



*Programme régional d'accompagnement  
Santé Social en direction des populations  
jeunes précaires  
Thématique Santé - AP2 / octobre 2009*

## RAPPORT D'ÉVALUATION

**ELIE GALLON CONSULTANT**



Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative  
Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse  
95 avenue de France – 75650 Paris cedex 13  
[www.jeunes.gouv.fr/experimentation-jeunesse](http://www.jeunes.gouv.fr/experimentation-jeunesse)



## INTRODUCTION

---

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

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

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

Ministère de l'éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative  
Secrétariat d'État chargé de la jeunesse et de la vie associative  
Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

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

Pour plus d'informations sur le déroulement du projet, vous pouvez consulter sur le site [www.experimentationsociale.fr](http://www.experimentationsociale.fr) la note de restitution finale soumise au FEJ par le porteur de projet.



## FICHE SYNTHÉTIQUE

---

### *Programme régional d'accompagnement Santé Social en direction des populations jeunes précaires*

*Thématique Santé - AP2 / octobre 2009*

Structure porteuse du projet  
**CRIJ Corse**

Didier RAMELET-STUART, coordonnateur

Structure porteuse de l'évaluation  
**ELIE GALLON CONSULTANT**  
Elie GALLON, directeur

Durée d'expérimentation : Un an

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



# RÉSUMÉ

---

## Cadre du projet

La situation sanitaire des jeunes en parcours d'insertion professionnelle fait l'objet depuis plusieurs années d'un programme régional porté par le Centre Régional d'Information Jeunesse de Corse et largement soutenu par l'Etat et la Collectivité Territoriale de Corse.

Ce programme s'articule autour de trois axes :

- une action individuelle de diagnostic et d'accompagnement,
- une série d'actions collectives d'information et de sensibilisation aux divers risques sanitaires spécifiques aux jeunes,
- des actions de sensibilisation et de structuration en réseau des professionnels issus du champ sanitaire et des champs de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

## Principaux résultats

- la faible attention portée par les jeunes à leur état de santé, quand il s'agit de la faire spontanément,
- l'évolution des perceptions des jeunes dans le sens d'une plus grande conscience de l'importance de la santé,
- le sentiment de l'utilité des actions collectives, plus que de l'action individuelle de Bilan Santé Social,
- la difficulté pour les jeunes de passer rapidement de la prise de conscience à la démarche (de soin, de réflexion sur leurs propres addictions),
- l'implication insuffisante des partenaires, qui n'a sans doute pas permis d'obtenir de meilleurs résultats concrets auprès des jeunes,
- le manque prégnant de traçabilité des parcours de santé des jeunes, qui ne permet, ni de savoir s'ils observent les prescriptions et les orientations, ni de pouvoir les relancer s'ils omettent de le faire.



# NOTE DE SYNTHÈSE

---

## 1) Cadre du projet

La situation sanitaire des jeunes en parcours d'insertion professionnelle fait l'objet depuis plusieurs années d'un programme régional porté par le Centre Régional d'Information Jeunesse de Corse et largement soutenu par l'Etat et la Collectivité Territoriale de Corse.

Ce programme s'articule autour de trois axes :

- une action individuelle de diagnostic et d'accompagnement,
- une série d'actions collectives d'information et de sensibilisation aux divers risques sanitaires spécifiques aux jeunes,
- des actions de sensibilisation et de structuration en réseau des professionnels issus du champ sanitaire et des champs de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

## Hypothèses liées à l'expérimentation

- Les jeunes ne venant pas spontanément solliciter les structures d'aide, notamment sur les problématiques de santé, il convient de « provoquer » la rencontre, d'où l'idée de lier l'entrée en stage de formation professionnelle à la passation d'un bilan de santé, puis d'un Bilan de Santé Social, proposé par le porteur, de manière à la fois complémentaire et plus large que le bilan de santé ; et pour les apprentis, de nouer des relations avec les CFA pour qu'ils acceptent de faire réaliser le Bilan Santé Social, pendant les temps de formation.
- On ne peut amener les jeunes à accepter ces bilans et surtout à en tirer parti (par exemple au travers de l'observance des prescriptions et orientations), qu'en développant parallèlement des actions d'information et de sensibilisation.
- On ne peut pas avancer substantiellement dans les objectifs précédents, si l'on ne travaille pas aussi avec les acteurs institutionnels sous le double angle de la sensibilisation aux problématiques sanitaires des jeunes et de la structuration de la réponse dans un cadre pluridisciplinaire et partenarial.

## Hypothèses liées à l'évaluation

- Si les hypothèses de l'expérimentation sont valides, alors on doit percevoir dans les évolutions des comportements des jeunes une tendance à prendre conscience de l'importance de la santé, entamer des démarches de soins, éviter ou diminuer les comportements à risque.
- Malgré la brièveté de la période d'observation (quelques mois à une année), des évolutions doivent être perceptibles, eu égard au déploiement important des actions et des moyens du programme expérimental.
- Les caractéristiques sociales des publics étant différentes, on doit percevoir des différences dans leurs perceptions et leur gestion de la santé ; ainsi devrait-on voir des lignes de partages entre :
  - les apprentis et les stagiaires,
  - les filles et les garçons,
  - les plus jeunes et les plus proches de la maturité adulte,
  - les jeunes vivant avec leurs deux parents et les autres,
  - ceux qui ont les plus bas niveaux de formation et les plus hauts niveaux (même si nous savons que nous n'aurons pas de jeunes de niveaux supérieur à IV) et
  - sans préjuger du sens et de l'intensité des différences les jeunes résidant en Corse du Sud et ceux résidant en Haute Corse.

## **Aspects méthodologiques et principaux résultats**

Afin de pouvoir tester ces hypothèses, il nous fallait :

- comparer les jeunes bénéficiaires de l'expérimentation (groupe Cible) à un groupe Témoin, aux caractéristiques les plus proches possibles,
- comparer la situation des jeunes du groupe Cible au début et à la fin de l'expérimentation,

- intégrer l'évaluation de la mise en oeuvre du programme, tant en interne chez le porteur, qu'en externe dans ses relations avec les partenaires, les prestataires et l'ensemble des acteurs institutionnels,
- recueillir les perceptions et analyses de toutes les catégories d'acteurs impliqués, des jeunes aux professionnels.

