

**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**

Rapport

Xavier BRUN

Claude PICHON

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

DECEMBRE 2015

Avertissement

Evaluation des dispositifs
et
politiques publiques

RAPPORT D'EVALUATION

Depuis sa création, l'Agence Régionale de Santé apporte une attention particulière à l'évaluation de l'impact des dispositifs et politiques régionales mises en œuvre.

Le Département d'Evaluation des Politiques de Santé de la Direction de l'Efficiences de l'Offre porte les travaux conduits au niveau régional dont la récente évaluation des dispositifs.

Vous trouverez, ci-après, le rapport d'évaluation. Les recommandations formulées n'engagent pas la Direction Générale de l'ARS qui arrêtera ses orientations après échange avec les acteurs.

Vous en souhaitant bonne lecture,

Cécile COURREGES

Directrice Générale



17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 Nantes Cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 - www.ars.paysdelaloire.sante.fr

SYNTHESE

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Le Projet Régional de Santé (PRS) des Pays de la Loire 2012-2016 a prévu, outre son évaluation finale, des évaluations intermédiaires sur des thématiques populationnelles. L'Agence Régionale de Santé a ainsi décidé, en 2014, la réalisation de l'évaluation de sa politique en faveur du bien être des Jeunes.

Conjuguant selon l'O.M.S. des éléments objectifs et subjectifs, la notion de bien être inclut des éléments économiques, sociaux et éducatifs autant que sanitaires, ainsi que la perception des individus sur la satisfaction de leurs besoins. Le bien être dépasse donc la 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 mais à cerner la contribution de la politique régionale de santé au bien être des jeunes ligériens, sous 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 ») et la santé comme condition du bien être (socialisation/ scolarisation des enfants en situation de handicap, compétences psychosociales...).

La santé des jeunes a été une priorité régulièrement réaffirmée dans la décennie écoulée au niveau national et déclinée au niveau régional. Elle a connu un regain d'actualité fin 2013- début 2014, notamment dans la définition de la stratégie nationale de santé, et constitue l'une des priorités affichées de la loi de santé actuellement en discussion au Parlement.

La population des jeunes de moins de 20 ans ne constitue pas une entité homogène, et 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 commodité, 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 aux études supérieures (adolescence / entrée dans la vie adulte).

ÉLÉMENTS DE METHODOLOGIE

Un COmité de Pilotage (COFIL) a associé des parties prenantes de la politique évaluée. En cohérence avec le cadre de la démocratie sanitaire régionale, il a été demandé au président de la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA) de désigner les représentants des opérateurs, des usagers ainsi qu'un expert.

Suivant une préoccupation de croisement des points de vue et de diversification des sources (principe de triangulation), les principales investigations ont consisté en :

- un travail d'analyse documentaire, en particulier de documents administratifs traduisant la structuration et la mise en œuvre de la politique de l'ARS, y compris dans ses aspects partenariaux ;

- l'exploitation de bases de données existantes ou construites *ad hoc* à partir des données disponibles (actions financées par l'ARS en 2013 dans les établissements scolaires, données de population INSEE 2011, liste des communes signataires d'un contrat local de santé...);

- la réalisation d'une cinquantaine d'entretiens (de l'ordre de 80 personnes entendues) : services de l'ARS, mais aussi services de l'Etat, collectivités locales, acteurs de la promotion de la santé et de l'accompagnement des jeunes en situation de handicap... ;

- et la réalisation de 3 enquêtes écrites (auprès des établissements et services médico-sociaux, des maisons départementales des personnes handicapées et des services des conseils départementaux), par voie électronique ou par courrier. Si les taux de réponse n'ont pas permis de leur donner une valeur significative en termes quantitatifs, les données obtenues ont pu corroborer (ou relativiser) des informations issues d'autres sources, et elles ont apporté des éclairages qualitatifs importants.

QUESTIONS EVALUATIVES ET PRINCIPALES CONCLUSIONS

Des constats ont été établis sur la base des informations recueillies lors des investigations, qui ont alimenté la formulation des réponses aux questions évaluatives sous la forme des jugements ci-après. S'agissant d'une évaluation intermédiaire, les jugements sont portés en l'état actuel de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, qui n'est pas achevée.

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 ?

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.

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.

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 ?

La finesse insuffisante des données sur les besoins des jeunes en situation de handicap ne permet pas d'apprécier précisément les effets de l'action de l'ARS sur l'adéquation des accompagnements. 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.

Si les structures médico-sociales 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).

Par ailleurs, 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.

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 ?

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 des enfants de 0 à 9 ans, 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.

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 de 10 à 15 ans 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.

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 ?

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 : d'une part, les commissions de coordination demeurent encore principalement des instances d'échange autour de sujets portés par l'ARS plus que des lieux de décision et, d'autre part, 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.

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 (situations complexes, santé mentale, pilotage des opérateurs de prévention par l'ARS).

Sur ces différentes questions, les dispositions du projet de loi de santé actuellement en discussion au Parlement sont porteuses de leviers et de potentialités pour conforter et renforcer la stratégie régionale en faveur du bien être des jeunes

RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette évaluation, plusieurs pistes de travail pour l'ARS se dessinent.

Le bien être des jeunes (y compris les aspects concernant strictement la santé) étant une politique partagée entre l'ARS et d'autres acteurs, l'enjeu du partenariat est important, que ce soit en termes de connaissance du public ou d'articulation des politiques. Dans ce cadre, un travail est à mener pour conforter l'offre en matière de bien être des jeunes et clarifier le rôle des différents acteurs et leur articulation avec les maisons des adolescents. De manière complémentaire, l'ARS gagnerait à réaffirmer le caractère prioritaire de la politique en faveur des jeunes et à améliorer la visibilité de sa politique dans ce domaine.

Le souci de réduction des inégalités de santé appelle à la fois une attention sur le ciblage des actions de prévention et de promotion de la santé et une promotion de modalités adaptées aux publics et contribuant à prévenir ces inégalités.

La dynamique portée par l'ARS pour fluidifier les parcours des jeunes en situation de handicap et favoriser leur inclusion en milieu ordinaire doit être poursuivie.

Les six recommandations suivantes, formulées à l'attention de l'ARS, résument ces pistes de travail :

- S'assurer que la politique et les actions mises en œuvre s'appuient sur une démarche partenariale;
- Renforcer l'observation et le suivi des données sur les problématiques de santé des jeunes dans un cadre partenarial
- Réaffirmer la priorité en faveur des jeunes dans la politique de prévention et de promotion de la santé de l'ARS et, plus largement, renforcer la visibilité de l'action de l'ARS à l'égard de ce public
- Améliorer le ciblage des actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des jeunes, notamment sur des publics et zones prioritaires, dans une logique de prévention des inégalités de santé
- Promouvoir des modalités de prévention et promotion de la santé adaptées aux jeunes publics, incluant une visée de prévention des inégalités de santé
- Poursuivre la démarche de fluidification des parcours des jeunes en situation de handicap et en mesurer les effets

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
INTRODUCTION GENERALE.....	6
A. Contexte et commande.....	6
B. La politique régionale en faveur du bien être des jeunes.....	7
C. Pilotage de l'évaluation et méthodologie.....	8
1. <i>Pilotage</i>	8
2. <i>Méthodologie</i>	8
D. Les jeunes en Pays de la Loire – données démographiques.....	9
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 ?.....	11
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 ?.....	11
1.1.1. <i>Un diagnostic initial du PRS satisfaisant sur la santé des 16-25 ans, mais de possibles améliorations en termes d'actualisation des connaissances et de suivi.....</i>	11
1.1.2. <i>Des thématiques prioritaires en prévention cohérentes avec les problématiques des 16-25 ans, avec un accent particulier sur les conduites addictives.....</i>	12
1.1.3. <i>Une absence d'outil de repérage des publics fragiles partagé entre l'ARS et d'autres acteurs, mais une convergence sur les publics identifiés.....</i>	17
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 ?.....	19
1.2.1. <i>Des marges de progrès en matière de mobilisation par l'ARS de données sur la répartition des 16-25 ans en région et d'affinage de ces données.....</i>	20
1.2.2. <i>Si le ciblage des territoires prioritaires en promotion de la santé par l'ARS, dont le principe ne fait pas consensus, n'est pas assis sur la répartition des jeunes en région, le déploiement des actions permet de fait de couvrir une part significative de ce public</i>	21
1.2.3. <i>L'ARS et ses partenaires identifient les mêmes zones où l'accès des jeunes à la prévention est difficile, notamment le milieu rural, mais la vigilance sur le ciblage de ces territoires dans le déploiement des actions est perfectible.....</i>	24
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 ?.....	27
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 ?.....	27
2.1.1. <i>L'ARS n'a pas de visibilité globale et en routine sur les orientations prononcées par les MDPH et l'adéquation des accompagnements mis en œuvre.....</i>	27

2.1.2.	<i>Un engagement réel de l'ARS pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire, en partenariat avec l'Education Nationale, mais une absence de données sur les besoins ne permettant pas d'en apprécier les conséquences spécifiques.....</i>	31
2.1.3.	<i>Une politique volontariste de l'ARS en faveur d'une souplesse d'organisation pour fluidifier les parcours, mais des obstacles persistants et un suivi de données de résultats sur ce volet qui n'est pas organisé</i>	35
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 ?	40
2.2.1.	<i>L'incitation du secteur médico-social par l'ARS à déployer la promotion de la santé auprès de leur public n'est pas systématique, mais une partie des structures a néanmoins investi ce champ</i>	41
2.2.2.	<i>La promotion par l'ARS de modalités d'interventions adaptées aux jeunes en situation de handicap présente un potentiel de développement</i>	43
2.2.3.	<i>Un engagement trop récent de l'ARS pour la promotion des pratiques sportives auprès de ce public pour être évalué.....</i>	45
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 ?	47
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 ?	47
3.1.1.	<i>Les éléments constitutifs des inégalités de santé et la nécessité d'intervenir au plus tôt auprès des jeunes sont partagés par l'ARS et ses partenaires.....</i>	47
3.1.2.	<i>Une promotion par l'ARS d'actions de protection du capital santé sur la tranche 0-9 ans, différenciées en fonction des âges</i>	48
3.1.3.	<i>La priorisation dans les CLS des jeunes des quartiers de la politique de la ville et zones rurales n'est pas systématiquement portée par l'ARS, mais les CLS concernent la plupart des quartiers de la politique de la ville et touchent de fait les jeunes de ces quartiers</i>	50
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 ?	52
3.2.1.	<i>La priorisation dans les CLS des jeunes des quartiers de la politique de la ville et zones rurales n'est pas systématiquement portée par l'ARS, mais les CLS concernent la plupart des quartiers de la politique de la ville et touchent de fait les jeunes de ces quartiers</i>	52
3.2.2.	<i>Le cadre scolaire est en soi propice pour atteindre les 10-15 ans de toutes catégories sociales, d'autant que le déploiement des actions de prévention plutôt favorable dans les filières professionnelles et les collèges de l'éducation prioritaire, ce constat étant à consolider</i>	53
3.2.3.	<i>L'adaptation des outils de prévention et promotion de la santé est promue par l'ARS et portée par les acteurs, mais davantage en regard des spécificités de la jeunesse que dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.....</i>	55
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 ?	60

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 ?	60
4.1.1. <i>Les questions concernant les jeunes sont régulièrement abordées dans les CCPP, qui sont toutefois perçues davantage comme instances d'échange que de co-décision</i> 61	
4.1.2. <i>L'ARS intègre le bien - être des jeunes dans sa politique contractuelle avec les partenaires institutionnels, mais cette dynamique n'est pas achevée</i>	62
4.1.3. <i>Il n'y a pas de définition du bien - être des jeunes posée conjointement par l'ARS et ses partenaires, mais globalement une convergence des concepts</i>	64
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 ?	65
4.2.1. <i>Conformément à ses objectifs, l'ARS porte une dynamique de coordination des acteurs de terrain en mobilisant une pluralité de leviers, mais des marges de progrès demeurent</i>	66
4.2.2. <i>Si les MDA ont pu être identifiées comme acteurs de coordination, leur rôle dans ce domaine présente des limites, et la pluralité des portes d'entrées des jeunes pose la question de l'articulation des acteurs</i>	69
4.2.3. <i>La coordination des acteurs peut être illustrée à travers trois exemples, dans lesquels le rôle joué par l'ARS est variable</i>	71
CONCLUSION.....	72
RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES.....	75
1_ S'ASSURER QUE LA POLITIQUE ET LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE S'APPUIENT SUR UNE DEMARCHE PARTENARIALE	76
2_ RENFORCER L'OBSERVATION ET LE SUIVI DES DONNEES SUR LES PROBLEMATIQUES DE SANTE DES JEUNES DANS UN CADRE PARTENARIAL	78
3_ REAFFIRMER LA PRIORITE EN FAVEUR DES JEUNES DANS LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DE L'ARS ET, PLUS LARGEMENT, RENFORCER LA VISIBILITE DE L'ACTION DE L'ARS A L'EGARD DE CE PUBLIC	80
4_ AMELIORER LE CIBLAGE DES ACTIONS DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES JEUNES, NOTAMMENT SUR DES PUBLICS ET ZONES PRIORITAIRES, DANS UNE LOGIQUE DE PREVENTION DES INEGALITES DE SANTE	82
5_ PROMOUVOIR DES MODALITES DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE ADAPTEES AUX JEUNES PUBLICS, INCLUANT UNE VISEE DE PREVENTION DES INEGALITES DE SANTE.....	84
6_ POURSUIVRE LA DEMARCHE DE FLUIDIFICATION DES PARCOURS DES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP ET EN MESURER LES EFFETS	86
AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE	88
TABLE DES SIGLES UTILISES.....	90

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à la démarche d'évaluation ayant abouti au présent rapport.

Merci, tout d'abord, aux membres du Comité de pilotage, qui ont consacré du temps à la participation aux séances, mais aussi à la lecture des différents livrables produits dans le cadre de nos travaux.

Nous assurons également de notre reconnaissance tous les acteurs qui, par les échanges qu'ils nous ont accordé, par le temps qu'ils ont consacré à participer aux enquêtes ou par les documents qu'ils ont porté à notre connaissance, nous ont permis de mener à bien ce travail.

Merci, enfin, aux personnels de l'ARS Pays de la Loire qui ont contribué à cette démarche par leurs éclairages ou par la relecture de ce rapport.

L'équipe d'évaluation

INTRODUCTION GENERALE

A. Contexte et commande

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 des Pays de la Loire est entré en application le 9 mars 2012. Il prévoit, outre son évaluation finale, la réalisation d'évaluations intermédiaires autour de publics ou problématiques ciblées. Ces dernières ont vocation à la fois à préparer l'évaluation finale du PRS et à susciter, le cas échéant, des ajustements de la politique en cours de déploiement. L'Agence Régionale de Santé a ainsi décidé, en 2014, la réalisation de l'évaluation de sa politique en faveur du bien être des Jeunes.

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 et ses volets « Bien naître » et « Bien grandir »). Elle a connu un regain d'actualité fin 2013- début 2014, notamment dans la définition de la stratégie nationale de santé, et constitue l'une des priorités affichées de la loi de santé actuellement en discussion au Parlement.

Les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé rappellent le caractère multidimensionnel de la notion de Bien Etre et le fait qu'elle conjugue des éléments objectifs et subjectifs. Incluant des éléments économiques, sociaux et éducatifs autant que sanitaires, ainsi que la perception des individus sur la satisfaction de leurs besoins, le bien être dépasse la simple politique de santé *stricto sensu*.

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 est apparu restrictif 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.

Intervenant deux à trois ans après l'adoption du PRS, cette évaluation n'a pas vocation à apporter une vision globale des impacts de cette politique, mais à analyser le déploiement de la politique et ses premiers résultats pour apporter une réponse à quatre questions évaluatives relevant chacune à titre principal d'un registre d'évaluation :

- 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 ? (*registre de la pertinence*)
- 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 ? (*registre de l'efficacité*)
- 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 ? (*registre de la cohérence*)
- 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 ? (*registre de l'efficience*)

Le cahier des charges de cette évaluation figure en annexe 1 du présent rapport. Les quatre questions évaluatives y ont été précisées par des sous-questions évaluatives.

La présente évaluation a pour objet la politique menée par l'Agence Régionale de Santé. Elle n'a pas vocation à embrasser toutes les dimensions du bien être mais à cerner la contribution de la politique régionale de santé au bien être des jeunes ligériens, sous 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 ») et la santé comme condition du bien être (socialisation/ scolarisation des enfants en situation de handicap, compétences psychosociales...).

Par commodité, notamment dans un souci d'identification des acteurs, la présente évaluation retient trois groupes d'âge, calés sur le cursus scolaire¹. Ces tranches d'âge présentant des problématiques et enjeux spécifiques du point de vue de la politique de santé, les questions évaluatives ciblent plus spécifiquement l'une ou l'autre.

B. La politique régionale en faveur du bien être des jeunes

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.

L'arbre des objectifs du Projet Régional de Santé concernant le Bien Etre des Jeunes figure en annexe 6 du présent rapport.

La logique de la politique régionale de santé en faveur du bien être des jeunes de moins de 25 ans peut être décrite 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.

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.

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.

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.

Une précision sur certains leviers de l'Agence Régionale de Santé nécessite d'être d'ores et déjà apportée.

Les feuilles de route évoquées dans le rapport sont des documents qui programment chaque année un certain nombre d'actions, traduisant la déclinaison opérationnelle du Projet Régional de Santé. La feuille de route concernant la prévention et la promotion de la santé a la caractéristique d'être partenariale, discutée en commission de coordination des politiques publiques (CCPP) en prévention².

Le financement des actions de prévention et de promotion de la santé par l'ARS repose sur des modalités diverses : contrats d'objectifs et de moyens, appels à projets, et contrats de partenariats :

¹ 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)

² Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

- *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)* : contractualisation de l'ARS avec les opérateurs de prévention les plus importants, des objectifs étant assignés et des moyens alloués de manière pluriannuelle. Ce sont ces opérateurs qui sont parfois qualifiés d'acteurs « ressources ».
- *Appels à projets (AAP)* : permet aux « petits » opérateurs, ou aux opérateurs nouveaux, de solliciter des financements de l'ARS pour mener leurs actions, ou financer des opérateurs pour qu'ils mènent des actions de prévention auprès du public qu'ils accompagnent.
- « *Contrats de partenariat* » : il s'agit d'un engagement sans moyens directement alloués par l'ARS aux signataires. La signature de ces contrats leur permet de bénéficier d'interventions des acteurs ressources, la contrepartie étant un retour d'information à l'ARS sur les actions menées.

C. Pilotage de l'évaluation et méthodologie

1. Pilotage

Le Docteur Christophe DUVAUX, Directeur Général Adjoint et Directeur de la Prévention et de la Protection de la Santé, a été mandaté par la Directrice Générale de l'ARS pour assurer le pilotage de cette évaluation.

Un comité de pilotage (COPIL) a été composé, en associant les principales parties prenantes de la politique évaluée, avec les attributions suivantes :

- amender et valider le référentiel proposé par l'équipe d'évaluation, au vu du 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 ;
- émettre les jugements par critère d'évaluation, 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 ;
- et valider le rapport d'évaluation incluant les recommandations finales.

Le choix des représentants de l'ARS et des institutions partenaires a été effectué par l'ARS. En cohérence avec le cadre de la démocratie sanitaire régionale, il a été demandé à la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA) de désigner les représentants des opérateurs, des usagers et un expert. La composition du comité de pilotage est précisée en annexe 2 du présent rapport.

Les travaux d'évaluation ont été réalisés par l'équipe d'évaluation, composée de Monsieur Xavier BRUN et Madame Claude PICHON, chargés d'évaluation au sein du Département d'Évaluation des Politiques de Santé et des dispositifs de l'ARS (Direction de l'Efficiencia de l'Offre).

2. Méthodologie

Le référentiel de l'évaluation est présenté en annexe 3 du présent rapport.

Les critères ont été élaborés par le comité de pilotage pour chaque sous – question évaluative ; les indicateurs et sources d'investigation ont été amendés et validés par le comité de pilotage, sur la base d'une proposition de l'équipe d'évaluation.

Suivant une préoccupation de croisement des points de vue et de diversification des sources (principe de triangulation), les principales investigations ont consisté en :

- Un travail d'analyse documentaire, en particulier de documents administratifs traduisant la structuration et la mise en œuvre de la politique de l'ARS, y compris dans ses aspects partenariaux
- L'exploitation de bases de données existantes ou construites *ad hoc* à partir des données disponibles (actions financées par l'ARS en 2013 dans les établissements scolaires, données de population INSEE 2011, liste des communes signataires d'un contrat local de santé...)

- La réalisation d'une cinquantaine d'entretiens (de l'ordre de 80 personnes entendues) : services de l'ARS, mais aussi services de l'Etat, collectivités locales, acteurs de la promotion de la santé et de l'accompagnement des jeunes en situation de handicap...
- La réalisation de 3 enquêtes écrites, par voie électronique ou par courrier. A noter que les taux de réponse de ces enquêtes (au mieux 23%) n'ont pas permis de leur donner une valeur significative en termes quantitatifs, mais les chiffres ont pu corroborer (ou relativiser) des informations issues d'autres sources, et elles ont apporté des éléments qualitatifs importants.

La liste complète des sources mobilisées figure en annexe 9 au présent rapport, celle-ci présentant également des précisions sur les modalités d'exploitation des différentes sources et les limites méthodologiques de certaines investigations.

D. Les jeunes en Pays de la Loire – données démographiques

Selon les données de population 2011 de l'INSEE, la Région des Pays de la Loire compte 1 166 054 jeunes de 0-25 ans, qui représentent 32 % de la population régionale. Ce ratio est proche de la moyenne nationale (les 0-24 ans représentant 31,8% de la population française).³

Le poids des jeunes 0-25 ans dans la population ne présente pas de différences très importantes d'un département à l'autre, la tranche 16-25 ans expliquant l'essentiel des écarts.

	Population totale	Poids des 0-25 ans dans la population	Poids des 0-9 ans dans la population	Poids des 10-15 ans dans la population	Poids des 16-25 ans dans la population
Loire - Atlantique	1 296 364	33,4%	13,0%	7,6%	12,7%
Maine – et - Loire	790 343	33,9%	13,3%	7,8%	12,9%
Mayenne	307 031	31,8%	13,4%	7,9%	10,5%
Sarthe	565 718	31,6%	12,7%	7,6%	11,3%
Vendée	641 657	29,5%	12,5%	7,1%	9,8%
Région	3 601 113	32,4%	13,0%	7,6%	11,8%

En revanche, des différences bien plus significatives peuvent être constatées au niveau des communes, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

	Nombre en région	Poids dans la population régionale	Poids minimum dans la population communale ⁴	Poids maximum dans la population communale
0-25 ans	1 166 054	32,4%	11,6%	45,5%
0-9 ans	466 777	13,0 %	0%	29,3 %
10-15 ans	273 539	7,6 %	0%	23,1 %
16-25 ans	425 738	11,8 %	0%	23,9 %

Les cartes en annexe 13 présentent, pour chaque tranche d'âge, sa répartition sur le territoire et son poids dans la population générale.

³ Source : Insee, RP2011 exploitation principale

⁴ Les taux à 0% correspondent à des communes qui n'ont aucun habitant de la tranche d'âge considérée.

Un tiers de la population 0-25 ans est concentré dans 20 des 1 496 communes de la région, phénomène qui se retrouve également en population générale – pratiquement dans les mêmes communes. Cependant, ces communes ne sont pas celles où la part des 0-25 ans dans la population est la plus importante (hormis à Angers).

Ceci est moins vrai pour la tranche 16-25 ans : dans les 20 communes où sa part dans la population générale est la plus importante figurent également 6 des 20 communes les plus peuplées de la région : Angers, Nantes, La Roche sur Yon, Carquefou, Laval et Le Mans. L'examen des cartes présentées en annexe 13 révèle que, pour la tranche d'âge 16-25 ans, leur poids est plus important dans les centres des principales agglomérations de la région, ce qui n'est pas le cas pour les 0-15 ans, plutôt sous-représentés.

En projection, une étude de l'INSEE des Pays de la Loire⁵ met en évidence une augmentation de la population des jeunes de 15-29 ans en région qui pourrait, selon les hypothèses, se situer entre 50 000 et 130 000 jeunes à l'horizon 2040, principalement sous l'effet de la forte croissance de la population 15-19 ans. Si cette étude met l'accent sur les enjeux de ce scénario en termes de logement et d'emploi, les enjeux sanitaires pour cette population peuvent également d'être questionnés.

Précisions de lecture :

Une table des sigles figure à la fin du présent rapport.

Les annexes ne sont pas numérotées dans leur ordre de citation, faisant l'objet d'un classement thématique.

Afin d'alléger la lecture, le chaînage du raisonnement évaluatif (critères-constats-jugements) fait l'objet d'une annexe (4) spécifique.

L'évaluation porte sur la politique de l'ARS, et non celle des acteurs et opérateurs.

Les données analysées sont, sauf exceptions signalées, celles concernant la politique de l'ARS.

⁵ « 100 000 jeunes supplémentaires d'ici 2040 : un défi à relever pour les Pays de la Loire » - voir références complètes en annexe 9

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 effectives 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.

1.1.1. Un diagnostic initial du PRS satisfaisant sur la santé des 16-25 ans, mais de possibles améliorations en termes d'actualisation des connaissances et de suivi

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

Les perceptions des acteurs (notamment de l'ARS) convergent sur le fait que la question de la santé des 16-25 ans était bien documentée lors du diagnostic initial du PRS, s'appuyant essentiellement sur le Baromètre santé jeunes de l'Observatoire Régional de la Santé.

Néanmoins, les informations et données sont disséminées dans 300 pages d'annexes. La construction de ces documents ne procédant pas d'une approche par publics définis à partir d'une tranche d'âge, aucun paragraphe ou chapitre spécifique ne regroupe les informations sur la santé des jeunes 16-25 ans, désignés le plus souvent par les vocables « adolescents » ou « jeunes adultes », sans référence précise à une classe d'âge.

En revanche, les informations concernant l'accompagnement des jeunes en situation de handicap font l'objet d'une partie identifiée.

Par ailleurs, l'examen des annexes au PRS portant panorama statistique montre que la granularité des données est au mieux départementale, à de très rares exceptions près (cf. 1.2.1.).

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

Au jour de l'évaluation, l'actualisation des connaissances de l'ARS sur la santé des jeunes repose principalement sur le Baromètre santé jeunes de l'ORS, couvrant la tranche d'âge 15-25 ans.

Les sources documentaires récentes utilisées par les services de l'ARS proviennent de travaux nationaux (publications de l'InPES notamment) portant sur l'état de santé des jeunes, mais aussi sur les inégalités de santé et sur la question des actions probantes en prévention auprès des jeunes sur différentes thématiques.

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

L'ARS ne dispose pas d'outils de suivi en routine de la santé des jeunes 16-25 ans en région.

