



MINISTÈRE DE L'EMPLOI,
DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle

Préambule

En quelques dizaines d'années, la situation des jeunes s'est profondément modifiée : alors que la jeunesse est la période de la vie d'où, habituellement, la pathologie est absente, les conditions familiales, de logement, de gain de l'autonomie, de constitution de leur propre famille, d'accès à l'emploi, ont tellement évolué que nos dispositifs sont bien souvent devenus inadaptés à cette population, surtout sur certains territoires. De ce fait, les jeunes 16-25 ans en recherche d'insertion sont confrontés à des difficultés de santé, autant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de conditions de vie, que de comportements.

Ces difficultés sont plus importantes que pour les autres jeunes du même âge. Elles sont la source de nombreuses vulnérabilités dont les études épidémiologiques réalisées notamment par le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé de la CNAMTS) à partir des examens périodiques de santé effectués dans de nombreuses régions ont montré les conséquences, très visibles dès cet âge. À leurs difficultés d'accès à l'emploi s'ajoutent des difficultés particulières d'accès aux droits et d'accès aux soins.

Les multiples déterminants de cette vulnérabilité (héritages socio-culturels, environnement physique, économique...), nécessitent une synergie particulière de nombreux partenaires (élus, professionnels, secteur associatif) au niveau national, régional et local.

Les réponses à ces constats reposent sur une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale, et sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs visant à la fois l'insertion et le bien-être du jeune.

Objectif

Favoriser l'accès aux soins, aux droits (protection sociale, logement...), à la prévention et à l'éducation pour la santé, en renforçant le lien social et en encourageant des actions de promotion de santé, pour concourir à améliorer la qualité de vie des jeunes, leur bien être et leur autonomie.

Principes

Vu la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions¹,

Vu la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances²,

Vu le programme national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005³, prolongé jusque fin 2006,

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁴,

Vu la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie,

Vu les décisions n° 2 et 6 du Conseil interministériel de lutte contre les exclusions de juillet 2004⁵,

Vu la mesure 1.5 du plan périnatalité de novembre 2004⁶,

Vu la circulaire n° DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique,

Vu la circulaire n° DHOS/O2/2004/507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération,

Vu la Charte des missions locales du 12 décembre 1990 "Construire ensemble une place pour tous les jeunes",

Vu le Protocole 2005 des missions locales signé le 10 mai 2005 par le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, l'Association des régions de France, l'Assemblée des départements de France, l'Association des maires de France et le Conseil national des missions locales.

¹ Art 1 : "La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation."

² Action 1 : Prévention de l'exclusion ; objectif de l'action : "Prévenir l'exclusion en assurant l'accès de tous aux droits et aux services."

³ Mesure 4.1 : "Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et services", se déclinant en 4.1.2.3 : "Mettre en œuvre des politiques ayant pour objectif l'accès de chacun aux soins."

⁴ L'article 1 de la loi inscrit au code de la santé publique l'article L. 1411-1-1 : "L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées."

⁵ Action 2 : Favoriser la qualité de l'accueil, notamment en renforçant le dispositif des Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ : 120 nouveaux en 3 ans avec le plan de cohésion sociale, pour arriver à 300 en 2007) – Action 6 : Renforcer l'accès aux soins.

⁶ Dans le cadre de la mesure 1.5 : Adapter les pratiques des professionnels par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs pour un accompagnement approprié des futurs parents et des parents vivant dans les milieux exposés (notamment les mineures) durant la période périnatale. Ce programme concernera tous les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, les réseaux locaux et des programmes régionaux de santé, notamment dans le cadre du PRAPS.

Les signataires s'engagent à

1. Définir ensemble des orientations stratégiques accompagnées d'objectifs d'action au bénéfice de la santé des jeunes 16-25 ans en difficulté d'insertion, en cohérence avec les politiques nationales et dans le respect des compétences de chacun.
2. Soutenir le développement de programmes d'action en réseaux relatifs à la santé des jeunes 16-25 ans en insertion, dans le cadre des politiques régionales de santé.
3. Favoriser les échanges de données permettant d'analyser la situation, les besoins et les problèmes de santé des jeunes, en vue de définir les actions.
4. Développer un système d'information permettant le pilotage et le suivi des actions définies dans le cadre des orientations stratégiques.
5. Améliorer la qualité des offres de services susceptibles de contribuer à une meilleure santé de cette population, en veillant à son information et à l'expression de ses choix.
6. Mettre en place un comité de suivi de ces orientations qui se réunira deux fois par an et en fera rapport à l'ensemble des signataires.

Fait à Paris le 10 mai 2006

Le ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale
et du Logement
Jean-Louis BORLOO



Le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à
l'Insertion professionnelle des jeunes
Gérard LARCHER



Le ministre de la Santé et des Solidarités
Xavier BERTRAND



La présidente du Conseil national
des missions Locales
Françoise de VEYRINAS



Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle

Note d'orientations

Agir sur la santé des jeunes les plus vulnérables : la problématique et les déterminants

Un segment de la Société en complète mutation

Autrefois, il fallait peu de temps à un jeune arrivé au terme de sa scolarité pour trouver un emploi qualifié ou non en fonction de ses compétences, qui l'amenait assez rapidement à une autonomie dans un métier dont il avait peu de chances d'avoir à changer plus d'une ou deux fois au fil de sa vie professionnelle. Cela lui permettait de se procurer un logement autonome, de se séparer de sa famille et de créer rapidement sa propre famille. La jeunesse étant l'âge de la vie d'où, habituellement, la pathologie est absente, en dehors de celle liée à la prise de risque (transports ou travail essentiellement), que ce soit pour l'armée ou la vie professionnelle, on n'envisageait de consultations médicales que dans une optique d'aptitude. Toute la législation et la réglementation relatives à la santé des jeunes se sont fondées sur ce constat qui est resté valide près d'un demi-siècle.