### **Les variables déterminantes dans le profil sanitaire des jeunes**

- le statut socioprofessionnel : apprenti ou stagiaire
- le département de domicile
- le sexe
- le niveau de couverture sociale
- le niveau d'études
- l'âge
- le mode de cohabitation.

### **Les principaux résultats**

- la faible attention portée par les jeunes à leur état de santé, quand il s'agit de la faire spontanément,
- l'évolution des perceptions des jeunes dans le sens d'une plus grande conscience de l'importance de la santé,
- le sentiment de l'utilité des actions collectives, plus que de l'action individuelle de Bilan Santé Social,
- la difficulté pour les jeunes de passer rapidement de la prise de conscience à la démarche (de soin, de réflexion sur leurs propres addictions),
- l'implication insuffisante des partenaires, qui n'a sans doute pas permis d'obtenir de meilleurs résultats concrets auprès des jeunes,
- le manque prégnant de traçabilité des parcours de santé des jeunes, qui ne permet, ni de savoir s'ils observent les prescriptions et les orientations, ni de pouvoir les relancer s'ils omettent de le faire.

## **Transférabilité de l'expérimentation**

Les résultats dépendent des modes de fonctionnement (exemple des bilans de santé organisés différemment dans les deux départements corses), de la légitimité reconnue au porteur par les acteurs institutionnels « de droit commun » et de la sensibilisation des partenaires à la problématique sanitaire des jeunes en processus d'insertion professionnelle.

Cela étant, il existe partout sur le territoire national, les mêmes acteurs institutionnels et les mêmes dispositifs, malgré des déclinaisons techniques différentes et des compétences institutionnelles plus ou moins variables. Si la réplique du CRIJ n'existe pas partout, il existe au moins trois types de structures aux missions équivalentes (au moins en partie) : Maison de l'adolescent (une au minimum par département dans l'objectif des pouvoirs publics), Espace Santé Jeunes ou Point Accueil Ecoute Jeunes (une centaine de structures au total).

Cela signifie que les caractéristiques de l'expérimentation corse se retrouvent ailleurs :

- au niveau des acteurs concernés, que ce soit « en interne » (l'équivalent du porteur) ou « en externe » (l'équivalent de ses partenaires et de ses prestataires) ;
- au niveau des dispositifs mobilisables : programmes régionaux de formation et d'apprentissage, système des bilans de santé destinés aux publics non salariés (donc non soumis aux visites médicales obligatoires), actions de prévention à caractère sanitaire proposées soit par les structures dédiées à la santé (publiques ou associatives), soit par des structures plus généralistes, comme les missions locales, les organismes de formation.





# PLAN DU RAPPORT

---

## Introduction générale

- 1) Cadre du projet
- 2) Problématique
- 3) Aspects méthodologiques et principaux résultats

## Première partie : L'expérimentation

### Chapitre 1. Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée

- 1) L'objectif
- 2) Le public cible
- 3) Les actions proposées
- 4) Les modifications techniques

### Chapitre 2. Objectifs et modalités de l'évaluation

#### I / Problématique et méthodologie mise en œuvre

#### II / Validité interne

- 1) Comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin
- 2) Triangulation des données

## Deuxième partie : Enseignements de politique publique

### Chapitre 1. Résultats de l'évaluation

#### I/ Les publics touchés par l'expérimentation

- 1) Caractéristiques des bénéficiaires de l'expérimentation
- 2) Adhésion du public ciblé au dispositif

#### II/ Les effets du dispositif expérimenté

- 1) Effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire
- 2) Effets attendus et effets induits/inattendus
- 3) Gouvernance et coordination d'acteurs
- 4) Conclusion de la partie et mise en perspective

## Chapitre 2. Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage

### **I/ Caractère expérimental du dispositif évalué**

### **II/ Caractère transférable du dispositif et changement d'échelle**

- 2) Représentativité du terrain, des acteurs et du public bénéficiaire**
- 3) Transférabilité du dispositif**

### **III/ Rôle de l'évaluateur dans l'expérimentation**

- 1) Intervention de l'évaluateur en amont du projet**
- 2) Intervention de l'évaluateur pendant le projet**

### **Conclusion générale**

- 1) Les principaux enseignements**
- 2) Les éventuelles limites**
- 3) Essaimage et généralisation**
- 4) Nouvelles expérimentations possibles**



## INTRODUCTION GENERALE

### 1) Cadre du projet

La situation sanitaire des jeunes en parcours d'insertion professionnelle fait l'objet depuis plusieurs années d'un programme régional porté par le Centre Régional d'Information Jeunesse de Corse et largement soutenu par l'Etat et la Collectivité Territoriale de Corse.

Ce programme s'articule autour de trois axes :

- une action individuelle de diagnostic et d'accompagnement,
- une série d'actions collectives d'information et de sensibilisation aux divers risques sanitaires spécifiques aux jeunes,
- des actions de sensibilisation et de structuration en réseau des professionnels issus du champ sanitaire et des champs de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Après donc plusieurs années de mise en oeuvre du programme, émerge la nécessité de l'évaluation dans un but d'amélioration et de transférabilité.

### 2) Problématique

Les constats, même s'ils ne sont pas nouveaux méritent d'être rappelés :

- Les jeunes, notamment les plus précaires du point de vue des conditions socio-économiques et socioculturelles, sont peu attentifs au développement harmonieux de leur corps et de leur santé mentale, y compris parce que, en raison de leur âge, les désordres et troubles potentiels n'ont pas encore agi pleinement. Ils ont aussi tendance, au-delà de cette « passivité » face à leur santé, à se mettre en danger par des comportements à risques, notamment par les consommations de produits toxiques.

- Les acteurs institutionnels qui les prennent en charge, là où ils sont et essentiellement dans la sphère de l'insertion professionnelle, ne sont pas suffisamment sensibilisés pour établir une « veille sanitaire » permanente et diversifiée.
- Les initiatives de ces acteurs en la matière ne sont pas (ou peu) coordonnées, induisant une perte d'efficacité de leur propre dispositif.

