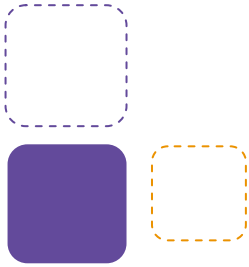


ministère
éducation
nationale
jeunesse
vie associative



fej

Fonds
d'expérimentation
pour la jeunesse



« *Pour l'essaimage d'une culture santé
chez les 16/25 ans* »



**RAPPORT D'ÉVALUATION
ATEC-LERFAS**



Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative
Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95 avenue de France – 75650 Paris cedex 13
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>



INTRODUCTION

Cette évaluation a été financée par le Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse dans le cadre de l'appel à projets n°2 lancé en octobre 2009 par le Ministère chargé de la jeunesse.

Le fonds d'expérimentation est destiné à favoriser la réussite scolaire des élèves et améliorer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de moins de vingt-cinq ans. Il a pour ambition de tester de nouvelles politiques de jeunesse grâce à la méthodologie de l'expérimentation sociale. A cette fin, il impulse et soutient des initiatives innovantes, sur différents territoires et selon des modalités variables et rigoureusement évaluées. Les conclusions des évaluations externes guideront les réflexions nationales et locales sur de possibles généralisations ou extensions de dispositifs à d'autres territoires.

Les résultats de cette étude n'engagent que leurs auteurs, et ne sauraient en aucun cas engager le Ministère.

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative
Secrétariat d'État chargé de la jeunesse et de la vie associative
Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95, avenue de France 75 650 Paris Cedex 13
Téléphone : 01 40 45 93 22
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>

Pour plus d'informations sur le déroulement du projet, vous pouvez consulter sur le site www.experimentation.jeunes.gouv.fr la note de restitution finale soumise au FEJ par le porteur de projet.



FICHE SYNTHÉTIQUE

Intitulé du projet

« Essaimage d'une culture santé chez les jeunes de 16 à 25 ans »

Structure porteuse du projet

Personne en charge du projet : BOURNIQUEL CEDRIC

Fonction dans la structure : Directeur de la Mission Locale de Marmande

Structure porteuse de l'évaluation : ATEC-LERFAS

Chargé de l'évaluation : BILLEMONT HUBERT

Fonction dans la structure : Chargé de Recherche

Durée d'expérimentation : 16 mois (du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2011)

Date de remise du rapport d'évaluation : 31 mars 2012



RÉSUMÉ

Les principales conclusions établies par l'évaluateur sont les suivantes :

Le projet porté par la Mission Locale de Marmande associe quatre autres missions locales dans un périmètre qui dépasse le cadre départemental (Lot et Garonne, Gironde). Ce partenariat a été totalement réussi : un « Point Relais Santé » (PRS) a été créé (ou a été maintenu) dans chacune des cinq missions locales de manière à couvrir le territoire très rural situé entre Cadillac et Agen. Les cinq référents présents dans ces PRS ont manifesté une forte implication dans le projet car la proposition de service d'accompagnement à la santé dans les PRS obéissait à une réelle demande de la part des jeunes ayant fréquemment de grandes difficultés en matière de santé et d'accès aux soins. Il est probable que la disparition des PAEJ (Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes) ait pu contribuer par ailleurs à amener de nombreux jeunes dans les nouveaux PRS.

Exactement 326 jeunes de l'expérimentation ont fait l'objet d'un suivi durant 3 mois environ. Et 189 jeunes ont participé à la population témoin.

L'évaluation s'est donnée pour but d'identifier les caractéristiques des jeunes ainsi que la nature des demandes de santé qu'ils ont formulées auprès des référents. Puis, l'évaluation a procédé d'une part, à l'identification de la nature des conseils donnés par les référents et, d'autre part, à la vérification de la prise en compte des effets produits par ces conseils.

L'évaluation a pu montrer qu'un nombre important de jeunes accueillis au PRS a de réels problèmes de santé, tant psychique et physique. La comparaison avec la population témoin a pu démontrer que les jeunes appartenant à la population expérimentale avaient les caractéristiques sociales et médicales suivantes : des niveaux de diplômes nettement inférieurs, une vie sociale beaucoup moins riche, des revenus mensuels plus bas, un statut professionnel beaucoup plus précaire, des relations familiales plus fragiles et conflictuelles, un logement plus instable, une trajectoire géographique traduisant un parcours plus chaotique, une appartenance plus fréquente à une fratrie très nombreuse, des épisodes traumatiques plus fréquents durant l'enfance, une santé subjectivement perçue comme plus médiocre, une addiction au tabac et à l'alcool plus fréquente, des épisodes dépressifs et anxieux plus nombreux, des visites auprès du généraliste ou du dentiste plus espacées, une limitation des soins médicaux pour raison financière, une ignorance sur les maladies sexuellement transmissibles plus importante, des pratiques contraceptives moins habituelles, des signes de pathologies névrotiques plus nombreux, des problèmes de morbidité plus prégnants, et des tentatives de suicide plus répandues.

Leur accès aux soins est triplement freiné par une incompréhension du mode d'accès aux droits à la santé, par des incertitudes financières sur les modes de remboursement, et par des difficultés relationnelles et affectives qui les conduisent à négliger leur santé personnelle.

L'effet du travail des référents santé a été observé sur des conduites susceptibles de donner lieu à vérification : il apparaît qu'une très forte proportion de conseils précis et explicites ont été donnés aux jeunes et ont permis d'obtenir des résultats en matière d'amélioration de l'état de santé et de changement de comportement. Et ceci pour des thèmes comme la mise à jour effective des vaccins, la consultation de spécialistes pour les troubles psychiques, la prévention de maladies sexuellement transmissibles, les problèmes d'addictologie, et les questions administratives de la mise à jour des droits.



NOTE DE SYNTHÈSE

Introduction générale

Le rôle des missions locales conduit à prendre en compte la vie des jeunes dans toutes ses dimensions : il s'agit de les accompagner dans leur insertion sociale et de les aider à surmonter les difficultés qui peuvent entraver leur parcours vers l'autonomie et vers une insertion sociale et professionnelle réussie. Avoir une bonne santé est un facteur contribuant à favoriser cette insertion.

I. L'expérimentation

1. Les objectifs du projet et la nature de l'action expérimentée

La démarche proposée par la mission locale de Moyenne Garonne vise à mettre en place un dispositif coordonné reposant sur une stratégie de mutualisation avec quatre autres missions locales (Mission locale des Deux Rives, Mission locale Sud Gironde, Mission locale de l'Agenais et de l'Albret, Mission locale du Pays Villeneuvois) sur deux départements (Lot et Garonne, Gironde). La spécificité en matière d'action est le développement d'un dispositif harmonisé de cinq « Points Relais Santé » (PRS) dont le but est d'« essayer une culture santé chez les jeunes de 16/25 ans»,

Des objectifs spécifiques sont mis en avant, certains d'entre eux portent sur les méthodes contraceptives, les problèmes d'addiction, les vaccinations, les problèmes relationnels... La formulation de ces objectifs est reprise au cours de la phase d'évaluation. Ces objectifs ont été intégrés dans un questionnaire quantitatif et comparatif, incluant les notions de trajectoires de santé des jeunes, d'impact de dispositif et de comparaison avec une population de jeunes témoins. Il s'agit pour les missions locales de contribuer à produire chez les jeunes un changement dans leur conduite en matière de santé, et pour l'évaluateur de mesurer ce changement.

2. Les objectifs et modalités de l'évaluation

Les objectifs de cette évaluation visent à répondre aux deux groupes de questions :

Premièrement, il s'agit de rendre compte de la santé du jeune à son entrée dans le « Point Relais Santé ». Les jeunes qui viennent à l'un des cinq « Points Relais Santé » ont-ils réellement des besoins en matière de soins médicaux et d'aide à la constitution administrative de leur dossier de sécurité sociale ? Ces besoins sont-ils urgents ? Ces besoins sont-ils aisément traduits sous forme de demandes explicites par le référent santé ? La présence d'un groupe témoin à qui le même volet du questionnaire est administré permet d'étalonner les niveaux de réponses qui auront pu être donnés par les jeunes du groupe expérimental, et d'établir si ces jeunes présentent de réelles difficultés en matière de soins et d'accès aux soins.

Deuxièmement, il s'agit d'identifier précisément les conseils donnés par les référents, et de contrôler trois ou quatre mois après leur premier passage au PRS si ces conseils ont pu servir aux jeunes pour consolider leur santé et les inciter à prendre les traitements adéquats. L'évaluation quantitative entend donc rendre compte de l'impact du dispositif des « Points Relais Santé » avec un deuxième volet de questionnaire, à saisir en ligne par chaque référent environ quatre mois après la première venue du jeune. Ce suivi longitudinal est essentiel pour mesurer les effets réels du dispositif sur les modifications de conduite des jeunes en matière de santé.

Les questions auxquelles l'évaluation ne répond pas sont les suivantes :

L'évaluation quantitative ne s'attache pas à suivre le parcours d'insertion professionnelle des jeunes durant la durée de leur présence dans le dispositif des « Points Relais Santé ». Il est considéré comme une connaissance définitivement acquise dans le domaine des sciences

humaines que l'insertion professionnelle des jeunes en situation précaire est directement corrélée à leur niveau de santé¹. L'évaluation ne s'attache pas non plus à diagnostiquer de manière médicalisée les problèmes de santé du jeune, car le « Point Relais Santé » est seulement prévu pour être un lieu d'écoute, de conseils et d'orientation ; en effet, les référents santé des missions locales ne sont pas des professionnels de santé.

Problématique et méthodologie mise en œuvre

Les méthodes utilisées pour répondre aux objectifs de l'évaluation sont les suivantes :

- une méthode quantitative avec deux volets d'un questionnaire (volet n°1 remis au début, et volet n°2 remis dans les 3 ou 4 mois suivants) qui ont permis d'assurer un suivi longitudinal pour la population expérimentale. Ce suivi est accompagné en parallèle d'une enquête (volet n°1) proposée auprès d'une population témoin afin de servir de comparaison² ;
- une méthode qualitative composée d'entretiens auprès des référents santé.

La méthode quantitative est la seule capable de mesurer l'effet d'impact d'un dispositif sur des modifications de comportement, c'est pourquoi elle a été utilisée ici.

La méthode qualitative par entretiens permet de connaître en profondeur la nature du travail réalisé par les référents qui sont au contact direct avec les jeunes et qui forment la cheville ouvrière du dispositif. Le but étant de connaître à la fois les spécificités du travail des référents santé, les spécificités locales du dispositif, et de s'assurer d'un recul suffisant pour permettre d'offrir les préconisations utiles en matière de « répliquabilité » de l'expérimentation afin d'étendre le dispositif sur un territoire plus vaste.

La démarche d'étude réside, sur un plan méthodologique, dans un travail statistique comparatif fondé sur la construction d'un outil qui a été partagé avec les partenaires lors des réunions de travail en comité technique. Cette co-construction du questionnaire quantitatif a permis à la fois :

- d'analyser les différents types de solutions présentées dans les « Points Relais Santé » ;
- d'analyser les « parcours santé » des jeunes entrés dans le PRS ; il importe en effet de bien connaître les problématiques santé du jeune pour identifier le type d'aide qui sera apporté par le dispositif, afin de discerner ce qui est efficace ou non, en tentant d'en comprendre les ressorts psychologiques ou pathologiques ;
- d'analyser les réponses à ces conseils formulés par chacun des référents santé aux jeunes en demande de soutien ;
- d'analyser les différences entre les jeunes de la population expérimentale et les jeunes « classiques » des missions locales qui ne passent pas au PRS.

Comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin

Après les vérifications apportées a posteriori sur les résultats obtenus dans le questionnaire, il apparaît que la population bénéficiaire (ou dite expérimentale) ne se distingue pas de la population témoin (ou groupe test) par les éléments socio-démographiques fondamentaux que sont le sexe, l'âge, et la situation matrimoniale (ou vie maritale).

Le groupe témoin a été constitué de la manière suivante :

Le protocole d'évaluation a créé un groupe témoin sur le même territoire que celui de l'expérimentation ; ce groupe témoin ne présente pas de filtre de sélection, ni biais particulier à éviter le choix des jeunes par les conseillers mission locale. En effet, les conseillers habituels des missions locales ont simplement été conviés par les référents des Points Relais Santé à

¹ La Santé de l'Homme, N°2399, janvier-février 2009.

² Nous faisons l'hypothèse que les jeunes du groupe témoin, dont aucun d'entre eux n'a eu de contact avec le référent santé, ne verront pas leur conduite en rapport avec leur prise en charge médicale changer brutalement en l'espace de 3 ou 4 mois, les comparaisons diachroniques et synchroniques sont donc totalement envisageables dans ce protocole.

proposer aux jeunes (venus dans leur mission locale pour des raisons autres que médicales) de renseigner le questionnaire santé. Ainsi, le tirage des jeunes est très aléatoire puisqu'il n'y a aucun filtre autre que la simple bonne volonté à remplir le questionnaire. Certes, cette bonne volonté est fortement associée à des prédispositions sociales qui induisent une certaine forme de participation aux enquêtes. Aussi, il est possible malgré tout de faire l'hypothèse que les jeunes du groupe témoin qui refuseraient spontanément de renseigner le volet n°1 du questionnaire santé pourraient avoir des réticences, précisément du fait de problèmes de santé dont ils pourraient dénier l'existence.

Cependant, il n'y a pas de biais méthodologiques fondamentaux.

Par ailleurs, l'enquête quantitative a été construite en partenariat avec le porteur de projet ; le but étant surtout de se prémunir contre l'écueil principal que représente la subjectivité de chacun des cinq référents santé. L'écueil secondaire réside dans le mode de passation du questionnaire témoin : les conseillers des missions locales (hors Point Relais Santé) disposaient du volet n°1 du questionnaire papier ; ils ont été invités à les transmettre aux jeunes n'ayant pas de problèmes de santé particulier.

II Enseignements de politique publique

1. Résultats de l'évaluation

Les publics touchés par l'expérimentation

La comparaison du public bénéficiaire (ou expérimental) avec le public témoin (ou test) a permis d'identifier les caractéristiques des jeunes ayant franchis le seuil des Points Relais Santé pour y trouver une aide en matière d'accès aux soins. Les 326³ jeunes bénéficiaires ont les caractéristiques suivantes :

- Ce sont des filles à 60% ;
- Leur année de naissance se situe autour de 1989 ou 1990.

Ils cumulent plusieurs désavantages sociaux qui viennent s'ajouter (ou induire) à des problématiques sanitaires. On peut noter en particulier que : leur niveau scolaire est faible (seulement 18% ont un baccalauréat, contre 36% pour la population témoin), leur statut dans l'emploi est très précaire (près de 60% sont sans travail ni revenus liés au travail, contre « seulement » 48% pour la population témoin), leur niveau de revenu est très bas (en moyenne, ils perçoivent 378 euros par mois, contre 585 euros pour la population témoin), leur logement est instable (17% vivent en CHRS, ou sont hébergés chez des amis, contre 6% pour la population témoin), leur parcours géographique est plus chaotique (47% ne proviennent pas des deux départements de la Gironde et du Lot et Garonne, contre 32% pour la population témoin), leur fratrie est plus étendue (4 à 5 frères et sœurs), et beaucoup d'entre eux ont des difficultés relationnelles avec leur famille ou sont moins bien insérés socialement. Ainsi, 17% ignorent la situation professionnelle de leur père (contre 8% pour la population témoin), 31% n'ont eu aucun contact avec les membres de leur famille depuis un mois (contre 11% pour la population témoin), 25% ont récemment vécu un deuil dans leur famille (contre 13% pour la population témoin).

D'autre part, toujours sur le plan des relations familiales, ils sont 31% à n'avoir pas rencontré leur père ou leur mère au cours du mois dernier (contre 14% pour la population témoin). Ils déclarent même pour 44% d'entre eux avoir des relations difficiles avec leur famille en général (contre 20% pour la population témoin).

³ Au total, durant la période de l'expérimentation, les cinq « Points Relais Santé » ont reçu 708 jeunes (Agen : 146 jeunes, Villeneuve sur Lot : 122 jeunes, Langon : 86 jeunes, Cadillac : 99 jeunes et Marmande : 255 jeunes). Cependant, beaucoup d'entre eux sont venus ponctuellement (une à deux fois). L'évaluateur n'a retenu que les jeunes ayant bénéficié d'un suivi continu de plusieurs mois. Selon ce filtre, 326 jeunes sont déclarés bénéficiaires dans ce rapport.

Par ailleurs, en plus de ces éléments familiaux qui dénotent une forte désaffiliation, se trouvent associés d'autres formes de désinsertion sociales comme par exemple le fait de ne jamais pratiquer un sport pour 49% d'entre eux (contre 35% pour la population témoin), ou encore, avoir eu des problèmes avec la police ou la justice pour 11% d'entre eux. Ce qui manifeste une forme de déviance plus fréquente chez ces jeunes venus aux Points Relais Santé.

Enfin, un élément supplémentaire peut permettre de souligner la fragilité émotionnelle et psychologique issues de relations affectives peu satisfaisantes : ainsi, près de 30% des jeunes des Points Relais Santé disent avoir souffert d'une séparation avec leur conjoint (contre 18% pour les jeunes témoins). La fragilité émotionnelle et affective vient ici compléter un tableau déjà assez sombre. Il semblerait que les jeunes en question soient particulièrement touchés par les chocs émotionnels, probablement à cause du déficit antérieur d'étayage familial et social.

La santé des jeunes du groupe expérimental

L'état de santé des jeunes venus au Point Relais Santé est particulièrement alarmant sur le plan psychologique. Les conséquences de la désaffiliation notée plus haut viennent alors impacter leur équilibre psychique et physique, ainsi que leur capacité à se prendre en charge en matière d'accès aux soins.

Les données rassemblées dans les 515 questionnaires (326 jeunes bénéficiaires et 189 jeunes témoins) nous permettent de donner les informations suivantes : d'un point de vue purement physiologique, les jeunes bénéficiaires ont un IMC (Indice de Masse Corporel) relativement proche de la population témoin : cet indice est de 22,2 pour les jeunes bénéficiaires et de 22,7 pour la population témoin. Les jeunes bénéficiaires sont donc a priori dans un intervalle Masse/Taille qui traduit ni surpondération, ni anorexie. Cependant, il ne faut pas en rester aux signes extérieurs de santé physique, mais au contraire approfondir les formes de mal-être psychologique et les besoins d'aides administratives de ces jeunes.

Ainsi, 13% déclarent avoir eu récemment des problèmes d'anxiété et de dépression (13% contre 3,4% pour le groupe témoin), 35% déclarent n'avoir pas vu un dentiste depuis plus de deux ans (contre 24% pour la population témoin), 40% déclarent limiter leurs soins médicaux pour des raisons financières (contre 31% pour la population témoin), 16% ont déjà eu des maladies sexuellement transmissibles (contre 5% pour la population témoin), et 41% n'ont pas effectué de dépistage de maladies sexuelles (y compris VIH) (contre 28% pour la population témoin), près de 10% déclarent avoir déjà fortement inquiété leurs proches ou leur famille par leur importante consommation d'alcool (contre 3% pour la population témoin), 45% fument plus de 10 cigarettes par jour (contre 33% pour la population témoin), et 31% des jeunes du groupe bénéficiaire déclarent avoir déjà pensé au suicide, contre 11% pour la population témoin. Et seulement 11% ont pris parfois le temps de discuter de leur sentiment de tristesse avec un médecin.

L'isolement, le renfermement sur soi-même associé au fait de ne pas parler suffisamment autour de soi de ses problèmes psychologiques peuvent conduire à des risques de passage à l'acte.

Il s'agit de prendre au sérieux ce type de résultat d'autant plus que, parmi les jeunes de la population expérimentale, 19% d'entre eux disent déjà avoir fait une tentative de suicide (contre seulement 5% de la population témoin). Et près de 15% déclarent avoir déjà consulté en CMP (contre seulement à peine 5% pour la population témoin). Enfin près de 13% déclarent prendre un traitement médical pour se soigner (contre 4% pour la population témoin).

De même, pour les jeunes filles, on constate une fragilité psychologique plus forte et une incapacité à prendre le temps nécessaire à s'occuper de leur santé : ainsi, on constate nettement moins de suivi gynécologique chez les jeunes femmes du groupe témoin (53% des jeunes filles de la population bénéficiaire n'a pas de suivi gynécologique, contre 40% de la population témoin). Les pratiques sexuelles à risque sont également plus fréquentes chez ces jeunes filles.

L'adhésion du public jeune aux Points Relais Santé est particulièrement forte dans la mesure où nombre de conseils du référent santé porte sur les modes d'accès au droit à la santé. Le

manque de connaissance des jeunes porte aussi sur les possibilités de soins gratuits qui peuvent être à leur disposition.

