

**Evaluation
de politique de santé**

Evaluation de la politique régionale de santé en faveur du Bien – Être des Jeunes

**ÉVALUATION INTERMEDIAIRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE
DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

Annexes au rapport

Version finale

Xavier BRUN

Claude PICHON

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

DECEMBRE 2015

Avant – Propos

Le présent document présente, réparties en quatre groupes, les annexes au rapport d'évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire dédié au bien-être des jeunes

Le premier groupe rassemble les principaux éléments nécessaires à la compréhension de la démarche d'évaluation, du cahier des charges à la réponse aux questions évaluatives.

Le second groupe comporte des éléments détaillés sur la politique en faveur du bien-être des jeunes

Dans le troisième groupe figurent à la fois la liste des investigations menées (y compris sources bibliographiques), ainsi que les résultats de certaines investigations spécifiques menées dans le cadre de l'évaluation. Des éléments de méthodologie éclairent le contexte de production de ces connaissances.

Le quatrième groupe, enfin, rassemble des éléments détaillés sur certains aspects évoqués dans le rapport, afin de favoriser une capitalisation des connaissances constituées lors des investigations tout en allégeant le corps du rapport proprement dit.

SOMMAIRE

CONDUITE DE LA DEMARCHE D'EVALUATION

1. Cahier des charges de l'évaluation..... 4
2. Composition du Comité de Pilotage13
3. Référentiel de l'évaluation14
4. Réponses détaillées aux questions évaluatives..... 30

POLITIQUE REGIONALE ET CONTEXTE NATIONAL

5. Le Bien Etre des Jeunes dans le Programme Régional de Santé Publique 2006-2009 .. 52
6. Arbre des objectifs du Projet Régional de Santé sur Le Bien Être des Jeunes..... 54
7. Les orientations nationales en matière de prévention concernant les jeunes 68
8. Les publics fragiles définis dans les feuilles de route « Bien Etre des Jeunes » de l'ARS (2012-2014) 69

INVESTIGATIONS

9. Présentation des investigations et sources..... 71
10. Bilan des actions de promotion de la santé dans les établissements scolaires financées par l'ARS en 201381
11. Exploitation de la base OSCARS 2010-2012 86
12. Enquête SOLEN auprès des établissements et services accompagnant des jeunes en situation de handicap 89

FICHES THEMATIQUES

13. Où sont les jeunes en Pays de la Loire ? 109
14. Problématiques de santé des jeunes ligériens 16-25 ans..... 118
15. Les « interventions validées » identifiées par l'INPES 121
16. Les attributions des commissions de coordination des politiques publiques.....123
17. La prise en charge des situations « critiques » dans la circulaire du 22 novembre 2013.....124
18. Les conventions signées entre l'ARS et le Rectorat en matière de bien être des jeunes .125
19. Le développement des SESSAD 127
20. Santé et Bien Etre sur Internet – résultats de l'enquête réalisée par Fil Santé Jeunes ..129
21. La coordination dans le schéma régional de prévention en matière de bien être des jeunes 130
22. Conduites addictives chez les jeunes et action de l'ARS en Pays de la Loire132
- Liste des principaux sigles utilisés138

1. CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION

Evaluation populationnelle intermédiaire du Projet Régional de Santé « Bien être des jeunes de moins de 20 ans »

Cahier des Charges

Sommaire

- Contexte
- Objet
- Motif
- Questions de l'évaluation
- Critères généraux de jugements
- Informations disponibles
- Eléments méthodologiques
- Pilotage
- Calendrier
- Budget
- Politique de communication
- Livrable attendu

1. CONTEXTE

La santé des jeunes a été une priorité régulièrement réaffirmée dans la décennie écoulée au niveau national (loi de santé publique de 2004, loi du 21 juillet 2009, plan national santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010) et déclinée au niveau régional (Plan Régional de Santé Publique 2006-2009).

Le sujet est par ailleurs d'actualité, comme l'illustrent la publication d'un ensemble de programmes à la fin de l'année 2013 et les manifestations qui en sont issues.

La santé figure parmi les treize orientations de la politique « Priorité jeunesse » définies par le Comité Interministériel de la Jeunesse du 21 février 2013. A ce titre, trois actions sont identifiées :

- rendre le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire plus lisible et plus accessible pour les jeunes ;
- définir les grandes priorités de santé des jeunes pour les années à venir, avec la perspective de la loi de santé publique annoncée pour 2014 ;
- augmenter le nombre de centres de santé dans les universités (de 14 en 2013 à 30 en 2015).

La prévention auprès des jeunes constitue également une des grandes priorités de la stratégie nationale de santé lancée le 23 septembre 2013 par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

Dans ce contexte, la Conférence Nationale de Santé a tenu le 2 décembre 2013 un débat public avec des jeunes de 16 à 25 ans sur le thème : "Les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ? ». Suite à cette manifestation, la Direction Générale de la Santé a demandé à la Conférence Nationale de Santé de poursuivre cette réflexion et d'émettre un avis sur la jeunesse et la solidarité dans le domaine de la santé.

En Pays de la Loire, parmi les débats publics organisés dans le cadre de la stratégie nationale de santé en janvier 2014, deux concernaient la jeunesse : « Jeunesse et Prévention » et « la jeunesse, la santé mentale, les addictions ».

Plus spécifiquement, les orientations du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013 comportent toute une série de mesures visant spécifiquement les jeunes, autour des préoccupations suivantes :

- Soutien à la parentalité et accueil du jeune enfant ;
- Scolarité et études supérieures
- Autres espaces de l'autonomie (pratiques sportives, ludiques et culturelles ; accompagnement de l'adolescence, encouragement à la participation et à l'autonomie des jeunes handicapés

Il convient de rappeler, par ailleurs, que l'état de santé des jeunes fait l'objet d'un suivi depuis plusieurs années à travers la réalisation d'études itératives (baromètre santé de l'INPES ou étude internationale *Health Behaviour in School-aged Children*, par exemple).

En Pays de la Loire, l'Observatoire Régional de la Santé a publié récemment la troisième édition (2010) du « Baromètre Santé Jeunes ». Cette déclinaison régionale du baromètre santé de l'INPES documente la santé des jeunes de 15 à 25 ans et ses déterminants.

2. OBJET

Il s'agit d'une évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé 2012-2016 (PRS) en cours de déploiement, portant sur le « bien être des jeunes de moins de 20 ans » en Pays de la Loire.

La notion de bien être, élément clé de la définition de la santé posée dès 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a été consolidée en septembre 2012 dans le cadre du *programme santé 2020* qui la caractérise par sa dimension multidimensionnelle, d'une part, et le fait qu'elle conjugue des éléments objectifs et subjectifs, d'autre part.

Le bien-être, en incluant des éléments économiques, sociaux et éducatifs autant que sanitaires, ainsi que la perception des individus sur la satisfaction de leurs besoins, dépasse la simple politique de santé *stricto sensu*.

La présente évaluation a pour objet la politique menée par l'Agence Régionale de Santé ; elle n'a donc pas vocation à embrasser toutes les dimensions du bien être (composantes économiques, sociales, d'éducation...) mais à cerner la contribution de la politique régionale de santé au bien être des jeunes ligériens. Cela recouvre deux dimensions : la santé comme élément du bien être (question de l'accès aux soins et de la réduction des inégalités sociales de santé, de la constitution et de la préservation d'un « capital santé ») ; la santé comme condition du bien être (socialisation/ scolarisation des enfants avec handicap, compétences psychosociales...).

La population des jeunes de moins de 20 ans ne constitue pas une entité homogène. De plus, toute tentative de segmentation par tranches d'âge se heurte à la singularité de chaque individu dans le rythme de passage des moments clés que l'on peut retenir pour caractériser ce public (sortie de l'enfance - entrée dans l'adolescence, passage à un mode de vie adulte). Par ailleurs, il apparaît artificiel de retenir les 20 ans comme limite supérieure de cette tranche d'âge, l'entrée plus tardive des jeunes dans la vie active incitant plutôt à retenir l'âge de 25 ans.

Par commodité, notamment dans un souci d'identification des acteurs, la présente évaluation retient trois groupes d'âge, calés sur le cursus scolaire :

- 0-9 ans : petite enfance et enfance
- 10-15 ans : collège (pré-adolescence / adolescence)

- 16-25 ans : du lycée à la fin des études (adolescence / entrée dans la vie adulte)

Ces différentes tranches d'âge présentant des problématiques et enjeux spécifiques du point de vue de la politique de santé, chaque question évaluative aura pour champ privilégié l'une de ces tranches d'âge.

Les mesures en faveur du bien être des jeunes ne constituent pas une partie du Projet Régional de Santé. Ce dernier, construit sur un principe de transversalité, comporte des objectifs qui visent la population générale, y compris les jeunes. Néanmoins, au-delà de la planification des activités sanitaires pédiatriques, le PRS aborde explicitement et à plusieurs reprises la population des jeunes de moins de 25 ans.

Les principaux enjeux de la politique régionale de santé en faveur du bien être des jeunes de moins de 25 ans peuvent être décrits comme suit

- Pendant la période de l'enfance se noue la reproduction des inégalités sociales de santé. Agir sur le bien être des jeunes de moins de 25 ans, c'est aussi agir sur la santé des adultes à venir et leur donner les moyens d'être acteurs de leur santé. C'est pourquoi l'évaluation s'intéressera à l'acquisition des comportements favorables à la santé pour les enfants de 10 à 15 ans, dans une perspective de prévention des inégalités sociales de santé.
- Il y a des enjeux propres de l'enfance et de l'adolescence, y compris pour les jeunes vivant avec un handicap. Les travaux d'observation permettent, en effet, d'identifier des problématiques de santé qui touchent plus particulièrement les jeunes ligériens. Les actions de prévention et de prise en charge du mal-être portées par le PRS entrent dans ce champ. Ainsi, l'évaluation documentera la préservation du « capital santé » chez les jeunes de 16 à 25 ans, et notamment la question des addictions et de leurs conséquences sociales (désocialisation, déscolarisation...) et sanitaires (risque suicidaire).
- Plus particulièrement pour les jeunes vivant avec un handicap, l'enjeu majeur est la capacité à organiser des parcours favorisant leur insertion scolaire, sociale et professionnelle, depuis le dépistage précoce des troubles jusqu'à l'entrée dans la vie adulte. La recomposition de l'offre en faveur des enfants et jeunes adultes en situation de handicap constitue un axe important de la politique menée dans ce domaine. A ce titre, l'évaluation devra investiguer l'impact de la politique menée par l'Agence en matière d'évolution de l'offre sur la qualité de vie des jeunes en situation de handicap (notamment accès à la prévention, accès aux activités sportives, accès à la scolarité), en faisant le lien avec les orientations du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013.
- Enfin, la pluralité d'acteurs intervenant sur ce champ pose avec une acuité particulière la question des coordinations entre institutions d'une part et entre acteurs de terrain d'autre part.

3. MOTIF

Le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 des Pays de la Loire est entré en application le 9 mars 2012.

L'évaluation du PRS doit porter sur les résultats et sur l'impact de politiques publiques portées par le PRS pendant les 5 années de son existence, au regard de ses trois orientations stratégiques : la personne au cœur des préoccupations du système de santé, la proximité organisée et la maîtrise des risques concernant la santé des populations.

Des évaluations intermédiaires définies sur la base de thématiques populationnelles – dont le bien être des jeunes – visent à ajuster la stratégie régionale de santé de l'ARS en cours de mise en œuvre.

Elles visent également à nourrir les débats de la démocratie sanitaire en région et à préparer l'évaluation finale du PRS qui, prévue en 2016, devra répondre aux questions évaluatives suivantes :

- le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- le PRS a-t-il produit les résultats attendus en termes de changement de l'organisation du système de santé et des modalités d'action sur les déterminants de santé en Pays de la Loire, au regard des moyens déployés et des actions mises en œuvre ?
- quel a été l'impact du PRS sur l'état de santé de la population ligérienne, sur la qualité des réponses en santé et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

Au-delà des questions spécifiques détaillées plus loin, cette évaluation capitalisera des connaissances en vue de l'évaluation finale du PRS.

4. QUESTIONS DE L'EVALUATION

La présente évaluation intervient après un peu plus de deux ans de mise en œuvre du PRS, ce qui ne permettra pas de disposer d'une vision globale des impacts de cette politique. Pour autant, les réalisations déjà menées dans ce domaine devraient permettre de répondre aux questions évaluatives suivantes.

1. Compte tenu des objectifs qu'elle s'est fixée, la politique régionale de santé peut – elle générer une amélioration du bien être des jeunes de moins de 25 ans ?

- 1.1. Le ciblage thématique des actions de prévention et d'éducation pour la santé vers les jeunes de 16 à 25 ans est-il cohérent avec les problématiques repérées en région sur ces populations ?

En particulier, l'importance des thématiques suivantes devra être étudiée : santé mentale et risque suicidaire, addictions (alcool et tabac notamment), nutrition et activité sportive, vie affective et sexuelle.

- 1.2. Le ciblage territorial des actions de prévention et d'éducation pour la santé est-il cohérent avec la situation régionale de la santé des jeunes de 16 à 25 ans ?

La réponse à cette question ne devra pas omettre la diffusion des actions de prévention auprès des jeunes vivant hors zones urbaines.

2. La politique régionale de santé en faveur des jeunes vivant avec un handicap a-t-elle un effet positif sur l'adéquation des accompagnements aux besoins et l'acquisition de l'autonomie ?

- 2.1. La recomposition de l'offre, et notamment le rééquilibrage entre institutions et services, a-t-elle permis de favoriser des conditions de vie ordinaires pour les jeunes en situation de handicap ?

La question de la scolarisation devra être abordée dans le traitement de cette question.

- 2.2. La politique régionale de santé a-t-elle favorisé un accès aux actions de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes en situation de handicap ?

Le ciblage des actions de santé déployées auprès de ces jeunes devra être analysé, en intégrant notamment l'activité physique.

3. Dans quelle mesure la politique déployée en faveur des jeunes de moins de 25 ans dans le cadre du PRS a-t-elle contribué à la réduction des inégalités de santé ?

- 3.1. La politique de l'ARS, y compris son action de plaidoyer, en faveur de l'enfance (0-9 ans) est-elle favorable à la réduction des inégalités de santé ?

Cette analyse devra vérifier que la définition de la notion d'inégalités de santé est partagée entre l'ARS et ses partenaires.

- 3.2. Le déploiement des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé promues par l'ARS auprès des pré-adolescents et adolescents (10-15 ans) est-il favorable à la réduction des inégalités de santé ?

La réponse à cette question devra notamment étudier le ciblage sociologique des actions de prévention et d'éducation à la santé.

4. Le PRS est-il un facteur de coordination des acteurs en charge du bien être des jeunes de moins de 25 ans, entre institutions et entre acteurs de terrain ?

- 4.1. Dans quelle mesure la coordination est-elle effective entre les administrations et institutions parties prenantes du bien être des jeunes, aux niveaux régional et départemental ?

- 4.2. Dans quelle mesure la coordination des acteurs de terrain permet-elle de garantir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de droit commun des jeunes de 16 à 25 ans ?

5. CRITERES GENERAUX DE JUGEMENT

Adossée aux questions évaluatives, l'évaluation devra comporter des jugements en termes de :

- Pertinence (cohérence entre le ciblage des actions de prévention et les besoins de santé des jeunes en région) ;
- efficacité (thématique des jeunes en situation de handicap) ;
- cohérence (dimension réduction des inégalités de santé) ;
- efficacité (question de la coordination des institutions et des acteurs de terrain).

Si l'impact des actions menées ne sera pas évaluable à cette échéance, l'évaluation devra documenter les premiers résultats des actions déployées par l'ARS.

6. DOCUMENTS DE REFERENCE

Le document de planification sur lequel l'évaluateur devra s'appuyer est le Projet Régional de Santé (PRS) dans toutes ses composantes, mais également les feuilles de route annuelles de l'ARS qui déclinent la mise en œuvre du PRS en matière de bien être des jeunes de moins de 20 ans :

- Feuilles de route territoriales (2012 à 2014) ;
- Feuilles de route relatives au bien être des jeunes de moins de 20 ans (2012 à 2014) ;
- Feuilles de route relatives à la promotion de la santé et à la prévention (2012 à 2014).

7. ELEMENTS METHODOLOGIQUES

Cette démarche devra avoir une dimension participative importante, en prenant soin de la participation, à toutes les étapes de l'évaluation, des associations et des publics concernés par le sujet.

L'évaluation aura nécessairement une dimension interinstitutionnelle. Sont principalement concernés des services de l'Etat, en particulier l'éducation nationale, les promoteurs d'actions de prévention et d'éducation à la santé, les acteurs impliqués dans le parcours des jeunes en situation de handicap.

Dans une logique de croisements des points de vue, l'évaluation devra mobiliser une pluralité de sources pour répondre aux différentes questions évaluatives.

8. CONDUITE DU PROJET

Pour mener à bien cette évaluation, un Comité de Pilotage (COPIL) est spécifiquement constitué pour la durée de l'évaluation. Présidé le docteur Christophe DUVAUX, Directeur Général Adjoint et Directeur de la Prévention et de la Protection de la Santé mandaté par la Directrice Générale de l'ARS, il est composé de 14 membres, associant des collaborateurs de l'ARS choisis au sein du groupe projet transversal « santé des jeunes de moins de 20 ans », des représentants de la population, des acteurs institutionnels et professionnels de cette politique ainsi que des personnes qualifiées.

Le COPIL est consulté sur le cadrage en amont de l'évaluation, il en exprime les jugements conclusifs et formule des éléments de recommandation. Il a plus précisément comme missions de :

- Amender et valider le référentiel (critères, indicateurs, programme d'investigations) proposé par l'équipe d'évaluation, au vu cahier des charges qui lui est présenté, comprenant les questions et sous – questions évaluatives ;
- Suggérer et faciliter des prises de contacts pour les investigations à mener ;
- Débattre du réajustement du référentiel à mi-parcours des investigations, s'il s'avère nécessaire, à l'initiative du Président du COPIL ;
- Émettre les jugements par critère d'évaluation, et formuler la conclusion qui en découle au niveau de chaque question évaluative et sous – question évaluative, sur la base d'une présentation par l'équipe d'évaluation des constats réalisés ;
- Formuler des éléments de recommandation, sur la base d'un récapitulatif des jugements produit par l'équipe d'évaluation ;
- Valider le rapport d'évaluation incluant les recommandations finales.

L'évaluateur désigné par l'ARS est le Département d'Évaluation des Politiques de Santé et des dispositifs (DEPS), nommé ci-après « l'évaluateur ». Le DEPS est un département de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre de l'ARS. Deux cadres du DEPS sont affectés à cette évaluation : Madame Claude PICHON et Monsieur Xavier BRUN.

9. CALENDRIER

Le président du comité de pilotage mis en place pour cette évaluation rendra régulièrement compte à la directrice générale de l'ARS du calendrier de travail et de l'avancement des travaux (composition du comité de pilotage, cahier des charges, référentiel d'évaluation, programme d'investigations, constats et jugements...).

Le rapport final sera rendu en mars 2015, au plus tard et sera soumis au comité de direction de l'ARS.

Il sera présenté à la CRSA dont l'avis sera intégré à la version définitive du rapport.

Les travaux de cette évaluation seront régulièrement présentés au comité de pilotage (COPIL) :

- 1^{ère} réunion du COPIL, pour présentation du cahier des charges ;
- 2^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la première réunion pour la construction du référentiel ;

- 3^{ème} réunion, pour la présentation des constats et la formulation des jugements ;
- 4^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la troisième réunion pour l'élaboration d'éléments de recommandations.

10. BUDGET

L'évaluateur pourra compter sur la collaboration des agents de l'ARS ayant connaissance du thème évalué et les moyens logistiques de l'ARS en tant que de besoin pour contribuer aux investigations nécessaires. Si besoin, des investigations pourront être déléguées à des opérateurs extérieurs.

11. POLITIQUE DE COMMUNICATION

Le rapport d'évaluation, propriété de l'ARS, sera rendu public.

La Direction Générale arrêtera les modalités de communication, sur proposition conjointe du pilote de l'évaluation et de la Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires (DRUP).

En tout état de cause, tout contributeur à l'évaluation sera destinataire d'un exemplaire du rapport.

12. LIVRABLE ATTENDU

Le rapport d'évaluation devra comporter *a minima* les volets suivants :

- synthèse
- présentation succincte de la méthodologie de l'évaluation
- constats et jugements sur la politique évaluée en réponse aux questions évaluatives (état des lieux, réussites et marges de progrès...)
- recommandations stratégiques et opérationnelles permettant de réorienter si besoin les objectifs et les actions du PRS

Des annexes pourront approfondir certains points de méthode ou d'analyse en tant que de besoin.

Le rapport ne devra pas excéder 50 pages (hors annexes).

Une restitution orale pourra être demandée à l'équipe d'évaluation par le commanditaire.

2. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE

	Nom-Prénom	Organisme
Institutions/ administrations	Christophe DUVAUX – Président du Comité de Pilotage	Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
	Gwendoline de GUENYVEAU	Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
	Fabienne BIAIS-DEFFRENNES	Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
	Marie – Christine VIDAL	Rectorat de l'Académie de Nantes
	Pierre TANGUY	Maison Départementale des Personnes Handicapées de Loire – Atlantique
	Carine VERITE	Direction Régionale de la Cohésion Sociale, de la Jeunesse et des Sports des Pays de la Loire
	Anne – Marie PRINET	Conseil Régional des Pays de la Loire
	Nathalie LE BARAZER	Protection Judiciaire de la Jeunesse Loire-Atlantique / Vendée
Opérateurs accompagnement médico- social et prévention	Jean – Michel LERAY	Mutualité Française
	Céline RIOUAL	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de l'Université d'Angers
	Brigitte VAUDEL / Xavier BRUNIER	ADAPEI
Usagers	Joseph BRISSON	
	Chantal LEMEE	
	Françoise ANTONINI	
Expert	Anne TALLEC	Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire

3. REFERENTIEL DE L'EVALUATION

Nb : Ce référentiel intègre les principales sources prises en compte pour l'élaboration du rapport.

- 1. COMPTE TENU DES OBJECTIFS QU'ELLE S'EST FIXEE, LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE PEUT – ELLE GENERER UNE AMELIORATION DU BIEN ETRE DES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS ?**

- 1.1 Le ciblage thématique des actions de prévention et d'éducation pour la santé vers les jeunes est-il cohérent avec les problématiques repérées en région sur ces populations ?**

Critère 11-1. L'ARS dispose de connaissances suffisamment précises des problématiques de santé des jeunes de 16 à 25 ans en région Pays de la Loire

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i01. Précision du diagnostic initial du PRS sur la santé des jeunes	Services de l'ARS Annexes statistiques du PRS Fonds documentaire des services ARS
i02. Actualisation des connaissances de l'ARS sur la santé des jeunes 16-25 ans	Conventions entre l'ARS et des opérateurs de l'observation sanitaire et médico-sociale Conventions entre l'ARS et des opérateurs de prévention et promotion de la santé Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Opérateurs en prévention et promotion de la santé Gestionnaires de structures médico-sociales Rapports d'activité des maisons des adolescents Publications de l'ORS

Critère 11-2. Les thématiques prioritaires de la politique régionale de prévention et d'éducation à la santé pour ce public sont cohérentes avec les problématiques repérées (16-25 ans)

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i03. Identification des problématiques de santé prédominantes en région pour les jeunes 16-25 ans	Services de l'ARS Opérateurs en prévention et promotion de la santé Responsables d'ESMS
i04. Identification des objectifs prioritaires dans l'action de l'ARS pour cette population	Maisons des adolescents Conseil Régional Rectorat et services académiques
i05. Spécificité des objectifs de prévention/ promotion de la santé vers les 16-25 ans (par rapport aux adultes en région et par rapport aux thématiques nationales concernant les jeunes)	Pédopsychiatre en C.H.S. Publications ORS PJJ SUMPPS Union Régionale des Missions locales URAHJ URIOPSS Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé Base OSCARS PRS PRSP 2006-2009 Bilan des actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements scolaires en 2013 financées par l'ARS Convention cadre Académie de Nantes - ARS en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (3 décembre 2012) Conventions entre l'ARS et des opérateurs de prévention et promotion de la santé Plan régional Sport santé bien être 2013-2016, signé par DRJSCS et DGARS le 17/06/2013 Guide national pour l'élaboration des schémas régionaux de prévention _5/11/2010 Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010 Feuilles de route ARS et CCPP Prévention

Critère 11-3. L'ARS et ses partenaires disposent d'outils de repérage des populations cibles dans la tranche 16-25 ans - populations en situation de fragilité.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i06. Identification par l'ARS de populations cibles identifiées sur la tranche 16-25 ans (populations en situation de fragilité), communes ou non avec ses partenaires	Services de l'ARS Conseil Régional DRJSCS Rectorat et services académiques
i07. Existence et utilisation <u>d'outils</u> de repérage, communs ou non à l'ARS et ses partenaires.	PJJ URIOPSS Publications ORS
i08. Repérage et mobilisation par l'ARS <u>d'acteurs</u> sources de connaissances et d'identification de populations cibles, communs ou non avec ses partenaires	Réseau Sécurité Naissance URAHJ Maisons des adolescents Réseau régional santé sexuelle SUMPPS Opérateurs en prévention et promotion de la santé CREAI Psychiatre intervenant auprès de services d'Aide Sociale à l'Enfance Union Régionale des Missions locales Pédopsychiatre en C.H.S. PRS Feuilles de route ARS et CCPP Prévention Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Conventions entre l'ARS et des opérateurs de prévention et promotion de la santé

1.2 Le ciblage territorial des actions de prévention et d'éducation pour la santé est-il cohérent avec la situation régionale de la santé des jeunes de 16 à 25 ans ?

Critère 12-1. L'ARS a une connaissance précise de la répartition sur la région des jeunes de 16 à 25 ans, y compris les jeunes en situation de fragilité (dont handicap)

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i09. Existence et utilisation d'outils statistiques ou cartographiques à jour sur la répartition des 16-25 ans en région	Services de l'ARS DRJSCS
i10. Degré de précision territoriale des supports sur la répartition des jeunes en région	Document « L'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap dans la région Pays de la Loire en 2012 » (ARS Pays de la Loire) Diagnostics flash par territoire de santé de proximité (juin 2013)
i11. Degré de précision territoriale des supports sur la répartition des jeunes en région (problématiques sociales et déficiences)	Données de population INSEE Cartographie élaborée <i>ad hoc</i>
i12. Degré de précision territoriale des connaissances épidémiologiques sur les jeunes (toutes catégories confondues, en référence aux problématiques de santé identifiées en région)	

Critère 12-2. Les actions n'ont pas été déployées uniformément sur le territoire régional mais ont tenu compte du poids de la population de moins de 25 ans.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i13. Ciblage territorial des actions de prévention et éducation pour la santé à destination des jeunes dans les feuilles de route de l'ARS	Services de l'ARS PJJ Opérateurs en prévention et promotion de la santé Maisons des adolescents
i14. Ciblage territorial dans les AAP en prévention et éducation pour la santé concernant les jeunes (AAP eux-mêmes et projets retenus)	Bilan des actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements scolaires en 2013 financées par l'ARS Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé
i15. Ciblage territorial dans la contractualisation de l'ARS avec les opérateurs en prévention et éducation pour la santé	Base OSCARS Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé Feuilles de route ARS

Critère 12-3. Les territoires de déploiement des actions promues ou financées par l'ARS intègrent les zones où l'accès des jeunes aux messages de prévention peut être jugé plus difficile (quartiers prioritaires de la politique de la ville, zones rurales...)

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i16. Identification des zones (ou types de zones) géographiques où l'accès des jeunes aux messages de prévention peut être jugée problématique	Services de l'ARS DRJSCS Rectorat et services académiques Réseau Sécurité Naissance Villes signataires de CLS
i17. Part des actions de prévention et éducation par la santé financées dans les zones géographiques identifiées (ou, si pas de zone précise, dans les quartiers politique de la ville et communes rurales isolées)	Opérateurs en prévention et promotion de la santé Maisons des adolescents Conseil régional Réseau régional santé sexuelle
i18. Thématiques des actions de prévention et éducation par la santé financées dans les zones visées dans les 2 autres indicateurs attachés à ce critère et volume du public touché	URAHJ PRS Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé

2. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE EN FAVEUR DES JEUNES VIVANT AVEC UN HANDICAP A-T-ELLE UN EFFET POSITIF SUR L'ADEQUATION DES ACCOMPAGNEMENTS AUX BESOINS ET L'ACQUISITION DE L'AUTONOMIE ?

2.1 La recomposition de l'offre, et notamment le rééquilibrage entre institutions et services, a-t-elle permis de favoriser des conditions de vie ordinaires pour les jeunes en situation de handicap

Critère 21-1. L'ARS dispose d'une visibilité sur l'adéquation entre les orientations MDPH des jeunes en situation de handicap et les accompagnements effectivement mis en œuvre.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i19. Accès de l'ARS aux données des MDPH sur les orientations prononcées au bénéfice de jeunes en situation de handicap	Services de l'ARS CREAI DRJSCS
i20. Accès de l'ARS à des informations sur le niveau d'adéquation des accompagnements avec les orientations prononcées (listes d'attente...)	URIOPSS Responsables d'ESMS Enquête auprès des MDPH Enquête auprès des ESMS
i21. Existence et portée des échanges entre ARS et MDPH sur l'adéquation de l'offre aux besoins des jeunes en situation de handicap	Code de l'action sociale et des familles Convention cadre Académie de Nantes - ARS en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (3 décembre 2012)

Critère 21-2. La politique régionale de santé a favorisé l'accès à la scolarité des enfants et jeunes en situation de handicap, en particulier en milieu scolaire ordinaire.

Indicateurs

i22. Existence et portée des échanges entre ARS et Education Nationale sur la scolarisation des jeunes en situation de handicap

i23. Nombre de jeunes en situation de handicap scolarisés par mode de scolarisation (sept.2010-sept.2014)

i24. Développement des SESSAD financés par l'ARS et besoins non couverts recensés

i25. Perception des acteurs et usagers sur l'effet de la politique régionale sur l'accès à la scolarité des enfants et jeunes en situation de handicap, en particulier en milieu scolaire ordinaire.

Sources

Services de l'ARS

Conseil régional

Rectorat

Responsables d'ESMS

URIOPSS

CREAI

SUMPPS

Représentants en conseil de vie sociale d'usagers et familles

Enquête auprès des MDPH

Enquête auprès des ESMS

Convention cadre Académie de Nantes - ARS en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (3 décembre 2012)

« Evolution de l'offre médico-sociale en Pays de la Loire depuis 2010 » (ARS, 2014)

Critère 21-3. La politique régionale de santé permet de fluidifier les parcours des jeunes en situation de handicap, notamment en permettant des allers et retours entre institutions et milieu de vie ordinaire.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i26. Diversification de <u>l'offre</u> et ses effets en termes de personnalisation des parcours de prise en charge	Services de l'ARS CREAI Responsables d'ESMS
i27. Diversification des <u>modalités</u> de prise en charge depuis 2012 (accueils à temps partiel, prises en charge partagées...)	Pédopsychiatre en C.H.S. Rectorat
i28. Existence de leviers et freins de la fluidification (conventions entre acteurs de l'accompagnement, projets personnalisés conjoints entre acteurs...)	Représentants en conseil de vie sociale d'utilisateurs et familles URIOPSS Maisons des adolescents PJJ
i29. Dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la politique régionale de santé pour fluidifier les parcours (zoom sur amendement Creton)	Réseau Sécurité Naissance Enquête auprès des MDPH Enquête auprès des ESMS PRS Bilan ARS, « Evolution de l'offre médico-sociale en Pays de la Loire depuis 2010 » (2014) Convention cadre Académie de Nantes - ARS en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (3 décembre 2012) Documentation interne ARS

2.2 La politique régionale de santé a-t-elle favorisé un accès aux actions de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes en situation de handicap ?

Critère 22-1. L'ARS a un rôle d'incitation dans le déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements et services médico-sociaux accompagnant ces publics

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i30. Mobilisation des établissements et service médico sociaux sur la prévention et promotion de la santé auprès des jeunes en situation de handicap (contractualisation, communication auprès des établissements)	Services de l'ARS Comptes-rendus CCPP Prévention Responsables d'ESMS CREAI URIOPSS
i31. Actions de prévention et de promotion de la santé effectivement déployées par les établissements et services médico-sociaux accompagnant ces publics (degré de réalisation des actions de prévention inscrites dans les CPOM – cf. axe 3.1. PRS 'La prévention et la promotion de la santé intégrée dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale ; autres initiatives)	Représentants en conseil de vie sociale d'utilisateurs et familles Opérateurs en prévention et promotion de la santé Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé Enquête auprès des ESMS Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé PRS Base OSCARS

Critère 22-2. Les messages de prévention auprès des jeunes en situation de handicap font l'objet d'une communication adaptée.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i32. Existence d'une réflexion – voire d'outils - sur les modalités de la prévention/ promotion de la santé auprès des jeunes en situation de handicap (déficiences sensorielles / intellectuelles)	Services de l'ARS Conseil régional Opérateurs en prévention et promotion de la santé Responsables d'ESMS Réseau régional santé sexuelle
I33. Orientations données par l'ARS aux porteurs d'action de PPS sur la forme des actions pour qu'elles soient adaptées aux jeunes en situation de handicap	CREAI URIOPSS Enquête auprès des ESMS PRS
i34. Existence de projets – voire d'actions – de PPS auprès des jeunes en situation de handicap mobilisant des moyens adaptés aux déficiences du public cible	Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé Convention ARS-CREAI du 10 octobre 2013 Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé Textes officiels Sites Internet (ANCREAI, ANESM, IREPS...)

Critère 22-3. Les jeunes en situation de handicap ont accès aux actions de prévention et de promotion de la santé organisées ou financées par l'ARS sur les thématiques communes à l'ensemble des jeunes (exemple des pratiques sportives)

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i35. Diffusion des communications PPS en Région Pays de la Loire vers les jeunes en situation de handicap	Services de l'ARS CREAI DRJSCS
i36. Zoom : degré de promotion et d'accompagnement des pratiques sportives chez les jeunes en situation de handicap – y compris au sein de dispositifs non spécifiques PH	Représentants en conseil de vie sociale d'usagers et familles Enquête auprès des ESMS PRS Plan régional Sport santé bien être 2013-2016, signé par DRJSCS et DGARS le 17/06/2013 Charte Régionale pour l'accès aux activités physiques et sportives des personnes en situation de handicap en Pays de la Loire Convention cadre Académie de Nantes - ARS en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (3 décembre 2012) Document d'Orientations Partagées ARS-DRJSCS Circulaires et instructions nationales

3. DANS QUELLE MESURE LA POLITIQUE DEPLOYEE EN FAVEUR DES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS DANS LE CADRE DU PRS A-T-ELLE CONTRIBUE A LA REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE ?

3.1 La politique de l'ARS, y compris son action de plaider, en faveur de l'enfance (0-9 ans) est-elle favorable à la réduction des inégalités de santé ?

Critère 31-1. L'ARS et ses partenaires partagent la même définition de la notion d'inégalités de santé et l'intérêt d'une action auprès des plus jeunes enfants pour prévenir les inégalités de santé à l'âge adulte

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i37. Définition spontanée des acteurs de la région de la notion d'inégalités de santé (territoriale / sociale ; concentration sur les plus précaires / approche gradient social...)	Tous interlocuteurs (i37) Services de l'ARS Conseil régional CREAI
i38. Position des acteurs de la région sur l'efficacité d'une action auprès des enfants pour lutter contre les inégalités de santé (est-ce pertinent ? est-ce déterminant ? à quel âge est-ce le plus pertinent ? quelles thématiques sont particulièrement pertinentes (nutrition, activité physique, compétences psycho-sociales...))	Opérateurs en prévention et promotion de la santé Responsables d'ESMS Rectorat et services académiques Réseau Sécurité Naissance Réseau régional santé sexuelle SUMPPS URAHJ URIOPSS Villes signataires de CLS PJJ Psychiatre intervenant auprès de services d'Aide Sociale à l'Enfance Pédopsychiatre en C.H.S.
	Enquête auprès des conseils généraux PRS Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Guide national pour l'élaboration des schémas régionaux de prévention Circulaires et instructions nationales

Critère 31-2. L'ARS est impliquée dans des actions de protection du capital santé auprès de l'ensemble des enfants de la région de 0 à 9 ans : alimentation, vaccination, repérage précoce

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i39. Financement et contractualisation avec des opérateurs sur ces thématiques	Services de l'ARS CREAI
i40. Plaidoyer auprès d'institutions en charge de ce public (PMI)	URIOPSS Opérateurs en prévention et promotion de la santé Pédopsychiatre en C.H.S. Réseau Sécurité Naissance PRS - PRIAC Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé

Critère 31-3. Les Contrats Locaux de Santé prévoient des actions particulières à destination des jeunes 0-9 ans dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i41. Ciblage de la tranche d'âge 0-9 ans dans les CLS zones rurales et quartiers prioritaires de la politique de la ville	Services de l'ARS Contrats locaux de santé Villes signataires de CLS
i42. Ciblage des actions du CLS intégrant des problématiques de la tranche 0-9 ans (nutrition, vaccination, repérage précoce)	Pédopsychiatre en C.H.S. Enquête auprès des conseils généraux
i43. Réalité des actions menées dans le cadre du CLS concernant la tranche d'âge 0-9 ans	Documents internes ARS sur les CLS

3.2 Le déploiement des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé promues par l'ARS auprès des pré-adolescents et adolescents (10-15 ans) est-il favorable à la réduction des inégalités de santé ?