Le porteur et l'évaluateur ont formulé ou se sont accordés sur quelques hypothèses :

#### Hypothèses liées à l'expérimentation

- Les jeunes ne venant pas spontanément solliciter les structures d'aide, notamment sur les problématiques de santé, il convient de « provoquer » la rencontre, d'où l'idée de lier l'entrée en stage de formation professionnelle à la passation d'un bilan de santé, puis d'un Bilan de Santé Social, proposé par le porteur, de manière à la fois complémentaire et plus large que le bilan de santé ; et pour les apprentis, de nouer des relations avec les CFA pour qu'ils acceptent de faire réaliser le Bilan Santé Social, pendant les temps de formation.
- On ne peut amener les jeunes à accepter ces bilans et surtout à en tirer parti (par exemple au travers de l'observance des prescriptions et orientations), qu'en développant parallèlement des actions d'information et de sensibilisation.
- On ne peut pas avancer substantiellement dans les objectifs précédents, si l'on ne travaille pas aussi avec les acteurs institutionnels sous le double angle de la sensibilisation aux problématiques sanitaires des jeunes et de la structuration de la réponse dans un cadre pluridisciplinaire et partenarial.

#### Hypothèses liées à l'évaluation

- Si les hypothèses de l'expérimentation sont valides, alors on doit percevoir dans les évolutions des comportements des jeunes une tendance à prendre conscience de l'importance de la santé, entamer des démarches de soins, éviter ou diminuer les comportements à risque.

- Malgré la brièveté de la période d'observation (quelques mois à une année), des évolutions doivent être perceptibles, eu égard au déploiement important des actions et des moyens du programme expérimental.
- Les caractéristiques sociales des publics étant différentes, on doit percevoir des différences dans leurs perceptions et leur gestion de la santé ; ainsi devrait-on voir des lignes de partages entre :
  - les apprentis et les stagiaires,
  - les filles et les garçons,
  - les plus jeunes et les plus proches de la maturité adulte,
  - les jeunes vivant avec leurs deux parents et les autres,
  - ceux qui ont les plus bas niveaux de formation et les plus hauts niveaux (même si nous savons que nous n'aurons pas de jeunes de niveaux supérieur à IV) et
  - sans préjuger du sens et de l'intensité des différences les jeunes résidant en Corse du Sud et ceux résidant en Haute Corse.

### **3) Aspects méthodologiques et principaux résultats**

Afin de pouvoir tester ces hypothèses, il nous fallait :

- comparer les jeunes bénéficiaires de l'expérimentation (groupe Cible) à un groupe Témoin, aux caractéristiques les plus proches possibles,
- comparer la situation des jeunes du groupe Cible au début et à la fin de l'expérimentation,
- intégrer l'évaluation de la mise en oeuvre du programme, tant en interne chez le porteur, qu'en externe dans ses relations avec les partenaires, les prestataires et l'ensemble des acteurs institutionnels,
- recueillir les perceptions et analyses de toutes les catégories d'acteurs impliqués, des jeunes aux professionnels.

Les principaux résultats confirment :

- la faible attention portée par les jeunes à leur état de santé, quand il s'agit de la faire spontanément,
- l'évolution des perceptions des jeunes dans le sens d'une plus grande conscience de l'importance de la santé,
- le sentiment de l'utilité des actions collectives, plus que de l'action individuelle de Bilan Santé Social,
- la difficulté pour les jeunes de passer rapidement de la prise de conscience à la démarche (de soin, de réflexion sur leurs propres addictions),
- l'implication insuffisante des partenaires, qui n'a sans doute pas permis d'obtenir de meilleurs résultats concrets auprès des jeunes,
- le manque prégnant de traçabilité des parcours de santé des jeunes, qui ne permet, ni de savoir s'ils observent les prescriptions et les orientations, ni de pouvoir les relancer s'ils omettent de le faire.



# **PREMIERE PARTIE : L'EXPERIMENTATION**

## **Chapitre 1. Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée**

**1) L'objectif de l'expérimentation** est – dans une logique d'accompagnement - de créer les conditions de l'insertion sociale des individus les plus éloignés de la qualification. Il a pour finalité - dans un principe d'équité - d'intégrer les publics 16-25 ans en formation aux différents dispositifs de droits communs pour :

- améliorer l'accès à l'information,
- améliorer le taux et la qualité du recours aux soins généralistes
- améliorer le taux et la qualité des moyens d'accueil et d'écoute des jeunes en souffrance psychologique ainsi que le recours aux soins de santé mentale
- améliorer le nombre et la qualité des actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes et avec les jeunes
- favoriser une meilleure coordination des moyens opérationnels des réseaux de santé publique et médico-sociaux.

**Il convient de préciser que le projet n'était pas d'expérimenter un mode nouveau d'intervention auprès des jeunes (déjà utilisé par le porteur), mais d'envisager les conditions de sa reproductibilité** (essaimage et transférabilité).

**2) Le public cible** est constitué par les jeunes de moins de 25 ans relevant de dispositifs de droit commun de la formation professionnelle définis dans le cadre du plan régional de formation sous l'égide de la Collectivité Territoriale de Corse. Le dispositif concerne uniquement les jeunes identifiés par le CRIJ de Corse comme relevant d'une part de l'apprentissage (1<sup>ère</sup> Année CAP), d'autre part des plates-formes d'insertion (stagiaires de la Formation Professionnelle).

**3) Les actions proposées** sont de trois types :

- Une action individuelle, prenant la forme d'un Bilan Santé Social et pouvant déboucher sur une orientation vers des professionnels de santé et/ou un accompagnement personnalisé.
- Des actions collectives de sensibilisation des jeunes aux problématiques de santé : Sexualité et IST, Addictions, Santé mentale et estime de soi, Nutrition, Cyber-Prévention (Internet, Téléphonie).
- Des actions en direction des professionnels : réseau de santé mentale et équipes mobiles pluridisciplinaire.

**4) Les modifications techniques** opérées dans le cadre du Plan Régional de Formation Professionnelle 2010/2011 mis en œuvre par la Collectivité Territoriale de Corse ont eu une incidence sur le calendrier d'exécution des différentes phases de l'expérimentation. Les formations étant plus longues que les années précédentes, cette modification affecte principalement le planning des actions collectives. A contrario la mission d'Accompagnement Individuel vers les Droits Sociaux et les Soins (action individuelle) a bien débuté conformément à l'échéancier fixé.