Or, depuis une dizaine d'années, s'est considérablement accélérée une évolution qui amène à réviser tous ces paramètres :

- L'emploi est de moins en moins accessible (en particulier pour les jeunes), le plus souvent en contrats précaires (CESI, CDDi...) et mal rémunérés, ne permettant pas d'envisager à court terme un hébergement indépendant ni un avenir professionnel.
- La culture du « chacun pour soi » devient prépondérante sur les formes de solidarité (traditionnelle notamment dans le monde des ouvriers), ce qui rend plus difficiles les modes d'identification et l'enracinement des jeunes dans une entreprise ou encore sur leur territoire.
- La mobilité professionnelle devient la règle, tant sur le plan géographique que sur le plan du métier, ce qui contraint à disposer de moyens de transport (dangers de la route et fatigue supplémentaire par les temps de trajets), et rend d'autant plus difficile une projection dans l'avenir.
- La structure familiale des parents a profondément changé, avec une proportion croissante de familles recomposées, posant au jeune des problèmes d'insertion familiale lorsqu'il est contraint de continuer à vivre chez ses parents.
- Les jeunes se mettent en couple de moins en moins dans l'idée de créer un foyer durable, les obstacles y apparaissant multiples et majeurs (nécessité d'un double salaire, impossibilité de suivre son conjoint dans ses pérégrinations professionnelles, culture d'affrontement plutôt que de négociation limitant ainsi la durée dans un couple, difficulté à affronter les limites et les frustrations qui exigent le plus souvent une capacité à différer dans le temps).
- La culture de « l'immédiateté » est à mettre en parallèle avec les diverses situations précaires qui offrent peu d'avenir et de certitude. La précarité et l'instabilité démoralisent les jeunes, a fortiori les moins favorisés d'entre eux.

- Le déficit de construction de logements sociaux et l'augmentation du prix des logements font que 70 % de ceux qui pourraient y prétendre sont dans le parc locatif privé, souvent dans de l'habitat indigne (habitat insalubre ou menaçant ruine, risques de saturnisme).
- Depuis plusieurs années, tous les travailleurs sociaux constatent une montée en puissance de la souffrance psychique de ces jeunes incapables d'acquérir une identité familiale ou professionnelle stable et de se projeter dans l'avenir.
- Parallèlement, les drogues permettant de s'abstraire d'un monde aussi hostile connaissent une popularité croissante (cannabis, crack, mélanges alcool-psychotropes...).

Dans un tel contexte, la santé n'est plus qu'un aspect parmi les autres, susceptible de se dégrader du fait de ces déterminants divers, ou susceptible par sa dégradation de provoquer l'effondrement d'un autre de ces volets de la vie sociale. Il ne s'agit plus de faire ici l'inventaire des aptitudes du jeune, mais de « le mettre en santé », comme disent les Québécois, pour qu'il puisse affronter les autres difficultés de l'existence. Si cela suppose l'identification de déficits visuels ou auditifs qui peuvent constituer autant de handicaps, et justifie donc que l'on pratique un bilan de santé, cela suppose surtout que soient mises en œuvre des stratégies de prévention liées aux stratégies de socialisation entreprises par ailleurs.

Dans un ouvrage de référence qui vient de paraître sur la pédiatrie sociale, tout un chapitre est consacré à l'analyse à travers le monde⁷ des connaissances actuelles en matière d'actions efficaces sur la santé des adolescents. Il apparaît qu'à cet âge de construction de la personnalité à partir de sources multiples, les stratégies ciblant des problèmes spécifiques ont le plus souvent des impacts limités à certains types de jeunes, ou pour un temps trop court, alors que les stratégies beaucoup plus globales (prévention, maîtrise du risque...), mais s'appuyant sur des partenariats dans le milieu de vie des adolescents (parents, famille, copains...), ont un impact durable sur un grand nombre de champs auxquels on n'avait pas nécessairement pensé, car elles engagent des modèles comportementaux qui impactent tous les aspects de la vie.

Cette évolution invite donc à une stratégie de mise en réseau entre tous les interlocuteurs visant à la fois à l'insertion et au bien-être du jeune :

- monde de la santé (médecin généraliste du jeune, service hospitalier ou secteur psychiatrique auquel il a eu à faire ou devrait avoir à faire, service de santé scolaire en amont, centre d'examen de santé de la CPAMⁱⁱⁱ, CDES^{iv} ou CRES^v...),
- monde de l'insertion professionnelle (conseillers des missions locales, associations d'accompagnement vers l'emploi, employeurs...),
- monde de l'insertion sociale (associations sportives, associations d'entraide, services sociaux de la CAF^{vi} ou du Conseil général pour les questions de logement, foyers de jeunes travailleurs...),
- monde de l'insertion familiale (CAF, ...).

Si l'on veut éviter les dérives auxquelles on assiste trop souvent d'initiatives spontanées qui ajoutent des réponses de bric et de broc à des problèmes qui justifieraient l'implication de professionnels compétents dont on ignore l'existence ou qu'on ne sait pas mobiliser, cette mise en réseau doit obéir aux règles de professionnalisation mises en lumière par l'expérience des réseaux de santé⁸ et inscrites dans les textes d'application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁹, tout en gardant la

⁷ Narring F, Michaud PA. Éducation pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence. In : Roussey M, Kremp O, et al. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Paris : Éditions Doin, 2004 : 111-118

⁸ Cf. annexe II : les systèmes de liaison des partenaires

⁹ Article 84 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, introduisant les réseaux de santé au Code de la santé publique.

souplesse indispensable à une bonne adaptation locale et à un engagement sans arrière-pensée des professionnels ou institutions concernés.