Critère 32-1. Les Contrats Locaux de Santé prévoient des actions particulières à destination des jeunes 10-15 ans dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i44. Ciblage de la tranche d'âge 10-15 ans dans les CLS zones rurales et quartiers prioritaires de la politique de la ville	Services de l'ARS Contrats locaux de santé Villes signataires de CLS
i45. Ciblage des thématiques du CLS intégrant des problématiques de la tranche 10-15 ans (vie affective et sexuelle, addiction et santé mentale)	Maisons des adolescents Données de bilans des CLS
i46. Réalité des actions menées dans le cadre du CLS concernant la tranche d'âge 10-15 ans	Documents internes ARS sur les CLS

Critère 32-2. Le déploiement des actions de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire (notamment sur vie affective et sexuelle, addiction et santé mentale) permet d'atteindre toutes les catégories sociales

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i47. Volume et % des éts scolaires (si possibles avec volume des élèves concernés) ayant bénéficié d'actions financées par l'ARS	Services de l'ARS Rectorat et services académiques Opérateurs en prévention et promotion de la santé
I48. Part des éts ZEP+technique+agricole dans l'ensemble des éts, et dans l'ensemble des éts ayant bénéficié d'actions financées par l'ARS sur les thématiques ciblées	Maisons des adolescents Base OSCARS
I49. Actions de prévention/ promotion de la santé déployées par les établissements de santé mentale auprès des publics 10-15 ans	Bilan des actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements scolaires en 2013 financées par l'ARS Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Convention cadre Académie de Nantes - ARS en matière de scolarisation des en enfants en situation de handicap (3 décembre 2012) Données sur les établissements scolaires (nombre, localisation...)

Critère 32-3. Les vecteurs, supports et modalités (lieux, temporalité) utilisés pour diffuser l'information en santé auprès de ces publics sont adaptés à la diversité des profils sociaux (pratiques scolaires, sociales, technologiques...)

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i50. Existence d'une réflexion des <u>institutions</u> sur les vecteurs, supports et modalités de l'information en santé dans un souci de réduction des ISS	Services de l'ARS Conseil régional DRJSCS Rectorat
i51. Existence d'une réflexion des <u>opérateurs</u> sur les vecteurs, supports et modalités de l'information en santé dans un souci de réduction des ISS	URIOPSS Villes signataires d'un CLS Maisons des adolescents Opérateurs en prévention et promotion de la santé
i52. Perception des jeunes sur la communication en santé (accessibilité, accroche, impact)	PJJ SUMPPS URML URHAJ Réseau régional santé sexuelle Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé PRS Feuilles de route Base OSCARS Schéma régional formations, santé, social et territoires 2011-2016 du Conseil régional Articles sur la question des vecteurs, supports et modalités mobilisés dans les interventions auprès des jeunes Site Internet INPES Site Internet « Fil Santé Jeunes »

4. LE PRS EST-IL UN FACTEUR DE COORDINATION DES ACTEURS EN CHARGE DU BIEN ETRE DES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS, ENTRE INSTITUTIONS ET ENTRE ACTEURS DE TERRAIN ?

4.1 Dans quelle mesure la coordination est-elle effective entre les administrations et institutions parties prenantes du bien être des jeunes, aux niveaux régional et départemental ?

Critère 41-1. Les Commissions de Coordination des Politiques Publiques sont mobilisées sur la question du bien être des jeunes de moins de 20 ans par l'ARS et prennent des décisions sur ce champ.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i53. CCPP Médico-Social – la question du bien être des jeunes dans les débats	Services de l'ARS DRJSCS
i54. CCPP Médico-Social – décisions prises en matière de bien être des jeunes	Rectorat Conseil régional
i55. CCPP Prévention – la question du bien être des jeunes dans les débats	PJJ CR des séances des CCPP médico-sociales et prévention
I56. CCPP Prévention – décisions prises en matière de bien être des jeunes	PRS Feuilles de route CCPP prévention

Critère 41-2. L'ARS intègre le bien être des jeunes dans sa politique contractuelle avec ses partenaires institutionnels

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
I57. Nombre de conventions passées avec des partenaires institutionnels concernant le bien être des jeunes et institutions concernées	Services de l'ARS Conseil régional DRJSCS
I58. Suivi (nature et fréquence) des conventions entre ARS et ses partenaires	PJJ Maisons des adolescents
I59. Existence de partenariats au niveau départemental entre DT ARS et autres institutions (et degré de formalisation)	Psychiatre intervenant auprès de services d'Aide Sociale à l'Enfance Rectorat et services académiques URHAJ URIOPSS SUMPPS Réseau Sécurité Naissance PRS Feuilles de route ARS et CCPP Prévention Enquête auprès des Conseils Généraux Enquête auprès des ESMS Enquête auprès des MDPH Accord de méthode ARS-Conseil Régional Conventions entre l'ARS et ses partenaires

concernant la santé des jeunes : Conseil Régional, DRJSCS, Rectorat, PJJ, URADEL
 Plan régional Sport santé bien être 2013-2016, signé par DRJSCS et DGARS le 17/06/2013
 Circulaires et instructions nationales

Critère 41-3. L'ARS et ses partenaires ont une définition partagée du bien être des jeunes

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i60. Eléments de définition du Bien être des jeunes dans les plans de santé régionaux élaborés en partenariat antérieurs au PRS actuel	Services de l'ARS Tous interlocuteurs (i62) PRS
i61. Définition ARS du bien être des jeunes	PRSP 2006-2009
i62. Eléments de définition spontanée du bien être des jeunes	Feuilles de route ARS et CCPP prévention

4.2 Dans quelle mesure la coordination des acteurs de terrain permet-elle de garantir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de droit commun des jeunes de 16 à 25 ans ?

Critère 42-1. L'ARS promeut la coordination des acteurs de terrain pour garantir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de droit commun des jeunes de 16 à 25 ans

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i63. Existence et contenu des objectifs de coordination des acteurs de la santé des jeunes 16-25 ans figurant dans les documents produits par ou avec l'ARS au niveau départemental	Services de l'ARS CREAI Psychiatre intervenant auprès de services d'Aide Sociale à l'Enfance
i64. Niveau de mobilisation des DT ARS en matière de coordination des acteurs de terrain pour garantir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de droit commun des jeunes de 16 à 25 ans et champs privilégiés	Responsables d'ESMS Pédopsychiatre en CHS URML URHAJ Maisons des adolescents
i65. Rôle joué par l'ARS dans l'émergence de coordinations effectives	PRS Feuilles de route ARS Opérateurs en prévention et promotion de la santé CLS Conventions entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé Documentation interne ARS

Critère 42-2. Des acteurs clés en matière de coordination des acteurs de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins sont identifiés dans les territoires, notamment sur les questions de santé mentale

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
I66. Identification par l'ARS des acteurs clés de la coordination dans les territoires	Services de l'ARS DRJSCS
I67. Identification par d'autres acteurs des besoins de coordinations et des acteurs de coordination	PJJ Responsables d'ESMS Opérateurs en prévention et promotion de la santé
I68. Acteurs identifiés par les usagers comme porte d'entrée	Conseil régional Psychiatre intervenant auprès de services d'Aide Sociale à l'Enfance Rectorat et services académiques Pédopsychiatre en CHS Réseau Sécurité Naissance Maisons des adolescents Réseau régional santé sexuelle SUMPPS URML URHAJ URIOPSS Villes signataires de CLS Circulaires et instructions nationales Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29/05/2012 Publications ORS Site Internet CRIJ Site Internet ANMDA

Critère 42-3. Des actions concertées ont été menées dans les territoires entre acteurs pour promouvoir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des jeunes de 16 à 25 ans

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources</i>
i69. Zoom sur des actions concertées déployées effectivement (territoire, acteurs et thématique concernée)	Services de l'ARS Feuilles de route ARS Appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé
i70. Existence de facteurs de pérennité des partenariats mis en œuvre dans le cadre de ces actions (ré-itérations de l'action ? rencontres régulières ? formalisation d'un partenariat ?)	Documentation interne ARS Circulaires et instructions nationales
i71. Existence d'évaluation des actions concertées en termes de plus value de la coordination	

4. REPONSES DETAILLEES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

Comment lire les réponses détaillées aux questions évaluatives ?

Les réponses aux questions évaluatives sont symétriques à la construction du référentiel d'évaluation, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Comme les questions évaluatives ont été détaillées en sous-questions évaluatives, la réponse à chaque question évaluative dérive de la réponse apportée aux sous-questions évaluatives.

Des critères ont été définis pour apporter la réponse aux sous-questions évaluatives. Ainsi, les jugements portés le sont en référence aux critères, et c'est la synthèse de ces jugements qui permet de répondre aux sous-questions évaluatives.

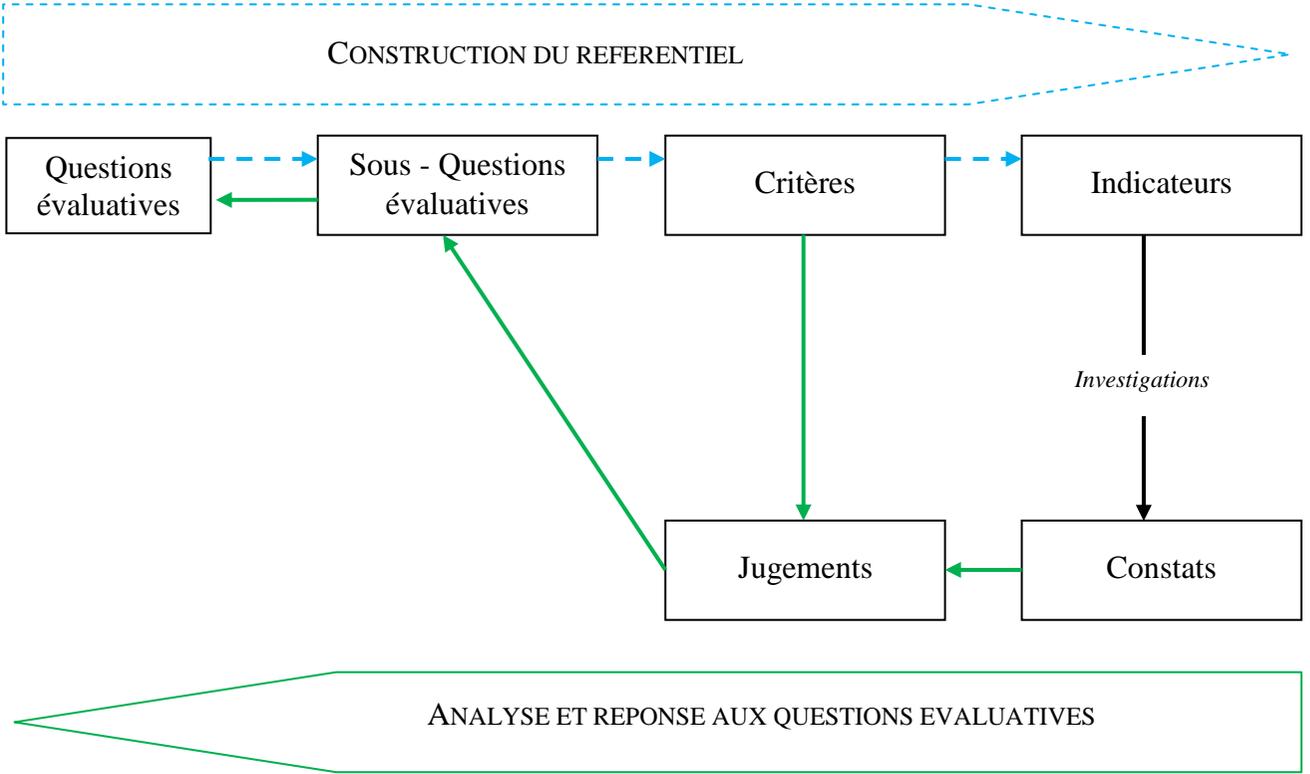
Les jugements (24 au total) sont assis sur des constats (121 au total), réalisés lors des investigations. Les constats forment l'argumentaire du jugement.

La réalité de l'exercice a pu amener à formuler un jugement unique à partir de plusieurs critères ; et parfois plusieurs jugements ont pu être formulés sur la base d'un critère.

Ce document récapitule l'ensemble de ces éléments, présentés sous la forme suivante :

Cxx-x: Critère	$-F_x : \textit{constat}$ $-F_y : \textit{constat}$...	Jx : Jugement
----------------	---	----------------------

**DE LA CONSTRUCTION DU REFERENTIEL
A LA REPONSE AUX QUESTIONS EVALUATIVES**



Réponses détaillées aux questions évaluatives

1. COMPTE TENU DES OBJECTIFS QU'ELLE S'EST FIXÉE, LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ PEUT – ELLE GÉNÉRER UNE AMÉLIORATION DU BIEN ÊTRE DES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS ?

L'analyse du ciblage thématique et territorial de la politique de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes 16-25 ans révèle qu'elle est globalement cohérente avec la situation de ces jeunes en région en termes épidémiologiques et de localisation. De ce point de vue, la politique régionale a un potentiel pour générer une amélioration du bien être de ces jeunes. Ce potentiel pourrait néanmoins être renforcé par une vigilance sur la définition des publics ou territoires fragiles d'une part, et sur la répartition effective des actions de prévention sur le territoire régional, d'autre part. Ces deux dimensions supposent notamment de poursuivre les efforts en termes de système d'information.

1.1 Le ciblage thématique des actions de prévention et d'éducation pour la santé vers les jeunes est-il cohérent avec les problématiques repérées en région sur ces populations ?

Le ciblage thématique des actions de prévention et d'éducation pour la santé en faveur des jeunes 16- 25 ans, s'il ne leur est pas toujours spécifique, est globalement cohérent avec les problématiques de ce public en région. Les marges de progrès identifiées concernent la veille sur l'évolution des problématiques, des sources d'information sur les actions effectivement déployées qui ne permettent pas toujours d'avoir une information précise sur le poids donné à chaque thématique et un travail à approfondir pour une identification de publics fragiles partagée entre partenaires.

C11-1_L'ARS dispose de connaissances suffisamment précises des problématiques de santé des jeunes de 16 à 25 ans en région Pays de la Loire

F1_Un diagnostic initial sur la santé des jeunes 16-25 ans dans le PRS estimé satisfaisant, mais disséminé dans l'ensemble du document

F2_Une actualisation des connaissances reposant principalement sur le baromètre santé jeunes quinquennal de l'ORS

F3_Une absence de suivi en routine par l'ARS des données sur la santé des jeunes pour actualiser ses connaissances

F4_Une mobilisation par l'ARS du levier partenarial pour compléter son information sur certaines thématiques, mais pas sur la tranche d'âge des 16-25 ans

F5_Une absence de mobilisation systématique par l'ARS des opérateurs en prévention et promotion de la santé pour enrichir ses connaissances

J1_L'ARS a construit sa politique régionale sur un diagnostic satisfaisant de la santé des jeunes 16-25 ans, mais elle n'utilise pas toutes les sources d'informations potentielles pour actualiser ses connaissances et organiser un suivi

C11-2_Les thématiques prioritaires de la politique régionale de prévention et d'éducation à la santé pour ce public sont cohérentes avec les problématiques repérées (16-25 ans)

F6_Deux problèmes identifiés pour lesquels la situation des jeunes ligériens est plus préoccupante qu'au niveau national : la mortalité par suicide et la consommation d'alcool

F7_Mais une pluralité de problématiques à prendre en compte, même si la situation régionale n'est pas péjorative par rapport à la moyenne nationale, particulièrement concernant la santé mentale

F8_Une émergence de plus en plus précoce des problématiques et une accélération des changements des modes de vie

F9_Des éléments de contexte qui alourdissent les problématiques de santé: la précarisation et les situations de rupture familiales

F10_Des thématiques de prévention prioritaires dans le PRS peu spécifiques aux jeunes sauf sur quelques thèmes précis (vaccination, liens intergénérationnels, prévention de la violence, relations entre garçons et filles et développement des compétences psycho-sociales)

F11_Une continuité certaine du PRS avec les objectifs du PRSP et une cohérence avec les orientations nationales en matière de santé des jeunes 16-25 ans

F12_Un poids variable des différentes thématiques dans les actions financées par l'ARS, mais une prédominance des conduites addictives

J2_Les thématiques prioritaires de prévention et d'éducation à la santé de l'ARS, spécifiques ou non à la tranche d'âge 16-25 ans, sont cohérentes avec les problématiques identifiées pour ce public, avec un investissement particulier sur les conduites addictives dans la mise en œuvre.

C11-3_L'ARS et ses partenaires disposent d'outils de repérage des populations cibles dans la tranche 16-25 ans - populations en situation de fragilité.

F13_ Une identification de publics fragiles dans le PRS, mais surtout de facteurs de fragilité et de risque

F14_ Une inscription constante des jeunes en situation de fragilité dans les feuilles de route Bien Etre des Jeunes de l'ARS depuis 2012

F15_ Une concordance des publics fragiles identifiés par l'ARS et ses partenaires, notamment les jeunes relevant de l'ASE et de la PJJ

F16_ Peu d'outils communs utilisés pour favoriser le repérage de publics fragiles

F17_ Des acteurs de l'observation et opérateurs de prévention qui contribuent à l'identification de publics fragiles, qu'ils soient mandatés ou non à cette fin.

J3_L'ARS et ses partenaires ne disposent pas d'outils de repérage commun des populations en situation de fragilité dans le public 16-25 ans mais, de fait, il y a généralement une concordance entre ceux pris en considération par l'ARS et ceux identifiés par les autres acteurs.

1.2. Le ciblage territorial des actions de prévention et d'éducation pour la santé est-il cohérent avec la situation régionale de la santé des jeunes de 16 à 25 ans ?

Si l'ARS soutient un ciblage territorial des actions de prévention et d'éducation à la santé, celui-ci n'est pas assis, en l'état, sur la répartition des jeunes 16-25 ans sur le territoire, ni sur l'existence de zones où l'accès à la prévention est jugé plus difficile pour ces jeunes ; l'existence d'un contrat local de santé est le critère de ciblage le plus souvent constaté. Dans les faits, le déploiement de ces actions apparaît globalement cohérent avec la répartition des jeunes. Néanmoins, la vigilance est sans doute à renforcer dans le déploiement de la politique et l'impulsion auprès des opérateurs, notamment pour prévenir une trop forte concentration des interventions dans les plus grandes agglomérations, s'assurer de la mise en œuvre dans des zones où l'accès à la prévention est plus difficile ou présentant des fragilités particulières, et poursuivre la démarche d'identification précise de ces zones.

C12-1_L'ARS a une connaissance précise de la répartition sur la région des jeunes de 16 à 25 ans, y compris les jeunes en situation de fragilité (dont handicap)

C12-2_Les actions n'ont pas été déployées uniformément sur le territoire régional mais ont tenu compte du poids de la population de moins de 25 ans.

F18_ Une absence d'utilisation en routine au sein de l'ARS d'outils statistiques ou cartographiques actualisés concernant la population (générale) des jeunes

F19_ Une connaissance davantage documentée sur le champ du handicap, mais plus sur l'offre d'accompagnement que sur les besoins

F20_ Une disponibilité marginale de données infra- départementales sur la santé des jeunes

F21_ Une préoccupation affichée de l'ARS de cibler des territoires dans une logique d'équité

F22_ Des feuilles de route et des appels à projets en prévention qui ciblent rarement des territoires, ou le cas échéant, plus des types de zones que des espaces précis

F23_ Un ciblage territorial dans la contractualisation avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé d'une précision très hétérogène

F24_ Un principe de ciblage parfois contesté dans une logique d'efficacité individuelle des interventions en promotion de la santé

F25_ Une répartition des actions entre départements globalement cohérente avec la répartition des 16-25 ans entre départements (en 2010-2012)

F26_ Une concentration des actions en établissement scolaire dans les trois plus grandes villes de la région (en 2013)

F27_ Un ciblage des zones couvertes par un CLS dans les AAP et la contractualisation qui concerne de fait un tiers des 16-25 ans de la région

J4_ La mobilisation par l'ARS des données existantes sur la répartition des jeunes 16-25 ans en région est perfectible, et ces données mériteraient d'être affinées.

**J5_ Le ciblage de territoires prioritaires d'intervention en promotion de la santé par l'ARS n'est pas explicitement assis sur la répartition des jeunes en région, mais le déploiement des actions permet, de fait, de couvrir une part significative des jeunes de la région.
Par ailleurs, le principe même d'un tel ciblage ne fait pas consensus entre les acteurs, ce qui questionne sa potentielle mise en œuvre.**

C12-3_Les territoires de déploiement des actions promues ou financées par l'ARS intègrent les zones où l'accès des jeunes aux messages de prévention peut être jugé plus difficile (quartiers prioritaires de la politique de la ville, zones rurales...)

F28_ Une identification fréquente des zones rurales comme ayant un accès difficile à la prévention

F29_ Des points de vue contrastés sur l'accès à la prévention dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

F30_ Des nuances à apporter sur l'existence de zones intrinsèquement confrontées à des difficultés d'accès à la prévention

F31_ Une large majorité des quartiers prioritaires de la politique de la ville est couverte via le ciblage CLS

F32_ Une part des collèges et lycées ruraux dans les établissements bénéficiaires d'actions de promotion de la santé financées par l'ARS cohérente avec la répartition de ces établissements sur le territoire, en 2013.

J6_ Les zones où l'accès des jeunes aux messages de prévention peut être jugé plus difficile qui sont identifiées par l'ARS le sont aussi par ses partenaires, en particulier les zones rurales. Le déploiement effectif des actions de promotion de la santé n'ignore pas ces zones, mais ce n'est que partiellement lié au ciblage des territoires d'intervention par l'ARS, et la vigilance sur cette question présente des marges de progrès.

2. LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE EN FAVEUR DES JEUNES VIVANT AVEC UN HANDICAP A-T-ELLE UN EFFET POSITIF SUR L'ADEQUATION DES ACCOMPAGNEMENTS AUX BESOINS ET L'ACQUISITION DE L'AUTONOMIE ?

La politique régionale en faveur des enfants et jeunes en situation de handicap promeut de manière forte l'accompagnement en milieu ordinaire de vie – tout particulièrement dans le cadre scolaire, et favorise par ailleurs, dans la mesure du possible, le développement de dispositifs souples permettant de s'adapter aux besoins des jeunes. Le manque de données disponibles sur les besoins et l'adéquation des accompagnements ne permet pas d'asseoir complètement un jugement sur les effets de cette politique.

En matière de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes en situation de handicap, l'ARS dispose de marges de progrès pour porter une dynamique auprès des établissements et services médico-sociaux.

2.1 La recomposition de l'offre, et notamment le rééquilibrage entre institutions et services, a-t-elle permis de favoriser des conditions de vie ordinaires pour les jeunes en situation de handicap ?

L'indisponibilité de données précises sur les besoins ne permet pas d'apprécier précisément l'évolution de l'adéquation des accompagnements des jeunes en situation de handicap

Cependant, l'ARS mène une politique volontariste privilégiant la vie en milieu ordinaire, le développement significatif de l'offre en SESSAD étant l'évolution la plus repérée et reconnue. Elle n'est pas la seule action dans ce domaine, la promotion ou l'accompagnement par l'ARS d'autres modalités permettant une scolarisation en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap étant identifiées (ex. classes externalisées), dans le cadre d'un partenariat avec l'Education Nationale notamment. Le besoin de solutions souples et ajustables aux besoins de ces jeunes (en particulier prises en charge partagées, fonctionnement en dispositif) est exprimé par le terrain. L'ARS s'efforce d'y répondre, même si des marges de progrès demeurent en termes de leviers pour fluidifier les parcours, et si les expérimentations mises en place posent la question de leur devenir.

C21-1_L'ARS dispose d'une visibilité sur l'adéquation entre les orientations MDPH des jeunes en situation de handicap et les accompagnements effectivement mis en œuvre.

F33_ Un accès de l'ARS aux données des MDPH ne permettant pas de disposer d'une visibilité régionale sur les orientations

F34_ Des délégations territoriales de l'ARS ne disposant pas toutes de données MDPH sur les suites données aux orientations et très rarement de données en routine

F35_ Des échanges ARS – MDPH assez limités sur les questions d'adéquation de l'offre aux besoins et essentiellement au niveau départemental

F36_ Une utilisation par l'ARS des données issues des établissements existante mais pouvant être développée en dépit d'une consolidation difficile pour certaines données

F37_ Un constat globalement positif des établissements et services médico-sociaux sur l'adéquation des accompagnements aux besoins mais pointant des marges de progrès

J7_ L'ARS ne dispose pas d'une visibilité globale et en routine sur les orientations prononcées par les MDPH, et a fortiori sur l'adéquation des accompagnements effectivement mis en œuvre.

C21-2_ La politique régionale de santé a favorisé l'accès à la scolarité des enfants et jeunes en situation de handicap, en particulier en milieu scolaire ordinaire.

F38_ Une coopération organisée entre l'ARS et l'Education Nationale, même si elle n'est pas toujours perçue par les acteurs de terrain

F39_ Une forte dynamique de développement des SESSAD mais une difficulté à identifier les besoins non couverts

F40_ Un développement de solutions innovantes pour favoriser l'inclusion en milieu ordinaire, mais encore limité

F41_ Un impact de l'action de l'ARS sur la scolarisation des élèves en situation de handicap jugé positif, bien que pas toujours perçu

F42_ Une augmentation du nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire, mais qui n'est pas imputable à la seule action de l'ARS.

F43_ Des limites identifiées à la scolarisation des jeunes en milieu ordinaire

J8_ Inscrite dans une politique partenariale avec l'Education Nationale pour favoriser l'accès à la scolarité en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap, l'ARS a fortement développé l'offre en SESSAD et accompagné des solutions innovantes. Néanmoins, au-delà d'une appréciation généralement positive des acteurs de terrain, le caractère partiel des données disponibles sur les besoins ne permet pas de mesurer avec précision les effets propres de la politique de l'ARS sur ce point.

C21-3_La politique régionale de santé permet de fluidifier les parcours des jeunes en situation de handicap, notamment en permettant des allers et retours entre institutions et milieu de vie ordinaire.

F44_ Une complémentarité nécessaire entre la diversification de l'offre et des modalités d'accompagnement pour assurer une fluidité des parcours

F45_ Un PRS qui pose à la fois des objectifs en termes de diversification de l'offre et de diversification des modalités de prise en charge

F46_ Un rééquilibrage volontariste entre offre en établissements et offre de services, qui atteint l'objectif général fixé par le SROMS

F47_ Des créations de places identifiables pour certains types de handicap ciblés par le PRIAC

F48_ Des objectifs de décloisonnement des acteurs et de développement de prises en charge partagées dans une optique de parcours des jeunes portés par l'ARS, mais des effets contrastés

F49_ Le fonctionnement en dispositif : un modèle plébiscité sous réserve de la maîtrise de certains facteurs de risque

F50_ Un impact difficilement chiffrable de l'évolution de l'offre et des modalités d'accompagnement sur l'adéquation des prises en charge, mais une perception plutôt favorable des acteurs de terrain de cette dynamique

F51_ Une identification de leviers et d'obstacles à la fluidité des parcours qui fait ressortir les souhaits de solutions souples et flexibles, de développement quantitatif de capacités sur certains segments de l'offre, de réponses sur les questions des transports et de facilitation du partenariat

F52_ Une variété de dispositifs expérimentés ou soutenus par l'ARS pour fluidifier les parcours, posant la question de leur évaluation, de leur pérennisation voire de leur généralisation

F53_ Des efforts de soutien de l'ARS à la fluidité des parcours dans l'accompagnement des établissements, même si des freins juridiques persistent

J9_ La politique de l'ARS en matière de fluidité des parcours est volontariste, incitant au décloisonnement des acteurs et promouvant les expérimentations dans ce domaine, dans le sens d'une souplesse d'organisation. Cependant, des obstacles demeurent pour généraliser et pérenniser la fluidité des parcours. Par ailleurs, l'absence de données de suivi spécifiques sur cette question ne permet pas d'évaluer les résultats de cette politique.

2.2. La politique régionale de santé a-t-elle favorisé un accès aux actions de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes en situation de handicap ?

Si les structures médico-sociales elles-mêmes mettent en place des actions de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes qu'elles accompagnent, les actions de l'ARS pour en favoriser le développement sont encore modestes. L'ARS pourrait être davantage incitative et accompagner les acteurs (pour l'accès à des outils adaptés, par exemple).

L'engagement de l'ARS sur les questions d'accès aux activités physiques et sportives des jeunes en situation de handicap est récent et s'inscrit dans un cadre partenarial, ce qui rend malaisé l'évaluation de ses effets.

C22-1_L'ARS a un rôle d'incitation dans le déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements et services médico-sociaux accompagnant ces publics

F54_ Une incitation non systématique par l'ARS des acteurs pour la mise en œuvre d'actions au sein des établissements et services médico-sociaux sur les questions de prévention, promotion de la santé et éducation à la santé

F55_ Une mobilisation concentrée sur un nombre restreint de thématiques

F56_ Une connaissance partielle des actions de prévention et promotion de la santé déployées dans les établissements et services médico-sociaux

F57_ Des actions de prévention et de promotion de la santé déployées dans les établissements médico-sociaux, au-delà des incitations de l'ARS, tant en volume qu'en termes de thématiques, mais une prédominance des thématiques identifiées par l'ARS

F58_ Des besoins d'accompagnement pour le développement de telles actions dans les ESMS, principalement en formation des personnels de l'établissement.

J10_ Si l'ARS incite les établissements et services médico-sociaux pour qu'ils mènent des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de leurs publics, cela n'est ni général, ni systématique. Cela n'empêche pas certaines structures de déployer des actions en la matière

C22-2_Les messages de prévention auprès des jeunes en situation de handicap font l'objet d'une communication adaptée.

F59_ Un besoin manifeste d'outils adaptés chez les acteurs de terrain

F60_ Des éléments de réflexion, outils et expériences existent en matière de promotion de la santé auprès des personnes en situation de handicap, au niveau national et en région Pays de la Loire

F61_ Une connaissance pourtant incertaine des acteurs sur l'existence d'outils de prévention adaptés

F62_ Une absence de directives précises et systématiques de l'ARS aux opérateurs en promotion de la santé pour que leurs interventions soient adaptées aux handicaps, mais une attention au transfert de compétences vers les acteurs du champ médico-social

J11_ L'ARS ne promeut qu'à la marge des modalités de prévention et de promotion de la santé adaptées au handicap, en dépit de besoins ressentis et d'outils existants

C22-3_Les jeunes en situation de handicap ont accès aux actions de prévention et de promotion de la santé organisées ou financées par l'ARS sur les thématiques communes à l'ensemble des jeunes (exemple des pratiques sportives)

F63_ Une diffusion des supports de prévention et promotion de la santé par l'intermédiaire des établissements et services médico-sociaux

F64_ Une contribution de l'ARS à deux dispositifs inter-institutionnels en faveur du développement des activités physiques et sportives

F65_ Un impact de ces dispositifs difficilement évaluable à ce jour, même si des obstacles à l'intégration des jeunes en situation de handicap par l'activité sportive ont pu être identifiés.

J12_ Si l'ARS s'est engagée auprès de ses partenaires en faveur de la promotion des pratiques sportives en faveur des jeunes en situation de handicap, il est prématuré de juger de son impact.

3. DANS QUELLE MESURE LA POLITIQUE DEPLOYEE EN FAVEUR DES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS DANS LE CADRE DU PRS A-T-ELLE CONTRIBUE A LA REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE ?

Le PRS identifie clairement les enjeux d'une action dans l'enfance – y compris en périnatalité – pour prévenir les inégalités de santé. Bien que la détermination de l'âge à cibler ne fasse pas consensus, les partenaires de l'ARS partagent ce point de vue. L'examen des leviers mobilisés par l'ARS dans ce cadre met en exergue l'enjeu de protection du capital santé. La question d'un ciblage plus accentué sur les jeunes vivant dans les quartiers prioritaires la politique de la ville et les zones rurales se pose, en particulier dans le cadre des CLS.

3.1 La politique de l'ARS, y compris son action de plaidoyer, en faveur de l'enfance (0-9 ans) est-elle favorable à la réduction des inégalités de santé ?

L'intérêt d'une intervention au plus tôt auprès des enfants pour réduire les inégalités de santé est partagé par l'ARS et ses partenaires. L'ARS s'implique dans des actions de protection du capital santé auprès de ces enfants, les thématiques d'intervention variant selon les âges. Le repérage précoce des situations, y compris en périnatalité, est identifié par le PRS comme un levier de réduction des inégalités de santé. Le développement des compétences psycho-sociales est une dimension significativement promue.

Le ciblage des enfants vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou en zone rurale n'est cependant pas explicitement porté par l'ARS dans les contrats locaux de santé, même si les enfants de ces quartiers sont de fait concernés par les actions des CLS, ceux-ci couvrant la majorité des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

C31-1_L'ARS et ses partenaires partagent la même définition de la notion d'inégalités de santé et l'intérêt d'une action auprès des plus jeunes enfants pour prévenir les inégalités de santé à l'âge adulte

F66_ Une absence de définition unique des inégalités de santé mais des points de convergence

F67_ Un large consensus sur le principe d'agir en prévention auprès des enfants, mais des divergences sur les âges et les thématiques-cibles, malgré un accord assez large sur la promotion des compétences psycho-sociales

J13_ Même s'il n'y a pas de définition posée de manière partagée entre l'ARS et ses partenaires, les éléments constitutifs des inégalités de santé et la nécessité d'intervenir au plus tôt auprès des jeunes sont largement partagés.

C31-2_L'ARS est impliquée dans des actions de protection du capital santé auprès de l'ensemble des enfants de la région de 0 à 9 ans : alimentation, vaccination, repérage précoce

F68_ Une absence d'objectifs spécifiques concernant les 0-3 ans dans la contractualisation avec les opérateurs de prévention

F69_ La thématique du repérage précoce portée à travers la contractualisation avec le Réseau Sécurité Naissance et l'amélioration du maillage des CAMSP

F70_ Des actions de prévention dans les écoles primaires concernant 2% des établissements en 2013, majoritairement sur les thématiques alimentation et activités physiques et sportives

F71_ Une politique de promotion active de la vaccination, mais ne visant pas exclusivement les jeunes enfants.

F72_ L'institution récente d'échanges réguliers entre ARS, services de PMI et RSN

F73_ La santé environnementale : une préoccupation de l'ARS sur la qualité des locaux accueillant les plus jeunes enfants

C31-3_Les Contrats Locaux de Santé prévoient des actions particulières à destination des jeunes 0-9 ans dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville

F74_ Des jeunes qui ne constituent pas un public systématiquement ciblé dans les CLS, quelle que soit la tranche d'âge

F75_ Une vigilance sur l'inscription de la santé des jeunes dans le diagnostic des CLS jugée utile par la plupart des acteurs mais qui ne s'étend pas au souhait d'une inscription systématique de ce champ dans les objectifs des contrats

F76_ Des actions repérables pour les 0-9 ans dans une majorité de CLS, à travers les lieux d'intervention ou le ciblage sur les parents, qui concernent principalement la nutrition.

F77_ Des données de bilan partielles ne permettant pas d'avoir une vue globale sur l'effet des actions déployées dans le cadre des CLS

J14_ L'ARS promeut des actions de protection du capital santé auprès des enfants, mais sur des thématiques variant selon la tranche d'âge : repérage précoce surtout pour les 0-5 ans, alimentation pour les 3-9 ans, vaccination à tous les âges.

J15_ Quelle que soit la tranche d'âge, l'ARS n'incite pas fortement les partenaires à faire des jeunes un public prioritaire dans les CLS, ce qui n'empêche pas que des actions les concernant y soient inscrites, de manière plus ou moins prégnante.

Les CLS couvrant la plupart des quartiers prioritaires de la politique de la ville, de fait les jeunes de ces quartiers sont destinataires de tout ou partie des actions inscrites au contrat. En ce qui concerne les CLS en zone rurale, il n'est pas possible à ce jour d'émettre un jugement spécifique.

3.2 Le déploiement des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé promues par l'ARS auprès des pré-adolescents et adolescents (10-15 ans) est-il favorable à la réduction des inégalités de santé ?

Le ciblage de lieux d'intervention, et tout particulièrement le cadre scolaire, est le principal levier mobilisé par l'ARS dans le cadre du déploiement des actions de promotion et d'éducation à la santé qui puisse contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Le ciblage des enfants vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou en zone rurale n'est toutefois pas explicitement porté par l'ARS dans les contrats locaux de santé, même si les enfants de ces quartiers sont de fait concernés par les actions des CLS. La réflexion sur les vecteurs et supports de promotion et d'éducation à la santé (y compris au-delà des 10-15 ans) est plus orientée vers l'adaptation des interventions aux caractéristiques du public jeune que vers la prévention des inégalités de santé. Sur ce dernier point, seule l'identification de lieux d'intervention contribue à cet objectif.

C32-1_Les Contrats Locaux de Santé prévoient des actions particulières à destination des jeunes 10-15 ans dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville

F78_Des jeunes qui ne constituent pas un public systématiquement ciblé dans les CLS, quelle que soit la tranche d'âge

F79_Une vigilance sur l'inscription de la santé des jeunes dans le diagnostic des CLS jugée utile par la plupart des acteurs mais qui ne s'étend pas au souhait d'une inscription systématique de ce champ dans les objectifs des contrats

F80_Des actions repérables pour les 10-15 ans dans une majorité de CLS, au moins de manière indirecte, qui concernent principalement les addictions et la santé mentale

F81_Des données de bilan partielles ne permettant pas d'avoir une vue globale sur l'effet des actions déployées dans le cadre des CLS

J16_Quelle que soit la tranche d'âge, l'ARS n'incite pas fortement les partenaires à faire des jeunes un public prioritaire dans les CLS, ce qui n'empêche pas que des actions les concernant y soient inscrites, de manière plus ou moins prégnante.