## Chapitre 2. Objectifs et modalités de l'évaluation

### I/ Problématique et méthodologie mise en œuvre

#### 1) Problématique et objectifs de l'évaluation

Il s'agit d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement de jeunes dans une démarche de sensibilisation à l'importance d'être en bonne santé et en quoi :

- ils évoluent dans leurs représentations du corps et de la santé,
- ils s'inscrivent dans une démarche de soins
- ils acceptent de contracter une couverture sociale,
- ils acceptent de suivre les prescriptions après le bilan de santé (stagiaires) ou la visite médicale d'embauche (apprentis)
- ils demandent à bénéficier d'un accompagnement individuel,
- ils participent aux actions collectives,
- ils sont mieux protégés des risques de rupture sociale.

#### 2) Méthodologie

##### a) Contenu prévu

a1) Evaluation comparative conforme à la démarche expérimentale, avec :

- Un **groupe Cible de 500 jeunes** bénéficiaires d'un accompagnement individuel et/ou collectif, dont 100 inscrits en stage d'insertion professionnelle et 400 en première année d'apprentissage (représentant 25 % des publics concernés par l'expérimentation)
- Un premier **groupe témoin de 250 jeunes** en stage de formation ou en cours d'apprentissage, ayant passé un bilan de santé
- Un second **groupe témoin de 250 jeunes** en stage de formation ou en cours d'apprentissage, n'ayant pas passé un bilan de santé.

L'évaluation porte sur les résultats en lien avec les objectifs :

- la compréhension de et l'adhésion à la sensibilisation à la démarche de soin et aux comportements favorables à l'épanouissement du corps et de l'esprit,
- l'assiduité pendant les actions collectives,
- la sollicitation d'un accompagnement individuel,

- l'élaboration d'un projet de soins,
- l'accès à la couverture sociale,
- l'ouverture, plus globale, des droits sociaux,
- l'acceptation et le suivi des orientations vers des partenaires (des champs médical et social)
- l'évolution de l'état de santé entre le début et la fin de l'expérimentation
- l'évolution des pratiques à risques (sexualité, défaut de vaccination, addiction avec et sans produit, crise suicidaire, malnutrition).

On se propose d'établir une typologie de jeunes en fonction du croisement de ces résultats.

a2) L'évaluation porte également sur :

- les modalités d'accompagnement, mises en œuvre par le porteur de projet
- l'adhésion et la participation des partenaires techniques
- les modalités et les résultats de l'instauration des référents pour chaque jeune
- les synergies entre les principaux partenaires du projet (la mise en commun des informations et la construction de démarches communes, le conventionnement, les équipes mobiles)
- l'amélioration des pratiques professionnelles (individuelles et collectives) des intervenants (porteur et partenaires).

On mettra enfin les résultats auprès des jeunes en regard :

- des besoins identifiés lors des bilans de santé,
- des modalités d'accompagnement.

## **b) Méthode**

### • Volet quantitatif

- Exploitation de fiches individuelles de liaison, remplies principalement par les jeunes et complétées par les intervenants du porteur de projet, pour le Groupe Cible.
- Exploitation de questionnaires fermés destinés aux partenaires.

### • Volet qualitatif

- Entretien semi ouvert avec 20 % des jeunes du Groupe Cible, tirés au sort, soit 100 jeunes
- Entretien semi ouvert avec 10 % des jeunes des deux groupes Témoin, tirés au sort, soit au total 50 jeunes
- Entretien semi ouvert avec les animateurs Santé du CRIJ

- Entretien semi ouvert avec 12 partenaires techniques, choisis par l'évaluateur et le porteur en fonction de leur place dans le dispositif (sur un total de 30 professionnels)
- Exploitation de Fiches – Actions à renseigner par les animateurs Santé et la totalité des partenaires techniques.

### **c) Outils de l'analyse quantitative**

Utilisation des logiciels de traitement des données SPSS et SAS.

### **d) Démarche effectivement réalisée**

Les jeunes du groupe Cible ont bénéficié du premier Bilan Santé Social (dans une proportion de 458 / 500, soit 92 %), dont la fiche de recueil de données devait servir à l'approche de la « situation initiale » du groupe Cible.

Trois types de difficultés rencontrées par le porteur ont impacté négativement la réalisation de l'évaluation, notamment en matière d'accessibilité au groupe Témoin et de passage du second Bilan Santé Social prévu pour les jeunes du groupe Cible (servant à l'appréciation de l'évolution des représentations et des comportements des jeunes après un an d'expérimentation) :

- le refus de la Mission locale (malgré un accord verbal en amont du projet) de « fournir » les jeunes du groupe Témoin, au motif que la démarche expérimentale est discriminante pour les publics constituant le groupe Témoin ;
- la rotation forte du personnel du porteur sur l'antenne de Corse du Sud, qui n'a pas permis de faire bénéficier de l'expérimentation suffisamment de jeunes ;
- les problèmes internes de gouvernance de la structure, qui n'ont pas permis de programmer suffisamment de réunions du comité de pilotage, ont conduit certains partenaires à se mettre sur la réserve (ceux-ci n'ont donc pas retourné le questionnaire à l'évaluateur) et ont mobilisé une partie de l'énergie des salariés ailleurs que sur l'expérimentation.

Pour faire face à ces difficultés, nous avons pris les options suivantes :

- Remplacer les jeunes inscrits à la Mission locale, par d'autres jeunes inscrits dans les mêmes dispositifs d'insertion que le groupe Cible (stagiaires de la formation professionnelle et apprentis), mais n'étant pas inclus dans l'expérimentation, du fait du non accès ou du refus de participer au Bilan Santé Social proposé par le porteur ; avec pour effet de ne pas pouvoir atteindre l'effectif prévu pour le groupe Témoin (en raison des deux autres types de difficulté).
- Maintenir le nombre initial d'entretiens avec les jeunes des groupes Cible et Témoin et donc interroger un pourcentage plus élevé de jeunes que le prévisionnel, à savoir :
  - pour le groupe Cible : 100/458, soit 22 % (contre 20 % prévus) ;
  - pour le groupe Témoin : 50/190, soit 26 % (contre 10 % prévus).
- Interroger par entretiens tous les partenaires qui l'acceptaient (sans procéder donc à un tirage au sort).