Ces attermoissements obligatoires, qui empêchent les plus dynamiques d'avancer à la vitesse à laquelle ils souhaiteraient aller, sont évidemment un important facteur d'usure des bonnes volontés, si on ne se donne pas les moyens d'apprécier dans un laps de temps suffisamment long l'ampleur des progrès réalisés : c'est à dix ans au moins qu'il faut pouvoir en juger. On constate alors que le travail de fourmi ainsi réalisé sur le long terme transforme complètement, en profondeur, l'ensemble du tissu local, et que c'est la seule manière de lutter efficacement contre le sentiment trop fréquemment rencontré d'émiettement des efforts.

À cela s'ajoute le constat fait depuis plus de trente ans dans l'action sociale que le souhait bien compréhensible d'apporter aussi vite que possible la meilleure réponse possible, en contournant le cas échéant le droit commun au profit de solutions locales spécifiques lorsque le premier manifeste clairement des dysfonctionnements paralysants, fait en réalité le lit de pratiques discriminatoires. En effet, lorsque par exemple, un CMP^{vii} ne peut donner de rendez-vous à moins de trois mois pour un jeune qui a manifestement besoin de rencontrer un professionnel de la psychiatrie, la tentation est grande pour les missions locales, et beaucoup y ont succombé, de recruter elles-mêmes un psychologue. Or, cela amène ce jeune à sortir du droit commun vers un système autonome ayant naturellement tendance à s'auto-reproduire en élargissant son champ, créant de fait une filière parallèle. D'autres, comme dans le Nord-Pas-de-Calais, ont trouvé une solution beaucoup plus satisfaisante en recrutant pour le CMP ou le secteur un psychologue détaché certains jours à la mission locale, ce qui leur permet de tisser toutes les inter-relations nécessaires avec les structures de droit commun. C'est l'ensemble de ces constatations qui a conduit le Conseil national des missions locales et les directions centrales des ministères concernés, avec la contribution de la CNAMTS^{viii} et du CETAF^{ix} à travailler depuis deux ans à la réalisation d'une charte des missions locales pour une meilleure santé des jeunes en insertion professionnelle.

I. Les textes de référence

La présente charte trouve naturellement sa place dans la ligne des textes concernant l'inclusion sociale (loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998¹⁰, programme national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005¹¹, loi organique relative aux lois de finance¹², loi relative aux libertés locales, loi relative à la politique de santé publique¹³, décisions du Conseil interministériel de lutte contre les exclusions¹⁴, Conférence Nationale de Lutte contre les Exclusions, Loi de programmation pour la Cohésion Sociale, plan périnatalité¹⁵).

¹⁰ Art 1 : « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. ».

¹¹ Mesure 4.1 : « promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et services », se déclinant en 4.1.2.3 : « mettre en œuvre des politiques ayant pour objectif l'accès de chacun aux soins »

¹² Action 1 : prévention de l'exclusion ; objectif de l'action : « prévenir l'exclusion en assurant l'accès de tous aux droits et aux services »,

¹³ L'article 1 de la loi met au code de la santé publique l'« article L. 1411-1-1. - L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. »

¹⁴ Action 2 : favoriser la qualité de l'accueil, notamment en renforçant le dispositif des Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ : 120 nouveaux en 3 ans avec le plan de cohésion sociale, pour arriver à 300 en 2007) – Action 6 : renforcer l'accès aux soins

¹⁵ Dans le cadre de la mesure 1.5 : Adapter les pratiques des professionnels par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs pour un accompagnement approprié des futurs parents et des parents vivant dans les milieux exposés (notamment les mineurs) durant la période périnatale. Ce programme

II. But de la présente Charte

« L'accès aux droits de tous, pour tous, par la mobilisation de tous » (titre du rapport du Conseil économique et social de 2004). Pour ce qui touche à la santé, cela signifie accès à la protection sociale, à la prévention, aux soins, comme à un environnement favorable à une bonne santé. Pour les missions locales et leurs partenaires, la mobilisation de tous signifie un accompagnement cohérent des jeunes dans le respect des compétences de chacun et en pleine complémentarité. Cela suppose que tous les partenaires soient régulièrement informés des situations de santé auxquels doivent faire face les jeunes.

Population concernée : les jeunes 16-25 ans en difficultés d'insertion

(beaucoup plus large que ceux qui sont déjà en contact avec les institutions spécialisées dans l'insertion)

▪ **Connaissance des situations et des conditions de santé des jeunes**

On en a maintenant une bonne connaissance par les travaux du HCSP (Haut Comité de la Santé Publique, devenu depuis la loi de santé publique de 2004 Haut Conseil de la Santé Publique), de l'INSERM^x (notamment les études de Marie Choquet), de l'Union Européenne (Eurostats), de l'OFDT (observatoire français des drogues et des toxicomanies), de certaines missions locales, du CETAF (centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé de la sécurité sociale, qui fait des études très précises sur les caractéristiques de la population qui y est vue et sur sa santé), des foyers de jeunes travailleurs, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, des ORS^{xi} (notamment études sur les inégalités intercantoniales de santé qui montrent fort bien les imbrications entre la santé, la situation socio-économique et l'histoire des territoires), des CAF (sur les gardes d'enfants, accès à la mutuelle complémentaire)... Restent des points sur lesquels on manque d'information, notamment sur les liens entre santé mentale et précarité, par exemple¹⁶.