Les CLS couvrant la plupart des quartiers prioritaires de la politique de la ville, de fait les jeunes de ces quartiers sont destinataires de tout ou partie des actions inscrites au contrat. En ce qui concerne les CLS en zone rurale, il n'est pas possible à ce jour d'émettre un jugement spécifique.

C32-2_Le déploiement des actions de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire (notamment sur vie affective et sexuelle, addiction et santé mentale) permet d'atteindre toutes les catégories sociales

F82_Le cadre scolaire jugé propice pour atteindre l'ensemble des catégories sociales

F83_Une connaissance incomplète des actions de prévention et de promotion de la santé déployées dans les établissements scolaires

F84_Un taux de couverture globale des établissements scolaires de la région par des actions de prévention relativement faible en 2013, mais très contrasté, tant entre niveaux scolaires qu'entre départements

F85_Des collèges globalement bien couverts malgré des inégalités interdépartementales

F86_Une thématique conduites addictives prédominante en collège, une thématique vie affective et sexuelle marginale et une thématique santé mentale non identifiée

F87_Une couverture des établissements relevant de l'enseignement professionnel ou de l'éducation prioritaire par des actions de prévention en 2013 plutôt favorable

J17_Le caractère relativement égalitaire du cadre scolaire permet aux actions de prévention et promotion de la santé d'y toucher l'ensemble des catégories sociales, d'autant qu'une couverture plutôt favorable de ces actions est relevée dans les collèges relevant de l'éducation prioritaire et l'enseignement professionnel, même si ce constat reste à confirmer et à affiner.

C32-3_Les vecteurs, supports et modalités (lieux, temporalité) utilisés auprès de ces publics sont adaptés à la diversité des profils sociaux (pratiques scolaires, sociales, technologiques...)

F88_Un PRS qui porte la promotion de la santé auprès des jeunes comme un facteur de réduction des inégalités de santé, mais peu précis sur les modalités d'intervention non discriminantes à mobiliser auprès des jeunes

F89_Une vision restreinte des acteurs sur les vecteurs, supports et modalités permettant de limiter les inégalités de santé, limitée en général aux lieux d'intervention

F90_Une préoccupation d'adaptation des modalités d'intervention plus liée à la spécificité du public jeune, avec une double préoccupation d'efficacité et de protection de ce public, partagée entre ARS et Education Nationale

F91_Des appels à projets suggérant des modalités d'intervention plus précises que les dispositions du PRS, qui ont pu s'appuyer récemment sur les actions validées identifiées par l'INPES

F92_Le renforcement des compétences psychosociales, un levier reconnu et promu de manière croissante par l'ARS

F93_Une prévention par les pairs qui connaît quelques développements, mais ne fait pas l'objet d'une vision consensuelle en raison de certains risques identifiés

F94_La formation des acteurs relais : une modalité assez largement répandue et reconnue

F95_Une implication des parents jugée essentielle, mais difficile à mettre en œuvre

F96_Les nouvelles technologies : une modalité jugée insuffisamment développée et à investir, malgré ses contraintes de mise en œuvre

F97_D'autres pistes identifiées, encore peu ou pas mobilisées par l'ARS et les opérateurs qu'elle finance : lieux et acteurs relais, actions validées par l'INPES et association des jeunes à la construction des actions

J18_L'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé est moins pensée en termes de réduction des inégalités sociales de santé qu'en regard des spécificités de la jeunesse. C'est dans cette optique que des modes d'intervention sont promus par l'ARS et portés par les acteurs.

4. LE PRS EST-IL UN FACTEUR DE COORDINATION DES ACTEURS EN CHARGE DU BIEN ETRE DES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS, ENTRE INSTITUTIONS ET ENTRE ACTEURS DE TERRAIN ?

Les objectifs en termes de coordination, concernant ou non le public des jeunes, sont très présents dans le Projet Régional de Santé.

En ce qui concerne les jeunes, la coordination de l'ARS avec les administrations et institutions concernées, organisée tant par les instances dédiées (CCPP) que par des relations contractuelles, est effective. Cette dynamique n'est cependant pas complètement aboutie puisque les partenariats avec des institutions ayant un rôle important dans les politiques de santé des jeunes ne sont pas encore à un niveau de maturité optimal.

L'ARS dispose d'une pluralité de leviers pour favoriser la coordination des acteurs de terrains, qu'elle mobilise effectivement. Le positionnement des maisons des adolescents comme pouvant jouer un rôle clef en matière de coordination des acteurs de terrain est assez largement reconnu, mais n'est pas complètement effectif à ce jour dans toute la région, ni sur toute la tranche d'âge 16-25 ans. A ceci s'ajoute le fait que la pluralité des portes d'entrées possibles des jeunes sur les questions de santé nécessite encore un travail d'identification et d'organisation de leurs articulations. L'influence de l'ARS dans la coordination des acteurs de terrain est plus ou moins directe et plus ou moins avérée.

4.1 Dans quelle mesure la coordination est-elle effective entre les administrations et institutions parties prenantes du bien être des jeunes, aux niveaux régional et départemental ?

La coordination entre l'ARS et les institutions partenaires compétentes en matière de bien être des jeunes est organisée tant à travers les instances prévues par la loi qu'à travers des relations contractuelles. S'il n'existe pas de définition du bien être des jeunes qui soit partagée de manière formelle entre l'ARS et ses partenaires, une convergence des notions utilisées par chacun est constatée, qui peut être facilitante pour la coordination des institutions. La dynamique de coordination engagée n'est cependant pas encore complètement aboutie. En effet, les commissions de coordination demeurent encore principalement des instances d'échange autour de sujets portés par l'ARS plus que des lieux de décision. En outre, les partenariats avec les acteurs importants des politiques en faveur de la jeunesse sont hétérogènes, et des objectifs communs ne sont pas encore posés et formalisés avec tous.

C41-1_ Les Commissions de Coordination des Politiques Publiques sont mobilisées sur la question du bien être des jeunes de moins de 25 ans par l'ARS et prennent des décisions sur ce champ.

F98_Des commissions créées par la loi HPST, identifiées par le PRS comme un levier pour la mise en œuvre de certains objectifs concernant le bien être des jeunes, notamment sur la prévention

F99_Une place privilégiée de la thématique bien être des Jeunes dans les débats de la CCPP prévention, mais une instance davantage considérée comme un lieu de partage d'informations que de codécision

F100_Des débats en CCPP Médico-Sociale sur la question du Bien Etre des jeunes centrée sur l'accompagnement des jeunes en situation de handicap

F101_Des instances essentielles de débat entre acteurs, qui ne garantissent toutefois pas seules la coordination sur ces questions

C41-2_ L'ARS intègre le bien être des jeunes dans sa politique contractuelle avec ses partenaires institutionnels

F102_Une contractualisation bilatérale de l'ARS avec plusieurs institutions investies dans le bien être des jeunes, mais ne couvrant pas encore tous les acteurs concernés par ce thème

F103_Un suivi formalisé et organisé par la plupart des conventions et des échanges effectifs sur un mode pragmatique

F104_Des partenariats jugés généralement positifs, notamment lorsqu'il y a contractualisation

F105_Des partenariats variables avec les Conseils Généraux en fonction des territoires et des champs concernés, mais des dynamiques enclenchées

F106_Des partenariats plus ponctuels avec d'autres acteurs

J19_ La question du Bien Etre des Jeunes est régulièrement abordée dans les Commissions de coordination des politiques publiques (Prévention et Médico-Social), qui sont néanmoins toujours davantage perçues comme des instances d'échange que comme des lieux privilégiés de codécision sur cette question.

J20_ L'ARS intègre le bien – être des jeunes dans sa politique contractuelle avec ses partenaires institutionnels, mais il n'y a pas encore de contrat avec toutes les institutions concernées.

C41-3_L'ARS et ses partenaires ont une définition partagée du bien être des jeunes

F107_ Une absence de définition précise du bien être des jeunes dans le PRSP 2006-2009, mais un renvoi à la Charte d'Ottawa et une déclinaison de la notion de « mieux vivre » dans les volets « bien naître » et « bien grandir »

F108_ Une absence de définition précise du bien être des jeunes par l'ARS mais la mise en exergue de concepts structurants : déterminants de santé, capital santé, approche globale, prévention des ruptures de parcours et usager acteur

F109_ Une diversité des définitions du bien être des jeunes portées par les acteurs, qui comportent toutefois des éléments récurrents, globalement convergents avec le cadre conceptuel porté par l'ARS

J21_ S'il n'existe pas de définition du Bien Être des Jeunes posée de manière partagée entre l'ARS et ses partenaires, des éléments récurrents sont observés qui, globalement, sont convergents avec le cadre conceptuel porté par l'ARS.

4.2 Dans quelle mesure la coordination des acteurs de terrain permet-elle de garantir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de droit commun des jeunes de 16 à 25 ans ?

L'ARS mobilise une pluralité de leviers pour favoriser la coordination des acteurs de terrains, le contrat local de santé étant le plus fréquemment cité. Souvent identifiées comme un acteur susceptible de porter cette coordination pour le public visé, les maisons des adolescents rencontrent toutefois des limites inhérentes à l'âge des publics qu'elles accueillent et à leur niveau actuel de maillage, les évolutions accompagnées par l'ARS n'étant pas encore arrivées à terme. La pluralité de structures « portes d'entrées » naturelles des jeunes, pouvant ensuite les orienter vers un accompagnement sur les questions de santé, pose la double question de leur identification et de leur articulation entre elles et avec les maisons des adolescents. Si la présente évaluation ne permet pas de documenter les effets de la politique de l'ARS dans ce domaine de manière exhaustive, plusieurs exemples de démarches de coordination des acteurs peuvent être cités pour illustrer le développement de la coordination de terrain – le rôle de l'ARS étant variable selon les cas.

F110_ Une pluralité d'enjeux derrière la notion de coordination

F111_ Un certain nombre de freins à la coordination identifiés qui ont pu être identifiés lors des investigations : méconnaissance, temps, manque de clarté, périmètre de la coordination et pratiques et culture des acteurs

C42-1_L'ARS promeut la coordination des acteurs de terrain pour garantir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de droit commun des jeunes de 16 à 25 ans

C42-2_Des acteurs clés en matière de coordination des acteurs de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins sont identifiés dans les territoires, notamment sur les questions de santé mentale

C42-3_Des actions concertées ont été menées dans les territoires entre acteurs pour promouvoir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des jeunes de 16 à 25 ans

F112_ Une coordination des acteurs fortement promue dans le PRS, mais moins explicitement en faveur du public adolescent

F113_ Des objectifs favorables à la coordination des acteurs au bénéfice des jeunes dans tous les projets territoriaux de santé, concernant plus fréquemment des questions d'organisation médico-sociale et de santé mentale

F114_ Une pluralité de leviers pouvant être activés par les services de l'ARS (notamment les délégations territoriales) pour promouvoir la coordination des acteurs, avec une place prépondérante des CLS, mais des coordinations existent sans intervention de l'ARS.

F115_ Des marges de progrès en matière de coordination des acteurs et des attentes exprimées à l'égard de l'ARS en la matière.

F116_ Une pluralité d'acteurs de coordination identifiés, mais un positionnement de la MDA jugé en général pertinent pour cette mission

F117_ Des limites au rôle de coordination des acteurs des MDA

F118_ Des portes d'entrée des jeunes diversifiées, posant la question de leur articulation

F119_ La coordination autour des situations complexes : une diversité d'organisation, dont l'ARS n'a pas toujours été à l'initiative.

F120_ En santé mentale, une clarification par l'élaboration de chartes de filières

F121_ Le pilotage des opérateurs en prévention par l'ARS : un levier possible de coordination

J22_L'ARS s'est fixé des objectifs affirmés en matière de coordination des acteurs. Elle porte une dynamique de coordination des acteurs en mobilisant une pluralité de leviers, même si des marges de progrès demeurent.

J23_Si les MDA ont pu être identifiées comme acteurs de coordination, leur rôle dans ce domaine présente des limites. La pluralité des portes d'entrées des jeunes pose la question de leur articulation.

J24_ La coordination des acteurs peut être illustrée notamment à travers trois exemples, dans lesquels le rôle joué par l'ARS est variable

5. LE BIEN ETRE DES JEUNES DANS LE PROGRAMME REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE 2006-2009

Le PRSP 2006-2009 ne comportait pas en tant que tel de définition du bien être.

Son document de présentation mettait en exergue 9 principes fondateurs (les principes annexés à la loi du 9 août 2004) :

- connaissance,
- réduction des inégalités,
- parité,
- protection de la jeunesse,
- précocité,
- efficacité économique,
- inter-sectorialité,
- concertation,
- évaluation.

Au-delà de ces principes, il affichait sa référence à la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986, qui comporte la définition de la santé renvoyant aux composantes à la fois physique, mentale et sociale du bien être.

Sur la base de ces références, 3 objectifs stratégiques du PRSP étaient affichés :

- Garantir un égal accès aux dispositifs de prévention et de soins de qualité
- Développer la prévention primaire et secondaire et l'éducation pour la santé, tout en veillant à l'articulation avec les soins (agir sur les déterminants de santé et sociaux ; agir en direction des populations spécifiques ou exposées à des risques particuliers, notamment les jeunes, les personnes âgées, les personnes en difficulté sociale, les détenus)
- Améliorer la qualité de vie de tous les Ligériens et notamment des patients et de leur entourage (aidants naturels et familiaux) : prise en charge, accompagnement, éducation thérapeutique, éducation du patient, soutien aux aidants.

Chacun des volets du PRSP, quel que soit l'âge, comportait trois champs d'action :

- La prévention,
- Le « mieux vivre »,
- L'aide aux aidants, familles et professionnels.

La dimension mieux vivre (avec sa maladie ou son handicap) est abordée :

- Dans le volet « **bien naître** », sous l'angle de la prise en charge de la douleur, du dépistage et de l'accompagnement des enfants naissant avec un handicap (ainsi que l'annonce aux parents), de l'expression des usagers, de leur accès à l'information et de leur formation
- Dans le volet « **bien grandir** », sous l'angle du développement d'une offre diversifiée¹, sous l'angle du développement dispositifs d'aide spécifiques aux adolescents, à titre d'exemple les « maisons de l'adolescence »², sous l'angle enfin de l'amélioration du confort des enfants malades ou handicapés³

¹ Complémentarité entre offres sanitaire, médico-sociale et sociale ; notamment dans le domaine des addictions en intégrant les troubles des comportements alimentaires ; mais aussi complémentarité entre dispositifs sanitaires et accès aux loisirs pour les jeunes en situation de handicap ou de précarité ; enfin, question des modalités d'accueil –architecturales – des enfants en situation de handicap

² Il est mentionné à ce titre « *Il importe (...) de souligner l'importance d'une formation adaptée pour les travailleurs sociaux en contact avec les adolescents, qui nécessitent une prise en charge spécifique et globale, par des intervenants bien formés, quel que soit le secteur dont ils relèvent* »

³ Principalement prise en compte de la douleur, mais aussi soins palliatifs ou encore possibilité pour les enfants hospitalisés de bénéficier de la présence de leurs parents ou de leurs proches.

6. ARBRE DES OBJECTIFS DU PROJET REGIONAL DE SANTE SUR LE BIEN ÊTRE DES JEUNES

La structure du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire

Le PRS dans son plan stratégique a défini 3 orientations stratégiques (OS) et 7 axes stratégiques (AS).

Le PRS se compose de 3 schémas régionaux qui au total comportent 64 objectifs généraux (OG), en application des OS et des AS :

- schéma de prévention (P) : 15 objectifs numérotés de P1 à P15
- schéma de l'organisation des soins (S) : 31 objectifs umérotés de S1 à S31
- schéma de l'organisation médico-sociale (M) : 18 objectifs numérotés de M1 à M18

Un objectif général (OG) est rattaché à un seul axe stratégique (AS) dans la quasi-totalité des cas.

Les Objectifs Généraux comportent une liste de Déclinaisons Opérationnelles (D.O.).

Des programmes régionaux ou territoriaux déclinent à leur tour sous forme d'actions les objectifs généraux des schémas:

- PRAPS (R) : 6 actions numérotées de R1 à R6
- PRGDR (G) : 12 actions numérotées G1 à G12
- PRSIT (I) : 13 actions numérotées I1 à I13
- PRIAC (C) : 13 actions numérotées C1 à C13
- PT44 (T44) : 17 actions numérotées de T44-1 à T44-17
- PT49 (T49) : 17 actions numérotées de T49-1 à T49-17
- PT53 (T53) : 13 actions numérotées de T53-1 à T53-13
- PT72 (T72) : 15 actions numérotées de T72-1 à T72-15
- PT85 (T85) : 18 actions numérotées de T85-1 à T85-18

Une même action peut être rattachée à plusieurs objectifs généraux (OG).

Des résultats sont attendus pour chaque action et des activités déclinent ces actions.

Précisions de lecture

Le Projet Régional de Santé est une construction transversale. Dès lors, un public comme les jeunes est potentiellement concerné par l'ensemble du projet.

Dans le présent document, le parti-pris a été de ne mentionner que les éléments du projet qui ciblent explicitement les jeunes.

Ainsi, notamment, certains objectifs des schémas ne visent pas spécifiquement les jeunes dans leur libellé, mais certaines déclinaisons opérationnelles envisagées dans le schéma concernent ce public.

Dans le présent document, les déclinaisons opérationnelles sont donc identifiées dans un souci de clarté pour les objectifs dont l'orientation « jeunes » ne se déduit pas naturellement. A l'inverse, pour certains objectifs, même si le public « jeunes » n'est pas visé explicitement, les déclinaisons opérationnelles ne sont pas précisées si cette orientation peut se déduire aisément (ex. vaccination).

En grisé figurent certains objectifs non directement ciblés sur les jeunes mais pouvant avoir une influence sur la manière dont ils peuvent être accompagnés.

Enfin, afin de ne pas alourdir les schémas, une présentation spécifique est dédiée aux actions du PRIAC visant les enfants et jeunes en situation de handicap

Observation :

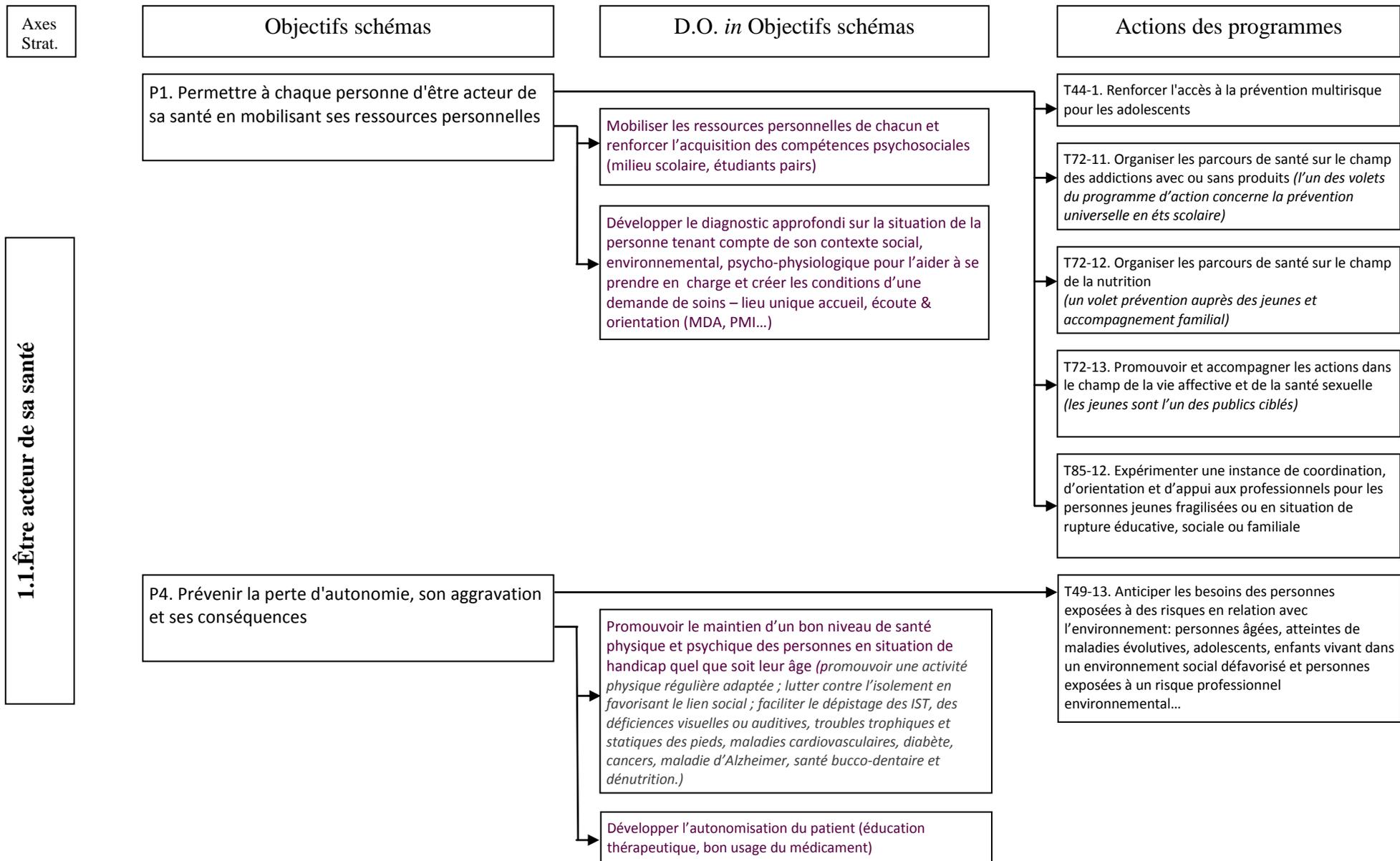
En 2012, les actions des feuilles de route étaient référées aux objectifs des schémas.

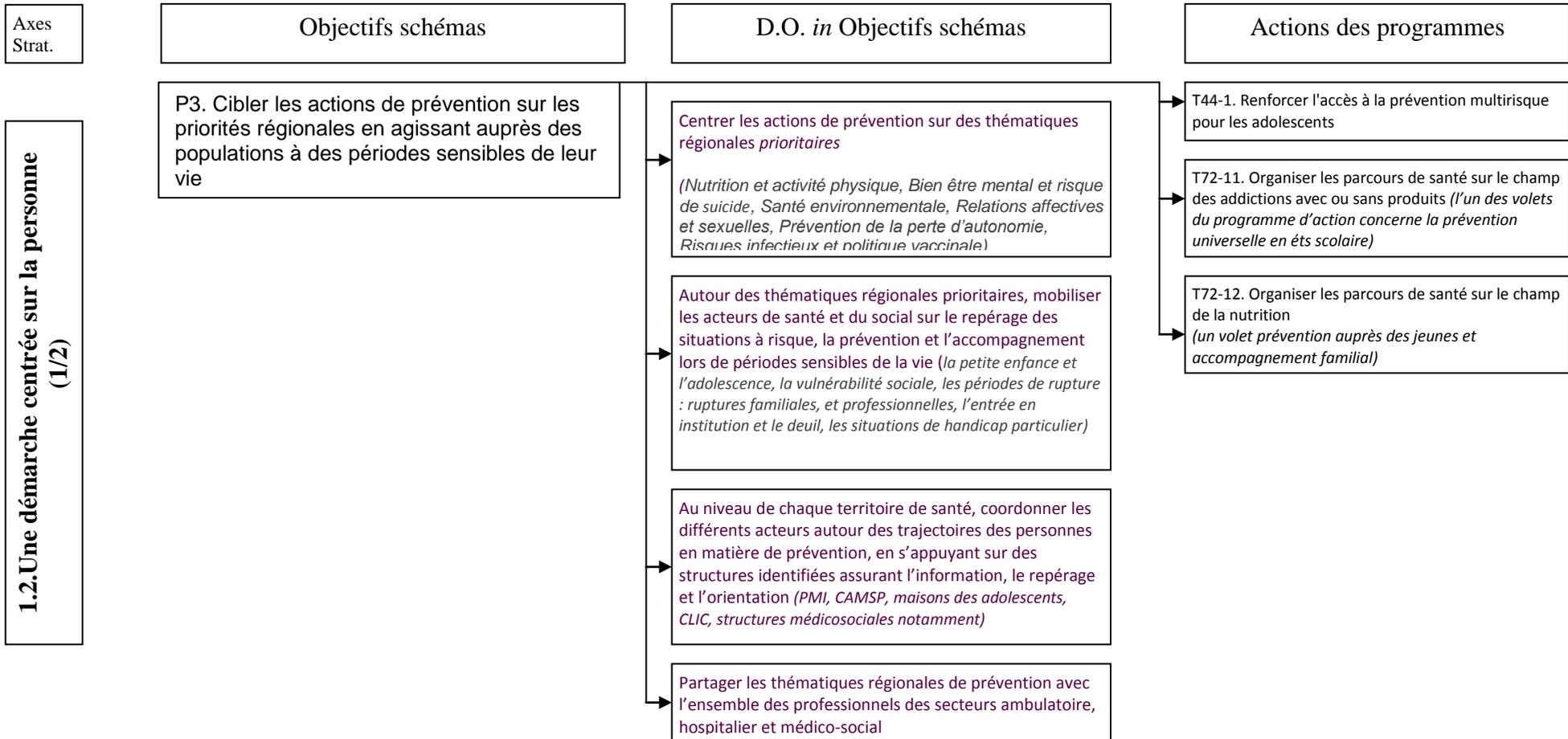
3 objectifs ont été significativement investis dans les actions des feuilles de route concernant les jeunes, alors même qu'ils ne comportaient pas nécessairement, dans les schémas, un tel ciblage :

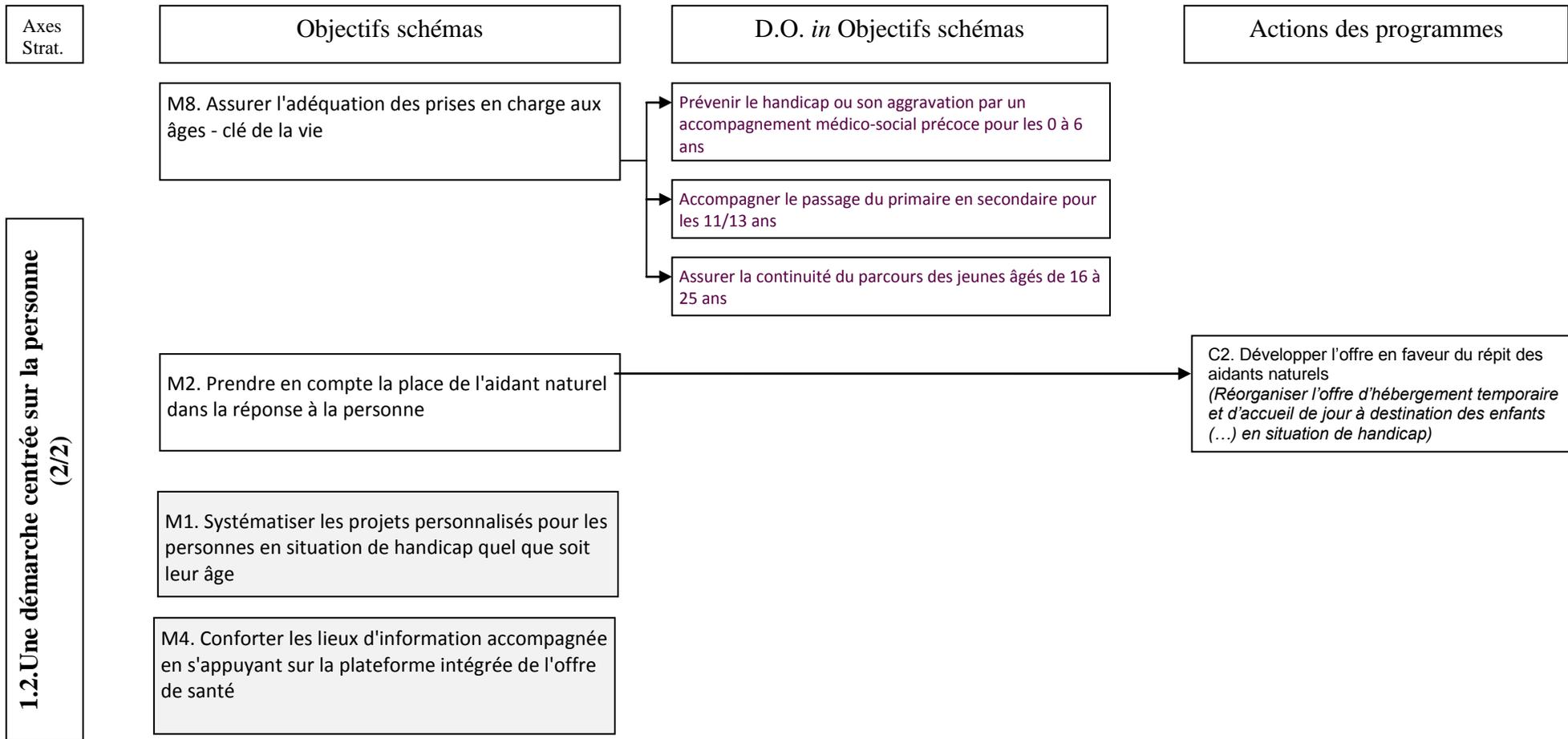
- Le développement des compétences des acteurs de santé en matière de prévention (19 citations)
- L'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention (20 citations)
- L'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité (13 citations)

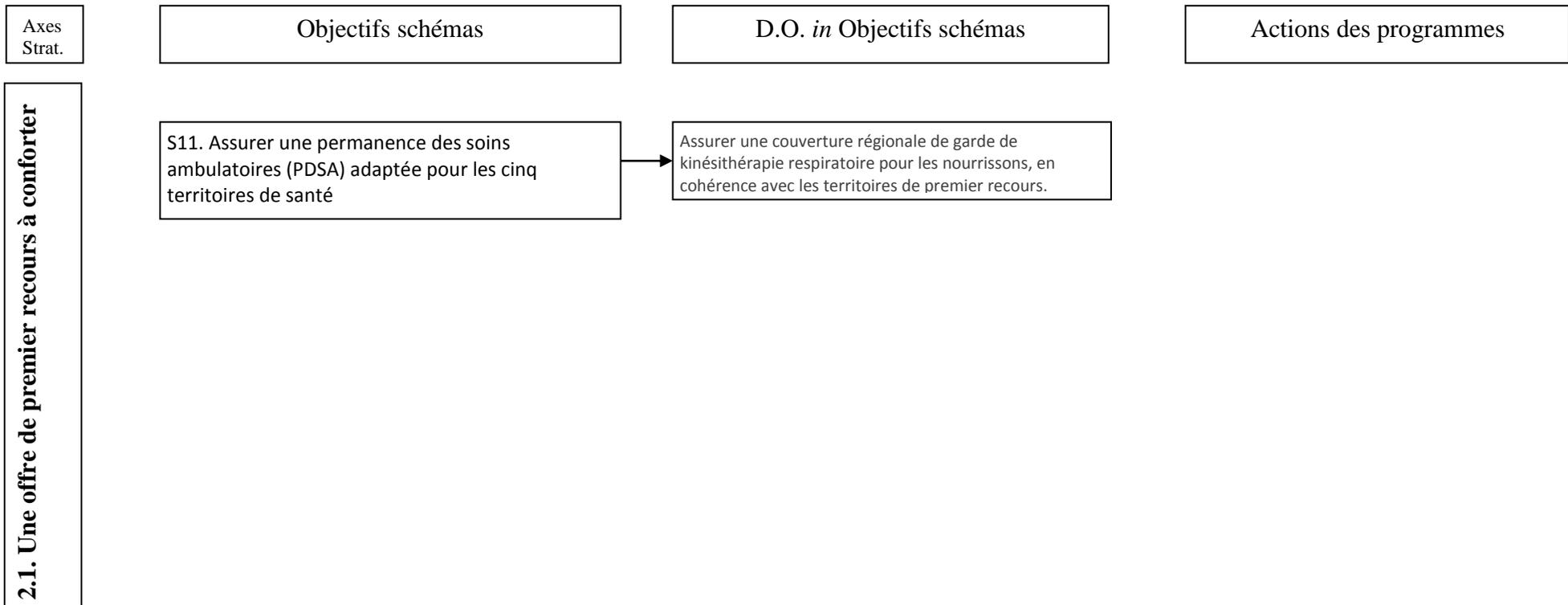
Détail de l'ensemble des objectifs concernés par cette problématique :

- P7. Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité (20 citations)
- P6. Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité (19 citations)
- P13. Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité (13 citations)
- P14. Réduire les impacts de l'environnement sur la santé (6 citations)
- S4. Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne (6 citations)
- S18. Garantir le juste soin (2 citations)
- S30. Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun (1 citation)



