



# EXPÉRIMENTATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

## PREMIERS ENSEIGNEMENTS



Septembre 2016



# SOMMAIRE

<i>RÉSUMÉ</i>	5
<b>1. CONSTATS INITIAUX ET ENJEUX DES EXPÉRIMENTATIONS</b>	8
1.1 CONSTATS INITIAUX	8
1.2 ENJEUX DES EXPÉRIMENTATIONS	9
<b>2. PRÉSENTATION DES DISPOSITIFS</b>	10
2.1 FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES EN DIFFICULTÉ	10
2.2 INNOVER DANS LA PRÉVENTION DES RISQUES	15
<b>3. PRINCIPAUX RÉSULTATS</b>	20
3.1 FAVORISER LE RAPPORT DES JEUNES À LEUR SANTÉ	23
3.2 PROMOUVOIR LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES	26
3.3 RENFORCER LES COMPÉTENCES ET LA LÉGITIMITÉ DES INTERVENANTS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE DES JEUNES	27
3.4 ARTICULER LES ACTIONS DE PRÉVENTION AUX PRATIQUES QUOTIDIENNES DES JEUNES	29
3.5 PROMOUVOIR LA SANTÉ PSYCHIQUE HORS LES MURS	30
<b>4. PERSPECTIVES</b>	32
<b>RÉFÉRENCES</b>	38

## CONSEIL D'UTILISATION

Cliquez sur les chiffres pour accéder directement à la rubrique.



## CONSEIL D'UTILISATION

Certains textes (en bleu) sont cliquables et renvoient vers un lien Internet.

N'hésitez pas à les consulter.

# RÉSUMÉ

Les jeunes (15-30 ans) sont pour la plupart en bien meilleure santé que leurs aînés : 80 % des jeunes ne présentent pas de pathologies recensées par l'Assurance maladie contre près de 60 % dans l'ensemble de la population<sup>1</sup>. Ils se considèrent également en moyenne plutôt en bonne santé<sup>2</sup>. Toutefois, ils sont aussi moins conscients de leurs besoins en ce domaine. Cet état de santé des jeunes plutôt favorable ne doit pas masquer que la maladie peut également les affecter, comme le fait que les disparités sociales et territoriales de santé peuvent infléchir l'évolution de leur santé et leurs recours aux soins. C'est en effet dès cette période de la vie que les inégalités sociales et comportements en matière de santé apparaissent et peuvent s'inscrire dans la durée.

Les politiques de santé intègrent ainsi des mesures spécifiques à la jeunesse, du fait de sa spécificité en termes de santé. Ainsi, le plan Santé des jeunes de 2008 visait à prévenir les conduites à risque spécifiques aux jeunes et à répondre aux besoins psychiques des jeunes les plus vulnérables. Le Plan Priorité jeunesse de 2013, dans le champ de la santé, soulignait la nécessité de favoriser l'accès aux soins des jeunes (jeunes scolarisés, étudiants, jeunes en insertion et/ou en situation de précarité sociale). C'est dans ce cadre d'actions que le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) a lancé plusieurs appels à projets pour impliquer les jeunes et les acteurs locaux dans la prévention santé et améliorer l'accès aux soins des jeunes (2<sup>ème</sup> vague d'appel à projets du FEJ lancé en 2009 et deux premiers appels à projets ultra marins lancés en 2009 et en 2011).

Les expérimentations soutenues par le FEJ balayent un répertoire diversifié d'actions. Des **méthodes innovantes de prévention et d'éducation pour la santé** visent ainsi à favoriser la transmission de messages de santé auprès des jeunes, pour agir en complément des formes traditionnelles de prévention. Un autre registre d'actions met l'accent sur le **renforcement de l'accès aux droits et aux soins** des jeunes de plusieurs manières. Certains projets veulent faciliter l'accès financier et administratif aux droits, d'autres proposent un accompagnement social et/ou médical aux jeunes les plus en difficultés ou encore apportent une écoute et une prise en charge au plus près des besoins et lieux de vies des jeunes.

1. Inspection Générale des Affaires Sociales, *La protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans*, Paris, 2015, La Documentation française
2. Beck F., Richard J-B (Dir.), *Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé des jeunes 2010*, Paris, 2011, Institut nationale de prévention et d'éducation à la santé

Un ensemble de vingt sept expérimentations ont été soutenues par le FEJ :

- 24 projets s'inscrivaient dans le cadre de l'axe 3 « Améliorer l'accès au soin des jeunes » du deuxième appel à projets (AP2), publié en octobre 2009 ;
- un projet s'inscrivait dans le cadre du programme 2 « Actions innovantes pour développer la mobilité internationale des jeunes » du premier appel à projets pour l'Outre-mer (APDOM1) publié en août 2009 ;
- 2 projets s'inscrivaient dans le cadre du programme 1 « l'implication des jeunes et de l'ensemble des acteurs locaux dans la prévention santé et l'accès aux soins » du second appel à projets pour l'Outre-mer (APDOM2), publié en février 2011.

Quinze projets sont portés par des associations, 6 par des missions locales, 4 par des collectivités territoriales et 2 par des structures privées.

La note décrit succinctement les dispositifs expérimentés, en proposant des zooms sur des projets illustrant la gamme des actions soutenues. Elle expose les méthodes d'évaluation appliquées et les principaux résultats de ces évaluations.

Les évaluations des expérimentations permettent ainsi de décrypter les mécanismes favorisant l'accès et le recours aux soins des jeunes en difficulté et de déterminer, le cas échéant, les leviers d'action pertinents. Les résultats présentés délivrent également des enseignements importants concernant les types d'actions d'éducation et de prévention de la santé qui permettent de toucher des jeunes peu sensibles aux formes traditionnelles de sensibilisation.

Enfin, elle fournit la liste des projets, en précisant l'identité des porteurs et des évaluateurs et la date de remise de leur rapport final d'évaluation. Pour chaque projet, un lien permet d'accéder aux documents disponibles sur le site du [FEJ](#).

Les premiers résultats des expérimentations ont donné lieu à la publication d'un 4 pages « Jeunesses études et synthèses » sur l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion<sup>3</sup>. La présente synthèse donne une gamme plus large de publics et des expérimentations et a pour objectifs d'inscrire la démarche expérimentale dans une dynamique d'appropriation collective en partageant les enseignements qui en sont tirés avec un ensemble diversifié d'acteurs (associations, chercheurs, collectivités locales, institutions, ministères concernés, porteurs de projets, bénéficiaires). Il s'agit là de faire dialoguer entre eux des

---

3. Charpentier A., Drean L., Rugambage N., « Les leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion », *Jeunesses, études et synthèses*, n°31, Injep, février 2016

résultats hétérogènes, parfois conformes aux objectifs attendus, parfois plus contrastés avec les attentes portées par les politiques publiques. Si ce travail brosse l'ensemble des expérimentations menées dans le domaine de la santé des jeunes, il est également resitué et discuté dans le contexte institutionnel et scientifique des connaissances sur ce thème afin d'en éclairer la portée. Ce travail permet enfin aux lecteurs de se repérer dans la gamme des actions menées, en s'appuyant sur les rapports des porteurs et des évaluateurs.

## 1. CONSTATS INITIAUX ET ENJEUX DES EXPERIMENTATIONS

### 1.1. CONSTATS INITIAUX

Loin derrière les questions du logement, de l'insertion professionnelle ou de l'orientation, la santé ne constitue pas une préoccupation majeure pour les jeunes eux-mêmes. Au cours du passage à l'âge adulte, la santé est rarement source d'inquiétudes pour les jeunes : plus de 9 jeunes sur 10, âgé de 16 à 24 ans, se déclarent en bonne ou en très bonne santé même si les dernières évolutions enregistrent, malgré tout, un recul de l'état de santé perçu par les jeunes<sup>4</sup>. Pour autant, les inégalités sociales de santé<sup>5</sup> apparaissent de façon précoce et tendent à se renforcer avec le temps<sup>6</sup>. Le niveau de santé d'une population (niveau d'éducation morbidité, mortalité espérance de vie), comme l'exposition aux risques et certaines habitudes acquises dans l'enfance et/ou l'adolescence conditionnent l'état de santé à moyen et long terme. Au-delà des enjeux de santé publique, la santé des jeunes conditionne aussi bien leur autonomisation que leur insertion professionnelle.

L'amélioration globale de l'état de santé des jeunes se heurte à de profondes disparités sociales et territoriales comme le rappelle le rapport 2012 de l'Observatoire de la jeunesse : « *les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable présentent des niveaux de pratiques addictives, de surpoids et d'obésité nettement plus élevé* »<sup>7</sup>. Indépendamment du milieu social et des caractéristiques individuelles, les effets du contexte géographique peuvent également jouer en défaveur de la santé des jeunes en renforçant les difficultés d'accès aux soins. Outre les phénomènes de déserts médicaux en zones rurales, le fait de résider dans un quartier défavorisé ou à faible mobilité résidentielle accroît le risque de dégradation de l'état de santé<sup>8</sup>.

La généralisation de l'assurance maladie de base assure aux jeunes une couverture des frais médicaux globalement satisfaisante. En revanche, ils peuvent être confrontés à des problèmes de gestion de l'actualisation de leurs droits. Le basculement du statut d'étudiant à celui de jeunes actifs, le changement de lieu de résidence, la défaillance de certains organismes gestionnaires peuvent différer voire limiter l'accès et le recours aux soins<sup>9</sup>. En outre, le reste à charge des dépenses de santé après remboursement de l'assurance maladie au régime de base représente en moyenne 39% (soit 239€) de la dépense totale annuelle pour les 16-29 ans contre 31 % pour l'ensemble des assurés (414€)<sup>10</sup>. Compte tenu du coût laissé à charge des jeunes assurés, l'obtention d'une couverture complémentaire influence notablement le recours aux soins notamment pour les soins de spécialistes (ophtalmologie, prothèse dentaire). A la différence de l'assurance maladie de base,

4. de Saint Pol T., Moisy M., « La santé des jeunes adultes », Ressources et conditions de vie des jeunes adultes en France, DREES, Dossiers solidarité et santé, n°59, janvier 2015.

5. « Réduire les inégalités de santé dès la petite enfance », La santé de l'homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé n°426, décembre 2013

6. Melchior Mira, PROBLEME ICI (REFERENCE PAS COMPLETE) A compléter

7. Beck F, Amsellem-Mainguy Y, « Les inégalités sociales de santé. Vers une prévention », Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'observatoire de la jeunesse 2012, Paris, La Documentation Française, pp. 124-136

8. Ibid.

9. Inspection Générale des Affaires Sociales, *La protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans*, Paris, 2015, La Documentation française

10. Ibid



la couverture complémentaire n'est ni généralisée, ni harmonisée. Le recours aux soins ou à certains types de soins sont fortement conditionnés par l'existence ou le contenu des différentes couvertures complémentaires.

## 1.2. ENJEUX DES EXPÉRIMENTATIONS

Au regard de ces constats, l'amélioration de la prise en charge de la santé des jeunes<sup>11</sup> constitue un enjeu important pour les politiques publiques. Le *Livre vert* de la Commission sur la politique de la jeunesse de juillet 2009 avait ainsi identifié l'objectif de « *s'assurer qu'aucun jeune ne renonce aux soins pour des raisons financières* » et de « *mobiliser les jeunes sur la prévention et l'éducation à la santé* »<sup>12</sup>. Pour ce faire, il préconisait de lancer des projets d'expérimentation afin de soutenir des démarches innovantes de prévention, d'accompagner les jeunes confrontés à des maladies graves et les jeunes handicapés et de mieux repérer les jeunes les plus en difficulté.

Les problématiques rencontrées et leurs réponses sont-elles alors spécifiques aux jeunes ? Perçue à la fois comme un âge où la santé est satisfaisante et la période de la prise de risques, la jeunesse a longtemps été étudiée au prisme des risques et de la responsabilité individuelle. Le renouveau de l'éducation et la promotion de la santé a permis de rénover les approches pédagogiques et d'innover dans les actions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé.

Les expérimentations menées dans le cadre du FEJ s'articulent autour de deux registres d'intervention : l'élaboration de messages de prévention destinés à un large public, susceptibles d'être entendus et pris en compte par les jeunes, d'une part, et le développement de projets visant à permettre aux jeunes les plus en difficulté d'entreprendre des démarches de soins, d'autre part.

Les évaluations devaient permettre de déterminer les dispositifs les plus efficaces pour accroître le recours aux soins des jeunes en difficulté et les actions de prévention permettant de toucher les publics jeunes habituellement peu sensibles aux formes traditionnelles de prévention.