▪ **Création de données statistiques annuelles**

Une analyse de l'état de santé et des comportements des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle examinés dans les CES (centres d'examen de santé) sur la période 1999-2003, a déjà été effectuée par le CETAF. Celle-ci a été présentée lors des réunions du CNML^{xii} en 2004, 2005 et 2006. Cette analyse porte sur des indicateurs de comportements et modes de vie, de fragilité sociale, d'accès aux soins, de santé et d'addictions en France.

Le CETAF s'engage à fournir annuellement des analyses similaires, sous forme de tableaux de bord de l'état de santé des jeunes en difficulté (chômeurs, contrat emploi solidarité, SDF^{xiii}, jeunes en insertion, CMU^{xiv}-RMI^{xv}).

▪ **Objectifs de santé et programmes régionaux**

Le but est de permettre aux jeunes les plus éloignés de l'emploi de pouvoir s'appuyer sur un état de santé suffisant, en détectant les déficits, mais surtout en mettant en œuvre avec leur accord les activités de prévention nécessaires. Il y a des points incontournables repérés par le CETAF et l'INSERM, auxquels viendront s'ajouter un certain nombre de

concernera tous les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, les réseaux locaux et des programmes régionaux de santé, notamment dans le cadre du PRAPS.

¹⁶ Afin de pouvoir considérer ces données, le CETAF propose d'étudier la faisabilité et de mettre en place dans son dispositif de recueil d'informations un auto-questionnaire de santé mentale, qui sera présenté aux jeunes au moment de leur examen de santé

composantes locales définies par les GRSP (groupements régionaux de santé publique créés par la loi relative aux politiques de santé publique, qui vont devoir élaborer les plans régionaux de santé publique (PRSP) quinquennaux prévus par la loi, qui englobent tous les programmes régionaux de santé (dont les PRAPS^{xvi}...) et la CRS (conférence régionale de santé qui remet un rapport annuel définissant les priorités régionales de santé).

La question des réponses au mal être des jeunes et à leur santé mentale devra être posée afin de rechercher localement avec les professionnels de santé, les structures de soins, les réponses appropriées ou à définir, notamment avec l'appui des communes et dans le cadre des programmes régionaux de santé, en particulier en référence à la circulaire DHOS^{xvii} d'octobre 2004¹⁷.

▪ Repérer les instances, les acteurs et les missions de ceux-ci

La loi définit clairement le fait que la politique de santé à niveau régional ou infra-régional ne peut être définie que par le GRSP en fonction des plans nationaux (par exemple le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2004-2008 ou le plan national nutrition santé) et des caractéristiques régionales. Tant que le GRSP n'est pas encore constitué de façon opérationnelle, il est possible d'avoir des initiatives, mais seulement si elles ont des chances d'être reprises ensuite par le PRSP : il y a donc obligation de travailler avec tous les autres acteurs concernés.

Cela signifie en premier lieu que ce projet soit mené par **une personne** ayant auprès de toutes ces instances **une légitimité incontestable** et pouvant garantir une présence d'au moins 3 ans à cette responsabilité.

Cette personne aura pour tâche première de susciter parmi les professionnels la motivation d'un tel travail : même s'il s'agit d'un travail professionnel et planifié, le volontariat est indispensable, car la transversalité suppose que chacun ose dévoiler ses pratiques devant des professionnels d'autres champs, ce qui est hautement déstabilisant lorsque l'identité professionnelle n'est pas encore perçue comme tout à fait stable et légitime.

Il est nécessaire de veiller à ce que tous les partenaires, en fonction de leurs compétences territoriales, soient pris en considération, en particulier les élus des collectivités territoriales. De même, leurs préoccupations et leurs propositions doivent être prises en considération, ce que la circulaire DHOS d'octobre 2004¹⁸ invite à faire.

Moyens : partenariat coordonné et complémentaire de différents champs disciplinaires, mutualisation des moyens avec une reconnaissance des compétences des uns et des autres avec :

- la détermination d'objectifs communs,
- la définition du rôle de chaque partenaire,
- des indicateurs statistiques de suivi et d'évaluation,
- une diffusion et une capitalisation des meilleures pratiques,
- un calendrier standard.

¹⁷ circulaire n° DHOS/O2/2004/507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

¹⁸ circulaire n° DHOS/O2/2004/507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

III. Accueil, information, orientation et accompagnement vers la prévention, l'accès aux droits et aux soins

3.1. Le rôle des missions locales est d'accueillir les jeunes de 16-25 ans, de les écouter, de les informer, d'analyser les situations

qu'ils rencontrent globalement, de repérer les réponses locales pouvant répondre à ces situations, de construire en partenariat des réponses adaptées, lorsque celles-ci n'existent pas localement, de mobiliser les services locaux et les collectivités territoriales afin de prendre en considération les difficultés que rencontrent les jeunes sur le territoire, conformément aux grandes orientations du Protocole 2005¹⁹. Outre ce rôle d'ingénierie locale, les missions locales orientent les jeunes vers des services de droit commun et elles les accompagnent dans leur processus d'insertion.