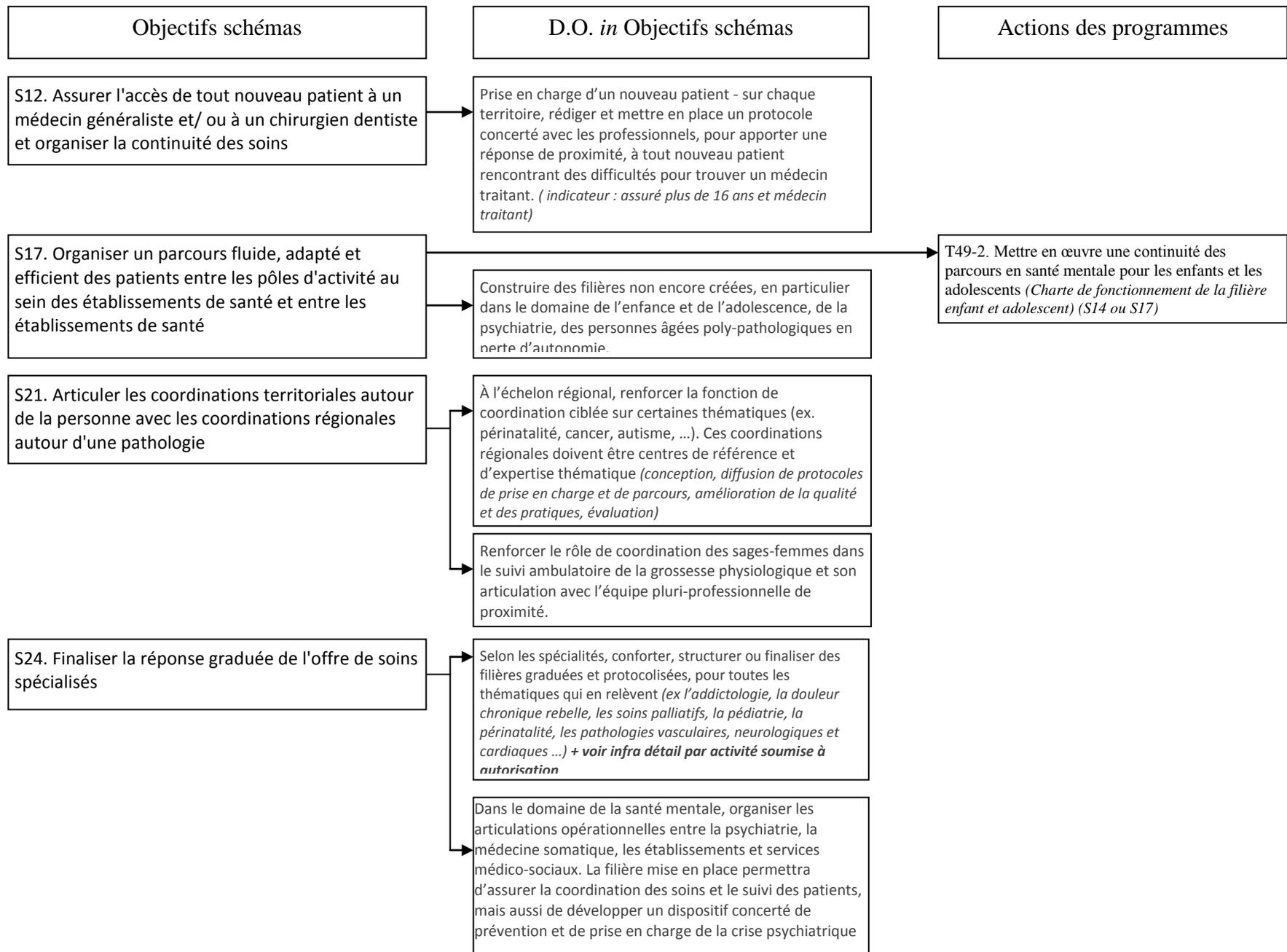


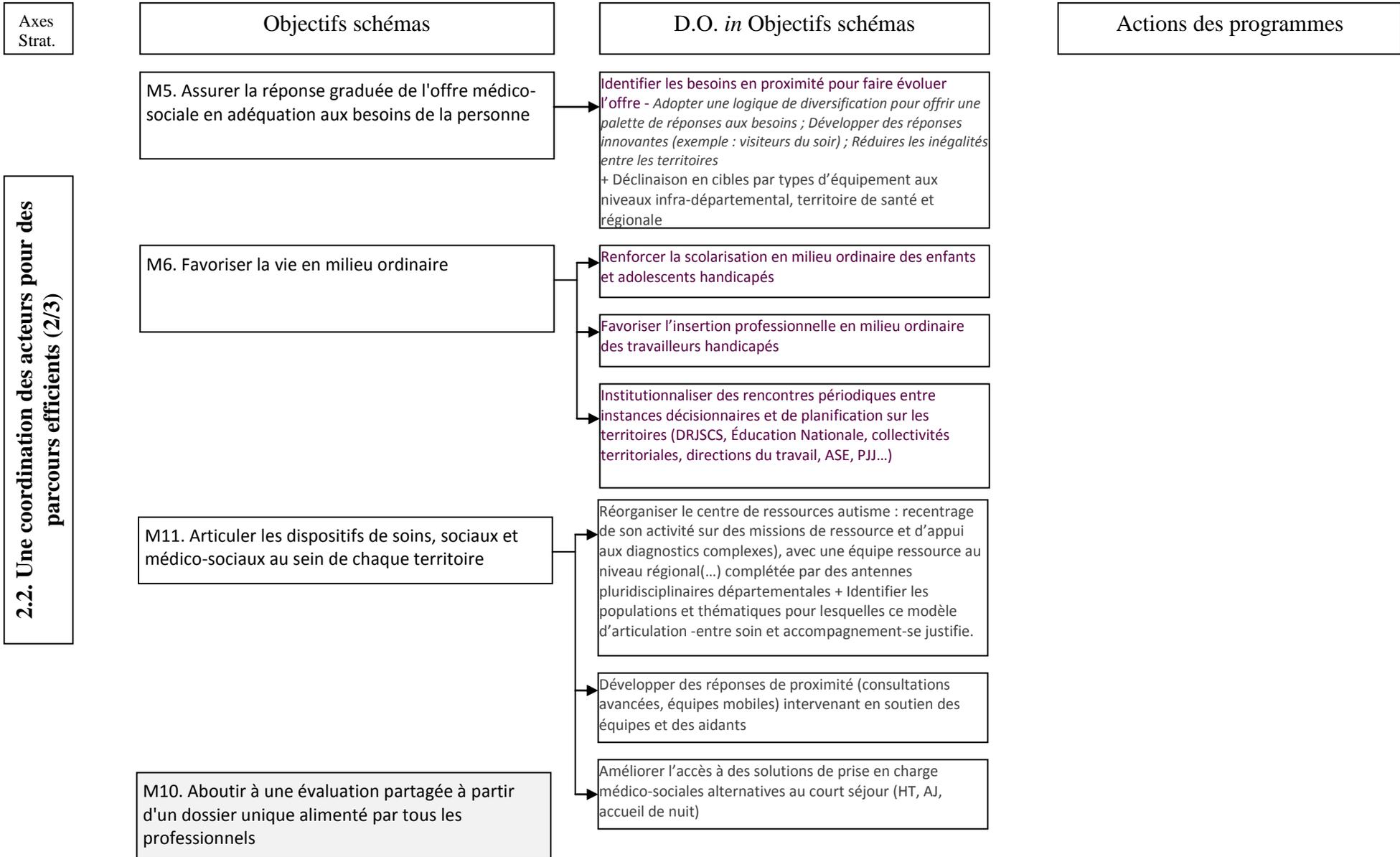


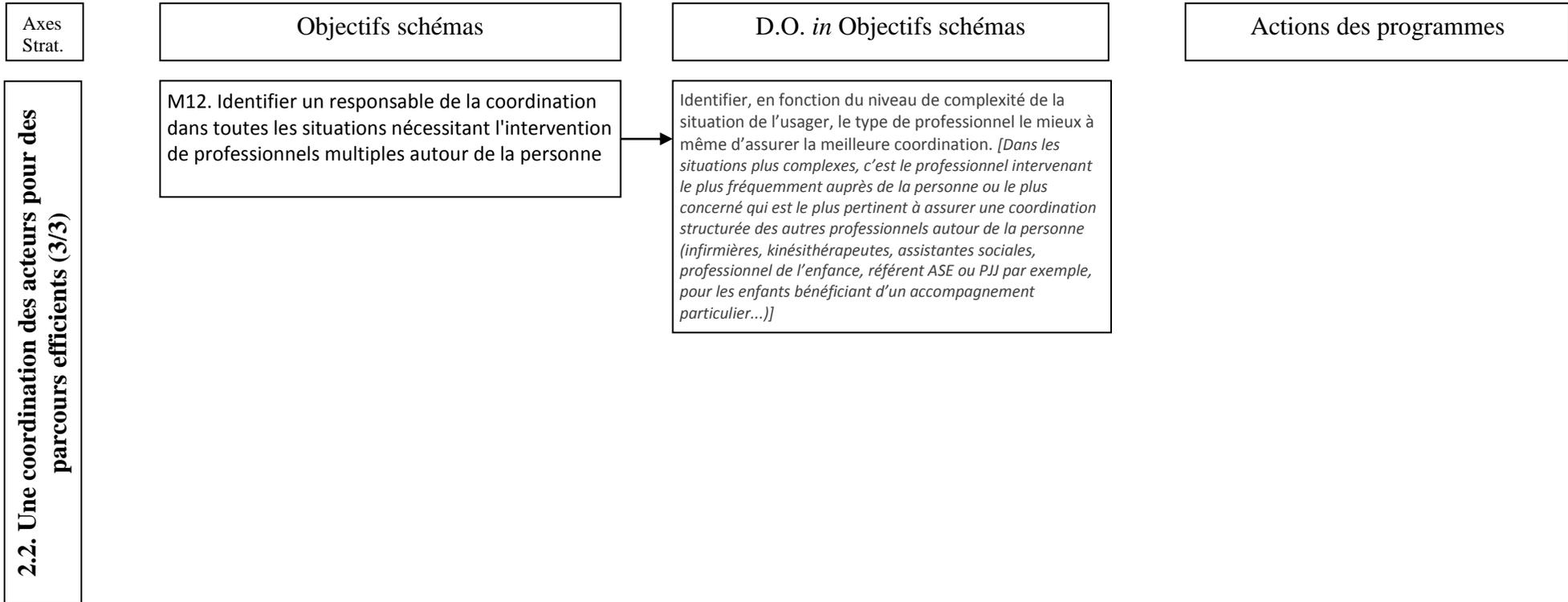


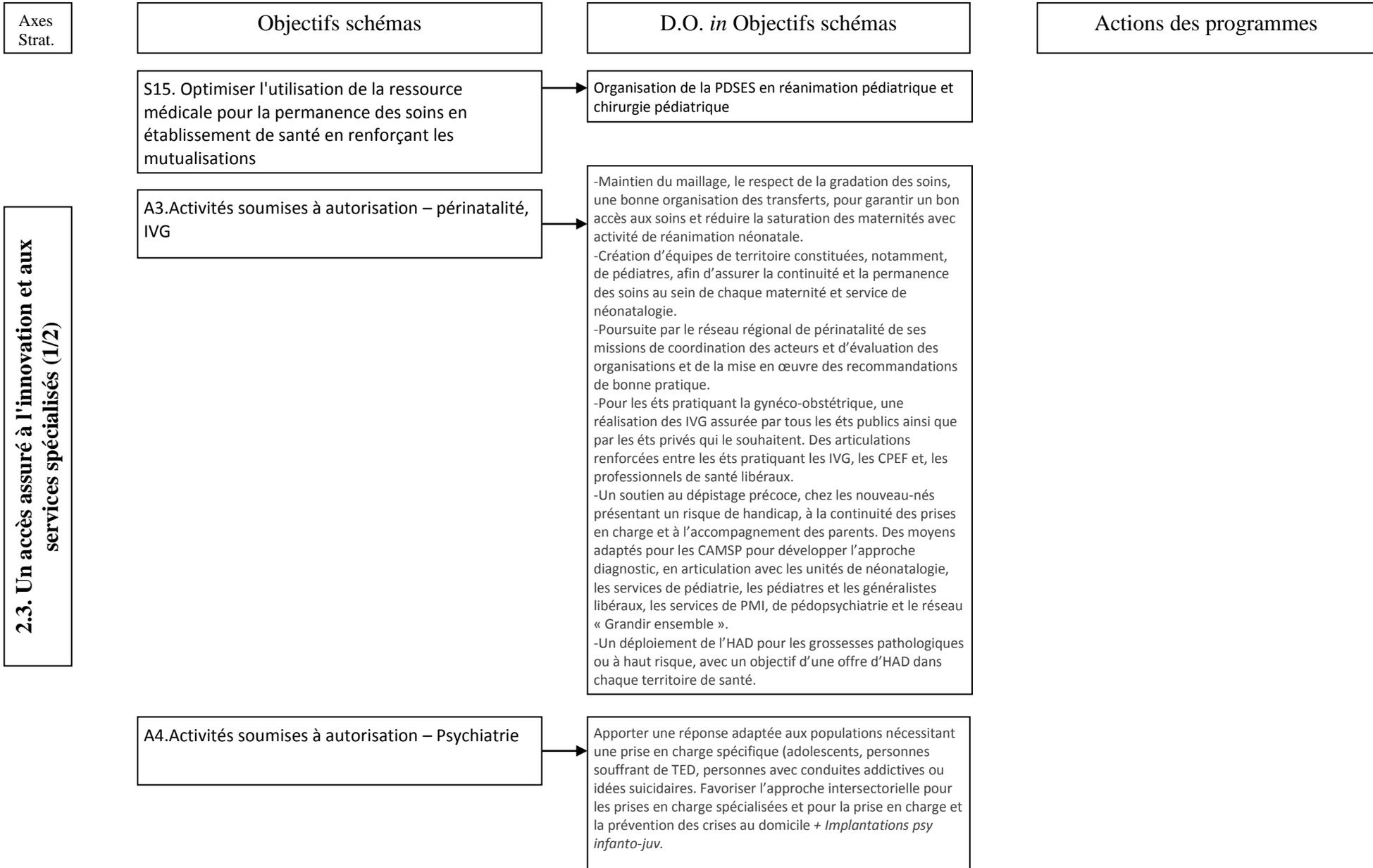
Axes
Strat.

2.2. Une coordination des acteurs pour des
parcours efficients (1/3)



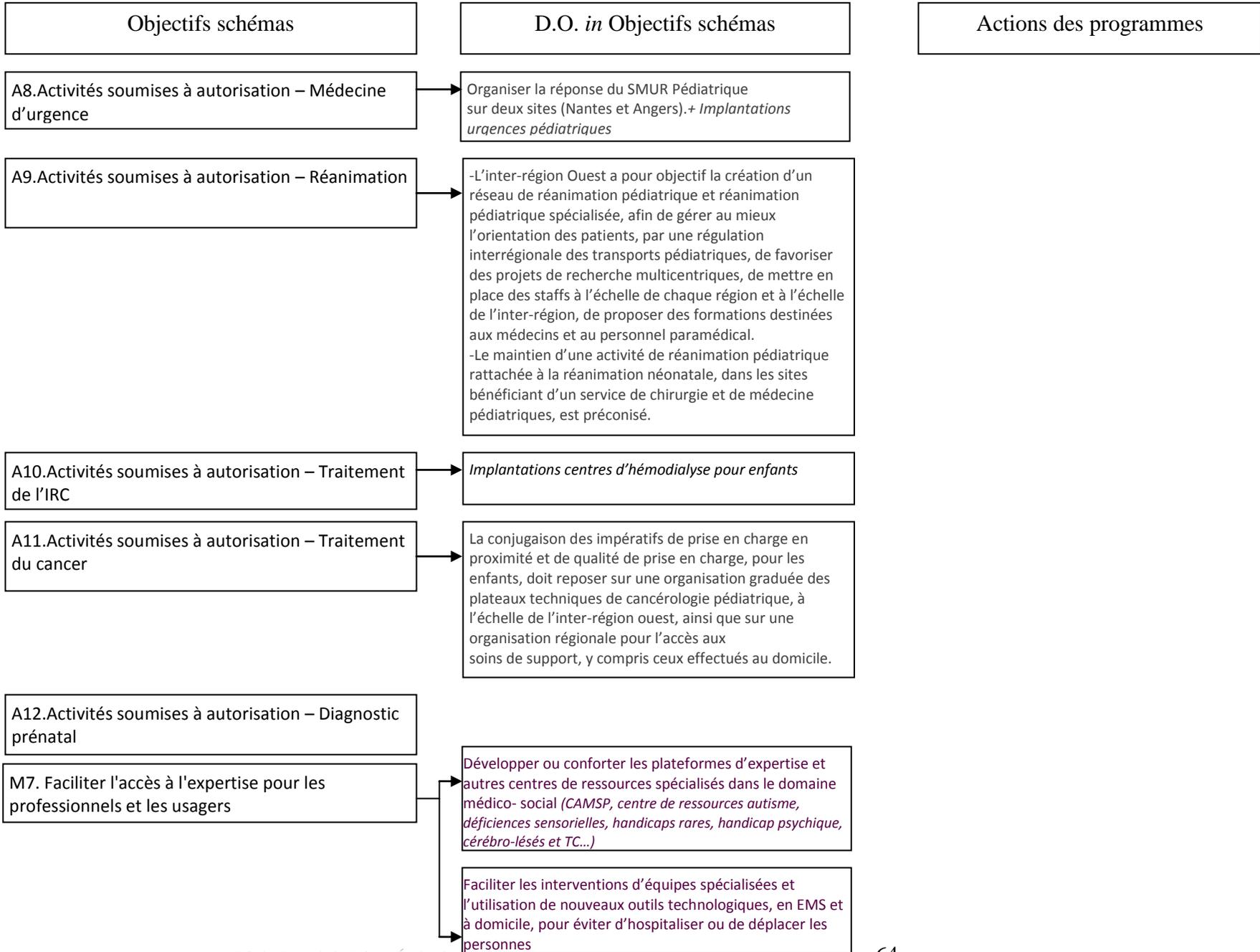


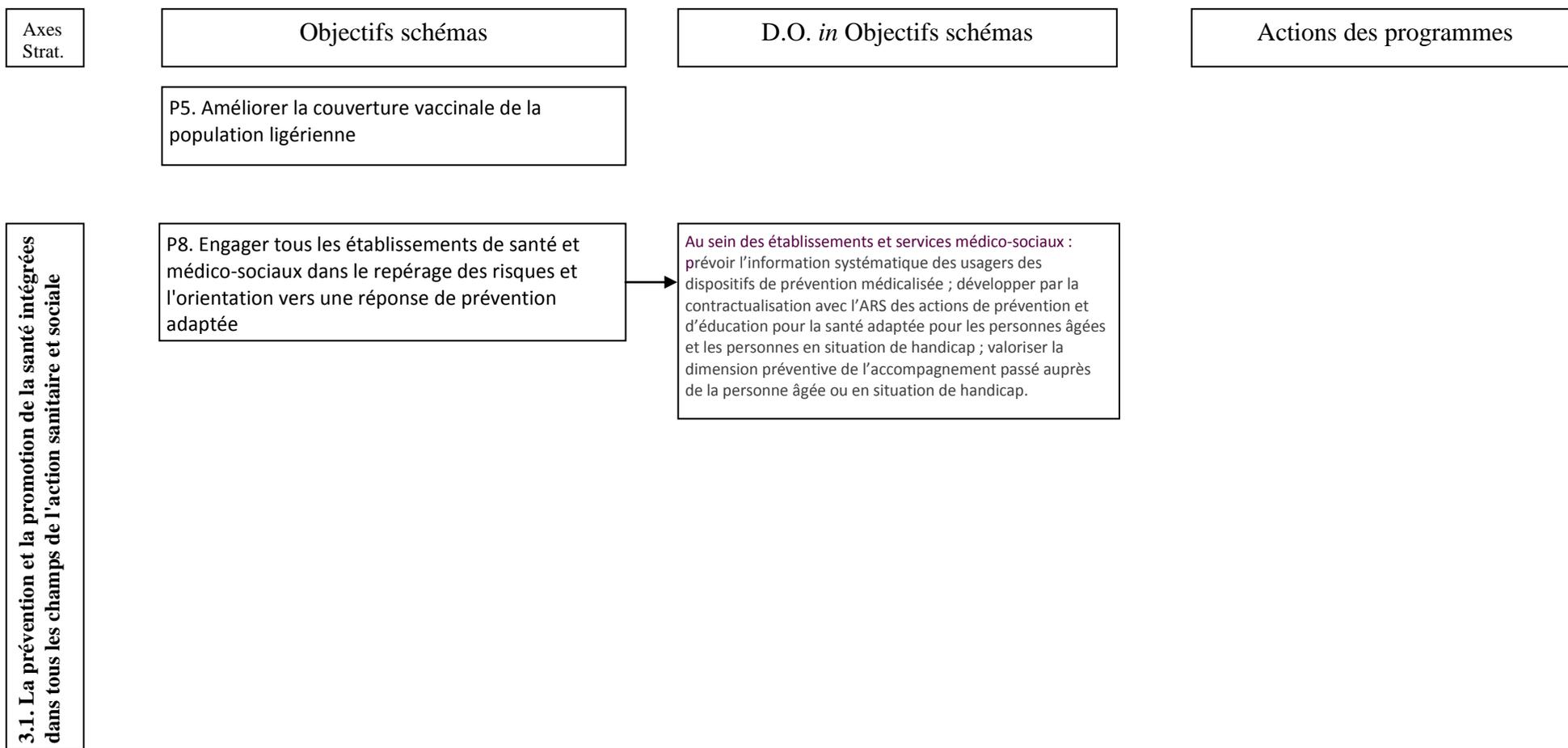


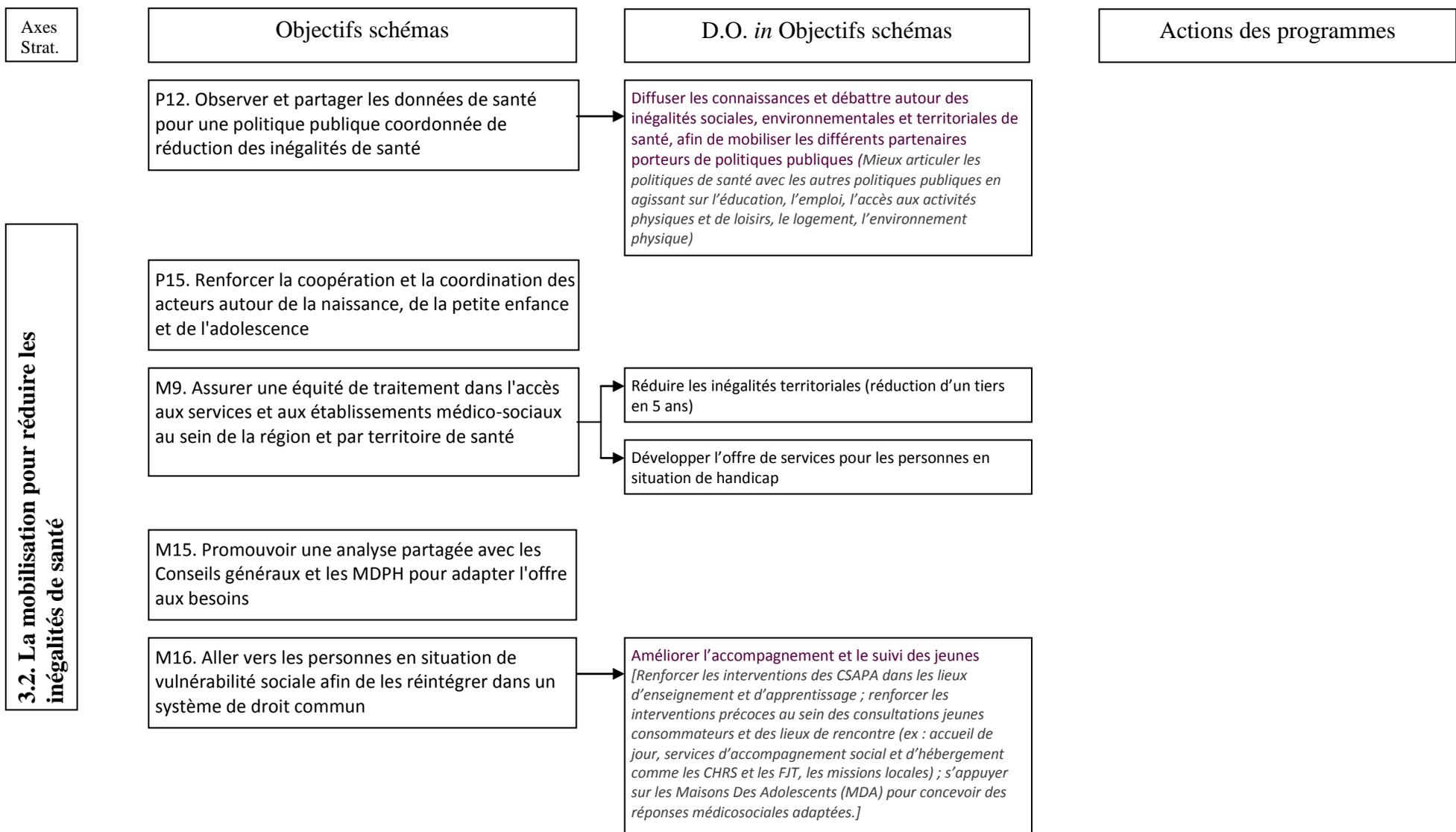


Axes Strat.

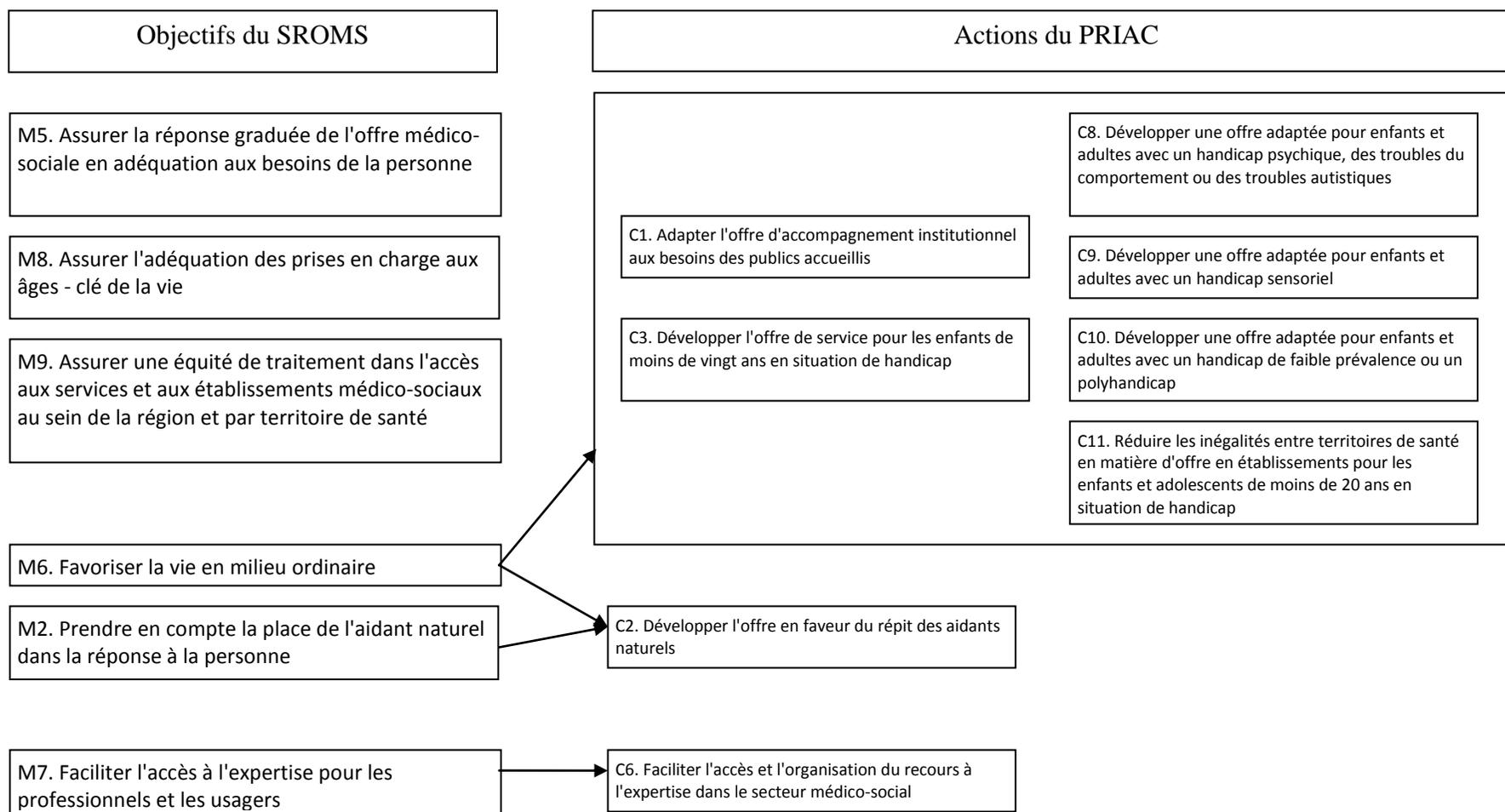
2.3. Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés (2/2)







ZOOM : les actions du PRIAC visant les enfants et jeunes en situation de handicap



7. LES ORIENTATIONS NATIONALES EN MATIERE DE PREVENTION CONCERNANT LES JEUNES

Un guide avait été produit en 2011 par le Ministère de la Santé pour aider les ARS dans la construction des schémas régionaux de prévention. Ce document affirmait une priorité sur la santé des enfants et jeunes, mais sans cibler de thématiques toujours et partout prioritaires (à l'exception de la vaccination), indiquant que la fixation des priorités relevait d'une analyse régionale concertée. Il rappelait néanmoins la liste des plans que les schémas régionaux de prévention devaient décliner, et notamment le plan santé des jeunes 16-25 ans (plan 2008-2010, en vigueur à l'époque), qui comportait 4 axes :

- Lutter contre les comportements à risque (pratiques addictives, déséquilibres alimentaires et anorexie)
- Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables (développement des MDA, accessibilité à Fil Santé Jeunes, programme expérimental de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire, souffrances psychiques des jeunes notamment celles liées à l'homophobie, repérage et prise en charge de la crise suicidaire, contraception)
- Développer les activités physiques et sportives (en milieu scolaire et universitaire)
- Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé (accès aux droits, consultation annuelle sans avance de frais)

Le plan d'action pour la jeunesse⁴ présenté en 2013 précise que la santé des jeunes sera l'une des priorités de la stratégie nationale de sante, et précise certaines thématiques de prévention qui y figureront : déterminants de la santé (mobilité, nutrition, éducation à la sexualité et la vie affective...) pour lutter contre les inégalités ; prévention et réduction des risques (conduites addictives), actions de prévention et de prises en charge pour les problèmes de santé mentale, notamment pour les pathologies rencontrées dans ces âges.

Enfin, le dossier de presse présentant le projet de loi santé (octobre 2014) ciblait, concernant les enfants et jeunes, les thématiques suivantes : nutrition, alcool, tabac, accès à la contraception.

⁴ Volet santé du plan d'action pour la jeunesse, présenté en comité interministériel de la jeunesse le 21 février 2013, axe « Améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins »

8. LES PUBLICS FRAGILES DEFINIS DANS LES FEUILLES DE ROUTE « BIEN ÊTRE DES JEUNES » DE L'ARS (2012-2014)

- **Des actions spécifiques pour les jeunes en situation de fragilité**

En **2012** : Une action spécifique « *Agir en faveur des jeunes en situation de rupture* », et quelques éléments sur des publics fragiles identifiés dans l'action « *Améliorer la coordination des acteurs pour des parcours adaptés et sans rupture* ».

En **2013** : Une action spécifique « *Améliorer les parcours des jeunes de moins de 20 ans en situation de fragilité* » (incluant les jeunes en situation de handicap)

En **2014** : Deux actions spécifiques : « *Renforcer la prévention à destination des jeunes en situation de fragilité* » et « *Améliorer l'accompagnement et le parcours de prise en charge des jeunes en situation de fragilité* »

- **Des publics en situation de fragilité identifiés**

En **2012**, sont visés dans les publics en situation de rupture :

- jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance,
- personnes confrontées à une addiction,
- jeunes souffrants de troubles du comportement et de la conduite,
- personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale (incluant la problématique suicidaire)

A ces publics s'ajoutent les jeunes en situation de handicap, étant visés explicitement amendements Creton, polyhandicap, autisme et TED, déficients sensoriels, jeunes pris en charge de façon inadéquate dans le secteur sanitaire, «enfants de handicaps complexes »

En **2013** :

- jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement (avec dispositif ITEP)
- mineurs présentant des troubles du comportement
- Amendement Creton
- handicap rare
- enfants et adolescents souffrant de troubles ou handicap psychiques
- personnes ayant des conduites addictives
- jeunes en situation de précarité (avec Maisons des Adolescents et Missions Locales)
- problématiques de santé mentale des jeunes
- personnes détenues mineures
- femmes enceintes confrontées à une addiction
- nouveau-nés (dépistage précoce de la surdité)

En **2014** :

- jeunes précaires ou fragiles (Maisons des Adolescents)
- jeunes sous main de justice (suicide)

- jeunes de la Protection judiciaire de la Jeunesse (alimentation, accès aux droits et aux soins, addictions)
- patients mineurs sous main de justice
- Mineurs victimes d'abus sexuels et mineurs auteurs de violences sexuelles
- jeunes suivis dans les missions locales (addictions et programme plus général de prévention)
- personnes en situation de grande vulnérabilité (et addictions)
- enfants atteints de cancer
- jeunes souffrant d'addictions

Non identifiés comme fragiles, mais ciblés spécifiquement :

- étudiants, apprentis et jeunes travailleurs
- scolaires, jeunes adultes vivant en habitat social, jeunes sous main de justice, jeunes en situation de handicap, en situation de précarité... (éducation sexualité)
- jeunes en situation de handicap (prévention)
- enfants (dépistage précoce des troubles autistiques et autres)
- femmes enceintes isolées (PANJO)

Et en matière de handicap :

- jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement
- jeunes à difficultés multiples (contexte social difficile, troubles du comportement, déscolarisation...)
- enfants souffrant de troubles des apprentissages et du langage
- jeunes souffrant de syndrome autistique et TED sévères
- jeunes vivant avec un handicap ou un trouble psychique
- publics à besoins complexes (personnes handicapées, personnes vulnérables) (prise en charge bucco-dentaire)
- personnes confrontées à une addiction
- enfants en situation d'attente d'un accompagnement par les SESSAD
- déficience sensorielle avec troubles associés

9. PRESENTATION DES INVESTIGATIONS ET SOURCES

L'équipe d'évaluation remercie l'ensemble des contributeurs de cette évaluation, qui ont accepté de consacrer du temps à cette démarche et ont mis à sa disposition des données et documents.

Méthode générale
<p>Les informations issues de chacune des sources visées ci-après ont été classées dans un tableau général de collecte adossé au référentiel, les informations y étant ventilées par indicateur.</p> <p>C'est par la synthèse de ces informations (par indicateurs ou par groupe d'indicateurs) que les constats soumis au Comité de Pilotage ont été libellés, avec le souci d'apporter les informations les plus précises possible tout en respectant l'anonymat des sources – engagement pris auprès des contributeurs de cette évaluation.</p>

1) Entretiens (individuels ou collectifs)

51 entretiens menés

Méthode
<p>Des grilles d'entretien ont été construites à partir du référentiel d'évaluation, sériant les questionnements en fonction du type d'acteurs rencontrés. Elles comportaient quelques questions génériques posées à pratiquement tous les acteurs.</p> <p>Les informations recueillies ont été consignées dans le tableau général de collecte visé <i>supra</i>.</p>

ARS			
Marie – Paule	de RUSUNAN	ARS	(groupe transversal addictions)
Patricia	PRIMA	ARS	(groupe transversal addictions)
Gwendoline	de GUENYVEAU	ARS	(groupe transversal Jeunes de moins de 20 ans)
Hélène	de SEVERAC	ARS	(groupe transversal santé mentale)
Fabienne	BIAIS- DEFFRENNES	ARS	(DAS/ DAMS)
Armelle	TROHEL	ARS	(DAS/ DAMS)
Patricia	SALOMON	ARS	(DAS/ DAMS)
Christine	FONTAINE	ARS	(DEO/ DMS)
Elodie	PERIBOIS	ARS	(DEO/ DMS)
Isabelle	SUIRE	ARS	(DEO / DCPS)
Vincent	MICHELET	ARS	(DEO / DCPS)
François	SEMECURBE	ARS	(DPPS/DOA)
Anne – Cécile	MAGOUAROU	ARS	(DPPS/DOA)
Sylvain	POTIER	ARS	(DPPS/VSS)
Véronique	BLANCHIER	ARS	(DPPS/ DPSP)

Daniel	RIVIERE	ARS	(DPPS/ DPSP)
Marie – Annick	PRAT	ARS	(DPPS/VSS)
Pierre	BLAISE	ARS	(DPRS)
Annie	LE GUEVEL	ARS	(DRUP)
Annyvonne	BERTHE	ARS	(DT44)
Didier	BERLINET	ARS	(DT44)
Danielle	DAUDET	ARS	(DT49)
Dominique	HISTACE	ARS	(DT49)
Monika	KUMAR	ARS	(DT 53)
Sylvie	BASTARD	ARS	(DT 72)
Colette	POTTIER- HAMONIC	ARS	(DT 72)
Alain	CHARPENTIER	ARS	(DT 72)
Pascale	CHESSE	ARS	(DT85)
Sylvie	CAULIER	ARS	(DT85)
Soleyma	BLANCHARD	ARS	(DT85)

Intervenants en prévention

Guillaume	ROUETTE	Association Avenir Santé
Martine	METIVIER	Association Recherche et Rencontre
Charles	COURNAULT	EVEA/ACPA
Patrick	LAMOUR	IREPS
Jessica	SAILLARD	IREPS
Mélanie	DEROUET	IREPS
Christel	FOUACHE	IREPS

Structures intervenant auprès du public jeunes

Yannick	ULMANN	Union Régionale des Missions Locales
Gaël	RANNOU	Union Régionale des Missions Locales
Benoît	DRAPEAU	Union Régionale des Missions Locales
Patrick	COTTIN	Maison des Adolescents de Loire – Atlantique
Jean – Bernard	GARRE	SUMPPS Angers
Céline	RIOUAL	SUMPPS Angers
Florence	CUCHET- ROQUELAURE	SUMPPS Angers
Dominique	FLAMENT	SUMPPS Angers
Lauren	TURPIN	SUMPPS Angers
Sophie	ZWICKERT- BRIÈRE	SUMPPS Le Mans
Samuel	MAINGUET	URHAJ
Claire	PAILLE	URHAJ

Acteurs du champ médico-social personnes handicapées		
Daniel	PINSON	Association Jeunesse et Avenir
Nathalie	FERRIER	ASEA 49 (pôle médico-social)
Corinne	PICHELIN	CREAI
Christophe	RABILLER	IME Le Val d'Yon
Stéphane	CHAUMIER	ITEP Les Aubrys
Rémy	LEBLANC	GEIST 53
Amandine	ROUFFIAT	URIOPSS
Anne – Cécile	FOURRAGE	URIOPSS
Rémi	TURPIN	Représentant des usagers à la CRSA – personnes en situation de handicap (APAJH 44)
Jean	CHENEAU	Représentant en Conseil de vie sociale (APAJH 44)
Mewen	QUECHON	Représentant en Conseil de vie sociale (APAJH 44)
Stéphane	JUVINEAU	Représentant en Conseil de vie sociale (APAJH 44)
Jocelyne	ROLLAND	Salariée APAJH 44
Sylvie	CAMPOS	Salariée APAJH 44
Corinne	PAGES	Salariée APAJH 44

Administrations et collectivités locales		
Soazig	PIOU	Conseil Régional des Pays de la Loire
Marie-Christine	VIDAL	Rectorat
Jean-Michel	LABBAY	Rectorat
François	LACO	DRJSCS
Carine	VERITE	DRJSCS
Sylvie	DOUILLARD	DSDEN 85
Christine	VOISIN	DSDEN 85
Nathalie	LE BARAZER	DRPJJ Pays de la Loire
Marc	DUBREUIL	DTPJJ Loire Atlantique – Vendée
David	CHAILLOT	Ville de La Roche Sur Yon
Céline	MESSAGER	Ville de La Roche Sur Yon
Karine	FOUQUET	Ville de Laval

Autres (SRAE, professionnels de santé...)		
Florence	RAMBAUD-GRESLIER	Réseau régional santé sexuelle
Bernard	BRANGER	Réseau sécurité naissance
Anne – Sophie	COUTIN	Réseau sécurité naissance
Corinne	DELON-SAUMIER	CHS George Mazurelle
Daniel	ROUSSEAU	Psychiatre intervenant au Village Saint Exupéry, Angers

2) Enquêtes

- Enquête sur plateforme web SOLEN auprès des établissements et services accompagnant des jeunes en situation de handicap (fichier d'envoi sur la base de 262 numéros FINISS. Nombre

global de répondants = 62, soit 23,7% ; le taux de réponse est cependant variable selon les items car aucune question n'était obligatoire).

- Enquête sur plateforme web SOLEN auprès des 5 maisons départementales des personnes handicapées / maisons départementales de l'autonomie de la région (2 réponses)
- Enquête par courrier auprès des services des conseils généraux concernés par les questions de bien être des jeunes (2 réponses)

3) Exploitation de bases de données et de données quantifiées

Extraction de bases de données existantes et/ ou construction d'une base de données spécifique en mobilisant plusieurs sources et/ ou consultations de bilans quantifiés

Sources utilisées :

- Extraction de la base OSCARS années 2010, 2011 et 2012
- Liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville (source : Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains)
- Liste des établissements scolaires en Pays de la Loire (source : Site Internet du Rectorat)
- ARS Pays de la Loire, *L'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap dans la région Pays de la Loire en 2012* », 70 pages
- ARS des Pays de la Loire, *Evolution de l'offre médico-sociale en Pays de la Loire depuis 2010*, 18 juillet 2014, 10 pg
- Contrats locaux de santé (pour la liste des communes couvertes)
- Recueils STATISS (éditions 2006 à 2014)
- Liste des sites MDA y compris antennes (source : site Internet de l'ANMDA)
- Liste des CIJ et PIJ en région (source : site Internet du CRIJ)

Dont sources non publiées

- Liste des Sites Missions Locales 2012 (y compris antennes) (source : évaluation des points Ecoute Jeunes dans les Missions locales 2012 – voir infra sources consultées).
- Données de population par âge et par commune INSEE 2011
- Bilan des actions de promotion de la santé dans les établissements scolaires financées par l'ARS en 2013
- Liste des établissements relevant de dispositifs d'éducation prioritaire (REP ou ECLAIR) (source : Rectorat)
- Tableaux de bord de la scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Nantes (années scolaires 2011/2012 et 2013/2014)
- Récapitulatif des objectifs inscrits dans les CPOM entre l'ARS et les établissements de santé.

