée ou non, et à l'échelle de chaque quartier.

En effet, aucun des enjeux mis en avant par le diagnostic, par nature pluridisciplinaires, ne relève spécifiquement d'un seul acteur de terrain. L'équipe de prévention spécialisée met en avant aussi le bénéfice qu'aurait un travail concerté pour permettre de toucher tous les publics, ou de tendre vers cet objectif.

Les sujets auxquels des coopérations renforcées devraient permettre de concevoir et mettre en œuvre des réponses, face à une dégradation de la santé mentale des jeunes, ne manquent pas, le diagnostic permet de les nommer, de les préciser :

- Les freins culturels, linguistiques, sociaux et les tabous entourant les questions de santé mentale ;
- La détection des troubles nécessitant une prise en charge, médicale ou non ;
- L'accompagnement vers le soin, si nécessaire et le soutien dans l'observance ;
- L'estime de soi, la place des jeunes des quartiers dans la société, et en particulier celle des jeunes filles ;
- Le travail sur les compétences psycho-sociales ;
- Le lien avec l'école (réussite scolaire, décrochage, ...) ;
- La prévention des conduites à risque, incluant l'usage non raisonné des outils numériques ;
- Le soutien à la parentalité, pour rendre les actions de prévention et les parcours de soin plus efficaces ;
- La participation des habitants eux-mêmes (jeunes et moins jeunes) aux dispositifs qui les concernent ;
- ...

Travailler en réseau commence par l'identification des parties prenantes, préalable à une interconnaissance plus fine : qui fait quoi ? Comment ? En direction de quels publics ? Avec quel cadre, quelles limites éthiques et professionnelles ? Avec quels moyens ? ... Chaque quartier pourrait donc se doter **d'un répertoire des acteurs de terrain**, mis à jour au gré des changements de personnes, de l'arrivée de nouvelles structures ou de leur départ. Ce travail de diagnostic en donne un premier aperçu (cf. en annexe la liste des personnes rencontrées) : prévention spécialisée, centre social, collège, médiateurs sociaux, élus et agents en charge du QPV, Centre médico-social, mission locale, Maison des adolescents, associations locales, accueils de jeunes, Communauté professionnelles territoriales de santé, Habitat 70, conseil citoyen (quand il est actif), ... Il est possible que cette initiative se croise avec d'autres projets déjà en cours (Projet RGT porté par le Département ?). Il sera donc nécessaire de s'assurer, dans un premier temps de l'existant afin de le compléter, si besoin, et de le porter à la connaissance des acteurs de terrain.

Mais au-delà de l'identification formelle, **il s'agit de faire vivre, d'animer un groupe de professionnels ou d'acteurs bénévoles** qui pourront, de manière volontaire, partager des informations, négocier des points de vue communs puis entrer en action, à l'initiative de l'un ou de l'autre, selon les possibilités, les envies de chacun, et les priorités définies collégialement. Une telle animation ne va pas de soi, tant les habitudes de fonctionnement en chapelle ou en silo sont fortes et ancrées dans les habitudes professionnelles. Mais c'est pourtant probablement le moyen le plus efficace pour assurer « **le dernier kilomètre** » dont il était question en préambule de cette étude.

Instaurer de manière officielle un travail en réseau pourrait aussi avoir trois conséquences majeures :

- **La formalisation** de ce qui repose aujourd'hui sur de bonnes (ou mauvaises) volontés individuelles. Le facteur humain est bien entendu à privilégier, mais il ne saurait suffire. A minima, une charte devra poser les règles de fonctionnement des réseaux locaux.
- **La robustesse** d'une telle méthode de travail face aux aléas des changements de personne au sein des structures, mais aussi à celle des politiques publiques, ou des défaillances temporaires de l'un ou l'autre des acteurs.
- **La potentialisation** des nombreuses actions et projets déjà portés par certains acteurs ou en préparation, en évitant les concurrences, en optimisant l'utilisation des ressources humaines et financières et en favorisant l'essaimage de ce qui réussit.

La question de l'impulsion et du maintien dans la durée d'une telle dynamique semble fondamentale, car l'un des enjeux majeurs réside dans **l'installation des dispositifs dans un temps long**.