---

11. Le livre vert de la Jeunesse dégageait quatre orientations prioritaires pour amplifier la mobilisation sur la santé des jeunes : le renforcement de la connaissance de l'état de santé des jeunes, la lutte contre le renoncement aux soins et à la prévention pour raisons financières, la poursuite d'une dynamique visant à rendre les jeunes acteurs de leur santé et l'organisation de l'inaptitude dans la formation professionnelle. C'est à ces trois premières priorités qu'entendaient répondre les expérimentations du FEJ en matière de santé entendue au sens de la charte d'Ottawa, comme étant la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but dans la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physique. Comme le précise l'OMS, la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, elle est vue comme un bien-être physique, moral, affectif et/ou social.

12. Commission sur la politique de la jeunesse, *Reconnaître la valeur de la jeunesse*, livre vert, juillet 2009.

## 2. PRESENTATION DES DISPOSITIFS

### 2.1. FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES EN DIFFICULTÉ

L'un des principaux enjeux des expérimentations sur la santé est d'accroître le recours aux soins de jeunes qui, pour des raisons de précarité sociale, d'identification et d'actualisation des droits à la couverture (liées notamment aux changements de statuts successifs; étudiants, actifs employés ou inoccupés etc.) ou encore d'éloignement des lieux de soins, renoncent à se faire soigner et voient ainsi leur santé se dégrader et freiner leurs opportunités d'insertion sociale et professionnelle. Les raisons de non recours aux soins peuvent se cumuler et générer des répercussions lourdes tant au niveau de l'état de santé individuel des personnes qu'au niveau de la collectivité.<sup>13</sup>

Les dispositifs expérimentés ont ainsi pour objet :

- la mise en place d'un tiers-payant généralisé pour les jeunes (2 projets)
- l'ouverture des droits sociaux et la mise en place de consultations gratuites (1 projet).
- le développement du rôle des missions locales dans l'accompagnement en matière de santé (5 projets) ;
- la mise en réseau des professionnels de santé (3 projets) ;
- la mise en place d'une équipe de soins mobile (3 projets) ;

#### 2.1.1. Expérimenter localement un tiers payant généralisé

En 2012, selon l'enquête « Santé et Protection sociale »<sup>14</sup>, 26 % de la population âgée de plus de 15 ans déclarait avoir renoncé au moins une fois à un soin pour des raisons financières. Les expériences de précarité passées, présentes et anticipées influencent le renoncement aux soins, et pénalisent d'abord les femmes et les jeunes adultes, plus nombreux à reporter ou à renoncer aux soins les concernant. A ce titre, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une protection contre le renoncement aux soins pour des raisons financières. Des expérimentations se proposent de remédier aux difficultés liées à une mauvaise couverture sociale combinées à de faibles revenus par la mise en place d'un accès aux soins gratuit. Le projet « Accès Santé Jeunes » (AP2\_58), porté par le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Nice, propose ainsi aux jeunes bénéficiaires des consultations médicales (généraliste, dentiste, dermatologue) et des soins infirmiers, sans avance de frais grâce à la mise en place **d'un tiers payant généralisé**.

13. Philippe Warin a notamment souligné que « 40 % de patients qui ne sont pas en mesure de continuer leurs soins, pour des raisons financières, présenteront un surcoût de 9 milliards d'euros supplémentaires à la sécurité sociale, quand ils reviendront dans le système de santé » in Warin, Ph., « Non recours : la face cachée des droits » in Lien social, Accès aux droits, l'éternel combat, no. 1162 (2015): 26-27. Voir aussi les travaux de Philippe Warin et ceux de l'ODENORE (Observatoire de non recours aux droits et services) sur le sujet.

14. Célan N., Guillaume S., Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », *Rapport de l'Irdes* n°556, juin 2014

## ■ Le non-recours aux soins : des problèmes d'accès aux droits et aux soins aux renoncements.

La notion de non recours est une lecture et un outil utile pour éclairer les logiques et limites de l'usage des droits et aides proposés par le système de santé (Revil, 2015). Des freins informationnels tels que la méconnaissance des aides existantes et de leurs procédures d'ouverture peuvent contrarier l'accès des individus aux droits et aux soins. En complément des mesures fréquemment mobilisées pour apprécier l'accessibilité aux soins (dépenses moyennes de consommation de soins, taux de recours), le taux de renoncement aux soins constitue désormais un indicateur de plus en plus utilisé dans les statistiques publiques de santé. Le renoncement aux soins vise à identifier les besoins de soins non satisfaits qu'un état de santé justifie. Cet indicateur repose sur une notion subjective des besoins ressentis et des représentations individuelles du renoncement. La forte sensibilité des réponses recueillies aux conditions de collecte (formulation exacte des questions) peut faire varier le taux de renoncement d'une enquête à l'autre, nécessitant des précautions de lecture et d'interprétation des résultats. Toutefois, ce taux reste pertinent et stable concernant les types de soins reportés et les déterminants sociaux du renoncement aux soins. Cette mesure permet notamment de mettre à jour le rôle protecteur de la CMUC-C.

### 2.1.2. Ouvrir les droits sociaux et mettre en place des consultations gratuites

Un faible niveau d'information en matière de santé et une méfiance vis-à-vis des instances médicales peuvent limiter le recours aux soins. Une des réponses possibles est de mettre place des actions visant à faciliter la prise de contact avec les professionnels de santé, notamment par la possibilité de bénéficier d'un **accompagnement médical individualisé**.

#### ■ Le projet « *De la santé à l'emploi* », porté par la Maison de l'emploi et de la formation (MDEF) de Sénart et évalué par le Centre de recherche en économie et statistique (CREST) (AP2\_076)

Cette expérimentation, couvrant 5 communes, concerne des jeunes âgés de 16 à 25 ans, déscolarisés depuis plus d'un an au moment de l'expérimentation et se présentant dans les missions locales. Le projet a pour objectif d'identifier les déterminants du recours aux soins chez les jeunes les plus en difficultés. Ce projet met l'accent sur deux dimensions centrales de l'accès aux soins : le coût financier des soins et la méconnaissance des besoins. L'expérimentation s'appuie sur deux dispositifs. Le premier vise à délivrer aux jeunes de l'information relative au système de protection sociale, à ouvrir ou actualiser leurs droits à une couverture de santé. Une assistante sociale aide les jeunes à prendre connaissance de leurs droits et système de fonctionnement du système de remboursement des soins. Le 2<sup>ème</sup> dispositif consiste à faire rencontrer aux jeunes un médecin leur donnant une information personnalisée censée les aider à réévaluer leur intérêt et prise de conscience par rapport à leur propre état de santé.

### 2.1.3. Développer le rôle des missions locales dans l'accompagnement santé

La littérature a largement démontré les effets délétères du processus de précarisation sur le rapport fragilisé des personnes à leur santé (absence ou recours tardifs aux soins et leur exposition aux risques)<sup>15</sup>. Outre un état de santé plus dégradé observé parmi la population de jeunes en insertion<sup>16</sup>, les jeunes déclarent plus fréquemment une perception négative de leur état de santé et l'expression d'un mal-être<sup>17</sup>. Au regard de ces constats, les missions locales par leur prise en charge globale des jeunes, peuvent jouer un rôle important dans les dispositifs d'accès aux soins en intégrant une partie consacrée à la santé dans l'accompagnement qu'elles proposent. En 2006, la charte nationale d'engagements pour la santé des jeunes signée en 2006 par le Conseil national des Missions locales (CNML) et les ministères en charge de la Santé et de la Cohésion sociale entendait ainsi « *favoriser l'accès aux soins, aux droits, à la prévention en renforçant le lien social et en encourageant des actions de promotion de la santé pour concourir à améliorer la qualité de vie des jeunes leur bien-être et leur autonomie* ».

Il peut s'agir par exemple de créer au sein de la mission locale **un espace d'écoute et de conseil**<sup>18</sup>. L'objectif est de mettre en place un lieu convivial où les jeunes puissent se sentir à l'aise pour parler. Cet espace peut constituer un relais sur un territoire où l'offre de soins est insuffisante et où l'accès à l'information est difficile. Il est parfois animé par des jeunes volontaires, notamment en contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS), qui sont formés pour devenir des relais. Des mesures d'aide à l'accès aux dispositifs de santé existants, par exemple en organisant un soutien aux démarches administratives, peuvent venir compléter ce rôle d'information et de conseil. Les accompagnateurs ou éducateurs, qui représentent des interlocuteurs privilégiés pour les jeunes, peuvent également bénéficier d'une formation aux problématiques de santé afin de leur permettre d'aborder ces questions avec les jeunes, et de les orienter ensuite vers les structures de soins adaptées.

Enfin, une des réponses apportées aux questions relatives à la souffrance psychique de certains jeunes en insertion s'appuie sur l'intervention d'un réseau de psychologues cliniciens intégrés aux missions locales de Bourgogne afin de repérer et prendre en compte spécifiquement les problèmes de mal-être.

---

15. Joubert, M., Chauvin, P., Facy F., et Ringa, V. (2001), Précarisation, risque et santé, Editions de l'Inserm, Paris, 2001, 474 pages.

16. Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF), Etude « Bien-être-mal-être ? Mieux vous connaître », 2011. Voir aussi, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), La santé de l'homme, « Jeunes en insertion : la santé en question », n°399, janvier-février 2009

17. Etude PRESAGE et étude du Cétaf, Ibid.

18. Les expérimentations « Pour l'essaimage d'une Culture Santé chez les 16/25 ans », porté mission locale de la Moyenne Garonne » ; « Accès aux soins-accès aux droits », porté par la mission locale départementale Lot ; « Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes par le réseau de psychologues de missions locales de Bourgogne ASSOR » porté par l'ARML et « Espace Santé Jeunes en Cœur d'Hérault/ Relais Santé Jeunes », mise en œuvre par la mission locale Cœur d'Hérault ont développé des espaces d'accueil, d'écoute des jeunes.

- **Le projet « [Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes par le réseau de psychologues de missions locales de Bourgogne ASSOR](#) », porté par l'Association régionale des missions locales (ARML) de Bourgogne et évalué par Fernando Bertolotto (AP2\_060).**

Le projet s'adresse aux jeunes accompagnés par les missions locales et présentant les caractéristiques suivantes : isolement et solitude, mal-être et souffrance envahissant l'entretien, répétition d'échecs, comportements violents et auto-violents, troubles post-traumatiques et/ou troubles semblant relever de la psychiatrie. Des psychologues interviennent au sein de 14 missions locales auprès de jeunes préalablement orientés par les conseillers en insertion. L'expérimentation permet de mettre à disposition des missions locales des psychologues afin d'apporter un soutien individuel aux jeunes, d'accompagner, le cas échéant, le jeune vers les services de soins adaptés et de favoriser une meilleure compréhension des problématiques des jeunes par les conseillers des missions locales. A la différence d'une prise en charge thérapeutique, l'action des psychologues s'inscrit dans une logique de prévention. Lorsque le jeune accepte l'orientation proposée par le conseiller d'insertion, le psychologue reçoit le jeune en entretien pendant environ 1 heure pour aborder principalement ses besoins spécifiques en termes d'accompagnement et de dispositifs (Centres d'examen de santé, centre médico-psychologique). En moyenne, les jeunes sont suivis durant un mois. L'animation par les psychologues d'un réseau local de partenaires permet d'apporter des réponses rapides et de proximité aux besoins d'orientation et de prise en charge thérapeutique assurés par les services de droit commun. Le travail partenarial favorise l'accompagnement des jeunes dans leur démarche de soins en santé mentale par les psychologues, en permettant de prévenir les risques de rupture de parcours de soin entre le premier entretien avec le psychologue et la prise en charge thérapeutique par une structure ou un professionnel en santé mentale.

#### 2.1.4. Mettre en place des réseaux de professionnels

Partant du constat d'un éclatement des professionnels et des structures, des expérimentations centrent leur action sur la nécessité de créer des réseaux et **coordonner les actions des différentes structures de santé sur un territoire** pour la prise en charge des jeunes en situation de précarité. Des journées rassemblant les différents acteurs d'un territoire sont ainsi organisées par Vitré Communauté, porteur du projet « [Printemps Santé 2010](#) » pour réfléchir aux pratiques professionnelles et à la possibilité de coordonner les actions. Différents dispositifs sont simultanément mis en œuvre dans le cadre de projets comme la réalisation d'un « bilan de santé social », la mise en place d'équipes de proximité allant à la rencontre des jeunes en difficulté ou encore la réalisation d'actions de prévention dans les établissements scolaires et les structures de quartier. Dans tous les cas, il s'agit de mobiliser différents partenaires pour proposer une offre territoriale cohérente ou élaborer des programmes d'action communs.