Au total, il apparaît que près de 40% des demandes concernent l'aide administrative avec les caisses de sécurité sociale. Et même si ce résultat traduit les difficultés administratives qu'éprouvent les jeunes précarisés, cette question de demande d'information ou d'aide administrative est souvent invoquée au début de l'échange avec le référent pour ouvrir la discussion sur d'autres thèmes plus délicats et parfois intimes. Néanmoins, d'après les données obtenues, 38% des jeunes n'avaient pas de droits ouverts avant d'arriver au PRS.

Les effets du dispositif expérimenté

Les 326 jeunes concernés par cette partie de l'analyse ont se sont présentés au moins deux fois au Point Relais Santé en l'espace d'environ 3 mois.

Il apparaît tout d'abord que près de 40% des demandes concernent l'aide administrative avec les caisses de sécurité sociale, en relation avec des demandes relatives à la CMU. D'après les données obtenues, 126 jeunes (soit 38% d'entre eux) n'avaient pas de droits ouverts à la Sécurité Sociale avant d'arriver au PRS. Est-ce que le passage au PRS aurait permis aux jeunes qui n'en bénéficiait pas, de voir ouverts leurs droits à la S.S. ? Il semble que oui, car ils sont 42% à avoir des droits ouverts à la fin de leur passage dans le dispositif. Ce résultat est même supérieur à celui des jeunes déclarant lors de leur premier passage au PRS avoir leurs droits à jour en matière de sécurité sociale. En effet, ils sont 126 à déclarer ne pas avoir de droits S.S. ouverts avant le passage au PRS, et les référents santé du PRS déclarent lors du deuxième passage du jeune (3 mois après) qu'ils y en a 139 d'entre eux pour lesquels les droits ont été ouverts. En fait, tout se passe comme si tout avait pu être mis en œuvre pour aider les jeunes à mettre à jour leur droits S.S., y compris pour ceux qui croyaient les avoir. En résumé : tous les jeunes qui sortent du Point Relais Santé après leur deuxième passage ont leur droits sécurité sociale ouverts et mis à jour par les référents du PRS.

Cet exemple relatif aux facilités apportées par les référents aux jeunes illustre l'esprit qui préside à la création de ces PRS : les conseils apportés aux jeunes sont multiples et adaptés aux difficultés qu'ils ont à formuler leurs besoins.

Le bilan de santé est proposé aux jeunes par le référent santé dans 62% des cas (soit 202 jeunes). Par la suite, sur ces 202 jeunes à qui les référents ont proposé un bilan de santé, 153 d'entre eux ont finalement consulté un médecin de centre de bilan. C'est à dire que 76% des jeunes ont suivi le conseil du référent santé du Point Relais Santé.

Et si l'on poursuit la recherche de l'efficacité du dispositif des Points Relais Santé sur ce thème, il faut alors vérifier si les jeunes en question ont suivi les conseils donnés par le médecin du centre de bilan. Il apparaît alors que ces conseils semblent particulièrement bien suivis, car 94% des jeunes ont suivi le conseil du médecin du centre de bilan et ont consulté un médecin traitant, et 80% ont consulté un dentiste (ces taux sont calculés à partir du nombre de jeunes à qui le médecin du centre de bilan avait prodigué le conseil adéquat.

D'après les référents santé, 149 jeunes (soit 45,7% d'entre eux) ont des troubles physiques et/ou psychiques sérieux. Cependant des conseils de suivi psychologiques ont par ailleurs été donné à de nombreux jeunes supplémentaires qui montrent des troubles moins graves.

Quant à savoir si l'ensemble de ces jeunes a pu mettre en pratique les conseils des référents, les résultats obtenus semblent encourageants : en effet, selon les déclarations des référents, les conseils ont commencé à être mis en œuvre pour 196 d'entre eux, soit 60% des jeunes du groupe expérimental.

Ce taux de jeunes déclarant suivre les conseils du référent peut paraître relativement bas. Mais il faut avoir à l'esprit les difficultés que rencontrent ces jeunes en matière de prise en charge de leur santé. Les conseils suivis manifestent à la fois un besoin de santé, une écoute des référents, une réponse aux demandes d'aides des jeunes.

En ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles, 162 jeunes indiquent ne jamais avoir fait de test (VIH, hépatite) et à l'issue du parcours 77% ont suivi les

conseils du référent et ont fait les tests.

Ces résultats traduisent une adhésion du public jeune aux conseils et manifestent clairement que le dispositif apporte de très notables améliorations de l'état sanitaire de la population jeune.

2. Validité externe des résultats et perspective de généralisation / essaimage

Caractère expérimental du dispositif

Le dispositif n'est pas excessivement novateur : il mêle à la fois les conseils des anciens PAEJ et ceux des conseils missions locales lorsqu'ils parviennent à saisir que la santé est une condition nécessaire de l'insertion professionnelle. Par ailleurs, le dispositif a pu trouver une dynamique susceptible d'être soumise à l'évaluation grâce à la collaboration des cinq référents santé des cinq missions locales.

La première difficulté pour l'expérimentation a consisté à surmonter l'éloignement géographique des cinq missions locales, réparties sur deux départements, rendant parfois délicate l'expérimentation. Cependant, le partage d'outils communs, les modalités de travail harmonisées pendant les premiers mois de l'expérimentation ont permis à chaque référent de partager un langage commun et des formes d'actions communes. La présence de l'évaluateur et ses demandes concernant les meilleures formulations des questions de santé adressées aux jeunes a permis à chacun de mettre en mot ses doutes débouchant sur une harmonisation à la fois formelle, et surtout bien concrète dans ses effets en faveur d'une construction partagée des pratiques professionnelles des conseillers santé.

Caractère transférable du dispositif (« répliquabilité »)

Point de vigilance à noter : les éventuels futurs dispositifs comparables qui pourront être essaimés sur d'autres territoires devront accorder une attention particulièrement aiguë à la nature même du travail de face-à-face du référent santé et du jeune. En effet, les cultures professionnelles des personnels des missions locales sont souvent disparates. Un socle minimal de compétences et une série de protocoles précis à suivre avec chaque jeune semblent être une des conditions minimales pour assurer la « répliquabilité » du dispositif.

Pour l'expérimentation, les conseils prodigués par l'évaluateur ont permis de rendre possible la passation des questionnaires, mais aussi de veiller à ce que chaque référent santé couvre l'ensemble des thèmes de santé susceptibles de poser problèmes aux jeunes.

Le dispositif est en place sur un territoire rural. Dans ce cas, pour assurer une bonne répliquabilité, le périmètre adéquat de coordination de l'action semble être le département (voire deux départements au maximum). En effet, un trop fort éloignement géographique entre partenaires serait un facteur d'appauvrissement de la dynamique à mettre en œuvre. Par ailleurs, l'effet de ruralité peut être une des conditions de la réussite du dispositif : en effet, les conditions qui ont favorisé l'emprise du dispositif sur le territoire réside dans la bonne connaissance préalable qu'ont certains des cinq référents santé de leurs partenaires (CMP, CPAM, services hospitaliers, médecins, centre de soins, etc.).

Le fait que « tout le monde se connaisse » participe aux efforts mutuels pour favoriser la prise en charge des jeunes dans un parcours de soins par ailleurs fortement embouteillé (durée d'attente pour un premier rendez-vous en CMP : environ 3 à 4 mois). Il est donc possible qu'un tel dispositif dans un univers urbain dense et anonyme (banlieue parisienne) ne produise pas forcément les effets attendus, sauf à intégrer, lors des réunions de préparation et lors des comités techniques, les partenaires de santé eux-mêmes, avec qui les référents des missions locales seront en contact quotidien lors de leur travail permanent.



PLAN DU RAPPORT

Introduction générale : évaluer les besoins de santé des jeunes	12
1 L'expérimentation dans les cinq missions locales	16
1.1 Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée	16
1.2 Objectifs et modalités de l'évaluation menée par le LERFAS	17
1.2.1 Problématique et méthodologie mise en œuvre	17
1.2.2 Aspects méthodologiques de l'enquête quantitative	18
1.2.3 Validité interne.....	20
Comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin.....	20
Les principaux éléments distinctifs entre la population bénéficiaire et le groupe témoin.....	22
2 Enseignements de politique publique	24
2.1 Résultats de l'évaluation	25
2.1.1 Les publics touchés par l'expérimentation.....	25
Caractéristiques des bénéficiaires de l'expérimentation : un état psychologique et physique dégradé.....	25
Adhésion du public ciblé au dispositif : une évaluation incertaine	36
2.1.2 Les effets du dispositif expérimenté : mesure des taux de suivi	36
Effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire :Les principaux éléments sur les outils pour aider les jeunes dans les Points Relais Santé	36
Effets attendus et effets induits/inattendus	46
Gouvernance et coordinations d'acteurs.....	48
Conclusion de la partie et mise en perspective.....	49
2.2 Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage	51
2.2.1 Caractère expérimental du dispositif évalué	51
2.2.2 Caractère transférable du dispositif et changement d'échelle	52
2.2.3 Rôle de l'évaluateur dans l'expérimentation	53
Intervention de l'évaluateur pendant le projet.....	53
Conclusion générale	55
Glossaire	57



Introduction générale : évaluer les besoins de santé des jeunes

Dans un rapport de juin 2007 à la Conférence Nationale de Santé, le Haut Comité de santé publique avait insisté sur les problèmes de santé et d'insertion sociale de la jeunesse française, notamment des jeunes en situation de précarité⁴.

Des études récentes ont montré que la tendance était à l'aggravation de cette situation⁵. Les jeunes qui ont été parmi les premiers touchés par la crise de l'emploi ont un accès tardif au monde du travail. Ils sont particulièrement concernés par les différentes formes d'emplois précaires (contrats aidés, contrats à durée déterminée, intérim, stages, etc.) et cumulent alors les difficultés d'ordre social, économique et psychologique qui ont une répercussion sur leur santé⁶.

Dès 1982, ont été créés les missions locales pour l'emploi et les permanences d'accueil d'information et d'orientation (PAIO) afin d'aider les jeunes sortis de l'école sans qualification à surmonter les difficultés faisant obstacle à leur insertion professionnelle et sociale. La question de la prise en compte de la santé dans les parcours d'insertion s'est posée dès leur création et des initiatives ont été prises par les missions locales⁷. Dès cette époque, les centres d'examen de santé financés par l'assurance maladie ont également participé activement à ces dispositifs.

En 1981, Bertrand Schwartz, dans un rapport qui demeure d'actualité, dressait un état des lieux alarmant de la situation des jeunes en difficulté d'insertion et formulait des recommandations pratiques. Les missions locales sont nées de ce constat. Mais face aux problèmes de santé et d'insertion des jeunes, les dispositifs mis en œuvre depuis relèvent bien souvent de l'aide ponctuelle.

Dans le chapitre intitulé « la santé », Bertrand Schwartz reprenait la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *La santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie* ». Cette position revenait à renoncer à considérer la santé comme le seul résultat de la pratique médicale et à légitimer l'approche globale de l'insertion utilisée par les missions locales qui seront créées suite au rapport. En proposant des mesures d'insertion professionnelle et sociale, au sens large, en travaillant en réseau avec les services sanitaires et sociaux, les missions locales pouvaient agir, au moins en partie, sur les causes du mal-être physique, mental et sociale des jeunes. Outre un travail en amont pour apprendre aux jeunes enfants scolarisés à être responsable de leur santé et de leur corps, le rapport préconisait de développer et d'améliorer qualitativement la médecine

⁴ Haut Comité de Santé publique (HCSP), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes Edition ENSP, collection Avis et Rapports, 1998, 346 p.

⁵ *Pauvreté et exclusion des jeunes*. In : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2000. Paris : La documentation française.

⁶ Labbe E., Moulin J., Sass C., Chatain C. Guéguen R., Gerbaud L., *Etat de santé, comportement et environnement social de 105901 jeunes en insertion professionnelle*, Pratiques et organisation des soins, 2007.

⁷ Freire M.C., *La santé et l'insertion des jeunes, contribution des missions locales*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, 2011. 127p.

préventive pour les jeunes sous toutes ses formes. L'amélioration de l'accueil et de l'écoute personnalisée des jeunes dans les lieux de soins était particulièrement soulignée.

Dès leur création, les missions locales se sont positionnées sur le créneau de la prévention, avec deux conceptions en présence. La première, au de-là du repérage nécessaire des problèmes de santé au cours des bilans de santé et des visites médicales, est plutôt conçue comme un rôle éducatif et informatif destiné à prévenir les risques éventuels (en particulier les risques de maladies sexuellement transmissibles). La vision des professionnels place bien sûr les jeunes, en particulier ceux qui sont en situation précaire, au cœur de tels comportements : suicide, toxicomanie, sida, etc. L'information et l'accompagnement socio-éducatif ont fini par l'emporter sur une autre conception de la prévention, celle qui, plus généraliste et exigeante, interviendrait davantage sur les facteurs environnementaux, les contextes locaux, les habitudes de population, les conditions de vie. Cette seconde conception, plus globale mais aussi beaucoup plus ardue à mettre en œuvre, sera d'autant plus difficile à réaliser au fil des années que les déterminants sociaux de la santé des jeunes en insertion ne s'amélioreront pas suffisamment : pauvreté croissante, logements insuffisants, mobilité chaotique, accès aux droits difficiles, sport et loisirs limités, suppression du service militaire et du repérage des problématiques de santé qu'il permettait, tout cela conduisant les missions locales à rechercher des solutions - et des budgets - et à s'associer à des programmes d'actions régionales ou locales conçus comme autant de réponses ponctuelles procédant de logiques « d'accès aux soins », « d'accès aux droits sociaux », « de mutualisation et d'éducation pour la santé », ...

Les missions locales vont par ailleurs rechercher les moyens de multiplier des pratiques de prévention dans leurs locaux mêmes, en mettant en place des permanences de psychologues, voir de médecins quand la réponse de santé publique est inexistante et en créant des postes de conseillers « référents santé ».

La légitimité des missions locales en matière de santé est donc restée en perpétuelle évolution, tant le monde de l'insertion prend tour à tour de nouvelles figures au fil des politiques publiques et des implications locales. Aux difficultés sociales s'ajoutent les difficultés en matière de santé. Et pour ne rien faciliter, la mobilisation des jeunes en difficulté d'insertion autour de leur santé ne va pas de soi. Comment inciter les jeunes à se préoccuper de leur santé physique ou psychique, actuelle ou à venir ? Doit-on inciter, proposer ou obliger ? Les missions locales sont confrontées, comme de nombreux acteurs de l'insertion professionnelle, à ce fragile équilibre. Toutes les études montrent qu'il est difficile de mobiliser les jeunes sur des actions de prévention ou de conseils en matière de soins médicaux⁸.

Des pistes de réflexion n'ont pas encore permis d'avancer par rapport à cette difficulté fondamentale. D'une part, il ne faut pas oublier que le rôle des missions locales est avant tout axé sur l'insertion professionnelle. Il n'est donc pas évident d'intéresser les jeunes à ces actions quand ils sont dans une recherche d'emploi ou de formation. D'autre part, l'accès aux soins, bien que difficile à mettre en place, doit répondre directement à des besoins concrets et actuels de santé : problème de couverture maladie, problèmes financiers (dont les conséquences engendrent une attente passive et désastreuse face à la gravité de certaines pathologies et face à l'invisibilité des difficultés psychologiques). Or, la prévention ou l'éducation en santé se situent davantage dans une réflexion, parfois même sur le long terme (conséquence du tabac dans plusieurs décennies, relations hommes/femme, etc.). Le problème à résoudre pour les missions locales est de mêler les deux formes d'action situées dans des espaces temps différents avec en outre, une perspective d'intellectualisation associée à une réponse à l'aide concrète apportée. On ne peut nier également que ces actions, qui abordent l'intime du sujet, peuvent faire écho à des situations personnelles particulièrement difficiles.

⁸ Choquet M., Iksil B., *Jeunes en Insertion, Enquête CFI-Paque, dispositif 16-25 ans*. Villejuif : Inserm U169, 1994, 221p.

De ce fait, la démarche proposée par la Mission locale de Moyenne Garonne intervient dans un cadre ambitieux qui consiste à répondre à une demande ponctuelle et à en profiter pour engendrer chez le jeune un changement de conduite durable dans le but de protéger leur santé sur le long terme. Cette démarche vise à mettre en place un dispositif coordonné reposant sur une stratégie de mutualisation avec quatre autres missions locales (Mission locale des Deux Rives, Mission locale Sud Gironde, Mission locale de l'Agenais et de l'Albret, Mission locale du Pays Villeneuvois). La spécificité en matière d'action est le développement d'un dispositif harmonisé de cinq « Points Relais Santé » (au sein de chacune des missions locales) où chacun des cinq référents santé se donne pour but d'« essayer une culture santé chez les jeunes de 16/25 ans ». Des objectifs spécifiques ont été mis en avant par le porteur de projet ; certains d'entre eux portent sur les méthodes contraceptives, les problèmes d'addiction, l'aide à l'accès aux soins, les vaccinations, etc. D'autres objectifs tendent à offrir un lieu d'écoute favorable à l'instauration d'un lien de confiance, et permettent aussi de gérer l'urgence avec attention et efficacité en proposant l'examen de bilan de santé auprès de médecins de l'Assurance Maladie... La formulation de tous ces objectifs a été bien entendu reprise au cours de la phase d'évaluation. Ces objectifs ont été intégrés à un questionnaire d'enquête diachronique et comparatif (115 questions en deux étapes successives de 4 mois), incluant les notions de trajectoires de santé, d'impact de dispositif et de comparaison avec une population témoin. Le travail d'évaluation s'est poursuivi là où nombre d'études s'arrêtent au constat que les jeunes précaires sont en plus mauvaise santé que les autres. En effet, nous avons mesuré les effets des conseils donnés par les référents santé (nom donné aux conseillers des « Points Relais Santé ») quatre mois environ après le premier passage du jeune. Ainsi, non seulement il a été possible d'identifier sur le territoire couvert par les cinq missions locales situées en zone rurale, les besoins de santé et d'accès aux soins des jeunes qui franchissent, mais encore il a été possible d'identifier si les jeunes ont bien suivi les conseils donnés. Il s'agit donc de pouvoir mesurer les effets d'un travail de prévention, de conseils, d'écoute, d'aide à l'accès aux soins : combien de jeunes ont été concernés ? Combien de jeunes sont venus avec des demandes précises ? Combien d'entre eux ont suivi les conseils et ont modifié leur conduite ? Quels sont les besoins les plus nombreux et quels sont les conseils qui reçoivent le plus d'attention de la part des jeunes ? Comment les référents travaillent les aspects relationnels et l'écoute nécessaire permettant d'aboutir à une démarche préventive davantage intériorisée par chaque jeune sur le moyen terme ?

Des jeunes en grande difficulté (60% déclarent être sans travail ni avoir de revenus liés au travail), franchissent sans doute pas par hasard le seuil du Point Relais Santé : tous demandent un conseil (environ 62% se voit proposer un bilan de santé par le référent). Or, 38% d'entre eux n'ont pas de protection sociale à jour pour permettre l'accès aux soins. En conséquence, des pathologies relativement dégradées, non suivies, dans un contexte de très forte précarité (tant du point de vue professionnel que dans le domaine du logement : 17% n'ont pas de logement stable et peuvent donc être considéré en errance). D'un côté, des situations médicales consternantes (en particulier en matière de soins dentaires), de l'autre des pathologies psychologiques latentes qui réclament des réponses à géométrie et à efficacité variable.

Ici, la santé est corrélée à l'insertion professionnelle et sociale de manière totalement évidente : sur le plan professionnel, les revenus mensuels déclarés par les jeunes bénéficiaires des PRS s'élèvent à 378 euros en moyenne, contre 585 euros pour les jeunes de la population témoin (provenant des mêmes missions locales). Sur le plan social, seulement 42% vivent sous le toit parental (contre 58% pour la population témoin) et 44% vivent une situation relationnelle difficile avec leur famille au point où 17% d'entre eux ignorent la situation professionnelle de leur père (contre 8% pour la population témoin). Ainsi nombre de jeunes ont un état sanitaire dégradé du fait de leur faible niveau de revenu et de leur forte désocialisation. En corrélation,

nombre de jeunes voient leurs chances d'insertion diminuer du fait de leur état sanitaire, et lequel altérera l'état général si le soin est retardé. Bien pire, pour 19% d'entre eux, l'insertion professionnelle semble compromise si leur problème de morbidité n'est pas sérieusement pris en charge⁹.

La protection sociale insuffisante est le nœud du problème. Environ 50% disent ignorer s'ils ont une « couverture maladie universelle » (CMU). Et 7% ont des problèmes dentaires graves qu'ils ne peuvent soigner faute de financement, et faute de connaître les modalités d'aide gratuite d'accès aux soins. La mise en place des PRS a permis à tous ces jeunes d'accéder aux soins suite aux conseils et à la mise en place d'une démarche avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En fait, beaucoup de jeunes ont une mutuelle (souvent parentale) mais nombre d'entre eux se refusent les soins faute de pouvoir avancer les honoraires.