- En matière de santé des jeunes, les missions locales mobilisent les partenaires compétents pour analyser les situations de santé qu'elles pressentent, et les difficultés qu'elles rencontrent dans l'orientation des jeunes vers la prévention ou vers des services de soins. Elles contribuent à la promotion de la santé, à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des jeunes. Elles contribuent à la prévention en étant une structure support pouvant recevoir des professionnels de structures de prévention susceptibles de donner l'information aux jeunes ou de faciliter l'accès à des services de santé ou de droits sociaux. Des mises à disposition ponctuelles à partir des CPAM ou des services de soins existent déjà. Ces articulations ont le mérite de faciliter l'accès des jeunes à des services de droit commun et de faciliter leur couverture sociale.
- Soulignons cependant que, si les missions locales ont œuvré dans la prise en considération de la couverture sociale des jeunes, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui, face à la montée croissante d'emplois précaires, les jeunes ne peuvent plus souscrire à une mutuelle complémentaire et que l'accès à certains soins s'en trouve limité. Ce point, qui a fait l'objet de dynamiques locales spécifiques, s'essouffle et ne trouve plus aujourd'hui de réponses satisfaisantes.
- Définir une méthodologie : lorsqu'une mission locale participe à la définition ou à la mise en œuvre d'une étude, elle doit exiger non seulement d'avoir un retour de présentation de résultats, mais de participer à l'analyse de ces résultats, pour permettre à ses professionnels de sortir de la dimension d'accompagnement individuel vers une analyse de déterminants collectifs, vers la mise en lumière de points forts et de point d'alerte qui pourront les aider à définir avec leurs partenaires des actions ainsi que des outils de pilotage.

3.2. Rappel du rôle du référent en mission locale, modalités de suivi

Pour la mission locale, le rôle de référent santé ne se substitue pas au coordonnateur santé décrit plus haut, il est en lien avec lui et avec tous les programmes régionaux de santé, notamment ceux qui concernent la santé des jeunes 16-25 ans accueillis par la mission locale.

Le référent santé répertorie les besoins et situations des jeunes dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle, afin de pouvoir caractériser des déterminants de santé auprès des partenaires de santé. Il participe à la construction des données de santé des jeunes sur son territoire, ainsi que tous dispositifs ou programmes les

¹⁹ Protocole 2005 des missions locales signé le 10 mai 2005 par le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le secrétaire d'État à l'insertion professionnelle des jeunes, les présidents de l'ARF, de l'ADF et de l'AMF, ainsi que la présidente du CNML.

concernant. Il prend part aux diagnostics locaux ou régionaux, en particulier dans le champ des compétences des missions locales.

Il collabore au montage de projets concernant cette population avec des partenaires de la santé, il aide à la définition en partenariat d'une offre locale de santé adaptée à cette population.

Il partage la connaissance des ressources locales existantes avec l'équipe de conseillers de la mission locale ; il facilite l'information concernant les dispositifs de santé et de soins auprès des jeunes, il facilite l'orientation de ceux-ci, voire leur accompagnement vers l'accès aux droits sociaux et aux soins, vers des structures, associations de prévention, le cas échéant.

Il recherche des partenaires compétents pour la mise en place de modules d'éducation pour la santé au plus près des jeunes, en évitant toute stigmatisation.

Il élabore des outils, en concertation partenariale, tenant compte des objectifs et missions de chacun, mobilisant les élus et les membres du conseil d'administration de la mission locale. Le champ d'intervention peut être celui de la mission locale ou s'élargir au niveau régional en regroupant des demandes et projets via l'association régionale des missions locales. Cela peut prendre notamment la forme de conventions, de chartes (comme celle de Picardie par exemple). Le premier souci est d'agir pour la santé des jeunes afin d'engager les partenaires locaux à définir des objectifs et des moyens pour développer la prévention, la couverture complémentaire, des réponses adaptées aux besoins de santé.

3.3. Rappelons que d'autres structures peuvent mettre en place des référents santé sur le même territoire que la mission locale, en particulier les Espaces Santé Jeunes, les PAEJ^{xviii}... Ces intervenants peuvent viser les mêmes populations. Ces structures n'ont pas une vocation de soins (hormis certains Espaces de Santé). Il sera nécessaire, dans ce cas, de préciser le rôle de chacun dans l'écoute des besoins, la prévention, l'orientation, l'ingénierie locale... ceci pour plus de lisibilité, autant pour les jeunes que pour les partenaires.

Tout cela doit se traduire dans une méthode ouverte, transparente, de coordination (traduite dans un accord cadre national relayé par une convention spécifique régionale, voire locale),

IV. Accès à la prévention

La prévention peut être posée comme un concept général de la gestion des risques (que ceux-ci soient environnementaux, professionnels, comportementaux ou liés à des facteurs héréditaires). Elle est aussi une méthode systématique de minimisation de ces risques dans une approche allant de l'individu à un collectif (grâce par exemple à la promotion de la santé). Elle doit être l'outil à privilégier au service des jeunes de 16 à 25 ans.

4.1. Prévention, actions d'information, éducation pour la santé

- Les Centres d'Examens de Santé, et dans certains cas le service d'éducation pour la santé de la CPAM, peuvent participer à l'accès à la prévention dans le cadre de leur mission d'information, en particulier au moment de l'examen de santé, tout comme les CODES ou les CRAES qui peuvent proposer des modules d'éducation pour la santé à l'occasion de l'examen de santé ou indépendamment. Ces modules peuvent être pratiqués dans les missions locales ou à l'extérieur (conduites addictives). Il est à

signaler cependant que pour les centres d'examens de santé, certaines régions sont moins couvertes que d'autres, en particulier le Languedoc-Roussillon et la Haute-Normandie. Une concertation partenariale est toujours possible, elle a permis en Picardie la création d'un centre et l'élaboration d'une charte.