#### 2.1.5. Mise en place d'une équipe de soins mobile

Deux projets, « [Prévenir le risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins, tout en menant une action de proximité dans la lutte contre les conduites à risque \(13/25ans\)](#) » et « [Equipe mobile d'accès aux soins](#) », proposent d'aller au-devant des jeunes en grande difficulté ou en situation d'exclusion à travers la **mise en place d'une équipe de soins mobile** (dans une démarche « d'aller vers »). Elle est composée de différents acteurs, parmi lesquels se trouvent par exemple un-e

psychologue, un-e infirmier-e et un-e éducateur(trice) ou un-e assistant-e social-e. Une telle structure est susceptible de couvrir un large territoire, notamment en milieu rural, et permet d'atteindre un public « non demandeur ». Ces interventions sont conçues comme une passerelle entre des jeunes n'ayant pas recours aux soins et les dispositifs existants (voir encadré ci-dessous).

■ **Le projet « *Prévenir le risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins, tout en menant une action de proximité dans la lutte contre les conduites à risque (13/25ans)* », porté par le Centre communal d'action social (CCAS) de Besançon et évalué par l'Observatoire régional de santé (ORS) de Franche-Comté (AP2\_176).**

Le projet combine deux actions. La première met en œuvre des outils de prévention, conçus à partir de la demande exprimée par les jeunes (public fréquentant les maisons de quartier et collégiens), crée des temps et des espaces de paroles conçus au plus près du public cible (jeunes de 13 à 18 ans), tant à l'intérieur des établissements scolaires que dans les lieux de résidence. La seconde action vise à faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes de 16 à 25 ans marginalisées ou en risque d'exclusion. Par le recrutement d'un psychologue de rue, il s'agit de proposer un accompagnement de proximité aux jeunes qui ne sollicitent pas ou plus les dispositifs de soins, dans la logique d'une étape intermédiaire, permettant dans un second temps l'accès au système de soins de droit commun. Afin de soutenir ce travail de proximité et d'assurer l'accès aux soins, un fonds de secours d'urgence est créé. Il prend en charge les dépenses de santé en l'absence d'ouverture de droits ou de ressources suffisantes.

L'évaluation de la première action repose sur une méthodologie mixte mobilisant des questionnaires et des entretiens. Il s'agit d'apprécier l'adéquation de l'outil d'information et de prévention utilisé. L'évaluation de la seconde action vise à déterminer l'impact du dispositif sur la réinsertion des jeunes dans un circuit classique de soins et le soutien apporté par le psychologue de rue aux professionnels. Pour ce faire, elle quantifie le public de jeunes ayant bénéficié d'un accompagnement dans la durée, ayant bénéficié d'un plan d'aide et ayant bénéficié d'une prise en charge financière de leurs soins.

Deux expérimentations ([« Maison des adolescents mobile »,](#) et [« Antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien »](#)), mettent en place une « **maison des adolescents mobile** », pour atteindre des personnes qui ne se rendent pas à la « maison des adolescents » existante, mais souvent éloignées des lieux de résidence d'une partie des jeunes. Pour exemple, sur les territoires reculés de Mayotte, le projet vise plus particulièrement la prévention des pratiques à risque (prévention du suicide, surconsommation d'alcool) et des grossesses non désirées. Pour attirer l'attention des jeunes, cette structure itinérante se déplace dans les villages et dans les établissements scolaires et met en place des espaces d'écoute et de paroles, complétés par des animations collectives (quizz, micro expos). Les équipes mobiles interviennent également auprès des adolescents dès les premiers signes de d'isolement, de mise à l'écart, de mal-être pour désamorcer des situations de crise. Si les premiers bénéficiaires sont les jeunes, les parents, les équipes éducatives et les établissements scolaires demandeurs sont également partie prenante. L'action de l'équipe mobile permet d'appréhender les difficultés des jeunes de manière pluridisciplinaire en mobilisant l'intervention de psychologues, de travailleurs sociaux et des équipes pédagogiques d'une part et d'améliorer la rapidité et la qualité de la prise en charge d'autre part. L'évaluateur du projet [Antenne mobile d'intervention,](#)

[d'écoute et de soutien, AMIES \(AP2206\)](#), porté par la Maison des adolescents (MDA) de Corrèze, souligne que la réactivité de l'antenne mobile constitue « *une aide précieuse pour les professionnels des établissements scolaires car elle permet de croiser les regards, d'approfondir les diagnostics, de proposer éventuellement des orientations impensées initialement – et in fine d'enrichir la prise en charge à tous les niveaux* ».

## 2.2. INNOVER DANS LA PRÉVENTION DES RISQUES

### 2.2.1. Impliquer les jeunes dans des démarches de prévention et d'éducation pour la santé par les pairs

Développée dans les pays anglo-saxons dans les années 1970, l'éducation à la santé des jeunes par les pairs connaît un intérêt croissant en France. Cette démarche offre une opportunité renouvelée de s'adresser à des jeunes peu sensibles aux formes traditionnelles de prévention et d'éducation à la santé. Endossé le rôle de pairs a été identifié comme une démarche susceptible de stimuler le développement de compétences psychosociales, susceptible d'être mobilisées par la suite dans leurs parcours scolaires, professionnels et personnels. Cette approche éducative a cependant été avant tout motivée par des préoccupations d'efficacité dans la conception et la diffusion d'informations et d'actions de santé auprès des jeunes, notamment dans la prévention de pratiques à risque « Images'N toi » (consommation de substances psychoactives, de tabac, etc...) <sup>19</sup>. Parallèlement, cette approche par les pairs s'inscrit de plus en plus dans une visée d'« empowerment » conformément aux principes de démocratisation de la promotion de la santé promue par la charte d'Ottawa. Les pairs sont alors définis comme les jeunes du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience. Des dispositifs mobilisent les jeunes pour qu'ils deviennent eux-mêmes **acteurs de prévention auprès de leurs pairs**. Des projets choisissent de partir de la parole des jeunes pour élaborer un outil de prévention adapté. Des **ateliers de groupes d'improvisation** réalisent par exemple un film de prévention qui peut ensuite être utilisé par les partenaires de santé et diffusé auprès des jeunes dans des établissements scolaires. Le projet « [Correspondants Santé Maison des adolescents en Côtes d'Armor](#) » propose à des jeunes lycéens sensibilisés aux problématiques de santé de devenir à leur tour des relais d'information auprès de leurs pairs afin de valoriser les dispositifs de prévention et d'en faciliter l'accès. Les jeunes peuvent également être mobilisés pour des actions de terrain afin de mettre en place une intervention plus souple que ne pourrait le faire une structure de santé traditionnelle (Comités régionaux de santé, Association nationale de prévention en Alcoolologie et Addictologie etc...). Le projet [Nozam'bul](#) cherche ainsi à **prévenir les comportements à risques lors de rassemblements festifs informels** par la présence de jeunes ayant bénéficié d'une formation préalable.

19. Amsellem-Mainguy, Y. (2014), « Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs », Les cahiers de l'action : Education pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs, n°43, 2014, p. 9-16.



## ■ **Les compétences psychosociales :**

Egalement appelée habilités, aptitudes, l'Organisation mondiale de la santé introduit la notion pour la première fois en 1993. Il s'agit dès lors de « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre de façon positive et efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social ». (World Health Organization, Life skills éducation in school WHO, 1997). Ces CPS sont subdivisées en 3 sous-catégories par les instances internationales de promotions de la santé : les compétences sociales (empathie, compétence de communication, de négociation, de coopération), les compétences cognitives (raisonnement logique, auto-évaluation, pensée critique, savoir identifier différentes sources d'information, classification), les compétences émotionnelles (l'estime de soi, la confiance en soi, la gestion de la colère, du stress, de l'anxiété, la capacité à faire face aux difficultés, l'autorégulation). Les CSP jouent un rôle majeur dans l'adaptation sociale et relationnelle de l'enfance à l'âge adulte. Après avoir été promues dans des programmes de prévention de consommation de substances psychoactives aux Etats unis, elles se sont très progressivement implantées en France sous l'impulsion notamment de l'Institut nationale de prévention et d'éducation de la santé et des IREPS (Luis et Lamboy, 2014).

Au-delà de la promotion de la santé, des travaux de recherche ont investigué la définition et l'intérêt des compétences sociales ou non cognitives dans les champs des sciences de l'éducation (Rayou 2009, Morlaix 2015) et de l'insertion sociale. Les compétences « non cognitives » ou soft skills comme l'estime de soi, l'écoute, l'ouverture aux autres sont aujourd'hui considérées comme déterminantes pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, au même titre que les compétences « cognitives » (ou « académiques »). Les indicateurs d'aptitudes psychosociales (comme le Grit ou « test de personnalité ») restent cependant relativement peu corrélés avec les mesures d'aptitudes académiques (comme le quotient intellectuel), ce qui amène à penser que la stimulation d'aptitudes psychosociales passe par des interventions éducatives spécifiques (Kautz et al. 2014).

### ■ **La démarche ESPAIR (Education pour la santé par les pairs) portée par la Mission locale de Beaune, le PAEJ Mission locale de Moulins, Mutuelles de la Somme et la Maison des adolescents des Côtes d'Armor, et évaluée par Eric Legrand Consultant :**

La démarche ESPAIR couvre 4 projets retenus dans le cadre du 2<sup>ème</sup> appel projet du FEJ : « Correspondants Santé en Côte d'Armor », « Paroles de jeunes ... Faut s'lancer », « Santé : un territoire rural mobilisé par et pour sa jeunesse » « Ensemble, œuvrons pour que chaque jeune soit acteur de sa santé ». Les 4 projets reposent sur différentes formes d'intervention de prévention par les pairs. Ils ont pour ambition de faire des jeunes des passeurs d'informations auprès d'autres jeunes. Cette démarche s'appuie sur l'idée que susciter l'implication des jeunes dans la transmission de messages de santé auprès de leurs pairs sera plus efficace que la mobilisation des adultes. Les jeunes pairs sont recrutés sur la base du volontariat, à l'exception de la mission locale de Beaune qui a orienté la sélection des pairs à partir des projets professionnels des jeunes de la mission locale. L'expérimentation a concerné plusieurs



types de publics : particulièrement ciblé des élèves scolarisés en lycée (« Correspondants santé en côte d'Armor »), le public des maisons de quartier d'Abbeville ainsi que des jeunes suivis par les missions locales de Beaune et de Moulins. Dans tous les cas de figure, les jeunes sont encadrés par des adultes qui interviennent en soutien auprès des jeunes pairs.

### 2.2.2. Sensibiliser par une approche non formelle

**La sensibilisation** peut avoir lieu **de manière non-formelle, dans un cadre festif**. Une expérimentation met par exemple en place un spectacle musical abordant la prévention des risques auditifs. Un projet rassemble plusieurs intervenants lors d'un événement où se déroulent notamment des concerts, des pièces de théâtre et des soirées autour de différentes thématiques liées à la santé, en associant étroitement les jeunes à l'organisation de ces différentes activités.

#### ■ Le projet « **Noz'ambul** » porté par la ville de Rennes et évalué par l'Association d'information et de ressources sur les drogues et dépendances et sur le sida (AIRDS) / Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) de Bretagne (AP2\_149).

Le projet vise à réduire les comportements à risque en matière de consommation d'alcool dans l'espace public par une présence sociale en centre-ville en accompagnement des publics ayant des pratiques festives informelles. Le dispositif comporte un volet de prévention par les pairs en amont de la soirée et un volet de prévention et de réduction des risques au cœur de la fête. De 17h à 23h, la prévention par les pairs s'effectue aux portes des lycées, des universités et des commerces de proximité, puis ils vont à la rencontre des groupes de jeunes rassemblés dans les rues et les parcs du centre-ville. Le jeudi et le vendredi soir, une équipe pluridisciplinaire de santé et de prévention prend le relais. Etablie autour d'une camionnette stationnée dans un endroit visible, elle participe à la réduction des risques et à la gestion des situations difficiles sur site, et en déambulant dans la fête. Le concept consiste à organiser une présence de médiation et de prévention concernant l'alcool et les dépendances sur l'espace public, à diffuser un message non moralisateur, à mettre à disposition des outils de prévention auprès des jeunes, à maintenir le dialogue avec eux, à contribuer au diagnostic des situations à risques sur l'espace public, notamment en fin de soirée, et à réorienter les participants autant que de besoin.

L'évaluation repose essentiellement sur des méthodes qualitatives. Elle est fondée sur des entretiens avec des jeunes dans différentes situations vis-à-vis du dispositif :

- des jeunes qui viennent d'être en contact avec le dispositif « **Noz'ambul** »,
- des jeunes rencontrés sur l'espace public durant les périodes d'intervention, qui connaissent le dispositif et qui ont été en contact avec celui-ci,
- des jeunes rencontrés sur l'espace public durant les périodes d'intervention, qui connaissent le dispositif mais qui n'ont pas été en contact ;
- des jeunes rencontrés sur l'espace public durant les périodes d'intervention, qui ne connaissent pas le dispositif.

L'évaluation vise à comprendre les effets de ces actions de prévention sur les jeunes et le regard que ceux-ci portent sur celles-ci.