Peut-elle être le fruit d'une initiative associative, celle de l'AHSSEA par exemple, soutenue ensuite, spécifiquement sur cet objet par ses financeurs ? Sans cette reconnaissance formelle, il ne pourrait y avoir de légitimité à agir. Sans cette reconnaissance fonctionnelle, il ne saurait y avoir de moyens à allouer à de l'animation de réseau.

Doit-elle plutôt prendre la forme d'une politique publique, portée conjointement par la préfecture (pilotage départemental) et les communes (pilotage local) ?

Même s'il ne s'agit pas ici de répondre de manière définitive à ces questions, il est néanmoins possible de formuler une proposition en envisageant ce qui paraît le plus soutenable et le plus légitime : **une coordination locale portée par un élu**, avec l'appui des services communaux (ou intercommunaux) et d'une ingénierie départementale. Un exemple de mode de fonctionnement d'un réseau local est proposé en annexe, afin d'aider au démarrage et de poser des bases qui pourront ensuite être adaptée aux besoins et réalités de chaque réseau local. Une sensibilisation des élus en ce sens pourrait être faite avec l'appui des associations de maires, car il doit s'agir d'une démarche volontaire et portée par l'ensemble de la collectivité.

Les réunions de restitution du diagnostic s'inscriraient alors dans une stratégie de sensibilisation des acteurs et marqueraient le démarrage d'une dynamique locale.

Enfin, la question de la prise en compte de tous les jeunes, au-delà des QPV, est revenue de manière récurrente dans les entretiens, ce qui n'est pas surprenant dans un département essentiellement rural. Pour nombre d'interlocuteurs, œuvrant sur des territoires incluant aussi des zones rurales ou des centres-villes, il a été difficile de cibler spécifiquement les jeunes des quartiers populaires. A ces interrogations, il peut être répondu que les observations faites ici peuvent en partie être transposées à d'autres territoires. De même, les pistes d'action possibles, ciblant tout particulièrement la mise en réseau des acteurs peut trouver des déclinaisons sur d'autres espaces que ceux de la politique de la ville.

En résumé ...

Les suites à donner au diagnostic relèvent surtout d'une coordination des actions et d'une animation de réseau à l'échelle de chaque QPV, au moins autant sur les questions socio-éducatives que purement médicales. Les sujets à traiter sont évoqués dans la partie 5 « enjeux », mais les priorités peuvent varier d'un quartier à l'autre et seront laissées à l'appréciation des acteurs de terrain. De même, ces derniers auront à s'entendre sur les modalités de mise en œuvre des actions, certaines d'entre elles étant déjà en cours de réalisation ou en projection. La question de la légitimité à agir en tant que coordinateur est centrale et devra faire l'objet d'un consensus au niveau des pilotes départementaux et locaux. Un pilotage par des élus locaux volontaires semble remplir ces conditions, précédée d'une étape de sensibilisation des acteurs. Une telle organisation de coopérations pourrait aussi être bénéfique à d'autres territoires, par l'essaimage de bonnes pratiques mise en œuvre au sein des QPV.

7 - Pour conclure

En juin 2025 le Conseil économique social et environnemental (CESE) a remis un rapport sur la santé mentale des jeunes ¹⁶, rédigé par un panel citoyen composé de 20 jeunes âgés de 12 à 18 ans. Ce travail, structuré autour de 3 thématiques prioritaires (l'environnement personnel, les discriminations et le jugement, le système scolaire) apporte des propositions concrètes qu'il sera utile de partager entre acteurs de la communauté éducative, car cette parole a le mérite d'être celle des personnes dont on parle, mais qu'on n'écoute pas toujours. Par bien des aspects, les conclusions et les propositions de ce rapport font écho au travail présenté ici.

De son côté, le Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale lors de son colloque organisé le 9 novembre 2017 à Amiens mettait en avant 4 enjeux majeurs sur la santé mentale dans les QPV :

- Repérer les personnes en souffrance et les orienter vers une prise en charge adaptée ;
- Lutter contre la stigmatisation et les discriminations liées à la santé mentale ;
- Promouvoir une bonne santé mentale ;
- Agir sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale (cadre de vie, logement, emploi, éducation, sécurité, animation et lien social, ...).

Même si ces enjeux sont plus généraux que ceux que nous avons dégagés ici, et ne s'adressent pas spécifiquement aux adolescents et aux jeunes adultes, ils viennent en partie conforter nos propres observations.