4) Analyse de documents administratifs

Méthode
Les documents ont été analysés sur la base de grilles de questionnements construites à partir du référentiel de l'évaluation. Les informations issues de cette analyse ont été synthétisées et introduites dans le tableau général de collecte.

- *Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et ses partenaires (et leurs annexes) – Documents non publiés*

Nb : sont ici indiqués tous les CPOM examinés, y compris ceux dont l'analyse approfondie n'a pas été réalisée dans la mesure où leur objet ne concernait pas le public des jeunes.

- *Opérateurs en prévention et promotion de la santé*
 - Alcool Assistance Région Ouest (2014-2016)
 - ANPAA (2012-2014)
 - Espace Vendéen En Addictologie (EVEA) (2012-2013)
 - Air Pays de la Loire (2013-2015)
 - Musazik (2013-2015)
 - Banque Alimentaire (2014-2016)
 - AIDES (2014-2016)
 - Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT) (2014-2016)
 - Avenir Santé (2014-2016)
 - Comité régional EPPM (2014-2016)
 - Recherche et Rencontre (2014-2016)
 - Sida Info Service – Animation (2014-2016)
 - SUMPPS de l'Université d'Angers (2014-2016)
 - Comité Régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire des Pays de la Loire (2014-2016)
 - Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé des Pays de la Loire (2014-2016)

- *Centres ressources*
 - SRAE Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble (2014-2017)
 - SRAE Réseau Régional de Santé Sexuelle des Pays de la Loire (2013-2015)
 - Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) des Pays de la Loire (2013)

- *Documents contractuels entre l'ARS et d'autres administrations et institutions (hors contrats locaux de santé) (les documents grisés sont non publiés)*

Co-contractant	Libellé du document	Date de signature
Conseil Régional des Pays de la Loire	<i>Protocole de travail et d'échange</i>	2 mai 2011
Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	<i>Document d'objectifs partagés</i>	25 juin 2012
Rectorat de l'Académie de Nantes	<i>Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé</i>	29 mai 2012
Rectorat de l'Académie de Nantes	<i>Convention cadre en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap</i>	3 décembre 2012
Direction Interrégionale Grand Ouest de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	<i>Convention de partenariat en promotion de la santé et prévention</i>	9 octobre 2014
Union Régionale de l'Association des Directeurs de l'Enseignement Libre (URADEL)	<i>Contrat de partenariat en promotion et protection de la santé</i>	20 octobre 2014
Acteurs de la protection de l'enfance en Sarthe (Préfecture, Conseil Général, Justice et PJJ, ARS, collectivités locales, services de police et de gendarmerie, établissements hospitaliers, Rectorat, Direction diocésaine de l'enseignement catholique, association des maires de la Sarthe...)	<i>Protocole départemental de coordination pour la protection de l'enfance en Sarthe (Actualisation 2012)</i>	31 janvier 2013

➤ **Contrats locaux de santé**

- Nantes
- Angers
- Trélazé
- Craon – Renazé
- Laval
- Mayenne
- Allonnes – Coulaines – Le Mans
- Pays de la Chataigneraie
- La Roche sur Yon
- L’Ile d’Yeu

➤ **Compte – rendu de séances des Commissions de Coordination des Politiques Publiques en prévention (documents non publiés)**

Séances des :

- 07/02/2012
- 11/05/2012
- 25/09/2012
- 18/12/2012
- 26/03/2013
- 27/09/2013
- 03/12/2013
- 21/03/2014

➤ **Compte – rendu de séances des Commissions de Coordination des Politiques Publiques médico-sociales (documents non publiés)**

Séances des :

- 08/09/2010
- 08/09/2010
- 26/01/2011
- 09/06/2011
- 04/10/2011
- 21/02/2012
- 12/07/2012
- 14/11/2012
- 19/03/2013
- 03/07/2013
- 10/10/2013
- 07/02/2014
- 20/06/2014
- 26/11/2014

➤ **Documents de programmation**

- Projet régional de santé
- Annexes au projet régional de santé
- Feuilles de route Bien Être des Jeunes de moins de 20 ans (années 2012, 2013 et 2014)
- Feuilles de route Promotion de la Santé et Prévention (années 2012, 2013 et 2014)
- Feuilles de route territoriales Loire – Atlantique (années 2012 et 2013)⁵
- Feuilles de route territoriales Maine – et – Loire (années 2012 et 2013)
- Feuilles de route territoriales Mayenne (années 2012 et 2013)
- Feuilles de route territoriales Sarthe (années 2012 et 2013)
- Feuilles de route territoriales Vendée (années 2012 et 2013)

- Plan régional sport santé bien être 2013-2016 Pays de la Loire, 17 juin 2013

⁵ La feuille de route Bien Être des Jeunes, en 2014, visait les actions inscrites dans les feuilles de route territoriales pour l’année 2014.

- Charte régionale pour l'accès aux activités physiques et sportives des jeunes des personnes en situation de handicap en Pays de la Loire, 17 décembre 2012
- Région des Pays de la Loire, *Schéma régional formations, santé, social et territoires 2011-2016*
- Plan Régional de Santé Publique 2006 – 2009 (en particulier le volet « Bien Grandir »)

5) Appels à projet en prévention et promotion de la santé (les documents grisés sont non publiés)

- Guides des porteurs de projet (années 2012, 2013 et 2014)
- Cahiers des charges de l'appel à projet Conduites Addictives (années 2012, 2013 et 2014)
- Cahiers des charges de l'appel à projet Alimentation et activités physiques et sportives (années 2012, 2012 et 2013)
- Cahiers des charges de l'appel à projet Plan régional santé - environnement (années 2012, 2012 et 2013)
- Cahiers des charges de l'appel à projet Santé mentale - suicide (années 2012, 2012 et 2013)
- Cahiers des charges de l'appel à projet Relations affectives et sexuelles (années 2012, 2012 et 2013)
- **Eléments d'instruction des appels à projets sur ces cinq thématiques (2014)**

6) Rapports d'activité (les documents grisés sont non publiés)

- **Rapports d'activité 2013 des Maisons des adolescents de la Loire – Atlantique, du Maine et Loire, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée (documents non publiés)**
- **Synthèses d'activité 2011, 2012 et 2013 de l'IREPS des Pays de la Loire**
- **Rapport d'activité 2013 du Centre Ressources Autisme des Pays de la Loire**
- Rapport d'activité 2013 du Réseau Sécurité Naissance

7) Autres sources mobilisées ou consultées (les documents grisés sont non publiés)

- Académie de Nantes - ARS des Pays de la Loire, *Education pour la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*, septembre 2014, 20 pg
- Académie nationale de médecine, *La prévention en santé chez les adolescents*, 17 juin 2014, 55 pages
- Cécile ALLAIRE (INPES), *L'accessibilité de l'information en santé : vers la conception universelle*, présentation aux journées de l'INPES de juin 2014, lors de la session « Rendre l'information en santé accessible au plus grand nombre : un enjeu de santé publique »
- ANESM, *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, Recommandations de bonnes pratiques*, juillet 2013, 130 pg
- ARS Pays de la Loire, *Diagnostics flash par territoire de santé de proximité*, juin 2013

- ARS Pays de la Loire, Dossier de presse « *Bilan de 4 ans d'action de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire sous la Direction générale de Marie-Sophie Desaulle* », 22 septembre 2014
- ARS Pays de la Loire, Association Régionale des Missions Locales des Pays de la Loire, *Evaluation régionale des points d'écoute psychologique au sein des missions locales (année 2011)*, octobre 2012, 35 pg
- CNSA, présentation de l'expérimentation « dispositif ITEP » (page internet, 18 novembre 2013)
- CNSA, « *Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux* » (Étude qualitative 2009 réalisée par le CREAI Rhône -Alpes, en collaboration avec plusieurs autres CREAI.)
- Comité interministériel du handicap, *Handicap : le défi de l'égalité*, relevé des actions jeunesse identifiées lors de la séance du 25/09/2013
- CREAI Pays de la Loire, *Approche qualitative et quantitative du suivi de l'activité des SESSAD de la Région Pays de la Loire*, mars 2013, 37 pages
- CREAI Pays de la Loire, *Etat des lieux de l'offre de services des CAMSP et CMPP de la Région Pays de la Loire*, mars 2013, 45 pages
- DDCS de Maine et Loire (coord.), *Politiques de jeunesse en milieu rural : Pourquoi, comment ? - Repères, témoignages, perspectives*, 2014, 68 pg.
- DREES, *24 heures chrono dans la vie d'un jeune : les modes de vie des 15-24 ans*, Etudes et Résultats n° 911, avril 2015
- DRJSCS Pays de la Loire, *Prête-moi ton handicap – guide de sensibilisation au handicap*, décembre 2007, 68 pg
- IGAS, *Evaluation du dispositif « maison des adolescents » (MDA)*, octobre 2013, 114 pg
- IGAS, *Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives*, Février 2014, 86 pg
- INPES, dossier «Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap », *in La Santé de l'Homme*, n°412, mars-avril 2011, pg 8-47
- INPES, Ministère de l'Education Nationale, « *La santé des adolescents à la loupe - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010* », Dossier de presse, septembre 2012, 24 pg
- INSEE Pays de la Loire, « *100 000 jeunes supplémentaires d'ici 2040 : un défi à relever pour les Pays de la Loire* », *Étude n° 130*, février 2014, 4 pages
- IREPS Champagne – Ardennes, IREPS Picardie, IREPS Pays de Loire, Observatoire de la santé de la province du Hainaut, Livre blanc « *Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME* », février 2011, 44 pg
- IREPS des Pays de la Loire, *Programme régional pour la prise en compte de la vie affective et sexuelle des personnes vivant avec un handicap mental - Evaluation de l'accompagnement de l'IREPS des Pays de la Loire - Consultation de 10 structures accompagnées par l'Ireps Pays de la Loire*, janvier 2014, 31 pg

- Béatrice LAMBOY (INPES), *Guide d'intervention pour le développement des compétences psychosociales en milieu scolaire*, présentation aux journées de l'INPES de juin 2014, lors de la session « Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes »
- Eric LE GRAND Grand, RAPPORT D'EVALUATION « ESPAIR », pour le Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative dans le cadre du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse, octobre 2012, 76 pg
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *Livre des plans de santé publique – prévention et sécurité sanitaire*, 3^{ème} édition, mai 2011, 90 pg
- Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique, *Schéma Régional de Prévention – guide méthodologique*, 5 novembre 2010, 53 pg
- ORS Pays de la Loire, *La santé des jeunes en Pays de la Loire*, édition 2009, 302 pg
- ORS Pays de la Loire, « Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles », *Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, janvier 2012, 12 pg
- ORS Pays de la Loire, « Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives », *Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, février 2012, 20 pg
- ORS Pays de la Loire, « Surpoids et obésité, activités physiques et sédentaires », *Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, septembre 2012, 16 pg
- ORS Pays de la Loire, « Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents », *Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, février 2013, 20 pg
- ORS Pays de la Loire, *La Santé Observée*, édition 2012 (maj 9/02/2012, site Internet ORS)
- ORS Pays de la Loire, *Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire – Bilan 2013*, 4 pg
- ORS Pays de la Loire, Réseau « sécurité naissance – naître ensemble », *La santé périnatale dans les Pays de la Loire – rapport 2013*, avril 2013, 196 pg
- Pôle régional de compétences en Education et Promotion de la Santé Languedoc-Roussillon, *Périodes propices pour l'éducation pour la santé*, L'astrolabe d'Hygie - Concepts, Pratiques & Politiques, La revue du Pôle, n°5, Janvier 2014, 36pg
- Rectorat de Nantes, *La scolarisation des élèves en situation de handicap dans l'académie de Nantes, Évolution 2006-2014*, Études statistiques n°03, Juin 2015, 5 pg
- L. VACHEY et F. VARNIER (IGF) A. JEANNET et A. AUBURTIN (IGAS), *Etablissements et services pour personnes handicapées – offre et besoins, modalités de financement*, octobre 2012
- Code de l'Éducation (article L. 312-16)
- Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains
- Instruction N° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des

activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012

- Instruction N° DGCS/3C/CNSA/DES/2014/155 du 16 mai 2014 relative au financement des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) en 2014
- Circulaire N° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes
- Circulaire MEN - DGESCO B3-1 n° 2011-216 du 2 décembre 2011, Politique éducative de santé dans les territoires académiques

8) Sites Internet (liste non exhaustive)

- handesir.org
- filsantejeunes.com
- reseau-naissance.fr (Site Internet du Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire)
- inpes.sante.fr
- cnsa.fr
- anmda.fr (site Internet de l'association nationale des maisons des adolescents)
- infos-jeunes.fr (site internet CRIJ Pays de la Loire)
- santepaysdelaloire.com (site Internet commun à l'ORS, l'IREPS, au registre des cancers et au pôle régional de compétences)
- pays-de-la-loire.drjscs.gouv.fr (site Internet de la DRJSCS des Pays de la Loire)

10. BILAN DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES FINANCEES PAR L'ARS EN 2013

1. Méthodologie

Dans le cadre de ses échanges avec les services de l'Education Nationale, l'ARS a réalisé un bilan des actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements scolaires financées par l'ARS en 2013.

Ce document permet d'identifier les thématiques d'intervention, l'identité des opérateurs de prévention et les établissements scolaires ayant bénéficié de ces actions.

L'équipe d'évaluation a pu être amenée à s'appuyer sur l'annuaire académique en ligne du rectorat (permettant de distinguer entre collèges, lycées de différents types, mais également entre établissements publics et privés) pour affiner l'identification des établissements concernés.

Les établissements dont l'appartenance à une catégorie n'a pu être déterminée avec précision (école ou collège ou lycée ou LP, notamment) ont été exclus de l'échantillon.

Ces données ont été analysées, selon les cas, à partir de trois entrées :

- Nombre de thématiques d'intervention (une intervention pouvant concerner une seule thématique)
- Nombre d'interventions dans un établissement donné
- Nombre d'établissements bénéficiaires d'intervention (un établissement a pu bénéficier de plusieurs interventions).

Ces données ont été croisées avec d'autres sources :

- Données de population par commune INSEE 2011
- Liste des établissements relevant de l'éducation prioritaire
- Liste des communes considérées comme rurales (typologie INSEE 2010).

2. Constats extraits de l'analyse de ces données

2.1. Un nombre de structures bénéficiaires par département globalement proportionnel à sa part dans la population régionale 3-25 ans.

L'équipe d'évaluation a comparé la répartition des structures bénéficiaires d'intervention (quelles qu'elles soient, de l'école à l'enseignement supérieur) dans les différents départements et le poids de chaque département dans la population régionale 3-25 ans.

La répartition du nombre de structures bénéficiaires entre départements est globalement cohérente avec la répartition de la population 3-25 ans en région Pays de la Loire. Au plus observe-t-on une légère sous-représentation de la Vendée (8% des structures bénéficiaires pour 16% de la population 3-25 ans) et une légère sur-représentation du Maine et Loire (29% des structures bénéficiaires pour 23% de la population 3-25 ans).

2.2. Une concentration des interventions sur les trois plus grandes villes de la région du collège au lycée

315 interventions en collèges, lycées et LEP sont identifiées dans ce document.

Le croisement de ces données avec les chiffres de population (INSEE 2011) permet d'aboutir aux constats suivants.

3 villes de plus de 130 000 habitants regroupent à elles seules 32 % de ces interventions : Nantes (13%), Angers (12%) et Le Mans (7%).

Ces 3 villes regroupent 14 % de la population des jeunes de 3 à 18 ans de la région (16 % de l'ensemble des habitants de la région).

D'où, en première analyse, une concentration significative des interventions dans établissements scolaires implantés dans les trois plus grandes villes de la région.

2.3. Une concentration qui se retrouve également au niveau des écoles primaires

L'effet de concentration des interventions constaté pour les niveaux collège et lycée peut souffrir d'un biais lié à la couverture du territoire par les établissements scolaires.

La région Pays de la Loire compte 1 496 communes : 984 (66%) sont dotées d'au moins une école élémentaire ou primaire publique (données non disponibles pour établissements privés) ; 210 communes (14%) sont dotées d'au moins un collège (privé ou public), et 89 communes (6%) sont dotées d'au moins un lycée (privé ou public). Ainsi, les établissements sont de plus en plus concentrés sur certaines communes à mesure que le niveau d'enseignement progresse. Nantes, Angers et Le Mans concentrent à elles seules 11% des écoles publiques de la région, 16% des collèges (publics ou privés), 32% des lycées (privés ou publics).

Pour limiter au maximum les erreurs d'interprétation, on peut se concentrer sur les interventions de promotions de la santé en écoles primaires, puisque ces dernières sont les plus répandues sur le territoire.

92 interventions sur les 315 susvisées se sont déroulées en école primaire.

44 interventions (48%) dans les écoles primaires de Nantes, Angers et le Mans

12 (13%) dans des communes entre 25 000 et 100 000 habitants

13 (14%) dans des communes entre 5000 et 25 000 habitants

15 (16%) dans des communes de moins de 5000 habitants

Si l'on observe un effet de concentration des interventions, il apparaît principalement lié aux interventions dans les trois plus grandes villes de la région.

Nantes, Angers et Le Mans représentent :

- 11% des écoles primaires publiques
- 13% de la population régionale 3-10 ans
- 48% des interventions de promotion de la santé financées par l'ARS dans des écoles primaires (publiques ou non) en 2013.

Le poids de ces trois villes dans la répartition des interventions de promotion de la santé dans les écoles primaires financées par l'ARS est donc plus que proportionnelle au poids de ces communes, tant en termes d'équipement scolaire que de poids démographique sur la tranche d'âge concernée.

2.4. Une part des collèges et lycées ruraux dans les établissements bénéficiaires d'actions de promotion de la santé financées par l'ARS cohérente avec la répartition de ces établissements sur le territoire, en 2013.

L'INSEE a procédé en 2010 à une identification des « unités urbaines » (cf. encadré pour les définitions). La ventilation des communes entre ces catégories permet d'identifier les communes rurales (qui ne sont pas dans les tranches d'unités urbaines définies).

Qu'appelle – t – on une commune rurale ?
Classification des unités urbaines – INSEE 2010
<p>En 2010, l'INSEE a publié une classification des unités urbaines. Elles sont définies comme suit : « On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. »</p> <p>Par construction, toute commune qui ne relève pas d'une unité urbaine est une commune rurale.</p> <p>Les tranches d'unités urbaines définies sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 Commune rurale - 1 Commune appartenant à une unité urbaine de 2 000 à 4 999 habitants - 2 Commune appartenant à une unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants - 3 Commune appartenant à une unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants - 4 Commune appartenant à une unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants - 5 Commune appartenant à une unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants - 6 Commune appartenant à une unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants - 7 Commune appartenant à une unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants - 8 Commune appartenant à l'unité urbaine de Paris <p>A noter que cette typologie n'est plus celle utilisée actuellement, une nouvelle ayant été construite par l'INSEE depuis 2010.</p>

Le croisement entre ces données sur le type de commune, les données de population par commune INSEE 2011 et le bilan des actions de promotion de la santé financées par l'ARS en 2013 permet de dresser les tableaux suivants.

Pour la tranche d'âge 10-15 ans (collèges)

	Pop totale	Nb de communes	Pop 10-15 ans	Nb de collèges	Nb de collèges avec actions PPS 2013 financées ARS
Communes rurales	32%	78%	34%	12%	8%
Autres communes	68%	22%	66%	88%	92%
Région	100%	100%	100%	100%	100%

Les collèges en zone rurale représentent une part très minoritaire des collèges ayant bénéficié d'une intervention en promotion de la santé financée par l'ARS en 2013. Cette part est en rapport avec la répartition des collèges entre zone rurale et autres zones.

	Nb collèges	Nb lycées
Communes rurales	52	14
Autres communes	367	274
Région	421	288

Pour la tranche d'âge 16-25 ans (Lycées de tous types)

	Pop totale	Nb de communes	Pop 16-25 ans	Nb de lycées	Nb de lycées avec actions PPS 2013 financées ARS
Communes rurales	32%	78%	24%	5%	2%
Autres communes	68%	22%	76%	95%	98%
Région	100%	100%	100%	100%	100%

Le constat fait pour les collèges vaut également pour les lycées : le poids modeste des lycées implantés en communes rurales dans les lycées ayant bénéficié d'actions de prévention est en rapport avec la répartition de ces établissements entre communes rurales et autres communes.

Dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas de proportionnalité entre la part des communes rurales dans l'ensemble, pour les tranches d'âges considérées : par exemple, 8% des actions de promotion de la santé dans les collèges ont été menées dans des établissements installés en zone rurale, alors que 34% des enfants vivent dans ces communes. Cependant, tous les 10-15 ans vivant dans une commune rurale ne sont pas nécessairement scolarisés dans un collège également implanté en commune rurale.

2.5. Une part significative des filières professionnelles dans les établissements bénéficiaires d'actions de prévention financées par l'ARS en 2013

Si l'on observe les établissements couvrant la tranche d'âge 16-25 ans ayant bénéficié d'actions de prévention / promotion de la santé financées par l'ARS en 2013 (137 lycées, CFA, Grandes écoles / universités et structures non définies mais couvrant cette tranche d'âge), LP et CFA représentent 49% des établissements ayant bénéficié d'actions de prévention / promotion de la santé financées par l'ARS en 2013.

Les lycées polyvalents, qui hébergent également des filières professionnelles, représentent en ce qui les concerne 15 % des établissements bénéficiaires dans cette tranche d'âge.

2.6. Des filières professionnelles en lycée ne présentant pas de sous-couverture majeure

Les LP semblent équitablement couverts par des actions de prévention et promotion de la santé financées par l'ARS.

Ils représentent 43% des l'ensemble des lycées des Pays de la Loire⁶, et 43% des lycées ayant bénéficié d'actions de ce type financées par l'ARS en 2013.

⁶ Sont pris en compte ici les lycées d'enseignement général et/ ou technologique, les lycées professionnels et les lycées polyvalents.

Ils présentent néanmoins un taux de couverture par de telles actions (23%) un peu inférieur à celui des lycées d'enseignement général et/ ou technologique (29%).

Toutefois, les lycées polyvalents (qui propose les trois filières : générale, technologique et professionnelle) présentent un taux de couverture de 41% en 2013.

3. Limites identifiées à l'interprétation de ces données

Ces constats doivent être relativisés par une série d'éléments :

- Ne sont prises en compte que les actions financées par l'ARS. Or, les services de santé scolaire déploient eux – mêmes des actions sur ces thématiques. Une circulaire de l'éducation nationale de 2011⁷ fixe 7 priorités d'actions. En matière de santé sexuelle, en particulier, le code de l'éducation fixe des objectifs quantifiés⁸. Par ailleurs, d'autres acteurs peuvent financer des actions au sein des établissements scolaires, de manière distincte de l'ARS ;
- Les données disponibles ne le sont que sur une année, ce qui fragilise les constats ;
- Les constats sont formulés en référence à un nombre d'écoles concernées, mais cela ne permet pas de déterminer le nombre d'élèves effectivement touchés. Or, une telle donnée pourrait modifier le jugement sur les inégalités de déploiements entre départements comme entre types d'établissements.
- Les modalités d'interventions comportent souvent un transfert de compétences aux équipes éducatives, qui doivent être en mesure de poursuivre les actions de promotion de la santé au-delà de l'intervention de l'opérateur spécialisé. Par suite, quand bien même le nombre d'élèves concernés par l'intervention serait déterminé, il sous-estimerait sans doute le nombre de bénéficiaires, en ne comptant pas les effets du transfert de compétences.

⁷ Circulaire MEN - DGESCO B3-1 n° 2011-216 du 2-12-2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques

⁸ Code de l'Education, article L. 312-16 – disposition introduite par la loi de santé du 9 août 2004.

11. EXPLOITATION DE LA BASE OSCARS 2010-2012

A. Présentation générale et points de méthode

OSCARS est une plateforme sur Internet permettant d'enregistrer les actions de santé (prévention, éducation à la santé et promotion de la santé) réalisées sur un territoire. L'outil permet de dresser une cartographie des actions menées, mais aussi d'extraire une liste d'actions (sous forme de tableau) en sélectionnant des critères de recherche.

L'équipe d'évaluation a utilisé cette base dans le cadre de ses investigations sur la thématique du bien être des jeunes.

1) Construction de l'échantillon

Pour constituer l'échantillon des actions concernant les jeunes de 0 à 25 ans, l'équipe d'évaluation a procédé à une extraction des actions enregistrées dans la base OSCARS selon le paramétrage suivant.

Critères	Restrictions	Modalité
Années	2010,2011, 2012, 2013	Extraction année par année puis collage dans un fichier unique
Publics	-Nourrissons (0-2 ans) -Enfants (2-5 ans) -Enfants (6-9 ans) -Préadolescents (10-12 ans) -Adolescents (13-18 ans) -Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)	Opérateur = « OU »
Financeurs	ARS	

Non exhaustives, les données concernant l'année 2013 n'ont pas été prises en compte afin de ne pas fausser l'analyse.

2) Précautions méthodologiques

- *Unités de compte*

L'unité de compte «action enregistrée dans OSCARS» est incertaine, dans la mesure où les interventions tracées dans une fiche action sont d'une ampleur variable : certaines concernent une intervention dans un lieu donné, d'autres une série d'interventions comparables dans une pluralité de lieux ; de même, certaines actions concernent un nombre restreint d'utilisateurs, d'autres plusieurs milliers.

Cette unité de compte a été néanmoins utilisée par l'équipe d'évaluation pour une partie des investigations.

Elle a pu être complétée d'autres approches (montants versés par l'ARS, nombre de bénéficiaires...), mais cela a pu amener à restreindre l'échantillon compte tenu d'un remplissage non exhaustif des fiches sur ces items.

- **Indexations par public et thématique**

Les actions dans OSCARS peuvent être indexées à plusieurs publics, plusieurs thématiques...

Par suite, sauf retraitement spécifique, une action concernant par exemple la tranche d'âge 13-18 ans, ou encore les addictions, ne concerne pas toujours exclusivement cette tranche d'âge et/ ou cette thématique.

Par ailleurs, en ce qui concerne les publics, les catégories ne sont pas exclusives l'une de l'autre : le public peut être identifié par une tranche d'âge, une situation sociale ou une situation professionnelle, par exemple. En outre, les critères de tranche d'âge peuvent se recouper : ainsi, par exemple, la catégorie 13-18 ans et la catégorie 16-25 ans (insertion professionnelle). Ce constat vaut également pour les thématiques

B. Analyse à partir d'OSCARS : les thématiques d'intervention dominantes dans la tranche d'âge 16-25 ans.

Deux types d'analyses ont été réalisés.

- Poids des thématiques pour le public 16-25 ans (insertion professionnelle), sans exclusion des autres tranches d'âge, en % des actions enregistrées.

Parmi les 20 thématiques d'intervention pouvant être renseignées dans la base OSCARS, 7 thématiques ressortent particulièrement dans cette extraction, par ordre décroissant d'importance :

- Conduites addictives (thème présent dans 32% des actions sur la période 2010-2012)
- Précarité (29%)
- santé mentale (26%)
- Nutrition (alimentation et activité physique) (18%)
- VIH-Sida IST (13%)
- Sexualité (contraception, IVG) (11%)
- Compétences psycho-sociales (11%)

A noter que ces 7 thématiques les plus présentes sont les mêmes pour toute la tranche d'âge 0-25 ans, à quelques nuances près : fréquence des thématiques nutrition et compétences psycho-sociales un peu inférieure dans la tranche 16-25 ans.

On peut relever également que la santé mentale, souvent présentée comme une problématique particulièrement aiguë chez les jeunes, n'est pas si fréquente dans les actions de santé enregistrées dans OSCARS.

- Poids des thématiques pour le public 16-25 ans (insertion professionnelle), en excluant les autres tranches d'âge, en % des bénéficiaires ou des crédits versés par l'ARS.

L'équipe d'évaluation a extrait d'OSCARS toutes les actions répertoriées pour la catégorie 16-25 ans (insertion professionnelle) qui ne concernaient pas également une autre tranche d'âge dans les 0-25 ans. 107 actions ont pu être identifiées.

Elle a ensuite extrait les actions pour lesquelles le nombre de bénéficiaires jeunes était identifié⁹, puis celles pour lesquelles le nombre de bénéficiaires (jeunes ou non) étaient identifiés puis, enfin, celles pour lesquelles le montant alloué par l'ARS pouvait être identifié. Le nombre d'actions concernées ainsi que leur part dans l'ensemble des 107 actions figurent en grisé dans le tableau ci-dessous.

A ensuite été calculé le poids de chaque thématique en référence à l'ensemble (du nb de jeunes touchés, du nombre de bénéficiaires jeunes ou non, des budgets alloués).

⁹ Quand le nombre de bénéficiaires était exprimé en nombre de classes scolaires, c'est un nombre forfaitaire de 25 jeunes qui a été compté.

Précisions de lecture de ce tableau :

- Compte tenu du fait qu'une action donnée peut être référée à plusieurs thématique, ce tableau se lit de la manière suivante : *Les actions abordant la santé mentale représentent 53,8% des financements de l'ARS répertoriés dans OSCARS entre 2010-2012 pour les publics 16-25 ans.*
- Le tableau est classé par ordre décroissant de la dernière colonne (% du budget).
- En revanche, les dégradés de couleur (du pourcentage le plus élevé en vert au pourcentage le plus faible en rouge) sont établis colonne par colonne.

	% des jeunes touchés	% de bénéficiaires (jeunes ou non) touchés	% Budget
Echantillon (nombre d'actions et %)	36 (34%)	93 (87%)	94 (88%)
Santé mentale	10,97%	10,10%	53,80%
Conduites addictives	72,27%	72,06%	40,01%
Précarité	5,62%	6,41%	28,68%
Nutrition (alimentation et activité physique)	12,84%	11,48%	11,61%
VIH-Sida IST	9,15%	6,50%	8,59%
Environnement	0,87%	4,95%	4,31%
Sexualité (contraception, IVG)	22,45%	12,40%	3,51%
Compétences psycho-sociales	0,02%	0,81%	3,02%
Hygiène de vie (sommeil, rythme de vie, hygiène corporelle)	< 0,01%	0,15%	3,01%
Violences (dont mutilations sexuelles)	< 0,01%	0,31%	1,11%
Vieillesse	< 0,01%	< 0,01%	0,92%
Santé au travail	0,14%	0,08%	0,67%
Handicap	0,02%	0,49%	0,27%
Accidents vie courante	< 0,01%	0,47%	0,27%
Cancers	< 0,01%	0,47%	0,27%
Risque routier	0,15%	0,11%	0,16%
Santé scolaire	< 0,01%	< 0,01%	< 0,01%
Périnatalité-Parentalité	< 0,01%	< 0,01%	< 0,01%
Hépatites (VHB-VHC)	< 0,01%	< 0,01%	< 0,01%
Maladies chroniques (autres)	< 0,01%	< 0,01%	< 0,01%

12. ENQUETE SOLEN AUPRES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP

A. PRESENTATION DE L'ENQUETE

1) Eléments de méthode

Enquête réalisée par le biais de la plateforme d'enquête SOLEN du 30 octobre au 9 décembre 2014.

Message de lancement adressé aux établissements (ou associations gestionnaires, quand l'équipe d'évaluation ne disposait pas d'une adresse électronique d'établissements) accompagnant des jeunes en situation de handicap, identifiés à partir des numéros FINESS établissement, parmi les catégories d'établissements FINESS suivantes :

- Instituts pour déficients auditifs
- Instituts pour déficients visuels
- I.T.E.P.
- S.E.S.S.A.D.
- I.M.E.
- Etablissements expérimentaux adultes handicapés (dispositifs Creton).
- Centres d'Accueil Familial Spécialisés.
- Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés
- C.A.M.S.P.
- C.M.P.P.
- I.E.M.
- Etablissements expérimentaux enfants handicapés.
- Foyers d'hébergement enfants ados handicapés
- Etablissements d'accueil temporaire enfants handicapés

Une seule réponse par établissement était demandée. Dans certains cas (réponses multiples d'un établissement liées à un problème de connexion au site, par exemple), l'équipe d'évaluation a été amenée à consolider les réponses.

Deux relances ont été faites en cours d'enquête.

2) Constitution de l'échantillon analysée et taux de réponse

262	N° FINESS ET utilisés pour construire la base de diffusion	Dénominateur de référence pour taux de réponse
239	Connections à l'enquête	Base de calcul du numérateur
142	Connections sans aucune saisie	A déduire de la base numérateur
19	Saisies limitées à l'identification de l'établissement	A déduire
5	Saisies anonymes, saisies test réalisées par l'ARS et saisies d'ESMS hors champ enfance	A déduire
11	Réponses surnuméraires (doublons et autres réponses multiples expurgés)	A déduire
62	Réponses exploitables	Numérateur stabilisé pour taux de réponse Base de travail pour l'exploitation des réponses

Sur cette base, le taux de réponse de l'enquête s'établit à **23,7%** des numéros FINESS ET utilisés pour constituer la liste de diffusion de l'enquête.

3) Structuration des réponses

Répartition par département

Dpt	Nb réponses	% réponses
44	27	44%
49	20	32%
53	6	10%
72	5	8%
85	4	6%
<i>Total</i>	<i>62</i>	<i>100%</i>

Répartition par type d'ESMS

Type d'ESMS	Nb réponses	%
IME	27	44%
ITEP	4	6%
CAMSP	3	5%
CMPP	3	5%
Etablissement pour enfants polyhandicapés	1	2%
SESSAD	19	31%
Dispositif expérimental	1	2%
Autres	4	6%
<i>Total</i>	<i>62</i>	<i>100%</i>

Le dispositif expérimental ayant répondu est l'un des dispositifs mis en place pour la fluidification des parcours des jeunes en situation d'amendement Creton.

Les réponses « autres » concernent principalement des structures ayant plusieurs types d'activité.

80% des 61 ESMS ayant répondu (une non-réponse à cet item) sont liés à l'ARS par un CPOM.

Les réponses au questionnaire sont présentées en cohérence avec le référentiel de l'évaluation.

B. RESULTATS

1) Politique générale de l'ARS en faveur des jeunes en situation de handicap

Q1_ Connaissance de la politique de l'ARS en faveur de l'enfance handicapée

Question posée : « Etes vous informé des orientations de l'ARS en termes d'accompagnement des jeunes en situation de handicap (projet régional de santé, notamment PRIAC) ? »

	Nb réponses	%
Pas du tout	0	0%
Plutôt pas	9	15%
Plutôt	31	50%
Tout à fait	22	35%
<i>total</i>	<i>62</i>	<i>100%</i>

Une assez large majorité des ESMS répondant estime être informée des orientations de l'ARS en terme d'accompagnement des jeunes en situation de handicap.

Q2_ Impact perçu de l'action de l'ARS

Question posée : « Selon vous, sur quels champs l'action de l'ARS a - t - elle eu un impact ? »

	Nb réponses	% des étés répondants
Développement de l'offre de service pour les enfants de moins de 20 ans en situation de handicap (SESSAD)	46	77%
Adaptation de l'offre d'accompagnement institutionnel aux besoins des publics accueillis (lutter contre les inadéquations et réviser les agréments)	38	63%
Développement d'une offre adaptée pour enfants avec un handicap psychique, des troubles du comportement ou des troubles autistiques	32	53%
Réduction des inégalités entre territoires de santé en matière d'offre en établissements pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans en situation de handicap	17	28%
Développement de l'offre en faveur du répit des aidants naturels (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel...)	14	23%
Facilitation de l'accès et organisation du recours à l'expertise dans le secteur médico-social (CAMSP, centres ressources, équipes d'appui...)	13	22%
Développement d'une offre adaptée pour enfants avec un handicap sensoriel	6	10%
Développement d'une offre adaptée pour enfants avec un handicap de faible prévalence ou un polyhandicap	3	5%
<i>total</i>	<i>169</i>	

60 ESMS ont répondu à cette question, qui autorisait plusieurs réponses.

Les champs d'action sur lesquels l'action de l'ARS est reconnue comme ayant eu un impact les plus souvent cités sont :

- Le développement des SESSAD (77% des ESMS ayant répondu)
- L'adaptation de l'offre d'accompagnement aux besoins des publics accueillis – lutter contre les inadéquations (63%)

- Développement d'une offre adaptée pour enfants avec un handicap psychique, des troubles du comportement ou des troubles autistiques (53 %)

A l'inverse, les moins souvent cités sont :

- Développement d'une offre adaptée pour enfants avec un handicap de faible prévalence ou un polyhandicap (5% des ESMS ayant répondu)
- Développement d'une offre adaptée pour enfants avec un handicap sensoriel (10%)

Q3_ Perception de la coordination entre l'ARS et ses principaux partenaires

Question posée : « Avez-vous observé depuis 2012 une amélioration de la cohérence des orientations et politiques... »

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
Entre ARS et Maisons Départementales des Personnes Handicapées (ou Maisons Départementales de l'Autonomie) ?	45%	16%	39%	100%
Entre ARS et Education Nationale ?	29%	29%	42%	100%
Entre ARS et Conseils Généraux ?	11,3%	27,4%	61,3%	100%

62 ESMS répondant pour chacune des lignes.

Plusieurs conclusions peuvent être tirées de ces données.