Plus d'un tiers des jeunes a fait l'objet de conseils appuyés de la part des référents santé pour les conduire à commencer un suivi psychologique. Quatre mois après leur première visite au PRS, 67% déclaraient avoir déjà pris les rendez-vous pour assurer ce suivi auprès de professionnels.

Dans les faits, les PRS dépassent donc la simple prévention : à ce stade de dégradation sanitaire de la population des 18-25 ans, les conseils donnés s'orientent davantage vers le « curatif ». Pour les référents, il ne s'agit plus d'indiquer des conseils en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles, mais d'orienter rapidement les jeunes filles vers un gynécologue pour problèmes préoccupants induisant une telle honte de son état physique qu'elle préfère ne plus y penser. Et les conseils des référents sont très suivis, puisque en moyenne 82% des jeunes filles déclarent avoir effectué les tests et examen médicaux conseillés, quatre mois après leur passage initial au PRS.

Orienter un jeune vers un accompagnement psychiatrique est une épreuve : les référents doivent se montrer patients et compréhensifs pour permettre au jeune de revenir les voir. Le manque de soutien familial est un facteur de désocialisation et de perte de confiance en soi qui conduit nombre de jeunes à se sentir « peu désirable » et à fuir les suivis psychologiques aux horaires jugés parfois contraignants. Néanmoins, là encore, le PRS offre une solution de soutien pour ces jeunes en souffrance psychologique puisque aucun rendez-vous préalable n'est nécessaire pour rencontrer le référent santé. Les conditions d'un suivi long et basé sur la confiance sont alors réunies pour que les conseils donnés soient davantage suivis d'effet.

Cependant, le PRS rencontre des limites dans la réduction des conduites addictives et dans la mise à jour du carnet de vaccination. Les contraintes pour changer de conduite, ou la nécessaire méticulosité utile à consigner les informations médicales contenues dans le carnet de vaccination imposent des barrières difficiles à surmonter pour nombre de jeunes qui ne ressentent pas le besoin immédiat de céder aux consignes du référent.

Par quelle approche les référents parviennent-ils à obtenir malgré tout l'adhésion des jeunes qui entrent dans le PRS ? Bien souvent à travers une approche qui est avant tout humaine. Il s'agit pour les référents santé de travailler à partir des ressources du jeune (encore faut-il savoir les reconnaître), ce qui est plus efficace pour susciter le changement d'un comportement. Il s'agit aussi d'écouter et de respecter ce jeune sans apporter de jugements normatifs qui provoqueraient une culpabilisation et un éloignement définitif du jeune. Il faut donc avoir une attitude empathique, y compris dans les difficultés : c'est la clef du premier échange. Si l'entrée sanitaire est importante pour initier une démarche vers un mieux-être, il en va de même pour tout accompagnement social : privilégier le travail clinique, l'observation, l'analyse, la remise

⁹ Dans notre étude, 19% de la population expérimental déclare avoir fait déjà au moins une tentative de suicide (contre 4% pour la population témoin). Et parmi ces 19%, la presque totalité d'entre eux déclarent être sans ressources ni revenus.

en question constante. Proposer au jeune des soins accompagnés des moyens d'accéder à ces soins via la mise à jour des droits et l'aide administrative n'est pas idiot ; il y a ainsi matière à construire une relation de confiance où le référent donne au jeune des clefs concrètes pour améliorer sa santé (aide pour le financement, adresses de spécialistes, rendez-vous avec le médecin conseil, etc.). Mais, après l'alerte, après la demande du jeune, les actes devront suivre les promesses,... et à ce stade, la présente évaluation est en mesure de donner quelques signes positifs où la longue chaîne de désengagement qui a conduit le jeune dans une impasse peut être stoppée. La « santé est un investissement », dit-on ; et compte tenu des données récoltées par l'évaluation, les PRS permettent bien de dépister et de repérer utilement les jeunes en difficulté sur le plan médical pour les conduire à modifier un peu leur conduite. Cependant, il reste qu'en matière de préconisation, les résultats pourraient être encore plus satisfaisants si les pouvoirs publics mettaient en place des moyens financiers dont l'absence rend difficile chez les jeunes sans revenus la pérennisation des soins nécessaires, et le changement d'attitude attendu.

1 L'expérimentation dans les cinq missions locales

1.1 Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée

Nous allons expliciter ici les objectifs poursuivis par le projet ainsi que les actions mises en place pour les atteindre.

Le projet porté par la Mission locale de Marmande regroupe quatre autres missions locales situées en zone rurale (Mission locale des Deux Rives, Mission locale Sud Gironde, Mission locale de l'Agenais et de l'Albret, Mission locale du Pays Villeneuvois). Ce projet propose la création de Points Relais Santé dans chacune de ces missions locales pour offrir aux jeunes des lieux d'écoute, de conseils et d'orientation en matière de soins, pour renforcer l'accès à la santé des jeunes, pour permettre aux jeunes d'exprimer un mal-être ou des difficultés plus ou moins identifiées, et pour leur permettre d'accéder aux droits, d'être orientés vers des partenaires et des professionnels de santé, pour les soutenir dans leurs démarches administratives et financières, etc. Il s'agit donc de proposer sur un territoire rural situé entre deux départements (Lot-et-Garonne et Gironde) une offre de service cohérente et équitable aux jeunes. Les PRS sont ouverts à mi-temps, excepté celui de Marmande qui est plus ancien et ouvert à temps complet. Le mode de repérage des jeunes est harmonisé sur tout le territoire grâce à l'organisation du dispositif en comité technique rassemblant les référents santé, les directeurs des missions locales et les partenaires extérieurs. Ce travail d'harmonisation de l'activité a nécessité l'explicitation du processus d'accueil à l'ensemble des personnels des cinq missions locales : l'enjeu était que les équipes puissent s'approprier le projet et les exigences de l'expérimentation. Par ailleurs, des réunions de travail ont rassemblé les référents santé afin qu'ils puissent partager leurs expériences communes et formaliser leurs protocoles d'action en faveur des jeunes de manière harmonisée.

Ce dispositif vient remplacer la disparition des PAEJ (Points Accueil Ecoutes Jeunes) et la diminution drastique des postes de psychologues autrefois présents dans les locaux des missions locales et désormais regroupés dans les centres médico-psychologiques (CMP).

Les actions mises en place par le dispositif sont les suivantes :

Dans le cadre du projet d'insertion professionnel des jeunes suivis en mission locale, les conseillers qui accompagnent les parcours informent le public de la présence d'un « Point Relais Santé » au sein des locaux, ce qui permet une première mise en relation avec le référent santé qui reçoit sans rendez-vous. Il est proposé aux jeunes un bilan de santé gratuit mis en œuvre en partenariat avec le Centre d'Examen de Santé de chaque département. Cette

proposition agit comme un moyen « d'accroche » pour les jeunes dans la mesure où il n'y a pas de frais à engager et où l'examen de santé va ensuite les conduire à approfondir encore davantage l'accompagnement suite aux préconisations données par le médecin conseil du centre d'examen.

L'appui sur le réseau partenarial est déterminant. Sont mobilisés les centres d'examen de santé, CPAM, les médecins, pharmaciens, psychologues, CMP, Centre hospitalier, etc. Au regard de la première demande du jeune lors de sa venue initiale au PRS (accès aux droits, mal-être, addiction, handicap, IVG, etc.) un accompagnement est mis en œuvre par le référent santé. Le temps d'accompagnement permet de dépasser le stade de la « première demande » et d'envisager un véritable travail structurant avec le jeune pour l'amener progressivement à modifier certaines des conduites qui pouvaient avoir engendré un état de santé dégradé.

1.2 Objectifs et modalités de l'évaluation menée par le LERFAS

1.2.1 Problématique et méthodologie mise en œuvre

Pour l'évaluateur, le travail d'analyse a conduit à créer un questionnaire d'enquête (en deux volets) directement remis aux jeunes dans chacun des cinq PRS par les référents santé. Les objectifs spécifiques du volet n°1 du questionnaire résident dans l'identification des jeunes et dans la mesure de la capacité de ces jeunes à adopter des conduites de santé attendues par les référents suite aux conseils qui ont été donnés. Ces conseils sont très variés et certains d'entre eux portent par exemple sur les méthodes contraceptives, les problèmes d'addiction, les difficultés relationnelles, les soins dentaires, etc.

Le premier travail de l'évaluateur a donc consisté à formuler sous forme de questions fermées les situations incluant les notions de trajectoires de santé, d'impact de dispositif et de comparaison avec une population témoin. Finalement, les objectifs de cette évaluation permettent de répondre aux deux groupes de questions suivantes :

Premièrement, il s'agit de rendre compte de la situation santé du jeune à son entrée dans le « Point Relais Santé ». Les jeunes qui viennent aux cinq « Points Relais Santé » ont-ils réellement des besoins en matière de soins médicaux et d'aide à la constitution administrative de leur dossier de sécurité sociale ? Ces besoins sont-ils urgents ? Ces besoins sont-ils aisément traduits sous forme de demandes explicites par le référent santé ? La présence d'un groupe témoin à qui le questionnaire est administré permet de vérifier le niveau de gravité des réponses qui auront pu être données par les jeunes du groupe expérimental, et d'établir si ces jeunes présentent de réelles difficultés en matière de soins et d'accès aux soins.

Deuxièmement, il s'agit d'identifier précisément les conseils donnés par les référents, et de contrôler plusieurs mois après le premier passage (en moyenne quatre mois), si ces conseils ont pu servir aux jeunes pour consolider leur santé et les inciter à prendre les traitements adéquats. L'évaluation quantitative entend donc rendre compte de l'impact du dispositif des « Points Relais Santé » avec un deuxième volet de questionnaire, à saisir en ligne par chaque référent à la fin d'un suivi dont la durée moyenne est d'environ trois ou quatre mois. Ce suivi longitudinal est essentiel pour mesurer les effets réels du dispositif sur les modifications de conduite de chaque jeune en matière de santé.

Parmi les points faibles de l'étude, il est possible d'indiquer ici les questions auxquelles l'évaluation ne répond pas : l'évaluation quantitative ne s'attache pas à suivre le parcours d'insertion professionnelle des jeunes durant la durée de leur présence dans le dispositif des « Points Relais Santé ». Il est considéré comme une connaissance définitivement acquise dans

le domaine des sciences humaines que l'insertion professionnelle des jeunes est directement corrélée à leur niveau de santé¹⁰.

L'évaluation ne s'attache pas non plus à diagnostiquer de manière strictement médicalisée les problèmes de santé du jeune, car le PRS est seulement prévu pour être un lieu d'écoute, de conseils et d'orientation ; en effet, les référents santé des missions locales ne sont pas des professionnels de santé, mais disposent d'une capacité d'écoute et d'orientation vers les professionnels de santé.

1.2.2 Aspects méthodologiques de l'enquête quantitative

La méthodologie utilisée est essentiellement quantitative. Certes, une démarche qualitative importante a été mise en œuvre au démarrage de l'évaluation : les méthodes qualitatives (entretiens et observations) n'ont pas été utilisées pour interroger directement les jeunes concernés par le dispositif. Elles ont davantage été exploitées pour saisir les obstacles et les difficultés que rencontrent les référents santé dans leurs échanges avec les jeunes, et pour identifier la manière dont ils parviennent à surmonter la gêne occasionnée par la rencontre avec des jeunes parfois très réticents à raconter les raisons de leurs difficultés. En particulier, l'attention de l'évaluateur a toujours été portée en réunion de travail (lors des comités techniques) sur la manière dont les référents rendaient compte de leur métier, sur les cas pratiques qu'ils rencontraient avec des jeunes dans le besoin, sur les modalités avec lesquelles ils utilisent et exposent leurs différentes cultures professionnelles antérieures pour mieux appréhender leur nouvelle mission dans les PRS. L'objet des premiers ateliers collectifs organisés sous la direction du chef de projet a permis, petit à petit, de faire converger les opinions des cinq référents (issus de différents milieux de l'action sociale et culturelle, et non du secteur médical) sur la meilleure manière de conduire les entretiens auprès des jeunes.

Il s'agissait aussi d'éviter le principal écueil constitué par la subjectivité des professionnels référents qui pouvait faire obstacle à une saisie du questionnaire variable selon les tempéraments de chacun. A travers les échanges en comité technique, il fallait au contraire alimenter la réflexion commune et les échanges verbaux pour expliciter le contenu même de la pratique de chaque professionnel face aux jeunes. Le questionnaire qui a été construit a également permis de favoriser de facto l'harmonisation des pratiques, avec des questions fermées ou ouvertes qui autorisent les référents à renseigner les différents items tout en permettant la compréhension des nuances propres chaque jeune singulier. La rigueur méthodologique a été en fait constamment sollicitée, particulièrement au moment de la construction des questionnaires où il a toujours été question d'objectiver précisément ce que l'on souhaite mesurer, pour quelles finalités, auprès de quels destinataires, pour quelles actions de suivi.

Aussi, le travail d'observation et d'action recherche entrepris par l'évaluateur a permis de tendre vers une harmonisation des pratiques professionnelles entre les cinq PRS des missions locales. Ce travail d'analyse qualitative basé sur des échanges collectifs avec les référents a par ailleurs facilité l'appropriation par ces derniers du questionnaire d'enquête comme outil de travail. Car la difficulté pour l'évaluateur consistait également à faire admettre aux référents la

¹⁰ Tron I., Cayla F., Delarue M., Rengot M., Boulay C., Fontaine D., *Visites médicales destinées aux jeunes suivis par les Missions locales*. Paris : Fnors, collection Les Etudes du réseau des ORS, 203, 137p.

Voir également : Niewiadomski C., Aiach P., *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Presse de l'EHESP, collection Recherche Santé Social, 2008. 281p.

Et aussi : Flajolet A., *Peut-on réduire les inégalités de santé ? Rapport à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*. Paris : La documentation française, Collection des Rapports Officiels, 2008, 152p.

nécessité de passer un questionnaire précis et détaillé (115 questions pour les deux volets) aux jeunes venus volontairement au PRS. Il a fallu convaincre de l'utilité du questionnaire en montrant que celui-ci avait en quelque sorte la vertu maïeutique d'un objet « transitionnel » permettant aux référents de surmonter leurs réticences, et de se confronter à la gêne ressentie auprès des jeunes en verbalisant précisément (c'est-à-dire d'objectiver plus rigoureusement) leurs pratiques professionnelles et les besoins à demi voilés des jeunes. Mêlé à des présentations de nombreux cas de jeunes déjà rencontrés, ce travail d'analyse qualitative de l'évaluateur a permis de construire le questionnaire d'enquête. Et ce questionnaire a bien été co-construit avec les référents de manière à leur permettre de se l'approprier dans leur travail quotidien.

En effet, la méthodologie quantitative retenue par l'évaluateur consistait à demander aux référents de faire passer le volet n°1 du questionnaire aux jeunes lors de leur première venue. Or, les questions balayaient nombre de situations pathogènes qu'il pouvait être gênant pour le référent de relever auprès d'un jeune dont il s'agissait par ailleurs de s'attacher la confiance afin de lui donner l'occasion de revenir au PRS à tout moment. La difficulté à surmonter pour les référents et l'évaluateur pouvait se résumer à la résolution du dilemme suivant : comment s'assurer la confiance de son interlocuteur tout en lui posant des questions de santé relativement intimes qui pourraient rompre la relation de confiance.

La méthode quantitative d'enquête par questionnaire utilisée pour répondre aux objectifs de l'évaluation n'a absolument pas varié durant l'expérimentation. Cette méthode d'enquête quantitative par questionnaire est dotée de deux volets d'un questionnaire permettant d'assurer un suivi longitudinal pour la population expérimentale et une comparaison avec la population témoin ; la méthode quantitative étant jugée comme la seule capable de mesurer l'effet d'impact d'un dispositif sur des modifications de comportement, c'est pourquoi elle a été utilisée ici. Toute l'originalité du questionnaire consiste à repérer les parcours des jeunes et à identifier les actions d'accompagnement qui sont mobilisées au cours de ce parcours pour ensuite questionner à nouveau le suivi santé du jeune.

Le volet n°1 du questionnaire est commun aux groupes expérimentaux et témoins. Il comporte 65 questions. Ce questionnaire est rempli par le jeune lors de ses premières venues au PRS. Le volet n°2 du questionnaire comporte 49 questions qui sont remplies exclusivement par le référent santé à l'issue des trois ou quatre mois de suivi du jeune¹¹. La population témoin ne renseigne que le volet n°1 car l'évaluateur fait l'hypothèse que les conduites de santé des jeunes de la population témoin n'ont pas l'occasion de changer notablement en trois ou quatre mois.

Le volet n°1 du questionnaire comporte un talon sociologique et couvre les thèmes de santé référencés dans les enquêtes habituellement utilisés par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dans son baromètre santé¹². Il s'agit d'interroger la situation du jeune au moment de son entrée dans le dispositif.

Dans le deuxième volet du questionnaire, il s'agit d'identifier, plusieurs mois après l'entrée du jeune au PRS, l'évolution de sa situation médicale et la manière dont il a pu changer sa conduite : le questionnaire se déploie selon une série de thématique couvrant l'ensemble des champs de la santé : nutrition, addiction, prévention sexuelle, etc.). Le volet n°2 a vocation à être renseigné par le référent en fin de parcours, lors de la sortie du dispositif.

¹¹ Le détail des volets n°21 et n°22 du questionnaire est fourni en Annexe.

¹² Baromètre santé de l'INPES.2004 et suiv.

1.2.3 Validité interne

Comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin

Le protocole d'évaluation a permis de créer un groupe témoin sur le même territoire que celui de l'expérimentation ; ce groupe témoin ne présente pas de filtre de sélection, ni de biais particulier à éviter dans le choix des jeunes. En effet, dans ce protocole, les conseillers des missions locales sont conviés par les référents des PRS à proposer aux jeunes (venus dans leur mission locale pour des raisons autres que médicales) de renseigner le volet n°1 du questionnaire santé. Il n'y a donc pas de tirage aléatoire construit statistiquement parmi les jeunes du groupe témoin venant dans les missions locales : ces jeunes n'ayant pas eu de relation avec le référent santé du PRS, ne verront donc pas leur conduite de santé changer brutalement en l'espace de 3 ou 4 mois, les comparaisons diachroniques et synchroniques sont donc totalement envisageables dans ce protocole.

Au final, il n'y a pas de biais méthodologique majeur excepté dans la randomisation méthodique des jeunes du groupe témoin puisque ceux-ci n'ont pas eu à opérer un tri formel auprès des jeunes qu'ils reçoivent. Il est cependant possible de faire l'hypothèse que les jeunes du groupe témoin qui refuseraient spontanément de renseigner le volet n°1 du questionnaire santé peuvent avoir des réticences particulières, précisément du fait de problèmes de santé dont ils dénie l'existence. Enfin, l'expérience des études sociologiques indique que les personnes susceptibles de répondre plus volontairement aux enquêtes disposent d'une « bonne volonté culturelle » qui traduit une position sociale moyenne. Le protocole de récolte des questionnaires témoins pourrait donc laisser s'introduire un doute qui ne peut être levé qu'à travers l'analyse a posteriori des résultats comparatifs de l'enquête.

Or, dans les résultats obtenus, il apparaît que la population témoin s'apparente à la population expérimentale selon les trois critères socio-démographiques que sont le sexe, l'âge et la situation matrimoniale.

En effet, la population analysée correspondant à 515 questionnaires (326¹³ jeunes bénéficiaires et 189 jeunes témoins).

Les jeunes qui sont entrés dans le dispositifs sont composés à environ 61% de filles (alors que la population témoin est quant à elle composé de 68% de filles : on y reconnaît les prédispositions à la bonne volonté scolaire des filles par rapport aux garçons).