Confronté ou conforté par les travaux conduits ailleurs sur le même objet, le travail présenté ici a aussi un double intérêt :

- **Produire un état des lieux à l'usage des acteurs de terrain**, afin d'aider à la mise en place d'actions, de projets qui répondent le mieux possible à des besoins qui sont, par nature, fluctuants ;
- **Intégrer ces acteurs dans une dynamique** : le seul fait, du point de vue de l'AHSSEA, d'avoir pris le temps d'écouter, valoriser les avis et les témoignages est un signe d'ouverture ; du point de vue des interlocuteurs, avoir participé à ce travail est le signe d'une volonté de partage et de coopération.

¹⁶ [Santé mentale des jeunes : un rapport par les jeunes | Le Conseil économique social et environnemental](#)

Bibliographie, sitographie

Rapport d'information « Santé mentale et psychiatrie, pas de grande cause sans grands moyens » Commission des affaires sociales, Sénat, 25 juin 2025

<https://www.senat.fr/rap/r24-787/r24-787-syn.pdf>

La santé mentale dans la cité, des repères pour comprendre, des exemples pour agir

Ministère des solidarités et de la santé, Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale, Psycom, Association des maires de France, novembre 2021

https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_BROCHURE_SANTE_MENTALE_DANS_LA_CITE_VF.pdf

Santé mentale des jeunes accueillis en mission locale – Analyse comparée avec la santé mentale des étudiants de licence

ORS CREA Normandie, juin 2024

https://orscreainormandie.org/wp-content/uploads/2024/07/ESML_Analysecomparee_Santementale.pdf

Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes

Béatrice Lamboy, Juliette Clément, Thomas Saïas, Juliette Guillemont, INPES, Santé publique, Volume 23 décembre 2011

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-113?lang=fr>

Jeunes et santé mentale : ressources et appropriations

Coordonné par Ivan Garrec et Arthur Vuattoux, INJEP Revue Agora N°97, Juin 2024

<https://injep.fr/publication/jeunes-et-sante-mentale-ressources-et-appropriations/>

Enfants et écrans : à la recherche du temps perdu

Elysée, rapport de commission d'enquête, avril 2024

<https://www.elysee.fr/admin/upload/default/0001/16/fbec6abe9d9cc1bff3043d87b9f7951e62779b09.pdf>

Le dispositif de médiation santé au sein des quartiers prioritaires politique de la ville des HDF

ARS Hauts de France, juillet 2025

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-dispositif-de-mediation-sante-au-sein-des-quartiers-prioritaires-politique-de-la-ville-des-hdf>

Les médiateurs santé en quartier politique de la ville

ARS Hauts de France, bilan 2024

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/140681/download?inline>

Santé mentale des jeunes, rapport du panel citoyen composé de 20 jeunes âgés de 12 à 18 ans

CESE, juin 2025

[Sante-mentale-jeunes-rapport-des-jeunes.pdf](https://www.cese.fr/rapports-et-etudes/sante-mentale-jeunes-rapport-des-jeunes.pdf)

Santé mentale et bien-être des jeunes : un enjeu de société

Avis du CESE, Octobre 2025

[La santé mentale et bien être des enfants et des jeunes : un enjeu de société | Le Conseil économique social et environnemental](https://www.cese.fr/rapports-et-etudes/sante-mentale-et-bien-etre-des-jeunes-un-enjeu-de-societe)

Santé mentale des jeunes de l'hexagone aux outre-mer, cartographie des inégalités

Mutualité française, Institut Montaigne, Institut Terram, septembre 2025

<https://www.mutualite.fr/communiqués-de-presse/sante-mentale-des-jeunes-de-lhexagone-aux-outre-mer-cartographie-des-inegalites/>

Appuyer le développement et accompagner le bon fonctionnement des CLSM en France

Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de Santé Mentale

<https://ressources-clsm.org>

Annexe 1 : trame d'entretien acteurs de terrain

Diagnostic territorial

La santé mentale des jeunes dans les QPV de Haute-Saône

Trame d'entretien

Madame, Monsieur,

Nous allons nous rencontrer prochainement pour évoquer ensemble la question de la santé des jeunes dans les quartiers populaires de la Haute-Saône, intégrés à la Politique de la Ville.