En premier lieu, sur la **visibilité de la coordination** entre l'ARS et ses partenaires (cohérence des orientations et politiques entre l'ARS et ses partenaires). Il est fait l'hypothèse que la réponse « Ne se prononce pas » traduit une absence de visibilité sur la question.

Globalement, l'évolution de la coordination entre l'ARS et ses partenaires paraît assez peu perceptible par les acteurs, puisqu'au moins 39% des ESMS répondant ne se prononcent pas sur cette question. Ce constat varie selon les partenaires concernés : la coordination entre l'ARS et les conseils généraux est *a priori* la moins perceptible par les répondants, puisque 61 % ne se prononcent pas. La coordination entre ARS et MDPH/MDA, d'une part, et Education nationale, d'autre part, sont assez semblablement perceptibles (39% et 42 % de NSP).

En second lieu, sur l'**appréciation des évolutions de cette coordination**, lorsqu'elle est perçue.

Si les répondants perçoivent significativement une amélioration de la coordination entre l'ARS et les MDPH (45% des réponses, et seule situation où une réponse l'emporte sur le « Ne se prononce pas »), la situation est bien moins favorable pour la coordination avec les conseils généraux (seuls 11% des répondants jugent positivement l'évolution de la coordination). En ce qui concerne la coordination ARS-Education nationale, les réponses se partagent également entre jugements positifs et négatifs.

En résumé :

La coordination ARS – MDPH est la plus perceptible et celle dont les évolutions sont jugées les plus positives.

La coordination ARS- Conseils généraux est la moins perceptible, et celle dont les évolutions sont jugées les moins positives.

2) Adéquation des accompagnements

Q4_ Cohérence entre orientations MDPH des jeunes et accompagnement actuellement proposés.

Question posée : « Pensez-vous que, compte tenu de leurs besoins à ce jour, les orientations MDPH dont bénéficient les jeunes que vous accueillez sont pertinentes ? »

	Nb réponses	%
Pas du tout	1	2%
Plutôt pas	6	10%
Plutôt	49	80%
Tout à fait	5	8%
<i>total</i>	<i>61</i>	<i>100%</i>

61 ESMS ont répondu à cette question.

Une grande majorité des ESMS répondant a une vision positive de l'adéquation entre les besoins actuels des jeunes qu'ils accompagnent et l'orientation MDPH dont ils bénéficient (88%). Seul 1 ESMS sur les 61 répondant (2% des réponses) juge que les orientations ne sont « pas du tout » pertinentes au regard des besoins actuels des jeunes.

Q5_ Suivi d'informations sur la cohérence des accompagnements et transmission à l'ARS.

A partir de 3 données (nombre de jeunes en Creton, maintien dans la structure faute d'offre adaptée disponible hors Creton, liste d'attente à l'entrée dans la structure), la question posée visait à déterminer :

- Si les ESMS mettaient à jour au moins annuellement des données sur l'adéquation des accompagnements
- S'ils assuraient au moins annuellement la transmission de ces données à l'ARS.

	mises à jour au moins annuellement par la structure	transmises au moins annuellement à l'ARS	Part des répondants ayant transmis valeur 2014 pour l'enquête
Nombre de jeunes accompagnés par la structure au titre de l'amendement Creton	44%	34%	32%
Nombre de jeunes disposant d'une orientation MDPH vers une autre structure et maintenus, faute de places, dans la structure (hors Creton)	63%	31%	35%
Liste d'attente à l'entrée dans la structure	82%	26%	48%

Les pourcentages sont calculés sur la base des 62 établissements ayant répondu à l'enquête.

Ils sont probablement à affiner :

- pour certains indicateurs (ex. Creton), certaines structures (ex. CAMSP et CMPP) ne sont pas concernées, et à l'inverse certains dispositifs spécifiques (dispositifs expérimentaux Creton) le sont au plus haut point ;

- L'absence de mise à jour et de transmission annuelle au moins ne signifie pas absence totale de suivi ou transmission. Ceux-ci peuvent être réalisés avec une périodicité moindre (ex. dans le cadre de l'enquête ES).
- Enfin, il était demandé aux ESMS enquêtés de cocher les réponses dans l'affirmative. Les non – réponses peuvent signifier que ce n'est pas le cas, mais aussi que l'ESMS n'a pas répondu à la question.

Plusieurs constats :

- Quel que soit l'indicateur retenu, il y a toujours davantage d'ESMS mettant à jour au moins annuellement des données sur l'adéquation des accompagnements que d'ESMS transmettant ces données annuellement à l'ARS. En conséquence, la seule transmission à l'ARS des données suivies en interne par les ESMS (donc sans nécessiter de recherches spécifiques aux ESMS) est susceptible d'améliorer la connaissance de l'ARS sur les inadéquations, et ce significativement concernant les listes d'attente et les maintiens faute de débouchés hors Creton.
- Les listes d'attente sont les données les plus suivies, mais aussi les moins souvent transmises à l'ARS. C'est en revanche la donnée qui a été le plus volontiers transmises par les ESMS répondant.
- Les maintiens dans l'ESMS faute de débouché conforme à leur orientation MDPH (hors Creton) sont suivies annuellement au moins dans 63 % des ESMS répondant.
- Le nombre de jeunes en aménagement Creton semble être la donnée la moins suivie annuellement (44% des établissements). Elle est en revanche celle qui est la plus souvent transmise à l'ARS, bien que la proportion (1/3 des répondants) apparaisse très faible.

Il était demandé aux ESMS d'apporter des éléments chiffrés sur ces différents items (valeur septembre 2014), s'ils étaient disponibles.

Le volume relativement faible des réponses à ces questions (20 à 30 selon les items), ainsi que les problématiques liées aux réponses multiples pour un établissement ou à des réponses concernant plusieurs établissements à la fois, ne permet de tirer de conclusions des données transmises. Elles ne permettent pas seules, en tout état de cause, de dresser un panorama fiable des besoins non couverts en région.

3) Scolarisation des enfants en situation de handicap

Q6_ Impact de l'action de l'ARS sur la scolarisation (en général) des jeunes en situation de handicap – perception des ESMS

Question posée : « Selon vous, l'action de l'ARS a – t – elle eu un impact en matière d'accès à la scolarité des jeunes en situation de handicap ? »

61 ESMS ont répondu à cette question.

	Nb réponses	% des répondants	% des répondants hors NSP
Non	8	13%	19%
Oui - un impact positif	33	54%	79%
Oui - un impact négatif	1	2%	2%
Ne se prononce pas (NSP)	19	31%	
Total	61	100 %	100%

31% des ESMS ne se prononcent pas sur ce point.

Parmi ceux qui se prononcent, 79 % jugent que l'action de l'ARS a eu un impact positif, 13 % qu'elle n'a pas eu d'impact. Un ESMS estime que l'action de l'ARS a eu un impact négatif.

Q7_Impact de l'action de l'ARS sur la scolarisation en milieu ordinaire – perception des ESMS

La même question que Q6 était posée, mais concernant spécifiquement l'accès à la scolarité en milieu ordinaire.

60 ESMS ont répondu à cette question

	Nb réponses	%
Non	8	13%
Oui - un impact positif	30	50%
Oui - un impact négatif	1	2%
Ne se prononce pas	21	35%
<i>total</i>	<i>60</i>	<i>100%</i>

Ces résultats sont très comparables à ceux obtenus à la question précédente, qui visait l'accès à la scolarité en général.

De l'ordre d'un tiers des ESMS répondant (35%) ne se prononce pas sur ce point.

La moitié des ESMS répondant (77% hors NSP) considère que l'action de l'ARS a eu un impact sur l'accès à la scolarité en général des jeunes en situation de handicap, et que c'est un impact positif.

13 % considèrent que l'action de l'ARS n'a pas eu d'impact sur la scolarisation de ces jeunes.

1 ESMS, enfin, considère que l'action de l'ARS a eu un impact négatif.

Q8_Marges de progrès pour la scolarisation des jeunes en situation de handicap – point de vue des ESMS

Question posée : « Quelles marges de progrès identifiez-vous pour la scolarisation des jeunes en situation de handicap ? »

Pour des raisons de confidentialité des sources, les réponses détaillées ne sont pas indiquées ici.

Une quarantaine de structures a apporté des réponses à cette question. Non exhaustifs, les développements ci-dessous s'attachent à mettre en exergue les points saillants. D'entrée, il faut préciser que les marges de progrès les plus souvent évoquées concernent les prises en charge partagées entre secteurs médico-social et Education Nationale et, de manière complémentaire, les articulations entre ESMS et établissements scolaires.

En ce qui concerne les prises en charge partagées, les marges de progrès identifiées concernent à la fois les questions financières ou administratives (assouplissement des pratiques d'orientation MDPH, places d'accueil temporaires en IME), mais aussi les modalités de mise en œuvre : caractère évolutif de la prise en charge partagée (mais avec une vigilance pour que les temps d'intégration scolaire ne soient pas trop courts, pour favoriser l'inclusion scolaire) ; permettant le retour en accompagnement institutionnel sans vécu d'échec ; question des transports.... De manière proche, la question est posée des enfants qui, présentant plusieurs types de handicap, ne relèvent pas d'un seul type d'établissements, mais de plusieurs, et qu'aucun n'accepte.

S'agissant de l'articulation entre le secteur médico-social et les structures de l'Education Nationale, les marges de progrès visent souvent la formalisation de l'articulation entre ces acteurs par le biais de conventions (avec un souci de clarification et d'identification des partenariats, l'appui de ces démarches par une convention ARS-Rectorat). Outre les conventions, d'autres modalités de cette articulation sont évoquées : acculturation réciproque des milieux professionnels médico-sociaux et enseignants, communication, formations en commun, plateforme de concertation des acteurs de l'éducation spécialisée, de l'Education Nationale et de l'ARS... Dans ce cadre, la nécessité de valoriser le temps de concertation a pu être exprimée.

Certaines marges de progrès concernent plus spécifiquement l'offre de l'Education Nationale (CLIS, ULIS, ULIS Pro ; accompagnements type AVS...).

Sont pointées par plusieurs structures les enjeux de la sortie des ULIS pour les jeunes (manque de débouchés en milieu ordinaire, risques de ruptures des parcours).

Le développement des SESSAD est également visé à plusieurs reprises comme une marge de progrès, un ESMS proposant de confier aux SESSAD une mission de coordination des parcours. Néanmoins, plusieurs entrées visent les possibilités de maintien en milieu spécialisé pour certains enfants (handicap lourd ou enfants mal à l'aise en milieu ordinaire), et en regard la question des moyens existants dans les établissements médico-sociaux.

L'ouverture à des projets expérimentaux ou innovants en matière de scolarisation est une marge de progrès plusieurs fois citée, ainsi que les classes délocalisées (avec la question du statut d'élève des enfants qui y sont accompagnés, et le souhait d'un caractère pluriannuel des conventions concernant les classes externalisées).

4) Diversification de l'offre et fluidité des parcours

Q9_Rôle de l'ARS dans la diversification de l'offre pour les jeunes en situation de handicap – perception des ESMS

Question posée : « Pensez – vous que l'ARS a permis de diversifier l'offre pour les jeunes en situation de handicap (services, établissements et leurs agréments) ? »

	Nb réponses	%
Pas du tout	2	3%
Plutôt pas	14	24%
Plutôt	41	71%
Tout à fait	1	2%
<i>total</i>	58	100%

Une majorité d'ESMS (71 %) reconnaît que l'ARS a plutôt eu un rôle dans la diversification de l'offre pour les jeunes en situation de handicap. Néanmoins, compte tenu des compétences de l'ARS dans ce domaine, d'une part, et des orientations du PRS (en particulier du PRIAC), d'autre part, la proportion des ESMS indiquant que l'ARS n'a pas du tout ou plutôt pas eu de rôle en la matière interpelle (27% des réponses).

Q10_Impact de la diversification de l'offre – approche par enjeux – perception des ESMS

Question posée : « Quel impact de cette diversification de l'offre constatez-vous par rapport aux enjeux suivants ? »

Enjeux	Pas d'impact (%)	Impact positif (%)	Impact négatif (%)	Nb réponses / enjeu
Davantage de possibilités d'accompagnement en milieu ordinaire	15%	83%	2%	54
Une insertion scolaire plus facile	25%	68%	8%	53
Une prise en compte plus globale des besoins des jeunes	35%	58%	8%	52
Une diminution des inadéquations dans les accompagnements (exemples : Creton, prise en charge de certaines déficiences dans un établissement non adapté...)	46%	48%	6%	50
Une réduction des inégalités d'équipement dans la région	39%	47%	14%	49
Des solutions pour une meilleure gestion des situations complexes	51%	44%	5%	57
Un meilleur soutien aux aidants naturels (famille...)	59%	37%	4%	46
Une transition plus facile vers des structures pour adultes	53%	30%	17%	47
Une insertion professionnelle plus facile	77%	17%	6%	47

Tous les ESMS n'ont pas renseigné ce tableau, et ceux qui l'ont fait n'ont pas renseigné tous les enjeux listés. En conséquence, les pourcentage sont calculés enjeu par enjeu (ligne par ligne).

Les résultats sont très contrastés d'un enjeu à l'autre.

Au global, il apparaît que l'imputation d'effets négatifs de la diversification de l'offre est toujours minoritaire (même si la proportion d'ESMS attribuant des effets négatifs à la diversification de l'offre au regard de certains enjeux peut atteindre 17%).

La diversification de l'offre est perçue comme ayant eu des effets positifs dans 3 domaines (avec au plus un tiers d'ESMS considérant qu'il n'y a pas eu d'effet) :

- Davantage de possibilités d'accompagnement en milieu ordinaire
- Une insertion scolaire plus facile
- Une prise en compte plus globale des besoins des jeunes.

Pour deux enjeux, la situation est intermédiaire : si 47-48 % des ESMS considère qu'il y a eu un impact positif, ils sont un peu plus nombreux à juger qu'il n'y a pas eu d'impact ou bien un impact négatif :

- Diminution des inadéquations dans les accompagnements (pratiquement la même proportion entre les appréciations « pas d'impact » et « impact positif »)
- Une réduction des inégalités d'équipement dans la région (avec un taux de 14 % d'ESMS jugeant que la diversification de l'offre a eu un effet négatif au regard de cet enjeu).

La dernière catégorie, enfin, regroupe les situations où l'absence d'impact est majoritaire, parfois couplée avec des impacts négatifs perçus importants. Il est ainsi pour les enjeux :

- Des solutions pour une meilleure gestion des situations complexes (51% des ESMS juge que la diversification de l'offre n'a eu aucun impact en la matière, même si 44 % jugent qu'il y a eu des effets positifs)
- Un meilleur soutien aux aidants naturels (famille...) : c'est l'un des enjeux où l'absence d'impact de la diversification est le plus élevé, à hauteur de 59%.

- Une transition plus facile vers des structures pour adultes (53 % des ESMS jugent que la diversification de l'offre n'a pas eu d'impact, mais ils sont 17% à considérer qu'elle a eu un impact négatif).
- Une insertion professionnelle plus facile : une très large majorité des ESMS (77%) considèrent qu'il n'y a eu aucun impact au regard de cet enjeu – proportion la plus élevée.

Les jugements les plus péjoratifs (absence d'impact ou impact négatif) se concentrent sur les enjeux concernant le passage à la vie adulte, qu'il s'agisse de structures ou de l'insertion professionnelle.

Une question ouverte proposait par ailleurs aux ESMS de citer d'autres impacts de la diversification, positifs ou négatifs.

Les réponses apportées concernent moins les effets de la diversification que l'évolution de l'offre en général, et peu d'établissements ont répondu à cette question. Sous ces réserves, parmi les points positifs sont visées la création de dispositifs spécifiques pour les jeunes en aménagement Creton, ou encore la constitution de groupes de travail par la délégation territoriale de l'ARS dans la perspective d'un élargissement de l'offre.

Au titre des points négatifs, sont mentionnés (liste non exhaustive) les difficultés d'un travail inter-institutionnel avec la psychiatrie faute de moyens supplémentaires dans ce secteur, un manque croissant de places en IME, les difficultés d'accès ou de débouchés des ULIS (avec l'impossibilité de cumuler statut aménagement Creton et inscription en ULIS pro, absence de solution pour les jeunes décrochant des ULIS, ou encore listes d'attente en ULIS rendant impossibles les prises en charge partagées IME et ULIS), ou encore l'« embolisation » des IME par des jeunes en aménagement Creton orientés en foyer de vie, MAS ou FAM.

Q11_ Identification des types d'accompagnement manquant pour améliorer l'autonomie des jeunes en situation de handicap – perception des ESMS

Question posée : « Selon vous, quel type d'accompagnement manque-t-il en région pour améliorer l'autonomie des jeunes en situation de handicap ? »

Pour des raisons de confidentialité des sources, les réponses détaillées ne sont pas indiquées ici.

Une quarantaine de structures a renseigné cette partie du questionnaire.

La grande variété des réponses traduit des conceptions contrastées de la notion d'autonomie des jeunes en situation de handicap : de l'expression d'un besoin de places d'internat (autonomie par rapport à la famille) à l'idée d'accompagnement des structures de droit commun (médecine libérale, associations sportives) pour l'accueil de jeunes en situation de handicap, en passant par les marges de progrès en matière de fluidité des parcours.

L'idée qui domine dans les différentes propositions est le besoin d'une offre d'accompagnement des jeunes en situation de handicap sur la tranche d'âge 16-25 ans, en faveur de l'insertion sociale, mais surtout professionnelle. La forme que pourrait prendre cette offre est variable (SESSAD 16-25 ans, formule intermédiaire entre le SESSAD et le SAMSAH, structures dédiées, équipes dédiées...) mais la préoccupation est largement partagée. Elle se double de questions sur les débouchés dans la vie professionnelle en milieu protégé (manque de places en ESAT) ou ordinaire (question de l'ouverture des entreprises aux jeunes en situation de handicap).

Une série de propositions renvoie à l'accessibilité aux dispositifs de droits commun, le cas échéant avec étayage médico-social (formation, information, temps de coordination pour déployer des projets). A titre d'illustration, les domaines suivants sont évoqués : hébergement, médecine de ville, assistantes sociales de secteur, associations sportives et culturelles...

Le développement de l'offre en SESSAD, parfois avec des indications de déficiences (DI, TCC) ou de tranche d'âge (16-25) est également souvent identifié.

L'accompagnement des jeunes présentant des troubles psychiques, et la question de l'articulation avec l'offre en psychiatrie, est plusieurs fois évoquée.

L'accessibilité aux transports de ces jeunes est une problématique soulevée, les marges de progrès visant tantôt l'apprentissage du code de la route, tantôt le réseau de transport en commun ou son accessibilité, notamment en zone rurale.

Bien que le lien avec la notion d'autonomie des jeunes soit moins directement évident (mais parfois argumenté dans le cas de l'offre en internat), nombre de réponses mettent en exergue les enjeux de coordination des acteurs notamment autour des cas complexes, de fluidité des parcours, de renforcement et de maillage de l'offre (IME, internat, SEHA, SIPFP, structures d'hébergement en urgence...), l'articulation avec les familles et l'aide aux aidants.

Q12_Diversification des modalités de prise en charge depuis 2012 du fait de l'ARS – perception des ESMS

Question posée : « Pensez – vous que l'ARS a permis de diversifier les modalités de prise en charge depuis 2012 (accueils à temps partiel, prises en charge partagées...) ? »

	Nb réponses	%
Pas du tout	0	0%
Plutôt pas	12	22%
Plutôt	36	67%
Tout à fait	6	11%
<i>total</i>	<i>54</i>	<i>100%</i>

Une large majorité d'ESMS (78%) juge que l'ARS a permis la diversification des modalités de prise en charge depuis 2012.

Q13_Freins à la fluidité des parcours identifiés par les ESMS

Q14_Leviers de la fluidité des parcours identifiés par les ESMS

Questions posées :

- « Quels sont les principaux freins que vous identifiez à la fluidité des parcours des jeunes en situation de handicap, notamment en termes d'allers et retours entre institutions et milieu de vie ordinaire ? »
- « Quels sont les leviers existants que vous identifiez pour favoriser la fluidité de ces parcours, notamment en termes d'allers et retours entre institutions et milieu de vie ordinaire ? »

Pour des raisons de confidentialité des sources, les réponses détaillées ne sont pas indiquées ici.

Le nombre de répondants est de l'ordre d'une quarantaine de structures, pour chacune des questions.

Principaux freins identifiés :

Le système reposant sur les agréments des structures et les notifications MDPH nécessaires à chaque changement de mode de prise en charge, opposé au fonctionnement sur un mode « dispositif » tel qu'il est expérimenté pour les ITEP, est le frein le plus souvent évoqué. La complexité et la lourdeur de ce fonctionnement (pour les établissements, les familles et les MDPH) sont jugés peu compatibles avec la réactivité attendue des acteurs pour faire évoluer l'accompagnement en fonction des besoins du jeune dans une logique de parcours. L'impossibilité actuelle d'organiser des passages entre IME en SESSAD sans notification MDPH est pointée.

Les obstacles aux prises en charge partagées sont également visés, les parcours partagés parfois présentés comme peu utilisés. Les freins identifiés à ce titre relèvent :

- du caractère parfois trop restrictif des notifications de la MDPH (pas de notifications multiples, de notifications de double prise en charge) ;
- des contraintes de gestion des établissements médico-sociaux (les impératifs en termes de niveau d'activité et son mode de calcul n'incitent pas les structures à développer des accueils séquentiels, et ces modalités supposent une gestion interne des effectifs et une organisation particulières pour accueillir les jeunes) ;
- de la participation des différents acteurs à la prise en charge et de leur articulation (temporalités différentes selon les acteurs, manque de places en CLIS et ULIS pour pouvoir proposer des prises en charge partagées, ou encore risque de désengagement de certains acteurs institutionnels dans des prises en charge face à la lourdeur de certaines pathologies).

Autre type de freins : le *manque de capacités d'accompagnement*, en milieu spécialisé (pouvant inciter les parents à garder une place quand ils ont pu en avoir une ; manque de places dans les structures adulte type ESAT) ou en milieu ordinaire : places en CLIS et ULIS, personnel disponible, réticence des entreprises dans un contexte économique tendu face à l'emploi de travailleurs handicapés, contraintes liées à l'organisation des établissements scolaires, manque de solutions au sein de l'Education Nationale pour les jeunes de plus de 16 ans...

Les difficultés d'organisation du *partenariat entre structures* sont également des freins : la coordination est contrariée par le temps qu'elle nécessite (y compris pour formaliser le partenariat), des calendriers différents selon les acteurs, le manque d'instance ou d'actions de coordination, la complexité du multi-partenariat ou encore le manque de connaissance des réseaux partenariaux entre ESMS et établissements scolaires.

Les *représentations* visant l'accompagnement en milieu ordinaire, ou en milieu spécialisé, peuvent constituer des écueils favorisant peu le passage de l'un à l'autre.

Des questions de *moyens* (en coordination, suivi) et surtout d'*organisation des transports* (réseau de transport en commun, coût d'accompagnement et de transports faute de possibilité de transport en commun) entre les différents sites sont soulevées par plusieurs structures.

Enfin, la question de l'information des *familles* et de leurs souhaits est pointée comme une donnée à prendre en compte.

Principaux leviers identifiés :

Si la question posée visait à faire exprimer des leviers *existant* en matière de fluidité des parcours, les réponses visent en majorité des souhaits d'évolution.

De fait, les leviers et pistes d'évolution exprimés sont assez logiquement en symétrie avec les freins identifiés.

Ainsi, les questions touchant à l'assouplissement des agréments, à l'évolution des pratiques de notification par les MDPH (notifications vers de multiples structures ou vers des dispositifs), le développement des fonctionnements sur un mode dispositif (avec des formes variées), le développement quantitatif de places dans certains secteurs, la prise en charge des transports, le

développement des partenariats sous diverses formes (mais souvent dans une optique multilatérale et assez ouverte)...

Toutefois, certaines propositions ne découlent pas mécaniquement des freins identifiés ou en complètent l'approche.

Ainsi, plusieurs idées sont exprimées sur le développement de la connaissance réciproque entre acteurs d'un territoire et le décloisonnement des acteurs. Autres exemples : la possibilité de mouvements temporaires d'usagers entre établissements, de manière organisée, a pu être exprimée, pour « tester » une orientation ; le décloisonnement des financements entre institutions (sanitaire, social et médico-social) a également pu être proposé.

5) La promotion de la santé et l'éducation à la santé pour les jeunes en situation de handicap

Q15_ Incitation par l'ARS – perception des ESMS

Question posée : « Votre structure a – t – elle été incitée par l'ARS à mener des actions de prévention, promotion de la santé et d'éducation à la santé auprès des jeunes qu'elle accompagne ? »

	Nb réponses	%
Oui	28	51%
Non	27	49%
<i>total</i>	<i>55</i>	<i>100%</i>

Le fait d'être lié par un CPOM à l'ARS ne semble influencer qu'à la marge à la réponse à cette question (53% de oui), mais le poids des signataires de CPOM dans les répondants à cette question (43/55 ESMS) et la faiblesse de l'effectif appellent à la prudence dans l'interprétation de ces données, d'autant plus que la date de signature du CPOM est susceptible d'avoir une influence sur son contenu.

Q16_ Thématiques d'interventions incitée par l'ARS

Question posée : « Sur quels thèmes [l'ARS vous a – t – elle incité à mener des actions de prévention, promotion de la santé et d'éducation à la santé] ? »

	Nb	% des ESMS
Vie affective et sexuelle	16	57%
Santé bucco-dentaire	15	54%
Activité sportive	11	39%
Alimentation / nutrition	7	25%
Hygiène générale	7	25%
Addictions (tabac, alcool, drogues...)	5	18%
Aucun en particulier	3	11%
Risques infectieux (y compris VIH et IST)	3	11%
Bien-être mental et prévention du suicide	2	7%
Vaccination	2	7%
Autre	1	4%

Les ESMS pouvaient fournir plusieurs réponses à cette question.

28 ESMS ont renseigné cette question - soit la totalité de ceux ayant déclaré avoir été incités par l'ARS à mener des actions de prévention, promotion de la santé et d'éducation à la santé. Les pourcentages sont calculés en référence à ce nombre.

Lorsque l'ARS a incité les établissements à mener de telles actions, les thèmes privilégiés sont la vie affective et sexuelle, la santé bucco-dentaire et l'activité sportive.

Pour 3 établissements, aucune thématique particulière d'intervention n'a été ciblée par l'ARS.

Q17 Réalisation d'actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé les 3 années précédentes

Question posée : « Votre structure a – t – elle déjà proposé aux jeunes accompagnés des actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé sur les trois dernières années ? »

	Nb	%
Oui	43	78%
Non	12	22%
<i>total</i>	<i>55</i>	<i>100%</i>

Le nombre de structures déclarant avoir mené de telles actions est significativement supérieur à celui de structures déclarant avoir été invité par l'ARS à le faire.

Q16 Thématiques d'interventions pour les établissements ayant mené des actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé les 3 années précédentes

Question posée : « Sur quels thèmes [votre structure a – t – elle déjà proposé aux jeunes accompagnés des actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé sur les trois dernières années] ? »

	Nb	% des ets
Vie affective et sexuelle	40	91%
Activité sportive	34	77%
Alimentation / nutrition	29	66%
Hygiène générale	28	64%
Santé bucco-dentaire	28	64%
Addictions (tabac, alcool, drogues...)	9	20%
Risques infectieux (y compris VIH et IST)	8	18%
Vaccination	7	16%
Bien-être mental et prévention du suicide	5	11%
Autre	1	2%

Les ESMS pouvaient fournir plusieurs réponses à cette question.

44 établissements ont renseigné cette question. Les pourcentages sont calculés en référence à ce nombre.

En moyenne, 3 thématiques ont été visées par chaque établissement.

La thématique la plus investie est la vie affective et sexuelle (91% des établissements ayant répondu). L'activité sportive vient ensuite (77%), puis les questions d'alimentation et de nutrition (66%).

Q19_ Modalités d'intervention en éducation à la santé et promotion de la santé mises en œuvre les 3 années précédentes

Question posée : « Par qui [les actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé proposées les trois dernières années] ont – elles été réalisées le plus souvent ? »

	Nb	%
Par des opérateurs extérieurs	10	23%
Par des professionnels de santé (médecin, infirmière...) de la structure	12	27%
Par des professionnels de la structure ayant reçu une formation spécifique par des opérateurs extérieurs	19	43%
Par des professionnels de la structure n'ayant pas bénéficié d'une formation dédiée	3	7%
<i>total</i>	<i>44</i>	<i>100%</i>

44 établissements ont répondu à cette question.

La modalité dominante est l'intervention de professionnels de la structure ayant reçu une formation spécifique par des opérateurs extérieurs (43% des établissements). Viennent ensuite les interventions par des professionnels de santé de la structure (27%) ou par des opérateurs extérieurs (23%). S'il n'est pas nul, le nombre d'ESMS indiquant que les interventions sont le plus souvent réalisées par des professionnels de la structure n'ayant pas bénéficié d'une formation dédiée est marginal (3 ESMS sur 44).

Q20_ Modalités d'intervention en éducation à la santé et promotion de la santé jugées les plus efficaces

Question posée : « Quelles modalités vous paraissent les plus efficaces pour des interventions de prévention / éducation à la santé auprès des jeunes en situation de handicap que vous accompagnez ? »

		% des ESMS
Intervention d'opérateurs extérieurs en présence des professionnels de la structure accompagnant d'ordinaire les jeunes	42	76%
Intervention auprès des parents des jeunes	35	64%
Intervention des seuls professionnels de la structure accompagnant d'ordinaire les jeunes, après une formation par un opérateur extérieur	24	44%
Affichage, supports audiovisuels ou papier, adaptés à la déficience des jeunes, en libre service	18	33%
Intervention d'opérateurs extérieurs sans les professionnels de la structure accompagnant d'ordinaire les jeunes	9	16%

Les ESMS pouvaient fournir plusieurs réponses à cette question.

55 ESMS ont répondu à cette question. Les pourcentages sont calculés sur la base de ce nombre.

Un mode d'intervention est classé comme des plus efficaces par les $\frac{3}{4}$ des ESMS répondant : l'intervention d'opérateurs extérieurs en présence des professionnels de la structure accompagnant

d'ordinaire les jeunes. La présence des professionnels de la structure apparaît être un critère important de préférence puisque seuls 16 % des répondants classe une intervention d'opérateurs extérieurs sans professionnels de la structure parmi les modalités efficaces (soit une proportion même inférieure à celle classant les modalités sans intervention humaine – affichage... - parmi les plus efficaces).

L'intervention auprès des parents des jeunes est la seconde modalité la plus citée comme efficace (64% des ESMS répondant).

Q21_ Adaptation des messages de prévention « grand public » aux jeunes en situation de handicap – perception des ESMS

Question posée : « Les messages de prévention / éducation à la santé « grand public » vous paraissent-ils adaptés aux jeunes en situation de handicap ? »

	Nb	%
Pas du tout	8	15%
Plutôt pas	28	51%
Plutôt	18	33%
Tout à fait	1	2%
<i>total</i>	<i>55</i>	<i>100%</i>

Une nette majorité des 55 ESMS ayant répondu à cette question (66%) considère que les messages de prévention « grand public » ne sont pas adaptés aux jeunes en situation de handicap.

Q22_ Connaissance par les ESMS d'outils de promotion de la santé et d'éducation à la santé spécifiquement adaptés aux jeunes en situation de handicap.

Question posée : « Avez – vous connaissance d'outils de promotion de la santé et d'éducation à la santé spécifiquement adaptés aux jeunes en situation de handicap ? »

	Nb	%
Oui	23	43%
Non	31	57%
<i>total</i>	<i>54</i>	<i>100%</i>

Les réponses apportées par les ESMS suggèrent que la connaissance d'outils adaptés aux publics qu'ils accompagnent en matière de promotion de la santé et d'éducation à la santé est très inégale, une majorité des répondants (57%) déclarant n'avoir pas connaissance de tels outils.

Q23_ Outils de promotion de la santé et d'éducation à la santé manquant pour les jeunes en situation de handicap – avis des ESMS

Question posée : « Quels types d'outils ou de modalités d'action vous paraissent manquer particulièrement, et pour quels types de déficience ? »

Pour des raisons de confidentialité des sources, les réponses détaillées ne sont pas indiquées ici.

Les réponses d'une vingtaine de structures à cette question étaient variables, centrées tantôt sur un type d'outils, tantôt sur un public-cible, tantôt sur une thématique...

Ce qui prédomine est la demande d'outils faciles à appréhender, notamment pour le public des déficients intellectuels, TED/ autisme (plus marginalement sur les TCC). Le besoin d'outils interactifs (jeux, théâtre, mise en situation, jeux de rôles, séances d'habilités sociales) est pointé. Le faible développement de supports mobilisant les nouvelles technologies (réseaux sociaux, Internet, messagerie, portables) est relevé. Est suggérée l'idée d'interventions au plus près des lieux de vie de l'enfant (hors établissement), voire d'intervention d'éducation à la santé à domicile visant les parents. Une proposition vise l'action auprès de certaines familles sur les thèmes des réseaux sociaux, images choquantes et hygiène.

Quand une thématique est ciblée, elle a trait le plus souvent à la vie affective et sexuelle. Sont également évoquées les questions de soin corporel (autisme), ou encore les conduites à risque.

Certaines réponses visent des outils existants bien identifiés.

Q24 _ Existence de projets de promotion / éducation à la santé dans les ESMS

Question posée : « Avez-vous des projets d'actions de promotion de la santé ou éducation à la santé à destination des jeunes que vous accompagnez ? »

	Nb	%
Oui	40	74%
Non	14	26%
<i>total</i>	<i>54</i>	<i>100%</i>

Les ¾ des ESMS ayant répondu à l'enquête ont des projets d'actions de promotion de la santé ou d'éducation à la santé à destination des jeunes qu'ils accompagnent.

C'est une proportion comparable à celle des ESMS ayant mené de telles actions au cours des trois années précédentes (cf. Q17), mais il ne s'agit pas nécessairement des mêmes structures.

Ainsi, par exemple, 5 EMS ayant organisé des actions de promotion de la santé au cours des trois années précédentes déclarent ne pas avoir de projets en la matière et, réciproquement, 3 ESMS n'ayant pas organisé de telles actions déclarent en avoir le projet.

Q25 _ Besoins des ESMS pour développer des actions d'éducation à la santé et promotion de la santé

Question posée : « Quels sont vos besoins pour développer ce type d'actions [de promotion de la santé ou éducation à la santé à destination des jeunes accompagnés] ? »

		% des ESMS
Une formation des professionnels de la structure	36	80%
Des supports adaptés aux déficiences du public accueilli	33	73%
Une participation des familles à ce type d'interventions	19	42%
La disponibilité d'intervenants extérieurs	17	38%
La connaissance d'intervenants extérieurs	10	22%
Autre	3	7%

Les ESMS pouvaient fournir plusieurs réponses à cette question. 45 ESMS ont répondu : les pourcentages sont calculés sur la base de ce nombre.

Les besoins les plus couramment exprimés par les ESMS pour développer des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé sont, d'une part, une formation de leurs professionnels (80% des

ESMS l'évoquent) et, d'autre part, des supports adaptés aux déficiences du public accueilli (évoqué par 73% des répondants).

La connaissance d'intervenants extérieurs est pointée comme un besoin par 22% des ESMS, la disponibilité de ces intervenants l'étant par 38%.

Au titre des besoins « autres », sont indiqués :

- par un SESSAD, un nombre restreint d'action collective compte tenu de ses missions, mais indiquant qu'il pourrait s'associer à de telles actions portées par un établissement scolaire.
- Un autre ESMS mentionne un besoin de financements supplémentaires pour augmenter le temps d'intervention des professionnels de santé.

6) Les attentes vis-à-vis de la politique de l'ARS

Q26_ Evolutions de l'offre que l'ARS devrait porter en priorité – perception des ESMS

Question posée : « Quelles sont, selon vous, les évolutions de l'offre que l'ARS devrait porter en priorité ? »

Il était demandé aux ESMS, dans cette question, de classer 4 propositions de la plus importante (4 pts) à la moins importante (1pt).

Le tableau suivant récapitule les scores obtenus par les 4 propositions, en nombre de points. Pour éviter de fausser l'ordre de préférence globale, ont été ôtés dans ce tableau les réponses incomplètes et les réponses comportant des *ex-aequos*. Les réponses de 49 ESMS peuvent ainsi être retenues.

	Nb points
Souplesse des accompagnements	126
Diversification de l'offre d'accompagnement	123
Innovation en matière d'offre	122
Fluidité des parcours des jeunes en situation de handicap	119

S'agissant de notes de 1 à 4 attribuées par 49 ESMS, les écarts entre la priorité la mieux notée (souplesse des accompagnements) et celle la moins bien notée (fluidité des parcours des jeunes) ne sont pas suffisants pour que se dégage nettement une priorité préférée.

En complément, le tableau suivant fournit la note moyenne de chacune des propositions. Dans ce tableau, les *ex-aequos* et réponses incomplètes ont été conservés. Les réponses de 54 ESMS ont ainsi pu être exploitées.

	score moyen
Souplesse des accompagnements	2,54
Innovation en matière d'offre	2,47
Fluidité des parcours des jeunes en situation de handicap	2,47
Diversification de l'offre d'accompagnement	2,46

Là encore, les écarts entre score moyens ne sont pas suffisants pour dégager une priorité dominante.