On trouvera en Annexe l'état des supports d'enquête (questionnaires et entretiens) renseignés.

#### **e) Le rôle du porteur en matière d'évaluation**

Le porteur avait ses propres outils (questionnaire de Bilan Santé Social, enquête de satisfaction auprès des jeunes à l'issue des séances d'actions collectives). Il a aussi contribué à la démarche de l'évaluateur en :

- faisant passer ces questionnaires que l'évaluateur a utilisé, après y avoir introduit quelques questions supplémentaires,
- réalisant une partie de l'analyse statistique des données, puisqu'il disposait de ces questionnaires et de l'appareil statistique adéquat,
- recueillant l'accord des jeunes pour un entretien avec l'évaluateur,
- transmettant les coordonnées de jeunes afin qu'ils soient contactés par l'évaluateur,
- transmettant la liste et les coordonnées des partenaires et des prestataires,
- communiquant les bilans d'activité des années antérieures et des actions concernant l'année d'expérimentation.

## **f) Les limites du protocole d'évaluation**

Nous en identifions cinq :

- Le fort taux d'attrition entre le premier et le deuxième questionnaire destiné aux jeunes du groupe Cible, pour les raisons évoquées supra, et bien qu'indépendantes de la volonté de l'évaluateur.
- L'insuffisance quantitative du groupe Témoin (pour les mêmes raisons), qui relativise la comparaison avec le groupe Cible.
- La participation moyenne des partenaires et prestataires à l'évaluation (questionnaires notamment).
- Les réponses peu développées des jeunes lors des entretiens, malgré l'insistance de l'enquêtrice.
- La durée de l'observation (une année), insuffisante pour saisir des évolutions sur des comportements et des pratiques ancrés de longue date, mais la volatilité des jeunes aurait largement hypothéqué la traçabilité permettant de les contacter ne serait-ce que deux ans après (exemple : le taux de numéros de téléphone invalides entre le début de l'expérimentation et l'entretien individuel, donc en quelques mois, approche les 30 %).

## **II / Validité interne**

### **1) Comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin**

Il est rappelé que les jeunes du groupe Témoin sont devenus par la force des choses (voir les difficultés évoquées supra) relativement proches des profils du groupe Cible, car ils ont été repérés soit dans les mêmes structures (centres de formation, pour les stagiaires), soit dans des structures identiques (autres centres des mêmes bassins d'emploi, pour les apprentis).

a) **Tableau de validité interne**

Sélection des deux groupes	Mode de sélection	Tirage aléatoire
	Unité de sélection	Jeune bénéficiaire
	Critères de sélection	Chronologie d'entrée dans l'expérimentation pour le groupe * Cible (une date limite a été fixée, afin d'avoir une durée d'observation suffisante).  * Jeunes acceptant de répondre à un questionnaire du porteur pour le groupe Témoin
Comparabilité des groupes	Au démarrage de l'expérimentation	Taille du groupe Témoin insuffisante, mais les résultats, bien que limitant le nombre de liens statistiques significatifs, se trouvent ne pas invalider la comparaison
	Taux de réponse et attrition différentiels	Taux de réponse du groupe Cible : 92 % Taux de réponse du groupe Témoin : 38 % Taux d'attrition entre deux enquêtes auprès du groupe Cible : 72 %

Le fort taux d'attrition entre les deux enquêtes auprès du groupe Cible, expliqué en partie par les difficultés internes du porteur en cours d'expérimentation, a aussi été généré par le fait que les stagiaires avaient terminé leur formation lors de la deuxième enquête<sup>1</sup> et que les apprentis connaissent un taux d'abandon élevé entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> année (30 % dans un CFA de Bastia).

<sup>1</sup> De plus, la fin de la convention en octobre, entre le CRIJ et la Collectivité Territoriale de Corse, ne donnait plus autorité au CRIJ pour réaliser les enquêtes auprès des jeunes stagiaires.

## Comparaison des profils du groupe Cible et du groupe Témoin

Deux observations générales peuvent être proposées :

- Le groupe Témoin étant composé de stagiaires (anciens ou actuels) et d'apprentis, de nombreuses caractéristiques socio-démographiques le situent « à mi-chemin » entre les apprentis et les stagiaires du groupe Cible. Ils sont aussi proches du groupe Cible de par leur situation à l'égard de la couverture sociale : tous ont une couverture et environ la moitié une couverture complète (assurance Maladie et mutuelle), que ce soit directement ou en position d'ayant droit de leurs parents.
- Par contre, au niveau des pratiques à risques (addictions, violence) et des perceptions de leur propre situation (état mental et psychique), les jeunes du groupe Témoin sont en situation plus défavorable.

## **2) Triangulation des données**

Les recoupements ont pris plusieurs formes :

- un second passage d'enquête à la fin de l'expérimentation pour le groupe Cible (quantitatif / quantitatif) ;
- des entretiens auprès des jeunes issus des groupes Cible et Témoin (qualitatif / quantitatif) ;
- des entretiens auprès des jeunes, des partenaires, des prestataires et des intervenants salariés du porteur (quantitatif / qualitatif) ;
- un recueil statistique de fréquentation des actions collectives par les jeunes, rapproché des entretiens avec les intervenants du porteur et les prestataires (quantitatif / qualitatif).

# **DEUXIEME PARTIE : ENSEIGNEMENTS DE POLITIQUE PUBLIQUE**

## **Chapitre 1. Résultats de l'évaluation**

### **I/ Les publics touchés par l'expérimentation**

#### **1) Caractéristiques des bénéficiaires de l'expérimentation**

Les publics ciblés sont ceux habituellement accueillis par le porteur, conformes aux publics visés au niveau du projet à savoir des stagiaires et des apprentis relevant du programme régional de formation professionnelle mis en oeuvre en octobre 2010. Il en va de même pour les publics définis pour les besoins spécifiques de l'évaluation.

Les démarches pour aller au devant des jeunes se sont matérialisées par un positionnement systématique du CRIJ en centre de formation à chaque démarrage de nouvelle action et auprès des sections CAP de première année lors des périodes de regroupement en CFA.