A l'origine de cette rencontre, L'AHSSSEA a répondu à un appel à projet de la Préfecture de Haute-Saône, dans le cadre de son plan d'actions sur la politique de la Ville. L'action, intitulée « **Assurer le dernier kilomètre avec les plus jeunes et les professionnels de santé mentale** », se donne pour objectifs de « mener une étude argumentée et documentée des difficultés d'accès au soin dans les QPV de Haute-Saône, mais aussi de recenser l'ensemble des moyens disponibles (professionnels de santé, organismes...) et de construire une plaquette de communication la plus complète et la plus pratique possible contextualisée à chacun des QPV et diffusable auprès des publics jeunes. Une attention particulière sera portée à la santé mentale des jeunes, le harcèlement, la violence, les addictions et le risque suicidaire ».

Afin de faire de notre temps d'échange un moment le plus riche possible, sans abuser de votre disponibilité, je vous soumetts en amont la trame qui guidera l'entretien.

1 Présentations

- Rappel des objectifs de l'enquête (champ social et éducatif), public cible 12 – 25 ans, territoire, temporalité, ...
- Votre place et vos interventions au sein du QPV

2 Regards généraux sur la jeunesse du QPV

- Ce qui est, selon vous, motif de satisfactions ?
- Ce qui est, selon vous, motif d'inquiétudes ?
- Sur une échelle de 0 (la pire possible) à 10 (la meilleure possible), votre perception de la qualité de vie des jeunes habitants du QPV ?

Version du 14 avril 2025

3 Les problématiques de santé observées chez les jeunes du QPV

- En général

- Plus spécifiquement sur la santé mentale
 - Préciser lesquelles sont observées

 - Donner un avis sur :
 - Les causes pressenties

 - L'évolution sur les dernières années

 - La prise en charge, l'accès aux soins

4 Les réponses aux besoins (sur la santé mentale), en distinguant ce qui a trait aux attentes des jeunes et à celles des acteurs de terrain

- Ce qui est déjà fait

- Ce qui devrait / pourrait être fait

- Avis sur les coopérations / alliances / partenariats dans ce domaine et sur ce territoire

5 Autres avis ou informations

Version du 14 avril 2025

Annexe 2 : trame d'entretien jeunes

Diagnostic territorial

Trame d'entretien avec les jeunes

Commencer par dire dans quel cadre ce recueil de parole intervient : une étude sur la jeunesse dans les quartiers populaires de Haute-Saône et sur les questions de santé qui les touchent. L'avis des premières personnes concernées est important. Ce que ces jeunes ont à nous dire, dans un cadre sécurisé et confidentiel, sera pris en compte. Bien entendu à chacun d'adapter les questionnements en fonction du groupe.

Un point important dans cet échange : il est demandé aux jeunes qui s'expriment, de le faire en parlant **de leur propre point de vue, mais aussi de parler de leurs pairs, de ceux qui ne sont pas autour de la table, des « autres jeunes »**, même s'ils ne les fréquentent pas directement. Sur cela, il sera sans doute important pour l'interviewer de distinguer ce qui ressort de l'avis personnel ou du regard général sur les autres.

Préciser :

Nombre de jeunes →

Tranche d'âge →

Filles/garçons →

Cadre de vie, bien être ?

Ce qui va bien dans leur vie d'ados

- Les réussites, c'est quoi exactement ?
- Qu'est-ce qui les anime, les motive ?
- Un truc ou des trucs dont ils-elles sont fier-e-s

• Ce qui va moins bien ... ou ce qui empêche de sentir bien, d'être bien

- Les problèmes c'est quoi exactement ?
- Un truc ou des trucs qu'ils-elles redoutent

- Leur quartier : comment le vivent-ils – elles ?

- Leur ville : comment la vivent-ils – elles

Les relations ?

- Avec les parents ?
- Avec les autres jeunes ?
- Avec les autres adultes (lesquels ?) ?

Sur les questions de santé

- S'estiment-ils elles en bonne santé ?
 - Si non, ou pas franchement oui : nature des problèmes ?
- Quand il y a des soucis de santé, sont-ils pris en charge correctement ?
- Pour tous les problèmes de santé ?

D'autres choses à nous dire ?