Les diagnostics flash par territoire de santé de proximité réalisés par l'ARS en juin 2013 comportaient des informations socio-démographiques sur les jeunes, ainsi que des données sur la périnatalité et l'offre médico-sociale pour ce public. Ces diagnostics n'ont pas fait l'objet d'une actualisation depuis lors.

- 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

L'ARS s'efforce de développer les échanges avec ses partenaires pour compléter et actualiser sa connaissance de la santé des jeunes en région, et notamment sur les inégalités infra-régionales de santé.

C'est particulièrement le cas avec les services de l'Education Nationale : un travail est engagé pour disposer d'éléments issus des examens de santé scolaire obligatoires (de grande section de maternelle). A ce stade, cette démarche vise davantage à affiner les connaissances (notamment en termes de granularité territoriale) qu'à identifier des dynamiques d'évolution. Par ailleurs, cette démarche ne concerne pas la tranche d'âge 16-25 ans.

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

Dans les conventions passées entre l'ARS et les opérateurs en prévention et promotion de la santé, il n'est pas prévu qu'ils puissent contribuer à l'actualisation des connaissances sur la santé des jeunes, alors que leur contact avec le public permettrait sans doute de repérer des problématiques émergentes ou croissantes. Autrement dit, il n'y a pas de capitalisation de l'expertise des acteurs de terrain.

Par ailleurs, si les données demandées aux opérateurs dans le cadre des appels à projet en prévention et promotion de la santé (notamment l'évaluation des actions menées) pourraient être mobilisées pour apporter des éléments de connaissance, il n'apparaît pas qu'elles fassent l'objet d'une consolidation par l'ARS.

1.1.2. Des thématiques prioritaires en prévention cohérentes avec les problématiques des 16-25 ans, avec un accent particulier sur les conduites addictives

- 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

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'alcool⁶.

Le bilan 2013 réalisé par l'ORS sur les suicides et tentatives de suicide indique que, en dépit d'une diminution du taux de mortalité par suicide des jeunes depuis le milieu des années 1980, le taux de

⁶ Source : ORS Pays de la Loire : *La santé des jeunes 2009, baromètre santé jeunes 2010, Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire – Bilan 2013*

suicide des 15-24 ans est comparable au niveau national pour les femmes, mais supérieur pour les hommes.

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, ivresses répétées, épisodes d'alcoolisation importante, âge d'expérimentation). En 2010, 44% des jeunes ligériens présentent une consommation d'alcool à risque ponctuel (vs 37% au niveau national) et 15 % à risque chronique, y compris risques de dépendance (vs 11% au niveau national).

- 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

Pour un certain nombre de problématiques, le recoupement des données suivies par l'ORS et des entretiens réalisés met en exergue des problématiques de santé des 16-25 ans pour lesquelles la Région est dans une situation plus favorable ou comparable au niveau national, mais qui ne peut pour autant être considérée comme satisfaisante.

En ce qui concerne la santé mentale, le constat de problématiques psychiques chez les jeunes, quelle qu'en soit la gravité (mal être, troubles psychiques voire psychiatriques) ressort de manière récurrente des investigations menées, et notamment des entretiens avec les acteurs. En dépit d'une amélioration statistiquement significative entre les baromètres santé Jeunes 2005 et 2010 sur les items santé mentale, estime de soi, anxiété et dépression (profil de Duke), la proportion de jeunes déclarant ce type de troubles est préoccupante (ex. 7 % des jeunes 15-25 ans, 10% pour les filles, ont connu un épisode dépressif caractérisé dans l'année⁷).

Les conduites addictives ont été fréquemment évoquées lors des entretiens, en particulier pour certaines populations (jeunes 16-25 ans en apprentissage notamment). La prévalence des consommations en Pays de la Loire n'est pas (hormis pour l'alcool) péjorative par rapport à la moyenne nationale, et souvent plus favorable mais, pour prendre l'exemple du tabac, la consommation quotidienne concerne tout de même un tiers des ligériens de 15 à 25 ans.

En ce qui concerne le surpoids et le recours à la contraception d'urgence, un constat similaire peut être fait : la région connaissait auparavant une situation plutôt favorable, mais son évolution l'a amené au niveau de la moyenne nationale. Sur les questions de surpoids, est relevée une situation plus péjorative chez les jeunes les moins favorisés.

Sur les autres questions de vie affective et sexuelle (protection contre le VIH et les IST), la situation peut être jugée perfectible, par exemple en termes de recours au préservatif ou au test de dépistage du VIH.

La thématique de la violence ressort des entretiens menés, une partie de celle-ci étant attribuée aux nouvelles technologies (harcèlement, diffusion de photos...). Bien que les proportions soient très légèrement inférieures aux moyennes nationales, c'est une part significative des jeunes ligériens qui ont été confrontés à des phénomènes de violence en 2010 (de 4% à 19% selon le type de violence).

L'usage des écrans et des nouvelles technologies, enfin, est une problématique repérée. 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. Si les usages des nouvelles technologies (réseaux sociaux, SMS) ne sont pas documentés dans le Baromètre⁸, plusieurs acteurs ont pointé des

⁷ Baromètre santé 2010

⁸ En revanche, des données nationales ont été produites sur ces questions dans le cadre de l'enquête HBSC 2010 – voir référence en annexe 9.

problématiques de santé (constatées ou pressenties) découlant de cet usage: impact sur le sommeil, phénomènes de violence via les réseaux sociaux type harcèlement...

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

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 les 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.

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

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.

Si les données du Baromètre santé jeunes 2010 ne révèlent pas un problème prédominant (les trois quarts des 15-25 ans se déclarent tout à fait contents de leur vie de famille), des problématiques liées à la famille, et notamment des situations de rupture familiale, ont été évoquées par une pluralité d'interlocuteurs.

- 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)

Le schéma régional de prévention comporte un objectif (n°3) « Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie ».

Cet objectif liste les thématiques régionales en prévention, d'une part (voir encadré), et précise, d'autre part, les périodes sensibles de la vie à cibler parmi lesquelles la petite enfance et l'adolescence, ainsi que des situations de rupture qui peuvent concerner les jeunes (ruptures familiales et professionnelles notamment).

En revanche, cet objectif ne distingue pas de thématiques prioritaires de prévention en fonction de l'âge. De ce point de vue, les thématiques prioritaires pour les jeunes sont les mêmes que pour les adultes.

Ce constat souffre plusieurs exceptions :

- La **vaccination** : les enfants et adolescents figurent parmi les publics cibles identifiés, (objectif 5 du schéma régional de prévention) et l'un des résultats attendus est une amélioration de la couverture vaccinale de ce public.
- L'objectif 15 du schéma régional de prévention, qui concerne spécifiquement les enfants et adolescents, comporte des thématiques d'action en complément des thématiques générales susvisées : **lien intergénérationnel, prévention de la violence et relations entre garçons et filles**. Cet objectif met également l'accent sur le **repérage des situations à risque et le diagnostic précoce du handicap**.

Les thématiques prioritaires de prévention dans le PRS 2012-2016

Objectif 3 du schéma régional de prévention

- Nutrition et activité physique
- Conduites addictives
- Bien être mental et risque de suicide
- Santé environnementale
- Relations affectives et sexuelles
- Prévention de la perte d'autonomie
- Risques infectieux et politique vaccinale

- Le **renforcement des compétences psycho-sociales**⁹ est particulièrement visée dans le schéma en ce qui concerne les enfants. Ainsi, l'objectif 1 prévoit la poursuite des programmes de renforcement des compétences psychosociales. L'actualisation du schéma, en 2014, ajoute la précision « en agissant sur une classe d'âge sur l'ensemble de la région »
- En matière de santé environnementale, la prévention des **risques liés à l'écoute de musique amplifiée**, qui concerne particulièrement cette tranche d'âge, est également affichée comme une priorité.

Ces thématiques ont été déclinées dans la plupart des cas dans les conventions signées par l'ARS avec ses partenaires : Rectorat, PJJ et URADEL. Il a pu être précisé que, sur la période récente, une priorité avait été donnée aux thématiques nutrition et activités physiques (en lien, entre autres, avec la mise en place du plan sport santé bien être).

- 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

L'examen des priorités affichées en matière de prévention dans le volet Bien Grandir du PRSP 2006-2009 (voir encadré) permet d'observer une continuité entre les objectifs du PRSP et ceux du PRS, même si certains périmètres ont été ajustés (ex. vie affective et sexuelle, plus large que la prévention des IST).

**Les thématiques prioritaires de prévention
dans le volet Bien Grandir
du PRSP 2006-2009**

- Dépistage, et particulièrement celui des troubles de l'apprentissage et donc de certains handicaps : troubles de la vue, de l'audition, du langage
- Prévention des violences et des accidents
- Prévention du mal-être, des suicides et tentatives de suicide
- Prévention des conduites à risque : alcool, tabac, drogues illicites
- Prévention du SIDA et des IST
- Prévention de l'obésité
- Prévention des risques dus à l'écoute de la musique amplifiée chez les adolescents
- Prévention des asthmes et des allergies
- Développement des compétences psychosociales

Les différents supports des orientations nationales sur la santé des jeunes¹⁰ consultés dans le cadre de l'évaluation font porter la priorité sur les thématiques suivantes, bien que les libellés et le détail des actions soient variables¹¹ :

- Addictions et conduites addictives
- Souffrance psychique
- Activités physiques et sportives
- Nutrition (y compris déséquilibres alimentaires et anorexie)
- Accès aux droits
- Vie affective et sexuelle (dont accès à la contraception)
- Lutte contre les inégalités de santé

⁹ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les compétences psychosociales sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

¹⁰ Plan santé des jeunes 2008-2010 en vigueur lors de l'écriture du PRS, volet santé du plan d'action pour la jeunesse présenté en février 2013, dossier de presse présentant le projet de loi santé en octobre 2014

¹¹ Une présentation détaillée figure en annexe 7 du présent rapport.

Ainsi, hormis la dimension santé-environnement, peu abordée dans le cadre national, les priorités du PRS sont assez conformes aux orientations nationales.

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

L'équipe d'évaluation s'est efforcée de mesurer le degré de priorité des thématiques de prévention dans la mise en œuvre du PRS, en s'appuyant sur trois sources :

- les actions avec financements ARS sur les 16-25 ans enregistrées dans OSCARS (2010-2012) ;
- les actions financées par l'ARS en 2013 dans les lieux d'enseignement 16-25 ans (lycées, LEP, centres d'apprentissage, Grandes écoles et universités)¹² ;
- les financements alloués dans le cadre de l'appel à projet en Prévention 2014.

En ce qui concerne l'exploitation de la base OSCARS¹³ pour la période 2010-2012, les résultats sont les suivants. Ils se rapportent aux actions concernant le public 16-25 ans (insertion professionnelle), en excluant les autres tranches d'âge.

L'ordre d'importance en pourcentage des bénéficiaires pour les actions permettant de les identifier est le même quel que soit le type de bénéficiaires (jeunes seuls ou tous bénéficiaires) – par ordre décroissant :

- conduites addictives
- sexualité (contraception, IVG)
- nutrition (alimentation et activité physique)
- santé mentale
- VIH-Sida IST
- précarité

En ce qui concerne les financements, en revanche, le classement est un peu différent, ce qui tient notamment au poids important des actions concernant la santé mentale et la précarité et, à l'inverse, du poids faible de la thématique sexualité¹⁴.

Quel que soit l'indicateur, les conduites addictives figurent toujours parmi les thématiques les plus fréquentes. En poids des bénéficiaires, les thématiques sexualité et nutrition-activité physiques sont, après les addictions, les plus présentes.

L'examen des actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements scolaires financées par l'ARS en 2013 confirment ces trois thématiques prioritaires.

176 interventions sont répertoriées pour les catégories d'établissements suivantes : lycées, LEP, centres d'apprentissage, grandes écoles et universités.

Tous types d'établissements confondus, on retrouve la prédominance de la thématique « conduites addictives » (66% des thématiques abordées). En second niveau viennent les thématiques « sexualité » (18% des thématiques) et « alimentation et activité physique » (11%). Les autres thématiques sont marginales.

S'agissant de la thématique santé mentale, elle représente 3% des thématiques développées, et ne concerne que 5 structures, dans un seul département.

¹² Données issues d'un bilan spécifique formalisé par l'ARS à l'automne 2014 – voir annexe 10

¹³ Le détail des résultats figure en annexe 11 du présent rapport.

¹⁴ Les actions abordant la thématique santé mentale représentent 53,8% des financements de l'ARS répertoriés dans OSCARS entre 2010-2012 pour les publics 16-25 ans, celles abordant la précarité 40 %, celles abordant la sexualité 3,5% (en septième position).

La thématique addictions prend de l'ampleur et devient prédominante dès le collège. En revanche, c'est davantage dans la tranche 16-25 ans¹⁵ que la thématique sexualité prend de l'ampleur, et constitue ainsi une spécificité des thématiques abordées dans cette tranche d'âge. A noter également que, très marginale, la thématique santé mentale n'est abordée en tant que telle qu'avec les 16-25 ans¹⁶.

Les appels à projet en prévention et promotion de la santé sont articulés autour de 5 thématiques : conduites addictives, alimentation et activités physiques et sportives, santé mentale – suicide, relations affectives et sexuelles et santé environnement. Les cahiers des charges des appels incluent tous les jeunes dans le public cible. L'examen des données d'instruction de l'appel à projets 2014 permet d'identifier le poids des projets concernant les jeunes de moins de 25 ans, sur les 5 thématiques. Le tableau suivant récapitule ces résultats :

Thématiques	Nombre de projets concernant les jeunes retenus	Part des projets concernant les jeunes dans les projets retenus	Part des projets concernant les jeunes dans les financements alloués
Alimentation – activités physiques	18	24%	20,7%
Santé mentale	18	32,1%	28,7%
Conduites addictives	13	33%	47,2%
Santé sexuelle	7	36,8%	11%
Santé environnement	4	17,4%	14,4%

L'examen de ce tableau montre la prédominance dans les financements alloués et dans le nombre de projets retenus des thématiques conduites addictives, santé mentale et alimentation-activités physiques.

Trois précisions s'imposent sur ces résultats. En premier lieu, à la différence des deux sources précédentes, ils n'incluent pas, par définition, les financements alloués dans le cadre de la contractualisation des opérateurs en promotion de la santé avec l'ARS, modalité représentant une part croissante dans les actions financées par l'ARS. En second lieu, un poids significatif des financements sur la santé mentale correspond aux points d'écoute dans les missions locales. Enfin, ne sont ici prises en compte que les actions dont les 16-25 ans sont explicitement un public – cible ; ils peuvent également être concernés par des actions visant la population générale.

1.1.3. Une absence d'outil de repérage des publics fragiles partagé entre l'ARS et d'autres acteurs, mais une convergence sur les publics identifiés.

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

Le PRAPS identifie des publics fragiles, dont certains publics jeunes (jeunes en errance, jeunes en difficulté d'insertion professionnelle), et le PRIAC consacre des actions spécifiques pour certains

¹⁵ CFA, lycées, LEP et enseignement supérieur

¹⁶ Des actions peuvent intégrer des aspects concernant la santé mentale, mais sans être indexées explicitement à cette thématique.

types de handicap (autisme et TED, polyhandicap, déficiences sensorielles, handicaps psychiques et troubles du comportement).

Néanmoins, le PRS identifie, davantage que des publics fragiles, des situations pouvant générer des fragilités.

Sont notamment identifiés les moments de passage pouvant générer une fragilité particulière, certains concernant particulièrement la tranche d'âge 16-25 ans (entrée dans l'adolescence, dans la vie affective et sexuelle, dans la vie active...). Le PRS met aussi en exergue le rôle des déterminants sociaux et environnementaux dans les inégalités sociales, critères permettant de définir des situations à risque, voire des publics à risque.

La situation de fragilité ou d'exposition à un risque est parfois identifiée au regard d'une problématique de santé particulière (à titre d'exemple, le milieu festif comme facteur de risques en matière d'addiction ou de risque auditif).

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

La notion de jeunes en situation de fragilité est présente de 2012 à 2014 dans les feuilles de route « Bien Etre des Jeunes de moins de 20 ans » de l'ARS et, chaque année, une action spécifique au moins est dédiée à ce public dont la définition a évolué : jeunes en situation de rupture en 2012, jeunes en situation de fragilité depuis 2013 (ce terme englobant les jeunes en situation de handicap).

A noter que les publics visés dans ces documents ont été définis, au fil des années, de manière de plus en plus précise et diversifiée. Le détail des évolutions figure en annexe 8.

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

Les catégories employées par les différents acteurs ne permettent pas toujours une comparaison terme à terme. Néanmoins, il n'a pas été cité de publics fragiles par des partenaires qui ne soient pas également identifiés par l'ARS.

Plusieurs catégories de publics ont été identifiés par une pluralité d'acteurs : les décrocheurs au sens large (situation de rupture éducative, sociale ou familiale), les jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance, les jeunes présentant des fragilités socio-économiques au sens large, les jeunes relevant de mesures judiciaires, notamment ceux pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse.

Cependant, plusieurs publics fragiles identifiés par des interlocuteurs tiers n'apparaissent pas avec ce degré de précision dans ceux définis par l'ARS : mineurs étrangers isolés, très jeunes parents, jeunes des zones urbaines sensibles. Par ailleurs, deux interlocuteurs ont pu faire état d'un relatif sous-investissement de certaines classes d'âge en matière de prévention : respectivement les 6-13 ans et les 6-11 ans.

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

L'ARS participe à la plateforme d'observation sociale et médicosociale des Pays de la Loire, dispositif piloté par la DRJSCS. Néanmoins, il n'apparaît pas que ce levier ait été mobilisé par l'ARS pour identifier des publics présentant des facteurs de fragilité en matière de santé.

Par ailleurs, l'IREPS assure une fonction de ressource documentaire et de mise à disposition des acteurs de ses connaissances. C'est un outil qui peut contribuer au partage de constats sur les fragilités de certains publics.

Les diagnostics réalisés dans le cadre des CLS sont un levier pour identifier des publics cibles dans les territoires couverts par ces contrats.

Aucun autre outil commun à l'ARS et ses partenaires n'a pu être identifié dans cette perspective d'identification.

- 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.

Que cette mission leur soit confiée explicitement ou non, les organismes d'observation avec lesquels l'ARS travaille (ex. ORS) peuvent lui apporter des éléments de connaissances sur des publics particulièrement concernés par une problématique de santé. L'ORS, notamment, compte tenu du co-financement de ses travaux sur la santé des jeunes, est un acteur ressource commun à l'ARS et au conseil régional.

L'ARS peut contribuer au financement d'études portant sur certaines populations (ex. étude en cours sur la santé des jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance).

Si les opérateurs de prévention et promotion de la santé peuvent contribuer à l'identification de publics fragiles, ils ne sont pas systématiquement mandatés par l'ARS à cette fin.

Les opérateurs de terrain qui identifient des publics à risque à cibler peuvent le remonter dans leurs demandes de financement, l'ARS ayant alors un rôle de validation (dans le cadre des appels à projets, notamment). Leur contribution à l'identification de publics vulnérables peut également procéder d'échanges moins formels avec les services de l'ARS.

Pour les opérateurs de prévention ayant contracté avec l'ARS, leur CPOM ne comporte en général pas d'objectif de cet ordre. Un opérateur a néanmoins fait état d'une demande de l'ARS de déterminer des publics prioritaires dans une perspective de contractualisation.

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.

Le schéma régional de prévention¹⁷ prévoit d' « Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé ». Il repose sur l'argument selon lequel les principaux déterminants des inégalités de santé sont pour la plupart extérieurs aux compétences de l'ARS, mais que celle-ci peut avoir un rôle d'éclairage sur les acteurs en capacité d'agir sur ces déterminants, à travers une mission d'observation territoriale fine des inégalités sociales et environnementales de santé.

¹⁷ Objectif 12

L'une des déclinaisons consiste à « Identifier des zones prioritaires à partir de l'observation à l'intérieur de chaque territoire de santé ». La notion de territoire prioritaire se retrouve également dans l'objectif relatif à la vaccination.

Appliqué à la politique visant le bien être des jeunes, un ciblage territorial des actions visant une correction des inégalités de santé, ou la pertinence des thématiques travaillées au regard des besoins de santé sur un territoire, dépend donc de l'existence et de la précision des données utilisées par l'ARS sur les jeunes et leurs besoins de santé.

1.2.1. Des marges de progrès en matière de mobilisation par l'ARS de données sur la répartition des 16-25 ans en région et d'affinage de ces données

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

Aucun des services de l'ARS consulté n'a fait état d'une cartographie utilisée pour conduire la politique en faveur des jeunes, hormis pour les jeunes en situation de handicap (*cf. infra*).

Les cartes réalisées en juin 2013 dans le cadre des diagnostics flash par territoire de proximité comportaient des données sur les jeunes, mais ces données n'ont pas fait l'objet d'une mise à jour.

Pour autant, l'ARS dispose de données INSEE qui permettent d'avoir une connaissance assez fine (niveau communal) de la répartition des jeunes dans la région, par âge. Ces données ont été mobilisées pour la construction de cartes à la demande de l'équipe d'évaluation (voir annexe 13).

D'autres données, également, ont pu être déclarées disponibles, mais non exploitées.

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

Plusieurs documents, élaborés par l'ARS ou à sa demande, concernant les jeunes en situation de handicap ont été consultés par l'équipe d'évaluation¹⁸.

La majorité des données présentées dans ces documents concerne néanmoins l'offre en établissements et services pour ce public, à quelques exceptions près :

- En premier lieu, y apparaissent des indications sur le nombre de jeunes de 0 à 19 ans en population générale (population de référence pour le calcul des taux d'équipement¹⁹) mais aussi sur des tranches d'âge plus fines avec des éléments de projection à l'horizon 2016.
- En second lieu, des données plus spécifiques aux jeunes en situation de handicap peuvent être présentées :
 - Public en CMPP-CAMSP (nombre d'enfants, file active, flux entrant – sortant...)
 - Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton (et données sur leur orientation)
 - Répartition par âge et déficience des enfants accompagnés dans les ESMS

¹⁸ *L'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap en 2012, Accompagnement des personnes en situation de handicap : Données sur l'évolution de l'offre médico-sociale entre 2010 et 2016 en faveur des personnes en situation de handicap dans la Région des Pays de la Loire (financement Assurance Maladie)* (juillet 2014), Rapports des études réalisées par le CREAI sur commande de l'ARS concernant l'autisme (2012) ; les SESSAD et CAMSP-CMPP (2013).

¹⁹ Ces taux sont calculés sur la population générale et non sur la population effectivement en situation de handicap

Amorcée, la mise en place de tableaux de bord en lien avec les MDPH (incluant des données sur le nombre de personnes en situation de handicap et le type de handicap, y compris sans qu'un accompagnement médico-social soit requis) n'a pas permis de recueillir des données exhaustives et itératives pour toute la région.

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

A l'exception de certaines données démographiques figurant dans le document relatif à l'offre médico-sociale 2012 et aux données concernant les jeunes dans les diagnostics flash, la plupart des données ne sont disponibles qu'au niveau départemental. Il a pu être évoqué notamment que certaines données, qui pourraient être disponibles à un niveau territorial plus fin, ne peuvent être exploitées pour des raisons de confidentialité.

En matière de planification médico-sociale, l'ARS travaille sur des taux d'équipement cible calculés en population générale et à l'échelle de départements. Ils permettent de travailler en volume sur le rééquilibrage de l'offre en région, mais l'absence de données plus fines (à la fois sur la nature des déficiences et en termes de niveau territorial) pose des difficultés en termes de planification, ne permettant pas de déterminer avec précision le type d'offre à développer. Ce sujet est davantage abordé au niveau départemental par les délégations territoriales de l'ARS.

Dans le domaine de la prévention, un intérêt particulier est manifesté pour disposer de données infra-départementales, en identifiant des zones « à risque », étayées par des données sur les déterminants de santé. L'indisponibilité de telles données est à l'origine des échanges amorcés avec les services de l'Education Nationale pour exploiter les données issues des examens de santé.

1.2.2. Si le ciblage des territoires prioritaires en promotion de la santé par l'ARS, dont le principe ne fait pas consensus, n'est pas assis sur la répartition des jeunes en région, le déploiement des actions permet de fait de couvrir une part significative de ce public

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

Le principe de déploiement territorial des actions de prévention portée par l'ARS résulte d'une logique d'équité, visant à privilégier certains territoires en raison de facteurs de fragilité. Cette approche implique l'identification de territoires particuliers (non couverts et/ou à risque) et, en conséquence, suppose un ciblage territorial des actions de prévention.

Cette préoccupation de l'ARS est tout à fait identifiée par les partenaires comme par les opérateurs de prévention, même s'ils ne la partagent pas tous.

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

Lorsqu'il existe, le ciblage de territoires dans les feuilles de route concerne en très large majorité les territoires CLS.

Une partie des feuilles de route identifie des types de territoire (ex. zones rurales) comme étant à privilégier dans le déploiement des actions, mais sans identification géographique précise.

Les autres éléments d'identification de « territoires – cible » concernent principalement l'organisation de l'offre : est visé un objectif de maillage territorial par les maisons des adolescents, par exemple, le territoire cible étant alors le département.

Hormis ces situations, l'identification de territoires infra départementaux d'intervention en prévention est absolument marginale dans les feuilles de route, ne concernant que la thématique suicide.

En ce qui concerne les appels à projets en prévention, si le guide des porteurs de projets précise que les « territoires – cible » sont ceux visés par un CLS, seuls deux cahiers des charges depuis 2012 ont

identifié des territoires prioritaires : celui concernant les conduites addictives en 2013²⁰ et ceux concernant la santé mentale (2012-2013-2014)²¹.

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

L'ARS a, depuis sa création, cherché à réorganiser la relation avec les opérateurs en prévention. Elle a ainsi identifié quelques opérateurs – ressources avec lesquels elle a signé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, leur financement ne dépendant plus ainsi des appels à projet, et auxquels il est demandé d'intervenir sur des territoires prioritaires.

L'analyse des conventions (comportant en tout ou partie des actions ciblées vers les jeunes) liant ces opérateurs à l'ARS permet de distinguer trois cas de figure :

- La convention comporte un faisceau de critères pour définir la localisation territoriale des actions²². Les annexes, dans ce cas, indiquent des cibles en nombre de sites d'intervention, et ventilent les montants alloués par département – le cas échéant en précisant les CLS qui sont concernés.
- La convention elle-même ne précise pas de critères de localisation, mais c'est action par action que les ciblage sont faits dans l'annexe, avec un degré de précision très variable.
- La convention invite à une articulation avec les DT ARS pour privilégier les interventions dans le cadre de CLS, dans des territoires prioritaires visés par la convention ARS- Rectorat²³ ou identifiés à travers les travaux de l'ARS et de l'ORS. L'annexe ne cible pas de territoires d'interventions (sauf quelques exceptions), mais la localisation géographique des interventions peut figurer dans les critères d'évaluation des actions.