Q27_ Domaine de la politique en faveur des jeunes en situation de handicap que l'ARS devrait porter en priorité – perception des ESMS

Question posée : « Selon vous, quels sont les domaines de la politique en faveur des jeunes en situation de handicap que l'ARS devrait promouvoir en priorité ? »

Il était demandé aux ESMS, dans cette question, de classer 6 propositions de la plus importante (6 pts) à la moins importante (1pt).

Le tableau suivant récapitule les scores obtenus par les 6 propositions, en nombre de points. Pour éviter de fausser l'ordre de préférence globale, ont été ôtés dans ce tableau les réponses incomplètes et les réponses comportant des *ex-aequos*. Les réponses de 48 ESMS peuvent ainsi être retenues.

	Nb points
Dépistage, prévention et prise en charge précoce du handicap	175
Scolarisation des jeunes en situation de handicap	173
Accès à l'expertise des acteurs médico-sociaux (centres ressources...)	172
Accès à la prévention et l'éducation à la santé des jeunes en situation de handicap (dont accès aux activités physiques et sportives)	168
Accès au travail des jeunes en situation de handicap	166
Accès à l'expertise médico-sociale des autres acteurs intervenant auprès des enfants et jeunes	154

S'agissant de l'allocation de 6 points au maximum par 48 établissements, les réponses ne sont pas assez discriminantes pour faire émerger une priorité.

En revanche, ressort comme un domaine plutôt moins prioritaire l'accès à l'expertise médico-sociale des autres acteurs [que les ESMS] intervenant auprès des enfants et des jeunes.

Comme pour la question 26, le tableau suivant fournit en complément la note moyenne de chacune des propositions. Dans ce tableau, les *ex-aequos* et réponses incomplètes ont été conservés. Les réponses de 53 ESMS ont ainsi pu être exploitées.

	score moyen
Dépistage, prévention et prise en charge précoce du handicap	3,7
Accès à l'expertise des acteurs médico-sociaux (centres ressources...)	3,7
Scolarisation des jeunes en situation de handicap	3,6
Accès à la prévention et l'éducation à la santé des jeunes en situation de handicap (dont accès aux activités physiques et sportives)	3,6
Accès au travail des jeunes en situation de handicap	3,5
Accès à l'expertise médico-sociale des autres acteurs intervenant auprès des enfants et jeunes	3,3

Si ces résultats sont un peu plus discriminants que ceux de la question précédente (Q26), ils aboutissent davantage à une identifier une « sous-priorité » (Accès à l'expertise médico-sociale des autres acteurs intervenant auprès des enfants et jeunes) qu'à mettre en exergue un axe prioritaire.

A noter toutefois que, quel que soit le mode de calcul utilisé (nombre de points ou score moyen) et l'échantillon en découlant, l'accès à l'expertise des acteurs médico-sociaux (centres ressources...) est classé parmi les trois domaines dont la promotion par l'ARS est la plus attendue.

7) Expression libre

Une zone d'expression libre sur la politique de l'ARS en faveur des jeunes en situation de handicap était réservée aux ESMS en fin de questionnaire.

Une quinzaine d'ESMS (soit environ 1/4 des participants à l'enquête) a utilisé cette possibilité.

Pour des raisons de confidentialité des sources, les réponses détaillées ne sont pas indiquées ici.

A l'encontre des autres questions ouvertes, l'hétérogénéité des réponses ne permet pas de résumer les points saillants. Les réponses ont été prises en compte par l'équipe d'évaluation dans le traitement de la seconde question de l'évaluation (« *La politique régionale de santé en faveur des jeunes vivant avec un handicap a-t-elle un effet positif sur l'adéquation des accompagnements aux besoins et l'acquisition de l'autonomie ?* »), en les croisant avec d'autres sources.

13. OU SONT LES JEUNES EN PAYS DE LA LOIRE ?

Annexe

Où sont les jeunes dans les Pays de la Loire ?

A la demande de l'équipe d'évaluation, le Département Observation et Analyse de l'ARS a réalisé deux séries de cartes en s'appuyant sur les données de population par âge et par commune (INSEE 2011).

La première série de cartes vise à localiser la population des jeunes sur les différentes tranches d'âge définies dans le cadre de l'évaluation.

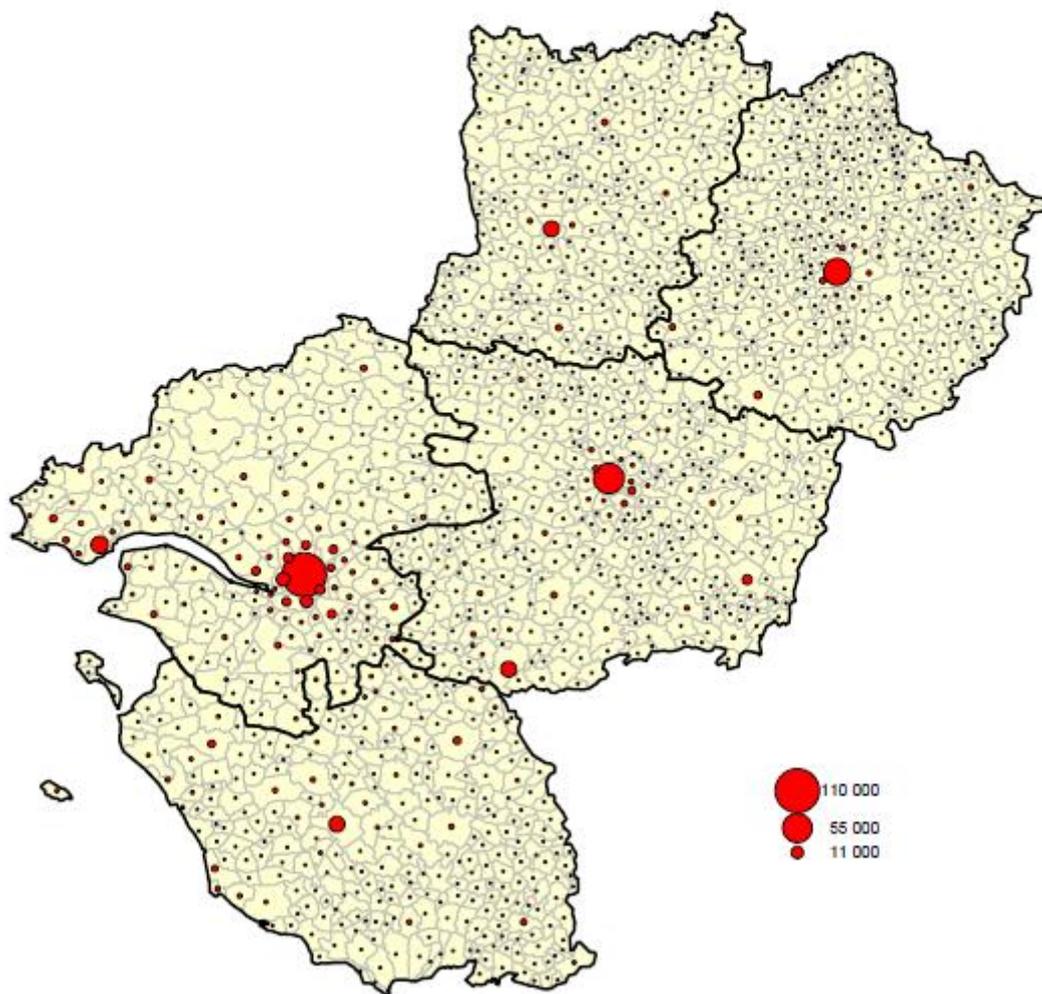
La seconde série permet de visualiser la part de la population des jeunes (selon la tranche d'âge) dans l'ensemble de la population.

Elle permet de visualiser une différence de situations entre les tranches d'âge. Ainsi, la part des tranches d'âge 0-9 et 10-15 ans dans la population totale est plutôt plus faible dans les communes centre des agglomérations, mais elle est plus significative pour la tranche d'âge 16-25 ans.

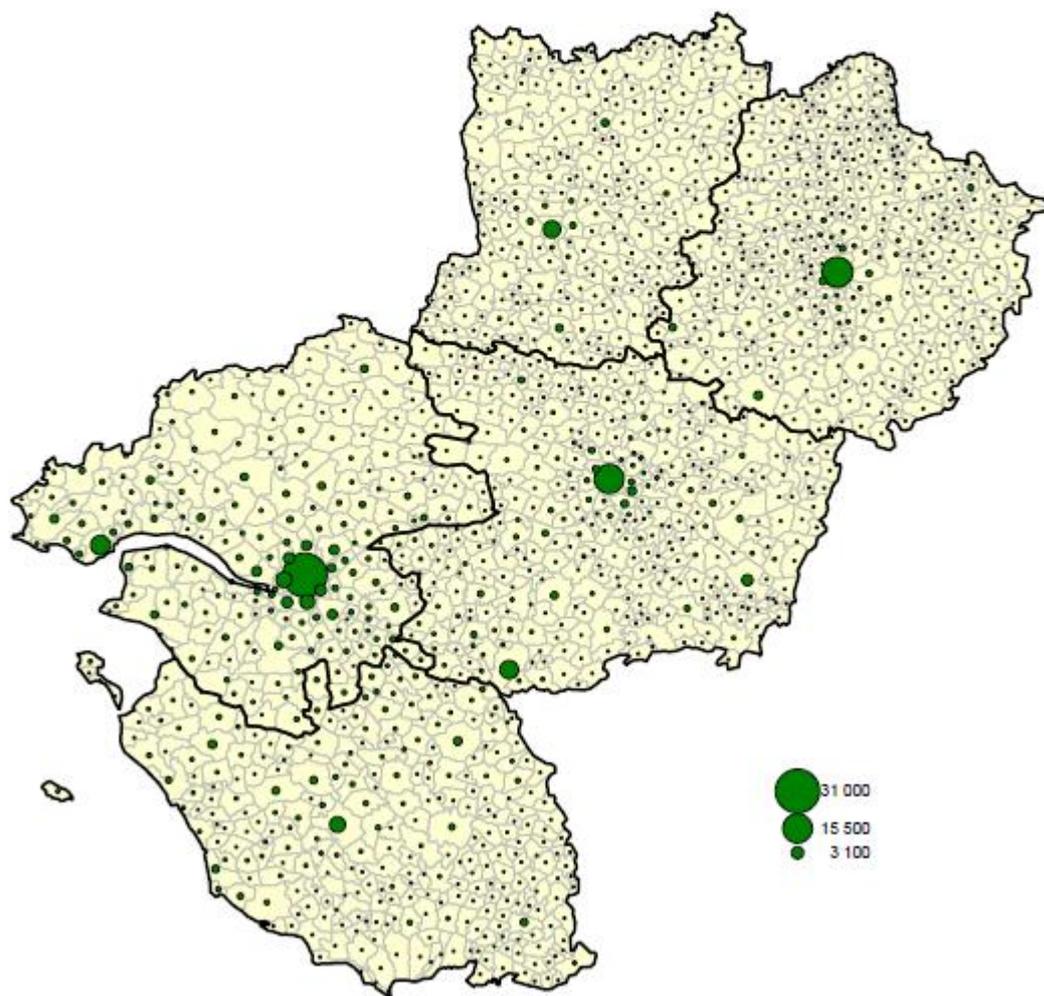
POPULATION PAR TRANCHE D'AGE – EN NOMBRE PAR COMMUNE



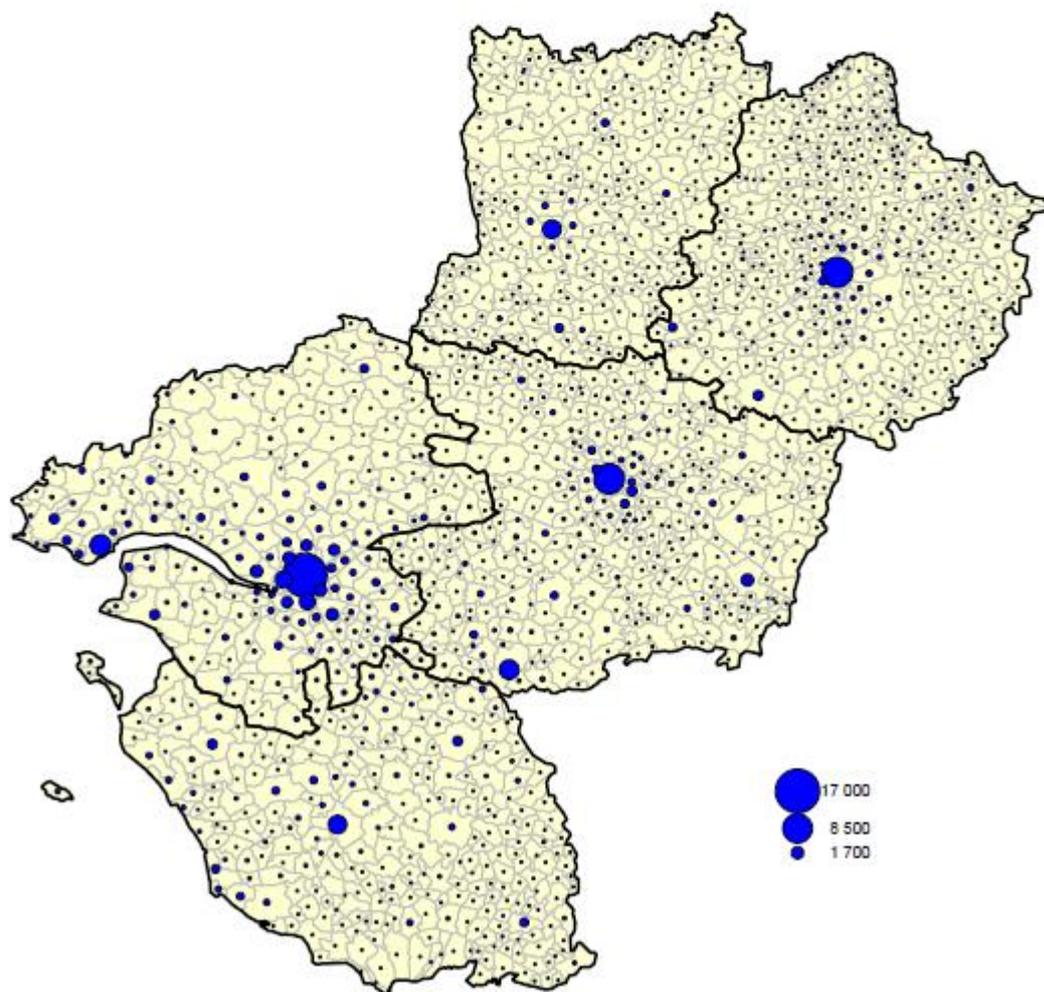
Population des 0 à 25 ans dans les Pays de la Loire



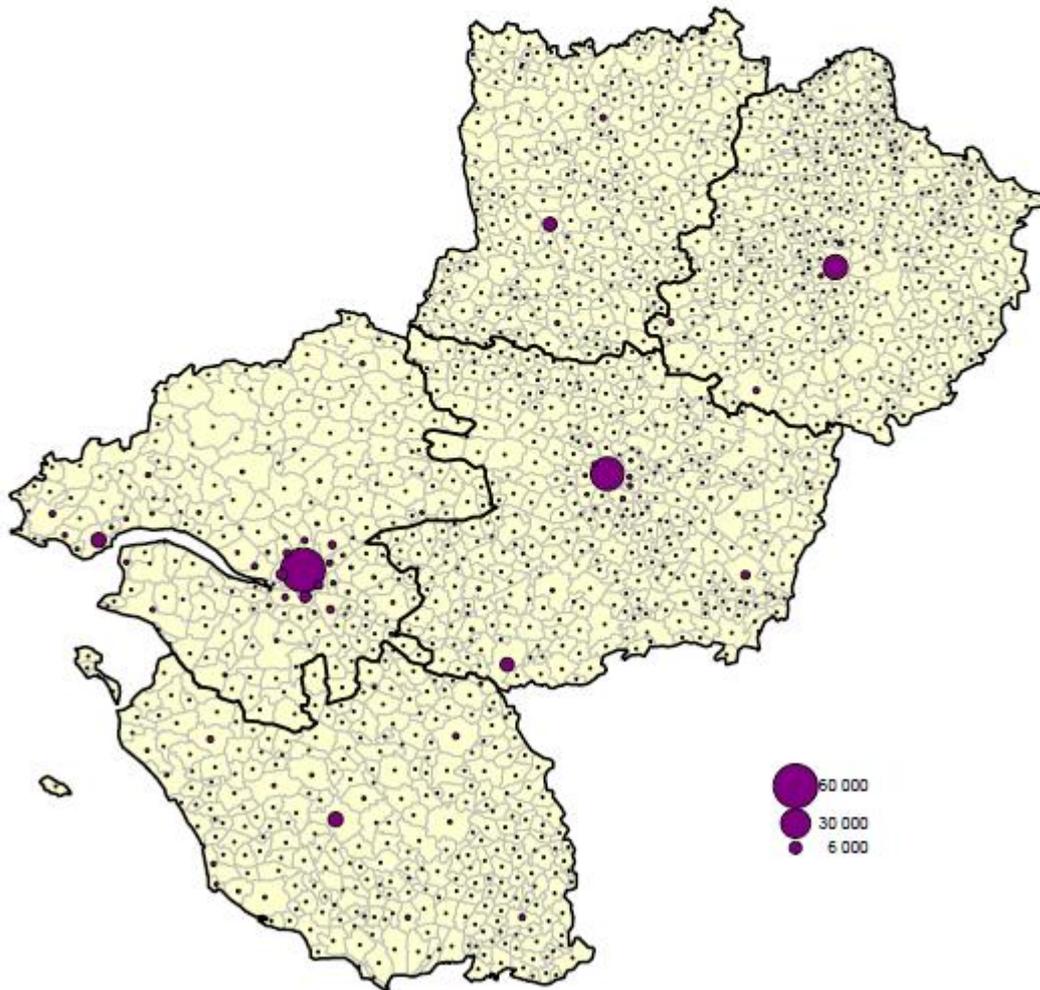
Population des 0 à 9 ans dans les Pays de la Loire



Population des 10 à 15 ans dans les Pays de la Loire



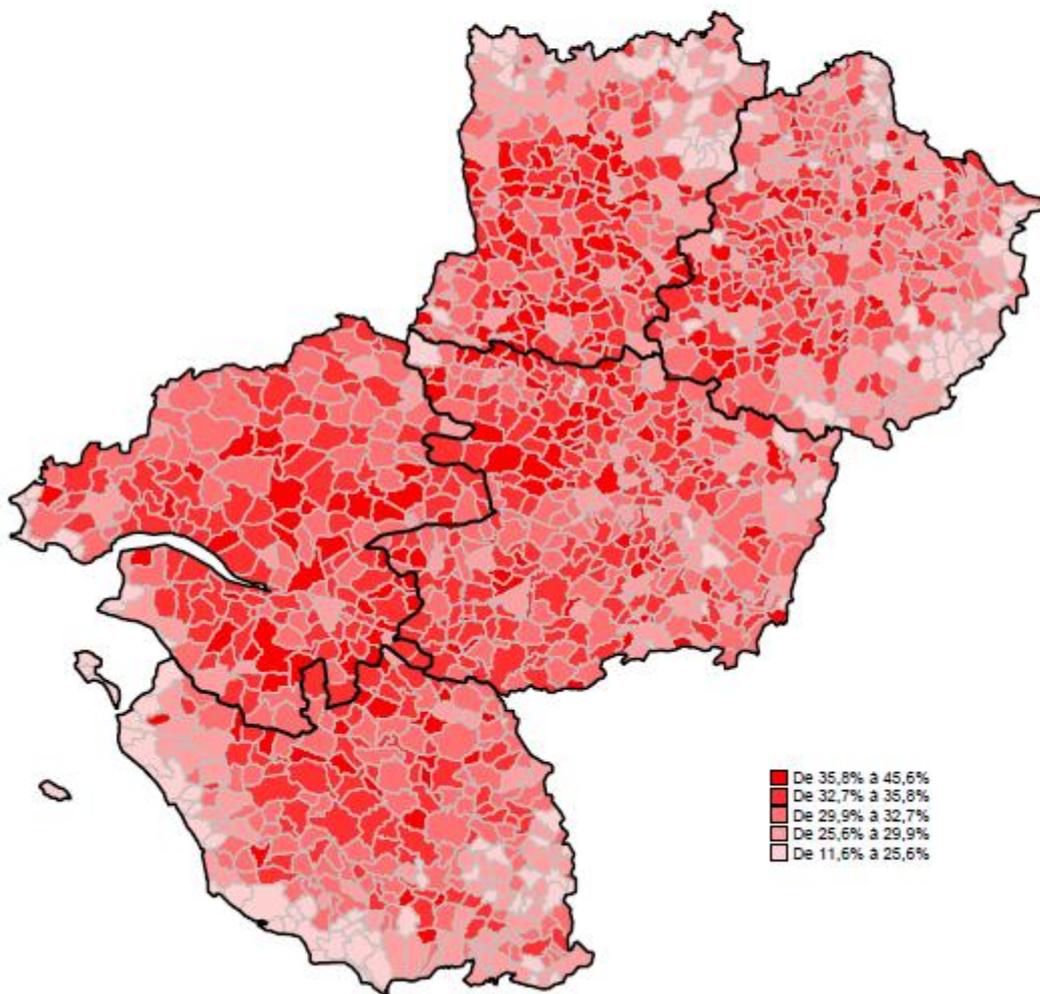
Population des 16 à 25 ans dans les Pays de la Loire



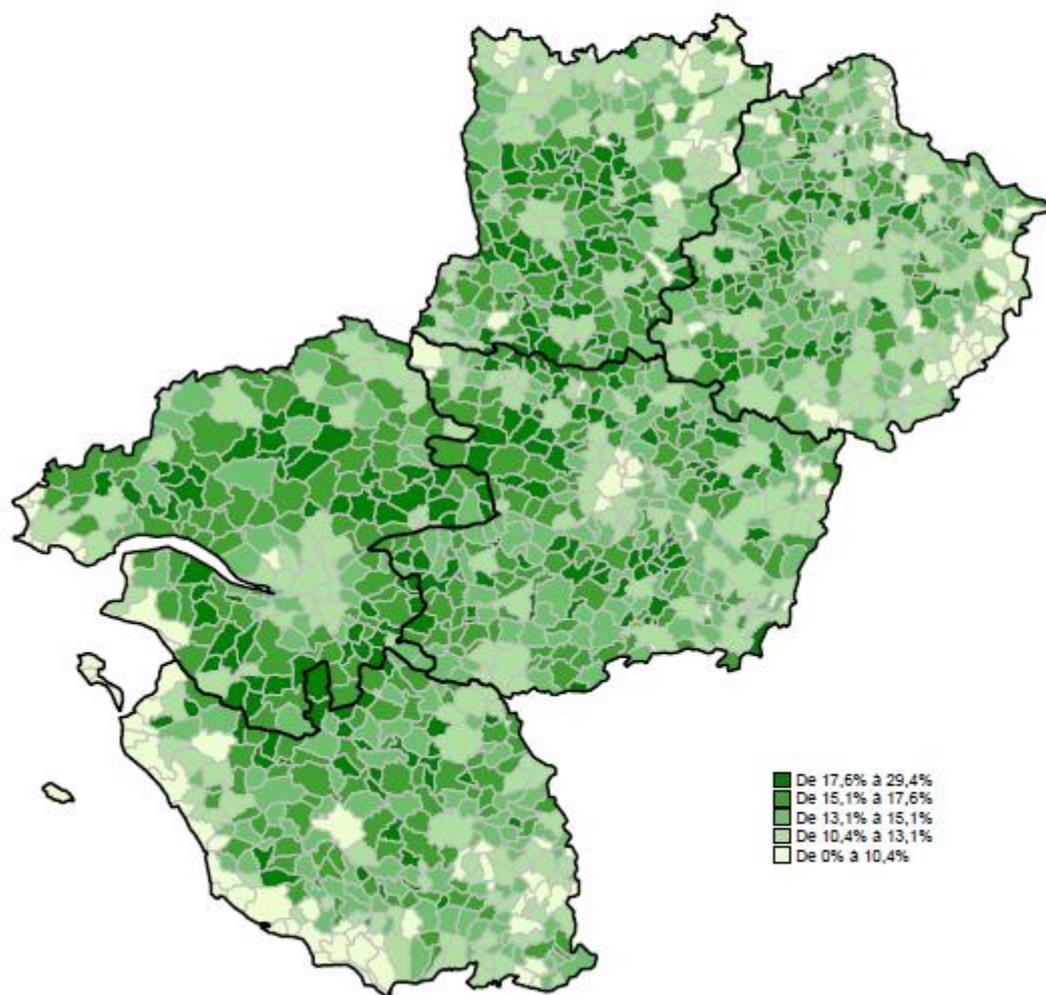
POIDS DES JEUNES DANS LA POPULATION TOTALE SELON LA TRANCHE D'ÂGE, PAR COMMUNE



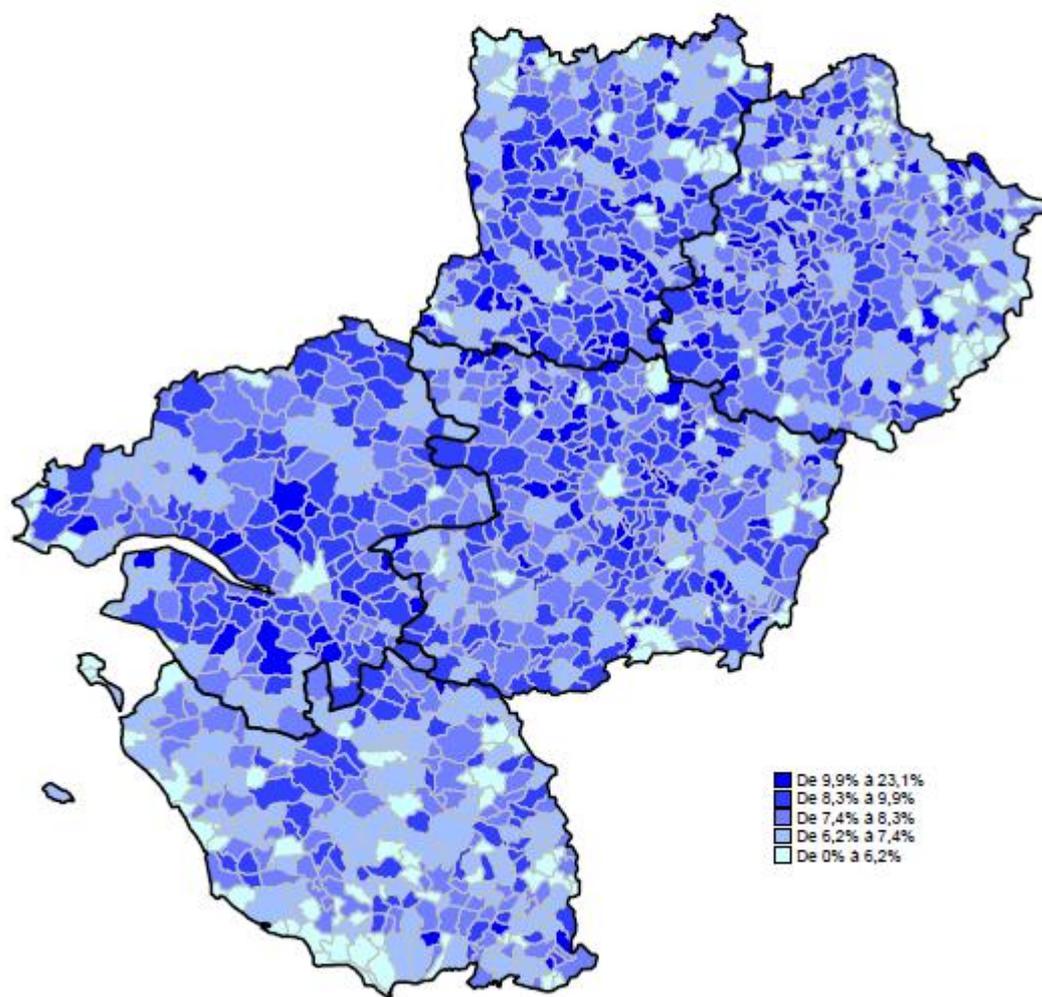
Part des moins de 25 ans dans la population des Pays de la Loire



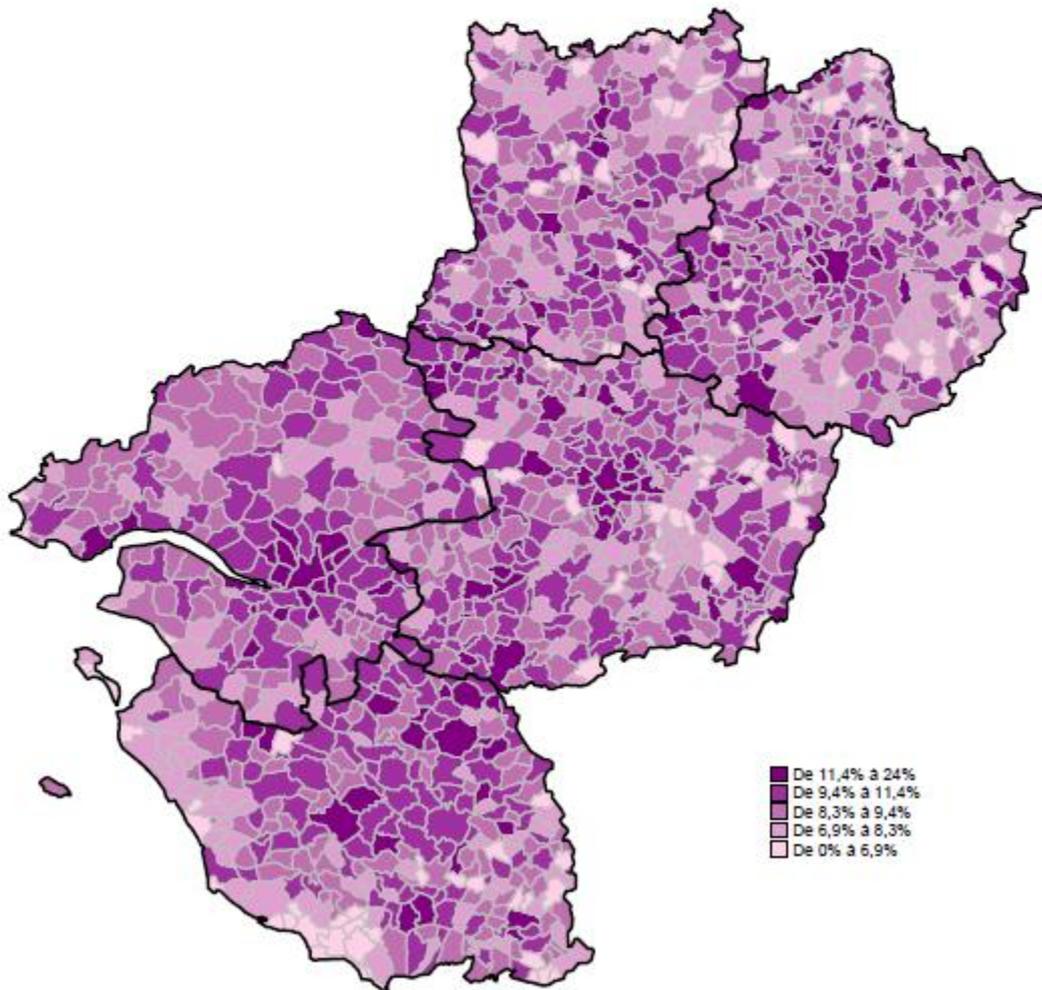
Part des 0 à 9 ans dans la population des Pays de la Loire



Part des 10 à 15 ans dans la population des Pays de la Loire



Part des 16 à 25 ans dans la population des Pays de la Loire



14. PROBLEMATIQUES DE SANTE DES JEUNES LIGERIENS 16-25 ANS

1. DEUX PROBLEMES IDENTIFIES POUR LESQUELS LA SITUATION DES JEUNES LIGERIENS EST PLUS PREOCCUPANTE QU'AU NIVEAU NATIONAL

Selon les données de l'ORS¹⁰, les problématiques de santé des 16-25 ans pour lesquelles la région se distingue de la moyenne nationale sont la problématique suicidaire et la consommation d'alcool.

a) *Problématique suicidaire*

Comme l'indique le bilan réalisé en 2013 par l'ORS Pays de la Loire sur les suicides et tentatives de suicide, « Depuis le milieu des années 1980, le taux régional de mortalité par suicide diminue, chez les hommes comme chez les femmes, suivant ainsi la tendance nationale. Toutefois, comme en France, cette baisse ne concerne que les personnes les plus âgées et les plus jeunes ».

En dépit de cette diminution le taux de suicide des 15-24 ans est comparable au taux national pour les femmes, mais supérieur pour les hommes.

b) *Consommation d'alcool*

En ce qui concerne la consommation d'alcool des 15-25 ans, la situation régionale demeure en 2010 défavorable par rapport à la situation nationale, quelle que soit la mesure :

- Consommation régulière d'alcool (20% des jeunes ligériens en consomment au moins deux fois par semaine vs 15% au niveau national)
- Ivresses répétées (31% des jeunes ligériens en ont connu au moins trois dans l'année, vs 22% au niveau national)
- Episodes mensuels d'alcoolisation importante (35% des jeunes ligériens ont consommé six verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois vs 26% au niveau national)
- Expérimentation et ivresses plus précoces qu'en France.

En 2010, 44% des jeunes ligériens présentent une consommation d'alcool à risque ponctuel et 15 % à risque chronique (y compris risques de dépendance).

¹⁰ La santé des jeunes 2009, baromètre santé jeunes 2010, Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire – Bilan 2013

2. DES PROBLEMATIQUES APPELANT A LA VIGILANCE, MEME SI LA SITUATION REGIONALE N'EST PAS PEJORATIVE PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE (OU SANS INDICATION PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE)

a) Santé mentale

Les affections psychiatriques (ALD 23) sont la première cause d'admission en ALD pour les 15-24 ans (42% sur la période 2002-2004 vs 12% en population générale). Cette donnée est néanmoins à mettre en perspective avec le fait que les autres motifs d'admission ont davantage de probabilité de se manifester l'âge avançant (ex. maladies coronaires ou HTA sévères, par exemple). Cette situation n'est pas typique de la région.

Les scores au profil de Duke, utilisé dans les baromètres santé jeunes, ont connu une évolution positive et statistiquement significative entre 2005 et 2010, entre autres sur la santé mentale, l'estime de soi, l'anxiété et la dépression.

Cependant, ce sont 7 % des jeunes 15-25 ans (10% pour les filles) qui ont connu un épisode dépressif caractérisé, 4 % qui ont pensé à se suicider et 4% qui ont tenté de le faire (avec un taux de récurrence de l'ordre de 44%).

Par ailleurs, le constat de problématiques psychiques (mal être, troubles psychiques voire psychiatrique) ressort de manière massive des investigations menées, et notamment des entretiens avec les acteurs. A titre d'illustration, le mal – être fait partie des 3 thématiques les plus fréquemment abordées par les jeunes dans les MDA (avec les questions de vie affectives et sexuelles et les questions liées à la scolarité).

b) Conduites addictives hors alcool

Un tiers des jeunes ligériens 15-25 ans fument quotidiennement, dont un quart présente une dépendance physique forte au tabac.

Cannabis : environ 3% de consommateurs réguliers, mais 44% de taux d'expérimentation chez les 15-25 ans.

Autres addictions : marginales

Les addictions sont fréquemment ciblées lors des entretiens, en particulier pour certaines populations (jeunes 16-25 ans en apprentissage, notamment).

c) Alimentation et activité physique

Si la région connaissait une situation favorable en matière de surpoids, la situation a significativement évolué ces dernières années : avec un doublement depuis 2000, la proportion de jeunes en surcharge pondérale étant de 14% en 2010, soit proche de la moyenne nationale. La pratique d'une activité physique est stable de 2000 à 2010, et la pratique de la marche se développe.

La situation est néanmoins moins favorable chez les jeunes les moins favorisés, qui présentent également plus souvent une surcharge pondérale.

d) Violence

Comme l'indique le Baromètre santé jeunes, même si ces proportions sont très légèrement inférieures aux moyennes nationales, ce sont 19% des jeunes 15-25 ans qui ont été victimes de regards ou paroles méprisants ou humiliants en 2010, 12% de menaces verbales, 10% de vols ou tentatives de vol, et 4 % de violences physiques.

La thématique de la violence ressort également des entretiens menés, une partie de celles-ci étant liée aux nouvelles technologies (harcèlement, diffusion de photos...).

e) Vie affective et sexuelle

Une hausse du recours à la contraception d'urgence chez les femmes de 15-25 ans dans l'année : de 9% en 2005, la proportion est de 13% en 2010, rejoignant la moyenne nationale, une telle augmentation n'étant pas observée en France.

L'utilisation du préservatif lors d'un premier rapport sexuel avec un nouveau partenaire est déclarée par 94 % des jeunes Ligériens. Cependant, cette proportion chute à 77% pour ceux qui ont eu plusieurs partenaires dans l'année.

Le recours au test de dépistage du VIH dans l'année demeure inférieur à la moyenne nationale (16 % vs 20%), même s'il est de 21% chez ceux qui ont eu plusieurs partenaires dans l'année.

f) Usage des nouvelles technologies

Le baromètre santé jeunes 2010 montre une proportion très significative des jeunes de 15-25 ans déclarant un usage important des écrans, et une évolution marquée depuis 2005.