### 2.2.3. Mettre en place une prévention à postériori auprès de jeunes admis aux urgences pour ivresse aigue.

Selon [l'enquête Escapad 2014](#)<sup>20</sup>, les jeunes de 17 ans connaissant régulièrement des phénomènes d'alcoolisation représentaient 10,5 % de cette classe d'âge en 2011 contre 12,3 % en 2014. L'expérimentation « [Dispositif de prévention et d'intervention –ville de Rennes](#) » propose à des jeunes admis aux urgences d'un centre hospitalier en état d'ivresse aiguë de les **accompagner dans une démarche de soins de plus long terme**. Un suivi peut ainsi être mis en place après une consultation permettant aux jeunes de faire un bilan sur leur consommation et d'être informés sur les risques encourus. À terme, ces jeunes peuvent être invités à participer à leur tour à des actions de prévention collective.

### 2.2.4. Elaborer un plan de prévention global sur un territoire

Le projet « [Démarche de prévention globale des conduites addictives en Albigeois](#) » a pour objectif de mettre en place **un plan de prévention global des conduites addictives sur un territoire**. L'originalité du dispositif est d'associer dans des groupes de travail tous les acteurs concernés par le problème, les enseignants, les services de santé, les élèves et les parents et de leur proposer d'élaborer de manière concertée un dispositif de prévention efficace.

### 2.2.5. Développer une prévention ciblée sur des publics spécifiques (apprentis, jeunes suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), jeunes en situation de handicap mental, jeunes ultra-marins)

Des projets choisissent de s'adresser à des publics spécifiques. Une expérimentation choisit de centrer son action sur l'importante consommation de substances psychoactives par **les jeunes apprentis**. Des interventions sont effectuées directement au sein des centres de formation d'apprentis (CFA) afin de sensibiliser les jeunes aux risques liés à cette consommation. Le projet « Images'N toi » s'adresse aux **jeunes du service territorial éducatif de milieu ouvert (STEMO) de la PJJ** avec l'objectif de créer un espace de parole sur les questions de santé envisagées sous l'angle de l'image et de l'estime de soi. Le dispositif « [Obésité et handicap mental](#) » est centré sur la problématique spécifique de **l'obésité des jeunes en situation de handicap mental**. L'enjeu de l'expérimentation est d'élaborer un protocole de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'obésité pour aboutir à des préconisations opérationnelles et concrètes à destination des professionnels, des jeunes et de leur famille.

Deux projets visent à **lutter contre le suicide dans les communautés amérindiennes sur le Haut Maroni, en Guyane**. Le projet d'« [Atelier-transfrontalier de réalisation vidéo en Guyane et au Brésil](#) » porté par ADER Guyane se propose de **former aux techniques cinématographiques des jeunes amérindiens vivant dans le bassin amazonien**. Ces ateliers de réalisation vidéo franco-brésiliens visent à répondre au mal-être dont souffrent nombre de ces jeunes. Un autre projet « [Programme de prévention communautaire du suicide et d'accès aux soins sur le Haut-Maroni](#) », porté par ADER Guyane veut **mobiliser et former un réseau de sentinelles en prévention du suicide** constitué de bénévoles et de salariés. Les axes de travail prévus sont les suivants : repérer, orienter et accompagner

20. Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2011.

---

◀ [Retour Sommaire général](#)

les personnes en souffrance psychique vers des professionnels de santé notamment ; favoriser le développement des compétences psychosociales des jeunes, à travers l'accès à la pratique sportive ; renforcer les échanges de pratiques, la mise en réseau des acteurs et l'expertise, relatives à la prévention du suicide en Guyane.

### 3. PRINCIPAUX RESULTATS

#### Méthodes d'évaluation

Les évaluations ont recouru principalement à des méthodes qualitatives. L'approche qualitative mêle des phases d'observations des actions et des entretiens collectifs et individuels auprès des jeunes et des professionnels. Ces outils d'enquête permettent d'analyser les mécanismes de prévention à partir des points de vue croisés des bénéficiaires, des professionnels et des partenaires. L'observation des interactions et le recueil des pratiques et représentations des différentes parties prenantes aident à comprendre les logiques opérationnelles à l'œuvre. Une expérimentation formée de 4 projets de prévention par les pairs<sup>21</sup> (ESPAIR) a fait l'objet d'une évaluation commune afin de développer une analyse comparative. Le principe d'une évaluation randomisée a été mise en œuvre pour le projet de la Santé à l'emploi » afin de tester deux dispositifs d'amélioration de la couverture maladie des jeunes et de leur recours aux soins.

#### Expérimentation et évaluation

Une expérimentation sociale est un dispositif social innovant initié à une échelle réduite en raison des incertitudes sur les effets du dispositif et qui a vocation à être étendu sur d'autres terrains si ces effets se révèlent satisfaisants. La démarche expérimentale implique donc l'évaluation rigoureuse des effets du dispositif auprès des bénéficiaires d'une part et des leviers sur lesquels il importe d'agir (notamment auprès des acteurs) pour améliorer son fonctionnement d'autre part. Les expérimentations soutenues par le FEJ sont donc systématiquement assorties d'un protocole d'évaluation qualitatif et/ou quantitatif. Le choix d'une (ou la combinaison) des deux approches se fait en fonction des dispositifs déployés (actions en direction des acteurs et/ou des bénéficiaires) et des questions auxquelles l'évaluation vise à répondre.

#### Evaluation quantitative et qualitative

**L'évaluation quantitative** mobilise des données statistiques sur des échantillons représentatifs (de quelques centaines à quelques milliers d'individus) ainsi que des outils d'analyse adaptés aux caractéristiques des données. Elle consiste à mesurer les effets immédiats et différés du dispositif expérimenté sur une ou plusieurs variables d'intérêt (taux d'accès à l'emploi pour un dispositif d'accompagnement, résultats scolaires pour un programme pédagogique, etc.). Il s'agit de vérifier si les effets attendus du dispositif se sont bien produits et de savoir si le programme n'a pas eu des effets qui n'étaient pas nécessairement attendus. L'évaluation **qualitative** mobilise en revanche des outils d'investigation sur des échantillons raisonnés (quelques dizaines d'individus) ainsi que des modalités d'analyse adaptées aux caractéristiques des dispositifs. Elle est appropriée pour un certain nombre de questionnements qui ne peuvent, ou difficilement, faire l'objet de mesures quantitatives : elle permet notamment de rendre compte de manière précise de la diversité des attentes et des besoins que suscitent les dispositifs, afin de former un jugement sur la pertinence et l'appropriation par les publics d'un dispositif conçu souvent à partir de critères extérieurs aux acteurs comme aux bénéficiaires. Ces

---

21. La démarche ESPAIR regroupe ainsi les projets AP2\_003, MdA en Côtes d'Armor », Maison des adolescents 22, AP2\_011, « Paroles de jeunes: "Faut s'lancer..., prendre sa santé en main" », Mission locale de Moulins, -AP2\_044, «Santé: un territoire rural mobilisé par et pour sa jeunesse», Mission locale Rurale de Beaune ; -AP2\_167, « Ensemble œuvrons pour que chaque jeune soit acteur de sa santé », Mutuelle de la Somme

deux familles de méthodes ne mobilisent donc pas les mêmes outils et ne répondent pas aux mêmes questions. Elles peuvent cependant être complémentaires. En combinaison avec une évaluation quantitative, l'évaluation qualitative vise en l'occurrence à renseigner les raisons pour lesquelles le programme fonctionne, afin de formuler un cadre d'analyse des données cohérent (de comprendre notamment certaines corrélations obtenues), ou fonctionne mal, pour pouvoir l'améliorer<sup>22</sup>.

### **Evaluation d'impact**

Évaluer l'impact (ou effet non biaisé) d'un dispositif consiste à apporter une réponse précise et crédible à la question suivante : quelle aurait été la situation des bénéficiaires s'ils n'avaient pas bénéficié du dispositif ? Ou quelle aurait été la situation des non-bénéficiaires s'ils avaient bénéficié du dispositif ? Il n'est pas satisfaisant d'observer le devenir des bénéficiaires, puisque d'autres facteurs qui affectent leur situation peuvent avoir changé depuis la mise en place du dispositif. Il n'est pas non plus satisfaisant de comparer la situation des bénéficiaires à celle de non-bénéficiaires, car les personnes qui ne bénéficient pas du dispositif n'ont pas nécessairement les mêmes caractéristiques que celles qui en bénéficient. Dans les deux cas, toute différence observée peut être attribuée à l'impact du programme et/ou à des « facteurs confondants » (tendances propres à la période étudiée, dans le premier cas, différences préexistantes entre les groupes, dans le deuxième). Un objectif essentiel d'une évaluation d'impact est donc d'identifier des situations où les facteurs confondants sont quasi nuls ou de trouver des façons rigoureuses de corriger pour ces effets (ou biais).

### **Les « essais randomisés et contrôlés »**

Parmi les méthodes d'évaluation d'impact, les « essais randomisés et contrôlés » (randomized controlled trials en anglais) constituent les approches les plus crédibles car elles apportent la mesure la plus précise et la plus fiable de l'impact d'un dispositif sur les variables d'intérêt<sup>23</sup>. Ils reposent sur l'observation d'un groupe qui bénéficie du dispositif (groupe « test ») et d'un groupe qui n'en bénéficie pas (groupe « témoin »), ces groupes ayant été construits en y affectant les personnes au hasard, à l'aide par exemple d'un tirage au sort simple à partir d'une liste préalable d'individus potentiellement éligibles au dispositif<sup>24</sup>. L'affectation aléatoire des personnes est le meilleur moyen de constituer avant l'expérimentation des groupes ayant en moyenne des caractéristiques similaires, qu'elles soient observables ou non observables, ce qui permet de mesurer l'effet du dispositif « toutes choses égales par ailleurs ». En effet, s'ils sont une taille suffisante (plusieurs centaines d'individus dans chaque groupe), les deux groupes auront exactement la même composition par âge, sexe, qualification et par d'autres caractéristiques que l'on ne peut pas observer, comme la motivation ou la capacité à coopérer avec les institutions, et qui peuvent avoir un impact sur les variables d'intérêt.

- 
22. Les dispositifs complexes sont souvent assortis d'évaluations qualitative et quantitative afin de mieux appréhender leurs conditions de fonctionnement ainsi que les résultats obtenus.
  23. Les économistes distinguent deux grandes familles de méthode d'évaluation d'impact qui se différencient par la nature des données utilisées. La première famille est celle des évaluations qui utilisent des données d'« essais randomisés et contrôlés ». La deuxième est celle des évaluations qui mobilisent des données d'expériences non contrôlées mais qui tentent de reproduire les conditions d'une expérience randomisée à l'aide de techniques statistiques adaptées aux caractéristiques des données (on parle aussi de données de quasi-expérience ou d'expérience naturelle).
  24. Pour tester l'impact de plusieurs dispositifs pris individuellement ou de façon combinée, il existe des essais randomisés et contrôlés plus sophistiqués, avec trois ou quatre groupes, avec des entrées différées dans le dispositif ou avec plusieurs sélections successives dans les groupes. L'unique constante est d'avoir au moins une étape où un tirage au sort a lieu.

Dans ces conditions, l'impact moyen du dispositif est la différence entre la situation du groupe « test » et celle du groupe « témoin ». L'affectation aléatoire permet de s'assurer que le groupe « témoin » aurait connu une situation semblable à celle du groupe « test » s'il avait également bénéficié du dispositif, et d'attribuer ainsi les différences observées entre les deux groupes aux seuls effets des dispositifs expérimentés.

### **L'évaluation d'impact de l'expérimentation « Presaje »**

L'évaluation d'impact de l'expérimentation « Presaje » permet de mesurer de façon rigoureuse l'effet non biaisé de deux dispositifs visant à améliorer le recours aux soins et à terme l'insertion socioprofessionnelle des jeunes les plus en difficulté. L'évaluation a impliqué plus de 1 500 jeunes volontaires fréquentant des missions locales disposant d'un « point santé » ainsi que d'un médecin (Clichy-sous-Bois, Sénart, Poitiers, Reims et Toulouse).

Une première intervention est confiée à une assistante sociale et vise à réduire les freins financiers auxquels ces jeunes peuvent être confrontés dans leur accès aux soins. Elle consiste à leur proposer une amélioration de leur couverture maladie (ouverture, mis à jour ou optimisation) en les informant sur leurs droits, les procédures à réaliser auprès de la Sécurité Sociale et les modalités de remboursement de leurs soins. Une seconde intervention vise à réduire non seulement les barrières financières mais également les éventuelles barrières socioculturelles auxquelles les jeunes peuvent faire face dans leur accès aux soins. Elle consiste à proposer aux jeunes, en plus de l'intervention de l'assistante sociale, l'intervention d'un médecin chargé de réaliser un diagnostic de leur état de santé (dentition, acuité visuelle, indice de masse corporelle, vaccins, bilan psychologique, etc.) et d'assurer une orientation vers les professionnels de santé adéquats le cas échéant, ainsi qu'un suivi individualisé de leurs pratiques de santé.