- La Mutualité Sociale Agricole couvre plus de 4 millions de personnes – exploitants, salariés et leurs familles – pour l'ensemble des risques de sécurité sociale. Elle est également chargée de la protection médicale du monde agricole et gère notamment la prévention. Outre sa mission de protection sociale obligatoire, la MSA^{xix} développe une action sanitaire et sociale diversifiée. Elle propose notamment des examens de santé ciblés sur les risques spécifiques liés à l'âge et au sexe : pour les 16-24 ans, l'examen de santé est orienté vers le dépistage des comportements à risque, dont les conduites addictives. La procédure se décompose en deux phases :
 1. l'invitation à l'examen de santé ;
 2. la consultation médicale de prévention, confiée au médecin généraliste désigné par l'adhérent. Cette consultation est l'occasion pour le jeune d'aborder très librement les questions qui le préoccupent.

Cet examen de santé est pris en charge à 100 % et sans avance de frais de l'assuré. Les caisses de MSA organisent également dans les cantons où se déroulent les examens de santé, des réunions d'information et d'éducation pour la santé ouvertes à tous. Ces réunions sont animées par les médecins de prévention de la MSA, en partenariat avec des experts. Les missions locales peuvent, de ce fait, établir un partenariat avec la MSA comme avec les autres partenaires, et engager une convention de partenariat et d'objectifs (voir avec l'examen de santé).

- Outre ces acteurs, il convient de citer les centres de planification familiale, les associations de prévention, d'alcoologie ou d'aide pour le sida... Bien qu'il existe une grande variété de partenaires et de services, il convient de veiller à ne pas multiplier les entrées spécifiques, mais de reprendre ces thèmes dans une approche globale de santé publique, de chercher à resituer la prévention des conduites à risque dans les contextes environnementaux, les us et coutumes des familles et des jeunes. Ne pas défendre les objectifs pédagogiques sans considérer les modes de vie des jeunes ; veiller aux interactions et paramètres à prendre en compte. La prévention communautaire implique les élus, les services, les associations..., dans la complémentarité des rôles et des compétences de chacun.
- Les ateliers santé ville, créés en 2000 comme déclinaison des PRAPS à l'échelon des villes, de l'intercommunalité et de l'agglomération, dans le cadre des actions santé des contrats de ville entre l'État et les collectivités territoriales²⁰, offrent un cadre idéal à une coopération en réseau avec tous les interlocuteurs locaux. Cités en exemple en 2003 dans la loi relative à la rénovation urbaine²¹, ils ont acquis un regain d'actualité depuis la loi relative aux libertés locales de 2004.

²⁰ CIRCULAIRE N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

²¹ Point 4.1.2. de l'Annexe technique n° 1 de la Loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine : « Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) se concrétiseront dans les ZUS grâce à des instances locales de concertation, de déclinaison et d'élaboration de programmes de santé publique, notamment les ateliers « santé-ville », qui réunissent les acteurs sanitaires et sociaux, les services déconcentrés de l'État, les collectivités territoriales et les associations concernées. »

4.2. Examen de santé

Un examen périodique de santé peut être proposé par les centres d'examens de santé aux jeunes les plus vulnérables. Cet examen se déroulera suivant le protocole et les modalités déjà existantes, définies par le guide de recommandations des Centres d'Examens de Santé. Celles-ci peuvent évoluer, notamment en matière de suivi ou d'accompagnement des jeunes après l'examen, pour une amélioration et une adéquation du dispositif. Il faudrait s'inspirer des dispositifs déjà existants en matière de suivi dans certains centres d'examens de santé.

Le public le plus vulnérable pourrait être défini à l'aide du score EPICES (indicateur de précarité mis au point par le CETAF, calculé à partir des réponses à 11 questions). Dans ce cas, il faudrait envisager les modalités suivant lesquelles les missions locales pourraient l'intégrer à un questionnaire déjà existant par exemple.

Le territoire est celui couvert par les centres d'examens de santé. Des moyens de transports pour les sites éloignés peuvent être mis à disposition. La structure qui finance ce dispositif est à déterminer.

L'orientation vers les centres d'examens de santé est effectuée par la mission locale. Elle est réalisée par l'intermédiaire d'un référent ou correspondant santé de la mission locale qui est en contact avec le centre d'examens de santé pour organiser l'accueil des jeunes. Les modalités et les missions des référents sont à déterminer avec précision. La prise en charge du jeune est globale (approche globale de la personne dans son environnement, dans sa culture...).

En amont, une sensibilisation peut être réalisée par un « agent » du centre d'examens de santé (médecin, infirmière...) ou d'autres professionnels (...) en missions locales pour expliquer l'objectif et le déroulement de l'examen périodique de santé.

Le correspondant santé de la mission locale se charge d'accompagner les jeunes au centre d'examens de santé pour passer l'Examen Périodique de Santé. Des moyens de transport peuvent être aménagés.

Le centre d'examens de santé, par les services de la CPAM, se charge, si nécessaire, de l'ouverture des droits (couverture sociale, CMUC^{xx}).

En aval, le centre d'examens de santé effectue un suivi si nécessaire, appelé suite d'examen de santé. Il est destiné à orienter le consultant en cas de nécessité, à donner toutes les informations médicales utiles au médecin traitant et à exploiter les retours d'information. Cette procédure est variable selon les centres d'examens de santé. Dans le cadre d'un protocole d'étude développé par le CETAF d'un « suivi prospectif de l'Examen de Santé » (SPES), l'amélioration de ce suivi est à l'étude.

Dans certains centres d'examens de santé, une restitution collective est prévue. Dans d'autres centres, la restitution pratiquée par le médecin est individuelle. Dans le cas où le jeune a besoin de soins, le référent santé ou l'éducateur de la PJJ^{xxi}, par exemple, est simplement informé que le jeune doit voir un médecin (ceci permet de prévoir les sorties du jeune lorsqu'il est dans une structure).