Des opérateurs ont pu signaler que, si la convention les liant à l'ARS ne ciblait pas de territoire, il avait pu leur être suggéré oralement des zones où il serait souhaitable d'intervenir en priorité (zones blanches identifiées ou zones où une problématique particulière est repérée). Dans la même logique, il a été demandé à certains de prioriser leurs interventions, ou encore d'intervenir sur un espace plus étendu.

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

A la logique portée par l'ARS, reposant sur le ciblage territorial, s'oppose celle d'une partie des opérateurs de prévention, reposant sur le primat de la demande. En effet, pour eux, une intervention qui n'est pas demandée par le bénéficiaire manque d'efficacité. Pour prendre l'exemple d'une intervention en établissement scolaire, le principe est que, s'il n'y a pas de demande et de mobilisation de la communauté éducative de l'établissement pour porter l'action, celle-ci aura un effet modéré.

Interrogés sur la possibilité de faire coïncider ces deux logiques, en suscitant des demandes dans les zones jugées prioritaires, les intervenants ont opposé des arguments tenant aux moyens : d'une part, susciter des demandes constitue un travail en soi, consommateur de ressources et de temps, d'autre

²⁰ Priorité sur les jeunes, avec le ciblage de 4 territoires infra-départementaux dont la situation en termes de mortalité due à l'alcool est particulièrement défavorable

²¹ Territoires infra-départementaux prioritaires, en référence au taux de décès par suicide, mais pas spécifiquement celui des jeunes

²² Réponses aux demandes et expression de besoins venant d'acteurs de terrain, compétences des professionnels de l'opérateur présents sur le territoire, ciblage territoriaux spécifiés dans la convention et plus particulièrement vers les CLS, demandes formulées par les délégations territoriales de l'ARS au titre de l'animation du territoire

²³ A noter que cette convention (signé le 29 mai 2012), n'identifie pas elle – même de territoires à privilégier, mais indique que le comité de pilotage mis en place pour son suivi a la responsabilité de « définir des zones d'intervention prioritaires, sur proposition des comités techniques départementaux » (composés de représentants des DTARS, des services académiques et des collectivités territoriale).

part, les moyens qui leur sont alloués ne permettraient pas d'absorber le surcroît de demandes d'intervention qui résulterait de cette démarche, et ils susciteraient donc une demande à laquelle ils ne seraient pas forcément en mesure de répondre.

Pour autant, un opérateur a pu préciser qu'il proposait ses interventions aux établissements scolaires situés dans les zones jugées prioritaires par l'ARS, mais indiquer qu'il ne pouvait pas intervenir sans adhésion de la direction et des équipes. Un autre a indiqué que le ciblage territorial pouvait être un outil de priorisation en cas de demandes concurrentes sur un même objet.

Dans ce contexte, la traduction sur le terrain des ciblage réalisés par l'ARS peut être questionnée.

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

L'équipe d'évaluation a comparé la répartition par département des actions référencées dans OSCARS sur la période 2010-2012 pour la catégorie 16-25 ans - insertion professionnelle (avec d'autres tranches d'âge le cas échéant) avec la répartition de la population 16-25 ans dans les cinq départements de la région²⁴. Le tableau suivant récapitule cette recherche. A noter que le total pour les actions OSCARS excède 100 % car 13 % des 271 actions identifiées ont été déployées dans deux départements ou plus.

Département	% des actions dans OSCARS concernant ce département	Poids de ce département dans la population régionale 16-25 ans
Loire- Atlantique	48%	39%
Maine- et- Loire	30%	24%
Mayenne	19%	8%
Sarthe	18%	15%
Vendée	18%	15%

La répartition par département des actions respecte dans une certaine mesure le poids de chaque département dans la population régionale des 16-25 ans. En particulier, la part plus importante des actions concernant la Loire- Atlantique et le Maine- et- Loire est ainsi cohérente avec leur poids dans la population régionale 16-25 ans. Un bémol en ce qui concerne la Mayenne, relativement sous-représentée.

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

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 (voir annexe 10).

L'analyse de ces données, comparées avec les données démographiques, permet de dresser les constats suivants.

En premier lieu, le poids de chaque département dans l'ensemble des établissements bénéficiaires (tous niveaux confondus) est globalement proportionnel à son poids dans la population régionale 3-25 ans, avec une légère sous – représentation de la Vendée (8 % des bénéficiaires vs 16% de la population) et une légère sur-représentation du Maine – et – Loire (29% des bénéficiaires vs 23% de la population).

²⁴ Source INSEE 2011

En second lieu, pour les niveaux collège et lycée, une concentration des interventions sur les trois plus grandes villes de la région, qui regroupent à elles seules²⁵ 32% des 315 interventions en collèges et lycées identifiées dans le document²⁶, alors qu'elles regroupent 15 % de la population des jeunes de 10 à 18 ans de la région. Cet effet de concentration peut être lié à l'implantation des collèges et lycées dans la région.

En troisième lieu, l'effet de concentration dans les trois plus grandes villes de la région s'observe également au niveau des écoles primaires : Nantes, Angers et Le Mans regroupent 11% des écoles primaires publiques, 13% de la population régionale 3-10 ans, mais 48 % des interventions en promotion de la santé financées par l'ARS en 2013 dans les écoles primaires (publiques ou privées).

- Un ciblage des zones couvertes par un CLS qui concerne de fait un tiers des 16-25 ans de la région

Les territoires couverts par un CLS sont ciblés par l'ARS comme des zones à privilégier dans le déploiement d'actions de promotion de la santé (*cf. supra*).

Les 30 communes incluses dans un CLS (soit 2% des communes de la région) regroupent 34% des jeunes de 16-25 ans de la région (*vs* 21% de la population totale, 23% des moins de 25 ans).

Ainsi, s'il n'est pas établi que les ciblage opérés ont pour objet de viser les lieux où les jeunes sont les plus nombreux, ils ont en tout état de cause cet effet.

1.2.3. L'ARS et ses partenaires identifient les mêmes zones où l'accès des jeunes à la prévention est difficile, notamment le milieu rural, mais la vigilance sur le ciblage de ces territoires dans le déploiement des actions est perfectible

L'introduction des orientations stratégiques du PRS identifie les zones rurales et les zones de précarité en milieu urbain comme présentant des difficultés d'accès à la prévention et aux soins, avec un possible effet de renoncement aux soins, compte tenu de l'isolement social qui les caractérise. Plus spécifiquement en ce qui concerne les jeunes, les zones prioritaires de l'Education Nationale sont également visées pour développer des interventions sur la nutrition et la lutte contre l'obésité, le suicide des jeunes et la prévention de la crise suicidaire. Les données sur l'indice de masse corporelle collectées par les services de santé scolaire sont ainsi identifiées à titre principal comme devant servir à définir des territoires d'intervention prioritaires.

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

Les zones rurales sont identifiées par la majorité des acteurs interrogés comme des zones où l'accès à la prévention est plus difficile qu'ailleurs.

Les causes avancées sont l'isolement (territoires étendus, avec de faibles densités de population), avec les difficultés inhérentes aux transports pour les jeunes, une moindre densité de professionnels de santé (au sens large), moins d'offre en promotion de la santé en local, mais aussi moins d'interventions de prestataires en promotion de la santé dans ces zones²⁷. Elles sont parfois accrues par des situations géographiques particulières (insularité).

Sur les questions d'éloignement, l'amélioration du maillage par les maisons des adolescents sous différentes formes (antennes, développement d'accueils sur rendez-vous dans les communes où les jeunes sont nombreux...) a été souvent évoqué comme un facteur d'amélioration. De même, l'intégration d'une composante dépistage dans les maisons de santé pluri-professionnelles.

²⁵ Sans prise en compte des autres communes des agglomérations

²⁶ Nantes (13%), Angers (12%) et Le Mans (7%)

²⁷ Pour des raisons tenant aux transports et à la densité de population

Outre les questions d'accès, des besoins spécifiques sur certaines thématiques de prévention ont pu être pointés en ce qui concerne les zones rurales : conduites addictives, sécurité routière, différences de genre et violence, mais aussi surpoids²⁸.

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

Si une partie des interlocuteurs a évoqué les difficultés d'accès à la prévention dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, ce point de vue n'est pas unanime. Ainsi, il a pu être exprimé que ces quartiers ont fait l'objet d'une vigilance particulière dans le cadre des politiques publiques, et qu'une offre d'actions a pu y être déployée spécifiquement (ex. ateliers santé ville).

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

Plusieurs interlocuteurs, même certains de ceux reconnaissant des difficultés d'accès à la prévention en zone rurale ou dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, ont émis des réserves et nuances sur ce constat. Elles tiennent au fait que les difficultés d'accès à la prévention proviennent, davantage que des territoires, de la nature des tissus sociaux, des caractéristiques sociales du public et de sa perception des questions de santé, ainsi que du degré de volontarisme des acteurs locaux.

En outre, il a pu être souligné qu'une offre en proximité ne résout pas nécessairement toutes les questions d'accès à la prévention et aux soins : des questions d'ordre psychologique peuvent se poser (ex. de jeunes hésitant à se rendre dans une maison médicale où ils pourront être aperçus par leurs voisins). Un jeune, pour éviter cette difficulté, peut préférer recourir à la prévention et aux soins ailleurs que dans son secteur de résidence.

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

La comparaison de la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville (nouvelle définition²⁹) et de la liste des CLS signé permet de constater que 8 des 17 communes où sont situés ces quartiers sont couvertes par un CLS, et regroupent 67% des quartiers concernés. Compte tenu des projets de CLS portés par d'autres communes, ce sont 93 % des quartiers prioritaires de la politique de la ville qui pourraient à terme être couverts par un CLS.

Les CLS couvrant ces communes comportent des actions visant spécifiquement ces quartiers ou des actions couvrant toute la ville, dont ces quartiers. Les villes signataires de CLS étaient pour certaines déjà engagées dans des actions visant particulièrement ces quartiers (à travers les contrats urbains de cohésion sociale notamment). Ainsi, si la collectivité signataire suit cette proposition, l'ARS souhaite inclure dans le CLS les actions portées précédemment dans le cadre des ateliers santé ville.

²⁸ Cf. Baromètre santé 2010 de l'ORS

²⁹ Décret no 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains

- 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 ». La ventilation des communes entre ces catégories permet d'identifier les communes rurales (qui ne sont pas dans les tranches d'unités urbaines définies)³⁰. 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 constats suivants.

Les collèges en zone rurale représentent une part très minoritaire (8%) des collèges ayant bénéficié d'une intervention en promotion de la santé financée par l'ARS en 2013, mais elle est en rapport avec la répartition des collèges entre zone rurale (12% des collèges) et autres zones.

Ce constat vaut également pour les lycées : le poids modeste des lycées implantés en communes rurales dans les établissements ayant bénéficié d'actions de prévention (2%) est en rapport avec la répartition de ces établissements entre communes rurales (5% des lycées) et autres communes.

³⁰ Voir annexe 10

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.

2.1.1. L'ARS n'a pas de visibilité globale et en routine sur les orientations prononcées par les MDPH et l'adéquation des accompagnements mis en œuvre

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

L'objectif 15 du SROMS est de « Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins. ». Il vise à renforcer l'observation et l'analyse des données sur le champ médico-social pour construire une stratégie avec les partenaires de l'ARS reposant sur des données objectives et partagées, l'un des leviers identifiés étant la mutualisation de données entre ARS et MDPH.

La connaissance, par l'ARS, des orientations prononcées par les MDPH présente un enjeu d'adéquation de l'offre aux besoins, car elle permettrait d'asseoir la programmation de l'offre sur des besoins précisément quantifiés par types de déficience et par types de structure.

Un tableau de bord régional a été construit par l'ARS en lien avec les MDPH mais, dans les faits, les services régionaux n'ont jamais pu collecter de données exhaustives auprès de toutes les MDPH de la région et consolider les données au niveau régional. Parmi les causes qui ont pu être citées, certaines

rejoignent celles identifiées par l'IGAS et l'IGF dans un rapport de 2012³¹ : hétérogénéité des outils (bases de données) utilisés par les MDPH, variabilité des pratiques d'orientation, caractère non systématique d'outils de suivi des orientations pour s'assurer de leur effectivité et repérer les besoins non couverts et difficulté à disposer de temps médical pour coder les diagnostics.

Les délégations territoriales de l'ARS, en revanche, peuvent disposer de données des MDPH sur les orientations prononcées, bien que la forme et la fréquence de ces transmissions soient variables d'un département à l'autre. L'accès aux données statistiques de la MDPH est jugé possible par les DT-ARS dans au moins 3 départements sur 5.

- 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

Des travaux ont pu être menés dans deux départements sur les listes d'attente à partir de données des MDPH mais, comme pour les orientations, il n'existe pas de données consolidées au niveau régional sur ce point.

L'une des causes est le fait que les MDPH n'assurent pas systématiquement un suivi statistique, en routine, des orientations prononcées par les CDAPH.

En revanche, certaines données apparaissent produites régulièrement par plusieurs MDPH : des bilans sont faits, après les rentrées scolaires, pour identifier notamment les jeunes n'ayant pas de solution.

Les investigations ont cependant mis en lumière des différences de pratiques des CDAPH en matière d'orientation (fondées exclusivement sur les besoins du jeune, ou tenant également compte de l'offre existante). De ce fait, dans l'hypothèse même où toutes les MDPH suivraient des données sur les orientations non suivies d'effet, les données des différents départements ne seraient pas nécessairement comparables. Cette problématique est clairement identifiée par l'ARS et certains de ses partenaires. A titre d'illustration, l'objectif 15 du SROMS soulève l'enjeu d'harmonisation des pratiques d'orientation entre MDPH.

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

Il ressort des investigations que les échanges entre MDPH et services régionaux de l'ARS sur l'adéquation de l'offre aux besoins sont rares.

Au niveau départemental, les délégations de l'ARS ont davantage de contacts sur ces questions : les DT-ARS sont présentes dans les CDAPH, et deux départements ont fait état de travaux conjoints qui ont permis de poser des diagnostics clairs sur la situation (identification de files d'attente, de situations d'inadéquations...). Cela n'est cependant pas systématique, car il n'y a pas partout d'échanges entre DT-ARS et MDPH sur les questions d'adéquation, même quand le besoin en est ressenti par les deux acteurs.

Par ailleurs, l'enquête réalisée auprès des établissements et services accompagnant les jeunes en situation de handicap (voir annexe 12) suggère que 39 % de ces structures n'ont pas de visibilité sur l'amélioration de la cohérence des orientations et politiques entre ARS et MDPH et révèle que, lorsqu'elles se prononcent sur ce sujet, 45% estiment qu'il y a eu une amélioration. Même si les chiffres suggèrent l'existence de marges de progrès, la coordination entre ARS et MDPH est la plus perceptible et celle dont les évolutions sont jugées les plus positives (devant la coordination ARS – Education Nationale et la coordination ARS – conseils généraux).

³¹ 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, page 46 et suivantes

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

L'ARS a élaboré un schéma de parcours des personnes en situation de handicap, pour identifier des points de rupture potentiels (listes d'attente et inadéquations). Ce schéma est reproduit ci-après.

En alimentant ce schéma de différentes sources de données, l'ARS a pu identifier – parfois « en creux »- certaines inadéquations ou points de blocage. A titre d'exemple, le poids de la population âgée de plus de 5 ans dans un CAMSP est un indicateur de blocage dans les admissions en établissements et services pour enfants.

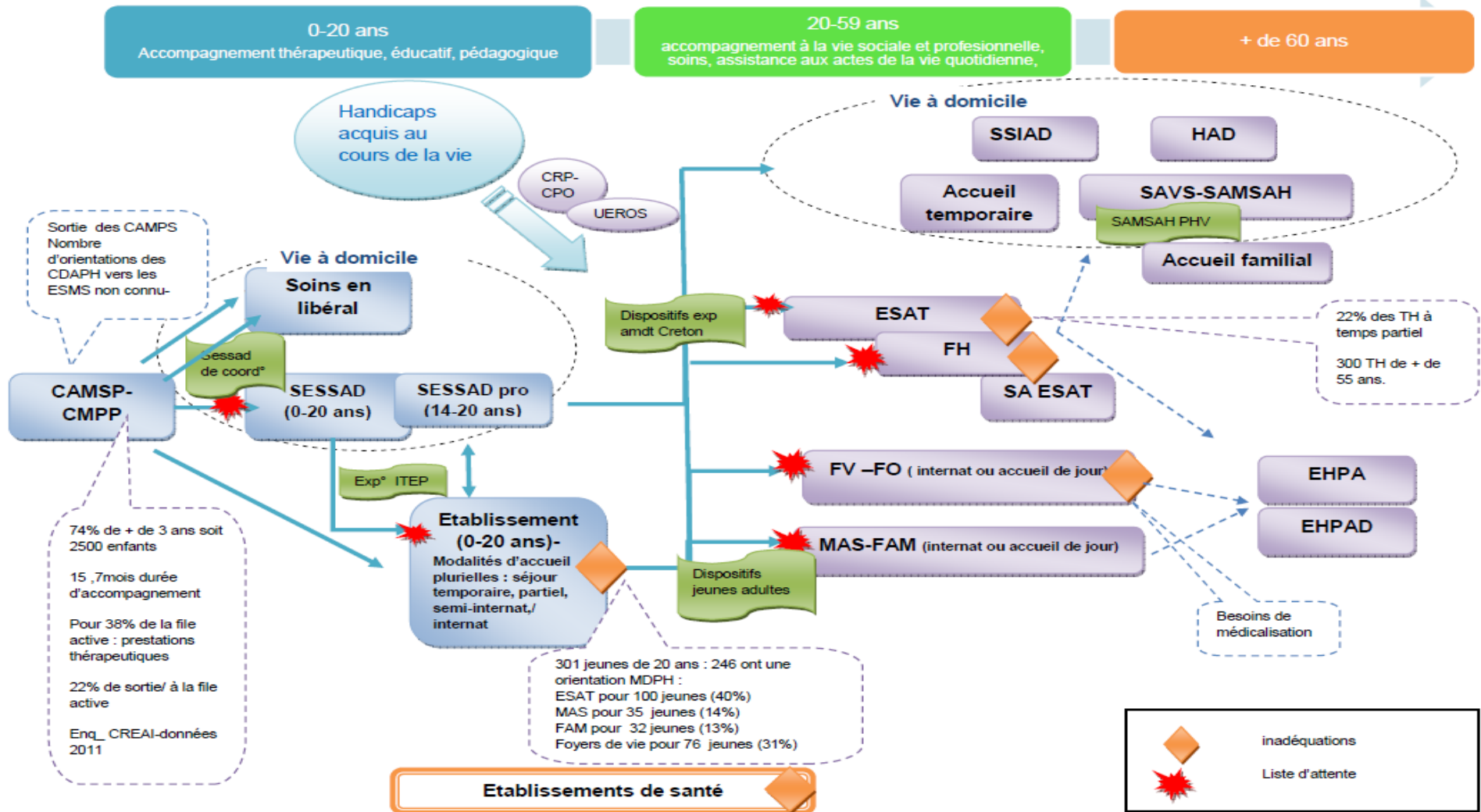
Un autre indicateur particulièrement suivi par l'ARS est le nombre de jeunes en situation d'amendement Creton, qui a fait l'objet d'enquêtes particulières de l'ARS et est également suivi dans le cadre des comptes administratifs des établissements.

Si l'ARS mobilise des données issues des établissements pour avoir une visibilité sur la fluidité des parcours, l'enquête réalisée auprès des ESMS (voir annexe 12) suggère que des marges de manœuvre demeurent.

Pour trois données permettant de documenter les questions d'adéquation des accompagnements et de fluidité des parcours³², il était demandé aux structures si elles en assuraient un suivi au moins annuel et si elles en assuraient la transmission à l'ARS au moins annuellement. Quelle que soit la donnée, il y a toujours davantage d'ESMS la mettant à jour au moins annuellement que d'ESMS la transmettant annuellement à l'ARS. En conséquence, la seule transmission à l'ARS des données suivies en interne par les ESMS est susceptible d'améliorer la connaissance de l'ARS sur les inadéquations. Cela est particulièrement significatif concernant les listes d'attente et les maintiens dans la structure faute de débouchés (hors Creton). Cette dernière donnée est suivie par 63% des structures, mais seuls 31% la transmettent à l'ARS.

³² Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton, maintien dans la structure faute d'offre adaptée disponible hors Creton, liste d'attente à l'entrée dans la structure

Enjeux d'adaptation de l'offre sur le secteur du handicap (données issues d'enquêtes 2012-2013)



Si les listes d'attente sont la donnée la plus souvent suivie par les établissements, leur utilisation pour mesurer l'adéquation des accompagnements et la fluidité des parcours pose des problèmes de fiabilité. En effet, compte tenu de phénomènes d'inscriptions multiples, la consolidation des listes d'attente des différentes structures amènerait mécaniquement à une sur-estimation des besoins. Cette difficulté ne se présente pas pour les autres indicateurs identifiés.

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

L'enquête réalisée auprès des ESMS du secteur de l'enfance handicapée demandait aux structures si les orientations MDPH dont bénéficiaient les jeunes qu'elles accompagnaient étaient pertinentes, compte tenu des besoins de ces jeunes au jour de l'enquête. En grande majorité (80%), les répondants indiquaient que c'était plutôt le cas.

Néanmoins, seules 5 structures sur les 61 ayant répondu à cette question jugeaient que c'était « tout à fait » le cas, et 7 que ce n'était plutôt pas le cas ou pas du tout le cas. Donc, si le bilan apparaît globalement positif, des marges de progrès demeurent. Par ailleurs, le taux de réponse à cette enquête (23%) amène à utiliser ce constat avec précaution.

2.1.2. *Un engagement réel de l'ARS pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire, en partenariat avec l'Education Nationale, mais une absence de données sur les besoins ne permettant pas d'en apprécier les conséquences spécifiques.*

Rappelant le principe posé par la loi de février 2005 d'une d'accessibilité universelle, qui implique l'accès prioritaire aux dispositifs de droit commun pour les personnes en situation de handicap, l'objectif 6 du SROMS est de « Favoriser la vie en milieu ordinaire ».

Pour les jeunes, le développement de leur scolarisation en milieu ordinaire est la déclinaison prévue par cet objectif.

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

Parmi les leviers identifiés dans le SROMS pour renforcer la scolarisation en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap figure l'instauration d'une réflexion partagée entre l'ARS et l'Education Nationale, au moyen de réunions régulières sur les questions d'intégration scolaire des enfants handicapés et sur la planification coordonnée des créations de classes spécialisées et de SESSAD.

Une convention cadre spécifique sur la scolarisation des enfants en situation de handicap a été signée entre l'Académie de Nantes et l'ARS le 3 décembre 2012. Elle organise l'articulation entre les deux institutions aux niveaux régional et départemental, et prévoit un plan d'actions annuel.

La coopération est jugée globalement satisfaisante de part et d'autre, et la réussite de certaines réalisations a pu être attribuée à la coopération entre les deux institutions (ex. de la création d'une unité autisme en maternelle). Des habitudes de travail en commun ont été confortées, incarnées par des contacts réguliers sur des situations particulières, une concertation en amont de la rédaction des cahiers des charges des appels à projet et la participation systématique de l'Education Nationale aux commissions de sélection lorsqu'il y a des enjeux de scolarisation. Malgré des marges de progrès (en termes de régularité et de formalisation des bilans de mise en œuvre de la convention, de décalage de rythme entre les deux institutions dans le cadre de la programmation concertée des SESSAD et CLIS / ULIS...), les objectifs de la convention sont mis en œuvre.

Pour autant, même si des actions conjointes sur le terrain reflètent la coordination entre l'ARS et l'Education Nationale (ex. des inspections conjointes), 42% des répondants de l'enquête ESMS ne se

prononcent pas sur l'évolution de la cohérence des orientations entre ARS et EN, ce qui témoigne d'un manque de visibilité de cette collaboration.

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

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. La politique de l'ARS vise à la fois à augmenter le niveau de l'offre et à réduire les écarts d'équipement entre départements³³.

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.

Le SROMS a fixé un objectif de 3,8 places en services pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, à atteindre à 5 ans dans chaque département. Des cibles en nombre de places à créer ont été construites sur cette base et programmées dans le cadre du PRIAC.

Le bilan réalisé par l'ARS en juillet 2014 indique que le nombre de places de SESSAD financées dans la région a augmenté de 281 (+9 %) entre 2010 et 2013. Fin 2013, le taux d'équipement régional s'établit à 3,7‰ et atteint donc pratiquement l'objectif fixé à l'horizon 2016. Les données de projection (mentionnant notamment la création de 192 places supplémentaires de 2013 à 2016) indiquent que le taux fin 2016 devrait se maintenir à 3,7‰, avec trois départements atteignant ou dépassant le taux cible de 3,8‰. Les évolutions (constatées ou en projection) sont très différenciées entre les départements de la région, ce qui marque le volontarisme de la politique de réduction des inégalités d'équipement.

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 (cf. *infra*). Le développement de l'offre de services pour les enfants de moins de 20 ans en situation de handicap (SESSAD) est le champ d'action de l'ARS sur lequel les ESMS reconnaissent le plus souvent qu'elle a eu un impact (77% des 60 répondants).

Malgré cela, la plupart des acteurs interrogés pointent que les besoins ne sont pas tous couverts, en particulier pour certaines déficiences (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 demeureraient sans accompagnement faute de places, et le fait que des enfants restaient en SESSAD par manque de place dans la structure relais notifiée (IME, SESSAD Pro...).

De fait, les taux d'équipement cible en SESSAD ont été définis, dans une perspective de correction des inégalités d'équipement, en référence à l'ensemble de la population 0-19 ans. L'indisponibilité, à l'ARS, de données précises sur le nombre et la localisation des orientations en SESSAD (cf. 2.1.1) ne permet pas d'identifier les besoins non couverts au niveau régional, même si des chiffrages ont pu être réalisés dans deux départements en 2013. 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.

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

Au-delà de la création de places de SESSAD, l'ARS a encouragé ou accompagné le développement de solutions innovantes pour favoriser l'inclusion des jeunes en milieu scolaire ordinaire :

³³ Un zoom sur cette question figure en annexe 19 du rapport

- Les « classes délocalisées » (unités d'enseignements d'IME ou d'ITEP implantées dans un établissement scolaire) encouragées par l'ARS sont une piste jugée féconde par la majorité des acteurs. Leur création nécessite que des locaux soient disponibles, et que le projet soit porté à la fois par la structure médico-sociale et l'établissement scolaire ;
- La création d'un IME « hors les murs », initiative d'un gestionnaire médico-social et qui demeure pour l'heure dans un cadre expérimental, a été accueillie favorablement et soutenue par l'ARS ;
- Une troisième illustration est l'ouverture en 2014 dans une école maternelle d'une unité d'enseignement pour enfants présentant des troubles de la sphère autistique³⁴.

A côté de ces exemples, des gestionnaires ont pu faire valoir qu'ils avaient développé des actions d'inclusion en milieu ordinaire sans incitation ou accompagnement de l'ARS.