L'expérimentation a fait l'objet d'une évaluation d'impact selon un protocole d'« essai randomisé et contrôlé ». L'évaluation a consisté à proposer aléatoirement aux jeunes d'un l'échantillon sélectionné de bénéficier uniquement du suivi par l'assistante sociale (groupe 1), du suivi par l'assistante sociale puis par le médecin (groupe 2), ou du suivi habituel par un conseiller (groupe témoin). Le tirage au sort assure que les trois groupes – groupe 1, 2 et témoin – ont en moyenne des caractéristiques (observables et inobservables) similaires<sup>25</sup>. Par conséquent, leur comparaison permet non seulement de mesurer l'effet (non biaisé) de chacune des deux interventions par rapport à un suivi habituel par un conseiller mais aussi l'effet additionnel d'un suivi médical, dont le coût est élevé, relativement à un suivi uniquement social, dont le coût est plus faible. Néanmoins, les effets mentionnés sont les effets d'avoir incité les jeunes à rencontrer l'assistante sociale et éventuellement le médecin puisqu'ils

---

25. Si l'on laissait aux jeunes le choix de bénéficier ou non des interventions (suivi social ou suivi social et médical), il est probable que les jeunes choisissant de bénéficier des interventions ne soient en moyenne pas comparables aux jeunes choisissant de ne pas en bénéficier. On peut en effet s'attendre à ce que les jeunes qui souhaitent être suivis soient les jeunes qui en ont le plus besoin. En comparant la santé, la consommation de soins et l'emploi des jeunes ayant choisi de bénéficier de l'un des parcours aux jeunes ayant refusé, on mesure donc à la fois l'effet de bénéficier des interventions et l'effet des caractéristiques spécifiques au groupe ayant bénéficié des interventions. Or sauf à être en mesure d'observer parfaitement l'ensemble de ces caractéristiques spécifiques, il serait impossible de séparer ces deux effets afin d'identifier l'effet de la de bénéficier des interventions. Ces deux effets resteraient confondus et l'on ne pourrait obtenir qu'un effet biaisé de bénéficier des interventions.

n'étaient pas obligés de consulter l'un des (ou les deux) professionnels, tout comme il n'était pas interdit aux membres des autres groupes de rencontrer l'un des (ou les deux) professionnels<sup>26</sup>.

Comparer le devenir du groupe 1 à celui du groupe témoin permet ainsi d'obtenir l'effet (non biaisé) d'inciter les jeunes à bénéficier d'un suivi social plutôt que d'un suivi habituel. Comparer le devenir du groupe 2 à celui du groupe témoin permet d'obtenir l'effet d'inciter les jeunes à bénéficier d'un suivi social et médical plutôt qu'un suivi habituel. Comparer le devenir du groupe 2 à celui du groupe 1 permet d'obtenir l'effet d'inciter les jeunes à bénéficier d'un suivi médical, en plus du suivi social.

### ■ L'analyse de réseaux dans une démarche partenariale d'éducation à la santé ■

L'évaluation du projet « [Démarche de prévention globale des conduites addictives en Albigeois](#) » a permis de mettre en place une méthode innovante d'analyse des réseaux entre les différentes parties prenantes d'une expérimentation d'antenne mobile d'intervention en santé psychique. L'analyse de réseaux est une méthode essentiellement quantitative visant à identifier l'environnement des acteurs. Elle permet de mesurer et déterminer l'évolution et la nature des relations entre les différents acteurs impliqués dans l'expérimentation pour ensuite les cartographier et rendre visible les dynamiques de réseaux et d'organisation. A partir du recueil de différents matériaux (analyse documentaire mobilisant les comptes-rendus des comités de pilotage et les chartes, questionnaires, entretiens), les résultats aident à repérer les réseaux d'influence, la formation de communautés et à distinguer les acteurs centraux et périphériques.

## 3.1. FAVORISER LE RAPPORT DES JEUNES À LEUR SANTÉ

### 3.1.1. Simplifier et assurer la continuité de l'accès aux droits

L'accès aux droits se heurte également à la complexité administrative de l'ouverture ou d'actualisation d'une couverture médicale. La multiplication des régimes d'assurance maladie et les changements successifs de résidence ou de statut fréquents lors du passage à l'âge adulte peut compliquer l'ouverture ou l'actualisation d'une couverture de santé.

Deux projets visaient à faire évoluer le renoncement aux soins de jeunes pour des raisons financières. Le projet « [P.E.P.S. 34 \(Programme d'Expérimentation Plus Soins 34\)](#) », dispositif local de tiers payant généralisé porté par le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Languedoc-Roussillon met en lumière les freins et leviers d'un accès financier facilité sur la consommation de soins parmi des étudiants et des jeunes suivis par des missions locales. Cette expérimentation consiste en la mise en place d'un tiers payant sur la base du régime de l'Assurance maladie (régime général ou régime étudiant) Comme le note l'évaluateur de « [P.E.P.S. 34](#) », il est nécessaire **d'associer les facilitations financières à des procédures simplifiées d'ouverture ou de transferts des droits pour favoriser le recours aux soins des jeunes** : « *[parallèlement à la mise en place d'un tiers-payant, une réflexion devrait être menée pour permettre une simplification de l'accès à une couverture médicale de base et complémentaire en France. Ce dispositif doit être rendu plus lisible aussi bien pour les professionnels œuvrant auprès des jeunes que pour les jeunes eux-mêmes. Il doit en particulier éviter les périodes de*

26. Ces effets s'interprètent comme des effets en « Intention de traiter » (Intention to Treat en anglais). Ils sont pertinents car il est probable qu'en cas de généralisation de ces interventions les jeunes ne soient pas obligés de rencontrer le médecin et/ou l'assistante sociale.



*rupture de droits* ». Une autre condition de réussite d'un tel dispositif est d'étendre le tiers payant à la part prise en charge par une couverture complémentaire.

La santé occupe rarement le premier rang des préoccupations des jeunes, aussi les actions de facilitation d'accès aux droits nécessitent-elles de **redoubler d'efforts pédagogiques auprès des publics ciblés**. Les évaluateurs observent sur l'ensemble des projets concernés une faible mobilisation des jeunes. Ainsi, certains ont pu se sentir signalés, voire fichés par les dispositifs de tiers payant et lui opposent certaines formes de méfiance. La sollicitation du consentement à l'expérimentation pour les jeunes bénéficiaires de ce tiers payant a contribué, à priori, rappelle l'évaluateur, à la démobilitation des jeunes. Le projet « [Accès Santé Jeunes](#) », porté par le CCAS de Nice, met en évidence des pistes de réflexion utiles pour réunir des conditions favorables à la mise en œuvre de ces expérimentations. Le succès de ce type de projet requiert préalablement **des connaissances précises du public ciblé et de l'offre de prise en charge des jeunes sur un territoire donné**.

Une deuxième condition de réussite réside dans **la dynamique partenariale engagée par les expérimentateurs avec les institutions et structures** telles que la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie et les agences régionales de santé. Comme le soulignent les évaluations des projets « AP2\_76 » et « AP2\_030 », les ressources financières, informationnelles et d'accompagnement proposées par les dispositifs expérimentés restent insuffisamment sollicitées par les partenaires. Une meilleure utilisation des dispositifs comme le fonds d'urgence ou l'équipe mobile d'accès aux soins destiné aux jeunes en situation de précarité dépend notamment **de leur repérage par les acteurs locaux**. De manière générale, la distinction entre ces expérimentations et les procédures de droit commun mériterait d'être clarifiée. **Une meilleure visibilité et valorisation de la plus-value de ces actions** permettrait de dissiper les risques de confusion.

### 3.1.2. Le rôle d'accompagnement des missions locales

La santé fait partie intégrante de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. De la prévention des risques à la question du recours aux soins, les missions locales jouent souvent un rôle central dans ces dispositifs en intégrant la dimension santé dans l'accompagnement qu'elles proposent. De part leur approche multidimensionnelle et partenariale de l'insertion des jeunes, la **contribution des missions locales dans le repérage et l'accès aux soins des jeunes en difficulté** est aujourd'hui mieux connue et reconnue<sup>27</sup>.

Le partenariat formalisé et conventionné entre les missions locales et les centres d'examen de santé ont permis de faciliter l'orientation des jeunes vers les professionnels de santé pour y effectuer des bilans de santé. Cette première démarche gagnerait à être renforcée dans le sens d'une collaboration plus étroite entre les conseillers d'insertion des missions locales et les professionnels de santé. Souvent

---

27. Charte nationale des Missions locales, adoptée par le Conseil nationale des Missions locales le 12 décembre 1990 rappelle les principes sur lesquels s'engagent l'ensemble des missions locales et leurs partenaires. Pour rappel, les objectifs visés par la charte sont les suivants : améliorer l'accès aux soins et à une couverture sociale pour les jeunes ; garantir l'accueil et l'écoute des jeunes en souffrance psychologique, ainsi que le recours aux soins de santé mentale, le cas échéant ; et, développer les actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes.



démunis face aux problématiques de santé des jeunes, les conseillers peuvent hésiter à approfondir la thématique, d'autant plus que le suivi médical des jeunes reste en suspens, note le rapport d'évaluation de [« Accès aux soins-accès aux droits »](#). Ainsi selon l'évaluateur, le projet gagnerait à intégrer dans les pratiques des conseillers d'insertion une approche globale de la promotion de la santé, en incluant notamment des professionnels de santé *« pour faciliter les liens avec eux »* (...) et *« aborder systématiquement la question de la santé avec les jeunes, . »* Perçue comme un sujet sensible et relavant de l'intime, les professionnels hésitent à évoquer avec les jeunes la question de leur santé. A ce titre, les expériences d'éducation pour la santé par les pairs conduites dans certaines missions locales, comme le projet [« Santé: un territoire rural mobilisé par et pour sa jeunesse »](#), peuvent constituer des leviers complémentaires aux professionnels pour évoquer ce sujet sensible avec les jeunes en insertion.

De par leur implantation et leur maillage territorial, les missions locales occupent selon les évaluateurs d'[« Espace Santé Jeunes en Cœur d'Hérault/ Relais Santé Jeunes »](#) un rôle prépondérant dans la réduction des inégalités sociales de santé. La mise en place des « missions relais santé jeunes », portées, au-delà des missions locales, par des structures publiques (Point information jeunesse), des associations ou des mutuelles ont contribué à mobiliser les acteurs locaux sur la santé des jeunes les plus en difficulté. Accompagner les jeunes au plus près de leur environnement permet de repérer et couvrir plus finement les besoins des jeunes, notamment ceux situés en milieu rural.

### 3.1.3. Délivrer une information personnalisée sur l'état de santé

Un des enseignements majeurs des évaluations insiste sur la nécessité de coupler diffusion d'information sur le système de protection sociale et accompagnement physique et individualisé des jeunes.

Lever les barrières financières et administratives ne suffit pas à encourager le recours aux soins des jeunes. L'équipe du projet [« PresaJe \(Projet de Recherche sur la Santé des jeunes\) »](#) précise qu'informer les jeunes sur la CMU augmente certes le niveau de compréhension des droits mais reste insuffisant pour générer un impact sur le rapport à leur santé. Contrairement à certaines représentations fréquemment véhiculées, le problème majeur pour les jeunes en situation de précarité n'est pas tant le manque de connaissances sur les services de soins que **la méconnaissance de leurs propres besoins de santé.**

L'accompagnement des jeunes dans leur démarche d'accès aux droits et aux soins ne saurait ainsi se limiter à une dimension technique d'appui. L'évaluateur ATEC LERFAS précise que *« 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 »*. A fortiori, pour les jeunes les plus précarisés, les effets déterminants de l'[« Equipe mobile d'accès aux soins »](#) s'observent plus particulièrement au niveau de l'accompagnement physique des jeunes vers les professionnels de santé et l'obtention rapide d'un rendez vous.

Le rapport d'évaluation de « PresaJe » plaide en faveur **d'une information personnalisée aux jeunes**. Pour favoriser des démarches pro-actives des jeunes, il faut que les informations sur les droits soient couplées avec une information spécifique et personnalisée. L'information personnalisée permet aux jeunes de prendre conscience que ces questions les concernent.

Les deux volets financiers et accompagnement personnalisé semblent fortement corrélés à la réussite de ces dispositifs. Le projet [« Pour l'essaimage d'une Culture Santé chez les 16/25 ans »](#), évalué par le LERFAS, rappelle que *« les conseils de suivi par les référents santé resteront lettre morte s'ils ne sont pas accompagnés d'un soutien financier. »*

### 3.2. PROMOUVOIR LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

Au delà des effets attendus sur les connaissances et le rapport des jeunes à leur santé, les actions ont été prioritairement définies en termes d'amélioration des « ressources humaines et des compétences psychosociales ».