	Féminin	Masculin	Total
Expérimentale	199	127	326
Témoin	129	60	189
Total	328	187	515

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

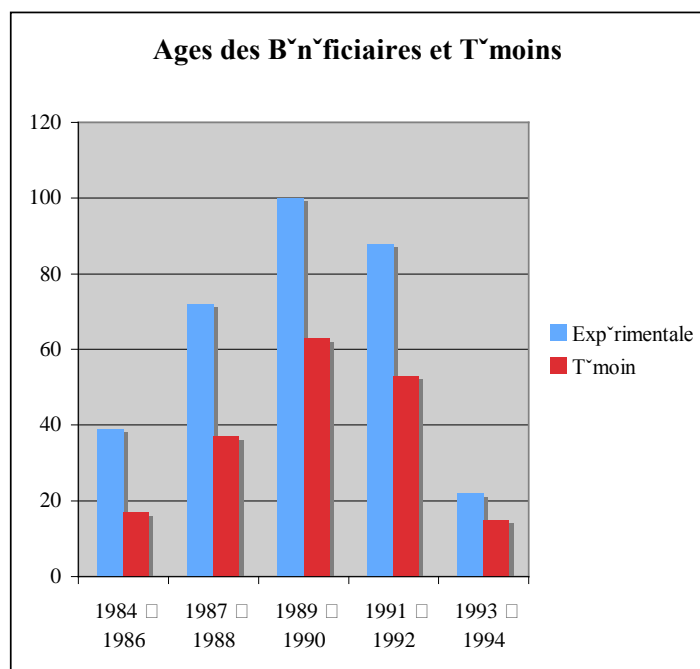
	Féminin	Masculin	Total
Expérimentale	61,0%	39,0%	100,0%
Témoin	68,3%	31,7%	100,0%
Total	63,7%	36,3%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

¹³ Au total, durant la période de l'expérimentation, les cinq « Points Relais Santé » ont reçu 708 jeunes (Agen : 146 jeunes, Villeneuve sur Lot : 122 jeunes, Langon : 86 jeunes, Cadillac : 99 jeunes et Marmande : 255 jeunes). Cependant, beaucoup d'entre eux sont venus ponctuellement (une à deux fois). L'évaluateur n'a retenu que les jeunes ayant bénéficié d'un suivi continu de plusieurs mois. Selon ce filtre, 326 jeunes sont déclarés bénéficiaires dans ce rapport.

La moyenne des dates de naissance des jeunes se situe entre l'année 1989 et 1990.

Le nombre de jeunes étant relativement peu nombreux (quelques centaines), il apparaît que la courbe normale de Gauss reste encore incertaine. Toutefois si l'on regroupe les effectifs selon des tranches d'années de naissances de 2 ou 3 ans, il apparaît alors une régularité gaussienne dans les deux populations de jeunes témoins et expérimentaux.



La situation matrimoniale (question n°3) des deux populations témoins et expérimentales est très similaire : d'un côté, les célibataires composent les trois quart de la population, d'un autre côté, les mariés, pacsés ou vivant maritalement composent le quart restant.

Répartition de la situation matrimoniale des jeunes bénéficiaires et témoins

	Célibataire	Concubin(e) ou vie en couple	Mariés ou Pacsés	Total
Expérimentale	76,4%	19,0%	4,6%	100,0%
Témoins	74,1%	22,2%	3,7%	100,0%
Total	75,5%	20,2%	4,3%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Par ailleurs, autre élément important : le nombre d'enfant à charge est approximativement équivalent entre les population du groupe témoin et du groupe bénéficiaire.

Nombre d'enfants à charge

	Expérimentale		Témoins		Total
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	
Aucun enfant à charge	85,4%	96,1%	85,3%	93,3%	88,9%
Au moins 1 enfant à charge	14,6%	3,9%	14,7%	6,7%	11,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Les principaux éléments distinctifs entre la population bénéficiaire et le groupe témoin

Nous venons d'indiquer précédemment que, selon trois principaux critères socio-démographiques (sexe, âge, situation matrimoniale), les populations bénéficiaires et témoins étaient très proches l'une de l'autre.

Cependant ces deux populations diffèrent très sensiblement selon d'autres critères comme :

- le niveau scolaire ;
- le mode de logement ;
- les sources de revenus ;
- l'origine géographique ;
- et la taille de la fratrie.

En effet, concernant le niveau scolaire, le diplôme déclaré est un facteur clivant qui distingue nettement les jeunes de la population témoin des jeunes de la population expérimentale.

Comparaison du niveau de diplôme déclaré par les jeunes bénéficiaires et témoins

	BAC +2 et plus	BAC validé	Niveau BAC ou brevet technique	CAP-BEP validé (arrêt 2nd et 1ère)	CAP-BEP niveau	Brevet des collèges	Fin études primaires (avant 3ème)	Total
Expérimentale	2,8%	15,6%	9,2%	14,1%	37,1%	11,7%	9,5%	100,0%
Témoin	10,1%	26,5%	10,1%	22,8%	15,3%	5,8%	9,5%	100,0%
Total	5,4%	19,6%	9,5%	17,3%	29,1%	9,5%	9,5%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

En effet, 21% des jeunes passés par le Point Relais Santé n'ont pas de diplômes, contre 15% pour la population témoin. A l'autre bout de l'échelle, 18% des jeunes du Point Relais Santé ont un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat, contre, 36% de la population témoin.

En résumé : les jeunes des Points Relais Santé sont nettement moins diplômés que les jeunes habituellement rencontrés en mission locale. Et cela, à âge égal comme nous l'avons constaté dans le paragraphe précédent.

Autre éléments de distinction important entre les deux groupes de population : les sources de revenus. Ces sources de revenus sont différentes selon les populations témoins et bénéficiaires : les jeunes témoins sont 48% à indiquer qu'ils sont sans travail et sans revenus liés au travail, alors que les jeunes bénéficiaires sont 59% à être dans cette situation difficile. Renforçant ces premières différences, il apparaît que 24% de la population témoin perçoit des indemnités journalières de pôle emploi contre seulement 15% de la population bénéficiaire.

Comparaison des contrats de travail entre les jeunes bénéficiaires et témoins

	CDI	CDD (plus de 6 mois)	CDD (moins de 6 mois)	Intérim	En formation	Contrats aidés	Assedic	Sans travail ni revenus liés au travail	Total
Expérimentale	1,5%	2,5%	6,1%	4,0%	10,1%	2,1%	14,7%	58,9%	100,0%
Témoin	4,2%	6,3%	3,2%	4,2%	5,3%	4,8%	23,8%	48,1%	100,0%
Total	2,5%	3,9%	5,0%	4,1%	8,3%	3,1%	18,1%	55,0%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Le revenu moyen des jeunes bénéficiaires et des jeunes témoins est nettement différent, et cela encore davantage lorsque l'on analyse les données selon le sexe :

Ainsi, les jeunes de la population expérimentale déclarent en moyenne 378 euros mensuels, contre 585 euros pour les jeunes témoins.

L'écart de revenu est beaucoup plus fort pour les garçons, car en moyenne les jeunes garçons du groupe bénéficiaire déclarent percevoir 338 euros par mois, contre 590 euros pour les garçons du groupe témoin

Niveau moyen des revenus déclarés par sexe

Revenus en Euros	Féminin	Masculin	Total
Expérimentale	406,4	338,3	378,6
Témoin	583,4	590,8	585,8
Total	477,2	419,5	455,3

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Concernant un autre élément important qui détermine les conditions de vie des jeunes, le logement apparaît comme un facteur clivant. En effet, les données indiquent que les jeunes de l'expérimentation passant par les Points Relais Santé ont de grosses difficultés de logement : près de 17% d'entre eux n'ont pas de logement stable (CHRS, résidence sociale, chez des amis, en squat, etc.), contre seulement à peine 6% de la population classique des missions locales. Les liens familiaux semblent plus forts pour ces derniers qui sont plus de 58% à habiter chez leurs parents, alors que c'est le cas de seulement 44% des jeunes passant par les Points Relais Santé.

Répartition du types de logements selon les jeunes témoins et bénéficiaires

	Pas de logement stable, CHRS, amis, autres	Chez des frères et sœurs	Dans votre propre logement personnel	En colocation	En couple sous le même toit	Sous le toit parental	Total
Expérimentale	16,9%	5,8%	17,5%	2,1%	13,5%	44,2%	100,0%
Témoin	5,8%	3,2%	15,3%	1,6%	15,3%	58,7%	100,0%
Total	12,8%	4,9%	16,7%	1,9%	14,2%	49,5%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Dernier élément de distinction entre les deux populations : l'origine géographique. En effet, il apparaît que 47% des jeunes passant dans les Points Relais Santé ne sont pas nés dans les deux départements de la Gironde et du Lot et Garonne, alors que les jeunes des missions locales sont seulement 32% à être nés hors de ces deux départements.

Il semble donc que les jeunes ayant des difficultés en matière de santé sont des jeunes ayant eu un parcours géographique plus chaotique et moins stable que les jeunes « classiques » des missions locales, qui eux, auraient tendance à être en majorité plus « sédentaires » géographiquement.

Département de naissance des jeunes

	Autres départements	Département Gironde	Département Lot et Garonne	Total
Expérimentale	155	88	83	326
Témoin	62	49	78	189
Total	217	137	161	515

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Répartition des jeunes selon leur département de naissance

	Autres départements	Département 33	Département 47	Total
Expérimentale	47,5%	27,0%	25,5%	100,0%
Témoin	32,8%	25,9%	41,3%	100,0%
Total	42,1%	26,6%	31,3%	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

De l'ensemble de ces éléments d'analyse, il ressort que les jeunes passant dans les Points Relais Santé sont plus « fragiles » que les autres jeunes « classiques » des missions locales. En effet, les jeunes bénéficiaires de l'expérimentation ont un niveau d'études plus faibles, des sources de revenus plus précaires, une situation en matière de logement plus instable et enfin une trajectoire géographique probablement plus chaotique que les jeunes de la population témoin.

Les jeunes des populations témoins ont moins de frères et sœurs que les jeunes bénéficiaires, qui eux, sont davantage issus de familles nombreuses.



2 Enseignements de politique publique

Les principaux enseignements tirés par l'évaluateur concernant le dispositif expérimenté sont les suivants : la population composée par les jeunes bénéficiaires est nettement plus dégradée d'un point de vue sanitaire, que la population composée par les jeunes de la population témoin. Ce résultat indiscutable statistiquement doit encore être mis en perspective : car la population témoin est considérée comme représentative des jeunes précaires souhaitant trouver un accompagnement en mission locale. Or les jeunes précaires en recherche d'insertion professionnelle ont habituellement, en France, un niveau de santé encore plus fragile que les jeunes dits « non précaires » (étudiants ou jeunes en emploi stable)¹⁴. Par conséquent, l'analyse

¹⁴ Labbe E., Moulin J., Sass C., Chatain C. Guéguen R., Gerbaud L., *Etat de santé, comportement et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle*, Pratiques et organisation des soins, 2007.

comparative qui va suivre doit être considérée comme la manifestation d'écart entre une population considérée comme vulnérable (les jeunes précaires des missions locales) et une population déjà en situation sanitaire dégradée (les jeunes bénéficiaires des PRS).

A l'aide d'indicateurs variés, l'évaluation met l'accent sur la situation critique de ces jeunes, tant sur le plan social que sanitaire, et révèle la très inquiétante vulnérabilité de cette population en danger. Par ailleurs, l'étude des interactions avec les tranches d'âge montre que les écarts de risques sanitaires croissent avec l'âge, en s'aggravant pour les situations de fragilité sociale ou de non recours aux soins.

Nous avons pu observer les nombreuses difficultés rencontrées par ces jeunes, tout particulièrement concernant la situation économique, le niveau d'études, les comportements à risques, les relations psycho-affectives : tous les facteurs s'additionnent pour contribuer à un risque majeur de rupture sociale ou de précarisation de longue durée.

Concernant les possibles effets d'impact du dispositif expérimental, tous les résultats montrent une amélioration de la situation des jeunes dans des délais relativement courts (trois ou quatre mois seulement). Ce travail d'évaluation ne permet pas de comprendre finement comment ont pu agir les référents santé sur les jeunes qu'ils ont accueillis. Mais il permet par contre de rapprocher les conseils ciblés donnés par les référents avec les actions précises que les jeunes déclarent avoir réalisés pour leur santé. C'est pourquoi, tout en se montrant totalement impartial, l'évaluateur n'a pu que constater les effets positifs du dispositif sur une importante fraction des jeunes concernés.

2.1 Résultats de l'évaluation

2.1.1 Les publics touchés par l'expérimentation

Caractéristiques des bénéficiaires de l'expérimentation : un état psychologique et physique dégradé

A travers toute une série de situations décrites dans les questions visant à établir la qualité des rapports familiaux, il apparaît que les jeunes des Points Relais Santé sont nettement plus fragilisés dans leurs relations sociales. Nombre d'entre eux ont semble-t-il rompu avec leur famille d'origine et développent des zones de faiblesse émotionnelle du fait de leur éloignement avec la principale source d'étayage psychologique et sociale que représente l'institution familiale.

Niveau de socialisation selon les deux catégories de jeunes	Expérimentale	Témoin
Ignorent la situation professionnelle du père	17%	8%
Rencontrent des périodes financières difficiles	65%	52%
Ne pratiquent jamais un sport	49%	35%
N'ont pas rencontré leur père ou leur mère au cours du mois dernier	31%	14%
N'ont pas rencontré d'autres membres de leur famille	31%	11%
Ont vécu une séparation douloureuse avec leur conjoint	29%	18%
Ont vécu récemment un deuil dans la famille	25%	13%
Vivent actuellement une situation professionnelle difficile	36%	26%
Vivent actuellement une situation relationnelle difficile avec leur famille	44%	20%
Ont des problèmes avec la police ou la justice	11%	2%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Ainsi, par exemple, les jeunes de la population bénéficiaire sont 17% à ignorer ce que font leur père, contre seulement 8% de la population témoin, ce qui laisse présager d'une distance plus importante de ces jeunes avec leur famille d'origine. Et outre le fait qu'ils rencontrent plus fréquemment des périodes financières difficiles (65% contre 52% pour la population témoin classique), indique que leurs conditions d'existence sont plus précaires que les autres.

D'autre part, toujours sur le plan des relations familiales, ils sont 31% à n'avoir pas rencontré leur père ou leur mère au cours du mois dernier (contre 14% pour la population témoin). Ils déclarent même pour 44% d'entre eux avoir des relations difficiles avec leur famille en général (contre 20% pour la population témoin).

Par ailleurs, en plus de ces éléments familiaux qui dénotent une forte désaffiliation, se trouvent associés d'autres forment de désinsertion sociale comme par exemple le fait de ne jamais pratiquer un sport pour 49% d'entre eux (contre 35% pour la population témoin), ou encore, avoir eu des problèmes avec la police ou la justice pour 11% d'entre eux. Ce qui manifeste une forme de déviance plus fréquente chez ces jeunes venus aux Points Relais Santé.

Enfin, un élément supplémentaire peut finir par souligner une fragilité émotionnelle et psychologique issue de relations affectives peu satisfaisantes : ainsi, près de 30% des jeunes des Points Relais Santé disent avoir souffert d'une séparation avec leur conjoint (contre 18% pour les jeunes témoins). La fragilité émotionnelle et affective vient ici compléter un tableau déjà assez sombre. Il semblerait que les jeunes en question soient particulièrement touchés par les chocs émotionnels, probablement à cause du déficit d'étayage familial et social.

La santé physique générale des jeunes

Les jeunes bénéficiaires se caractérisent pas une légère sous-pondération. En moyenne, ils pèsent 63,5 kg, alors que les jeunes de la population témoin pèsent 67,3 kg. Et cela pour une taille équivalente aux deux groupes (taille moyenne de 1,68 m).

L'analyse des données selon le sexe (homme ou femme) et l'appartenance de la population (bénéficiaire ou témoin) nous permet de montrer que les filles entrées dans les Points Relais Santé ont un IMC (Indice de Masse Corporel) plus faible que les autres filles. Elles sont donc plus maigres que leurs homologues témoins, sans toutefois entrer dans la catégorie des populations anorexiques.

Toujours est-il que les jeunes entrés dans les Points Relais Santé n'ont pas de problème de surpoids ou d'obésité en général. Au contraire, ils sont plus maigres que la moyenne des jeunes témoins.

Poids	Bénéficiaires	Témoins	Total
Poids moyen des filles (en kg)	60,6	62,4	61,3
Poids moyen des garçons (en kg)	69,7	71,4	70,2
Poids moyen (en kg)	64,2	65,3	64,6

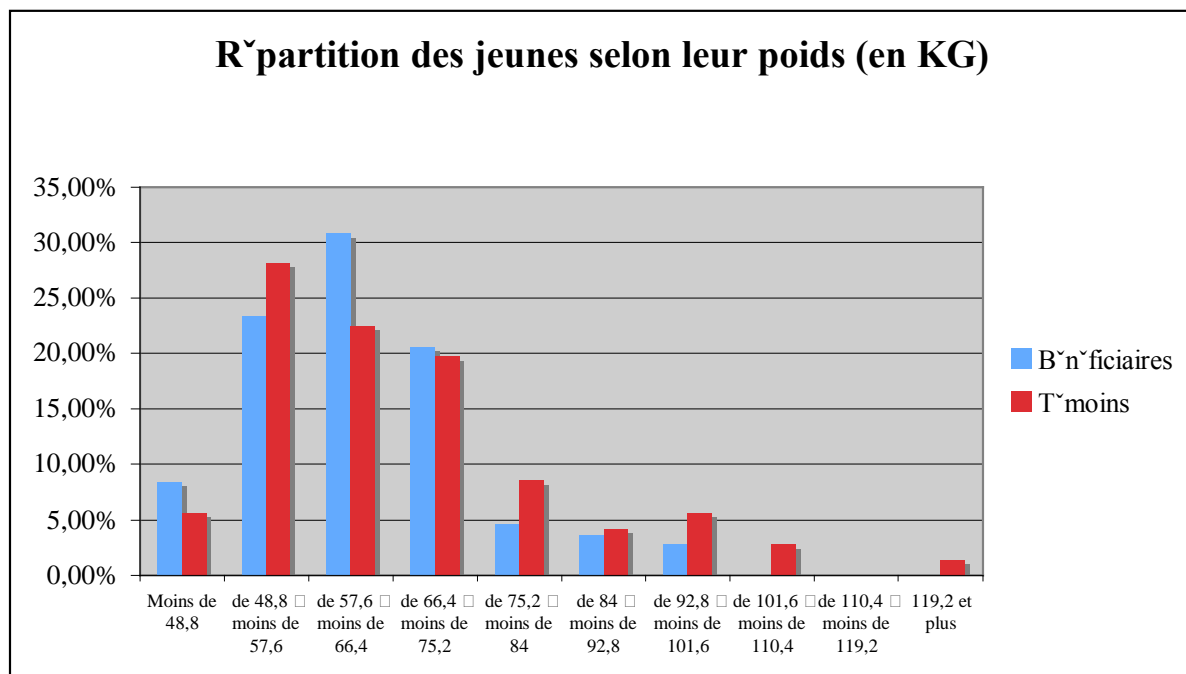
Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Taille	Bénéficiaires	Témoins	Total
Taille moyenne des filles (cm)	163,4	163,6	163,5
Taille moyenne des garçons (cm)	176,1	176,0	176,0
Taille moyenne (en cm)	168,4	167,5	168,1

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

IMC	Bénéficiaires	Témoins	Total
IMC des filles	22,7	23,3	22,9
IMC des garçons	22,5	23,0	22,7
IMC moyen	22,6	23,2	22,9

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011



La santé subjectivement perçue

L'aspect subjectif de la santé telle qu'elle est perçue par chacun, nous éclaire très directement sur la santé réelle des personnes concernées. Même s'il ne suffit pas de se dire en mauvaise santé pour l'être réellement, les études épidémiologiques ont montré que le sentiment d'être en mauvaise santé est souvent lié à une santé réellement défaillante.

Pour notre population, il apparaît ainsi que 22,2% des jeunes entrés dans les Points Relais Santé se disent en « médiocre » ou « mauvaise » santé (contre 5,7% de la population témoin).

Répartition des jeunes selon la perception de leur propre santé

	Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise	Total
Expérimentale	6,4%	16,3%	54,6%	14,7%	7,7%	100,0
Témoin	7,9%	27,0%	59,3%	4,2%	1,6%	100,0
Total	7,0%	20,2%	56,3%	10,9%	5,4%	100,0

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

De plus, il apparaît que ce sentiment subjectif est durablement inscrit dans le temps (cf. question n°25), car 31% des jeunes bénéficiaires ajoutent que leur santé s'est détériorée depuis un an (contre 15% pour la population témoin).

Sans doute ce sentiment est-il lié à des problèmes médicaux passés (cf. question n°26), car 28% des jeunes bénéficiaires disent avoir eu un accident ou une maladie grave dans le passé (contre 14% pour la population témoin).

Toutefois, si 31% des jeunes de la population expérimentale déclare avoir vu leur santé se détériorer depuis un an, il est peu probable que cela soit directement dû à un accident récemment arrivé.

Les conduites à risques au présent

Compte tenu d'une série de facteurs liés à la passation des questionnaires et, compte tenu de la crainte éventuelle des jeunes d'encourir certains risques s'ils avouaient utiliser certains produits stupéfiants, il s'avère que les populations témoins et bénéficiaires indiquent toutes deux de très faibles consommations de produits illicites.

Cependant, quelques questions plus indirectes permettent de se rendre compte, à minima, des consommations de produits dangereux pour la santé.

Et là encore, les jeunes qui entrent dans les Points Relais Santé sont plus vulnérables que les autres jeunes quant à leur consommation plus importante de cigarettes, d'alcool ou de hachisch.