En termes de scolarisation des enfants et jeunes en situation de handicap, une diversité de solutions est possible³⁵. Les enfants peuvent bénéficier de prises en charge partagées mêlant plusieurs de ces modalités. Néanmoins, pour la plupart des acteurs interrogés, ce phénomène est encore assez marginal.

Il faut souligner néanmoins que, si des solutions souples et inclusives se développent, elles ne sont pas à ce jour déployées partout dans la région.

Outre la scolarité proprement dite, il a pu être souligné que l'inclusion en milieu scolaire ordinaire peut également favoriser l'accès aux loisirs et à la culture (notamment par la participation à des activités proposées au sein de l'établissement scolaire).

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

Il était demandé aux ESMS dans le cadre de l'enquête si, selon eux, l'action de l'ARS avait eu un impact en matière d'accès à la scolarité des jeunes en situation de handicap. La même question était posée, mais concernant spécifiquement l'accès à la scolarité en milieu ordinaire. Les résultats sont similaires dans les deux cas : de l'ordre de 30% des ESMS ne se prononçaient pas et, sur la quarantaine des ESMS se prononçant, de l'ordre de 78 % jugeaient que l'action de l'ARS avait eu un impact positif et 13 % qu'elle n'avait pas eu d'impact.

Autrement dit, les ESMS reconnaissent un effet de l'action de l'ARS en termes de créations de places de SESSAD (cf. supra), mais n'en déduisent pas nécessairement un impact en termes d'accès à la scolarité des jeunes. Toutefois lorsqu'ils l'identifient, il est jugé majoritairement positif. De fait, il ressort des entretiens l'idée que la création de places de SESSAD, si utile qu'elle soit, n'apporte pas seule une réponse aux questions de scolarisation.

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

L'examen des données sur la scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Nantes pour les années scolaires 2011/2012 et 2013/2014 révèle (sous réserves d'éventuelles ruptures de série) que le nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (classe ordinaire et CLIS/ ULIS) a progressé de 13% sur cette période, la progression étant différenciée selon le niveau (+5% dans le premier degré avec 305 élèves de plus et + 29% dans le second degré avec 1 041 élèves de plus).

³⁴ « Créer des unités d'enseignement en école maternelle dans le cadre d'une prise en charge globale des élèves autistes ou avec troubles envahissants du développement » était l'une des mesures identifiées par le Comité interministériel du handicap en septembre 2013

³⁵ En établissement médico-social, en classe délocalisée, en classe spécialisée ou ordinaire d'établissement scolaire, avec ou sans accompagnement d'un SESSAD et/ ou d'un auxiliaire de vie scolaire

Le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant de l'accompagnement d'un établissement ou service médico-social a progressé également sur cette période. Le nombre d'enfants en scolarisation collective (CLIS/ULIS) bénéficiant de l'accompagnement d'un SESSAD a ainsi augmenté de 10% sur la période (+ 367 élèves) Une rupture de série ne permet pas de chiffrer l'évolution concernant les modes de scolarisation individuelle.

Il ressort des entretiens qu'une partie de ces évolutions peut être liée à la reconnaissance postérieure du handicap d'enfants déjà scolarisés en milieu ordinaire.

En tout état de cause, les progrès de la scolarisation en milieu ordinaire ne dépendent pas que de l'action de l'ARS, d'autant que l'accompagnement par un SESSAD, qui peut contribuer à cette scolarisation, n'est pas toujours jugé nécessaire.

Enfin, il a pu être indiqué que les progrès de la scolarisation en milieu ordinaire n'ont pas forcément eu pour effet une diminution du nombre d'enfants scolarisés dans des établissements médico-sociaux, ce qui est parfois imputé à la croissance démographique en population générale. Une publication récente du Rectorat de l'Académie de Nantes sur la scolarisation des jeunes en situation de handicap confirme ce constat : de 2006 à 2014, les effectifs scolarisés en milieu ordinaire ont connu un taux d'évolution annuel moyen de 8,4%, mais sans que soit observée une baisse des effectifs scolarisés en établissements spécialisés puisqu'ils ont augmenté en moyenne, sur la même période, de 0,6% par an.

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

Les entretiens menés et les résultats de l'enquête auprès des ESMS ont mis en évidence des limites à la scolarisation des jeunes en milieu ordinaire.

Sont identifiées des limites tenant aux déficiences des jeunes : tous ne peuvent pas être scolarisés en milieu ordinaire, ce qui implique de maintenir une offre en établissement médico-social, parfois jugée encore insuffisante sur certaines déficiences. Par ailleurs, lorsqu'elle est possible, l'inclusion en milieu ordinaire doit offrir des garanties de souplesse : prises en charge partagées progressives et réajustables dans le temps.

La présence d'un appui aux enseignants, en aides humaines notamment (SESSAD ou AVS), est souvent présentée comme une condition de scolarisation en milieu ordinaire, et des marges de progrès sont identifiées en la matière. A titre d'illustration, des difficultés rencontrées par les enseignants ont pu être notamment pointées sur les TCC/TED – voire les « DYS ».

Les marges de progrès les plus souvent évoquées concernaient les prises en charge partagées et, au-delà, l'articulation entre établissements médico-sociaux et établissements scolaires. La souplesse attendue des prises en charge partagées est confrontée à des obstacles administratifs et financiers (nature des notifications MDPH, question des places d'accueil temporaire en IME). Le développement de prises en charge partagées est souhaité. En ce qui concerne l'articulation entre ESMS et établissements scolaires, ont pu être exprimées des attentes de formalisation (existence et durée des conventions), avec un enjeu fort en termes de clarification de la répartition des rôles et d'identification des acteurs. Un besoin est identifié en matière de concertation entre ces acteurs, mais aussi des administrations ARS et services de l'Éducation Nationale. Diverses propositions ont pu être émises : acculturation réciproque, communications, plateformes de concertation...

Des questions de représentations du handicap et de son accompagnement ont été soulevées, tant dans le milieu scolaire ordinaire que dans le milieu médico-social, tant de la part des professionnels que des parents. Elles peuvent engendrer des phénomènes de résistance à l'inclusion en milieu ordinaire malgré le cadre posé par la loi de 2005. Les propositions susvisées émises en matière de coordination concernent aussi cette dimension.

Une difficulté récurrente a été soulevée : celle du devenir des enfants en sortie de CLIS ou d'ULIS et la possibilité de poursuivre un cursus en milieu ordinaire. Le déficit de propositions, notamment en sortie d'ULIS, a souvent été pointé.

La question de l'organisation des transports, enfin, a très largement été mise en exergue. Elle constitue au quotidien un obstacle très significatif à l'inclusion en milieu ordinaire, et tout particulièrement dans le cas des prises en charge partagées.

Les questions de locaux adaptés en milieu ordinaire ont également été soulignées, qu'il s'agisse de la mise aux normes des établissements existants ou de l'anticipation, dans le cadre de projets de construction, d'un espace pouvant accueillir des enfants en situation de handicap (classes délocalisées notamment).

2.1.3. Une politique volontariste de l'ARS en faveur d'une souplesse d'organisation pour fluidifier les parcours, mais des obstacles persistants et un suivi de données de résultats sur ce volet qui n'est pas organisé

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

L'avant – propos du SROMS explicite les enjeux de ce schéma : « *Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge, mobiliser et redéployer des moyens pour permettre une réponse diversifiée, de proximité et personnalisée en privilégiant, chaque fois que possible, le milieu ordinaire de vie avec pour finalité une diminution du délai d'attente pour l'accès à un service* ».

La diversification de l'offre doit permettre d'assurer une pluralité de réponses pour favoriser un accompagnement au plus près des besoins de l'enfant. Il s'agit d'optimiser l'adéquation des prises en charge et de privilégier les réponses en milieu ordinaire. Elle se double d'une préoccupation de réduction des écarts d'équipement inter-départementaux.

Pour que cela se traduise dans les faits par une fluidité des parcours, il faut que les modalités d'accompagnement des jeunes permettent le passage d'un type d'accompagnement à un autre, soit concomitamment dans une logique d'approche globale et avec un souci d'inclusion en milieu ordinaire, soit successivement, pour tenir compte de l'évolution des besoins.

- 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

L'objectif 9 du SROMS (« *Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements médico-sociaux au sein de la région et par territoire de santé* ») porte cette double dimension et fixe des cibles à 5 ans en termes de réduction des inégalités inter-départementales d'équipement, d'augmentation de la part des services dans l'offre et de taux d'équipement en service dans chaque territoire de santé. Le PRIAC précise ces différentes cibles à l'horizon 2016.

L'objectif 5 du SROMS (« *Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne* ») complète ces attendus d'une ambition d'offre plurielle au sein de chaque territoire de santé, devant proposer des places en établissements pour plusieurs types de handicap

identifiés³⁶. Il est précisé que ces établissements doivent proposer des modalités d'accompagnement diversifiées³⁷.

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

Le bilan publié en juillet 2014 par l'ARS permet de comparer l'offre au 31/12/ 2013 à l'offre au 31/12/2010, et comporte des prévisions d'équipement à l'horizon 2016.

Part des places en services sur l'ensemble des places d'accompagnement médico-social des enfants et jeunes en situation de handicap			
	2010	2013	2016 (projection)
44	33%	35%	37%
49	36%	39%	39%
53	52%	50%	50%
72	40%	40%	40%
85	39%	42%	46%
région	37%	39%	40%

L'objectif de 35 % de l'offre en services fixée dans le SROMS était déjà atteinte en 2010 au niveau régional en ce qui concerne les enfants, seul un département n'atteignant pas cette cible – ce qui n'est plus le cas depuis 2013.

Le rééquilibrage est opéré à la fois par la création de places nouvelles, mais également par la reconversion de places existantes. Le tableau suivant, présentant l'évolution des capacités en établissements et services, illustre la différenciation de l'effort de rééquilibrage entre départements :

	2010-2013		2013-2016	
	Places Etablissements	Places Services	Places Etablissements	Places Services
44	+28	+142	+10	+91
49	-55	+71	0	0
53	+31	0	0	+5
72	+14	0	0	0
85	0	+68	+25	+96
région	+18	+281	+35	+192

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

Le PRS ne fixe pas de taux d'équipement cible par type de déficience, mais le PRIAC identifie le nombre de places à créer sur les différents départements pour des handicaps ciblés ou types de structures, et son actualisation permet d'identifier les opérations réalisées. L'actualisation 2014 permet ainsi d'identifier les réalisations suivantes :

³⁶ Déficients intellectuels moyens et profonds, personnes souffrant de troubles du comportement, de handicap psychique ou de troubles envahissants du développement ou de polyhandicap

³⁷ Des places d'accueil de jour, d'accueil séquentiel, temporaire et d'internat, pendant les vacances et les week-ends ; des SEHA, SEES et SIPFP ; des unités spécifiques pour enfants autistes ou polyhandicapés

Type de handicap / structure	Réalisations effectives
CAMSP	Création d'une antenne CAMSP à Châteaubriant (44) Création d'une antenne CAMSP à Challans (85)
Troubles du comportement	Création de 19 places d'ITEP (72) Extension de 8 places d'un SESSAD TCC (85)
Troubles autistiques	Création de 14 places autistes (53) Requalification de 49 places sur 7 unités autistes et TED (49)
Polyhandicap	Extension de 7 places de SEHA(44) Création de 5 places pour enfants polyhandicapés (85) Requalification de 16 places d'Institut Médico-Educatif (IME) en places d'IEAP (49)
Troubles autistiques & polyhandicap	Création (par transformation) de 12 places d'accueil temporaire

Ces éléments ne recouvrent pas la totalité des réalisations, le PRIAC mentionnant également des opérations échelonnées sur plusieurs années, avec une fin au-delà de 2014. C'est le cas notamment des opérations de reconversion de l'offre, ou encore d'augmentation des moyens des structures de dépistage en ce qui concerne l'autisme.

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

La politique de l'ARS est de promouvoir l'accompagnement des jeunes par un dispositif couplant plusieurs types d'accompagnement (vs notion de « filière » linéaire), en favorisant le décloisonnement entre structures sur un territoire pour construire des parcours articulés autour des besoins du jeune. Cette notion de décloisonnement est traduite dans les CPOM avec les établissements et services médico-sociaux qui comportent un axe « Inscription de l'établissement dans la dynamique territoriale ».

Les effets de ce décloisonnement sont diversement appréciés. Il ressort des entretiens que ce décloisonnement dépend beaucoup du positionnement des différents gestionnaires.

Les prises en charge partagées sont identifiées par une partie des acteurs interrogés comme un point sur lequel l'ARS est particulièrement vigilante, notamment à travers les dialogues de gestion annuels entre l'ARS et les opérateurs. Elles concernent principalement, au côté des ESMS, les établissements scolaires³⁸ et les structures sanitaires (notamment psychiatriques)³⁹.

Les investigations révèlent que les acteurs de terrain, dans leur grande majorité, reconnaissent l'intérêt de cette pratique, mais son effectivité est variablement appréciée, et des marges de progrès sont souvent identifiées.

Les obstacles à leur développement qui ressortent des investigations, tiennent à des contraintes :

- administratives (orientations CDAPH et agréments des structures),
- organisationnelles et financières (question du décompte de l'activité, gestion des capacités d'accueil dans les différentes institutions, avec la question centrale de la possibilité de retour dans la structure d'origine, formation des équipes à l'évolution des pratiques, temps nécessaire à la coordination et sa valorisation jugée insuffisante),
- partenariales (question d'articulation des acteurs entre eux et de leur volonté de coopérer, articulation entre ESMS et structures de l'ASE),
- logistiques (question des transports),

³⁸ Le développement de prises en charge partagées entre ESMS et Etablissements Scolaires fait partie des engagements de la convention cadre entre l'ARS et le Rectorat.

³⁹ Des chartes départementales en santé mentale ont été mises en place dans certains départements, pour organiser la fluidité des parcours.

- voire psychologiques (représentations réciproques des acteurs du milieu ordinaire et du champ médico-social).

Plusieurs acteurs ont indiqué que si les prises en charge partagées sont idéales dans l'intérêt des jeunes et répondent à la demande des familles, la complexité de leur mise en place peut être dissuasive et représente un investissement qui devrait être davantage pris en compte.

Le développement de solutions de répit pour les familles, dont le besoin est exprimé, est prévu dans le PRIAC. Certains établissements, notamment dans le cadre du dispositif ITEP, mentionnent le développement de prises en charge séquentielles en internat (2-3 soirs par semaine). Pour autant, c'est le domaine où l'impact de l'action de l'ARS est le moins reconnu dans le cadre de l'enquête : seuls 23% des répondants jugent qu'il y a eu un impact.

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

Les Pays de la Loire font partie des régions où a été expérimenté le fonctionnement des ITEP comme dispositif. Cette expérimentation repose sur une notification générale en ITEP, ne précisant pas les modalités d'accompagnement, celles – ci étant modulées par la structure médico-sociale en fonction de l'évolution des besoins du jeune dans le temps, sans nécessité de notifications à chaque changement.

Compte tenu du fait que les procédures et délais de notification MDPH sont généralement présentés comme un frein à la fluidité des parcours, ce fonctionnement suscite un réel intérêt. Même les opérateurs qui, dans leur fonctionnement, intégraient déjà ce type de pratiques, reconnaissent que l'expérimentation a eu un effet de levier.

Néanmoins, certains freins demeurent (*cf. prises en charges partagées supra*) et des points de vigilance sont identifiés, notamment le fait que l'intérêt et les besoins du jeune doivent déterminer les modulations de son accompagnement, celles-ci ne devant pas être dictées par des motifs d'ordre financiers ou organisationnels.

- 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

En l'absence de données précises sur les besoins (*cf. 2.1.1.*), il est difficile d'apprécier l'adéquation de l'offre à la réalité des besoins. En outre, les discontinuités dans la classification FINISS ne permettent pas d'avoir une vision pluriannuelle fiable sur les effets de la politique de l'ARS. Néanmoins, dans le cadre l'enquête auprès des ESMS, la lutte contre les inadéquations (notamment via l'évolution des agréments) est le champ de la politique de l'ARS dont les acteurs reconnaissent le plus souvent qu'elle a eu un impact.

En l'état actuel, il n'existe pas de séries de données qui puissent objectiver l'évolution des modalités d'accompagnements. A titre d'exemple, les systèmes d'information type FINISS ne permettent pas de disposer d'une continuité de données en matière d'accueil temporaire ou séquentiel, en raison de fréquentes ruptures de séries. Par ailleurs, si les prises en charge séquentielles sont un point d'attention dans les dialogues de gestion entre l'ARS et les opérateurs médico-sociaux, il n'y a pas d'indicateur de suivi régional sur cette question. Une question de l'enquête auprès des ESMS leur demandait s'ils pensaient que l'action de l'ARS avait permis la diversification des modalités de prise en charge depuis 2012 : 78% des répondants estiment que c'est le cas et 22% que ce n'était plutôt pas le cas.

- 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

L'enquête réalisée auprès des ESMS leur demandait d'identifier les freins et leviers identifiés à la fluidité des parcours des jeunes en situation de handicap (voir annexe 12).

Les principaux freins qui ont pu être identifiés sont :

- le système classique impliquant une notification MDPH à chaque changement de mode de prise en charge compte tenu de l'agrément des structures, auquel est opposé un fonctionnement plus souple sur un mode « dispositif », tel qu'il est expérimenté pour les ITEP (frein le plus souvent évoqué)
- les obstacles aux prises en charge partagées déjà évoqués
- le manque de capacités d'accompagnement en milieu spécialisé ou ordinaire
- les difficultés d'organisation du partenariat entre structures
- les représentations sur l'accompagnement en milieu ordinaire ou en milieu spécialisé
- les questions de moyens (en coordination et suivi)
- l'organisation des transports
- la question de l'information des familles et de l'expression de leurs souhaits.

En ce qui concerne les leviers, en symétrie avec les obstacles identifiés, sont souhaités des solutions souples et flexibles, le développement quantitatif de capacités sur certains segments de l'offre, des réponses sur les questions des transports et des facilitations du partenariat.

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 qui ont pu être évoqués : la possibilité de mouvements temporaires d'usagers entre établissements, de manière organisée, pour « tester » une orientation ; le décloisonnement des financements entre institutions (sanitaire, social et médico-social) a également pu être proposé.

- 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

Outre les dispositifs déjà cités, l'ARS a promu ou accompagné un certain nombre d'expériences visant la fluidification des parcours.

Dans un contexte de tension sur l'offre en SESSAD a été expérimenté un SESSAD dit « de coordination » : au lieu de dispenser une prestation globale, le SESSAD propose des prestations plus « à la carte », et assure la coordination des intervenants assurant les autres prestations.

Le passage des structures enfants aux structures adultes a été souligné comme une phase de transition pouvant être difficile. Le « dispositif jeunes adultes », qui n'est pas un dispositif expérimental, consiste à faire cohabiter sur un même lieu des jeunes de 16-20 ans ayant une orientation IME et des jeunes 20-25 ans ayant une orientation en MAS, ce qui permet de travailler la transition vers l'établissement pour adultes.

Par appel à projet spécifique, l'ARS a permis l'expérimentation d'un dispositif permettant l'intégration des jeunes ayant une orientation en ESAT relevant de l'amendement Creton. Il a été déployé dans les cinq départements de la région. Sur la base des éléments d'évaluation disponibles, on relève que ces dispositifs ont contribué dans une certaine mesure à faire évoluer les pratiques des acteurs, et ont permis de travailler les compétences d'insertion sociale des jeunes en situation de handicap. En termes d'impact sur le nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton, le document de synthèse réalisé par l'ARS en juillet 2014 révèle que, si le nombre de jeunes en amendement Creton a diminué de 29% entre 2010 et 2012, 329 jeunes de plus de 20 ans étaient encore accueillis en 2013 dans des établissements pour enfants. Les évolutions de cette donnée dépendent également des flux

d'entrée. La poursuite de la baisse sera à confirmer dans le cadre du suivi de ces chiffres. Le manque de places en secteur adulte étant identifié comme un point de blocage, l'ARS mène une réflexion sur l'ensemble de la filière, en recherchant des solutions pour les personnes handicapées de 55 ans et plus, qui permettraient de libérer des capacités d'accueil dans les structures pour adultes et, par suite, favoriseraient l'admission des jeunes actuellement en situation d'amendement Creton.

Enfin, l'ARS a lancé un appel à projet pour la mise en place d'équipes mobiles ressource intervenant de manière directe ou indirecte en faveur de jeunes relevant d'une mesure de protection de l'enfance (ASE ou PJJ) et présentant des troubles du caractère et du comportement. Ce dispositif a pour objet de sécuriser les parcours de jeunes qui, relevant de plusieurs institutions, ont fait l'objet de placements multiples, souvent marqués par l'échec et les ruptures. La mise en place effective de ce dispositif étant intervenue en septembre 2014, il est encore trop tôt pour en mesurer les effets.

Ces différents dispositifs n'ont pas tous été déployés sur l'ensemble de la région. La question de leur évaluation et de leur pérennisation (pour les dispositifs expérimentaux), voire de leur généralisation, demeure posée.

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

A côté de la mise en place de dispositifs dédiés ou d'évolution sur les modalités de prise en charge, l'ARS s'efforce d'accompagner la fluidité des parcours dans le suivi administratif des établissements. A titre d'exemple, les raisonnements sur l'activité tendent à passer de la notion de capacités à la notion d'équivalent temps plein. Le passage d'un financement en dotation globale (vs financement en prix de journée) constitue également une piste d'assouplissement.

Dans une situation particulière, la trop grande précision de certains agréments aboutissait à l'impossibilité de proposer un accompagnement à certains enfants souffrant de déficience intellectuelle. Une révision des agréments a permis de lever ce blocage.

Néanmoins, le cadre juridique actuel pose des limites à l'amélioration de la fluidité des parcours.

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.

L'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale est l'un des sept axes stratégiques du Projet Régional de Santé. L'objectif 8 du schéma régional de prévention porte l'ambition d'« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée ».

Au sein des établissements et services médico-sociaux, cela doit se traduire par une information systématique des usagers sur les dispositifs de prévention médicalisée (dépistage des cancers et autres pathologies, vaccinations) et le développement (à travers la contractualisation avec l'ARS) d'actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées pour les personnes en situation de handicap.

2.2.1. L'incitation du secteur médico-social par l'ARS à déployer la promotion de la santé auprès de leur public n'est pas systématique, mais une partie des structures a néanmoins investi ce champ

- 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

La feuille de route ARS « Bien Etre des Jeunes » porte néanmoins des objectifs de prévention spécifique auprès des jeunes en situation de handicap depuis 2012, qui se sont progressivement affirmés, élargis et diversifiés.

-Affirmés car si, en 2012, il s'agit simplement d'activités inscrites au sein d'une action sur l'amélioration de la qualité de vie des jeunes en situation de handicap, où se trouvent aussi les évolutions de l'offre médico-sociale, il s'agit dès 2013 d'une action identifiée à part entière dans la feuille de route.

-Elargis car, si en 2013, l'objectif est la prévention dans les établissements médico-sociaux accueillant les jeunes en situation de handicap, en 2014 est plus largement visée la prévention auprès des jeunes en situation de handicap, sans référence aux ESMS.

-Diversifiés, enfin : en 2012, les thématiques visées sont principalement l'hygiène bucco-dentaire et la vie affective et sexuelle. Si en 2013 la thématique vie affective et sexuelle disparaît, apparaissent, à côté de l'hygiène bucco-dentaire, des thématiques sur l'utilisation du médicament et la prévention des situations de violence et en 2014 sont évoqués la prévention bucco-dentaire, les thématiques sports et santé, ainsi que, plus largement, un appui aux projets des ESMS portant sur la qualité de vie des personnes.

Les modalités utilisées par l'ARS pour promouvoir ces pratiques sont principalement la contractualisation et, citées, la diffusion aux établissements par l'ARS de dates de colloques, de formations, d'informations...

Pour autant, il ressort des investigations que les services de l'ARS n'ont pas incité systématiquement les opérateurs médico-sociaux à investir ce champ. Dans le cadre de l'enquête réalisée auprès des établissements et services accompagnant les jeunes en situation de handicap, sur les 55 structures répondantes, seuls 51% ont indiqué qu'elles avaient été incitées par l'ARS à mener des actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé auprès des jeunes qu'elles accompagnaient.

A l'exception d'un d'entre eux, les opérateurs de prévention n'ont pas explicitement été invités à intervenir auprès des établissements et services accompagnant des jeunes en situation de handicap. Si l'appel à projets conduites addictives 2012 visait les usagers des établissements sociaux et médico-sociaux, ses objectifs ont été recentrés en 2013 sur les personnes en situation de précarité.

- Une mobilisation concentrée sur un nombre restreint de thématiques

Les investigations mettent en évidence que l'incitation des ESMS par l'ARS sur les questions de promotion de la santé a été concentré sur un nombre restreint de thématiques : santé bucco-dentaire, activité sportive et questions de sexualité. Ces trois thématiques ont fait l'objet d'actions particulières de l'ARS :

-En ce qui concerne la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap, un programme régional *ad hoc* est déployé par l'IREPS depuis le début des années 2000, avec le soutien des services de l'Etat, puis de l'ARS.

-S'agissant de la santé bucco-dentaire, une action particulière est menée par une association auprès des établissements médico-sociaux dans l'un des départements de la région.

-Enfin, une action conjointe est engagée par l'ARS et la DRJSCS pour la promotion des activités physiques et sportives.

La prévention des phénomènes de violence est également évoquée comme un thème que l'ARS incite à investir.

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

Aucun des acteurs interrogés n'a de vision globale des actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par les établissements et services médico-sociaux accompagnant les jeunes en situation de handicap. Leur connaissance est principalement liée à des actions particulières portées par des opérateurs de prévention : vie affective et sexuelle (IREPS) ou prévention bucco-dentaire (ACSODENT).

Les actions identifiées ne résument pas l'ensemble de ce qui est mis en œuvre au sein des établissements, notamment car elles peuvent avoir pour objet de former les professionnels au contact des jeunes : les actions enregistrées dans OSCARS (2010-2012) visant les jeunes en situation de handicap (32 actions) visent également pour 22% les professionnels, et pour 41% des professionnels de l'éducation. En outre, il ressort de l'enquête auprès des ESMS que l'intervention de professionnels de la structure ayant reçu une formation spécifique par des opérateurs extérieurs est la modalité d'intervention en promotion de la santé la plus fréquente dans ces établissements (43% des 44 établissements répondants).

Les actions menées ultérieurement par ces professionnels des ESMS formés ne sont pas recensées en routine par les services de l'ARS.

- 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

Les investigations révèlent que, même sans incitation de l'ARS, une partie des établissements médico-sociaux accompagnant des jeunes en situation de handicap met en œuvre des actions de prévention, promotion de la santé et éducation à la santé, de sa propre initiative. Ainsi, sur les 55 répondants à l'enquête de l'ARS, seuls 51% ont indiqué avoir été incités par l'ARS à développer ces actions alors que 78% ont indiqué avoir réalisé de telles actions au cours des trois dernières années, et 75 % déclarent avoir des projets d'action.