- Utilisation d'écran plus de 3 heures par jour en semaine: 43% des jeunes (vs 28% en 2005)
- Dont utilisation d'ordinateur ou console de jeu plus de 3 heures par jour en semaine 20% des jeune (vs 13% en 2005).

Les usages des nouvelles technologies (réseaux sociaux, SMS) ne sont pas documentés dans le Baromètre. Néanmoins, plusieurs acteurs ont pointé des problématiques de santé (constatées ou pressenties) concernant l'usage des nouvelles technologies (impact sur le sommeil, dépenses au détriment de l'alimentation...).

Une étude récente de la DREES met en exergue l'usage assez important des nouvelles technologies chez les 15-24 ans.

3. DES ELEMENTS DE CONTEXTE

a) Des problématiques de plus en plus précoces et une accélération des changements « générationnels »

Bien que le constat ne soit pas posé par tous les interlocuteurs, une partie d'entre eux pointe une entrée plus précoce des jeunes dans des problématiques de l'adolescence, et dans certains comportements à risque. A titre d'illustration, il ressort des données du Baromètre santé jeunes de 2010 que 91% des Ligériens de 15 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool, et que 8% des jeunes 15-25 ans déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel à 14 ans ou avant.

D'autre part, une accélération des modifications de code et d'attitudes des jeunes a pu être signalée.

b) Les situations de rupture familiales

Des problématiques liées à la famille, et notamment des situations de ruptures familiales, ont été évoquées par une pluralité d'interlocuteurs. Les données du Baromètre santé 2010 ne pointent pas nécessairement d'évolution péjorative, puisque 74% des 15-25 ans se déclarent tout à fait contents de leur vie de famille (proportion comparable à la moyenne nationale) contre 70 % en 2005. Cependant, ce document pointe aussi les liens entre épisodes dépressifs et contexte familial difficile.

c) Paupérisation

Des phénomènes de paupérisation sont observés pour certains publics, notamment étudiants, usagers des FJT ou des missions locales.

Ceux-ci peuvent s'accompagner de phénomènes de renoncement aux soins.

15. LES « INTERVENTIONS VALIDEES » IDENTIFIEES PAR L'INPES

Source : site Internet INPES

L'INPES réalise depuis 2005 des synthèses de littérature visant à identifier les interventions efficaces en prévention et promotion de la santé.

Dans ce cadre, plusieurs synthèses sont disponibles, notamment sur les thématiques suivantes :

- Santé mentale auprès des jeunes
- Dispositifs en matière de prévention et d'aide à distance (lignes téléphoniques, sites Internet...)
- consommation d'alcool chez les jeunes
- tabagisme chez les jeunes
- prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes
- prévention de l'usage des substances illicites auprès des jeunes
- prévention des maladies infectieuses auprès des jeunes par l'hygiène des mains en milieu scolaire
- VHC et usagers de drogues

Sans visée d'exhaustivité :

- Actions sur la **santé mentale des enfants avant 5 ans** : principalement des programmes centrés sur le développement des compétences des parents envers des publics ciblés
- Actions de prévention universelle **santé mentale jeunes de plus de 5 ans** : focalisées sur les enfants (et non plus sur les parents), et principalement sur le développement de compétences psycho-sociales. Il y a aussi des programmes multi-modaux, impliquant parents et enseignants sur une longue période, notamment en prévention de la violence.
- Actions sur la **consommation d'alcool chez les jeunes auprès des moins de 10 ans** : des programmes scolaires universels qui impliquent les parents, des programmes ciblés sur des publics à risque (enfants ayant des problèmes de comportement, intervention auprès de jeunes femmes enceintes primipares défavorisées)
- Actions sur la **consommation d'alcool chez les jeunes auprès des 10 – 15 ans** : développement des compétences psycho-sociales des enfants et des parents (intervention auprès des familles), interventions de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire portées par des enseignants –qui intègrent aussi des éléments de connaissance des produits, interventions multi-modales en milieu scolaire (enseignants, pairs, parents, communauté)
- Actions sur la **consommation d'alcool chez les jeunes auprès des 16 ans et plus** : plusieurs modalités auprès d'étudiants ayant pour point commun le « feedback normatif » (faire percevoir écarts entre consommation réelle et consommation perçue par les étudiants, travailler sur les représentations) : par ordinateur, ou en face à face réel.
- Actions universelles sur la **consommation de tabac chez les jeunes auprès des moins de 12 ans** : programmes impliquant les parents avec un objectif de développement des compétences psycho-sociales chez les parents et les enfants ;
- Actions universelles sur la **consommation de tabac chez les jeunes auprès des 12-18 ans** : toutes les interventions validées incluent le développement des compétences psycho-sociales chez les adolescents au sein de programmes en milieu scolaire pouvant intégrer également des informations sur les produits, actions en milieu scolaire impliquant les parents

- Actions universelles sur la **consommation de tabac chez les jeunes auprès des 12-18 ans mais ciblées sur des publics spécifiques (ex. jeunes fumeurs)** : l'une d'elle vise les interventions par les pairs pour transmettre des connaissances en plus aux jeunes fumeurs
- Actions de **prévention des IST auprès des adolescents** : programmes en établissement scolaire dans l'ensemble fondés sur l'acquisition de connaissances et compétences en matière de prévention des IST, actions multimodales (école, parents et communauté), actions multimodales centrées spécifiquement sur l'utilisation de préservatif, actions auprès de publics spécifiques (avec appariement genre et culture entre intervenant et public).
- Actions de **prévention des grossesses précoces et non désirées via la contraception auprès des adolescents** : actions en milieu scolaire, souvent avec interventions de personnes extérieures venant du milieu médical ou de la communauté, reposant sur la transmission d'informations voire le développement de compétences psycho-sociales (abstinence, refus...), et pouvant proposer l'accès au centre de planification.

A noter, sur ces différentes thématiques, que les modalités mobilisant les **nouvelles technologies** (SMS, mails...) sont le plus souvent classées comme interventions « prometteuses » (ie efficacité pressentie, mais non validée). Donc pas encore d'actions validées par les travaux de l'INPES mobilisant les NTIC (sauf actions vers étudiant en matière de consommation d'alcool reposant sur le feedback normatif par ordinateur).

16. LES ATTRIBUTIONS DES COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

CCPP Prévention : (article D1432-4 du code de la santé publique)	CCPP Médico-Social : (article D1432-9 du code de la santé publique)
<p>« Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par le 2° de l'article L. 1432-1, la commission :</p> <p>1° Peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention ;</p> <p>2° Favorise, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement ;</p> <p>3° Définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'agence régionale de santé pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région ;</p> <p>4° Permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé. »</p>	<p>« Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par le 2° de l'article L. 1432-1, la commission :</p> <p>1° Peut décider d'un commun accord entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>2° Favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale ;</p> <p>3° Examine les projets de schéma régional d'organisation médico-sociale et de ou des programmes qui en découlent ;</p> <p>4° Examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>5° Favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun de ses membres, sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles. »</p>

17. LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS « CRITIQUES » DANS LA CIRCULAIRE DU 22 NOVEMBRE 2013

La circulaire N° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 organise une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

C'est cette circulaire qui prévoit la généralisation dans tous les départements des commissions des situations critiques mises en place par certaines MDPH.

Elle précise (pg 3) : *« Les membres de cette commission opérationnelle sont la MDPH, l'ARS, le CG, la CPAM (caisse primaire d'assurance-maladie), le secteur hospitalier (psychiatrie et/ou somatique) adulte et enfant, les représentants des gestionnaires médico-sociaux, les représentants des personnes et de leurs familles et l'Education Nationale, en tant que de besoins, le ou les directeur(s) des établissements concernés, le cas échéant. La commission peut s'autosaisir de situations critiques connues par l'un de ses membres. »*

Elle définit les situations critiques comme suit :

« Les situations « critiques » sont des situations :

- dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ;*
- et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause. Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques. »*

18. LES CONVENTIONS SIGNEES ENTRE L'ARS ET LE RECTORAT EN MATIERE DE BIEN ETRE DES JEUNES

Deux conventions distinctes ont signées entre l'ARS et le Rectorat :

- *Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé (signé le 29 mai 2012)*
- *Convention cadre en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (signée le 3 décembre 2012)*

La présente annexe présente les objectifs de ces conventions.

1) Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé (signé le 29 mai 2012)

Le contrat de partenariats définit 7 thématiques prioritaires de travail commun entre ARS et Rectorat :

- L'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et les activités physiques
- Le bien être affectif et sexuel
- Les conduites à risque
- Le mal être
- La santé liée à l'environnement
- La couverture vaccinale
- La veille et la sécurité sanitaire

L'annexe 2 du contrat définit les objectifs généraux et opérationnels sur chacune des thématiques.

De manière générale, le contrat de partenariat comporte des engagements entre les parties, notamment en termes d'accompagnement administratif, technique (y compris formation des acteurs) et financiers de sa mise en œuvre, de communication réciproque sur les actions mises en œuvre et leurs évaluations, (qu'elles s'inscrivent ou non dans le cadre du contrat), et plus largement de construction d'une connaissance partagée des actions mises en place sur le terrain.

2) Convention cadre en matière de scolarisation des en enfants en situation de handicap (signée le 3 décembre 2012)¹¹

Principaux objectifs :

- Avoir, pour chacune des institutions, une connaissance actualisée de l'offre régionale ayant trait à la scolarisation des enfants en situation de handicap ;
- Identifier les besoins de scolarisation et d'accompagnement en milieu scolaire et dans le secteur médico-social et évaluer la qualité des accompagnements ;
- Garantir une collaboration en amont des décisions de planification et de restructuration de l'offre ;
- Améliorer l'information à l'attention des usagers et de leur famille, mais aussi des professionnels du secteur médico-social, en lien avec la commission spécialisée médico-sociale de la CRSA ;
- Favoriser la fluidité des parcours et l'intégration en milieu ordinaire ;
- Œuvrer pour un partage des connaissances sur l'ensemble des handicaps et promouvoir une culture commune entre les personnels de l'Education Nationale et les professionnels des établissements et services médico-sociaux ;
- Contribuer à une harmonisation des pratiques d'orientation vers certains dispositifs et clarifier sur le plan régional les critères d'orientation.

¹¹ Extrait du dossier de presse ARS du 22 septembre 2014

19. LE DEVELOPPEMENT DES SESSAD

Le développement de l'offre en SESSAD est le principal levier de l'ARS pour favoriser la scolarité en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap.

Le SROMS fixe dans son objectif 9, relatif à la réduction des inégalités territoriales d'équipement, une cible de 35% de la part des services dans l'offre globale d'accompagnement des personnes en situation de handicap (enfants et adultes). En ce qui concerne les jeunes, il fixe un objectif de 3,8 places en services pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, à atteindre dans les 5 ans au sein de chaque département. Cela permet à l'ARS de chiffrer les places manquantes pour atteindre ces taux cibles, avec une double logique d'augmentation de l'offre et de réduction des écarts inter-départementaux.

L'ARS a réalisé un bilan « Evolution de l'offre médico-sociale en Pays de la Loire depuis 2010 », daté du 18 juillet 2014.

Au 31 décembre 2013, le taux d'équipement régional en services pour les enfants handicapés est de 3,7 pour 1000 habitants. Il varie selon les départements de 3,4 ‰ (Vendée) à 4,2 ‰ (Mayenne et Maine et Loire). L'objectif d'un taux d'équipement à 3,8 ‰ est donc pratiquement atteint au niveau régional, mais seuls deux départements sur cinq présentent un taux égal ou supérieur à cette cible. En calculant le taux d'équipement en fin de PRIAC (capacité financées 2016 / projection population 0-19 ans 2016¹²), on observe que le taux régional devrait demeurer à 3,7 ‰, et que 3 départements devraient atteindre ou dépasser le taux cible de 3,8 ‰.

Un tableau présente, dans ce document, l'évolution de l'offre de 2010 à 2016 dans un objectif de réduction des inégalités territoriales. Il en ressort que, au niveau régional, les capacités financées en services pour enfants en situation de handicap sont passées de 3 116 places en 2010 à 3 397 places en 2013. En prévision (PRIAC), ce nombre devrait atteindre 3 589 à l'horizon 2016.

Le nombre de places de SESSAD financées s'est accru de 281 places entre 2010 et 2013, soit une augmentation de 9% au niveau régional. Cette évolution a été différenciée entre les départements. Ainsi, 2 départements n'ont connu aucune augmentation de capacités financées (Mayenne et Sarthe). A l'inverse, un département (44) a bénéficié de 51 % de ces places nouvelles. Compte tenu de l'offre existante, pour les trois départements ayant bénéficié du financement de places nouvelles, le taux d'augmentation est respectivement de 14% (Loire – Atlantique), 8,8 % (Maine – et – Loire) et 15,2 % (Vendée).

Entre 2013 et 2016, 192 places de SESSAD supplémentaires devraient être financées dans la région, ce qui représenterait une augmentation de 15,2% pour la période 2010-2016.

Il y a donc eu une augmentation significative des capacités en SESSAD financées de 2010 à 2013, et cette évolution a été très différenciée entre département, dans un objectif volontariste de réduction des inégalités d'équipement entre territoires. Néanmoins, selon toute probabilité, le taux cible fixé dans le SROMS ne devrait pas être atteint partout en 2016.

¹² Source INSEE- Modèle Omphale 2010 scénario central

Nombre de places en SESSAD pour 1 000 jeunes de 0-19 ans (estimation population 2016)

	2010	2013	2016
région	3,3	3,5	3,7
44	2,9	3,3	3,5
49	3,7	4,0	4,0
53	4,1	4,1	4,2
72	3,6	3,6	3,6
85	2,7	3,2	3,8

Les places nouvelles de SESSAD procèdent à la fois de créations de places (via appels à projets ou extensions non importantes) et de transformations (de places d'IME notamment). Plusieurs acteurs ont souligné que l'ARS s'inscrivait dans la continuité des politiques des DDASS dans ce domaine, la différence étant plutôt en termes d'accélération du processus et de rééquilibrage territorial.

La majorité des acteurs rencontrés reconnaît et salue la dynamique de création de places de SESSAD et son effet sur la scolarisation en milieu ordinaire, même s'il est rappelé que cette dernière ne peut concerner la totalité des enfants en situation de handicap. L'enquête réalisée auprès des ESMS du secteur de l'enfance handicapée demandait aux structures enquêtées d'identifier les champs sur lesquels ils jugeaient que l'action de l'ARS avait eu un impact. Le champ le plus souvent cité (77% des 60 répondants) était le développement de l'offre de service pour les enfants de moins de 20 ans en situation de handicap (SESSAD).

Il n'en reste pas moins que la plupart des acteurs interrogés pointent que les besoins ne sont pas tous couverts, en particulier pour certaines déficiences (notamment TCC). Dans l'espace d'expression libre qui figurait en fin de questionnaire dans l'enquête ESMS, ont été évoqués le fait que des enfants disposant d'une orientation en SESSAD demeuraient sans accompagnement faute de places, et le fait que des enfants restaient en SESSAD par manque de place dans la structure relai notifiée (IME, SESSAD Pro...).

Les taux d'équipement cible en SESSAD qui ont été définis (*cf. supra*) sont calculés en référence à l'ensemble de la population 0-19 ans, et non uniquement celle en situation de handicap.

Par ailleurs aucune donnée de file d'attente consolidée au niveau régional n'est disponible à l'ARS. Des chiffrages ont pu être réalisés dans deux départements en 2013 (le nombre de jeunes en liste d'attente pour un SESSAD a été évalué respectivement à 400 et 511 jeunes). Dans l'un de ces départements, où les perspectives de créations de places en SESSAD sont faibles compte tenu de son taux d'équipement, une réflexion a été menée sur la gestion des files d'attente.

20. SANTE ET BIEN ETRE SUR INTERNET – RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE PAR FIL SANTE JEUNES

Le site Internet (national) Fil santé jeunes mène des enquêtes en ligne auprès des jeunes. Ces derniers peuvent répondre à des questionnaires en ligne, et une synthèse commentée des résultats est mise à disposition sur le site.

Une enquête sur « santé et bien être sur Internet » a ainsi été réalisée en mars 2013 ; 437 jeunes de 12 à 25 ans y ont répondu. L'objet de l'enquête était de connaître la manière dont les jeunes accèdent aux informations santé dont ils ont besoin sur Internet. Ses principaux résultats sont les suivants :

Recours à Internet pour l'information en santé

- Au cours des 12 mois précédents, 90% d'entre eux ont recherché des conseils ou informations de santé sur Internet (à noter que 9 répondants sur 10 possèdent personnellement un ordinateur, un smartphone ou une tablette) ;
- Internet est le mode d'information le plus fréquemment cité, devant les visites chez le médecin et les services d'aide par téléphone.

Information sur Internet et consultation médicale

- Si la majorité des répondants a consulté un professionnel de santé au cours des douze mois précédents, ils sont aussi nombreux à chercher des informations de santé sur internet soit avant, soit après la consultation médicale.
- Pour plus de la moitié des répondants, la recherche sur Internet a souvent lieu au détriment d'une consultation chez le médecin.

Vigilance sur la qualité de l'information sur Internet

- « On trouve de tout sur Internet », mais si plus de 50% des sondés vérifient qui est la personne ou l'institution qui diffuse l'information sur internet, l'autre moitié le fait rarement, voire jamais.
- Plus de la moitié des sondés regardent rarement, voire jamais la date de mise à jour de l'information diffusée.
- Les résultats montrent également que la plupart des sondés estime que l'information obtenue sur internet est crédible mais ils ne sont que 40% à savoir ce qu'est un site de santé labellisé.

21. LA COORDINATION DANS LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION EN MATIERE DE BIEN ETRE DES JEUNES

Les déclinaisons opérationnelles relatives à la coordination des acteurs dans les différents objectifs du Schéma Régional de Prévention sont :

- Structurer les conditions de dialogue avec les personnes ou leur représentant en s'appuyant sur des lieux uniques d'accueil pour les écouter et les orienter, notamment vers les structures de PMI, maisons des adolescents, structures médicosociales, CLIC
- Au niveau de chaque territoire de santé, coordonner les différents acteurs autour des trajectoires des personnes en matière de prévention, en s'appuyant sur des structures identifiées assurant l'information, le repérage et l'orientation (PMI, CAMSP, maisons des adolescents, CLIC, structures médicosociales notamment)
- Au niveau local, favoriser l'articulation entre les associations de proximité et les structures ressources en prévention ainsi que la coordination des acteurs de santé et du social à travers des projets mutualisés autour des populations spécifiques
- Promouvoir le rôle central des centres de vaccination afin qu'ils remplissent leurs missions d'information du public et des professionnels de santé et qu'ils soient ainsi reconnus en tant que pôles ressources
- Harmoniser le travail au niveau régional par la mise en relation plus étroite des centres de vaccination autour des pratiques et des organisations
- Partager les thématiques régionales de prévention avec l'ensemble des professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social
- Favoriser les rencontres au niveau régional et territorial des acteurs de la prévention pour mieux se connaître, échanger les pratiques et partager les expériences
- Organiser et animer des réseaux de surveillance, couvrant tous les territoires, en élargissant le spectre des structures de surveillance (Assurance maladie, secteur santé travail, Education nationale, réseau d'urgentistes...)

Plus particulièrement sous l'objectif visant la coordination des acteurs sur les publics enfants et adolescents (objectif 15) :

- Favoriser le lien maternités - services de PMI - CAMSP afin de repérer les situations à risque pour la mère et l'enfant (facteurs individuels, familiaux, psycho-sociaux, facteurs environnementaux) et favoriser le diagnostic précoce des situations de handicap
- Favoriser la coordination entre les CAF, les PMI, la santé scolaire, les médecins de premier recours et professionnels paramédicaux libéraux, les services sociaux et les établissements de santé afin d'améliorer le dépistage et l'accompagnement préventif vers l'accès aux soins de 1^{er} recours
- Améliorer la connaissance chez les adolescents et les professionnels intervenant directement ou non auprès des jeunes des dispositifs de prévention
- Développer des échanges entre les professionnels intervenants : CAMSP, services de PMI, d'aide sociale à l'enfance, Education nationale, maisons des adolescents, CMPP, CMP, services de protection judiciaire de la jeunesse, associations de prévention et de promotion de la santé, médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, professionnels paramédicaux libéraux (dont masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes)

En ce qui concerne les résultats attendus de cet objectif, ils sont libellés comme suit :

- Articulation entre le réseau sécurité naissance, les services de protection maternelle et infantile et les réseaux d'addictologie
- Définition de zones d'intervention prioritaires de prévention du surpoids, de la santé buccodentaire et de l'asthme
- Maintien et développement de tissus locaux autour de la parentalité
- Développement d'actions communautaires par les parents à l'échelle des quartiers

La richesse du réseau associatif est identifiée comme un levier pour la mise en œuvre de l'objectif 15.

22. CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES JEUNES ET ACTION DE L'ARS EN PAYS DE LA LOIRE

1. Situation épidémiologique

Les données suivantes proviennent du Baromètre santé jeunes 2010 de l'Observatoire Régional de Santé¹³ et de l'édition de juillet 2015 de la revue *Tendance* de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT)¹⁴.

En ce qui concerne la consommation **d'alcool** des 15-25 ans, la situation régionale était en 2010 défavorable par rapport à la situation nationale, dans la continuité de 2005, quelle que soit la mesure :

- Consommation régulière d'alcool (20% des jeunes ligériens en consomment au moins deux fois par semaine vs 15% au niveau national)
- Ivresses répétées (31% des jeunes ligériens en ont connu au moins trois dans l'année, vs 22% au niveau national)
- Episodes mensuels d'alcoolisation importante (35% des jeunes ligériens ont consommé six verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois vs 26% au niveau national)
- Expérimentation et ivresses plus précoces qu'en France.

En 2010, 44% des jeunes ligériens présentent une consommation d'alcool à risque ponctuel et 15 % à risque chronique (y compris risques de dépendance).

La publication de l'OFDT, concernant la prévalence des pratiques addictives à 17 ans, confirme la singularité de la région en matière de consommation d'alcool chez les jeunes :

- La consommation régulière d'alcool en Pays de la Loire y est qualifiée de largement supérieure à la situation nationale (22 % contre 12,3 %) ;
- Les alcoolisations ponctuelles importantes répétées concernent 35 % des jeunes de 17 ans en Pays de la Loire (vs une moyenne nationale de 21,8%), les Pays de la Loire étant au second rang des régions françaises sur cet indicateur

En ce qui concerne le **tabac**, le problème était un peu moins aigu qu'au niveau national, mais une convergence des comportements était observée en 2010, et le taux de consommation était élevé. Ainsi, un tiers des jeunes ligériens 15-25 ans fumaient quotidiennement, dont un quart présentait une dépendance physique forte au tabac.

Les données produites par l'OFDT mettent en évidence que la consommation quotidienne de tabac à 17 ans en Pays de la Loire a connu une augmentation significative entre 2011 et 2014, cet indicateur étant en 2014 moins favorable qu'au niveau national (prévalence régionale de 36% contre 32,4% au niveau national).

S'agissant du **cannabis**, l'expérimentation était en 2010 (comme en 2005) plus fréquente en Pays de la Loire qu'au niveau national (44% vs 40%), et un recul était observé sur la période 2005-2010 aux niveaux régional et national. En revanche, en 2010, l'usage régulier de cannabis était moins important

¹³ ORS Pays de la Loire, « Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives », *Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, février 2012, 20 pg

¹⁴ OFDT, « Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014 », *Tendances*, juillet 2015

en région Pays de la Loire (3%) qu'au niveau national (5%). L'ORS présente l'évolution du taux d'expérimentation selon l'âge en 2010 : 15% à 15 ans, 34% à 17 ans, 45% à 19 ans et 55% chez les 20-25 ans.

Selon l'OFDT (données 2014), la prévalence de l'usage régulier de cannabis à 17 ans est de 10% en région Pays de la Loire, valeur comparable à la prévalence nationale (9,2%).

En ce qui concerne les **autres substances**, les taux d'expérimentation des 15-25 ans en 2010 (données ORS) sont inférieurs aux moyennes nationales, et égaux ou inférieurs à 6% (hormis pour les poppers - taux de 14% en région vs 9% au niveau national).

Les données 2014 de l'OFDT concernant les jeunes de 17 ans confirment l'observation concernant l'expérimentation des poppers, mais relativisent le positionnement plutôt favorable de la région sur d'autres substances. Ainsi, les Pays de la Loire font partie des régions ayant un taux d'expérimentation à 17 ans supérieur à la moyenne nationale pour la cocaïne, et un taux comparable à la moyenne nationale pour l'expérimentation de la MDMA /ecstasy et des amphétamines. Il est toutefois précisé que, en moyenne nationale, les taux d'expérimentation des substances illicites hors cannabis demeurent faibles à 17 ans (entre 3% et 5%).

2. Actions de l'ARS dans le domaine de la lutte contre les conduites addictives chez les jeunes

La lutte contre les conduites addictives et les comportements à risque est une constante des plans et programmes nationaux concernant la santé des jeunes ces dernières années.

Les conduites addictives sont l'une des sept thématiques prioritaires de prévention pour la région définies le schéma régional de prévention (objectif 3), qui ne concerne pas exclusivement les jeunes.

Des feuilles de route thématiques annuelles formalisent l'action de l'ARS dans ce domaine.

Les réalisations suivantes, impulsées ou accompagnées par l'ARS, ont pu être relevées dans le cadre de l'évaluation (liste non exhaustive).

- ***Appels à projets (AAP) en prévention et en promotion de la santé***

Un tiers des projets financés dans le cadre de l'AAP 2014 sur les conduites addictives concernaient les jeunes, les financements alloués aux projets concernant les jeunes représentant 47% des financements accordés dans le cadre de l'AAP cette année là.

Les conduites addictives sont l'une des 5 thématiques pour lesquelles un AAP est organisé chaque année.

Les jeunes sont visés dans les publics cible des AAP concernant les conduites addictives, et parfois de manière prioritaire.

Si le ciblage de territoires prioritaire dans la lutte contre les conduites addictives chez les jeunes fait partie des objectifs de l'ARS, il a pu être indiqué par certains interlocuteurs que les données précises manquaient pour les identifier. L'idée selon laquelle il n'y avait pas de différences territoriales dans l'augmentation des conduites à risque a également pu être émise. Néanmoins, la thématique des conduites addictives est l'une des seules pour laquelle un appel à projets en prévention (2013) a identifié des territoires d'intervention prioritaires infra-départementaux, définis à partir de données de mortalités liées à l'alcool.

La thématique des conduites addictives est également la seule pour laquelle un AAP (2014) faisait référence aux interventions validées par l'INPES.

- ***La contractualisation avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé***

L'ARS a signé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec certains opérateurs en prévention et promotion de la santé de la région. Un tiers des opérateurs concernés mène des actions en matière de conduites addictives, exclusivement ou non.

Pour les opérateurs spécialisés sur ces questions, la prévention des conduites addictives en milieu scolaire ou universitaire représente une part significative du budget total des actions inscrites dans le CPOM.

- ***Coopération inter-institutionnelle***

Le champ des conduites addictives et comportements à risque est l'un des domaines où l'ARS travaille en coopération avec d'autres acteurs institutionnels.

Les conduites addictives font partie des thématiques de travail commun inscrites dans les conventions que l'ARS a signé avec l'Education Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et l'URADEL.

De même, la mise en œuvre des orientations de la MILDECA fait l'objet d'échanges inter-institutionnels.

- ***Contrats locaux de Santé (CLS)***

Les conduites addictives sont une thématique fréquemment investie dans les contrats locaux de santé, puisque 7 des 10 contrats signés comportent des actions sur ce champ, que les contrats visent spécifiquement ou non les jeunes parmi les publics cibles.

- ***La promotion du développement des compétences psychosociales***

L'acquisition de compétences psychosociales est attestée par la littérature comme un facteur de protection vis-à-vis des conduites à risque (notamment des addictions), et figure parmi les actions validées mentionnées par l'INPES.

Si la transmission d'informations sur les produits est généralement considérée comme ne pouvant/ ne devant pas intervenir avant le collège ou le lycée selon les interlocuteurs interrogés dans le cadre de l'évaluation (pas de consensus), le développement de facteurs de protection à travers le développement de compétences psycho-sociales peut intervenir dès l'école primaire.

Des actions de développement de ces compétences sont réalisées depuis plusieurs années par des opérateurs en prévention et promotion de la santé de la région, spécialisés ou non sur les questions d'addictions. L'ARS a décidé à l'automne 2014, en partenariat avec l'Education Nationale et l'URADEL, d'organiser un déploiement de grande ampleur de ce type d'actions sur la région.

- ***Les consultations jeunes consommateurs dans les CSAPA***

Le développement des consultations jeunes consommateurs est un objectif de l'ARS.

L'un des enjeux de la réorganisation des CSAPA en 2014 était de faire en sorte que ces structures soient en mesure de répondre à toutes leurs missions, y compris porter ce type de consultations.

Il y a, en 2015, 17 sites où des consultations de ce type peuvent être proposées (en incluant antennes et consultations avancées)¹⁵.

- ***Conduites addictives et périnatalité***

L'une des 6 commissions thématiques du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire concerne les addictions, et traite des conduites à risque et addictions pendant la grossesse. Elle a élaboré des outils d'aide au repérage et à l'orientation à destination des professionnels de santé (réglettes "Vulnérabilité de la femme enceinte - conduites addictives - repérer orienter »).

L'objectif 15 du schéma régional de prévention, visant la coordination des acteurs sur les publics enfants et adolescents, vise parmi les résultats attendus l'« articulation entre le réseau sécurité naissance, les services de protection maternelle et infantile et les réseaux d'addictologie ».

Les addictions et conduites à risque figurent parmi les thématiques évoquées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARS et le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire, concernant notamment la formation et l'information des professionnels.

3. Poids des conduites addictives dans les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes financées par l'ARS

- ***Les conduites addictives sont l'une des thématiques les plus fortement investies dans les actions de prévention et de promotion de la santé à destination des jeunes (OSCARS 2010-2012).***

Sous réserve des limites inhérentes au décompte des actions enregistrées dans OSCARS (cf. annexe 11), l'analyse des thématiques abordées sur la période 2010-2012 dans les actions concernant la population 0-25 ans met en évidence que les conduites addictives concernent 29% des actions enregistrées. Les conduites addictives sont la thématique la plus présente dès la tranche d'âge 10-12 ans (ce qui corrobore le constat dressé à partir des actions dans les établissements scolaires financées par l'ARS en 2013 – cf. *infra*).

Les actions abordant les conduites addictives (exclusivement ou non) représentent, au sein des actions répertoriés dans OSCARS entre 2010-2012 pour le public « 16-25 ans (insertion professionnelle) » et pour lesquelles le nombre de bénéficiaires et le budget ont pu être identifiés avec précision:

- 40% des financements de l'ARS (seconde thématique par ordre d'importance après la santé mentale – échantillon de 94 actions) ;
- 72,06 % des bénéficiaires (jeunes ou non) d'une action enregistrée dans OSCARS (première thématique par ordre d'importance – échantillon de 93 actions) ;
- 72,27% des jeunes bénéficiaires d'une action enregistrée dans OSCARS (première thématique par ordre d'importance-échantillon de 36 actions).

- ***La thématique « conduites addictives » est prédominante dans les interventions en milieu scolaire financées par l'ARS (données 2013) dès le niveau collège.***

Le tableau suivant illustre la part des établissements concernés par chacune des différentes thématiques dans l'ensemble des établissements ayant bénéficié d'une intervention de prévention ou de promotion de la santé financée par l'ARS en 2013. Le caractère pluri-thématique de nombre d'interventions explique les pourcentages supérieurs à 100.

¹⁵ Source : site Internet *drogues-info-service.fr* au 27/07/2015

	Conduites addictives	Alimentation	Activités physiques et Sportives	Sexualité	Santé mentale	Santé-Environnement
Ecoles primaires	35%	88%	88%	4%	0%	0%
Collèges	90%	14%	14%	12%	0%	0%
Lycées (LEG, LET, LGT, LP, LPO)	91%	17%	17%	14%	1%	4%
Centres d'apprentissage	52%	14%	14%	48%	0%	0%

Il ressort de ce tableau que, lorsque les établissements ont bénéficié d'interventions financées par l'ARS en 2013, elles concernaient dans au moins 35% des cas (et jusqu'à 90-91% des cas en collège et lycées) les conduites addictives, exclusivement ou non.

De manière complémentaire, on relève que ce sont 19% des collèges et 24% des lycées¹⁶ existant dans la région qui ont bénéficié d'interventions abordant les conduites addictives financées par l'ARS en 2013.

4. Problématiques particulières : zones et publics

D'une manière générale, les jeunes présentant des troubles addictifs ont été identifiés de manière constante comme un public fragile dans les feuilles de l'ARS concernant les jeunes de 2012 à 2014.

Les informations recueillies lors de l'évaluation ont pointé des caractéristiques ou besoins particuliers de certains publics ou zones géographiques en matière de prévention des conduites addictives.

Les jeunes en zones rurales présentent des spécificités en matière de conduites addictives, avec une situation péjorative en ce qui concerne la consommation d'alcool. Une publication de l'Observatoire Régional de Santé¹⁷ fait état des différences de comportement entre jeunes des zones rurales et jeunes des zones urbaines en matière de conduites addictives. Ainsi, les 15-25 ans en zone rurale déclarent moins fréquemment une expérimentation (40% vs 45% en zone urbaine) et une consommation de cannabis (7% vs 10%). La situation est inverse en ce qui concerne la consommation régulière d'alcool, puisque 26% des 15-25 ans en zone rurale déclarent consommer de l'alcool au moins deux fois par semaine, contre 18% en zone urbaine. En revanche, il n'y a pas de différence entre zones urbaines et zones rurales en ce qui concerne le tabagisme quotidien et les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante.

Les jeunes en apprentissage ont pu être présentés comme une population un peu plus à risque en termes de consommation (ce sont des mineurs qui perçoivent un salaire, qu'ils peuvent employer le cas échéant à acheter des produits à risque, notamment alcool).

Les conduites addictives sont une thématique relativement moins investie que d'autres (ex. vie affective et sexuelle) par les établissements médico-sociaux ayant en charge les jeunes en situation de handicap. Pour autant, pour certains types d'établissement, l'intérêt d'investir cette problématique a pu être évoqué. Si le faible nombre d'actions enregistrées dans OSCARS concernant les jeunes en situation de handicap appelle à la prudence dans l'interprétation des données, il ressort de leur examen que la thématique des conduites addictives a été proportionnellement moins traitée pour ces jeunes (6% des actions dans OSCARS sur la période 2010-2012) qu'en population générale 0-25 ans (29% des actions). La formation des professionnels des établissements et services médico-sociaux sur les conduites addictives fait partie des besoins qui ont pu être exprimés dans l'enquête réalisée, pour l'évaluation, auprès de ces structures. De fait, un interlocuteur a fait état d'un malaise de

¹⁶ Hors enseignement agricole

¹⁷ ORS Pays de la Loire, « Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives », *Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, février 2012, 20 pg

professionnels du champ médico-social par rapport aux consommations des personnes en situation de handicap, jeunes ou non (difficulté à évoquer le sujet avec les usagers, notamment).

Une étude réalisée en mars 2013 par l'ORS a mis en évidence un lien entre décrochage scolaire et conduites addictives. Il a pu être fait état de projets visant à aller à la rencontre des jeunes en dehors du cadre scolaire.

L'ARS souhaite développer des actions auprès des parents de jeunes présentant des conduites addictives, mais il a pu être fait état d'une absence d'outils / modalités pour intervenir auprès de ce public.

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AAP : Appel A Projet

AJ : Accueil de Jour

ALD : Affections de Longue Durée

ANCREAI : Association Nationale des CREAI

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANMDA : Association Nationale des Maisons des Adolescents

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CIJ : Centre Information Jeunesse

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centres Médico-Psycho-Pédagogique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPS : Compétences Psycho-Sociales

CREAI : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRIJ : Centre Régional Information Jeunesse

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
DI : Déficiences Intellectuelles
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRUP : Direction des Relations avec les Usagers et Partenaires (ARS)
DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
DT ARS: Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
ECLAIR : programme « Écoles, Collèges et Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite »
EMS : Etablissements Médico-Sociaux
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs
HAD : Hospitalisation à Domicile
HPST : Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
HT : Hébergement Temporaire
IEAP : Institut pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
IEM : Institut d'Education Motrice
IEN – ASH : Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'Adaptation et la Scolarisation des élèves Handicapés
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
IME : Institut Médico-Educatif
InPES : Institut national de Prévention et d'Education à la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISS : Inégalités Sociales de Santé
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LEG : Lycée d'Enseignement Général
LET : Lycée d'Enseignement Technique
LGT (ou LEGT): Lycée d'Enseignement Général et Technologique

LP : Lycée Professionnels

LPO : Lycée Polyvalent (assurant à la fois l'enseignement général, technique et professionnel)

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer / Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées (ou maison départementale de l'autonomie)

MFR : Maison Familiale Rurale

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives¹⁸

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

ORS : Observatoire Régional de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI

PDSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé

PIJ : Point Info Jeunes

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Prévention et Promotion de la Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

REP : Réseau d'Education Prioritaire

RSN : Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SEES : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé

SEHA : Section d'Éducation avec Handicaps Associés

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise

¹⁸ Ex-MILDT

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TC : Traumatisés Crâniens
TCC : Troubles du Comportement et de la Conduite
TED : Troubles Envahissants du Développement
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UPI : Unité Pédagogique d'Intégration
URADEL : Union Régionale de l'Association des Directeurs de l'Enseignement Libre
URHAJ : Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URML : Union Régionale des Missions Locales
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 – Mél. ars-pdl-contact@ars.sante.fr

www.ars.paysdelaloire.sante.fr