Niveau d'addiction selon les deux catégories de jeunes	Expérimentale	Témoin
Fument de une à plus de 10 cigarettes par jour	45%	33,3%
Ne souhaitent pas arrêter de fumer	48%	33%
Disent avoir inquiété leur famille par leur consommation d'alcool	9,8%	3,2%
Déclarent consommer du hachisch tous les jours	13,8%	3,2%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Les problèmes de santé physiques particuliers

23% des jeunes du groupe bénéficiaire déclarent être venu au Point Relais Santé pour une raison de santé bien particulière. L'ensemble du tableau des pathologies n'est pas connu à travers le volet n°1 du questionnaire, mais il est possible de montrer que les jeunes du Point Relais Santé ont des besoins en matière financière et de suivi médical.

Ainsi, 35% des jeunes des Points Relais Santé n'ont pas vu un dentiste depuis plus de 2 ans (contre 24% pour la population témoin), et 40,6% d'entre eux déclarent limiter leurs soins médicaux du fait de problèmes financiers (contre 31,9% pour la population témoin).

Par ailleurs, autant les jeunes des Points Relais Santé se montraient discrets quant à leurs consommations de produits stupéfiants, autant ils manifestent une grande liberté de parole dans leurs problèmes médicaux : 13% disent avoir eu des problèmes d'anxiété ou de dépression (contre 3,4% pour la population témoin), et 13,3% ont déjà vu un spécialiste ce mois-ci (contre « seulement » 24% pour la population témoin).

Il semble donc que les jeunes des Points Relais Santé soient particulièrement ouverts dans leurs propos sur le plan médical : les chiffres traduisant un net écart entre eux et la population témoin, en matière de besoin médical et de soins.

A noter que 7% jeunes des Points Relais Santé viennent pour des problèmes de vue, alors qu'ils sont plus de 42% à porter des lunettes. Les soins médicaux et les types d'aides réclamés ne recouvrent donc que d'un point de vue mineur les questions ophtalmologiques

Niveau de médication selon les deux catégories de jeunes	Expérimentale	Témoin
Déclarent avoir eu des problèmes d'anxiété et de dépression	13%	3,4%
Déclarent avoir eu d'autres problèmes de santé majeurs	13%	4,2%
Disent n'avoir pas vu de dentiste depuis 2 ans	35%	24%
Disent n'avoir pas vu un généraliste depuis plus d'un an	24,2%	16,1%
Ont consulté un médecin spécialiste ce mois ci	13,3%	6,2%
Limitent leurs soins médicaux pour des raisons financières	40,6%	31,9%
Ont subi une prise ou une perte de poids importante depuis 6 mois	51%	33,8%
Ignorent avoir déjà eu des maladies sexuellement transmissibles	16%	5%
N'ont pas effectué de dépistage de maladies sexuelles	41,5%	28,6%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Le niveau de désocialisation est indiqué par un taux plus faible de don du sang chez les jeunes des Points Relais Santé : ils sont seulement 15% à avoir donné leur sang au cours de leur vie (contre 21,7% pour la population témoin). Leur « incompétence » en matière de protections des relations sexuelles est sans doute aussi plus élevée que les jeunes témoins dans la mesure où ils disent ne pas savoir s'ils ont déjà eu au cours de leur vie, des maladies sexuellement transmissibles.

En conséquence, il apparaît normal de constater que ces jeunes ont peu fréquemment pratiqué des dépistages de ce type de maladies : ils sont en effet 41,5% à n'avoir jamais réalisé de dépistages (VIH, etc.), alors que les jeunes témoins sont 28,6% dans ce cas. Alors qu'ils sont les plus exposés, car les jeunes des Points Relais Santé déclarent peu utiliser de préservatifs au cours de leurs relations sexuelles : seulement 34% disent en utiliser toujours, contre 47% pour les jeunes des populations témoins.

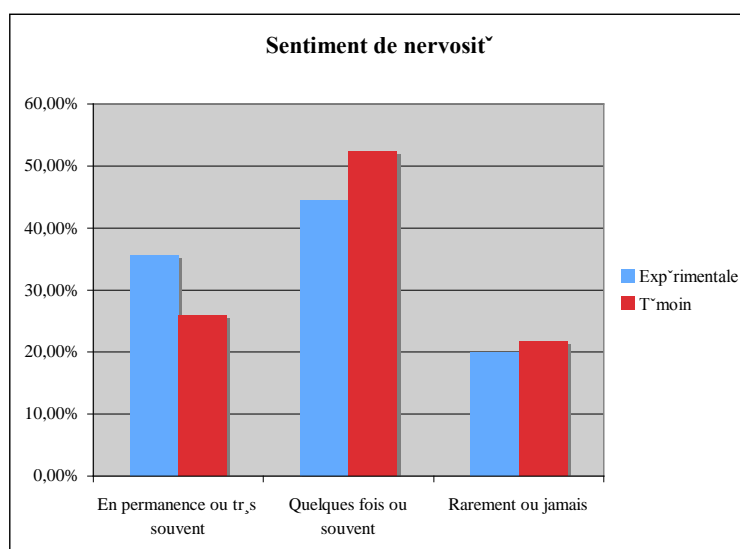
Les problèmes de santé psychiques particuliers

La subjectivité des jeunes concernant leur propre perception de leur santé personnelle est bien sûr délicate à objectiver. Toutefois, la capacité à se sentir « bien » ou « mal » d'un point de vue psychique est quelque chose de relativement simple à dire à un interlocuteur qui est plus ou moins considéré comme une personne ressource dans le domaine médical au sens large.

Ainsi, il n'est pas nécessaire d'accumuler d'innombrables témoignages pour comprendre que, si un groupe donné de jeunes se caractérise par une série de facteurs conjoints soulignant une fragilité psychologique, il faut alors conclure à une réelle problématique médicale.

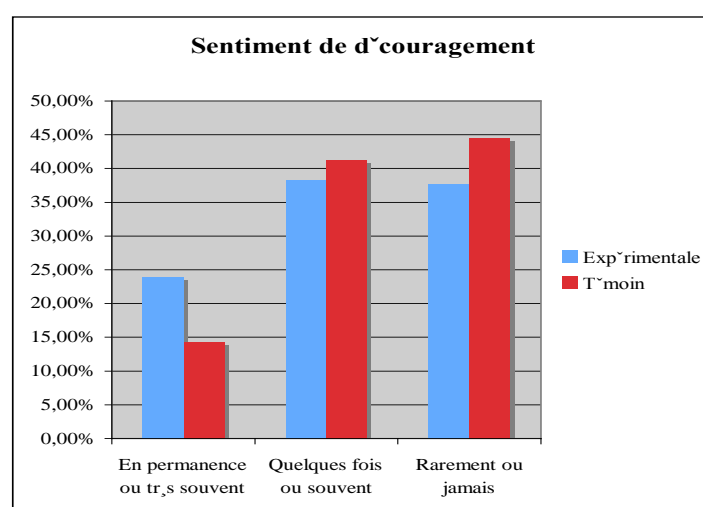
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)	En permanence ou très souvent	Quelques fois ou souvent	Jamais ou rarement	Total
Bénéficiaires	35,58%	44,48%	19,94%	100,00%
Témoins	25,93%	52,38%	21,69%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011



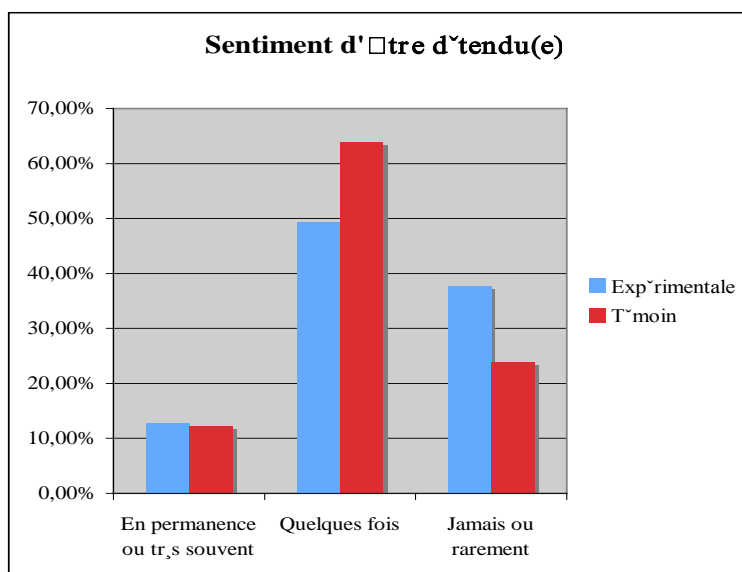
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	En permanence ou très souvent	Quelques fois ou souvent	Jamais ou rarement	Total
Bénéficiaires	23,93%	38,34%	37,73%	100,00%
Témoins	14,29%	41,27%	44,44%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011



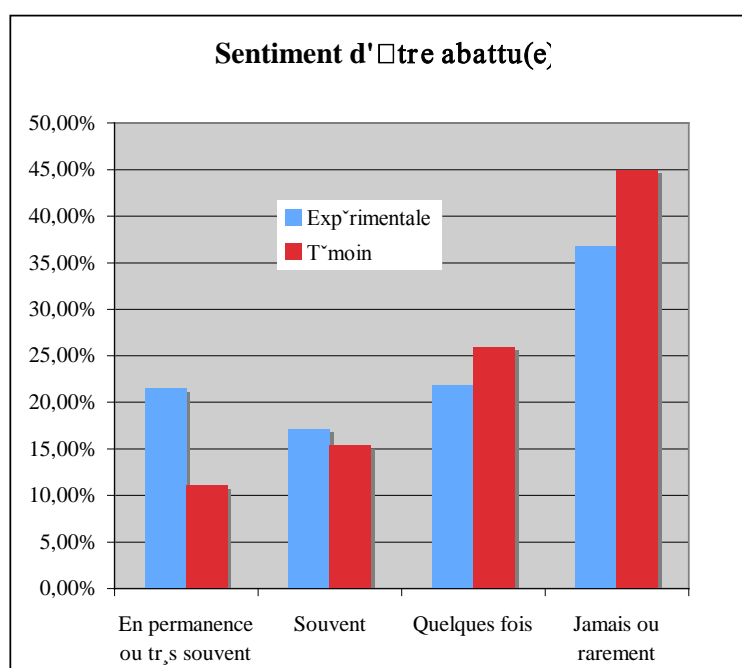
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)	En permanence ou très souvent	Quelques fois	Jamais ou rarement	Total
Bénéficiaires	12,88%	49,39%	37,73%	100,00%
Témoins	12,17%	64,02%	23,81%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011



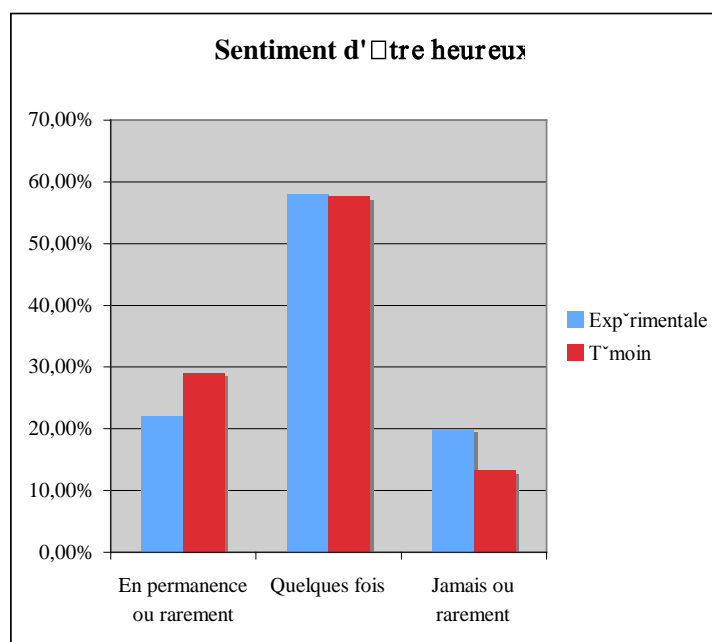
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)	En permanence ou très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais ou rarement	Total
Bénéficiaires	21,47%	17,18%	21,78%	36,81%	100,00%
Témoins	11,11%	15,34%	25,93%	44,97%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011



Vous vous êtes senti(e) heureux (heureuse)	En permanence ou très souvent	Quelques fois	Jamais ou rarement	Total
Bénéficiaires	22,09%	57,98%	19,94%	100,00%
Témoins	29,10%	57,67%	13,23%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011



Les jeunes rencontrés dans les missions locales sont confrontés à des échecs répétés dans leur parcours d'insertion et sont en situation plus précaire que le moyenne des jeunes à âge équivalent.

Les résultats produits ici montrent que les jeunes bénéficiaires ont encore davantage de soucis de précarisation psychologique que les jeunes témoins qui sont pourtant touchés par les processus répétés d'exclusion.

Les cinq graphiques ci-dessus montrent une grande fragilité psychologique des jeunes. Les causes en sont multiples (manque de liens familiaux, parents malades ou absents, etc.).

La relation d'aide qui s'instaure entre le référent santé et le jeune est donc un élément capital pour maintenir le jeune dans un réseau de soin. Car pour la plupart d'entre eux, ils ont déjà souvent rencontrés des « psy », sans jamais réussir à garder ce lien dans la durée avec un personnel soignant.

La relation d'aide et d'accompagnement qui s'instaure entre un jeune et son référent santé doit être fondée sur la confiance. Aussi, le référent doit savoir soutenir le jeune dans son effort pour créer une cohérence entre son projet d'insertion et son état de santé. La relation avec le référent santé constitue pour le jeune en souffrance psychologique un étayage important pour aborder les épreuves de réalité du processus d'insertion professionnel.

De fait, ces cinq tableaux statistiques ci-dessus dessinent le portrait de jeunes en souffrance narcissique profonde : ce type de souffrance ne doit en aucun cas être négligé car la permanence d'une telle dépréciation de soi ne peut en aucun cas conduire à un processus d'insertion professionnel réussi. Pour que ce processus puisse s'engager, il faut *au préalable* que la question de l'estime de soi soit en partie résolue. Le travail des référents santé est donc particulièrement nécessaire pour orienter au mieux le jeune vers des soins psychologiques avant d'opérer un travail classique d'orientation professionnel.

Par ailleurs, il est possible de détailler la prévalence relative aux signes subjectivement perçus qui peuvent induire des difficultés psychologiques particulièrement prégnante chez le groupe de jeunes bénéficiaires.

Ainsi, les données du tableau ci-dessous manifestent, outre les différences constamment observées entre les deux types de groupes (témoins et bénéficiaires), le niveau très élevé des problématiques d'ordre psychologique ou psychosomatique ; il s'agit pour les jeunes de répondre à la question :

Au cours de ce dernier mois, avez vous eu les problèmes suivants presque tous les jours ?

	Expérimentale	Témoin
Fatigue et manque d'énergie	55%	46%
Prise ou perte de poids brutale	39%	25%
Difficulté d'endormissement ou de réveil	57%	48%
Besoin de sommeil	43%	37%
Sensation de lenteur	11%	7%
Agitation et nervosité	30%	20%
Sensation de culpabilité	28%	14%
Perte de confiance en soi	42%	30%
Problèmes de concentration	39%	27%
Pensées embrouillées	29%	20%
Pensées morbides	33%	17%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Les problèmes de morbidité et idées de suicide

31% des jeunes du groupe bénéficiaire déclarent avoir déjà pensé au suicide, contre 11% pour la population témoin. Et seulement 11% ont pris parfois le temps de discuter de leur sentiment de tristesse avec un médecin.

L'isolement, le renfermement sur soi-même et le fait de ne pas parler suffisamment autour de soi de ses problèmes psychologiques peuvent conduire à des risques de passage à l'acte.

Lorsqu'on leur demande à qui les jeunes concernés par les idées morbides en ont parlé, voici les résultats :

Lieu où parler des idées de suicides

	À une association d'aide ou organisme d'écoute téléphonique	À un proche (amis, famille, ...)	À un professionnel de santé (médecin, psychiatre, psychologue, ...)	Au Point Relais Santé, ici, pour la 1ère fois, à personne	Non concerné	Total
Expérimentale	1,9	20,0	8,6	18,1	51,4	100,0
Témoin		17,8	12,9		64,4	100,0
Total	1,3	19,3	8,7	15,3	55,3	100,0

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Le Point Relais Santé est donc devenu un lieu de parole et d'échange pour commencer à parler de ses problèmes psychologiques. Il joue un rôle semblable à celui des amis ou des proches en

matière d'espace propice au dévoilement des idées morbides. Ce type de résultat est particulièrement intéressant.

Le Point Relais Santé prend ici la place des anciens PAEJ (Point Accueil Ecoute pour les Jeunes) progressivement retirés hors des murs des missions locales.

Il s'agit de prendre au sérieux ce type de résultat d'autant plus que, parmi les jeunes de la population expérimentale, 19% d'entre eux disent déjà avoir fait une tentative de suicide (contre seulement 5% de la population témoin).

Répartition des jeunes déclarant avoir fait une tentative de suicide

	Non	Oui	Total
Expérimentale	80,98%	19,02%	100,00%
Témoin	94,71%	5,29%	100,00%
Total	86,02%	13,98%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Et près de 15% déclarent avoir déjà consulté en CMP (contre seulement à peine 5% pour la population témoin).

Répartition des jeunes déclarant avoir déjà consulté en CMP

	Non	Oui	Total
Expérimentale	85,28%	14,72%	100,00%
Témoin	95,24%	4,76%	100,00%
Total	88,93%	11,07%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Et près de 13% déclarent prendre un traitement médical pour se soigner :

Répartition des jeunes déclarant prendre un traitement médical (Psy)

	Non	Oui	Total
Expérimentale	87,42%	12,58%	100,00%
Témoin	95,77%	4,23%	100,00%
Total	90,49%	9,51%	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

L'ensemble de ces résultats traduit outre les besoins de la population jeune en matière de résorption de la morbidité, une orientation spontanée de ces jeunes vers les Points Relais Santé qui leur offre un moment d'écoute et d'orientation pour tenter d'évoquer leurs problèmes psychologiques, et trouver une voie de sortie possible.

La prévention chez les jeunes femmes

Il est difficile de distinguer les raisons qui conduisent à une moins bonne prévention chez les jeunes femmes : les causes sont multiples (problèmes d'avance des soins, moindre estime de soi, etc). La logique sociale qui est à l'œuvre parmi les jeunes précaires venant aux Points Relais Santé semble encore la même pour les jeunes femmes

On constate ainsi nettement moins de suivi gynécologique chez les jeunes femmes du groupe témoin :

Répartition des femmes déclarant effectuer un suivi gynécologique

	Oui	Non	Total
Expérimentale	46,7	53,3	100,0
Témoin	59,1	40,9	100,0
Total	52,8	47,2	100,0

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

La question concernant le suivi de la jeune femme sur le plan gynécologique une fois par an donne un résultat qui n'est pas surprenant : en effet, 53% des jeunes femmes bénéficiaires n'ont pas eu de suivi gynécologique depuis un an, alors que ce manque de suivi ne concerne que 40% des jeunes femmes de la population témoin.

Quant à l'utilisation d'une méthode de contraception par les jeunes femmes, elles sont deux fois plus nombreuses parmi les jeunes femmes bénéficiaires à déclarer ne pas utiliser de méthode contraceptive, par rapport aux jeunes femmes du groupe témoin (33% contre 16%)

Répartition des femmes déclarant ne prendre aucune méthode contraceptive

	Oui	Non	Total
Expérimentale	66,7	33,3	100,0
Témoin	83,7	16,3	100,0
Total	75,0	25,0	100,0

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Et lorsqu'elles prennent une contraception, la méthode utilisée par les jeunes femmes de la population expérimentale concerne nettement plus le préservatif que les jeunes filles du groupe témoin. Et elles ne sont que 42,9% à prendre la pilule (contre 62,8% pour la population témoin).

Répartition des jeunes femmes selon les méthodes contraceptives utilisées

	Pilule	Préservatif	Patch	Implant	Pilule du lendemain	Autre méthode	Total
Expérimentale	42,9	35,7		9,5		11,9	100,0
Témoin	62,8	25,6		2,3		9,3	100,0
Total	52,9	30,6		5,9		10,6	100,0

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Cependant, les déclarations concernant l'usage de préservatif sont à relativiser. Il a été montré dans les études épidémiologiques que les jeunes femmes changeant fréquemment de partenaire disent utiliser davantage le préservatif que la pilule, sans toutefois utiliser le préservatif systématiquement à chaque rapport. La question des coûts financiers pour la pilule et le suivi gynécologique est souvent ce qui dissuade les jeunes filles précarisées d'aller vers ce type de contraception.

Enfin, probablement suite à ces pratiques à risques, les jeunes femmes bénéficiaires sont plus nombreuses à déclarer avoir réalisé un frottis de dépistage depuis moins de 3 ans (65% contre 59% pour la population témoin).