Par ailleurs, certains opérateurs du champ médico-social ont pu indiquer que leur mission médico-sociale à l'égard des jeunes incluait naturellement une dimension de promotion de la santé (étendue notamment à la question de l'accès aux soins). Sur la thématique du sport, la présence d'éducateur sportif dans les établissements a pu notamment contribuer à la promotion de telles activités.

En ce qui concerne les thématiques de promotion de la santé, l'examen des actions enregistrées dans OSCARS visant ce public (*cf. supra*) met en évidence que trois thématiques ont été proportionnellement plus investies pour ce public que dans la population générale des jeunes 0-25 ans : la sexualité (28% des actions vs 10% en population générale), le VIH-SIDA (22% vs 10% en population générale) et les Hépatites VHB-VHC (13% vs 3% en population générale). A l'inverse, certaines thématiques ont été proportionnellement moins traitées auprès des jeunes en situation de handicap qu'en population générale, notamment les conduites addictives (6% des actions vs 29% en population générale). L'enquête auprès des ESMS révèle que les thématiques les plus souvent investies par les établissements sur la période récente sont la vie affective et sexuelle (91% des répondants), l'activité sportive (77%), les questions d'alimentation et de nutrition (66%) et la santé bucco – dentaire (64%, *ex aequo* avec les questions d'hygiène générale).

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

Les besoins les plus couramment exprimés par les ESMS pour réaliser des actions de ce type 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 ESMS).

L'identification d'un besoin de formation ne signifie pas que les professionnels des ESMS qui assurent ces actions n'en ont pas eu. En effet, seuls 3 répondants sur 44 indiquent que les actions menées en éducation de la santé et promotion de la santé l'ont été par des personnels de la structure n'ayant pas bénéficié d'une formation dédiée. Il peut s'agir de besoins de formation ciblée sur certains sujets (les conduites addictives, par exemple, citées lors des entretiens).

Il a pu être indiqué que, si l'intervention d'un opérateur extérieur permet de lancer une action, sa pérennisation suppose qu'un relais soit pris au sein de l'établissement. Cette observation rejoint l'une des conclusions d'un article sur l'adaptation des messages de prévention au handicap mental⁴⁰ soulignant que les professionnels des structures médico-sociales sont les plus « à même de relayer un message de prévention et d'entamer une réflexion sur la meilleure méthode à appliquer afin de lui donner le plus d'assise ». Les résultats de l'enquête auprès des ESMS (voir annexe 12) ne corroborent que partiellement ce point de vue, puisque l'intervention d'opérateurs extérieurs en présence des professionnels de la structure accompagnant d'ordinaire les jeunes est jugée comme l'une des plus efficaces par 76% des répondants, contre 44% pour l'intervention des seuls professionnels de la structure accompagnant d'ordinaire les jeunes après formation par un opérateur extérieur.

En ce qui concerne la connaissance d'intervenants extérieurs, s'il a pu être signalé lors des entretiens que les professionnels des établissements mobilisaient des acteurs qu'ils connaissaient, sans besoin particulier de soutien pour les identifier, ce cas n'est pas forcément général : dans les réponses à l'enquête, la connaissance d'intervenants extérieurs est pointée comme un besoin par 22% des 45 répondants. La disponibilité des intervenants est identifiée comme un problème par 38% des répondants.

2.2.2. La promotion par l'ARS de modalités d'interventions adaptées aux jeunes en situation de handicap présente un potentiel de développement

Lorsqu'il est question de prévention auprès des personnes en situation de handicap, le schéma régional de prévention renvoie à la notion de « prévention adaptée ». Bien que peu précise, cette indication est le signe d'une préoccupation sur la question de l'accessibilité de la prévention aux personnes en situation de handicap (jeunes ou non), préoccupation qui se retrouve au niveau national⁴¹.

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

Une majorité d'ESMS consultés dans le cadre de l'enquête (66%) considère que les messages de prévention « grand public » ne sont pas adaptés aux jeunes en situation de handicap. 73% des ESMS font par ailleurs état d'un besoin d'outils adaptés aux déficiences du public accueilli pour développer des actions d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Lors des entretiens, des représentants d'établissements ont pu indiquer qu'ils avaient créé des outils adaptés, parfois en s'appuyant sur des formations reçues par leurs personnels.

Plus précisément, une vingtaine d'ESMS a précisé ses attentes en la matière dans le cadre d'une question ouverte. 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, mises en situation, jeux de rôles, séances d'habilités sociales) est

⁴⁰ Eric MARCHANDET, « Messages de prévention et handicap mental : une adaptation nécessaire », in *La Santé de l'Homme*, n° 412, INPES, mars-avril 2011, pg 22-23

⁴¹ « *Rendre accessible l'éducation sexuelle, renforcée par la loi pour la Refondation de l'école de la République, et diffuser des supports accessibles dans les établissements sociaux et médicosociaux accueillant des jeunes handicapés* » était l'une des mesures identifiées par le Comité interministériel du handicap en septembre 2013.

également mis en avant. Le faible développement de supports mobilisant les nouvelles technologies (réseaux sociaux, Internet, messagerie, portables) est également relevé. Est suggérée l'idée d'interventions au plus près des lieux de vie de l'enfant (hors établissement), voire d'interventions d'éducation à la santé à domicile visant les parents. 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.

- 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

Le sujet de la promotion de la santé auprès des personnes en situation de handicap n'est pas inexploré. Sans visée d'exhaustivité, les exemples suivants peuvent être cités :

- L'IREPS des Pays de la Loire a créé un site (handesir.org), fruit de son expérience auprès d'établissements médico-sociaux, qui propose des apports théoriques et pratiques sur les questions de vie affective et sexuelle pour des interventions auprès de personnes vivant avec un handicap mental.
- Un livre blanc « Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME », fruit du travail des IREPS Champagne - Ardennes, Picardie et Pays de la Loire et de l'Observatoire de la santé de la province du Hainaut, a été édité en février 2011.
- La revue « La santé de l'homme » de l'INPES a, dans son numéro 412 (mars – avril 2011) consacré un dossier thématique à la promotion de la santé des personnes en situation de handicap. L'un des articles évoque le principe de « conception universelle » qui, « *en permettant à une certaine catégorie de personnes d'accéder de façon indépendante aux informations qui les concernent, sont également utilisables par tous* ».
- L'ANESM a publié en juillet 2013 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « l'accompagnement à la santé de la personne handicapée », qui comportent un chapitre dédié à la promotion de la santé.
- Le CREAI-ORS Languedoc – Roussillon a réalisé à la demande de l'ARS locale une étude sur la promotion de la santé en ESMS relevant du secteur du handicap, dont l'objectif était de « *dégager des pistes de travail (...) pour structurer une offre en promotion de la santé adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap accueillies (ou non) en ESMS* ».

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

Les investigations font ressortir une connaissance incertaine des acteurs (institutions comme acteurs de terrains) d'outils adaptés à la prévention auprès des jeunes en situation de handicap. 57% des ESMS consultés dans le cadre de l'enquête déclaraient ainsi n'avoir pas connaissance de tels outils.

En ce qui concerne les opérateurs de prévention, si certains ont une bonne connaissance de ce qui existe et ont pu développer des outils spécifiques dans le cadre de projets conjoints avec des ESMS, cette situation semble exceptionnelle.

- 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

Les appels à projets en prévention et promotion de la santé de l'ARS ne prévoient pas de modalités particulières pour le déploiement d'actions auprès de jeunes en situation de handicap, au-delà d'une formule générale relative à la pertinence des modalités d'action comme critère de sélection des projets.

Les conventions passées entre l'ARS et les opérateurs de la prévention et de la promotion de la santé ne comportent pas d'indications précises sur l'adaptation des interventions aux jeunes en situation de handicap. En revanche, plusieurs de ces conventions comportent des objectifs d'intervention (voire de formation) des personnels des établissements médico-sociaux, dans une logique de transfert de

compétences. De telles formulations peuvent se retrouver également dans certains appels à projets (ex. AAP addictions 2012).

Dans tous les cas, il a été précisé par des établissements médico-sociaux, comme par des opérateurs de prévention, que les interventions de ces derniers ne sont pas standardisées et qu'ils adaptent leur action au public, quel qu'il soit, notamment par une préparation en amont avec la structure d'accueil permettant de tenir compte de la spécificité du public.

2.2.3. Un engagement trop récent de l'ARS pour la promotion des pratiques sportives auprès de ce public pour être évalué

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

En entretien, un interlocuteur a soulevé le fait que, même si des outils / supports de prévention adaptés aux personnes en situation de handicap existaient, il fallait qu'ils puissent parvenir jusqu'aux personnes elles – mêmes.

Les circuits de diffusion des messages généraux de prévention et de promotion de la santé utilisés par l'ARS n'ont pas la capacité de cibler les personnes en situation de handicap en tant que telles. En revanche, les établissements et services médico-sociaux en sont destinataires. Des présentations sur ce sujet lors de réunions annuelles avec les directeurs d'établissements ont pu être évoquées.

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

L'objectif « Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences » du schéma régional de prévention évoque la promotion ou le maintien d'un bon niveau de santé physique et psychique, en s'appuyant notamment sur la promotion d'une activité physique régulière adaptée.

L'ARS contribue à deux dispositifs inter-institutionnels concourant au développement des activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap. Ainsi, si elle n'est pas signataire de la « charte régionale pour l'accès aux activités physiques et sportives des jeunes des personnes en situation de handicap en Pays de la Loire » du 17 décembre 2012, elle y est cependant citée en plusieurs endroits⁴² et est associée au comité de pilotage de la charte. Le plan d'actions pluriannuel 2012-2016 annexé à la charte indique que l'ARS est associée à la réalisation d'un état des lieux de la pratique physique et sportive en établissement. L'ARS semble, dans les faits, associée à la mise en œuvre de cette charte au-delà de son contenu explicite : le support de l'appel à projet 2012-2016 du Conseil régional visant le financement de matériel sportif, entre autres dans les établissements médico-sociaux, indique que l'ARS participera à l'analyse des projets.

Pris en application d'une instruction nationale⁴³, le Plan régional Sport Santé Bien Être en Pays de la Loire a été signé en juin 2013. Les jeunes en situation de handicap ne sont pas explicitement visés dans ce plan, mais l'un de ses objectifs vise le développement des activités physiques et sportives pour les personnes en situation de déficience intellectuelle, handicap psychique, moteur et sensoriel accompagnées dans les ESMS. Le plan d'action 2013-2016 accompagnant ce plan reprend l'objectif d'état des lieux des pratiques dans les ESMS déjà cité, et prévoit également l'organisation d'un temps de sensibilisation des gestionnaires d'ESMS sur les bienfaits de la pratique physique et sportive pour les personnes en situation de handicap et une information sur la charte « sport handicap » (il s'est tenu en décembre 2013) et, pour 2014, la mise en relation des clubs sportifs avec les établissements et services médico-sociaux pour favoriser les partenariats.

⁴² Principalement en raison du rôle qui lui est reconnu de pouvoir influencer indirectement sur la pratique sportive des personnes accompagnées par les établissements médico-sociaux à travers les moyens qu'elle alloue à ces structures

⁴³ L'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 a fixé l'objectif de promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique et demandé la mise en place d'un plan régional « sport santé bien-être » pluriannuel, co-piloté par les ARS et les DRJSCS.

- 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.

La nature des actions programmées et leur relative récence ne permettent pas de mesurer leur impact effectif sur les pratiques d'intégration des jeunes en situation de handicap par le biais des activités sportives.

En revanche, au cours des entretiens, plusieurs types d'obstacles à une telle intégration ont pu être évoqués. Il s'agit principalement d'obstacles liés aux moyens (notamment : accompagnement humain et transport) pour l'intégration individuelle de jeunes à une activité sportive en milieu ordinaire. Mais dans une logique de pratique collective, le fait d'aller dans les ESMS nécessite également pour les clubs sportifs la mobilisation de moyens. Des besoins pour les enfants en situation de handicap moteur ont pu aussi être exprimés (offre spécifique, transports, matériels, locaux).

En outre, ont pu être évoqués des obstacles tenant aux représentations du handicap. Sur ce dernier point, une initiative destinée à faire évoluer les représentations avait été portée en Pays de la Loire dans les années 2000 : il s'agissait notamment de faire pratiquer des sports adaptés aux enfants n'étant pas en situation de handicap. Un guide⁴⁴ issu de cette expérience, déployée sur une centaine de sites, a été édité en décembre 2007 par la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports des Pays de la Loire.

⁴⁴ « Prête moi ton handicap »

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.

3.1.1. Les éléments constitutifs des inégalités de santé et la nécessité d'intervenir au plus tôt auprès des jeunes sont partagés par l'ARS et ses partenaires

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

Le guide national pour l'élaboration des schémas régionaux de prévention comportait des développements sur les inégalités sociales de santé, mettant en exergue l'importance de l'enfance dans la construction / reproduction de ces inégalités : « Ces inégalités commencent dès l'enfance (...). Elles expliquent pour partie la reproductibilité des ISS d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc. ». Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, les ARS étaient invitées à cibler des actions en direction de la famille et de la petite enfance.

Les orientations stratégiques du PRS soulignent à plusieurs reprises le fait que les inégalités sociales de santé se construisent dès la petite enfance. Parmi les idées formulées, le fait que les facteurs d'inégalité de santé dans l'enfance tiennent à la position sociale, aux conditions de logement et d'éducation, ou l'importance des actions en périnatalité et dans la petite enfance, identifiées comme périodes de grande vulnérabilité, pour prévenir les inégalités sociales de santé⁴⁵.

⁴⁵ Levier de l'entretien prénatal précoce ; nécessité de mise en lien entre protection maternelle et infantile assurée par le premier recours, par les services départementaux de la PMI et le suivi fait par l'éducation nationale (sujet coordination) ; Lien avec le secteur psychiatrique pour les situations les plus fragiles

Il a été demandé à la plupart des personnes interrogées de fournir une définition spontanée des inégalités de santé. Aucune définition standard ne se dégage – pas même entre acteurs de l'ARS.

Cependant, dans la plupart des cas, des éléments de déterminants sociaux de la santé sont évoqués, et principalement :

- les ressources financières ou «conditions sociales» - facteurs socio-économiques (accès aux soins, mais aussi priorité donnée à la santé par rapport à d'autres préoccupations)
- le niveau d'information de la personne et les conditions culturelles, plus largement (habitudes de santé, accès à la prévention, rapport au corps et à la santé)
- l'environnement (l'environnement familial - notion de transmission des habitudes, perception... - étant plus souvent cité que l'habitat).

Les définitions renvoyant explicitement à la notion de gradient social sont très marginales.

Les inégalités territoriales, lorsqu'elles sont posées, sont le plus fréquemment référées à des questions d'accès à l'offre en santé au sens large. Les questions de santé-environnementale liées aux territoires n'ont pratiquement jamais été évoquées.

- 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

La quasi-totalité des acteurs interrogés soutiennent l'intérêt d'une action en prévention dans l'enfance. Cet intérêt est plus souvent exprimé en termes d'efficacité de la prévention que de réduction des inégalités de santé.

Si, globalement, l'intérêt d'une action « au plus tôt » est soulevé par les acteurs, l'âge et les thématiques d'intervention sont variables. Une partie des acteurs vise, en matière d'inégalités de santé, l'action pendant la grossesse et dès les premiers mois de la vie de l'enfant. Ce ciblage correspond notamment aux actions de dépistage sur le lien mère - enfant. D'autres acteurs visent les enfants en école primaire, d'autres au collège... Cela ne dépend pas uniquement des publics auprès desquels ils interviennent, puisque le plus souvent certains précisent que les actions sur des publics plus jeunes que les leurs est sans doute avantageuse.

Les échanges n'ont pas permis d'identifier des binômes âge/thématique à cibler. Sur les questions de vie affective et sexuelle, par exemple, les réponses sont très variables. C'est moins vrai sur les questions d'alimentation, généralement considérées comme pouvant être abordées tôt.

Ce constat peut être nuancé par les modalités d'intervention auprès des enfants. En effet, se dégage un accord assez large sur l'intérêt de la promotion des compétences psycho-sociales chez l'enfant d'âge scolaire. En matière d'addictions, il est généralement considéré que l'information sur les produits ne peut / ne doit pas intervenir avant le collège ou le lycée, mais que le développement de facteurs de protection via le développement des compétences psycho-sociales est possible dès l'école primaire. Par ailleurs, l'importance d'une action sur l'environnement – notamment auprès des parents – a été pointée à plusieurs reprises.

3.1.2. Une promotion par l'ARS d'actions de protection du capital santé sur la tranche 0-9 ans, différenciées en fonction des âges

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

L'ARS a poursuivi la contractualisation menée par les instances sanitaires précédentes avec le Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble (RSN), le principal changement étant l'inscription d'objectifs

chiffrés dans le contrat et le passage (dans le cadre du CPOM 2014-2017), au statut de Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE). Principalement financé par l'ARS, ce réseau est l'héritier d'un travail progressif de structuration et d'organisation de la périnatalité mené en Pays de la Loire depuis le début des années 1980 par les professionnels de néonatalogie et d'obstétrique⁴⁶.

Les objectifs assignés au RSN dans le cadre du contrat concernent à la fois le dépistage prénatal, l'organisation des parcours de soins des femmes enceintes et des nouveaux-nés en fonction de leur niveau de risque, y compris le retour à domicile, l'identification des femmes vulnérables (notamment via l'entretien prénatal précoce) et l'organisation de leur accompagnement et le dépistage de la surdité précoce des enfants. Le contrat comporte également un volet important en matière de constitution et de partage d'informations, que ce soit avec les acteurs de la périnatalité ou avec les institutions et autres acteurs ressources de la région.

L'une des composantes du RSN, nommé « grandir ensemble », a spécifiquement une mission de repérage des enfants en risque de handicap et l'organisation de leur suivi jusqu'à l'âge de 7 ans, incluant l'articulation avec les CAMSP et MDPH. Depuis 2003 (année des premières inclusions dans le réseau), ce sont de 700 à 1200 patients par an qui sont inclus dans le dispositif « Grandir Ensemble » (de l'ordre de 1,1% des naissances).⁴⁷

Structures médico-sociales, les CAMSP sont dédiés aux enfants de moins de 6 ans. Ils ont pour vocation la prise en charge précoce des enfants à risque de handicap. Compte tenu d'un double objectif affiché dans le SROMS de développer l'expertise dans le domaine médico-social et de prévenir le handicap ou son aggravation par un accompagnement médico-social précoce pour les 0-6 ans, ce schéma a prévu le développement du maillage territorial des CAMSP et leur réaffirmation comme acteur de dépistage et d'intervention précoce ainsi que de coordination.

L'ARS a commandé une étude au CREA des Pays de la Loire sur les CAMSP, dont les conclusions et les pistes d'évolution envisagées par l'ARS ont fait l'objet d'une présentation publique en juin 2014⁴⁸. La part des enfants âgés de plus de 5 ans dans la file active des CAMSP constatée par l'étude a amené à formuler un objectif de recentrage des CAMSP sur leur mission de « *diagnostic et d'évaluation pluridisciplinaire puis de relais vers le secteur médico-social lorsque le handicap de l'enfant le justifie et dès la notification de la CDAPH* ».

Par ailleurs, comme indiqué en 2.1.3., l'ARS poursuit l'amélioration du maillage des CAMSP en région, ainsi que le renforcement de leurs moyens dans le cadre du plan autisme.

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

Les relations entre l'ARS, les services de PMI et le RSN ont abouti, en septembre 2014, à la mise en place d'une organisation visant à favoriser les échanges entre ces acteurs (échanges d'informations, rencontres annuelles pour définir des axes de travail communs et faire le bilan des actions menées).

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

Parmi les actions de santé environnementale conduites par l'ARS, l'une vise spécifiquement la qualité des locaux accueillant les petits enfants (crèches notamment).

⁴⁶ Source : Site Internet du Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire

⁴⁷ Source : Rapport d'activité 2013 du Réseau Sécurité Naissance

⁴⁸ Rencontre Qualitefficiency : organisées par l'ARS, ces rencontres sont l'occasion d'un échange et d'un dialogue entre l'ARS et les professionnels de santé autour de thématiques ciblées

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

La promotion de la vaccination, en population générale et pas exclusivement chez les 0-9 ans, fait partie des objectifs portés par l'ARS depuis 2012. L'examen des feuilles de route (Jeunes de moins de 20 ans, prévention et feuilles de route territoriales) révèle les activités déployées par l'ARS sur cette question :

- sensibilisation des professionnels et du public et diffusion des calendriers vaccinaux, notamment dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination ;
- inscription dans les CPOM signés par l'ARS avec les établissements de santé d'actions visant à promouvoir la vaccination auprès des personnels et des patients (63% des établissements de santé de la région comptent dans leur CPOM un objectif visant explicitement la vaccination), ainsi que dans la contractualisation avec des maisons de santé pluri-professionnelles ;
- échanges avec les services de PMI pour améliorer la connaissance de la couverture vaccinale dans la région (certificats du 24^{ème} mois). Cette dernière action est la seule à viser explicitement la tranche d'âge 0-3 ans.

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

L'examen des CPOM signés entre l'ARS et les principaux opérateurs de prévention met en exergue l'absence d'objectifs spécifiques sur la tranche d'âge 0-3 ans.

Peuvent néanmoins être relevées des actions sur l'alimentation, ainsi que des actions sur les déterminants de santé auprès des personnes en situation de précarité et des parents en général qui peuvent, indirectement, bénéficier à la tranche 0-3 ans.

En revanche, à travers le ciblage sur les établissements scolaires (écoles), la tranche d'âge 0-9 ans est visée.

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

Le bilan des actions de prévention financées par l'ARS en 2013 dans les établissements scolaires permet de constater que 2 % des écoles ont bénéficié d'une telle action au niveau régional. Ce pourcentage est à mettre en relation avec le nombre total d'écoles primaires en région (de l'ordre de 2 850) car le nombre d'interventions en écoles, en collèges ou en lycées est comparable (de 81 à 91 actions par niveau au plan régional).

Les interventions dans les écoles se distinguent des interventions en collèges et lycées par la place prépondérante de l'alimentation et des activités physiques et sportives (71 % des thématiques abordées dans les écoles vs au mieux 20% dans les collèges et lycées).

3.1.3. La priorisation dans les CLS des jeunes des quartiers de la politique de la ville et zones rurales n'est pas systématiquement portée par l'ARS, mais les CLS concernent la plupart des quartiers de la politique de la ville et touchent de fait les jeunes de ces quartiers

Comme précisé en 1.2.3, les CLS signés couvrent 67 % des quartiers prioritaires de la politique de la ville de la région. Ils peuvent comporter des actions ciblées sur ces quartiers, ou concernant tout le territoire couvert par le CLS, dont ces quartiers.

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

En premier lieu, les jeunes ne font pas partie en tant que tels des publics visés par les thématiques socles définies par l'ARS en 2013 et devant figurer dans chaque CLS signé.

En second lieu, le ciblage des CLS sur des publics ou thématiques prioritaires découle du diagnostic local qui est fait en amont du contrat. Les jeunes ne sont pas partout repérés en tant que tels comme un public prioritaire. En revanche, ils peuvent être concernés par certaines thématiques au même titre que toute la population.

Enfin, l'inscription d'un volet ou d'actions spécifiques concernant les jeunes peut s'inscrire dans la continuité des pratiques de la commune avant la signature du CLS, et n'est donc pas nécessairement imputable à l'incitation de l'ARS.

- 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

L'idée de systématiser l'inscription de priorités visant les jeunes dans les CLS n'est pas particulièrement promue. En revanche, plusieurs professionnels soulignent la nécessité de veiller à ce que la question du bien être des jeunes soit au moins citée, évoquée ou documentée dans les diagnostics du CLS, afin de ne pas être oubliée. L'intérêt d'une telle vigilance a pu être souligné en ce qui concerne les zones rurales, où il est craint que ce public soit oublié, ce qui n'est pas forcément confirmé dans les faits (ex. du CLS de La Châtaigneraie, qui cible très clairement les jeunes et leurs parents dans les publics cibles).

A noter que, pour certains CLS signés avant 2013, l'ARS souhaiterait des extensions, intégrant notamment la santé des jeunes.

- 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.

Tous les CLS ne portent pas explicitement le bien être des jeunes : soit il n'est pas porté du tout, soit porté sans mise en exergue particulière. A l'inverse, le public jeune est particulièrement ciblé dans certains CLS.

Des tranches d'âge sont rarement visées, sauf parfois au niveau des actions – ce qui rend incertain le repérage des interventions visant les jeunes quand un plan d'action détaillé n'est pas annexé au CLS. Le plus souvent, ce sont les références au cadre d'intervention (établissements scolaires, crèches...) qui permettent d'identifier le public des actions. Les actions en direction des parents et de la parentalité peuvent impliquer ce très jeune et jeune public. A noter, dans deux CLS, le déploiement (déjà réalisé ou programmé) d'actions de santé sur les plages d'accueil périscolaire ouvertes par la récente réforme des rythmes scolaires.

Au total, ce sont 6 CLS sur 10 qui incluent des actions identifiées (directement ou via les lieux d'intervention) vers le public 0-9 ans.

Parmi les thématiques définies dans le référentiel d'évaluation comme pouvant concerner particulièrement les 0-9 ans (nutrition, vaccination et repérage précoce), visant ou pas spécifiquement ce public, la thématique nutrition (avec activités sportives le cas échéant) est la plus fréquemment présente dans les CLS, le repérage précoce est évoqué dans deux CLS en matière de troubles psychiques, et la thématique vaccination est très marginale.

Dans certaines villes, la question de la nutrition a été identifiée comme concernant particulièrement les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

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

Les données de suivi des CLS comportant des actions ciblées sur ces publics sont partielles et ne permettent pas de mesurer l'intégralité de l'impact (nombre de jeunes touchés par thématique notamment) au niveau régional.

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.

3.2.1. La priorisation dans les CLS des jeunes des quartiers de la politique de la ville et zones rurales n'est pas systématiquement portée par l'ARS, mais les CLS concernent la plupart des quartiers de la politique de la ville et touchent de fait les jeunes de ces quartiers

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

Constats identiques à ceux développés en 3.1.3.

- 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

Constats identiques à ceux développés en 3.1.3.

- 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

Comme pour les 0-9 ans, le constat est que des tranches d'âge sont rarement visées dans les CLS, sauf parfois au niveau des actions.

6 CLS sur 10 sont identifiés comme comportant des actions visant spécifiquement les jeunes 10-15 ans (ou, plus largement, les adolescents) : 3 de manière implicite (référence au cadre d'intervention – collèges ou MDA, par exemple), et 3 de manière explicite (les 3 CLS les plus récemment signés).