Annexe 3 : liste des personnes et structures interrogées

Gray

- Centre social Cap Gray : directrice
- Club sportif : entraîneur équipe ados
- Collège Romé de l'Isle : principale, conseillère principale d'éducation
- Habitat 70 : responsable agence
- Commune : responsable chargé de la politique de ville, adjoint au maire, adulte relais
- AHSSEA : éducatrice de prévention
- CMS : directeur
- Lycée Fertet : proviseur, proviseure adjointe, infirmier scolaire

Héricourt

- Mission locale : directrice, conseillère
- Commune : conseiller municipal, habitant du quartier des Chenevières
- Collège Pierre et Marie Curie : principal, principale adjointe, conseillère principale d'éducation, assistante sociale, infirmière scolaire
- AHSSEA : 2 éducateurs de prévention
- CPTS : chargée de mission, coordinatrice
- Centre social Simone Signoret : directeur
- Habitat 70 : responsable agence

Lure

- AHSSEA : éducateur de prévention
- Habitat 70 : directrice d'agence
- Commune : adjoint au maire, adulte relais
- Communauté de Communes : vice-présidente enfance, directeur du pôle familles loisirs et culture
- Réseau JJ : responsable du pôle de Lure
- CMS : directrice
- FRANCAS : directrice pôle ados
- Centre social Schlottter : animateur ados, médiatrice sociale
- Collège Albert Jacquard : 2 conseillères principales d'éducation, infirmière scolaire, assistante sociale
- Maison des adolescents : psychologue

Luxeuil-les-Bains

- CPTS : directeur, infirmière stagiaire, assistante administrative
- Centre social Taiclet : directrice, directeur adjoint
- Commune : directeur de pôle, adjoint au maire, adulte relais, médiateur social, animatrice instances participatives
- CMS : directrice
- Maison des adolescents : psychologue

Vesoul

- Amicale laïque des Rêpes et du Montmarin : directrice
- CPTS : chargée de mission prévention
- Centre social Espace Villon : directeur, chargé de mission politique de la ville, adulte relais médiateur social
- Commune : adjoint au maire
- AHSSEA : 2 éducateurs de prévention
- Habitat 70 : responsable d'agence
- AAMI 70 : directrice, président
- Réseau IJ : animateur
- Croix Rouge : présidente

Département

- AHSSEA : directrice pôle protection de l'enfance, coordinateur des éducateurs de prévention
- Centre de psychiatrie infanto juvénile, hôpital de jour de Vesoul : pédopsychiatre
- Maison des adolescents : directrice

Annexe 4 : Eléments de fonctionnement d'un réseau local ¹⁷

(Base de travail à adapter à la réalité du terrain et aux besoins des acteurs)

Les objectifs du réseau

Objectifs généraux

- Lutter contre la **stigmatisation** liée à la santé mentale ;
- Agir sur les **déterminants** de la santé mentale ;
- **Prévenir** les troubles psychiques ;
- Favoriser **l'inclusion** et le respect des personnes concernées par un trouble psychique ;
- Favoriser des **parcours de soins** accessibles et adaptés.

Objectifs opérationnels

- Identifier des **besoins** et des **priorités d'action** ;
- Définir et mettre en œuvre un **programme d'actions** à destination du grand public et des professionnels ;
- Favoriser le **travail en réseau** et le décroisement entre les acteurs du territoire ;
- Identifier et communiquer sur les **ressources locales**.

La constitution du réseau local

Le réseau est constitué sur l'échelon territorial le plus proche des besoins. Il peut être constitué au départ et à titre expérimental sur la base d'un QPV, étendu, le cas échéant aux autres quartiers défavorisés, puis étendu à l'échelle de la commune ou de l'intercommunalité.

- Pilotage : Elus et agents en charge du QPV et des questions de santé ;
- Représentant du pôle psychiatrie sur le territoire ;
- Educateurs de prévention spécialisée ;
- Centre social (référént familles, animateurs ados, direction, ...), accueils de jeunes ;
- Collège (principal, CPE, Infirmière, assistante sociale) ;
- Médiateurs sociaux (adultes relais) ;
- Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ;
- Centre médico-social ;
- Mission locale ;
- Maison des adolescents ;
- Habitat 70 ;
- Associations locales ;
- Conseil citoyen, personnes directement concernées par les troubles de santé mentale ;
- ...