Répartition des femmes déclarant avoir réalisé un frottis depuis moins de 3 ans

	Oui	Non	Total
Expérimentale	65,1	34,9	100,0
Témoin	59,5	40,5	100,0
Total	62,4	37,6	100,0

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Mais ce résultat doit être utilisé avec précaution car il peut traduire également le sentiment de culpabilité des jeunes filles qui, au moment de répondre au questionnaire souhaitent « montrer bonne figure » et signaler par exemple au référent santé qu'elles ne sont pas « totalement idiotes ou inconscientes » en matière de suivi gynécologique.

Adhésion du public ciblé au dispositif : une évaluation incertaine

Il est difficile pour l'évaluateur de mesurer l'adhésion du public bénéficiaire au dispositif des Points Relais Santé. Cependant, dans la mesure où les jeunes reviennent en grand nombre pour un suivi dans l'accompagnement de leur démarche de soins est déjà un indicateur majeur.

Par ailleurs, les éléments de communication ont bien fonctionné sur tout le territoire (plaquettes, flyers, participation des conseillers par l'envoi de jeunes en insertion, etc.).

L'attractivité du dispositif sera à améliorer davantage dans une éventuelle future généralisation. Car les Missions Locales ont beaucoup communiqué ces dernières années sur la prévention en matière de santé, ce qui peut paraître rébarbatif pour les jeunes qui jugent avoir d'autres problèmes plus urgents à résoudre.

Les bénéficiaires entrés dans le dispositif sont des jeunes qui sont entrés librement au Point Relais Santé. Le questionnaire ne portait pas d'indication à noter sur la manière dont ils avaient eu connaissance du PRS. Ce défaut dans la construction du questionnaire nous empêche d'en savoir davantage.

2.1.2 Les effets du dispositif expérimenté : mesure des taux de suivi

Effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire : Les principaux éléments sur les outils pour aider les jeunes dans les Points Relais Santé

Les droits à la Sécurité Sociale

Les jeunes concernés par cette partie de l'analyse ont donc été au moins deux fois au Point Relais Santé en l'espace de plusieurs semaines.

Les éléments d'information qui ont été récoltés par les référents santé doivent permettre de vérifier si, à l'issue de leurs passages successifs au Point Relais Santé, les jeunes bénéficiaires ont pu modifier leurs pratiques médicales, ou ont pu bénéficier des conseils attendus.

Quels sont les conseils qui ont été donnés aux jeunes dans les cinq Points Relais Santé des missions locales en matière de protection sociale et d'accès aux droits ?

Aide et conseils donnés par les Points Relais Santé

	Effectifs	Fréquence
Aide administrative CPAM ou MSA	58	17,8%
Aide administrative concernant la CMU ou CMUC	128	39,3%
Mise à jour carte vitale	70	21,5%
Autre ou non réponse	70	21,5%
Total	326	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Au total, il apparaît que près de 40% des demandes concernent l'aide administrative avec les caisses de sécurité sociale, en relation avec des demandes relatives à la CMU.

Même si ce résultat traduit les difficultés administratives qu'éprouvent les jeunes en difficulté, cette question de demande d'information ou d'aide administrative est souvent invoquée au début de l'échange avec le référent pour ouvrir la discussion sur d'autres thèmes plus délicats et parfois intimes.

Si l'on s'en tient aux réponses stricto sensu fournies par les 326 jeunes qui sont venus à au moins deux reprises au Point Relais Santé, on va savoir si les jeunes sont à jour sur leurs droits sécurité sociale, et par la suite, savoir si ceux qui n'avaient pas de droit sécurité sociale ouverts ont pu les obtenir grâce à l'action du Point Relais Santé.

Qu'en est-il de l'ouverture des droits sécurité sociale pour les jeunes venant aux Points Relais Santé ?

D'après les données obtenues, 38% des jeunes n'avaient pas de droits ouverts avant d'arriver au PRS.

Situation des jeunes bénéficiaires en matière de droits

	Effectifs	Fréquence
Pas de droits sécurité sociale avant le passage au PRS	126	38,65%
Droits sécurité sociale ouverts avant le passage au PRS	200	61,35%
Total	326	100,00%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Est-ce que le passage au PRS aurait permis aux jeunes qui n'en bénéficiait pas, de voir leurs droits ouverts à la sécurité sociale?

Il semble que oui, car ils sont 42% à avoir des droits ouverts à la fin de leur passage dans le dispositif.

Ce résultat est même supérieur à celui des jeunes déclarant lors de leur premier passage au PRS avoir bien des droits à jour en matière de sécurité sociale. En effet, ils sont 126 à déclarer ne pas avoir ouverts de droits à la sécurité sociale avant le passage au Point Relais Santé, et les référents santé déclarent lors du deuxième passage du jeune qu'ils y en a 139 pour lesquels les droits ont été ouverts. Tout se passe comme si tout avait pu être mis en œuvre pour aider les jeunes à mettre à jour leur droits sécurité sociale, y compris pour ceux qui croyaient les avoir.

Les droits sécurité sociale ont-ils été ouverts suite à la visite à la mission locale ?

	Effectifs	Fréquence
Non	114	35,0%
Oui	139	42,6%
Non réponse	73	22,4%
Total	326	100,0%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

En résumé : tous les jeunes qui sortent du Point Relais Santé après leur deuxième passage ont leurs droits sécurité sociale ouverts et mis à jour par les référents santé.

Et concernant le statut d'assuré social, 25% des jeunes ont un statut d'ayant droit (68% ayant un statut de bénéficiaire, et 7% indiquent une non réponse).

Comment dans ce cas, expliquer les résultats obtenus précédemment concernant l'ouverture des droits à la sécurité sociale ? Sans doute est-ce dû à la difficulté qu'ont les jeunes à s'y reconnaître dans les dédales des droits, ce qui manifeste aussi leurs difficultés à se repérer dans ce qui peut leur apparaître comme un labyrinthe administratif de la protection sociale.

C'est pourquoi les réponses données par les jeunes concernant leur statut d'assuré social sont à prendre avec précaution. Et il en est de même au sujet de leur complémentaire santé.

Les complémentaires santé chez les jeunes :

	Non réponse	Oui	Non	Total
Couverture santé : CMU	36	128	162	326
Couverture santé : Mutuelle complémentaire	39	133	154	326
Couverture santé : Aide complémentaire santé	57	12	257	326

Lecture du tableau : Environ 50% d'entre eux (162 jeunes) n'ont pas de CMU ni de mutuelle complémentaire.

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Les non réponses sont également importantes à prendre en compte, (même si elles tournent autour de 12% à 20%) : elles indiquent la faible connaissance du public jeune en matière de droits à la santé.

Les caractéristiques sanitaires de la population des jeunes

	Fréquence
Dyslexique, analphabétisme, illettrisme	8%
Handicap reconnu par la MDPH	7%
Présence au PRS à cause d'un handicap reconnu	4%
Carnet de vaccination perdu ou non à jour	63%
Etat de santé jugé préoccupant par le référent	45%
Jamais effectué un test de dépistage du VIH ou de l'hépatite	50%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Les quelques informations ci-dessus traduisent deux choses importantes : les jeunes qui viennent au Point Relais Santé n'ont pas des pathologies lourdes reconnues médicalement. De ce point de vue, ils sont plutôt des jeunes « comme tous les autres » sur le plan sanitaire. Cependant, ce sont des jeunes qui sont en voie de désaffiliation et de désinsertion sociale : leur état de santé général est jugé préoccupant dans 45% des cas par les référents santé, et la manière dont ils prennent soin de leurs vaccins (pour 50% n'ont pas effectués de test VIH ou hépatique, et 63% n'ont pas de carnet de vaccination à jour) renvoie tout entier à la difficulté dans laquelle ils se trouvent pour « gérer » leur santé.

Le bilan de santé et les vaccinations

Le bilan de santé est proposé aux jeunes par le référent santé dans 62% des cas (202 jeunes).

Par la suite, sur ces 202 jeunes à qui les référents ont proposé un bilan de santé, 153 ont finalement consulté un médecin de centre de bilan. C'est à dire que presque les $\frac{3}{4}$, (soit exactement 76%) des jeunes ont suivi le conseil du référent santé du Point Relais Santé.

Parmi les conseils qui ont pu être donné aux 153 jeunes qui ont consulté un médecin de centre de bilan, ceux-ci se répartissent de la manière suivante :

Conseils donnés par le médecin du centre d'examen et de bilan

	Effectifs	Fréquence
Consulter son médecin traitant	131	40,1%
Consulter un dentiste	55	16,8%
Mettre à jour ses vaccins	83	25,4%
Consulter un ophtalmologiste	18	5,5%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Lecture du tableau : Pourcentages calculés sur la base des jeunes interrogés et ayant répondu (questions à choix multiples : le total des jeunes excède 202, et le pourcentage total ne fait pas 100%).

Si l'on poursuit la recherche de l'efficacité du dispositif des Points Relais Santé, il faut alors vérifier si les jeunes en question ont suivi les conseils donnés par le médecin du centre de bilan. Il apparaît alors que ces conseils semblent particulièrement bien suivis :

Taux de suivi des conseils donnés par le médecin du centre d'examen

	Nombre de jeunes concernés par le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de suivi du conseil du centre de bilan de santé
Consulter un médecin traitant	131	123	93,9%
Consulter un dentiste	55	44	80,0%
Consulter un ophtalmologiste	18	14	77,8%
Mettre à jour ses vaccins	83	57	68,7%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Lecture du tableau : pour 131 jeunes à qui il a été conseillé par le médecin du centre de bilan de consulter un médecin traitant, 123 ont bien suivi ce conseil : soit 94% d'entre eux.

Et si l'on classe par ordre croissant les taux de suivi des conseils prodigués par le centre de bilan de santé, il apparaît que les conseils visant à consulter un médecin traitant sont parmi les plus suivis avec 94%, et que ce sont les vaccins qui trouvent moins l'occasion d'être réalisés par les jeunes : seulement 68% des jeunes suivent les conseils en matière de vaccination.

Les vaccinations (marges de progrès de la part des référents santé)

Concernant les vaccinations, seulement 37% des jeunes déclarent avoir un carnet de vaccination à jour (63% n'ont donc pas de carnet de vaccination ou ne savent pas s'ils sont à jour). Parmi ces 205 jeunes qui ignorent ou n'ont pas leur carnet de vaccination à jour seulement 83 (soit 50%) font l'objet d'un conseil de la part du référent santé visant à leur proposer de mettre leur carnet de vaccinations à jour.

Il y a donc des marges de progrès importantes à réaliser du côté des vaccinations à proposer dans le cadre des bilans de santé et dans le cadre du PRS.

Les troubles psychiques

D'après les référents santé, 149 jeunes (soit 45,7% d'entre eux) ont des troubles physiques et/ou psychiques sérieux. Ces troubles se répartissent de la manière suivante :

Type de troubles repérés par le référent santé

	Nombre de jeunes concernés	Fréquence
Douleur physique	20	6,1%
Douleur physique; Douleur psychique	44	13,5%
Douleur psychique	85	26,1%
Total	149	45,7%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Suite à ces résultats subjectifs concernant les troubles subis par chaque jeune, les référents des PRS ont pu formuler quelques conseils dont voici des extraits :

- *Passer un bilan de santé. Reprendre son suivi médical. Etre suivi par un psychologue.*
- *Etre suivie par un psychiatre,*
- *Mieux se nourrir faire un bilan de santé demander la CMU,*
- *Passer un bilan de santé Reprendre son suivi médical Etre suivi par un psychologue,*
- *Se libérer de ses angoisses pour être en capacité de réaliser un projet et changer ses comportements en acceptant d'en parler ici au PRS,*
- *Rencontrer un Psy pour elle, et pour sa fille de 3 ans et aussi une assistante sociale de la M.D.S.I. Puis, Envisager un bilan de santé*
- *Voir un spécialiste (pneumologue) Avoir un suivi psychologique,*
- *Consulter un gynécologue,*
- *Consultation Centre d'Information et de soins des Dépendances, pour tabac et cannabis.*

Quant à savoir si les jeunes ont pu mettre en pratique ces différents conseils, les résultats donnés par les référents semblent encourageants : en effet, selon les déclarations des référents, pour 326 jeunes, le référent du PRS indique que les conseils ont commencé à être mis en œuvre pour 196 d'entre eux, soit 60% des jeunes du groupe expérimental.

Ce taux de jeunes déclarant suivre les conseils du référent peut paraître relativement bas. Mais il faut avoir à l'esprit les difficultés que rencontrent ces jeunes en matière de prise en charge de leur santé. Les conseils suivis manifestent à la fois un besoin de santé, une écoute des référents, une réponse aux demandes d'aides des jeunes.

La prévention des maladies sexuellement transmissibles

Parmi les trois thèmes médicaux abordés dans le questionnaire en matière de relations sexuelles (Test VIH et hépatite, contraception et prévention), il apparaît que les difficultés rencontrées par les jeunes concernent davantage les test VIH et hépatiques, pour 148 d'entre eux, puis les préventions sexuelles pour 10 d'entre eux et enfin la contraception pour 4 d'entre eux.

Taux de suivi des conseils en matière de maladies sexuellement transmissibles

	Nombre de jeunes concernés par le test (ne l'a jamais fait ou ne sait pas)	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil du test	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil du test	Taux de jeunes ayant suivi le conseil du test	Taux de jeune restant potentiellement à faire le test
Test VIH et hépatite	162	117	90	77%	55%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

L'écart important entre le nombre de jeunes concernés (162) et celui à qui a été proposé le conseil de faire le test (117), indique ici une importante marge de progrès (comme celle déjà constatée pour les vaccins).

En effet, 45 (162-117=45) jeunes auraient pu bénéficier du conseil du référent (soit 27% d'entre eux). Il convient de s'interroger sur les raisons pour lesquels les jeunes qui pouvaient avoir besoin de conseil n'en n'ont pas reçu. L'évaluateur ne peut donner de réponses claires à cette question.

Quant à la prévention et de la contraception, les résultats obtenus sont davantage suivis : les jeunes filles acceptent davantage de suivre les conseils comme l'indique le tableau ci dessous.

Taux de suivi des conseils en matière de contraception

	Nombre de jeunes concernés	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeune restant potentiellement à conseiller
Contraception	20	19	(pas de questions)	95%	0% (car pas de questions)
Prévention en matière de sexualité	38	36	36	94%	6%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Parmi les 326 jeunes, seulement 49 (soit 15%) viennent au PRS pour des problèmes relatifs à la contraception et à la prévention en matière de sexualité. Parmi ces 49 jeunes, 9 viennent à la fois pour des questions de contraception ET de prévention : ce qui explique le total (58 jeunes) dans le tableau ci-dessus.

Il est à remarquer que les questions de prévention et de contraception ne sont donc pas les problèmes les plus fréquents rencontrés chez les jeunes de l'expérimentation. Par contre, ces questions concernent un grand nombre de jeunes filles puisque, comme nous l'avons montré, 33% ne prennent aucun moyen de contraception. Le fort taux de suivi rencontré ici doit donc être relativisé dans la mesure où il concerne les jeunes filles qui viennent précisément au PRS pour un besoin de contraception. Il est « normal » que les conseils soit alors suivis d'effet.

Les conseils donnés par les référents du Point Relais Santé en matière de contraception sont les suivants :

- *Aller au planning familial et à la consultation gynécologique du centre de planification,*
- *Nous avons abordé le moyen de contraception, (implant à enlever car périmé)*
- *Demande de contraception Rendez-vous avec planning familial,*
- *Transfert de dossier (la jeune était suivie par le centre de planification de Libourne, et suite à son déménagement dans le Sud-Gironde, elle souhaitait que son dossier soit transférer vers le Centre de planification de Langon)- Ce qui a été fait.*

La souffrance relationnelle

Nous l'avons déjà fortement souligné : les souffrances relationnelles sont importantes pour les jeunes de la population bénéficiaire.

Taux de suivi des conseils en matière suivi psychologique

	Nombre de jeunes concernés	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeune restant potentiellement à conseiller
Souffrances liées aux difficultés relationnelles	145	137	98	67%	33%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Il est à remarquer que les questions relatives à la souffrance relationnelle sont extrêmement prégnantes chez les jeunes du groupe expérimental : en effet, 145 jeunes (soit 44%) manifestent une souffrance relationnelle et 67% d'entre eux suivent les conseils donnés par le référent du PRS.

Parmi ces conseils, on peut lister :

- *Cette jeune maman venait au PRS pour trouver une solution alimentaire pour son bébé. Elle disait ne plus avoir d'argent pour lui acheter les boîtes de lait. Il lui restait une seule dose pour le lendemain matin.*
- *Pouvoir parler (entre autre) de son histoire familiale douloureuse et violente (meurtre de sa cousine, lorsque la jeune avait 10 ans)*
- *Rencontrer une psychologue au CMP de Marmande.*
- *Rétablir une communication authentique avec son ami incarcéré et bénéficier d'un suivi psychologique*
- *Voir clairement son problème avec l'alcool pour faire face à ses obligations familiales et se projeter dans une formation.*
- *De beaucoup parler avec son compagnon... échanger, favoriser la communication et ne pas laisser les silences, les malaises persistants encombrer leur vie de couple. Mais à l'heure actuelle, il n'y a pas de processus de soin à enclencher.*
- *prendre soin d'elle, ne pas laisser s'installer la violence dans son couple (son compagnon est alcoolique), ne pas hésiter à demander de l'aider en cas de violences conjugales.*
- *Après concertation avec son référent CHRS, prévoir un suivi avec le psychologue du CHRS.*
- *Avec le temps et de l'écoute, elle a fini par accepter l'orientation vers un psychiatre.*
- *Continuer à venir parler de ses relations parentales au PRS (avec la limite d'écoute de ce lieu). Nous sommes là, dans un cadre de difficultés de dialogues adolescents/parents.*
- *Continuer à venir pour être écoutée et entendue au PRS tant que cela ne relève pas d'un thérapeute (rupture amoureuse).*

Les problèmes d'addictologie

Taux de suivi des conseils en matière d'addiction

	Nombre de jeunes concernés	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeune restant potentiellement à conseiller
Tabac	24	?	(pas de questions)		
Drogues	28	?	(pas de questions)		
Alcool	32	?	(pas de questions)		
Autres	7	?	(pas de questions)		
Total (cumulé)	91	78	42	53%	47%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Sur 326 jeunes, 91 d'entre eux disent avoir des problèmes avec le tabac, l'alcool, ou d'autres drogues. Si l'on sait à quel point ces déclarations peuvent souvent être minimisées, il faut prendre toute la mesure de ce taux de 28% qui est minimaliste. En effet, il est possible de projeter que plus d'un jeune sur deux est au total dépendant d'une substance (y compris médicamenteuse). Et c'est sur ce type de jeunes ayant des pathologies addictives que les capacités des professionnels à induire du changement sont faibles. Et on constate ici que seulement 53% d'entre eux disent avoir commencé à suivre les conseils du référent santé du PRS.

Exemple des conseils donnés à chacun des jeunes concernés par les problèmes d'addictologie :

- *Addiction aux jeux de rôle et à tous les supports de jeux pratiqués sur un ordinateur*
- *Aller à la consultation jeune cannabis*
- *Aller en consultation du tabacologue à l'hôpital de Marmande.*
- *Au premier rendez-vous, juste une information et un dépliant du centre d'aide aux toxicomanes*
- *Bilan et orientation vers un organisme spécialisé dans les addictions.*
- *Consultation au Centre d'Information et de Soins des Dépendances.*
- *En parler avec un thérapeute du CMP dans un premier temps, et sinon voir avec l'antenne du CSAPA à la mission locale.*
- *Entrée au CEID de Barsac*
- *Etant donné la consommation journalière de cannabis, j'ai essayé de faire réfléchir la jeune sur la relation de dépendance qu'elle entretient avec le produit... Mais elle n'est pas prête...*
- *La jeune fille ne s'exprime pas sur ses conduites... Donc aucun conseil.*
- *Le jeune fume du cannabis assez régulièrement, mais que de façon festive. Sa relation à ce produit ne semble pas être problématique. Cependant je lui ai bien signifié que s'il y avait un problème de dépendance qui s'installait, la porte était ouverte.*
- *Ludovic a arrêté de fumer, il se dit très nerveux et très agressif. Je lui ai conseillé de se rendre à la consultation tabac de l'hôpital. Actuellement, il a les coordonnées du service et prendra rendez-vous s'il le souhaite.*
- *Remise en lien avec le CMP de Marmande.*
- *Rencontre au centre tabagique. Ne vient pas pour l'alcool mais je lui ai conseillé de modifier son comportement vis-à-vis de la prise d'alcool lors de soirées festives.*
- *rencontrer un spécialiste*
- *Rendez-vous avec le centre de lutte contre les addictions. Information sur d'autres structures de suivi pour ce problème.*
- *Si elle le souhaitait, possibilité de l'orienter/l'accompagner vers une infirmière tabacologue...*

- *Si le jeune ne vient pas au PRS pour un problème de drogues, il y a néanmoins l'absorption à surveiller. Nous en avons donc parlé et il a pris des brochures pour être mieux informé.*

Tous les professionnels constatent depuis des années qu'il est difficile de mobiliser les jeunes sur des actions visant à limiter leurs différentes addictions. Or même si les jeunes bénéficiaires sont volontaires, il n'est pas toujours aisé pour les référents d'obtenir des changements radicaux en matière de consommation d'alcool ou de cigarettes ou de cannabis. L'implication des jeunes dans ces changements est difficile car les addictions visent souvent à calmer des angoisses. Rompre avec ces addictions reviendrait à faire ressurgir un niveau d'anxiété avec lequel n'est pas possible de vivre sans un accompagnement affectif soutenu. Toute action visant à diminuer les addictions ne peut se réaliser que sur le long terme et avec un soutien psychologique continu.