Les centres d'examens de santé essaient de faire un accompagnement en aval, pour vérifier si les jeunes suivent leurs préconisations (cf. Amiens). Dans ce cas, ce sont des référents santé de la CPAM mis à disposition des centres d'examens de santé qui effectuent le suivi.

La Mutualité Sociale Agricole propose un examen de santé aux jeunes qui relèvent de son régime. Cet examen est pratiqué par le médecin généraliste choisi par le jeune.

Elle peut établir également des conventions dans certains cas avec un centre d'examens de santé qui fait l'examen. Dans ce cas, la MSA paye l'examen. Les médecins qui pratiquent ces examens bénéficient d'une formation de la MSA. Cet examen prévoit un temps de sensibilisation et d'information auprès des jeunes, comme nous l'avons signalé plus haut.

Hors de ce cadre, tout médecin généraliste peut pratiquer des examens de santé ou des consultations de prévention. Pour mobiliser ces médecins, il semble souhaitable d'établir un partenariat avec l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux).

Dans le cadre des PRAPS, l'accès à de tels examens sur tout le territoire régional sera à l'étude et les missions locales en feront l'évaluation.

Il y a un intérêt à reprendre cette question du suivi jusqu'à l'accès aux soins dans le cadre des PRAPS-PRSP, afin de prévoir des articulations satisfaisantes localement avec le centre d'examens de santé, la mission locale... et les services de soins.

V. L'accès aux soins

Le principe général rappelé dans le Protocole 2005 est de privilégier le recours aux structures de droit commun : les services hospitaliers, les centres de soins, centres de santé mentale, les médecins traitants... Le problème se pose en particulier en santé mentale.

Face aux difficultés psychologiques diverses des jeunes qui fréquentent les missions locales (mal-être, souffrance psychique, problèmes de maturation...), apparaît souvent la nécessité du recours à un psychologue, bien qu'il soit exclu de psychiatriser leur situation. Ce recours ne saurait transformer les missions des structures d'insertion que sont les Missions locales, mais doit s'y inscrire, dans le respect du code de la santé publique comme du code du travail.

1. Lorsque les contraintes techniques relevées par l'état des lieux PJJ-DDASS^{xxii}-DDTEFP^{xxiii} justifient l'instauration d'une antenne PAEJ dans la mission locale, la mission locale peut être amenée à redéfinir en partie sa réponse aux situations pour que l'articulation des divers partenaires soit optimale.
2. Lorsqu'un Espace Santé Jeunes peut mettre à disposition de la mission locale une antenne, celle-ci pourra réaliser cette intervention.
3. Lorsque l'offre peut être faite par le CMP, ou par le secteur psychiatrique, ou par l'hôpital général, ou par un Centre d'examens de santé de la sécurité sociale, ces structures peuvent mettre d'une manière ou d'une autre leur personnel à disposition de la Mission Locale.
4. Lorsque le réseau santé n'est pas assez organisé pour permettre une réponse adaptée, la mission locale peut trouver une solution provisoire de financement d'un poste auprès de la structure de santé de droit commun, pour en permettre une mise à disposition à temps partiel à la mission locale.

Le rôle de ce psychologue ne saurait être dans la mission locale ni le diagnostic, ni les soins, ni l'accompagnement clinique, mais seulement la médiation et l'orientation vers les structures de droit commun.

Annexe I

L'étude de la FNORS^{xxiv} sur les pratiques des missions locales en matière de visites médicales

Concernant la prévention et les examens de santé, cette étude, qui a porté sur 553 structures en 2003 (missions locales et PAIO^{xxv}), indique que 87 % des missions locales PAIO ont un volet santé avec 20,6 % d'actions de prévention et 24,3 % de visites médicales et d'examens de santé.

Les actions de couverture sociale et couverture complémentaire constituent aujourd'hui 13 % des actions santé.

La réalisation des visites médicales a lieu pour 45,8 % dans les centres d'examens de santé des CPAM ; 13,2 % sont pratiquées par un médecin libéral à son cabinet ; 7,7 % sont pratiquées dans un centre de médecine du travail. Seulement 6,2 % de ces examens sont pratiqués en missions locales. D'autres prestataires sont également mentionnés : les centres de santé municipaux ou mutualistes (7,5 %), l'hôpital (4,7 %), l'Espace Santé Jeunes (4,3 %), autres (10,7 %).

Au niveau régional, près des deux tiers des régions organisent habituellement leurs visites médicales avec les centres d'examens de santé de la CPAM, soit : 13 294 visites médicales et examens périodiques de santé ont été réalisés en 2001, pour les 214 structures ayant répondu à cette question. Pour les 251 structures ayant répondu à la question, 19 804 visites ont été organisées en 2002. Cependant, certaines visites médicales passées à l'extérieur ne font pas l'objet d'un retour statistique auprès de la structure qui a dirigé le jeune.

La moitié des jeunes concernés ont entre 19 et 21 ans (60,5 % sont des filles)²².

²² Le rapport complet de l'étude (137 p.) est consultable et téléchargeable sur le site : www.fnors.org/Fnors/Travaux/missionlocales.pdf

Annexe II

Les systèmes de liaison des partenaires

L'expérience montre que les partenaires potentiels sont très nombreux. Par exemple : CNML, CNAMTS, CCMSA^{xxvi}, CNAF^{xxvii}, CNAV^{xxviii}, URML^{xxix}, Foyers de jeunes travailleurs, DGEFP^{xxx}, DGS^{xxxi}, DGAS^{xxxii}, DIV^{xxxiii}, PJJ, Centres d'Examens de Santé et CETAF, PASS^{xxxiv}, CCAS^{xxxv}, santé scolaire, organismes de formation, hôpitaux, médecine du travail...