Le référentiel d'évaluation identifiait trois thématiques pouvant concerner particulièrement les 10-15 ans (vie affective et sexuelle, addictions, santé mentale). Dans les CLS signés, les addictions (7 CLS/10) et la santé mentale (6 CLS/10) sont les thématiques les plus fréquemment abordées, qu'elles concernent les jeunes exclusivement ou non, et parfois englobées dans des objectifs généraux de

prévention des conduites à risque, où peut se retrouver également la prévention des IST. La vie affective et sexuelle est un sujet investi dans peu de CLS, mais il peut l'être de manière assez marquée (ex. CLS Allonnes-Coulaines-Le Mans). Là encore, les actions sur cette thématique ne concernent pas toujours exclusivement les jeunes et, quand c'est le cas, pas exclusivement les 10-15 ans (certaines actions comportent un panel d'interventions allant de 3 à 18 ans).

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

Comme pour les 0-9 ans, les données de suivi des CLS comportant des actions ciblées sur ces publics sont partielles et ne permettent pas de mesurer l'intégralité de l'impact (nombre de jeunes touchés par thématiques notamment) au niveau régional.

3.2.2. *Le cadre scolaire est en soi propice pour atteindre les 10-15 ans de toutes catégories sociales, d'autant que le déploiement des actions de prévention plutôt favorable dans les filières professionnelles et les collèges de l'éducation prioritaire, ce constat étant à consolider*

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

Les diverses investigations qui visaient à identifier des modalités d'intervention en promotion de la santé permettant de prévenir les inégalités de santé (cf. 3.2.3. *infra*) ont pointé le cadre scolaire comme un lieu privilégié. En effet, compte tenu de l'obligation scolaire de 6 à 16 ans, les interventions en milieu scolaire permettent de toucher un nombre important d'enfants sur cette tranche d'âge.

L'examen des différentes sources d'information sur la mise en œuvre de la politique de l'ARS en matière de promotion de la santé auprès des jeunes révèle la fréquence des actions déployées en milieu scolaire ; par exemple, tous les appels en projet en prévention ciblent les publics scolaires (élèves et/ou professionnels).

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

Les engagements inscrits au contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé du 29 mai 2012 comprennent plusieurs mesures portant sur l'information réciproque sur les actions menées.

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 en 2013 financées par l'ARS (voir annexe 10). Il s'agit cependant du premier document de ce type, ce qui fragilise d'ailleurs les constats qui peuvent en être tirés dans le cadre de la présente évaluation.

Les informations disponibles ne permettent cependant pas d'appréhender directement le nombre de classes ou d'élèves concernés par l'ensemble des actions financées par l'ARS en milieu scolaire. En outre 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. Ainsi, quand bien même le nombre d'élèves concernés par l'intervention serait déterminé, cela sous-estimerait le nombre de bénéficiaires, en ne comptant pas les effets du transfert de compétences.

En outre, cet état des lieux n'épuise pas toutes les actions de prévention et de promotion de la santé déployées en milieu scolaire, dont le recensement exhaustif est malaisé. En effet, les services de santé

scolaire réalisent eux - mêmes des actions sur ces thématiques. Une circulaire de l'éducation nationale de 2011⁴⁹ leur fixe 7 priorités d'actions. En matière de santé sexuelle, le Code de l'Éducation fixe des objectifs précis⁵⁰. Par ailleurs, d'autres acteurs peuvent financer des actions au sein des établissements scolaires, de manière distincte de l'ARS.

L'application OSCARS comporte des éléments de bilan sur les actions de prévention et de promotion de la santé financées par l'ARS. Les extractions de cette base de données ne permettent de déterminer les lieux d'intervention (établissements scolaires ou autres) et d'appréhender le nombre de jeunes concernés par l'action (exprimé parfois en nombre d'élèves, parfois en nombre de classes et parfois non renseigné) que de manière approximative.

Même si, dans certains départements, une connaissance des actions menées dans les établissements scolaires a pu se constituer, la connaissance des actions déployées en établissement scolaire est perfectible au niveau régional.

- Un taux de couverture global 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

Il ressort du bilan susvisé que, au niveau régional, 260 établissements scolaires (écoles, collèges, lycées et lycées professionnels) ont bénéficié d'actions de prévention / promotion de la santé financées par l'ARS en 2013 – soit 7% de ces établissements.

Le niveau de couverture est toutefois variable d'un niveau scolaire à l'autre : si le nombre d'établissements bénéficiaires est comparable d'un niveau à l'autre (*cf. supra*), le taux de couverture est plus favorable dans les lycées que dans les collèges, compte tenu du nombre d'établissements de chaque type dans la région.

Il varie également en fonction du département : toutes catégories d'établissements confondues, le taux de couverture varie de 3% à 10% mais, par type d'établissement, les variations de taux de couverture d'un département à l'autre peuvent être bien plus marquées : pour les établissements de niveau lycée⁵¹ (taux de couverture départementaux de 15% à 36% toutes catégories confondues), et surtout les collèges (de 8% à 41%).

- Des collèges globalement bien couverts malgré des inégalités interdépartementales

La tranche d'âge 10-15 ans correspond aux années de scolarité en collège.

91 collèges ont bénéficié d'interventions financées par l'ARS en 2013 (soit 22% de l'ensemble des collèges). Le taux de couverture des collèges par une action de prévention financée par l'ARS en 2013 est très inégal d'un département à l'autre (de 8 à 41%), ce qui tient *a priori* davantage au nombre d'établissements bénéficiaires (numérateur) qu'au nombre d'établissements existants (dénominateur)

- La thématique conduites addictives prédominante en collège, la thématique vie affective et sexuelle marginale et la thématique santé mentale non identifiée

L'observation des thématiques d'intervention en fonction du niveau scolaire (école, collège, lycée et LEP) met en évidence que si, à l'école, la thématique nutrition (alimentation et activité physique) est la plus souvent abordée, les conduites addictives deviennent prédominantes à partir du collège et le demeurent au niveau du lycée.

86 collèges ont été concernés par la thématique conduites addictives (soit 20% des collèges existants et 93% des collèges bénéficiaires d'une action).

⁴⁹ Circulaire MEN - DGESCO B3-1 n° 2011-216 du 2-12-2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques

⁵⁰ Dans les écoles, les collèges et les lycées.

⁵¹ Filières générales, technologiques et professionnelles.

13 collèges ont été concernés par la thématique alimentation et activité physique (soit 3% des collèges existants et 14% des collèges bénéficiaires d'une action)

11 collèges ont été concernés par la thématique sexualité (soit 3% des collèges existants et 12 % des collèges bénéficiaires d'une action)

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

L'analyse du bilan des actions financées par l'ARS en 2013 dans les établissements scolaires (enrichi de données externes) permet de dresser les constats suivants.

En 2013, les établissements relevant de l'éducation prioritaire ont été légèrement plus souvent bénéficiaires d'actions de prévention et de promotion de la santé financées par l'ARS que les autres établissements (pour les collèges : taux de couverture de 29% en éducation prioritaire vs 21% hors éducation prioritaire), mais avec des différences d'un département à l'autre. Le taux de couverture des collèges relevant de l'éducation prioritaire est supérieur aux autres collèges dans trois départements sur cinq.

Si l'on considère l'ensemble des établissements couvrant la tranche d'âge 16-25 ans et ayant bénéficié d'actions de prévention / promotion de la santé financées par l'ARS en 2013 (lycées de tous types, CFA, Grandes écoles / universités...), LP stricto sensu⁵² et CFA représentent 49% des établissements.

Les LP semblent équitablement couverts par des actions de prévention et promotion de la santé financées par l'ARS. Ils représentent 43% de l'ensemble des lycées des Pays de la Loire⁵³, et 43% des lycées ayant bénéficié d'actions de ce type financées par l'ARS en 2013. 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.

3.2.3. L'adaptation des outils de prévention et promotion de la santé est promue par l'ARS et portée par les acteurs, mais davantage en regard des spécificités de la jeunesse que dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé⁵⁴

- 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

En matière de réduction des inégalités de santé par une action sur les jeunes, le PRS vise principalement la périnatalité et la petite enfance (cf. 3.1.1). Si l'objectif du schéma régional de prévention dédié à ce public⁵⁵ est inclus dans le chapitre relatif à la réduction des inégalités de santé, il comporte peu d'orientations précises sur des modalités en promotion de la santé susceptible de prévenir ces inégalités : actions sur les compétences psycho-sociales, implication des familles par des actions communautaires et formation des acteurs de première ligne au contact des jeunes.

Le PRAPS comporte un objectif libellé « Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin » » ; les modalités d'actions suggérées portent essentiellement sur le

⁵² Sans compter les lycées polyvalents

⁵³ Sont pris en compte ici les lycées d'enseignement général et/ ou technologique, les lycées professionnels et les lycées polyvalents.

⁵⁴ Les éléments issus des investigations présentés ici ne visent pas exclusivement les 10-15 ans. Il est apparu pertinent d'exploiter l'ensemble des éléments recueillis, qui touchent pour la plupart à la question de l'efficacité des actions de promotion de la santé auprès des jeunes.

⁵⁵ Objectif 15 « Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence »

développement d'actions intégrant les structures touchant le public jeunes⁵⁶, dans une logique générale d'aller vers. Les modalités spécifiques d'intervention qui peuvent être exposées dans le PRAPS (médiation...) ne visent pas explicitement les jeunes, même si elles peuvent les inclure.

- 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

Dans l'ensemble des entretiens menés, rares ont été les institutions et acteurs identifiant précisément des vecteurs, supports ou modalités d'information en santé qui soient adaptés à la diversité des profils sociaux des jeunes, qui seraient susceptibles de réduire les inégalités de santé.

De la part des opérateurs de prévention, une réponse souvent apportée consistait à indiquer que les actions de promotion de la santé étaient par essence adaptées au public cible, partant notamment des interrogations des jeunes pour évoquer des notions de promotion de la santé. Les investigations ne permettent pas d'affirmer que cette posture est commune à l'ensemble des acteurs intervenant en promotion de la santé auprès des jeunes.

Au-delà de ce positionnement pragmatique, les modalités évoquées dans les entretiens mettent beaucoup en exergue les lieux d'intervention. L'idée générale est d'intervenir sur les lieux fréquentés par les jeunes dans une logique d'aller vers. Dans cette logique, le lieu scolaire est généralement considéré comme un lieu privilégié pour atteindre tous les jeunes (cf. 3.2.2), le contexte d'intervention pouvant être scolaire ou périscolaire.

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, il y a eu une réflexion sur les vecteurs et modalités, notamment dans le cadre des Ateliers Santé Ville.

En pratique, l'ARS est en relation avec l'URHAJ pour la réalisation d'interventions de promotion de la santé dans les FJT, et elle accompagne les missions locales depuis plusieurs années pour la proposition de points d'écoute psychologique pour les jeunes.

Elle contribue (parfois de manière prédominante) au financement des maisons des adolescents, lesquelles⁵⁷ ont toutes mis en place (ou participé à) des actions de prévention ou de promotion de la santé en direction des adolescents en 2013, principalement dans les lieux d'enseignement (collèges, lycées, MFR, CFA), mais aussi dans leurs locaux. L'idée parfois évoquée selon laquelle les jeunes issus des quartiers de la politique de la ville ou de classes populaires fréquentent peu les MDA peut être mise en perspective avec le fait que, pour 2013, 4 MDA sur 5 indiquent avoir réalisé des démarches volontaristes vers des publics vulnérables ou en situation d'exclusion⁵⁸

Les CPOM avec les opérateurs de prévention ne comportent pas d'indication sur le développement de modalités adaptées dans un souci de réduction des inégalités sociales de santé, à une exception près : une action à destination des jeunes de la PJJ, dont l'un des objectifs opérationnels est d'« Adapter de nouvelles approches et de nouvelles méthodes en éducation nutritionnelle pour un public spécifique », une capitalisation sur cette expérience afin d'en faciliter le transfert étant par ailleurs attendue.

Les appels à projets en prévention traduisent en général des attentes en termes d'adaptation des modalités au public concerné (cf. *infra*), mais ne visent la réduction des inégalités sociales de santé que de manière exceptionnelle : seul celui de 2014 sur la nutrition mentionne parmi ses critères la

⁵⁶ Missions locales, FJT, établissements scolaires et universitaires

⁵⁷ Source : rapports d'activité 2013 des MDA

⁵⁸ Les manifestations en sont plurielles. A titre d'exemple : Favoriser les demandes d'intervention émanant d'établissements scolaires accueillant des publics ayant des difficultés scolaires et/ ou comportementales ; Prise d'initiative de rencontres du réseau adolescence sur la question des jeunes migrants, avec enjeu de clarification du rôle et de l'articulation entre les différents acteurs ; Information sur la MDA auprès des professionnels exerçant dans les quartiers politique de la ville ; Participation de la MDA à des réunions inter-institutionnelles pour l'évaluation, le repérage et l'orientation de jeunes en situation complexe (ex. jeunes en errance) (source : rapports d'activité 2013 des MDA)

participation des projets à la réduction des inégalités sociales de santé. Les modalités attendues des projets ne renvoient pas explicitement à la réduction des inégalités sociales de santé. En revanche, le cadre scolaire est visé dans tous les appels à projets, et il est considéré comme un lieu de diffusion assez égalitaire (cf. *supra*).

- 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

Les modalités de promotion de la santé auprès des jeunes sont une préoccupation largement partagée tant par les institutions que par les acteurs de terrain. Le souci d'adapter les modalités au public jeune présente un double enjeu : trouver des leviers pour intéresser les jeunes aux questions de santé (dans un contexte d'évolution rapide des codes), d'une part, et veiller à protéger les jeunes (vis-à-vis de discours qui pourraient heurter leur sensibilité dans le cadre d'interventions en santé), d'autre part.

Un cadre concerté entre ARS et Education nationale (*Education pour la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*), marqué par cette double préoccupation, a été finalisé en septembre 2014 et diffusé dans les établissements scolaires.

- 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

Outre les modalités déjà visées⁵⁹, le PRS promeut des dispositifs de type « Etudiants pairs » (objectif 1 du SRP) et met en garde contre des approches en prévention négatives, fondées sur les comportements à risque des jeunes (objectif 15 du SRP)⁶⁰.

Plus précisément, les cahiers des charges des appels à projet en prévention de l'ARS préconisent des cadres d'intervention : contextes (lieux de formation, milieu festif), mais aussi des modalités d'action : renforcement des compétences psycho-sociales, formation des professionnels accompagnant les jeunes, soutien des parents, actions mobilisant une pluralité d'acteurs (scolaires et loisirs) et des groupes de parole (pour santé mentale et conduites addictives). En 2014, le cahier des charges de l'appel à projet en prévention sur les conduites addictives faisait référence explicitement aux modalités d'intervention validées par l'INPES. A noter par ailleurs que, cette année là, un dossier au moins a pu être refusé par l'ARS en raison de modalités jugées non pertinentes en cadre scolaire.

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

Le développement des compétences psychosociales était un levier identifié dans le cadre du PRSP. Le PRS a poursuivi cet axe, en privilégiant les acteurs au contact des jeunes pour en assurer le portage (objectif 15 du schéma régional de prévention).

S'il est repéré par l'INPES comme une intervention validée en matière de conduites addictives, le renforcement des compétences psychosociales a pu être décrit comme un levier d'*empowerment* dans une perspective de promotion de la santé plus générale, dépassant des approches par thématique.

La promotion du renforcement des compétences psychosociales, portée par la plupart des appels à projets en prévention, a connu un nouveau développement avec la décision de l'ARS à l'automne 2014⁶¹ de lancer une action massive auprès d'élèves scolarisés en CM2. Cette action doit reposer sur la

⁵⁹ Ciblage de lieux d'intervention dans une logique d'aller vers, investissement dans les compétences psycho-sociales, actions impliquant les parents et formation des acteurs de première ligne

⁶⁰ Cet argument est corroboré par une pluralité d'acteurs, soulignant le caractère contre – productif des interventions pouvant être jugées « moralisatrices » par les jeunes. Ils jugent qu'il convient de privilégier les méthodes interactives (vs interventions magistrales), partant des questions des jeunes. La pertinence de supports ludiques ou artistiques a pu être évoquée.

⁶¹ L'actualisation du PRS en décembre 2014 ayant entériné cette orientation.

formation d'acteurs relais (enseignants). Le volume d'élèves de l'enseignement public et privé qui devrait être touché est estimé à 6000.

Si le nombre d'actions enregistrées dans OSCARS intégrant le thème des compétences psychosociales apparaît faible (54 actions de 2010 à 2012, portées par un à deux opérateurs), le nombre de bénéficiaires est de l'ordre de 3 590 personnes au moins (dont au moins 304 adultes)⁶².

- 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

Le PRS promeut cette modalité pour les étudiants. Plusieurs opérateurs de prévention (dont les SUMPPS) de la région l'ont utilisé, selon des formes diverses en ce qui concerne la mission assignée aux pairs (sensibiliser, faire venir vers les professionnels...), le type de pairs (pairs *stricto sensu* ou pairs décalés) ou l'accompagnement des pairs par des professionnels (en amont, lors de l'intervention...).

Jugée faciliter la promotion de la santé auprès des jeunes, cette démarche est cependant exigeante⁶³ (notamment en termes de formation des pairs sur les contenus et savoir-faire) et certains acteurs jugent qu'il faut être vigilant sur son utilisation pour certaines thématiques dans l'intérêt du pair comme du bénéficiaire (ex. risque suicidaire).

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

Plusieurs avantages sont reconnus à la formation d'acteurs relais : gage de pérennité des actions et démultiplication des actions de promotion de la santé, elle permet également une meilleure adaptation des interventions au public par la médiation qu'opèrent les acteurs relais. Afin d'éviter que des outils soient « plaqués », sans appropriation, il a pu être jugé utile que des professionnels de promotion de la santé forment les acteurs relais.

Les professionnels intervenant auprès des publics sont un public cible tant des appels à projets en prévention que des plans d'action annexés aux CPOM des opérateurs en prévention.

Sur les 378 actions concernant les 0-25 ans enregistrées dans OSCARS pour la période 2010-2012, 144 incluent dans leur public cible des professionnels (de la santé, de l'éducation ou du social).

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

Son importance est soulignée par la plupart des sources⁶⁴. Cependant, sa mise en œuvre est jugée difficile. Des difficultés de mobilisation ont été évoquées. Des opérateurs qui avaient mis en place des actions auprès des parents ont constaté des baisses de fréquentation. A pu être souligné le rôle moteur que pouvaient jouer des associations de parents d'élèves dans certains cas.

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

La majorité des acteurs pointe l'importance chez les jeunes des nouveaux modes de communication (notamment réseaux sociaux) et l'intérêt qu'il y aurait à les investir davantage en promotion de la santé. Compte tenu de ses critères de validation, l'INPES classe le plus souvent les actions utilisant les nouvelles technologies comme « prometteuses » plutôt que comme « validées »⁶⁵.

L'ARS n'a promu que très modestement cette modalité à ce jour (une mention dans le CPOM d'un opérateur au titre des actions innovantes).

⁶² Le nombre de bénéficiaires est identifié pour 48 des 54 actions seulement.

⁶³ cf. E. LEGRAND, rapport d'évaluation ESPAIR

⁶⁴ L'académie de médecine pointait particulièrement l'importance de la famille et de l'école pour la tranche d'âge 6-12 ans.

⁶⁵ Ce qui tient à un nombre de sources convergentes insuffisant.

Plusieurs points de vigilance sont à relever. En premier lieu, le recours des jeunes des nouvelles technologies de communication en matière de santé⁶⁶ suggère l'intérêt de préciser certaines règles de bon usage. En second lieu, l'utilisation de cette modalité peut avoir un coût important (un opérateur qui a fait l'expérience en investissant des réseaux sociaux a pu témoigner de la forte mobilisation de ressources humaines que cela implique), ce qui pose la question de l'efficacité d'un investissement à un niveau régional uniquement. Enfin, malgré la généralisation de ces outils, il faut veiller à ce que cette modalité ne soit pas socialement discriminante.

- 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

Outre les champs déjà visés, certaines pistes peuvent être jugées peu ou pas investies par l'ARS en matière de promotion de la santé auprès des jeunes.

-Ce sont, tout d'abord, les lieux d'intervention ou acteurs relais. Il ressort des entretiens menés que certains réseaux et acteurs intervenant dans le champ jeunesse n'ont pas investi les questions de santé. Ainsi par exemple une conférence régionale des acteurs de la jeunesse s'est tenue en juin 2014, au cours de laquelle les sujets de santé n'ont pas été abordés.

Il n'apparaît pas que l'ARS les ait mobilisés directement, même si certains sont identifiés par les MDA comme des partenaires.

-Ce sont, en second lieu, les actions validées par l'INPES. Elles n'ont à ce jour été visées explicitement que dans l'appel à projet 2014 en matière de conduites addictives.

-Ce sont, enfin, les interventions associant les jeunes à leur élaboration, cette pratique n'apparaissant pas systématique. Une condition de possibilité est cependant l'implication des jeunes dans la durée.

⁶⁶ Voir résultats de l'enquête réalisée par le site Fil Santé Jeune en annexe 20.

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.

En matière de bien être des jeunes, la coordination est présentée dans le PRS comme un axe déterminant, en particulier en prévention et promotion de la santé.

En effet, l'objectif du schéma régional de prévention qui vise spécifiquement cette tranche d'âge est libellé comme suit : « Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence ».

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.

L'objectif 12 du schéma régional de prévention dispose que, les déterminants des inégalités de santé échappant en large part à la compétence de l'ARS, il convient de favoriser la mobilisation des décideurs concernés, en améliorant leur information sur ce phénomène et en favorisant le débat sur les inégalités de santé sociales, environnementales et territoriales. Il vise notamment une meilleure articulation des politiques de santé avec les autres politiques publiques en agissant sur l'éducation, l'emploi, l'accès aux activités physiques et de loisirs, le logement et l'environnement physique.

4.1.1. Les questions concernant les jeunes sont régulièrement abordées dans les CCPP, qui sont toutefois perçues davantage comme instances d'échange que de co-décision

- 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

Créées par la loi HPST⁶⁷ auprès des Agences Régionales de Santé, les commissions de coordination des politiques publiques sont compétentes pour assurer « *la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres* ». Si les commissions n'ont pas exactement les mêmes attributions⁶⁸, elles ont en commun celles de définir des travaux à conduire pour l'élaboration du PRS, d'organiser la complémentarité des actions financées par chacun de leurs membres et de favoriser l'amélioration des connaissances nécessaires pour conduire les politiques de santé.

La Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile (CCPP Prévention) est identifiée comme un levier pour la mise en œuvre de plusieurs objectifs du schéma régional de prévention concernant spécifiquement ou non les jeunes : *Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie* (objectif 3), *Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé* (objectif 12) et *Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence* (obj.15)

- 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

Les échanges autour des feuilles de route annuelles sur la prévention (fixations des orientations, suivi et bilan) constituent la majeure partie de l'ordre du jour des CCPP prévention. En effet, parmi les 8 séances qui se sont déroulées sur la période examinée, 6 comportaient à l'ordre du jour des échanges sur la feuille de route. Ce document comportant des fiches actions sur le bien être des jeunes, le sujet a donc été évoqué à chacune de ces séances. Au vu des comptes-rendus, les échanges en séance sont souvent plus développés sur les thèmes se rapportant aux jeunes que sur les autres sujets des feuilles de route, et pas uniquement dans le cadre des feuilles de route (à titre d'illustration, présentations hors feuilles de route non exclusivement centrées sur les jeunes - ex. plan MILDT).

En dépit de la volonté de l'ARS d'en faire un support partenarial, la feuille de route est souvent davantage perçue comme celle de l'ARS plutôt que celle de la commission. La place prééminente de ce support dans les débats de la commission peut ainsi être une explication au caractère jugé trop « ARS-centrés » des débats par certains membres. Le regret que les autres membres de la commission ne présentent pas de sujets a pu être formulé. Au vu des comptes-rendus des commissions, il s'avère que des présentations en tant que telles par des membres non ARS sont en effet marginales, même si elles semblent se développer.

Dans la mesure où les feuilles de route en prévention portées par la commission ont une vocation programmatique, les échanges sur ce sujet contribuent à la décision. Néanmoins, les décisions ou orientations prises par la Commission (y compris à travers l'examen des feuilles de route) sont plutôt rares et concernent principalement des orientations pour les prochaines feuilles de route ou des travaux à programmer. En outre, nonobstant l'existence de ce support et le fait que des orientations y soient fixées, la CCPP prévention est encore davantage perçue comme une instance de partage que de décision à proprement parler.

⁶⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 118, créant l'article L. 1432-1 du code de la santé publique)

⁶⁸ Voir annexe 16 : articles D14232-4 et D1432-9 du code de la santé publique

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

La CCPP médico-sociale⁶⁹ n'a pas une approche des jeunes en général, mais est concernée par les jeunes en situation de handicap. Des questions concernant ce public ont été évoquées dans la grande majorité des séances depuis 2010. Les sujets les plus fréquemment abordés sont la situation des jeunes en aménagement Creton et le suivi du dispositif expérimental initié par l'ARS et, à partir de 2013, le plan autisme (financements reçus, programmation, points de suivi sur la mise en œuvre).

Des débats ont eu lieu sur certaines questions concernant les jeunes : à titre d'exemple ont pu être citées la mise en œuvre du plan autisme, ou encore l'accompagnement des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement dans les structures relevant de l'ASE et de la PJJ.

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

Certains participants à la CCPP concernant la prévention reconnaissent le rôle important de cette instance pour assurer une visibilité réciproque aux institutions sur leurs actions.

En ce qui concerne la CCPP dans le domaine médico-social, des engagements à travailler collectivement sur un thème peuvent être pris en séance, qui sont parfois entérinés ultérieurement par des échanges de courriers entre institutions. A la différence de la CCPP prévention, il n'existe pas de feuille de route partenariale au sein de cette commission. Par ailleurs, si une présentation de la feuille de route ARS concernant les personnes âgées a pu être faite en CCPP médico-sociale, ce n'est pas le cas de celle relative aux jeunes de moins de 20 ans.

En tout état de cause, les deux commissions ne constituent pas le seul lieu de coordination entre institutions concernées, puisque des relations bilatérales existent entre l'ARS et d'autres institutions concernées par ce public qui y siègent, et que des échanges techniques entre les services se déroulent en aval et en amont des séances.

4.1.2. L'ARS intègre le bien - être des jeunes dans sa politique contractuelle avec les partenaires institutionnels, mais cette dynamique n'est pas achevée

- 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

Dans les deux premières années de la création de l'Agence, plusieurs conventions comportant des dispositions concernant le bien être des jeunes ont formalisé le partenariat entre l'ARS et le Conseil Régional, la DRJSCS et le Rectorat. La démarche a été poursuivie en 2014 avec la signature de deux conventions concernant des publics plus ciblés : élèves de l'enseignement privé (URADEL) et jeunes relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse⁷⁰ (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse).

Au jour de l'évaluation, il n'y a pas de convention avec certains acteurs particulièrement concernés par la question du bien être des jeunes : conseils généraux, caisses d'allocation familiales.... Pour autant, cela n'implique pas l'absence de partenariat avec ces acteurs.