Les problèmes nutritionnels

Taux de suivi des conseils sur les problèmes nutritionnels

	Nombre de jeunes concernés	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeune restant potentiellement à conseiller
Problèmes nutritionnels et équilibre alimentaire	25	24	19	76%	24%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Seulement 25 jeunes sur 326 disent avoir des problèmes nutritionnels. Beaucoup d'entre eux semblent accepter les conseils du référent santé : 76%.

Cependant, il n'est pas certain que le changement d'habitudes alimentaires puisse avoir une durée supérieure à quelques jours faute de suivi régulier.

Exemples de conseils pour résoudre les problèmes nutritionnels :

- *Conseils sur l'équilibre alimentaire avec une aide alimentaire d'urgence de 50 euros semaine sur un mois*
- *Prendre ses trois repas à heures régulières*
- *Prendre le temps de cuisiner*
- *Aller voir une diététicienne d'autant que, suite au bilan de santé, les rendez vous sont pris en charge, ce qui suppose que la jeune dispose de sa propre affiliation à la CPAM car la MSA n'assure pas cette prestation.*
- *Au vu de sa surcharge pondérale et le fait d'en avoir parlé au bilan CPAM, six séances gratuites chez une diététicienne lui ont été octroyées. Elle les a commencé.*
- *Consulter son médecin, conseils sur l'équilibre alimentaire*
- *La jeune fille boude les repas servis par sa mère et se nourrit occasionnellement de friandises. Je lui ai conseillé de participer aux repas familiaux même si elle ne mange pas tout ce qui est servi. L'objectif est de rétablir une alimentation normale avec des repas à horaires réguliers et surtout avec le rétablissement du petit déjeuner.*
- *Passer le bilan de sante CPAM et si suite à ce bilan, elle nécessiterait des séances chez une diététicienne elle pouvait bénéficier de six prises en charge par la CPAM 47*
- *Un problème de prise très occasionnelle de ses repas vient renforcer sa fragilité. Ce n'est pas de l'ordre d'un mauvais équilibre alimentaire, mais un manque d'appétit. Je l'ai donc encouragé à prendre au moins un petit déjeuner conséquent.*

Les problèmes dentaires

Taux de suivi des conseils sur les questions dentaires

	Nombre de jeunes concernés	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeune restant potentiellement à conseiller
Problèmes dentaires	23	23	21	92%	8%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Les besoins dentaires sont peu nombreux : seulement 23 jeunes sur 326, ce qui représente 7% de la population de l'expérimentation. Cependant, pour chaque jeune concerné, il semble que ces besoins soient vraiment primordiaux et nécessaires. Et l'action du bilan de santé à ce titre peut être salutaire surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir les informations permettant d'effectuer les soins dentaires sans avoir à régler de sérieux problèmes financiers.

Exemple des conseils donnés à chacun des jeunes concernés par les problèmes dentaires :

- *Consulter un dentiste au centre dentaire mutualiste, même avant le déclenchement de la CMU, le dentiste pouvant attendre la fin des soins pour être payé.*
- *Consulter un dentiste. Il a fallu que je négocie l'accès aux soins en prenant le rendez-vous et en négociant l'attente du droit CPAM (base et CMU) pour le paiement.*
- *Dossier CMU compliqué. Je lui ai demandé de faire des démarches chez un dentiste et de dire que son dossier est en cours*
- *En fait le centre de santé lui a demandé de consulter un dentiste pour un détartrage. Ce qui n'est pas un soin de première urgence. Nicolas attend d'avoir la CMU C pour prendre rendez vous.*
- *Faire un devis auprès de deux orthodontistes pour ensuite demander une aide exceptionnelle auprès de la CPAM. Son dentiste lui ayant dit qu'elle avait besoin d'un appareillage.*
- *Faire constater les soins au centre de santé et ensuite prendre rendez vous chez un dentiste*
- *Secours exceptionnel demandé à la CPAM pour ses soins dentaires*
- *Suite au bilan de santé, il doit voir un dentiste. Comme il est arrivé de Mayotte, il ne connaît pas de dentiste à Agen et je l'ai aidé à prendre rendez vous*
- *Suite au bilan de santé, un rendez vous a été également pris chez un dentiste*

Il est possible d'augmenter le nombre de jeunes concernés par les problèmes dentaires, si le dispositif se dote des moyens financiers pour permettre aux jeunes précaires de se soigner efficacement sans avancer les frais auprès de leur dentiste. La question financière est primordiale. Parce qu'ils savent ne pas avoir les moyens de se soigner, les jeunes déclarent ne pas avoir de problèmes graves au niveau dentaire. Cette sous déclaration ne doit pas faire obstacle à la compréhension du phénomène où les 23 jeunes concernés ici sont ceux qui ont déjà trop attendu avant de se faire soigner. L'urgence était déjà là. C'est pour cette raison que les conseils ont bien été suivis.

La santé des jeunes femmes

Taux de suivi des conseils en matière gynécologique

	Nombre de jeunes concernés (réponses au volet1)	Nombre de jeunes à qui a été donné le conseil	Nombre de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeunes ayant suivi le conseil	Taux de jeune restant potentiellement à conseiller
Faire un frottis	90	69	72	Excédent (+104%)	20%
Faire un examen Gynécologique (planning familial)	79	33	90	Excédent	aucun
Consulter un gynécologue libéral		57		Excédent	aucun
Total	117	111	92	82%	22%

Source : Enquête LERFAS « Santé des jeunes des PRS des missions locales de la Moyenne-Garonne » 2010-2011

Le nombre total de jeunes filles ayant des problèmes gynécologiques est très important : il concerne 117 jeunes filles sur 199 (soit : 59% d'entre elles).

Ce sont donc pour des questions gynécologiques que les filles viennent en majorité au PRS et c'est sans doute pour ces raisons qu'elles sont plus nombreuses que les garçons.

Pour expliquer les résultats du tableau ci-dessus :

Les jeunes filles peuvent ne pas avoir signalé au cours du questionnaire volet n°1, leurs besoins en matière gynécologique. Et de ce fait, elles se retrouvent parfois plus nombreuses à bénéficier d'un suivi ou d'un conseil lors de la passation du volet n°2, alors qu'elles ne l'avaient pas formulé au départ.

Ceci est très positif pour le PRS. Car, cela traduit la confiance que les jeunes filles ont des référents santé. Ces résultats traduisent (outre les besoins des jeunes filles), leur capacité à répondre favorablement aux injonctions des référents puisqu'au total, 82% d'entre elles ont suivi les conseils (ou anticipé les conseils).

Effets attendus et effets induits/inattendus

Toute activité relative à l'accompagnement des personnes en difficulté présente le travers principal de ne pouvoir se prêter aisément à une évaluation quantitative aussi satisfaisante que pourrait l'être une autre forme d'activité de type gestionnaire aisément mesurable (comme par exemple la vente de biens immobiliers, la production manufacturière et commerciale, les services en ligne, etc.).

Cependant, dans le cadre spécifique de l'évaluation du présent dispositif, les éléments d'information d'ordre sanitaire et/ou médical sont très présents ; et ils ont l'avantage d'offrir un atout considérable : ils sont mesurables. Il est en effet possible de savoir si un jeune a fait ou non un vaccin, a des problèmes nutritionnels, a un suivi en CMP, a des problèmes d'anxiété (avec la prise ou la perte rapide de poids), a des problèmes d'addiction, etc. Et en retour, il est possible de savoir si le jeune en question a suivi les conseils en matière de soin ; même s'il faut se contenter de propos déclaratifs dans notre enquête.

Mais il est des effets du dispositif PRS qui sont plus invisibles à déceler et pourtant très faciles à discerner, comme dans le cas où une écoute attentive se double d'une ouverture des droits et d'une avance des soins. Prenons l'exemple d'un jeune sans travail quittant le logement familial et qui se trouve dès lors dépourvu d'accès aux soins faute d'avoir la couverture sociale de ses parents. Ne pas avoir de carte vitale rendra l'accès aux premiers soins impossibles. De plus, la précarité et le défaut d'argent ne pourront que conduire le jeune à être réticent à avancer les frais nécessaires aux premiers soins. Si la désocialisation se prolonge, la présence d'une pathologie mineure ne pourra dans ces conditions que donner lieu à un défaut de suivi faute d'avance de frais pour les soins, et faute également d'un « souci de soi » ralentissant la prise de conscience de la dégradation sanitaire en cours. Le temps conduira alors la pathologie à se développer et à s'aggraver durablement.

Dans cet exemple, les effets provoqués par le référent santé lorsqu'il offre alors au jeune les moyens financiers de se soigner trouveront un écho favorable qui pourra se prolonger durablement si cette aide matérielle se double d'une écoute bienveillante susceptible de conduire à une relation de confiance restauratrice pour le jeune. Et cet effet majeur est celui qu'il faut atteindre pour que le changement de conduite en matière de santé ne dure pas seulement quelques semaines.

En fait, les composantes physiques, psychologiques (voire psychiatriques) et sociales sont volontiers intriquées. Le processus d'exclusion peut lui aussi générer un système de représentation où le jeune n'a plus confiance en lui, ni d'estime de lui-même. Dédramatiser, rassurer, montrer que des solutions existent est la première étape afin de faire prendre conscience au jeune qu'il peut revenir sans risque au PRS. Pointer trop abruptement une problématique comme par exemple une addiction pourra au contraire le faire fuir. Pour ces raisons, les référents santé défendent une approche globale, respectueuse des freins existants, non centrée sur le symptôme. Une situation préoccupante doit aussi être abordée avec mesure : il s'agit alors de peser la demande, le besoin, les ressources, l'autonomie, la donnée culturelle et familiale, avant de s'embarquer dans l'accompagnement. L'entretien se conclut sur le mode d'une évaluation partagée où il s'agit de proposer au jeune de commencer à suivre les pistes suggérées.

Par conséquent, les effets du dispositif PRS ne visent pas seulement à conduire le jeune à se soigner ponctuellement (y compris en lui proposant l'aide financière nécessaire), mais visent principalement à renverser un processus quasi autodestructeur qui a pu être enclenché par le jeune depuis des mois ou des années.

Autre exemple : en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), la situation est inquiétante. Les jeunes craignent d'aborder le sujet, dont le test de dépistage qu'ils n'ont pas fait pour 41% d'entre eux. Même si les référents sont formés pour communiquer autour de la sexualité et du plaisir, répondre aux angoisses des jeunes autour de la relation amoureuse et de l'acte sexuel, expliquer quels sont les risques de grossesse, ne va pas de soi... Les rapports entre filles et garçons « se passent souvent à l'arrache ! »... ce qui n'est pas surprenant, chez des garçons aux pulsions non maîtrisées, empêtrés dans des représentations erronées de la virilité. Si une autre approche préventive est toujours indispensable, les conditions économiques difficiles dans lesquelles vivent les jeunes les conduisent à un rapport d'immédiateté au temps qui ne permet pas un rapport confiant et tranquille à l'avenir. Aussi, la gratuité des soins et les facilités d'accès aux droits agissent comme des facteurs rassurants et

non comme une forme supplémentaire d'assistantat : les efforts¹⁵ que les référents santé déploient pour débloquer certaines situations administratives ou pour permettre l'avance des frais vont engendrer chez les jeunes une reconnaissance et une confiance qui pourront alors être mis à profit par le référent santé au cours des nombreux mois que durera l'accompagnement.

En conclusion provisoire de ce chapitre, il faut souligner le rôle moteur d'une aide financière et administrative qui puisse signifier au jeune que le soutien dont il est en mesure de bénéficier n'est pas seulement que verbal, mais aussi matériel et concret. Sans aide matérielle et administrative, il est peu probable que l'écoute (pourtant nécessaire) puisse apporter le niveau de confiance nécessaire au travail de « restauration de soi » qui préside fondamentalement à toute action de suivi médical chez les jeunes précarisés.

Voilà ce qui peut être appris des échecs ou des difficultés rencontrées dans la mise en place des « Points Relais Santé ».

Gouvernance et coordinations d'acteurs

L'expérimentation et l'évaluation ont joué conjointement un rôle moteur dans le renforcement de la coordination des acteurs de terrains. L'évaluation a joué un rôle important dans l'amélioration des pratiques professionnelles des référents, même si elle a pu déstabiliser l'un des deux référents précédemment en activité avant la mise en place du dispositif. En effet, l'expérimentation a démarré à partir de la Mission locale de Marmande qui disposait depuis plusieurs années d'un référent santé à temps plein. Et les quatre autres missions locales ont pu bénéficier de cette antériorité pour établir la liste de leurs partenariats respectifs et engager les référents nécessaires à mi-temps : ces derniers ont pu également acquérir une part de l'expérience transmise par la Mission locale de Marmande. Cependant, l'arrivée de l'évaluateur a conduit à imposer dans la pratique des référents de nouvelles obligations qui pouvaient déstabiliser les pratiques antérieures. En effet, à travers la passation d'un questionnaire en face à face avec le jeune, il s'agissait désormais pour chaque référent de dépasser le niveau parfois très informel de la relation pour réclamer au jeunes des réponses parfois très intimes et sans liens directs avec les raisons premières de sa venue au PRS. Aussi, l'évaluation a rendu la tâche des référents santé plus délicate : car ils leur fallait à la fois développer une relation d'écoute tout en nuance, et en même temps procéder à un questionnement direct via une enquête qui invitait le jeune à livrer des informations intimes qu'il ne souhaitait pas forcément donner dès son arrivée au PRS.

Il est à souligner que la forte détermination du porteur de projet dans le protocole d'évaluation a permis de surmonter cette difficulté pratique. En effet, le porteur de projet (en la personne du chef de projet et directeur de la Mission Locale de Marmande) a contribué à obtenir l'adhésion des cinq référents santé au protocole d'évaluation qui n'a pas été perçu comme un frein ou une contrainte. Aucun des partenaires n'a manifesté de réticences « éthiques » à pratiquer l'évaluation par enquête quantitative, ce qui a beaucoup facilité la tâche de passation des questionnaires. La clarté du projet et le caractère très délimité des partenaires ont favorisé nettement la participation à l'évaluation, et lui ont assuré une grande facilité de réalisation. Tous les comités techniques se sont tenus avec les représentants des cinq missions locales : une

¹⁵ Les référents indiquent que malgré la constitution d'un réseau de partenaires, ils sont parfois contraints au bricolage quotidien où il faut souvent téléphoner à plusieurs praticiens (dentiste, ophtalmologiste) pour obtenir un rendez-vous et consacrer un temps important à négocier la facturation. Le résultat de tous ces efforts est difficile à mesurer sur le long terme, même si les rendez-vous médicaux ont pu être honorés à court terme par les jeunes.

réelle discipline a régné pour assurer un démarrage extrêmement rapide de l'expérimentation. L'évaluation a pu obtenir l'adhésion des référents malgré leur difficulté à accepter un périmètre d'interrogation assez vaste (de nombreux thèmes ont été consignés dans le questionnaire, comme par exemple : nutrition, prévention des maladies sexuellement transmissibles, problèmes psychologiques, addictions, problèmes de santé physiologique, questions administratives sur la sécurité sociale et les mutuelles, etc.).

L'évaluateur a constaté que, parmi les cinq référents santé, seuls ceux qui disposaient déjà d'une expérience « routinisée » dans leur pratique de travail ont pu présenter quelques réticences mineures. Celles-ci ont été rapidement atténuées par le dynamisme du groupe auprès de qui l'évaluateur a réalisé un travail pédagogique rendant accessible et aisé l'utilisation du questionnaire. Au cours de l'expérimentation, le questionnaire a été intégré comme un outil de travail par les référents qui l'utilisaient bien souvent pour s'assurer que les problématiques possibles du jeune n'avait pas été oubliées.

Une autre difficulté a été surmontée : le temps nécessaire à la passation du questionnaire. Le temps consacré à consigner dans le questionnaire les informations sur les parcours des jeunes a pu parfois être jugé un peu trop long par les référents. Cependant, le travail de construction du questionnaire a bien été centré sur les différentes problématiques des jeunes, au point que le questionnaire est devenu un outil de diagnostic concret pour les référents qui n'avaient pas encore l'expérience suffisante du poste de conseiller santé dans un Point Relais Santé. En devenant un support de travail, le questionnaire a pu être mieux accepté, malgré la longueur du protocole de passation auprès des jeunes.

Enfin, l'évaluation n'a pas mesuré le niveau d'implication des partenaires extérieurs (CPAM, Centre d'Examen de bilan de santé, CMP, dentistes, etc.) étant donné que le protocole de l'expérimentation implique la participation de ces partenaires et que le suivi de ce protocole n'a pas donné lieu à de quelconques désengagements de ces partenaires sants.

Il nous faut souligner avec insistance qu'un tel dispositif ne peut évidemment fonctionner sans des accords formellement établis entre partenaires pour assurer le suivi des soins des jeunes en difficulté.

Conclusion de la partie et mise en perspective

L'expérimentation ne montre absolument rien de nouveau par rapport à la littérature déjà produite sur le champ de la santé et de la précarité chez les jeunes. Par contre, l'évaluation montre que toute action menée en direction des jeunes doit associer deux aspects complémentaires pour réussir : fournir une aide administrative et financière concrète, couplée à une aide psychologique fondée sur l'écoute et l'empathie.

L'articulation des résultats de l'évaluation avec le contexte scientifique pourrait permettre de augmenter encore davantage le niveau d'efficacité du dispositif : En effet, nombre d'études montrent que les jeunes précaires souffrent d'une double précarité qui conditionne leur mauvaise prise en charge de leur santé : cette double précarité est à la fois précarité matérielle (financière) et précarité sociale (désaffiliation, manque de liens sociaux).

Le type de dispositif expérimental pourrait donc être utilisé dans deux directions qui ont déjà été expérimentées avec succès dès la fin des années 2000.

Premier axe : une approche financière par la gratuité des soins.

Malgré le tableau sombre mais réaliste que l'évaluation a permis de dresser concernant la santé des jeunes en mission locale, des perspectives existent et ont déjà vu le jour. En 2008, en Seine-et-Marne, une convention entre la Caisse primaire d'assurance maladie et les Missions locales avaient permis la gratuité du soin (exonération du ticket modérateur avec dispense d'avance des honoraires) pendant douze mois et avec la mise en place de « parcours de soin » chaque fois que la CMUC ne peut être obtenue ou qu'elle tarde à l'être. Ainsi, un jeune conseillé par le Point Relais Santé de sa mission locale pour un abcès dentaire pourra être orienté vers un médecin prescripteur pour obtenir un antibiotique et un rendez-vous dentaire sera pris dans la foulée. Ce type de protocole avait été proposé dans le cadre des « Expérimentations sociales » du Haut Commissaire aux Solidarités, Martin Hirsch. Malgré le soutien de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et de plusieurs spécialistes en santé publique, le projet n'a pas été retenu, en dépit d'un coût global inférieur aux différents systèmes d'aide à la mutualisation, et d'une opérationnalité validée¹⁶.

Deuxième axe : une approche humaine par l'écoute et les groupes de paroles.

Ceux qui n'ont pas accès aux soins sont aussi ceux qui en ont le plus besoin : la forte morbidité dont souffrent les jeunes en difficulté d'insertion n'est plus à être discutée. Or il est probable que les missions locales ne reçoivent pas forcément les jeunes dont la demande sanitaire est objective, et qui, ne visitant pas les médecins libéraux se débrouillent comme ils peuvent (avec une automédication parfois dangereuse).