**Précision méthodologique : chaque fois que possible nous donnons les statistiques comparables au niveau national, via les résultats d'enquêtes réalisées dans le cadre de la Conférence biennale sur la santé des jeunes du 29/10/2009.**



## a) Les profils révélés par les tris à plat

A partir des tris à plat, on peut déterminer des caractéristiques communes et des caractéristiques spécifiques<sup>2</sup> :

### a1) Caractéristiques communes aux apprentis et aux stagiaires

- Parmi les lieux de naissance et les nationalités exogènes, la première origine est de loin le Maroc.
- Tous les jeunes ont une couverture sociale, plus ou moins complète, nous le verrons, ce qui leur permet d'entrevoir plus sereinement des soins si nécessaire.
- Les difficultés de logement concernent une infime minorité de ces jeunes.
- La moitié des jeunes ne prennent pas régulièrement le petit déjeuner.
- Ils ne sont jamais, ou rarement, inquiets (pour plus de 80 %) ou nerveux (75 %), proportions conformes aux moyennes nationales. Ils ne sentent pas manquer d'énergie (90 %).
- Ils consultent également un médecin généraliste (77 %, contre un peu plus de 80 % au niveau national pour les jeunes âgés de 23 ans) et des spécialistes (21 % en moyenne), différents du dentiste, du gynécologue ou du psychiatre.
- 40 % en moyenne fument régulièrement et autant n'ont jamais fumé.
- Les boissons alcoolisées sont quasi également consommées : un sur deux quelquefois et 5 à 6 % souvent. Environ 40 % sont abstinents. Les deux tiers n'ont jamais été ivres pendant les douze derniers mois, mais 10 % le sont une fois par mois (ou plus).
- Le principal produit toxique est, de loin, le cannabis, suivi de la cocaïne (suivant en cela la tendance nationale) ; les autres produits sont marginalement consommés.
- Les jeux vidéo concernent 55 % des jeunes, mais nous verrons que la durée d'usage est différente d'un groupe à l'autre. Par contre, ils sont unanimes pour déclarer que cela ne nuit, ni à leur vie sociale, ni à leur sommeil, ni à leur bonne humeur, voire à leur assiduité en formation.
- 80 % perçoivent leur santé comme bonne ou très bonne et moins d'un sur cent comme « pas bonne du tout » ; à comparer à la statistique nationale<sup>3</sup> indiquant 91 % (sur l'ensemble des jeunes quel que soit leur statut).
- Ils s'entendent bien avec leurs frères et soeurs (94 %).
- Au moins un jeune sur dix a eu à faire à la Justice (quel qu'en soit le motif).
- Le recours aux contraceptifs concerne plus de 80 % des jeunes.

---

<sup>2</sup> On trouvera en Annexe les tableaux statistiques exhaustifs

<sup>3</sup> Enquête DRESS publiée en 2009

## a2) Caractéristiques spécifiques

- Logiquement, le groupe des apprentis est plus masculin (71.7 %) que le groupe des stagiaires (57.9 %).
- Il en va de même pour l'âge : les moins de 18 ans représentent près des 2/3 des apprentis, contre bien moins d'1/3 pour les stagiaires.
- Les apprentis sont plus souvent nés en France (91.2 %) et de nationalité française (90.9 %) que les stagiaires, respectivement (82.7 %) et (79.9%).
- La cohabitation familiale est plus conforme au modèle de la famille mononucléaire chez les apprentis : 62.9 % de ces derniers vivent avec leur père et mère, contre 55.7 % des stagiaires ; ceux-ci ont plus tendance que les apprentis à vivre seuls ou dans des configurations atypiques (avec les grands parents, collatéraux des parents), ou encore en couple (ce qui se justifie par l'âge plus avancé).
- Les stagiaires ont des fratries plus nombreuses : 1/3 ont au moins trois frères et soeurs, contre 1/4 des apprentis.
- Les stagiaires ont des niveaux de formation plus élevés : 41.4 % de niveau V et 12.1 % de niveau IV ou supérieur, contre respectivement 29.7 et 11.4 % des apprentis. Il arrive que les apprentis ne soient pas à leur premier contrat (1 sur 8 a changé de filière).
- La couverture sociale dénote des configurations bien différentes : les apprentis ont une couverture plus complète (assurance maladie et mutuelle) : près de 75 %, contre 42 % des stagiaires. Ces derniers ont deux fois plus nombreux (12 %) à bénéficier de la CMU. Ils ont eu aussi deux fois plus besoin d'une aide sociale.
- Les apprentis s'adonnent plus souvent à une pratique sportive (53.3 %) contre 45.7 des stagiaires. Il en va de même de l'accès aux loisirs culturels : 93.7 % contre 75 %.
- La prise des repas est aussi discriminante : la prise régulière des petit déjeuner, déjeuner et dîner montre des différences de 10 points en faveur des apprentis, qui sont plus de 90 % à déjeuner ou dîner régulièrement et 66.7 pour le petit déjeuner.
- Les troubles du sommeil affectent plus souvent les stagiaires : 18 % se réveillent souvent pendant la nuit, contre 10 % des apprentis ; 23.6 % ont du mal à s'endormir, contre 17.5 % des apprentis.
- Les stagiaires sont plus souvent désespérés pour l'avenir (10 %), contre 2 % des apprentis.