L'un des constats établis par les travaux de recherche reste que les **jeunes formés** (les pairs passeurs) sont **les premiers à bénéficier de cette démarche**. L'expérimentation ESPAIR a permis de mettre en évidence cet apport: *« Si l'amélioration des connaissances sur la santé apparaît naturelle dès lors que ces projets portent sur cet aspect, les [...] dimensions relevant de l'amélioration des relations personnelles et du sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale sont importantes à souligner »*. En effet, ces deux dimensions permettent aussi une amélioration de la confiance et de l'estime de soi, considérées comme des « éléments centraux dans les dynamiques de santé [...] et dans les dynamiques d'insertion sociales »<sup>28</sup>.

Les résultats soulignent également des **effets qualitatifs sur les compétences professionnelles des jeunes pairs** inscrits en mission locale. Le dispositif Relais [« Paroles de jeunes: "Faut s'lancer..., prendre sa santé en main" »](#), a permis de *« confronter le projet professionnel initial du jeune. Cet aspect a été renforcé par l'adéquation avec les projets professionnels des jeunes s'inscrivant dans les métiers du sanitaire, du social et de l'animation »*<sup>29</sup>.

Les projets de prévention par les pairs se caractérisent par une surreprésentation des filles parmi les jeunes pairs. La composition particulièrement féminisée des groupes de pairs tient à l'effet de recrutement des pairs dans des filières de formation particulièrement féminisées (secteur sanitaire et social). L'absence de mixité conditionne la validité externe des effets, soit la pertinence de transposer les résultats observés sur la transmission des messages de santé à l'ensemble des jeunes dans un autre contexte.

28. Legrand E., Education à la santé par les pairs, ESPAIR, rapport final, AP2\_003, 11, 44, 167

29. Legrand E., Paroles de jeunes: "Faut s'lancer..., prendre sa santé en main", rapport final AP2\_003, 11, 44, 167.

L'expertise collective pilotée par l'INSERM<sup>30</sup> montrait la pertinence de l'approche par les pairs sans toutefois démontrer des effets probants sur les comportements en santé des publics de jeunes pairs. Les analyses qualitatives des expérimentations du FEJ mettent néanmoins en évidence **une plus forte proximité avec les pairs et une meilleure compréhension de messages de santé à condition que le pairs soient formés et reconnus comme compétents** pour interagir sur cette thématique. L'implication de jeunes aux questions de santé qui les concernent participe du processus d'identification au cœur de la démarche par les pairs. Des projets tels que [« T'as la Tchatche »](#) ou [« Correspondants Santé Maison des Adolescents en Côtes d'Armor »](#) ont montré que l'investissement des jeunes volontaires et une présence prolongée dans le temps activent certaines logiques d'engagement des jeunes. Les jeunes « *manifestent plutôt le souhait de sensibiliser d'autres jeunes à des sujets qu'ils considèrent comme important pour leur génération* », précise un des évaluateurs. (AP2\_003, AP2-129)

Cependant, certains projets n'ont que partiellement impliqué les jeunes pairs bénéficiaires. Une des limites rencontrées a été de borner l'intervention des jeunes à la conception du projet sans les faire intervenir dans la communication ni la diffusion aux autres jeunes. Les expérimentations d'éducation pour la santé par les pairs produisent en retour des effets sur les professionnels encadrant les jeunes volontaires. La distance socioculturelle fréquemment observée entre les jeunes et les adultes tend à s'effacer au profit d'une meilleure compréhension des codes culturels des jeunes. Tandis que les adultes posent sur les jeunes un regard renouvelé sur leurs compétences et engagement, les jeunes tendent à lever leurs appréhensions à l'égard des institutions et professionnels de santé. Les dispositifs relais portés par les jeunes pairs endossent dès lors un **rôle de passerelle entre les adultes et les jeunes**.

De manière générale, les projets plaident en faveur d'un **accompagnement des jeunes pairs par les adultes**. Les évaluateurs recommandent que les jeunes pairs n'aient pas à se substituer à la présence de l'adulte. Les professionnels assurent par ailleurs un rôle de médiation et de gestion des tensions entre les jeunes pairs désignés et les autres pairs bénéficiaires indirects des actions. Les actions d'éducation pour la santé par les pairs constituent dès lors des stratégies complémentaires à d'autres interventions d'éducation à la santé.

### 3.3. RENFORCER LES COMPÉTENCES ET LA LÉGITIMITÉ DES INTERVENANTS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE DES JEUNES

Comment aborder la santé et plus particulièrement les conduites à risque avec les jeunes et notamment un public particulièrement exposé à des problématiques d'addiction ou de mal-être ? Les actions proposées se sont concentrées sur la formation des professionnels encadrant les jeunes, devant intervenir dans une logique de prévention primaire et secondaire de la santé<sup>31</sup>, auprès de publics déjà affectés par des problématiques de santé ou d'addiction.

30. INSERM (dir.), Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes, expertise collective, 2001

31. L'Organisation mondiale de la santé distingue trois types de prévention : la prévention primaire recouvre l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. A ce stade, sont pris en compte les conduites individuelles à risques comme les risques en termes environnementaux.

Le sentiment d'être illégitime perçu par les professionnels du social ou de l'insertion peut constituer un frein à l'intervention dans un domaine relativement intime, comme la santé. La santé ne rentre pas forcément dans leur formation initiale. Pour des professionnels extérieurs au champ médical, prendre en compte et se constituer en relais de premier niveau requiert tout autant des connaissances en santé **qu'un sentiment de légitimité** à intervenir et **une relation de confiance** forte avec les jeunes les plus en difficultés.

Interrogés sur le rôle des adultes dans la prévention des consommations d'alcool et de tabac, les jeunes bénéficiaires du programme de prévention « [Printemps Santé 2010](#) », et notamment les lycéens, soulignent l'**importance qu'un adulte parle spontanément de prévention et de dialoguer avec un adulte reconnu**. Comme le souligne le rapport d'évaluation, si les jeunes s'adressent prioritairement à leurs pairs pour aborder les questions de drogues, ils sont demandeurs de médiation professionnelle sur cette thématique.

Une des premiers effets de ces formations est de faire émerger une réflexion globale et collective des professionnels en charge d'un public spécifique. Des projets ont permis **de faire évoluer les représentations individuelles des professionnels vers un langage commun** sur les problématiques de nutrition et d'obésité des jeunes en situation de handicap. L'évaluateur du projet [Obésité et handicap mental](#) estime, par exemple, que le dispositif a permis de « *mettre sur le devant de la scène professionnelle et familiale le lien entre la prise de poids des usagers du Centre, leur alimentation et leur activité physique* ». Le langage commun a été progressivement repensé permettant un changement de regard : « *des mots comme régime ou sport ont été bannis au profit de ceux de nutrition et d'activité physique* ».

Ces projets renouvellent la réflexion sur les pratiques professionnelles dans le domaine de la prévention en matière de santé des jeunes. Une des conditions nécessaires de réussite de ces programmes de formation pour les professionnels est **de développer des actions interactives et en direct avec les bénéficiaires**. C'est pourquoi, parallèlement à des sessions de formation destinées aux professionnels, des ateliers sportifs ludiques ont cherché à agir sur la socialisation entre des éducateurs de la PJJ et des jeunes sous main de justice. Par ce truchement, comme le note le rapport d'évaluation d'« [Images'N toi](#) », les liens entre les jeunes et les adultes ont favorisé l'expression des jeunes et permis d'aborder plus aisément des thématiques difficilement dicibles comme l'alcool et les drogues.

---

la prévention secondaire, quant à elle, vise à agir sur l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de parer son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risques. La prévention tertiaire, enfin, intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

### 3.4. ARTICULER LES ACTIONS DE PRÉVENTION AUX PRATIQUES QUOTIDIENNES DES JEUNES<sup>32</sup>

Encourager des pratiques innovantes de prévention ancrées dans l'environnement quotidien et les codes culturels des jeunes favorise leur adhésion et intérêt aux messages de santé. La diffusion de messages de prévention dans le cadre familial des jeunes a structuré plusieurs projets. Inscrire la prévention des risques liés à l'usage de substances psychoactives dans un continuum entre les lieux de vie des jeunes et leurs lieux de formation ou de travail permet de « *garantir une cohérence et une approche globale de ces jeunes publics qui vivent dans un environnement fractionné* », comme le souligne l'évaluation du projet « [Information repérage précoce et prévention des risques liés à l'usage de substances psychoactives](#) ». Des activités, telles que des concerts et spectacles pédagogiques, sont à même d'intégrer les codes culturels et sociaux des jeunes aux informations préventives. Le rapport d'évaluation sur le projet « [Prévention des risques auditifs sur l'ensemble d'une classe d'âge à l'échelle d'un territoire régional - Bourgogne](#) », a montré en ce sens « l'articulation entre la musique, qui est fortement liée à leurs valeurs affectives et sociales, et le message de prévention sur les risques auditifs ». La dimension récréative et pédagogique suscite du plaisir parmi les jeunes qui peuvent mieux s'identifier aux discours transmis à travers des mises en situation.

Une **stratégie globale de prévention** tenant compte des environnements des jeunes est préférable à une action cloisonnée. C'est le constat posé par l'évaluateur de « [Printemps Santé 2010](#) » : « *la prévention ne doit donc pas être seulement un enjeu de santé publique, mais aussi et surtout, un enjeu de socialisation.* » L'auteur associe pour partie l'usage de drogue par les jeunes à un rituel de passage à l'âge adulte. Aussi, estime le rapport, « *la prévention doit porter sur les habitudes des jeunes, doit s'intéresser aux prédispositions qui amènent un jeune à adopter tel ou tel comportement concernant les conduites à risque* ».

L'évaluation du projet « [Une démarche de Prévention Globale des conduites addictives sur le bassin Albigeois](#) » met en exergue les effets positifs d'actions de santé sur le climat scolaire lorsque notamment les actions proposées s'inscrivent dans l'environnement scolaire quotidien des élèves. L'évaluateur estime que « *certaines actions favorisent la connaissance des règles, la diminution des situations de tension (dont la littérature a montré qu'elles sont corrélées avec des consommations de substances psychoactives plus élevées) et le lien entre jeunes et adulte* » et insiste sur l'importance d'associer les jeunes aux actions qui les concernent.

A ce titre, les actions de santé se confrontent souvent au paradoxe de l'implication des jeunes. Figurant parmi les principes fondateurs des projets, nombre de constats portés par les évaluations soulignent l'implication limitée des jeunes dans l'élaboration des projets. Les recommandations militent aussi pour une **prise en compte renforcée et renouvelée de la sociabilité des jeunes** : « *puisque'ils viennent en groupes d'amis, faire participer quelques élèves-clés permet d'en mobiliser davantage* »<sup>33</sup>.

32. Ces actions ont principalement concerné des jeunes scolarisés ou en formation.

33. Cathelineau F., « Une démarche de Prévention Globale des conduites addictives sur le bassin Albigeois », rapport final AP2\_101, 2014

D'autres projets ont privilégié des démarches « *d'aller vers les jeunes plutôt que de favoriser la rencontre du jeunes sur le lieu de soin* » ou les professionnels de santé concernés. Dans le cadre du projet « [Noz'Ambule](#) », l'approche par les pairs s'est couplée à une démarche « d'aller vers » articulant proximité avec les jeunes et intervention informelle dans la rue, notamment aux abords de leurs lieux de rassemblements et de fréquentation tels que les établissements scolaires. Contrairement aux cadres plus classiques de la prévention en santé, le caractère informel de cette action de déambulation nocturne a été de s'appuyer sur un dispositif qui privilégie une approche et un rapport relativement informel et de proximité avec les jeunes « *une des conditions favorisant une perception positive de l'équipe et un accès facilité aux interlocuteurs de « [Noz'Ambule](#) »* ». Le cadre relativement informel de ces projets facilite les échanges entre les intervenants et les jeunes.

Il est difficile de disposer de retours objectifs et rigoureux sur cette démarche. Les enseignements des dispositifs de prévention des addictions se heurtent en effet à l'absence de données quantifiées et fiables sur la réduction de la consommation d'alcool ou de substances psychoactives des jeunes. Une approche fondée sur l'intervention motivationnelle auprès des jeunes, âgés de 16 à 24 ans admis aux urgences en état d'alcoolisation aiguë suppose de suivre ces jeunes sur un temps suffisamment long pour observer des résultats significatifs. Par ailleurs, précise le rapport d'évaluation du « [Dispositif de prévention et d'intervention - ville de Rennes](#) », « *il est indispensable de disposer d'un personnel expérimenté chargé de déployer l'intervention compte tenu de la dynamique nécessaire pour obtenir des résultats probants avec l'approche motivationnelle et les difficultés liées au public jeune* ». De manière générale, les rapports d'évaluation rappellent un pré-requis incontournable au suivi de jeunes exposés à des risques élevés d'addiction : **l'adhésion de l'ensemble des professionnels** à l'intervention est une condition incontournable à la mise en œuvre de l'évaluation de ce type d'expérimentation.