⁶⁹Commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux

⁷⁰ Les références des différentes conventions figurent en annexe 9

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

La plupart des conventions prévoit des modalités de suivi précises (points d'étapes, instances type comités, fréquence...), généralement à la fois au niveau technique et décisionnel.

Les conventions entre l'ARS et le Rectorat organisent notamment un dispositif de suivi et d'animation très structuré.

Dans les faits, quel que soit le partenaire, le rythme et la forme de ces dispositions n'ont pas toujours été respectés strictement. Ce point – notamment lié à des questions de disponibilité des acteurs – a pu être pointé comme une marge de progrès.

Néanmoins, ces conventions connaissent une traduction opérationnelle : les actions qu'elles prévoient sont mises en œuvre : à titre d'exemple, instructions conjointes de dossiers dans le cadre des appels à projets avec l'Education Nationale et le Conseil régional. Des échanges ont lieu – y compris en dehors du cadre formel prévu – entre les niveaux techniques des institutions co-contractantes.

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

Si la situation n'est pas homogène, le partenariat est globalement satisfaisant dans tous les départements avec les services académiques. Les instances de suivi sont en place sur le champ prévention. A noter que des collaborations entre administration sanitaire départementale et Education Nationale étaient en place avant l'ARS ; elles se sont poursuivies dans ce nouveau cadre. L'existence d'un cadre contractuel organisé favorise le partenariat.

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

Avec les conseils généraux, le niveau de partenariat est très variable d'un département à l'autre. Une amélioration depuis la mise en place de l'ARS a pu être évoquée par des acteurs tiers, même s'ils identifient encore des marges de progrès.

Cette hétérogénéité dépend également du type de service des conseils généraux. A titre d'illustration, la collaboration avec les services en charge du champ médico-social est en général jugée satisfaisante, alors que la collaboration avec les services en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est le plus souvent jugée perfectible : une diversité d'acteurs tiers identifie à la fois la nécessité d'une coordination et le manque de coordination entre ARS et services de l'ASE.

Des dynamiques sont néanmoins enclenchées (ex. avec les services de Protection maternelle et infantile au niveau régional ; inclusion de l'ARS dans une convention multilatérale sur la protection de l'enfance dans un département, ARS mentionnée comme participant au pilotage du schéma départemental de l'enfance dans un autre département...).

- Des partenariats plus ponctuels avec d'autres acteurs

Des contacts entre ARS et directions départementales de cohésion sociale ont été évoqués pour la plupart des départements, mais ils sont le plus souvent ponctuels, sur des sujets particuliers.

Des partenariats sont évoqués avec les services de la protection judiciaire de la jeunesse, d'une part, et les SUMPPS, d'autre part, dans trois départements sur cinq. Ils ne sont donc pas généralisés, même s'ils peuvent être denses : à titre d'exemple, le partenariat privilégié qui s'est mis en place dans l'un des départements est estimé avoir préfiguré la convention de partenariat régionale entre ARS et PJJ.

Les échanges avec les caisses d'assurance maladie sur cette thématique sont jugés marginaux.

4.1.3. *Il n'y a pas de définition du bien-être des jeunes posée conjointement par l'ARS et ses partenaires, mais globalement une convergence des concepts*

- 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 »

Projet partenarial, le PRSP 2006-2009 ne comportait pas en tant que tel de définition du bien-être, mais mettait en exergue 9 principes fondateurs issu de la loi du 9 août 2004⁷¹ et affichait sa référence à la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 et à sa définition de la santé renvoyant aux composantes à la fois physique, mentale et sociale du bien-être.

Le mieux vivre (avec sa maladie ou son handicap) était décliné à la fois dans les volets « bien naître » et « bien grandir » du PRSP.

Bien qu'hétérogènes, les contenus du PRSP (voir annexe 5) évoquent certains concepts du PRS : l'action sur les déterminants de santé par une intervention précoce, l'usager acteur informé de sa santé, la prise en charge globale de la personne...

- 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

L'ARS n'a pas défini la notion de bien-être des jeunes dans le Projet Régional de Santé. En revanche, il comporte des entrées sur les notions d'inégalités de santé et de déterminants de santé, notamment sociaux et environnementaux. Il met également en exergue la notion de « rupture » dans les parcours des personnes, et renvoie au caractère global de la santé – en cohérence avec la Charte d'Ottawa. En référence à la même charte figure l'idée que l'usager doit être acteur de sa santé.

De même, la feuille de route dédiée aux jeunes de moins de 20 ans (2012) souligne que « La recherche de leur bien-être par une meilleure protection de leur santé et par le développement d'un accompagnement adapté et personnalisé des plus fragiles, constitue un enjeu majeur pour l'avenir. ». Sa construction met en exergue les concepts de préservation du capital santé et la vigilance sur les ruptures de parcours.

- 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

Si elles sont hétérogènes et ne réfèrent pas toutes strictement au cadre conceptuel de l'ARS, les définitions produites par les acteurs interrogés présentent plusieurs dimensions récurrentes, et généralement non contradictoires avec ce cadre :

- Le caractère pluriel, voire global, du bien-être : le bien-être ne renvoie pas uniquement à la santé somatique ou à l'absence de maladie ; sont mentionnées les dimensions à la fois physique, mentale et sociale, la référence à la charte d'Ottawa étant parfois explicite, avec une notion d'équilibre entre ces différentes dimensions : toutes doivent être réalisées pour que l'on puisse parler de bien-être.
- L'importance de la dimension sociale, notamment pour les jeunes, a plusieurs fois été soulignée – le bien-être comme capacité des jeunes à être en relation à l'autre.

⁷¹Connaissance, réduction des inégalités, parité, protection de la jeunesse, précocité, efficacité économique, inter-sectorialité, concertation, évaluation

- En ce qui concerne les jeunes dans une situation particulière (en situation de handicap ou sous main de justice), la possibilité de vivre « comme les autres » a davantage été mise en avant. Ceci étant, lorsqu'elle est illustrée, elle renvoie fréquemment à la dimension sociale.
- L'importance de l'environnement, tout particulièrement familial, est mise en exergue.
- Des éléments se rapprochant de la notion d'*empowerment* ont pu être évoqués. Dans l'esprit des compétences psychosociales, une définition du bien être est, non l'absence d'obstacles sur la route du jeune, mais la capacité qu'il a à les surmonter, à trouver en lui-même ou dans son environnement les ressources pour y faire face. La notion d'estime ou d'image de soi participe de cette définition.
- Non loin, la question de l'autonomie du jeune et la dimension subjective du bien être (vs une vision qui serait normative), avec la capacité à se projeter dans l'avenir.

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.

Les investigations ont mené à documenter la question de la coordination des acteurs de terrain et du rôle que peut jouer l'ARS au-delà de la seule tranche d'âge 16-25 ans. Elles n'ont pas permis d'avoir une vision exhaustive des pratiques de coordination des acteurs dans la région autour du public jeunes. En revanche, elles ont permis d'identifier la diversité des types de coordination, et les freins constatés, de questionner le positionnement de certains opérateurs comme portes d'entrées pour les jeunes ou acteurs de coordination et, enfin, de repérer des expériences de coordination.

- Une pluralité d'enjeux derrière la notion de coordination

Les investigations permettent de distinguer sommairement deux types de coordination, non exclusifs l'une de l'autre : la coordination comme organisation entre acteurs de leurs relations et de la répartition de leurs champs d'interventions, d'une part, et la coordination comme organisation entre acteurs pour apporter une réponse à des situations individuelles complexes, d'autre part.

S'agissant du public des jeunes, se pose la question des portes d'entrées sur les questions de santé : ces points doivent-ils être uniques ou multiples ? comment l'orientation et les relais sont-ils assurés ?

Ensuite, l'objet de la coordination peut être variable : organisation du recours à l'expertise (problématique des réseaux et SRAE), organisation des passages de relais entre acteurs (ce qui rejoint la question des réponses aux situations individuelles), formalisation de la place de chacun et du rôle de chacun pour assurer une offre d'accompagnement sans doublon ni omission, harmonisation des pratiques entre acteurs...

Enfin, il y a un sujet sur le niveau territorial pertinent pour la coordination, qui est sans doute très lié à l'objet de celle-ci. A titre d'exemple, le niveau départemental a pu être jugé très « haut » pour organiser des coordinations. Le niveau le plus pertinent parfois cité est celui de l'inter-communalité (cf. CLS).

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

La méconnaissance est logiquement le premier frein à l'émergence d'une coordination : méconnaissance des autres acteurs existants, de ce qu'ils font ou peuvent faire⁷², la méconnaissance de démarches de coordination déjà existantes également.

Elle peut être aggravée par le caractère personne-dépendant des partenariats, souvent souligné, mais aussi par les évolutions de l'offre, des organisations et des personnes. Par exemple, certains acteurs ont pu être perturbés par la réorganisation des réseaux animée par l'ARS. Les SRAE ne sont pas identifiées par tous les acteurs qui avaient connaissance des réseaux existant antérieurement et ne savent pas ce qu'ils sont devenus (ex. sur addictions ou santé sexuelle).

Le facteur temps a également été mis en avant : la construction des partenariats et la mise en œuvre de la coordination demande du temps, de la durée et de la régularité. En regard, la valorisation du temps de coordination est généralement jugée insuffisante et la multiplication des instances peut être dissuasive pour les acteurs.

La clarification ressort comme une condition d'efficacité de la coordination. Chaque acteur ayant sa mission, la question du « qui fait quoi » est centrale. A titre d'exemple, les différences de perception de la frontière entre les champs social et médico-social a pu être citée.

Le périmètre de la coordination peut être un écueil : il a pu être exprimé qu'un champ trop large (d'un point de vue thématique ou territorial) pouvait contrarier la coordination. L'importance du travail de terrain a été soulignée.

Les pratiques et cultures des acteurs constituent un point de vigilance, notamment sur la question du partage de l'information ou la différence d'approche sur certaines questions (ex. sur la sécurité routière ou les conduites addictives).

4.2.1. Conformément à ses objectifs, l'ARS porte une dynamique de coordination des acteurs de terrain en mobilisant une pluralité de leviers, mais des marges de progrès demeurent

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

L'objectif de coordination entre acteurs est omniprésent dans le schéma régional de prévention, les principales idées étant les suivantes (voir détail en annexe 21) :

- Les objectifs de coordination concernant les enfants et adolescents visent tout particulièrement les acteurs de la petite enfance (PMI, CAMSP, CAF...) dans un objectif de dépistage et d'accompagnement vers une prise en charge précoce.
- Les maisons des adolescents sont pensées comme des structures de « seconde ligne » vers lesquelles des « lieux uniques d'accueil » peuvent orienter. Mais elles sont aussi identifiées, par ailleurs, comme lieu d'information, de repérage et d'orientation, de même que la PMI et les CAMSP.

⁷² La dissymétrie entre les attentes vis-à-vis d'un acteur et les prestations qu'il peut effectivement assurer peuvent être sources de tensions.

- Plus largement, la volonté d'améliorer la connaissance réciproque des acteurs en favorisant les échanges.
- Une volonté que chaque acteur du système de santé soit porteur de la prévention, et notamment les acteurs de premier recours.

A noter cependant que les objectifs de coordination sont plus explicitement affichés pour la petite enfance que pour l'adolescence.

- 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

Les objectifs visant explicitement la coordination des acteurs autour du public jeunes disposent d'une visibilité inégale dans les projets territoriaux de santé. Si trois d'entre eux y consacrent des actions spécifiques⁷³, les autres les présentent comme des activités, et sans que le public jeune soit toujours identifié.

En ce qui concerne les leviers de coordination, plusieurs cas de figure peuvent également être observés : soit la coordination est un objectif en soi, soit les activités prévues⁷⁴ constituent des facteurs de connaissance réciproque des acteurs et de leurs pratiques respectives – pouvant faciliter la coordination.

Enfin, s'agissant des thèmes sur lesquels la coordination concerne ou peut concerner les jeunes, la santé mentale, la prévention du suicide, l'organisation médico-sociale et les addictions sont les plus fréquents.

- 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.

Les délégations territoriales de l'ARS ont un rôle général d'animation territoriale et de mise en lien des acteurs. Le rôle des délégations territoriales est souligné par quelques acteurs, mais d'autres ont leur propre dynamique de coopération avec leur environnement, indépendamment de l'action de l'ARS. Certains opérateurs intervenant dans ces coopérations peuvent toutefois être liés à l'ARS (ex. Maisons des adolescents).

La mise en place et l'animation de groupes de travail est un levier que les DT-ARS ont pu mobiliser pour favoriser les partenariats⁷⁵. Ceux constitués au sein des conférences de territoire ont pu être identifiés comme des leviers, mais de manière inégale selon les départements.

Les CLS ont été très fréquemment cités comme un levier de l'ARS en matière de coordination des acteurs. Ils constituent une occasion d'identification réciproque des acteurs, que ce soit dans leur préparation ou par l'identification dans les plans d'actions des partenaires, et portent des objectifs de coordination même s'ils ne sont pas toujours spécifiquement ciblés sur le public des jeunes. Les limites identifiées de ce levier sont les suivantes : acteurs et opérateurs de terrain ne sont pas signataires du CLS (uniquement les institutions portant l'ensemble des actions), et le rôle d'impulsion de l'ARS pour le développement des coordinations dans le cadre des CLS n'est pas toujours ressenti. Par

⁷³ Sur les jeunes en rupture, les jeunes avec TCC, ou encore l'organisation de la filière santé mentale enfant et adolescents

⁷⁴ Ex. mise en place de groupes de travail, de comités de pilotage, élaboration de contrats locaux de santé

⁷⁵ Par exemple, la mise en place d'un groupe de travail sur le suicide en Sarthe, ou encore la mise en place d'une coordination santé – précarité en Loire – Atlantique à l'initiative de la délégation territoriale.

ailleurs, il existait des dynamiques locales préexistantes aux CLS, sans intervention de l'ARS, même si les CLS ont pu permettre de les formaliser.

L'élaboration de chartes de filières, permettant de clarifier l'articulation entre les différents acteurs constitue un levier de coordination qui a pu être utilisé par l'ARS (*cf. infra*, § 4.2.3.).

L'ARS a travaillé à l'amélioration du maillage du territoire par les maisons des adolescents, qui sont des acteurs de coordination (*cf. infra*). Une dynamique est à l'œuvre dans tous les départements, même si elle n'a pas partout produit d'effets concrets.

En matière médico-sociale (*cf. 2.1*), la contractualisation entre l'ARS et les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux porte des objectifs relatifs à l'organisation des parcours et au décloisonnement des structures.

Si ses effets en la matière ne sont pas documentés, le pilotage des opérateurs de prévention par l'ARS peut inciter à la coordination entre acteurs (*cf. infra* 4.2.3).

L'ARS déploie plusieurs types d'activités pouvant favoriser la connaissance réciproque entre acteurs :

- organisation de formations communes aux différents acteurs, identifiées comme un levier pour améliorer leur connaissance réciproque (déploées sur le repérage de la crise suicidaire, par exemple),
- organisation de réunions régionales d'acteurs homologues (ex. SUMPPS) ou de colloques⁷⁶,
- promotion de l'outil OSCARS (des « journées OSCARS » ont été organisées par l'ARS)
- ...

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

Le caractère partiel des éléments recueillis sur cette question, notamment vis-à-vis des attentes à l'égard de l'ARS, nécessite d'aborder avec prudence les idées exposées ci-après, qui justifieraient des recherches complémentaires pour être consolidées.

Le caractère perfectible des relations avec les services de psychiatrie, s'il n'a pas été pointé dans tous les territoires, a toutefois été cité à plusieurs reprises, mais pointant souvent à titre principal les délais de prise en charge, devant les questions de coordination.

De même, plusieurs acteurs ont souligné le manque de coordination de la médecine générale avec les autres acteurs. Cette question serait à approfondir : il ressort des rapports d'activité 2013 des maisons des adolescents que les professionnels de santé (médecins généralistes notamment) tiennent un rôle non négligeable d'orientation vers ces structures (de 11,5% à 35% de la file active, proportion supérieure à 30% dans 2 départements).

Il a pu être indiqué que l'ARS n'avait pas investi certains réseaux d'acteurs existant dans d'autres champs des politiques publiques (notamment ceux constitués en matière d'insertion sociale et professionnelle des jeunes), qui pourraient être des points d'accès supplémentaires sur les questions de santé. Réciproquement, il ressort des entretiens menés que certains réseaux et acteurs intervenant dans le champ jeunesse n'ont pas investi les questions de santé. Il n'apparaît pas que l'ARS les ait mobilisés directement, même si certains sont identifiés par les MDA comme des partenaires.

Certains interlocuteurs ont pu faire part de leurs attentes vis-à-vis de l'ARS en matière de mise en lien des acteurs et de visibilité accrue sur l'existant.

⁷⁶ Sur le suicide en 2013 et 2014, sur les consultations jeunes consommateurs en 2013

Par ailleurs, certaines évolutions organisationnelles impulsées par l'ARS ont pu être jugées perturbatrices pour les partenariats existants (ex. de l'évolution des réseaux).

Enfin, la question de la valorisation du temps de coordination, entre autres dans les moyens alloués par l'ARS, est un sujet régulièrement évoqué.

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

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

Lors des entretiens, une pluralité d'entités pouvant être des acteurs clés en matière de coordination a été évoquée : opérateurs de prévention (dans la mesure où ils peuvent jouer un rôle de passeur entre les institutions où ils interviennent), acteurs portant une coordination thématique (exemple en matière de conduites addictives, d'action en milieu festif ou encore réseau régional de santé sexuelle notamment à travers ses comités territoriaux de concertation), maisons de santé pluri-professionnelles, missions locales, délégations territoriales de l'ARS... La diversité des acteurs cités peut avoir pour origine les multiples dimensions de la coordination (*cf. supra*).

En tout état de cause, les maisons des adolescents sont les principaux acteurs de coordination identifiés par les services de l'ARS, en ce sens que leur positionnement est jugé favorable pour coordonner les différents acteurs. D'autres interlocuteurs les identifient comme acteurs – clé de coordination, mais pas toujours de manière exclusive.

Les MDA mènent effectivement des actions dans ce domaine, mais avec des modalités et une intensité variables d'un département à l'autre⁷⁷.

- Des limites au rôle de coordination des acteurs des MDA

Si le positionnement des maisons des adolescents est reconnu généralement comme favorisant leur rôle de coordination, l'inégalité du maillage d'un territoire à l'autre fait que ce rôle n'est pas jugé partout effectif. Pourtant, l'amélioration du maillage du territoire par les MDA est un objectif porté depuis 2012 de manière constante.

Par ailleurs, les maisons des adolescents ne couvrent pas toutes la tranche 20-25 ans : au plus, elles prennent en charge les jeunes jusqu'à 23 ans. De fait, pour les deux MDA pour lesquelles ces données sont disponibles, la tranche d'âge 11-18 ans représente plus de 75% de la file active.

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

En amont de la coordination des acteurs se pose la question des portes d'entrée des jeunes dans le dispositif, définies comme structures de premier contact pour les jeunes, qui peuvent les informer et les orienter en fonction de leurs demandes et/ ou de leurs besoins.

Cela pose la question de la nécessité et de la possibilité d'identifier une porte d'entrée unique. Il ressort des entretiens que la diversité des profils des jeunes, ainsi que la diversité des structures existantes, rendent difficile l'identification d'une porte d'entrée unique. Parmi les « portes d'entrée » qui ont pu être identifiées, figurent de manière assez large les lieux de vie des jeunes ou les lieux qu'ils fréquentent (foyers, établissements scolaires, missions locales, points d'information jeunesse...) ou des acteurs ayant une action sanitaire spécifique sur une thématique ou un public (centres de planification familiale ou SUMPPS, par exemple). Certaines portes d'entrée comportant une

⁷⁷ Ce qui ressort des rapports d'activité 2013 de ces structures.

dimension santé ne sont pas identifiées en tant que telles par les jeunes (exemple des missions locales, de prime abord). L'idée générale qui ressort des entretiens est l'utilité d'« aller vers » par des interventions dans la rue, dans les foyers de jeunes travailleurs les missions locales, les maisons des adolescents... ce qui suppose une identification des lieux fréquentés par les jeunes.

Une partie des acteurs rencontrés plaide d'ailleurs pour le maintien d'une multiplicité de portes d'entrée, doublée d'une fonction d'orientation entre structures et de coordination, dans un souci d'accessibilité. A l'inverse, au nom de la lisibilité du dispositif, l'idée d'une porte d'entrée unique a pu être évoquée.

Si les MDA sont considérées comme des acteurs pertinents en matière de coordination, il est plus rare qu'elles soient considérées comme devant être une porte d'entrée unique, ou comme l'acteur le mieux positionné pour assurer cette fonction. Dans le PRS, les MDA sont tantôt présentées comme des structures de « seconde ligne » vers lesquelles des « lieux uniques d'accueil » (non définis) peuvent orienter, tantôt comme des lieux d'information, de repérage et d'orientation. L'idée que les portes d'entrée soient des acteurs jugés plus généralistes que les MDA (ex. réseau information jeunesse) a pu être proposée.

En tout état de cause, la question se pose du maillage des portes d'entrée et de leur articulation, ainsi notamment entre missions locales, maisons des adolescents, structures d'information jeunesse (CIJ, PIJ⁷⁸) et réseau de l'animation jeunesse. En termes de maillage, 166 communes de la région accueillent une MDA ou un PIJ/CIJ ou une mission locale (site principal ou antenne). 23 communes accueillent au moins une MDA (ou antenne), 66 un PIJ ou CIJ et 77 une mission locale⁷⁹ ou antenne ; 48 communes accueillent plus d'un type de ces structures.

Missions locales et MDA entretiennent des liens, mais semble-t-il assez variables d'un territoire à l'autre. Les investigations n'ont pas permis de documenter avec précision les articulations entre MDA et réseau information jeunesse. Il est relevé que le site Internet du Centre Régional d'Information Jeunesse des Pays de la Loire signale les maisons des adolescents comme lieu ressource pour certaines thématiques. L'examen des rapports d'activité 2013 des MDA révèle que les professionnels du secteur animation jeunesse représentent une part très marginale dans l'origine de la venue des jeunes à la MDA : au mieux 6% de la file active a été orienté par ces acteurs vers la MDA, et en général pas plus de 1,2%.

Compte tenu de l'évolution des pratiques des jeunes pour rechercher de l'information, en particulier l'utilisation des nouvelles technologies de la communication, il paraît difficile d'envisager cette question des portes d'entrée ou points d'accroche sans une réflexion sur la visibilité de l'offre sur Internet. A titre d'exemple, l'équipe d'évaluation a procédé à un examen du contenu du site du Centre Régional d'Information Jeunesse des Pays de la Loire, visant à déterminer s'il fournissait des indications sur les acteurs à joindre en région, et le niveau de précision de ces indications. Il convient de souligner que le sujet santé n'est pas en tant que tel identifié dans la page d'accueil ; l'accès se fait par l'onglet « Vivre au quotidien », rubrique « Prendre soin de soi », cette dernière étant divisée en thématiques. Sur les 5 thématiques qu'il aborde (addictions, sexualité, dépression, parcours de soins et possibilité de rencontre d'une assistante sociale), le site permet de disposer de contacts⁸⁰, directement ou via un lien vers d'autres site (ex. drogues info service ou sida info service). Le degré de précision est variable selon les acteurs visés : par exemple, le site peut mentionner le type d'acteurs à contacter (service de santé scolaire, médecin généraliste, CCAS...) sans fournir de points de contact précis.

⁷⁸ Centres d'Information Jeunesse et Points d'Information Jeunesse

⁷⁹ Données 2011

⁸⁰ Adresse postale, adresse mel, site Internet ou numéro de téléphone

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

Sans prétention d'exhaustivité, le présent paragraphe présente à titre d'illustrations plusieurs exemples de coordinations identifiées au cours des investigations.

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

La circulaire du 22 novembre 2013 fixait l'objectif de créer dans chaque département une commissions en charge d'examiner les situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants ou adultes (voir annexe 17). Ces commissions sont en place dans la majorité des départements de la région, et les DT ARS y participent.

Cependant, ces commissions ne concernent que les enfants en situation de handicap. Or, d'autres situations complexes peuvent nécessiter une coordination des acteurs. Dans certains territoires, des lieux de coordination pour les situations complexes pré-existaient à la création de l'ARS (ex. en Loire - Atlantique avec ISIS, portée à ce jour par la maison des adolescents).

La mise en place d'instances de coordination pour les jeunes en situation de rupture ont pu rencontrer des difficultés, pour des raisons tenant à la fois aux questions de partage de l'information, du niveau territorial de coordination envisagé, de la mobilisation des acteurs que cela implique (des réunions « en plus ») et de l'apparente similitude avec d'autres instances existantes.

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

L'élaboration de chartes de filières (notamment en santé mentale) permettant de reposer l'articulation entre les différents acteurs constitue un levier de coordination.

Une délégation territoriale de l'ARS a finalisé ce travail, l'élaboration d'une charte départementale étant déclinée par la signature de conventions entre les acteurs concernés (établissements de santé mentale et établissements médico-sociaux, notamment). Dans trois autres départements, les travaux sont en cours sur ce sujet. Enfin, à signaler que l'une des chartes produites a nourri la réflexion des acteurs d'un autre département où la démarche n'est pas aboutie.

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

Le financement des actions de prévention et de promotion de la santé par l'ARS repose sur des modalités diverses : contrats d'objectifs et de moyens, appels à projets, et contrats de partenariats (*cf introduction*).

Les appels à projets en prévention peuvent, par les critères de sélection des dossiers qu'ils comportent, affirmer l'importance accordée à la coordination des acteurs. Ainsi, par exemple, l'appel à projets 2014 sur les conduites addictives comportait un objectif opérationnel spécifique sur la coordination des opérateurs au niveau régional.

L'examen des documents d'instruction des appels à projets 2014 révèle que certains projets ont pu être refusés faute de coordination avec d'autres acteurs ou parce que les projets proposés s'inscrivaient dans le périmètre d'action des acteurs ressource ayant contractualisé avec l'ARS (CPOM).

A travers l'instruction de ces dossiers, l'ARS peut avoir un rôle d'incitation au partenariat entre acteurs. Cependant, l'équipe d'évaluation ne dispose pas d'éléments permettant d'établir que ce levier a contribué à l'émergence de partenariats effectifs : des actions conjointes par plusieurs opérateurs de prévention ont été identifiées, mais sans que l'imputabilité aux appels à projets ou aux CPOM conclus avec l'ARS soit établie.

CONCLUSION

L'évaluation met en évidence l'existence de dynamiques portées ou accompagnées par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire en faveur du Bien Etre des Jeunes. En particulier, les constats dressés soulignent l'engagement de l'Agence pour la promotion de la santé auprès des jeunes et l'évolution des accompagnements médico-sociaux au bénéfice des jeunes en situation de handicap.