- Ils consultent plus fréquemment un dentiste (58.6 % contre 44.8 et 50 % au niveau national pour l'ensemble des jeunes), mais aussi un psychologue ou psychiatre (7.4 % contre 2.5). Les filles stagiaires vont moins souvent chez le gynécologue (37.3 % contre 58.9). Les autres spécialistes consultés sont essentiellement les kinésithérapeutes, orthodontistes et ophtalmologistes pour les apprentis, et ophtalmologistes pour les stagiaires.
- Si les stagiaires sont moins nombreux à fumer régulièrement, le cas échéant ils sont des plus gros fumeurs : 10 % consomment un à deux paquets par jour, contre moins de 3 % des apprentis. Les premiers consomment nettement plus souvent des produits toxiques, au premier rang desquels le cannabis : 20 % des stagiaires contre 8 % des apprentis ; la cocaïne concerne 5 fois plus les stagiaires (5.7 %).
- Les jeux vidéo sont pratiqués pour des durées nettement supérieures chez les stagiaires : 36 % de ces derniers y passent de deux à quatre heures par jour (33 % des apprentis) et 12 % de cinq à huit heures (4.5 % des apprentis). Quelques stagiaires sautent même le repas pour jouer.
- Les apprentis se sentent plus souvent heureux (66.5 %) ou très heureux (26.9 %) que les stagiaires (respectivement 63.6 et 9.3). Ces derniers se sentent cinq fois plus souvent « pas heureux du tout ».
- Les apprentis s'entendent plus souvent bien avec leurs parents (92 %) que les stagiaires (88 % avec la mère, 82 % avec le père). Ils sont deux fois moins nombreux à avoir été bouleversés par un événement tragique (décès, séparation, maladie ou accident d'un proche) (10.8 %), ce qui dénote des conditions de vie sans doute plus favorables.
- Même si le suicide reste une attitude minoritaire chez l'ensemble des jeunes, les stagiaires y sont plus confrontés : près de 6 % y ont pensé (à 20 ans, au niveau national le taux est de 5 %) et près de 3 % ont fait une tentative, attitudes beaucoup plus rares chez les apprentis.
- Toutes formes de violences confondues, les apprentis se déclarent quasiment jamais victimes ou auteurs (moins de 1 % au cours de leur vie), à la différence des stagiaires dont 4 % se disent victimes et 9 % auteurs. De ce fait, au moins en partie, ces derniers ont eu plus souvent à faire à la Justice (15 %, contre moins de 10 % des apprentis).
- Les relations sexuelles concernent 86 % des apprentis et 75 % des stagiaires, alors que ces derniers ont une moyenne d'âge plus élevée : est-ce le signe de problématiques personnelles plus marquées ? Au niveau national, 92 % des jeunes de 20 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels.
- Même si les IVG représentent peu de cas, on notera que les stagiaires (4.7 %) sont deux fois plus concernés que les apprentis (2.1 %).
- Les problèmes perçus comme nécessitant une aide sont aussi révélateurs de l'intensité différente des difficultés : à l'exception du logement, de l'usage du tabac et de la sexualité, ils concernent beaucoup plus les stagiaires :
  - alimentation : 7 % des stagiaires contre 2 % des apprentis

- formation ou travail : 5 % contre moins de 2 %
- transport pour se rendre en formation : 11 % contre moins de 2 %
- usage de l'alcool : 2 % contre 0.3 %
- difficulté à se faire des amis : 2 % contre zéro
- avenir professionnel : 16.5 % contre zéro.

**Nous pouvons aisément constater que sur l'ensemble des variables testées, les stagiaires présentent des problématiques plus lourdes que les apprentis.**

### **b) Les problématiques complexes révélées par les tris croisés**

A partir des tris croisés, on peut déterminer des problématiques communes et des problématiques spécifiques. Mais tout d'abord, indiquons les variables indépendantes qui apparaissent les plus discriminantes ; dans l'ordre décroissant du nombre de liens significatifs (mesurés par le test du Khi-deux de Pearson). avec des variables dépendantes, nous avons :

- le département de domicile : 16 liens
- le sexe : 15
- le niveau de couverture sociale : 14
- le niveau d'études : 12
- l'âge : 10
- le mode de cohabitation : 8.

Très majoritairement, ces liens entre variables sont constatés dans les deux groupes de jeunes, ce qui accrédite leur fiabilité, au-delà des tests statistiques de corrélation effectués.

Dans les commentaires qui suivent, nous avons cependant éliminé les liens dont on peut supposer qu'ils reflètent plus une co-occurrence statistique qu'une véritable relation causale ; pour la même raison, nous avons également éliminé ceux portant sur des effectifs faibles de jeunes.

Précisons enfin que la taille des groupes (apprentis et stagiaires) étant différente et leur présence dans chacun des deux départements l'étant aussi, un biais peut intervenir dans certains croisements, accentuant les différences perceptibles entre ces deux populations.

## b1) Problématiques communes

- la pratique sportive est influencée par :
  - le département : 60 % des jeunes en Corse du sud, 40 % en Haute Corse
  - le sexe : 59 % des garçons apprentis et 62 % des garçons stagiaires, contre 39 % des filles apprenties et 24 % des filles stagiaires ; les apprentis (garçons et filles) obtiennent les mêmes scores que l'ensemble des jeunes au niveau national
- la facilité d'endormissement est influencée par :
  - l'âge : elle décroît avec l'âge : chez les apprentis, 71 % des 15/17 ans, 64 % des 18/20 ans et 56 % des 21 ans et plus ; chez les stagiaires, 68 % des 15/17 ans, 75 % des 18/20 ans et 32 % des 21 ans et plus
- la tendance à ne jamais se réveiller la nuit est influencée par :
  - le département : 55% des apprentis en Corse du sud, 89 % en Haute Corse ; 49 % des stagiaires en Corse du sud, 73 % en Haute Corse
  - le mode de cohabitation : les jeunes vivant avec leurs père et mère dorment mieux (76 % des apprentis et 69 % des stagiaires) que ceux vivant avec un parent seul (64 % des apprentis et 66 % des stagiaires)
  - l'âge : plus on est âgé, plus on se réveille
- le sentiment d'inquiétude est influencé par :
  - le département : près de la moitié des jeunes sont souvent inquiets en Corse du sud, contre moins de 10 % en Haute Corse
  - la couverture sociale : 63 % des apprentis couverts totalement, contre 98 % par la seule Assurance Maladie ne sont jamais inquiets ; la tendance est identique chez les stagiaires : respectivement 70 et 88 % (alors qu'on aurait pu attendre une influence inverse, la couverture sociale totale étant supposée induire moins d'inquiétude ...)
- le sentiment de déprime est influencé par :
  - le département : 25 à 30 % des jeunes se sentent déprimés en Corse du sud, contre 5 à 17 % en Haute Corse
- la visite chez les autres spécialistes que le dentiste et le gynécologue est influencée par :
  - le sexe : 20 % des garçons apprentis et 16 % des garçons stagiaires, contre 30 % des filles apprenties et 28 % des filles stagiaires
- l'usage de jeux vidéo est influencé par :
  - le sexe : 62 % des garçons apprentis et 73 % des garçons stagiaires, contre 36 % des filles apprenties et 31 % des filles stagiaires
  - l'âge : l'usage augmente avec l'âge : environ 45 % des 15/17 ans, 60 % des 18/20 ans et 55 à 65 % des 21 ans et plus
- la confrontation à la Justice est influencée par :
  - le département : 16 % des apprentis en Corse du sud, 1 % en Haute Corse ; 22 % des stagiaires en Corse du sud, 12 % en Haute Corse