### 3.5. PROMOUVOIR LA SANTÉ PSYCHIQUE HORS LES MURS

En dehors des études du CETAF<sup>34</sup>, l'état de santé des jeunes les plus en difficulté reste largement méconnu et encore peu documenté. A ce titre, certaines évaluations ont d'abord permis de décrire la diversité des situations sociales et sanitaires des jeunes bénéficiaires. Comme le soulignent plusieurs rapports, les jeunes en situation de précarité se caractérisent par **des états de santé psychique et physiologique plus dégradés** et sont nettement plus fragilisés socialement que la moyenne des jeunes. L'étude « [Presaje](#) » met en évidence **des surreprésentations des problèmes en santé mentale** parmi les jeunes en difficulté : plus d'un tiers (36 %) des jeunes interrogés en mission locale déclarent que leur état de santé psychique est « moyen », voire « mauvais ». Cette perception subjective de leur santé est confortée par les constats posés par les médecins interrogés. Selon l'échelle de Beck qui permet de définir un score et de catégoriser l'état psychologique, 15 % avaient un niveau de risque « modéré » à « élevé » de suicide.

---

34. Les centres technique d'appui et de formation aux examens de santé, initiés par la CNAMTS, ont pour objectif d'accompagner les centres d'examen de santé (CES) dans leur mission de mise en œuvre d'examens périodiques de santé adaptés à la population reçue, d'éducation thérapeutique du patient et d'éducation pour la santé.

Les travaux de recherche ont depuis longtemps mis en lumière l'impact des facteurs psychosociaux sur le renoncement aux soins. Des perceptions subjectives, telles le sentiment d'utilité, la capacité à faire face aux difficultés, l'estime de soi ou encore le sentiment de discrimination, pèsent fortement sur le renoncement aux soins. En amont d'une prise en charge thérapeutique, la prévention du mal-être chez les jeunes insiste sur l'importance de faire prendre conscience aux professionnels et aux jeunes de l'intérêt de l'estime de soi.

A travers des ateliers de socialisation, le projet [« Images'N toi »](#), a permis, entre autres, « *de faire émerger les représentations des jeunes et des professionnels sur l'estime de soi et de développer cette dimension chez les jeunes* ».

Le rapport d'évaluation sur la prise en compte de la souffrance psychosociale dans les missions locales de Bourgogne plaide en faveur d'un dispositif favorisant l'intégration de psychologues au sein des missions locales. L'évaluation ne démontre pas d'effets significatifs du dispositif sur l'insertion professionnelle des jeunes. Néanmoins, **l'approche neutre d'un psychologue auprès de jeunes a permis d'activer des leviers culturels de recours aux soins en santé mentale**. Le rapport d'évaluation de la prise en compte de la souffrance psychosociale suggère que les jeunes expriment des difficultés subjectives face à un professionnel auprès de qui « *ils se sentent écoutés, soutenus avec pour effet une plus grande confiance en soi, une plus grande capacité à entrer en relation avec les autres et à se projeter dans une vie autonome* ».

De la même manière, l'expérimentation [« AMIES \(antenne mobile d'intervention d'écoute et de soutien\) »](#) comporte une dimension particulièrement innovante en termes d'accès et de prise en charge de la souffrance psychosociale. Le décroisement de l'intervention psychologique hors les murs des structures de soin institutionnalisées favorise la réactivité des acteurs spécialisés par une meilleure coordination et un temps d'intervention plus rapide. Au regard des structures de droit commun (services de pédopsychiatrie, Centres médico-psycho-pédagogiques), la plus-value de ce type de dispositif réside dans **le croisement des regards disciplinaires et professionnels porté sur les problématiques des adolescents**. L'évaluation du projet « AMIES » précise que « *l'antenne mobile intervient en articulation d'autres acteurs spécialisés, de manière extrêmement réactive – cette réactivité permet de circonscrire les problématiques des jeunes et, en travaillant rapidement, de limiter un maximum d'éventuelles hospitalisations* ». L'auteur ajoute que ce type d'intervention s'inscrit dans une culture du « care » dans la mesure où « *l'antenne mobile apporte une intervention que l'on pourrait qualifier de généraliste – par opposition à la fréquentation par le jeune de professionnels dont la visibilité est plus institutionnalisée (psychologues, assistantes sociales, etc.) ; de ce point de vue, le dispositif s'inscrit dans une nouvelle conception du soin [qui] intègre la socialité humaine et conduit à conférer une place majeure au « care » (prendre soin)* ».

Innovants, ces projets n'en sont pas moins chronophages et nécessitent d'être mieux identifiés et légitimés par les partenaires et les acteurs œuvrant auprès des jeunes. Une deuxième limite s'est heurtée aux modalités de prise en charge par les intervenants psychologues. La prise de rendez-vous ou le suivi des potentiels bénéficiaires par le psychologue de rue mobilisé par le projet [« Prévenir le](#)



[risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins](#) » sont parfois peu compatibles avec les conditions et modes de vie des jeunes les plus marginalisés.

A cet égard, face à des populations fortement exclues et en marge du système de soins en santé mentale, le projet ultra-marin d'équipe mobile de psychiatrie [« Programme de prévention communautaire du suicide et d'accès aux soins sur le Haut-Maroni »](#) a misé sur l'effet « passerelle » de l'association ADER Guyane auprès des habitants et communautés du Hauts Maroni. Les évaluateurs estiment que l'association joue un rôle de décrypteur des codes culturels des habitants : *« son intervention effective marque en somme une première reconnaissance de la situation. ADER s'inscrit ici comme « facilitateur » pour l'implantation de l'EMP tant sur le plan logistique que sur le décodage des problématiques culturelles et psychosociologiques ».*

#### 4. PERSPECTIVES

Les résultats présentés identifient les facteurs clés favorisant un meilleur accès aux soins, à l'information en santé et à une prise de conscience des jeunes de leur santé. Les projets relatifs à la prévention et l'éducation à la santé ont souligné **l'importance d'impliquer les jeunes à la définition et à la mise en œuvre des actions qui les concernent**. Indépendamment des outils et modes d'intervention utilisés, **il importe d'intégrer les jeunes à toutes les étapes du projet : de son élaboration à sa diffusion auprès du public ciblé**. Trop souvent les projets ont tendance à solliciter partiellement et ponctuellement les jeunes au risque de limiter et d'affaiblir leur mobilisation. A cet égard, s'appuyer sur les pratiques de sociabilité des jeunes représente un puissant levier de participation de ces derniers aux projets. Le projet [« Démarche de prévention globale des conduites addictives en Albigeois »](#) invite à faire passer les jeunes du statut d'acteurs périphériques à celui de partie intégrante aux expérimentations. Intéresser des jeunes à une action de prévention, les inciter à consulter n'est pas uniquement du ressort de l'intervenant ou des adultes, l'effet d'entraînement des jeunes par d'autres jeunes est tout autant incitatif.

C'est pourquoi les évaluations préconisent **de combiner les approches pédagogiques d'éducation à la santé**. L'éducation pour la santé par les pairs, à l'image de la démarche [ESPAIR](#), ne saurait être un dispositif exclusif, mais une méthode complémentaire à d'autres outils, associant des jeunes pairs et des adultes encadrant formés.

Le succès croissant de la pratique de pairs à pairs dans les différents secteurs de l'action publique ne doit pas faire oublier des précautions élémentaires. Le jeune pair ne saurait se substituer à la supervision de l'adulte quelle que soit la mission qui lui incombe. Les jeunes peuvent en effet endosser différents rôles pairs. Leurs missions peuvent consister à diffuser des informations (pairs multiplicateurs<sup>35</sup>), repérer les difficultés ou faire le relais avec les professionnels (pairs entraînants). Dans tous les cas de figure, il est primordial d'éviter leur mise en difficulté ou celle de leurs camarades (charges émotionnelles et ou

35. Amsellem-Mainguy Y. (2014), « Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? » *Les cahiers de l'action Education pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs*, n°43, pp.9-14



charges de travail trop importantes pour les jeunes pairs). C'est pourquoi la formation et l'implication des jeunes pairs comme celle des adultes qui les entourent est un pré-requis incontournable.

Indépendamment des méthodes pédagogiques adoptées, **la transmission des messages de santé exige de s'appuyer sur des professionnels compétents et qui bénéficient de formation régulièrement et reconnus comme tel par les jeunes.** Les jeunes bénéficiaires du projet « Printemps santé 2010 » porté par Vitré Communauté, l'ont bien rappelé : s'ils se tournent plus facilement vers leurs pairs en cas de problème, le dialogue avec un adulte de confiance est indispensable pour obtenir des informations fiables sur les risques de santé encourus et les structures d'aide existantes.

Qu'ils s'appuient sur le processus d'identification des jeunes à d'autres jeunes ou la relation de confiance entre adultes et jeunes, **les actions doivent partir des habitudes et des environnements familiaux des jeunes bénéficiaires.** Les messages de prévention de la santé ont d'autant plus d'écho que leurs contenus et modalités intègrent des valeurs et goûts partagés par les jeunes. Les exposés théoriques sur les comportements à risque restent en décalage avec les usages des élèves et leurs modes de sociabilité. Les informations de prévention en matière de santé doivent aussi s'adosser aux expériences vécues par les jeunes. Une autre exigence est d'inscrire ces projets dans un temps suffisamment long pour produire un changement dans les comportements.

**A l'heure actuelle, aucune étude ne permet de distinguer les approches et méthodes d'éducation à la santé selon leur efficacité.** Les méthodes d'évaluation mobilisées jusqu'à présent permettent difficilement de recueillir des données statistiques objectives et fiables quant aux effets des différentes actions sur les comportements des jeunes. Les analyses existantes se concentrent davantage sur l'évolution des représentations des jeunes pairs et les modalités de leur mobilisation. Un premier travail de capitalisation mené dans le cadre du FEJ avait appelé à réfléchir sur la mise en place d'une « *mesure chiffrée de l'impact des projets sur les jeunes bénéficiaires (...)* » afin notamment « *de différencier l'effet d'une campagne d'information classique de celui de l'implication de jeunes médiateurs* »<sup>36</sup>. **Des évaluations d'impact mobilisant différentes méthodes d'éducation à la santé sur les jeunes permettraient ainsi d'identifier les outils les plus efficaces.**

Le repérage et la prise en charge des jeunes exposés à des risques de santé publique et éloignés du système de soins et de protection sociale nécessitent autant d'agir sur les modalités d'accès que les logiques de recours aux soins. Faciliter les démarches administratives et financières d'accès aux droits suffit-il à lever les obstacles du recours aux soins des jeunes ? Agir sur le niveau de connaissance des jeunes concernant leurs droits et les ressources disponibles encourage-t-il les jeunes à solliciter les professionnels de santé ? Les problèmes d'accès aux soins comme la décision de (non) recourir à un professionnel de santé ne relève pas uniquement d'un déficit informationnel. Aller consulter un médecin généraliste comme prendre conscience des risques de santé supposent

36. Pretari A., Valdenaire, M. (2013), « Quelles méthodes pour l'évaluation des projets d'éducation à la santé par les pairs ? », *La santé de l'homme*, n°421, septembre/octobre 2012, p. 32-33.

également de disposer de suffisamment de ressources psychosociales<sup>37</sup> pour franchir le seuil des structures de soins. Les résultats de « PresaJe » ont montré que **les initiatives intervenant sur les dimensions psychosociales de la santé des jeunes favorisent un meilleur rapport des jeunes à leur propre santé** : consultation d'un praticien généraliste, consultation d'un psychologue, examens de santé, prise de conscience de sa santé et des risques encourus, obtention d'une couverture ou complémentaire santé. Pour cela, il est important de prendre en considération la relation de confiance qui se noue entre les jeunes bénéficiaires et un professionnel du secteur social ou médical. Cette dimension avait par ailleurs été soulignée par Isabelle Parizot dans son analyse sur le recours aux soins des exclus dont le rapport au statut social et à la prise en charge médico-sociale dépend pour partie de l'investissement qu'ils perçoivent chez le personnel soignant<sup>38</sup>.

Les résultats des expérimentations insistent sur la nécessité de combiner aide financière et accompagnement individualisé des jeunes. Si, l'accompagnement des jeunes en situation de vulnérabilité se borne à l'écoute sans leviers financiers, les conseils risquent de « rester lettre morte », constatent les évaluateurs de [« Pour l'essaimage d'une Culture Santé chez les 16/25 ans »](#).