La charte nationale fait l'objet d'une déclinaison locale (accords de partenariats spécifiques) associant l'ensemble des acteurs et précisant les modalités financières correspondant à chacun d'entre eux.

Préalable à un réseau de santé : un animateur convaincu et convaincant

Cela signifie en premier lieu que ce projet soit mené par une personne ayant auprès de tous ces professionnels une légitimité incontestable et pouvant garantir une présence d'au moins 3 ans à cette responsabilité. Cette personne aura pour tâche première de susciter parmi les professionnels la motivation d'un tel travail : même s'il s'agit d'un travail professionnel et planifié, le volontariat est indispensable, car la transversalité suppose que chacun des professionnels ose dévoiler ses pratiques devant des professionnels d'autres champs, ce qui est hautement déstabilisant lorsque l'identité professionnelle n'est pas encore perçue comme tout à fait stable et légitime.

On concevra que cette démarche soit difficile pour des professionnels manquant d'expérience ou dont le rôle n'est pas clairement défini. En outre, si cela concerne des libéraux, cela signifie pour eux du temps de réunions diverses qui leur fait perdre des revenus. Dans ces conditions, il faut avoir un fort ascendant pour les persuader d'être volontaires.

Comme dans tous les réseaux, une condition première pour durer est le fait qu'aucune des institutions, aucun des professionnels impliqués, n'essaye de tirer la couverture à lui (elle) en instaurant une hiérarchie, alors que ce que tous y recherchent est une complémentarité de compétences, chacune au plus haut niveau de son domaine. Or, la tendance naturelle de certaines institutions (l'hôpital notamment, mais aussi la préfecture, voire le conseil général ou la CPAM...) et de certains professionnels (en particulier les médecins) est de vouloir s'imposer comme étant les plus à même de tout régenter. Aucun réseau n'y résiste.

Il est nécessaire de veiller à ce que tous les partenaires, en fonction de leurs compétences territoriales, soient pris en considération, en particulier les élus des collectivités territoriales. De même, leurs préoccupations et leurs propositions doivent être prises en considération. Certains Conseils régionaux sont déjà très impliqués dans des programmes régionaux de santé des jeunes, en particulier le Nord-Pas-de-Calais...

Cette condition est d'autant plus difficile à remplir que le réseau a besoin d'une légitimité locale qui lui vient précisément de sa reconnaissance par une ou plusieurs de ces autorités, pour lesquelles il est toujours difficile de faire la part des choses : il leur faut accepter d'apporter leur concours sans chercher pour autant à être « tête de réseau ».

En effet, n'importe lequel des membres du réseau qui se met en place (conseiller de missions locales, médecin de centre de santé de la CPAM, chef de secteur de psychiatrie infantile-juvénile, élu municipal ou régional, travailleur social de la CAF ou du conseil général...) devra pouvoir en permanence apporter sa pierre à l'édifice en faisant observer que du point de

vue de sa spécialité, ou du fait que l'environnement économique ou social local est en train de se modifier, certaines modalités de fonctionnement du réseau qui se met en place devront être transformées. Ce n'est possible qu'à condition que le réseau maintienne, à travers le temps et les épreuves, un équilibre entre toutes les forces qui s'exercent sur lui.²³

²³ Les principaux enseignements des réseaux de santé ont été développés dans la Circulaire N° DHOS/O3/DSS/CNAMTS/2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique et des articles L.162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets (n° 2002-1298 du 25 octobre 2002) relatif au financement des réseaux et (n° 2002-1463 du 17 décembre 2002) relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

Annexe III

Sigles utilisés dans ce document

- i CES : contrat emploi solidarité
- ii CDD : contrat à durée déterminée
- iii CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- iv CDES ou CODES : comités départementaux d'éducation pour la santé
- v CRES et CRAES : comités régionaux d'éducation pour la santé et cellules régionales d'appui en éducation pour la santé
- vi CAF : caisse d'allocations familiales
- vii CMP : centre médico-psychologique, antenne de consultations du secteur psychiatrique
- viii CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- ix CETAF : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé de l'assurance maladie
- x INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
- xi ORS : observatoires régionaux de la santé
- xii CNML : conseil national des missions locales
- xiii SDF : sans domicile fixe
- xiv CMU : couverture maladie universelle
- xv RMI : revenu minimum d'insertion
- xvi PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
- xvii DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la santé
- xviii PAEJ : points d'accueil et d'écoute des jeunes
- xix MSA : mutualité sociale agricole, régime d'assurance maladie des agriculteurs exploitants ou salariés
- xx CMUc : couverture maladie universelle complémentaire
- xxi PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
- xxii DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- xxiii DDTFP : direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
- xxiv FNORS : fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
- xxv PAIO : permanences d'accueil, d'information et d'orientation
- xxvi CCMSA : caisse centrale de mutualité sociale agricole
- xxvii CNAF : caisse nationale d'allocations familiales
- xxviii CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse
- xxix URML : union régionale des médecins libéraux
- xxx DGEFP : délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
- xxxi DGS : direction générale de la santé
- xxxii DGAS : direction générale de l'action sociale
- xxxiii DIV : délégation interministérielle à la ville
- xxxiv PASS : permanences d'accès aux soins de santé pour les publics démunis dans les hôpitaux
- xxxv CCAS : centres communaux d'action sociale