¹⁷ <https://ressources-clsm.org>

Un exemple de fonctionnement

Le pilotage institutionnel est assuré par la collectivité, en lien avec le ou les représentants locaux du secteur médical (Pôle ou service psychiatrie du territoire). Une mission de coordination est définie pour :

- Contribuer à la réalisation des objectifs fixés au sein du réseau
- Faciliter l'articulation entre le réseau et le territoire
- Veiller au respect et à l'application des valeurs et règles communes du réseau.

Les membres : participent de manière durable aux instances stratégiques et opérationnelles du réseau dont les objectifs et les missions sont définis collégialement.

Les partenaires : collaborent ponctuellement avec les membres sur des actions ou des projets spécifiques.

Les bénéficiaires peuvent être associés au travail du réseau (par exemple par le biais d'instances représentatives telles que le conseil citoyen).

Le réseau peut fonctionner de la manière suivante :

- Définition de la stratégie et des orientations par un **comité de pilotage** ;
- Recueil des attentes et des besoins du territoire au sein d'une **assemblée plénière** regroupant tous les acteurs, y compris les représentants des habitants ;
- Organisation de **groupes de travail thématiques** plus opérationnels.

Exemples de thématiques à mettre au travail au sein du réseau :

- Les freins culturels, linguistiques, sociaux et les tabous entourant les questions de santé mentale ;
- La détection des troubles nécessitant une prise en charge, médicale ou non ;
- L'accompagnement vers le soin, si nécessaire et le soutien dans l'observance ;
- L'estime de soi, la place des jeunes des quartiers dans la société, et en particulier celle des jeunes filles ;
- Le travail sur les compétences psycho-sociales ;
- Le lien avec l'école (réussite scolaire, décrochage, ...) ;
- La prévention des conduites à risque, incluant l'usage non raisonné des outils numériques ;
- Le soutien à la parentalité, pour rendre les actions de prévention et les parcours de soin plus efficaces ;
- La participation des habitants eux-mêmes (jeunes et moins jeunes) aux dispositifs qui les concernent ;
- ...

Charte éthique et déontologique

Les valeurs portées par le réseau

- Respect de la **dignité de la personne** ;
- Reconnaissance des **forces, fragilités, limites**, de toute personne qu'elle soit professionnelle ou usager ;
- Respect de chacun dans sa fonction, dans son **cadre institutionnel** ;
- **Confiance réciproque** entre membres du réseau ;
- Respect et encouragement (préserver, tendre vers) de l'**autonomie de la personne** ;
- Importance primordiale du « **vivre ensemble** », du partage, de l'accueil des différences.

Des principes éthiques de coopération entre acteurs

- **Rompre l'isolement professionnel** en instaurant des relais repérés et légitimes et en assurant la connaissance des rôles et fonctions de chacun ;
- **Constituer un espace d'échange et d'écoute**, associant toutes les parties concernées, en premier lieu les usagers ;
- S'engager à réfléchir sur les pratiques et les **projets communs**, en étant capables de s'appuyer, lors de situations nouvelles et/ou complexes, sur des expertises externes ;
- S'engager à être **disponible, sincère et réactif** et à s'inscrire dans un **partenariat durable** ;
- Reconnaître la **légitimité de la présence et de la parole** de chacun des membres ;

Le secret professionnel et le secret partagé doivent être mobilisés à bon escient.

Des préconisations

- Comprendre, tenir compte et respecter la spécificité de chaque **secret professionnel** ;
- Garantir la stricte nécessité et la **confidentialité des informations** qui seront partagées au sein du Conseil ;
- Favoriser le fait que **la personne elle-même ou accompagnée**, puisse présenter sa situation aux interlocuteurs utiles ;
- Définir, le cas échéant, **des comités restreints** adaptés aux besoins de la personne ;
- Chercher des **solutions innovantes concertées** pouvant faire évoluer le cadre institutionnel, réglementaire dans l'intérêt des usagers ;
- Trouver un **équilibre** entre actions collectives et accompagnement de parcours individuels.

Au-delà de ces préconisations, le secret professionnel et le partage d'informations concernant les personnes s'inscrit dans un cadre légal obligatoire. Des situations individuelles pourront être abordées dans une instance spécifiquement créée pour respecter ces obligations légales et qui fera l'objet d'un règlement annexe à la Charte ; la participation à cette instance sera soumise à la signature de ce règlement.