Une partie des marges de progrès identifiées tiennent au fait que la mise en œuvre du Projet Régional de Santé n'est pas achevée à ce jour. Cependant, certains constats questionnent le déploiement de la politique de l'ARS en faveur du bien – être des jeunes.

Ainsi, en dépit de feuilles de route annuelles sur le bien être des jeunes qui en améliorent la lisibilité, la place du public jeune dans la politique de santé portée par l'ARS n'est pas toujours explicite.

Si l'ARS a développé un partenariat avec les institutions ayant un rôle en matière de Bien Etre des Jeunes, il gagnerait sans doute à être renforcé et élargi.

Un enjeu se dessine autour de la connaissance des problématiques et besoins de réponse en santé des publics de la tranche d'âge 0-25 ans, y compris des jeunes en situation de handicap. Ceci vaut aussi pour les effets de la politique mise en œuvre par l'ARS en leur faveur, en particulier sur la couverture territoriale et sociologique des actions de prévention et de promotion de la santé.

En ce qui concerne spécifiquement les jeunes en situation de handicap, l'ARS peut se prévaloir de réalisations concrètes, mais les effets en termes de fluidification des parcours et d'inclusion en milieu ordinaire ne peuvent pas tous être mesurés. Il est par ailleurs difficile d'évaluer l'amélioration de la réponse aux besoins découlant de son action. S'agissant du développement des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de ce public, l'ARS dispose de marges de progrès pour accompagner les initiatives du terrain ou en susciter l'émergence.

Si l'intérêt d'une action auprès des jeunes dans une optique de réduction des inégalités de santé est porté par l'ARS et partagé par ses partenaires, l'identification des leviers adéquats dans le champ de la promotion de la santé apparaît perfectible.

Le PRS promeut fortement la coordination des acteurs de terrain autour du public des jeunes et l'ARS dispose de leviers qu'elle mobilise pour en favoriser l'émergence. Elle gagnerait toutefois à clarifier sa stratégie dans ce domaine, et en particulier le rôle qu'elle souhaite voir jouer à certains acteurs comme les maisons des adolescents.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, actuellement en discussion au Parlement⁸¹, fait écho aux conclusions de cette évaluation :

- il affirme de manière explicite la santé de l'enfant comme une composante de la politique de santé, et en liant ce volet à la notion d'égalité des chances en santé, avec une approche intégrant les déterminants de santé de manière large ;
- il met en avant les lieux d'enseignement et de formation comme cadre d'intervention pour la santé des enfants, autour de la notion de « parcours éducatif en santé », en soulignant les nécessaires complémentarités entre la promotion de la santé en milieu scolaire et les autres intervenants ;
- il cible un certain nombre de thématiques de manière explicite et renforce les instruments juridiques disponibles : santé sexuelle, maladies infectieuses, alcool, tabac, alimentation et activité physique, santé environnementale ;
- il insiste sur la coordination des acteurs institutionnels (Education nationale, PMI, ARS, collectivités locales, organismes de sécurité sociale...) et de terrain ;

⁸¹ Version adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale et enregistrée au bureau de la Présidence du Sénat le 15 avril 2015

- il pose le principe du déploiement d'actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé auprès des personnes en situation de handicap, notamment en IME, en veillant à l'accessibilité à ce public des programmes développés ;
- il confère un cadre légal au fonctionnement des ITEP en dispositif intégré ;
- il préconise, enfin, un certain nombre de modalités d'intervention, visant ou non spécifiquement les jeunes : développement de « compétences individuelles » en matière de promotion de la santé, sensibilisation de l'environnement familial dans le cadre de la promotion de la santé à l'école, attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale dans les diagnostics territoriaux partagés, extension du médecin traitant aux jeunes de moins de 16 ans...
- enfin, il intègre dans le système national des données de santé celles des maisons départementales des personnes handicapées.

Ces dispositions sont autant de leviers et de potentialités qui vont conforter et renforcer la stratégie régionale en faveur du bien être des jeunes.

RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES

Six recommandations stratégiques ont été construites à partir des propositions du comité de pilotage et compte tenu des constats et jugements de l'évaluation.

Ces recommandations, qui s'adressent à l'ARS, visent à :

- S'assurer que la politique et les actions mises en œuvre s'appuient sur une démarche partenariale;
- Renforcer l'observation et le suivi des données sur les problématiques de santé des jeunes dans un cadre partenarial ;
- Réaffirmer la priorité en faveur des jeunes dans la politique de prévention et de promotion de la santé de l'ARS et, plus largement, renforcer la visibilité de l'action de l'ARS à l'égard de ce public ;
- Améliorer le ciblage des actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des jeunes, notamment sur des publics et zones prioritaires, dans une logique de prévention des inégalités de santé ;
- Promouvoir des modalités de prévention et promotion de la santé adaptées aux jeunes publics, incluant une visée de prévention des inégalités de santé.
- Poursuivre la démarche de fluidification des parcours des jeunes en situation de handicap et en mesurer les effets

S'agissant des pistes opérationnelles, elles ouvrent un éventail de possibilités pour mettre en œuvre les recommandations stratégiques, à ajuster selon les opportunités, et ne prétendent pas à l'exhaustivité. Si certaines sont susceptibles d'être mises en œuvre dans le cadre du Projet Régional de Santé actuel, d'autres pourront nourrir les travaux d'élaboration du prochain Projet Régional de Santé.

1_S'ASSURER QUE LA POLITIQUE ET LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE S'APPUIENT SUR UNE DEMARCHE PARTENARIALE

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

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.

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.

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.

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 co-décision 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.

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.

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.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 12 du SRP : Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé
- Objectif 15 du SRP : Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence

Stratégie nationale de santé

Axe 3. Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire

Pistes opérationnelles

Conforter les modalités de partenariat développées depuis 2010

- *Maintenir l'attention des deux commissions de coordination des politiques publiques sur les questions traitant du bien – être des jeunes, notamment les questions de prévention et de promotion de la santé (ex. suivi régulier d'une thématique qui puisse fédérer les acteurs au sein de chacune des CCPP) et approfondir les coopérations entre leurs membres*
- *Favoriser la participation de toutes les institutions ayant une compétence particulière sur les questions de jeunesse au sein des deux commissions de coordination des politiques publiques (par exemple, proposition de venir présenter leurs orientations sur ce champ de type schémas ou plans d'action concernant l'enfance ou la jeunesse)*
- *Assurer une communication sur les orientations issues des commissions de coordination des politiques publiques*
- *Poursuivre l'effort de complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé entre Education Nationale et ARS (visibilité réciproque, répartition des champs d'action thématiques ou territoriaux)*
- *Formaliser des bilans des actions réalisées dans le cadre des partenariats selon une fréquence compatible avec les possibilités des acteurs.*
- *Rendre plus visibles auprès des acteurs de terrain les partenariats à l'œuvre entre l'ARS et d'autres institutions (communication conjointe ARS-Education Nationale auprès des ESMS, notamment)*

Elargir et approfondir les partenariats selon une stratégie de déploiement

- *Développer le plaidoyer en faveur d'actions sur les éléments constitutifs des inégalités de santé en s'appuyant sur les acteurs de l'observation et de la promotion de la santé*
- *Intégrer systématiquement un volet prévention chez les jeunes dans les outils contractuels élaborés par l'ARS et poursuivre la signature de chartes de partenariat*
- *Développer le partenariat avec les Conseils Départementaux sur les questions de jeunesse (notamment ASE), pour dégager des objectifs communs, adaptés à chaque territoire*

Consolider l'offre en matière de bien être des jeunes en clarifiant le rôle des différents acteurs et leur articulation avec les maisons des adolescents

- *En lien avec les autres institutions concernées (notamment DRJSCS), consolider un état des lieux du maillage des structures pouvant être des portes d'entrées pour la prise en compte des problématiques de santé des jeunes, des coordinations et des relais déjà en place à côté des MDA*
- *Déterminer des principes d'organisation pour la réponse aux besoins de santé des jeunes par ces différents acteurs, en prévenant le non recours (circuit court, définition en proximité d'un acteur référent pour le jeune...)*
- *Formaliser le rôle que l'ARS veut donner aux maisons des adolescents dans ce cadre, notamment en terme de coordination des acteurs, et déterminer les priorités de développement du maillage territorial de ces structures (territoires, modalités)*
- *Dans les territoires prioritaires, formaliser des chartes de partenariat entre les différents acteurs (rôle de chacun et modalités de coordination)*

2_RENFORCER L'OBSERVATION ET LE SUIVI DES DONNEES SUR LES PROBLEMATIQUES DE SANTE DES JEUNES DANS UN CADRE PARTENARIAL

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

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

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

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

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.

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.

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.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation stratégique : La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 12 du SRP : Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé
- Objectif 15 du SROMS : Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins

Stratégie nationale de santé

- Axe 1. Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé
- Axe 2.4 Des systèmes d'information accessibles et partagés

Pistes opérationnelles

Mettre en place une organisation générale de collecte, de partage et de mise à disposition d'informations sur la santé des jeunes en ciblant des sujets dans un souci d'opérationnalité

- *Organiser, en partenariat avec les autres institutions et organismes concernées par le bien être des jeunes, un partage d'informations territorialisées sur la santé des jeunes (identification des données mobilisables par chacun, détermination des modalités de partage des données entre acteurs)*
- *Organiser la mise à disposition du public des données sur la santé des jeunes avec les partenaires (contribution de l'ARS aux travaux interministériels, journées de partage, Plateforme d'observation sociale et médico-sociale, site Internet de l'ARS...)*
- *En complément, mettre en place une vigilance sur les problématiques émergentes, pouvant s'appuyer sur le ressenti des opérateurs de terrain ou la réalisation d'études fines sur les besoins des jeunes en fonctions des âges et des milieux de vie*
- *Harmoniser les différentes typologies des thématiques de prévention et de promotion de la santé pour mieux identifier l'ensemble des interventions sur une problématique donnée (santé mentale, par exemple)*

Plus spécifiquement, identifier des publics et des territoires prioritaires dans une optique de réduction des inégalités de santé

- *Dans un cadre partenarial, poser des critères d'identification de publics fragiles, prioritaires, et mettre en commun les données disponibles sur ces publics ou les outils permettant de les repérer*
- *En lien avec les acteurs concernés, consolider les connaissances sur les problématiques de santé de jeunes généralement identifiés pour leur fragilité (enfants relevant de l'ASE ou de la PJJ, notamment) et les actions qu'il serait pertinent de conduire*
- *De la même manière, dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé, définir des indicateurs marqueurs de ces inégalités permettant d'identifier des territoires prioritaires pour des interventions auprès des jeunes, avec une cartographie partagée.*
- *Poursuivre les échanges engagés avec les partenaires de l'ARS (notamment l'Education Nationale) pour recueillir les données permettant de localiser zones et publics prioritaires.*

Poursuivre les démarches pour approfondir la connaissance des besoins d'accompagnement des jeunes en situation de handicap

- *Renforcer les échanges avec les MDPH sur les besoins d'accompagnement des jeunes et les adaptations de l'offre d'accompagnement (réunions régulières, plaidoyer pour une convergence des pratiques et des données suivies)*
- *En lien avec les MDPH et les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, poursuivre la collecte de données sur les besoins non couverts, en veillant à ne pas trop mobiliser les établissements et services (échantillonnage, consolidation régionale des données déjà suivies en interne par les acteurs de terrain – par exemple sur les accompagnements inadéquats)*

3_ REAFFIRMER LA PRIORITE EN FAVEUR DES JEUNES DANS LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DE L'ARS ET, PLUS LARGEMENT, RENFORCER LA VISIBILITE DE L'ACTION DE L'ARS A L'EGARD DE CE PUBLIC

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

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&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.

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

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : Une démarche centrée sur la personne - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 3 du SRP : Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
- Objectif 15 du SRP : Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence

Stratégie nationale de santé

Axe 1. Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé

Pistes opérationnelles

Veiller à ce que le public des jeunes soit pris en compte dans les plans et outils non spécifiques de l'ARS

- *Améliorer la déclinaison des objectifs généraux de prévention en identifiant clairement, pour chacun d'entre eux, des volets « jeunes »*
- *En lien avec la DRJSCS, prioriser les actions du plan « activité physique pour tous » dans le secteur du handicap des jeunes*
- *Systématiser, dans le diagnostic des contrats locaux de santé, un point sur les besoins des jeunes, l'inscription d'objectifs spécifiques dépendant des constats dressés.*

Améliorer la lisibilité de l'action de l'ARS en faveur du Bien Etre des Jeunes

- *Clarifier et formaliser les objectifs de l'ARS pour les différentes tranches d'âge : thématiques privilégiées, cadres et modalités d'intervention spécifiques, opérateurs et partenaires...*
- *Assurer un retour d'information sur la mise en œuvre des feuilles de route du PRS dans le domaine du bien être des jeunes, pour favoriser la complémentarité des interventions d'une pluralité d'acteurs.*

**4_ AMELIORER LE CIBLAGE DES ACTIONS DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE
EN FAVEUR DES JEUNES, NOTAMMENT SUR DES PUBLICS ET ZONES PRIORITAIRES, DANS UNE
LOGIQUE DE PREVENTION DES INEGALITES DE SANTE**

***Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation
(libellé et référence)***

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

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.

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.

J15&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.

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.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientations stratégiques : Une démarche centrée sur la personne - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé
- Objectif 12 du SRP : Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé
- Objectif 3 du SRP : Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
- Objectif 13 du SRP : Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité
- Objectif 16 du SROMS : Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun

Stratégie nationale de santé

Axe 1. Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé

Pistes opérationnelles

Affirmer le principe d'actions ciblées des territoires et publics prioritaires et en garantir l'effectivité

- *Réaliser systématiquement des bilans territorialisés des actions déployées en prévention et promotion de la santé financées par l'ARS, et dans la mesure du possible par d'autres institutions, pour identifier d'éventuels effets de concentration ou d'éviction de certains territoires.*
- *Présenter ces bilans aux opérateurs en prévention et promotion de la santé pour mettre en débat les enjeux du maillage*
- *Plus particulièrement, suivre le taux de couverture des établissements d'enseignement professionnel ou relevant de l'éducation prioritaire par des actions de prévention, sur la base de données partagées entre Education Nationale, URADEL et ARS*
- *Identifier avec une précision accrue les zones prioritaires d'intervention dans les objectifs des opérateurs (CPOM, AAP...) et la part de leurs interventions qui doit y être déployée (voire fixation de quotas de financements dédiés ou de population à couvrir)*

S'assurer du déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes en zone rurale

- *Identifier les actions de prévention et promotion de la santé d'ores et déjà menées par les acteurs intervenant auprès des jeunes en zone rurale sur ces questions (établissements d'enseignement, y compris enseignement agricole) à côté de celles financées par l'ARS*
- *Organiser la complémentarité des actions entre ces opérateurs et ceux pouvant intervenir dans le cadre d'un financement de l'ARS*
- *Cibler les zones rurales dans les territoires ciblés pour le déploiement d'actions de prévention et promotion de la santé auprès des jeunes (via les CLS, les AAP ou CPOM pour un quota donné d'actions de prévention)*

5_PROMOUVOIR DES MODALITES DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE ADAPTEES AUX JEUNES PUBLICS, INCLUANT UNE VISEE DE PREVENTION DES INEGALITES DE SANTE

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

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

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

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.

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.

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.

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.

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation Stratégique : Etre acteur de sa santé - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale
- Objectif 1 du SRP : Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles
- Objectif 4 du SRP : Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences
- Objectif 8 du SRP : Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée
- Objectif 15 du SRP : Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence

Stratégie nationale de santé

Axe 1. Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé

Pistes opérationnelles

Promouvoir les coopérations entre professionnels sur les modalités d'intervention à privilégier auprès des jeunes

- Poursuivre la promotion des actions probantes pour les interventions auprès des jeunes identifiées par l'INPES
- Promouvoir le partage d'expériences ou des outils entre les partenaires qui interviennent auprès des mêmes publics avec l'appui des acteurs ressources

Investir les modalités de promotion de la santé (lieux, vecteurs...) permettant de rendre les jeunes acteurs de leur santé

- Généraliser l'association des pairs à la construction des interventions pour améliorer leur réceptivité auprès des jeunes (pairs « passeurs » de connaissance sur les codes, habitudes et pratiques des jeunes vers les opérateurs en prévention et promotion de la santé)
- Susciter et soutenir des projets animés par les « pairs », en clarifiant l'articulation avec les professionnels
- Développer les outils numériques favorables à la communication avec les jeunes (réseaux sociaux, notamment)
- Identifier et diffuser les pratiques efficaces pour mobiliser les parents
- Faire un diagnostic sur la mobilisation du secteur jeunesse et éducation populaire sur les questions de santé et étudier les possibilités de partenariat

Identifier des modalités d'intervention auprès des jeunes qui contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé

- Organiser un échange entre professionnels de la promotion de la santé pour identifier des modalités de prévention et promotion de la santé agissant sur la réduction des inégalités sociales de santé
- Préconiser ces modalités dans le cadre des appels à projets en prévention
- Identifier les modalités et acteurs pertinents pour intervenir auprès des jeunes en situation de décrochage

Poursuivre les actions de repérage et les interventions précoces

- En promotion de la santé, promouvoir des interventions précoces en s'inscrivant dans une vision positive de la santé : préserver le capital santé
- Plus spécifiquement, renforcer le repérage précoce des situations à risque pour les populations fragiles en lien avec les opérateurs de terrain PMI-CAMSP-RSN ...

Promouvoir le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes en situation de handicap accompagnés en établissements ou services médico-sociaux (ESMS)

- Rendre visible et valoriser les actions déployées par les ESMS (donner de la visibilité aux actions auprès de ce public qui ont montré leur efficacité, expérimenter une saisine « allégée » dans OSCARS facilitant l'inscription par les ESMS des actions qu'ils mènent...)
- Généraliser la fixation d'objectifs de prévention / promotion de la santé dans les ESMS (dans le cadre de la contractualisation pluriannuelle, par exemple...), examiner avec les gestionnaires les besoins d'accompagnement éventuels, organiser le suivi par l'ARS du développement de ce type d'actions
- Réaliser une enquête auprès des professionnels des ESMS ayant bénéficié d'une formation en prévention et promotion de la santé sur les actions qu'ils ont menées, les outils qu'ils ont pu développer et leurs besoins dans ce domaine.
- Accompagner les ESMS pour la mise en œuvre de telles actions, par la diffusion des outils adaptés déjà existants, ou encore un accès à la formation des professionnels pour conduire de telles actions.

6_POURSUIVRE LA DEMARCHE DE FLUIDIFICATION DES PARCOURS DES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP ET EN MESURER LES EFFETS

Jugements évaluatifs sur lesquels s'appuie la recommandation (libellé et référence)

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.

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.

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

Enjeux régionaux et nationaux

Projet régional de santé

- Orientation stratégique : Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces
- Objectif 15 du SRP : Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence
- Objectif 1 du SROMS : Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge
- Objectif 5 du SROMS : Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne
- Objectif 8 du SROMS : Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges - clé de la vie
- Objectif 6 du SROMS : Favoriser la vie en milieu ordinaire
- Objectif 11 du SROMS : Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire
- Objectif 12 du SROMS : Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne

Stratégie nationale de santé

Axe 2. Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale

Pistes opérationnelles

Poursuivre le développement de solutions innovantes pour fluidifier les parcours des jeunes en situation de handicap

- *Systématiser l'évaluation des solutions innovantes développées dans la région, en termes de plus – value sur la fluidification des parcours et d'adéquation aux besoins des jeunes*
- *Promouvoir la mise en œuvre de dispositifs innovants pour les 18-25 ans de type SESSAD-SAMSAH*
- *Poursuivre la contribution de l'ARS aux travaux nationaux sur l'évolution de l'offre médico-sociale dans le sens de la fluidité (ex. dispositif ITEP)*

Poursuivre le développement de solutions privilégiant l'inclusion en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap chaque fois qu'elle est possible

- *Poursuivre le développement de l'offre de service et le recentrage des prises en charge institutionnelles sur les situations pour lesquelles elles sont le plus adéquates, notamment les situations nécessitant l'accompagnement le plus important (révision des agréments)*
- *Inscrire la dynamique de temps partagé dans la contractualisation avec les ESMS et en suivre la mise en œuvre*
- *Travailler avec les partenaires (ESMS et partenaires de l'ARS) à lever les incertitudes et obstacles qui contrarient le développement des temps partagés (clarification du décompte de l'activité, formation des équipes...)*
- *Renforcer la co-construction avec l'Education Nationale pour améliorer les dispositifs d'inclusion en milieu scolaire (y compris en aidant à systématiser les conventions cadres entre établissements scolaires et ESMS), notamment pour apporter des solutions en sortie d'ULIS collège en incitant au déploiement des dispositifs ULIS – lycée (ULIS Pro) et éviter le retour en IME/ITEP à la fin du collège*
- *Renforcer l'offre en solutions de répit pour les familles*

Finaliser l'organisation de la gestion des situations complexes

- *Dresser un état des lieux des instances existantes et de leur action (niveau territorial, situations traitées – jeunes en situation de handicap, autres jeunes, les deux)*
- *En l'absence de réponse sur un territoire ou un public donné, organiser dans un cadre partenarial une réponse, associant les décideurs et financeurs concernés.*

Organiser l'observation des effets de la politique de l'ARS sur la fluidité des parcours des jeunes

- *Définir un panel de données permettant de tracer l'évolution de la fluidité des parcours des jeunes en situation de handicap (nombre d'enfants en prise en charge partagée, enfants maintenus en structures faute de débouchés, nombre de jeunes dont le dossier a été présenté dans les instances examinant les situations sans solution) ; privilégier dans la mesure du possible des données déjà disponibles et en nombre restreint, mais en assurer un suivi régulier*
- *Généraliser l'évaluation des dispositifs expérimentaux en référence à leur contribution à la fluidité des parcours*
- *Évaluer les temps dédiés à la coordination et leur impact sur la fluidité des parcours.*



Avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie sur l'évaluation intermédiaire du PRS portant sur la politique régionale en faveur du bien-être des jeunes CRSA du 12 octobre 2015

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, dans la séance de sa commission permanente du 28 septembre 2015 et son assemblée plénière du 12 octobre 2015, a pris connaissance et commenté le rapport final sur « L'Évaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé portant sur la politique régionale en faveur du bien – être des jeunes ».

Tenant compte des options méthodologiques prises par le comité de pilotage, du cadre que se sont fixé les rapporteurs, et des difficultés qu'il y a à formuler une appréciation sur un projet en cours, la Conférence a pu mesurer la qualité et l'intérêt fondamental de ce travail, touchant à l'organisation d'une politique de santé en direction d'une population ciblée, mais aussi ses inévitables limites. Elle signale donc que le commentaire qui suit concernera davantage le fond de la question que la forme du rapport.

La Conférence constate la grande convergence entre les thèmes dont elle fait depuis plusieurs années ses priorités, notamment au travers des travaux de la commission spécialisée de prévention et cette thématique dont s'est saisie l'ARS.

Elle partage l'ensemble des conclusions formulées par le rapport, dont certaines illustrent les orientations prises à l'origine par le PRS, qu'il conviendrait d'enrichir sans attendre. Une large description des activités déjà réalisées est exposée mais leur dimension parcellaire ne donne pas toujours le sentiment d'une vision coordonnée non plus que d'une stratégie globale.

La CRSA considère qu'une politique de prévention efficace ne pourra se déployer qu'en parlant de la vie de manière positive, en termes de richesses, d'aspirations, de potentialités, et pas en ne se focalisant que sur les risques. Il s'agit de promouvoir le maintien du « capital santé » en intervenant dans les milieux de vie (école, entreprise, quartiers, communes, associations sportives ...). L'importance de l'éducation à la santé avec l'aide au développement des compétences psychosociales est à prioriser tant auprès des publics concernés (notamment les jeunes en milieu scolaire), que dans les formations initiale et continue de toute personne en situation " d'encadrant", comme des professionnels de santé.

Le rapport fait le constat de la nécessité de renforcer la connaissance des problématiques de santé des jeunes par l'observation et le suivi des données. Il convient en effet d'être en mesure d'identifier les besoins réels des jeunes tant en termes de promotion de la santé qu'en termes d'accès aux soins, et d'identifier les spécificités liées à des populations catégorisées : jeunes en milieu rural, jeunes en situation de handicap. Cette connaissance affinée est une condition nécessaire avant toute autre démarche afin de définir le cadre d'intervention, notamment les partenariats à développer.

Pour ce faire, il est souhaitable d'améliorer la coordination des acteurs qui interviennent auprès des jeunes, que ce soit au travers de structures transversales comme les MDA ou MDPH mais aussi la PMI ou les Missions Locales, ou d'acteurs de la prévention qui interviennent territorialement en proximité à partir d'outils existants comme les maisons de santé pluri-professionnelles, les contrats locaux de santé, etc. ...

Centrer les stratégies d'intervention sur le bien-être des jeunes (de l'enfance à l'université en passant par les lieux d'apprentissage), en termes d'accès à la prévention et aux soins, doit répondre à l'objectif d'abaisser le taux de mortalité prématurée évitable au regard des catégories socio-professionnelles et de réduire l'écart d'espérance de vie en bonne santé entre les catégories les plus et les moins favorisées. La démarche « d'aller vers » les publics qu'il faut pouvoir atteindre non seulement dans les lieux de formation et d'enseignement mais aussi dans les lieux qu'ils fréquentent comme les discothèques ou dans la rue doit être développée.

Une logique de transférabilité sur des personnes relais (personnel de cantine, monde sportif, milieu du travail...) doit être développée, de même que la coordination des actions, dans l'objectif de la connaissance réciproque et de la mutualisation des ressources. L'objectivation de ces dynamiques, pour une meilleure évaluation, doit être renforcée.

La recherche des conditions en faveur d'une réduction des inégalités de santé fait du bien-être des jeunes un axe central d'une politique régionale déployée par notre Agence. A ce titre, cette dernière se doit d'investir résolument une mission de plaidoyer auprès de l'ensemble des institutions (éducation nationale, monde du travail, PJJ ...) ou des partenaires (associations sportives et culturelles, résidence pour l'habitat des jeunes ...) concernés à des titres divers par ce public.

Pour en accroître l'efficacité, la CRSA recommande pour conclure à l'Agence Régionale de Santé :

- De se donner les moyens d'un fort investissement dans l'observation et le suivi des données discriminantes, préalable nécessaire à toute action d'envergure
- d'examiner les modalités possibles de définition d'objectifs quantifiés portant sur les réalités de santé, spécialement sous l'angle des inégalités sociales de santé, et de réduction de la prévalence des pathologies chroniques, notamment par le moyen des actions de prévention,
- d'élargir sa réflexion et ses choix portés par le Projet Régional de Santé aux domaines auxquels sont également intéressés les autres services de l'Etat et les collectivités territoriales en invitant ces dernières à participer plus fréquemment à des initiatives concertées pour optimiser les politiques publiques de santé.

TABLE DES 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 Addictives⁸²

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 handicaps 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

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

⁸² Ex-MILDT

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