Les dispositifs d'enquête mobilisés pour l'évaluation des projets **fournissent également des données inédites sur l'état de santé des jeunes en situation de précarité**. Parallèlement à leur état de santé physique, **les jeunes en insertion présentent un état de santé psychique particulièrement dégradé**. Aussi, il n'est pas étonnant de constater une propension notable parmi ces jeunes enquêtés à consulter un psychologue après avoir bénéficié d'un entretien avec un médecin. L'intervention du psychologue auprès de jeunes en insertion n'est pas sans interroger un certain processus de psychologisation des questions sociales<sup>39</sup>. Pour autant, les jeunes ne sont pas soumis à un suivi thérapeutique ou une analyse clinique de leurs problématiques socioprofessionnelles. Les formes d'empathie et d'écoute mobilisées par les psychologues peuvent être restauratrices d'une certaine confiance en soi et contribuer à renouveler de part et d'autre les représentations entretenues entre les jeunes et les professionnels sociaux ou médicaux. Être écouté par un professionnel neutre et bienveillant peut avoir pour conséquence d'activer des ressources psychosociales telles que l'estime et la confiance en soi, la capacité à se projeter, à se sentir utile qu'a pu mettre à mal un parcours de vie « accidenté ». Cet ensemble de dispositions constituent autant de leviers transférables dans un processus d'insertion sociale et professionnelle.

- 
37. Les recherches de Pierre Chauvin et d'Isabelle Parizot ont démontré qu'au-delà des dimensions socio-économiques, les facteurs psychosociaux (le sentiment d'utilité, d'efficacité personnelle, la capacité à faire face aux difficultés, estime de soi, sentiment de discrimination...) pèsent fortement sur le renoncement aux soins. Pour une analyse plus étayée des facteurs psychosociaux du renoncement aux soins, voir par exemple : Chauvin P, Parizot I., (2007) Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville, Etudes et recherche, Editions de la DIV, 2007.
  38. Parizot I. (2003), Soigner les exclus, PUF, coll. Lien social, Paris et « Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération Parisienne » dans « Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles », Les documents de l'ONZUS, Délégation interministérielle de la Ville, n°1, 2009, Editions de la DIV.
  39. La littérature scientifique a largement documenté la question du traitement de la précarité sociale par l'action publique, dont Bresson, M. (2006) ; La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris ; Fassin, D. (2006), Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, La Découverte, 2004 ; Bresson, M. (dir.), La psychologisation de l'intervention sociale : Mythes et réalités, coll. « Logiques sociales », L'Harmattan, 2006.

Cela montre qu'au-delà de la santé, accompagner le jeune dans la connaissance de ses besoins personnels de santé peut comporter des effets positifs sur l'accès à la formation. Les évaluateurs de « PresaJe » suggèrent que, pour un jeune, avoir une meilleure connaissance de son état de santé lui permettrait de s'engager de manière plus sereine dans une formation, en se dégageant de ses inquiétudes sur son état de santé pour se mobiliser sur les questions d'insertion socioprofessionnelle.

Cet aspect relationnel et personnalisé de l'information en matière de santé pointe les écueils des politiques cherchant à lever les seuls freins financiers. Il est nécessaire d'articuler simultanément des actions œuvrant sur le coût financier et l'accompagnement personnalisé autour des besoins en santé des jeunes.

**Les effets des programmes d'éducation pour la santé comme ceux d'accès aux soins dépendent fortement de la manière et de la durée pendant laquelle ils ont été mis en œuvre.**

Une des principales limites observées tient à la difficulté à mobiliser un nombre suffisant de jeunes, à fortiori sur un temps long. Pour exemple, la mise en place d'un tiers payant localisé s'est heurtée à la faiblesse des effectifs bénéficiaires dans l'expérimentation. C'est pourquoi, les dispositifs et leurs professionnels dédiés, doivent être particulièrement bien identifiés par les partenaires et structures de droit commun. Il importe de communiquer et d'explicitier aux partenaires la plus-value des actions pour orienter le public concerné vers les dispositifs expérimentaux. **L'intégration des professionnels, parties prenantes dans les réseaux de santé, constitue un autre pendant à la réussite des expérimentations dans leur contexte d'implantation.** Ce paramètre est d'autant plus important lorsque les projets visent à faire sortir la prise en charge médicale ou psychologique hors des murs traditionnels des institutions. Les projets d'équipes mobiles visant à intervenir au plus près des lieux de vie des jeunes ont tout intérêt à s'appuyer sur le maillage territorial afin d'accéder à un public socialement et géographiquement éloigné des structures de soins. Plus largement, ces projets participent d'une réflexion plus collective et partagée sur la prise en charge des jeunes et le décroisement des secteurs sociaux, psychologiques, voire scolaires.

Les projets expérimentaux montrent qu'aborder les questions de santé peut relever d'une véritable gageure pour le personnel social impliqué dans les actions. Les évaluateurs ont souligné les réserves émises par certains professionnels. Intrusif, stigmatisant pour les jeunes, traiter des questions de santé renvoie à l'ordre de l'intime et peut contrarier, pour certains professionnels, la confiance tissée avec le jeune. Cette posture prudente de certains travailleurs sociaux et conseillers en insertion traduit surtout une formation insuffisante de ces professionnels sur les questions de santé et une méconnaissance du maillage territorial susceptible de les appuyer. Un problème qu'ont surmonté les conseillers d'insertion des missions locales de Bourgogne pour orienter les jeunes vers une consultation psychologique notamment parce que les psychologues étaient intégrés dans les locaux des structures ciblées. Le rapport d'évaluation, [« Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes par le réseau de psychologues des missions locales de Bourgogne, ASSOR »](#), plaide en faveur de l'intégration des professionnels psychologues auprès des conseillers en insertion. Cette proximité quasi constante agit dans le sens d'une meilleure sensibilisation et familiarisation des professionnels aux questions de santé psychique en facilitant les interactions entre des acteurs aux cultures professionnelles différentes.

Ces enseignements s'inscrivent dans un double mouvement de reconnaissance de l'utilité d'intégrer des professionnels extérieurs au sein des structures sociales (ou espace relais santé, par exemple) d'une part, et de faire sortir la prise en charge socio-médicale des jeunes de certains modes de fonctionnement classiques et parfois inadaptés, d'autre part.

Au delà des comportements individuels des jeunes qu'il s'agit de prévenir ou d'accompagner, l'enjeu est également d'agir sur l'offre et la prise en charge. La réduction des inégalités d'accès et de recours aux soins parmi les jeunes ne saurait se limiter au repérage des problématiques et pratiques des jeunes, sans interroger en retour le rôle des institutions. Un enjeu des politiques de santé concerne ainsi les discriminations encourues par les jeunes. Des effets de stigmatisation (qui peuvent s'observer dans les messages de prévention, comme dans les comportements de certains professionnels) peuvent ainsi venir contrecarrer les effets attendus de certaines interventions<sup>40</sup>.

Des expérimentations<sup>41</sup> visant la mise en évidence des discriminations faites aux jeunes du fait de leur jeunesse sont en cours dans le cadre du FEJ ; elles permettront de disposer bientôt de constats affinés sur les inégalités sociales de santé des jeunes et parmi les jeunes.

---

40. Rode A., 2009, « L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins ». Lien social et politiques, n°61, pp.149-158

41. Ces expérimentations s'inscrivent dans le cadre du programme APDISCRI : Mise en évidence de discriminations envers les jeunes. Quatre projets ont été retenus à l'issue de l'appel à projet APDISCRI\_1 « Le stage en classe de 3ème au collège : premières expériences des discriminations liées à l'âge » porté par l'ATEC LERFAS, APDISCRI\_3 « MAADA : Mesure et analyse des discriminations d'accès à l'apprentissage », porté par le CEREQ, APISCRI\_6 « DIAMANT : Discrimination Inter Age et selon d'autres Motifs : Analyse à partir d'une Noria de Testings » porté par l'Université du Maine, APDISCRI\_14 « Discriminations envers et selon les jeunes en fonction de la situation du logement visé : un testing de grande ampleur sur le parc locatif privé », porté par ISM Corum.



◀ [Retour Sommaire général](#)

## RÉFÉRENCES

### RAPPORTS ISSUS DES EXPÉRIMENTATIONS FEJ

**AP2\_003** : [« Correspondants Santé MdA en Côtes d'Armor »](#), Maison des adolescents 22, Eric Le Grand Consultant, 31/07/2012.

**AP2\_005** : [« Prévention des risques auditifs sur l'ensemble d'une classe d'âge à l'échelle d'un territoire régional- Bourgogne »](#), Luciol, GIP FCIP de Bourgogne, 29/09/2013.

**AP2\_011** : [« Paroles de jeunes: "Faut s'lancer..., prendre sa santé en main" »](#), Mission locale de Moulins, Eric Le Grand Consultant, 31/07/2012.

**AP2\_030** : [« Programme Régional d'Accompagnement Santé Social en direction des Populations Jeunes Précaires »](#), CRIJ de Corse, Marc Simeoni Consulting, 31/03/2012.

**AP2\_044** : [« Santé: un territoire rural mobilisé par et pour sa jeunesse »](#), Mission locale Rurale de Beaune, Eric Le Grand Consultant, 31/07/2012.

**AP2\_050** : [« Espace Santé Jeunes en Cœur d'Hérault/ Relais Santé Jeunes »](#), Mission locale Cœur d'Hérault, ORS Languedoc Roussillon, 01/04/2013.

**AP2\_058** : [« Accès Santé Jeunes »](#), CCAS de Nice, EPISUD, 01/04/2014.

**AP2\_059** : [« Printemps Santé 2010 »](#), Vitré Communauté, Université d'Angers CARTA, 01/04/2011.

**AP2\_060** : [« Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes »](#), ARML Bourgogne, Fernando BERTOLOTTO, 29/09/2013.

**AP2\_076** : [« De la santé à l'emploi »](#), MDEF de Sénart, CREST/GRECSTA, 01/03/2014.

**AP2\_077** : [« Accès aux soins-accès aux droits »](#), Mission locale départementale Lot, GRES MEDIATION SANTE, 01/04/2013.

**AP2\_101** : [« Démarche de prévention globale des conduites addictives en Albigeois »](#), ANPAA 81, Mission Possible, 31/10/2013.

**AP2\_118** : [« Pour l'essaimage d'une Culture Santé chez les 16/25 ans »](#), Mission locale de la Moyenne Garonne », LERFAS, 31/03/2012.

**AP2\_121** : [« Information repérage précoce et prévention des risques liés à l'usage de substances psychoactives »](#), APSA 30, CODES 30, 31/03/2012.

**AP2\_129** : [« T'as la Tchatche »](#), CRIJ de BRETAGNE, IREPS Bretagne, 31/03/2012.

**AP2\_133** : [« Obésité et handicap mental »](#), Centre de la Gabrielle-Mutualité, Acsantis, 31/03/2012.

**AP2\_134** : [« Images'N toi »](#), CODES 30, CRES Languedoc Roussillon, 29/01/2012.

**AP2\_149** : [« Noz' Ambule »](#), Ville de Rennes, AIRDDS, 31/12/2011.

**AP2\_167** : [« Ensemble œuvrons pour que chaque jeune soit acteur de sa santé »](#), Mutuelle de la Somme, Eric Le Grand Consultant, 31/07/2012.

**AP2\_170** : [« Equipe mobile d'accès aux soins »](#), VILTAÏS, HOMMES Capital & développement, 30/08/2013.

◀ [Retour Sommaire général](#)

**AP2\_176** : « [Prévenir le risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins, tout en menant une action de proximité dans la lutte contre les conduites à risque \(13/25ans\)](#) », Ville de Besançon et son CCAS, Observatoire Régional de Santé de Franche-Comté, 01/04/2013

**AP2\_185** : « [Dispositif de prévention et d'intervention -ville de Rennes](#) », AIRDDS-CIRDD Bretagne, OFDT, 01/04/2013.

**AP2\_201** : « [P.E.P.S. 34 \(Programme d'Expérimentation Plus Soins 34\)](#) », CRES Languedoc-Roussillon, ORS Languedoc-Roussillon, 30/06/2013.

**AP2\_206** : « [Antenne mobile d'intervention, d'écoute et de soutien](#) », (AMIES), Maison des adolescents de la Corrèze, Mission Possible, 01/04/2014.

**APDOM1\_42** : « [Atelier-transfrontalier de réalisation vidéo en Guyane et au Brésil](#) », ADER Guyane, Cyril Labous, 31/03/2012.

**APDOM2\_44** : « [Maison des adolescents mobile](#) », Tama, EUREVAL, 01/04/2014.

**APDOM2\_57** : « [Programme de prévention communautaire du suicide et d'accès aux soins sur le Haut-Maroni](#) », Actions pour le développement, l'éducation et la recherche, 01/03/2013.



**Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire**

Service à compétence nationale

Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

95, avenue de France. 75650. Paris cedex 13

[www.injep.fr](http://www.injep.fr)

[www.experimentation.jeunes.gouv.fr](http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr)