Or, les missions locales n'offrent-elles pas alors un cadre remarquable pour mener une politique active de santé publique ? Elles y captent les publics cibles, les plus vulnérables, ceux déjà désocialisés qui viendront demander des aides alimentaires où des modes d'hébergement d'urgence, ceux aux « conduites déviantes » dont la fragile construction identitaire se révélera dans l'échec du parcours vers l'autonomie, ceux au devenir incertain à plus ou moins long terme. Selon les différentes expériences déjà menées par diverses missions locales depuis 10 ans, cette santé publique doit prendre en compte la réalité du terrain et dépasser le stade de la prévention primaire (via les innombrables flyers) pour travailler davantage vers le développement de l'écoute et du soutien psychologique actif. Car comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, il s'agit de travailler à partir des ressources humaines du jeune. Et comme l'attestent les nombreuses expérimentations passées, il semble que l'efficacité d'un dispositif de « remobilisation personnelle » passe par des groupes d'information réunissant huit à douze jeunes rassemblés autour d'un professionnel ; dans ce cadre favorable, l'appropriation réelle des conduites sanitaires et le travail de « re-narcissisation » se renforcent alors conjointement via le collectif de paires.

¹⁶ D'autres expériences ont déjà été tentées à de nombreuses reprises par les Missions locales depuis plus de 10 ans. Ainsi, le réseau des 27 Missions locales de la Région Nord-Pas-de-Calais a élaboré en 2007, à la suite de la Charte Nationale de Santé de 2006, une programmation santé pour la période 2007-2013. Celle-ci vise à « Améliorer la santé des jeunes de 16 à 25 ans, en insertion sociale et professionnelle, accueillis par le réseau des Missions locales ». Elle a été validée fin 2007 par le comité de pilotage constitué de représentants des services de l'Etat de la Région, des départements du Nord et du Pas-de-Calais, de l'URCAM, du Cres, du CDES, du CNML, de l'Association régionale des missions locales... La dynamique régionale ainsi enclenchée a permis l'ouverture de plusieurs chantiers, notamment : avec les CPAM (via la signature d'un accord cadre régional pour une amélioration de l'accès aux droits et aux soins) et avec la DRASS, la DDASS, l'ARH de l'époque (via la mise à disposition des psychologues en Mission Locale). Pour information, la Charte Nationale de Santé a été signée en 2006 par les ministres qu'elle concerne et par la présidente du CNML. Elle a pour objectif de réunir et d'optimiser sur tous les territoires, les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'actions pérennes de promotion de la santé des jeunes, en renforçant le lien social.

En conclusion : l'ensemble des études antérieures montrent qu'une aide financière et administrative dans l'accès aux soins, associée à un soutien psychologique individuel et collectif, peuvent avoir toutes les chances de conduire les jeunes précaires (sur le plan matériel et humain) à se construire une santé durable et à s'investir dans une vie sociale équilibrée.

2.2 Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage

2.2.1 Caractère expérimental du dispositif évalué

La situation locale avant l'expérimentation était la suivante : seule la Mission locale de Marmande possédait un référent santé à temps plein dans le Point Relais Santé présent dans les locaux. Compte tenu du caractère rural et de l'étendue du territoire, les jeunes qui résidaient à une quarantaine de kilomètre ne pouvaient bénéficier que de cet unique Point Relais Santé. Il n'y avait pas de politique santé installée sur le territoire couvert par l'expérimentation. L'innovation a consisté à étendre la pratique existante à Marmande aux quatre autres missions locales (Mission locale des Deux Rives, Mission locale Sud Gironde, Mission locale de l'Agenais et de l'Albret, Mission locale du Pays Villeneuvois).

La nouveauté sur le territoire a consisté à organiser un réseau de partenaires santé autour de chaque mission locale pour faciliter l'accès aux soins des jeunes. La mutualisation a consisté en la mise en commun des compétences et des expériences, mais sans réaliser une économie d'échelle sur le plan budgétaire et économique.

Quant à elle, l'évaluation a eu un effet sur la qualité du dispositif mis en place : elle a en effet provoqué un approfondissement des suivis de chaque jeune dans la mesure où chaque référent santé insistait pour revoir le jeune sur une durée de plusieurs mois afin de s'assurer des effets produits par les conseils qui avaient pu être donnés.

Sur le territoire de l'expérimentation, la situation locale était donc relativement pauvre en matière d'aide à l'accès aux soins pour les jeunes. De ce fait, les bons résultats obtenus concernant le nombre important de jeunes qui sont venus au PRS pourraient laisser penser que le dispositif a pu répondre à une demande très présente dans le public jeune, mais qui pourrait à l'avenir diminuer. Il pourrait en effet être possible de faire l'hypothèse qu'un grand nombre de jeunes ayant bénéficié de l'offre sur un territoire relativement restreint (en terme de densité de population), l'utilité des PRS ne devienne marginale après plusieurs années de fonctionnement. Cependant, pour le moment, rien ne laisse présager que cette hypothèse soit valable. Et les données relatives aux chiffres fournis par les cinq missions locales durant les 20 mois de l'expérimentation ne montrent pas de fluctuation à la baisse du nombre de jeunes entre la période de début et la période de fin de l'expérimentation.

La nécessité de cette dissémination des Points Relais Santé sur un vaste territoire rural est imposée par le fait que près de 70 à 80% des jeunes précaires n'ont pas le permis de conduire et donc pas de moyen de transport autonome.

Les bons résultats obtenus concernant la qualité du partenariat entre Points Relais Santé et les autres partenaires santé dépendent très certainement de la connaissance mutuelle et inter-individuelle des individus entre eux. L'activité partenariale est renforcée par le fait que l'anonymat des professionnels est relativement limité dans une zone géographique restreinte où tout le monde se connaît plus ou moins. La question de la transférabilité sera donc impactée par la dimension rurale/urbaine qui n'a pas été évaluée en tant que telle.

2.2.2 Caractère transférable du dispositif et changement d'échelle

Le public des jeunes bénéficiaires est un public très précaire. C'est surtout la précarité qui doit guider l'analyse de la spécificité de ce public. En résumé, les jeunes qui viennent au Point Relais Santé ont été pour la plupart orientés par les conseillers de la mission locale où ils sont venus demander un accompagnement dans leur recherche d'emploi. Ils sont en grande difficulté d'insertion, ils sont toujours majoritairement pas ou peu qualifiés, ils ont une situation fragile en matière de logement, ils n'ont pas le permis de conduire pour la plupart d'entre eux, ils n'ont pas de capacité financière pour avancer les soins, ils sont fortement désocialisés, ils ont des addictions plus fréquentes, et leur santé physique et psychique est déjà entamée.

La géographie des lieux (périmètre situé entre Agen et Cadillac) ne joue pas un rôle majeur dans la détermination du niveau de vulnérabilité de ces jeunes. Cependant, il est possible d'émettre l'hypothèse que ces jeunes sont ceux qui sont les plus défavorisés dans la mesure où ceux qui ont pu faire des études ont rejoint les grandes villes de province de la région (Agen, Bordeaux, et Toulouse).

Par ailleurs, il est très important de souligner que le dispositif expérimenté ne pourra être répliqué avec succès que si les référents santé sont des personnels de la mission locale qui sont formés à la fois aux problématiques d'insertion professionnelle et de santé. Par ailleurs, les référents santé doivent impérativement rester en lien constant avec les autres agents de la mission locale et également en lien permanent avec les partenaires extérieurs (CPAM, médecins des Centres de Bilan, etc.).

Un point de vigilance est à souligner au sujet de la formation des référents : les éventuels futurs dispositifs comparables qui pourront être essaimés sur d'autres territoires devront accorder une attention particulièrement aiguë à la nature même du travail de face-à-face du référent santé et du jeune. En effet, les cultures professionnelles des personnels des missions locales sont souvent disparates. Un socle minimal de compétences et une série de protocoles précis à suivre avec chaque jeune semblent être une des conditions minimales pour assurer la répliquabilité du dispositif.

Concernant le localisme et les conditions de répliquabilité sur une échelle plus vaste, il faut prendre en compte les informations suivantes. Le dispositif est en place sur un territoire rural. Dans ce cas, pour assurer une bonne répliquabilité, le périmètre adéquat de coordination de l'action semble être le département (voire deux départements au maximum). En effet, un trop fort éloignement géographique entre partenaires serait un facteur d'appauvrissement de la dynamique à mettre en œuvre si cette dernière nécessite un coordinateur comme c'est le cas pour la présente expérimentation. Par ailleurs, l'effet de ruralité peut être une des conditions de la réussite (à vérifier) du dispositif : en effet, les conditions qui ont favorisé l'emprise du dispositif sur le territoire réside dans la bonne connaissance préalable qu'ont certains référents santé de leurs partenaires (CMP, CPAM, services hospitaliers, médecins, centre de soins, etc.). Le fait que « tout le monde se connaisse » participe grandement aux efforts mutuels pour favoriser la prise en charge des jeunes dans un parcours de soins par ailleurs fortement embouteillé (durée d'attente pour un premier rendez-vous en CMP : environ 1 à 3 mois habituellement). Il est donc possible qu'un tel dispositif dans un univers urbain dense et

anonyme ne produise pas forcément les effets attendus, sauf à intégrer, lors des réunions de préparation, et lors des comités techniques, les partenaires de santé eux-mêmes, avec qui les référents seront en contact quotidien par la suite.

Il semble par ailleurs qu'un des meilleurs moyens pour garantir l'accompagnement des jeunes et s'assurer que ceux-ci sont bien en train de suivre les conseils du référent santé, soit de maintenir une forme d'évaluation continue du travail réalisé. En effet, nombre de jeunes ne viennent au Point Relais Santé qu'une seule fois et bien souvent ne donnent pas suite parce qu'ils ont obtenu l'information qu'ils souhaitaient mais aussi parce qu'ils ont la crainte de mettre à jour leurs problèmes les plus intimes. L'évaluateur a pour fonction de « contraindre » davantage le référent santé à assurer un suivi avec le jeune (par téléphone par exemple) afin de mieux assurer un accompagnement qui est toujours très ténu et difficile à conserver sur plusieurs mois.

Il n'y a pas d'obstacle juridique à la mise en place de dispositifs similaires. La manière de résoudre les problèmes des partenariats consiste à engager au préalable des accords cadre régionaux avec la CPAM et les autres partenaires santé¹⁷. De plus, afin de mieux garantir un soutien financier aux jeunes, des accords préalables sont nécessaires avec l'ARS ou la DRJSCS.

2.2.3 Rôle de l'évaluateur dans l'expérimentation

L'ingénierie d'enquête statistique mise en place par l'évaluateur a eu un impact positif sur la manière dont l'expérimentation a pu se dérouler. La passation du questionnaire d'enquête a en effet permis aux référents de couvrir un large spectre de questions médicales qui, pour tel ou tel jeune, n'avaient pas de raisons d'être posées a priori... alors qu'elles se trouvaient être au cœur de la problématique de santé dont le caractère trop intime conduisait le jeune au silence, et le référent à la gêne. L'une des vertus du questionnaire a été de s'assurer que toutes les problématiques de santé ont été suggérées au jeune, et qu'ainsi, il a pu être possible pour le référent de se saisir de l'une d'entre elles, si le jeune formulait des hésitations qui pouvaient s'interpréter comme une invitation à échanger davantage.

Intervention de l'évaluateur pendant le projet

Pendant la phase de mise en place du projet, l'évaluateur est intervenu pour faciliter l'harmonisation des protocoles de travail des référents des cinq Points Relais Santé. Le partage d'information entre porteur de projet et évaluateur s'est déroulé lors des réunions de travail et comités techniques organisés entre les référents des cinq missions locales. Le rôle de l'évaluateur a été important pour permettre une explicitation des habitudes professionnelles des référents, et assurer un mode de travail harmonisé sur l'ensemble des cinq territoires. Les conseils prodigués par l'évaluateur ont permis de rendre possible la passation des questionnaires, mais aussi de veiller à ce que chaque référent santé couvre l'ensemble des thèmes de santé susceptibles de poser problèmes aux jeunes.

Cependant, l'évaluateur n'a pas modifié le contenu ou le sens du projet initial. Et il est à remarquer que le processus d'évaluation lui-même n'a été freiné par aucune des précautions habituellement rencontrées auprès des travailleurs sociaux qui invoquent souvent le soucis de confidentialité, ou bien la protection de l'anonymat des jeunes pour éviter la phase évaluative. La seule difficulté qu'il a fallu surmonter résidait dans le caractère « intrusif » de certaines

¹⁷ Comme ce fut le cas dans la Région Nord-Pas-de-Calais en 2007.

questions d'enquête qui avaient pu être jugées trop «indiscrètes» et qui semblaient rendre la tâche des référents difficile lorsqu'il s'agissait d'établir une relation de confiance avec les jeunes.

Au total, l'intervention de l'évaluateur a été minimale et n'a pas impacté le projet. L'impartialité de l'évaluateur est fondée sur le questionnaire d'enquête qui a été analysé en toute objectivité.

Par ailleurs, l'éloignement géographique a aussi contribué à maintenir une distance avec le porteur de projet.

Cependant, il est presque certain que l'évaluateur a produit un effet « Hawthorne ». Les référents santé ont été très fortement mobilisés, y compris par le porteur de projet qui a maintenu un rythme soutenu d'un comité technique mensuel tout au long de l'expérimentation. L'expérimentation et son évaluation conditionnaient enfin le financement post-expérimental et le maintien du dispositif sur les cinq sites. Les enjeux étaient donc importants. A ce titre, il est probable que les effets de surperformance seront moindres lorsque les expérimentations seront essayées sur d'autres territoires. C'est pour cela qu'il importe d'accompagner les prochains éventuels essaimage avec un travail d'évaluation par un questionnaire destiné aux suivis des jeunes par les référents santé.

Conclusion générale

L'évaluateur constate que le dispositif est relativement pratique à mettre en œuvre. Les partenariats sont également simples à construire avec les services sanitaires et les acteurs du champ médico-social. Des expériences antérieures (mises en place dans d'autres départements depuis dix ans) ont déjà montré l'utilité sociale de tels dispositifs comparables, qui ne sont pas nécessairement extrêmement innovants en soi, mais qui répondent à des besoins sociaux bien identifiés par les professionnels, et mal formulés chez les jeunes.

D'un point de vue de la santé publique, la santé des jeunes précaires est très préoccupante. Et les moyens humains qui auraient pu être mis en œuvre depuis des années dans les missions locales ont souvent été ponctuels et épisodiques. L'expérimentation qui a été évaluée peut d'ailleurs apparaître comme un dispositif occasionnel supplémentaire dont la pérennité est soumise à l'épreuve de son utilité sociale directe et immédiate.

Or, une des conditions nécessaires à l'efficacité du dispositif est sa pérennisation : car le maintien dans le temps d'un Points Relais Santé fournit aux jeunes un sentiment de confiance indispensable à un bon suivi sanitaire.

Trois des quatre axes de progrès qui avaient été déjà soulignés dans les précédentes études entérinés dans la Charte d'engagement pour la santé des jeunes¹⁸ ont été mise en oeuvre dans les Points Relais Santé.

Pour l'évaluateur, les préconisations issues de la présente expérimentation sont doubles : protéger le jeune par une couverture maladie efficace en lui donnant un accès aux droits (avec un soutien financier), et proposer un accompagnement individuel qui s'ajouterait à des groupes de paroles consacrés à l'écoute mutuelle et aux échanges entre pairs.

Les principales difficultés à surmonter pour améliorer le dispositif et pour assurer sa généralisation sur un territoire plus vaste sont de trois ordres :

- 1 – Former les professionnels des missions locales à un travail d'écoute, de conseil, d'accompagnement et d'orientation vers les réseaux de soins.
- 2 – Proposer des financements des soins via des accords préalables avec les CPAM, CMP, ARS et DRJSCS.
- 3 – Favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé qui suppose un rapprochement entre les différents acteurs du monde de la santé et de l'insertion professionnelle.
- 4 – Instaurer dans les missions locales, des groupes de paroles entre jeunes pour démultiplier les échanges et leur donner les moyens de s'approprier leur démarche de soins.

¹⁸ Les quatre axes de progrès soulignés dans la Charte d'engagement pour la santé des jeunes signée en mai 2006 par la présidente du CNML et les ministres concernés sont les suivants : 1) Améliorer le taux et la qualité de la couverture sociale des jeunes, 2) Améliorer le taux et la qualité du recours aux soins généralistes des jeunes, 3) Améliorer le taux et la qualité des moyens d'accueil et d'écoute des jeunes en souffrance psychologique ainsi que le recours aux soins de santé mentale quand nécessaire, 4) Améliorer le nombre et la qualité des actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes, avec les jeunes.

Les limites du dispositif dépendent de la capacité du Point Relais Santé à mobiliser les services de soins et l'aide financière susceptible d'aider à la prise en charge médicale. Les conseils de suivi par les référents santé resteront lettres mortes s'ils ne sont pas accompagnés d'un soutien financier.

La notion de temporalité de l'action doit être posée en conclusion. En effet, le dispositif se prête à l'évaluation dans la mesure où les conseils donnés peuvent être suivis d'effet dans les semaines ou les quelques mois qui suivent les premiers entretiens avec le référent santé. Toutefois, il est difficile de mesurer l'efficacité de ce dispositif sur le long terme. Et si le processus d'insertion professionnelle n'est pas enclenché dans la suite de l'accompagnement sanitaire, les efforts déployés pourraient perpétuellement devoir se renouveler.

Glossaire

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDES	Commission départementale de l'Education Spécial
CDI	Contrat à Durée Indéterminé
CEID	Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP	Centre Médico Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNML	Conseil National des Missions Locales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale
EHESP	École des Hautes Etudes en Santé Publique
HCSP	Haut conseil de la Santé Publique
IMC	Indice de Masse Corporel
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
PAEJ	Points Accueil Ecoutes Jeunes
PAIO	Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PRS	Point Relais Santé
URCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



BIBLIOGRAPHIE

Arwidson P., Bury J., Choquet M., De Peretti C., Deccache A., Moquet-Anger M.L., *et al.* *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes.* Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p.

Beillerot J. (dir.). *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle. Autour de l'œuvre d'Albert Bandura.* Savoires : Revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes 2004 ; 4 : 175 p.

Campens K. *Pratique clinique du psychologue, santé et insertion des jeunes.* Psychologues et psychologies 2005 ; n°2 182 : 7 p. **Voir aussi le dossier complet** : Psychologue dans le champ du travail... quel positionnement ? [Dossier]. Psychologues et psychologies 2005 ; n°2 182 : 64 p.

Choquet M., Iksil B. *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans).* Villejuif : Inserm, 1994 : 221 p.

Colas F. *Jeunes en insertion : l'intérêt d'une démarche de promotion de la santé.* Horizon pluriel 2005 ; n°2 8 : p. 3.

Cormier H. *Un pôle santé pour améliorer l'insertion des jeunes.* Actualités sociales hebdomadaires 2002 ; 2249 : 41-42.

Deït-Susagna C. *Insertion professionnelle des jeunes et prévention santé : quelles articulations ?* Le journal des psychologues 2008 ; 255 : 6.

Demetriades C. (coor.). *L'insertion des jeunes : rôle des psychologues en missions locales [Dossier].* Le journal des psychologues 2002 ; 201 : 21-49.

Demetriades C., mission locale de Villeurbanne. *La prise en compte de la souffrance des jeunes dans les missions locales et PAIO. Une action d'échanges, de capitalisation et de recherche.* Lyon : missions locales, 1999 : 49 p.

Dutertre J. *Approche santé en mission locale : jeunes en difficulté et réponse institutionnelle... une rencontre incertaine.* Vie sociale et traitements 2007 ; 94 : 53-59.

Freire M.-C. *La santé et l'insertion des jeunes. Contribution des missions locales.* Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, 2001 : 127 p.

Levy F., Benevise J.F., Dorme G., Vermelin C., Bastien B., Charvet D. *Santé des jeunes. Le rôle et la contribution des missions locales. Journée du 23 octobre 2001.* Lyon : Drass Rhône-Alpes, 2001 : 52 p.

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère de la Santé et des Solidarités. *Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle*. Paris : Conseil national des missions locales, 2006 : 17 p.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Axe 4 : Promouvoir la santé des jeunes en situation de vulnérabilité sociale*. In : *Le Plan régional de santé publique d'Ile-de-France, 2006-2010*. Paris : Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, 2006 : p. 5-6.

Tron I., Cayla F., Delarue M., Rengot M., Boulay C., Fontaine D. *Visites médicales destinées aux jeunes suivis par les missions locales*. Paris : Fnors, coll. Les Études du réseau des ORS, 2003 : 137 p.

Vidal A.-C., Azadpour S., Meseguer O. Les missions locales face à la souffrance des jeunes. In : *Les professionnels face à la souffrance psychologique et à la violence des jeunes*. Cahier du RPIJ, mai 2007 ; 23 : 31-38.



ANNEXES

Cf. Documents joints

Les trois questionnaires ayant servis à la récolte de données auprès des jeunes ont été mis en annexe au présent document.

A decorative graphic on the left side of the page consists of several colored squares and dashed boxes. The colors include purple, green, orange, and blue. The dashed boxes are in orange, blue, and green. The squares are solid and in the same color palette. They are arranged in a scattered pattern, with some overlapping.

Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et de la Vie Associative
Direction de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95, avenue de France 75 650 Paris Cedex 13
Téléphone : 01 40 45 93 22

<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>