- le sexe : 11 % des garçons apprentis et 21 % des garçons stagiaires, contre 7 % des filles apprenties et des filles stagiaires
- le niveau de formation : plus il est bas, plus on a eu à faire à la Justice (12 % des apprentis et 22 % des stagiaires des plus bas niveaux)
- le recours à la contraception est influencé par :
  - le département : 80 % des apprentis en Corse du sud, 97 % en Haute Corse ; 71 % des stagiaires en Corse du sud, 87 % en Haute Corse
  - le niveau d'étude : le recours augmente avec le niveau : de 82 à 97 %
- les variables subissant peu l'influence des situations sociales et sanitaires :
  - le suivi gynécologique
  - la nature des boissons alcoolisées consommées
  - l'intensité de l'entente avec les membres de la famille.

## b2) Problématiques spécifiques

- La visite chez le généraliste présente une situation contrastée d'un département à l'autre, en fonction du groupe considéré : les apprentis sont plus nombreux à l'avoir fait en Haute Corse (83 %) qu'en Corse du sud (73 %), à l'inverse des stagiaires : 72 % en Haute Corse et 84 % en Corse du sud.
- Il en va presque de même de la visite chez le dentiste : les apprentis sont aussi nombreux que les stagiaires à l'avoir fait en Haute Corse (55 %), mais ils sont bien moins nombreux que les stagiaires en Corse du sud (37 % contre 67).
- Ou encore de la consommation d'alcool : les apprentis sont aussi nombreux dans les deux départements à ne boire jamais (autour de 40 %), alors que chez les stagiaires on relève une différence départementale : 39 % en Corse du sud, contre 62 % en Haute Corse déclarent leur abstinence.
- Les jeux vidéo : les apprentis sont plus nombreux à s'y adonner en Corse du sud (60 %) qu'en Haute Corse (46 %), à l'inverse des stagiaires : 42 % en Corse du sud et 61 % en Haute Corse.

D'une manière générale, même lorsque les tendances sont comparables entre les deux groupes, les situations sont souvent plus marquées (défavorablement) chez les stagiaires, comme,

- la tendance à se réveiller la nuit et à s'endormir difficilement
- la faible pratique sportive des filles
- le sentiment de déprime
- la visite chez des médecins spécialistes
- la confrontation à la Justice
- le recours à la contraception.

b3) Problématiques relevées seulement chez les apprentis (en raison de l'effectif trop faible des stagiaires)

- la pratique sportive est influencée par :
  - la couverture sociale : 57 % des apprentis couverts totalement, contre 41 % par la seule Assurance Maladie
  - l'âge : la pratique sportive augmente avec l'âge : 44 % des 15/17 ans, 62 % des 18/20 ans et 74 % des 21 ans et plus
- la prise régulière du petit déjeuner est influencée par :
  - le sexe : 72 % des garçons et 52 % des filles
  - le niveau d'étude : 60 % des niveaux VI et Vbis, 76 % des niveaux V et 78 % des niveaux égaux ou supérieurs à IV
- le grignotage pendant la journée est influencé par :
  - le département : 33 % des apprentis en Corse du sud, 68 %, en Haute Corse
- la facilité d'endormissement est influencée par :
  - le département : 58 % des jeunes en Corse du sud, 83 %, en Haute Corse n'ont jamais de difficulté
  - le sexe : 73 % des garçons, 57 % des filles
- la tendance à ne jamais se réveiller la nuit est influencée par :
  - le sexe : 74 % des garçons, 58 % des filles
- le sentiment d'inquiétude est influencé par :
  - le mode de cohabitation : les jeunes vivant avec leurs père et mère sont moins souvent inquiets (77 %) que ceux vivant avec un parent seul (72 %) ou avec d'autres personnes (53 %)
  - le niveau d'étude : 77 % des niveaux VI et Vbis, 66 % des niveaux V et 67% des niveaux égaux ou supérieurs à IV, ne sont jamais inquiets, comme si les jeunes d'un certain niveau étaient plus conscients des difficultés de la vie en général
- le sentiment de déprime est influencé par :
  - le sexe : 89 % des garçons et 73 % des filles ne se sentent jamais déprimés ; donc 11 % des garçons et 27 % des filles ont ce sentiment ; au niveau national la prévalence des épisodes dépressifs majeurs s'établit respectivement à 8 et 19 %
  - la couverture sociale : 81 % des apprentis couverts totalement, contre 95 % par la seule Assurance Maladie ne se sentent jamais déprimés (mais comment interpréter ce résultat au-delà d'une simple coïncidence statistique ?)
- la visite chez le généraliste est influencée par :
  - le sexe : 74 % des garçons, 86 % des filles
  - le niveau d'étude : 73 % des niveaux VI et Vbis, 83 % des niveaux V et des niveaux égaux ou supérieurs à IV

- la visite chez le dentiste est influencée par :
  - le sexe : 40 % des garçons, 59 % des filles
  - la couverture sociale : 39 % des apprentis couverts totalement, contre 59 % par la seule Assurance Maladie (alors qu'on aurait pu attendre une influence inverse)
- la visite chez les autres spécialistes est influencée par :
  - le département : 19 % des apprentis en Corse du sud, 27 % en Haute Corse
  - le niveau d'étude : 20 % des niveaux VI et Vbis, 21 % des niveaux V et 39 % des niveaux égaux ou supérieurs à IV
  - la couverture sociale : 19 % des apprentis couverts totalement, contre 30 % par la seule Assurance Maladie (même observation que ci-dessus)
- la consommation régulière de tabac est influencée par :
  - le département : 50 % des apprentis en Corse du sud, 35 % en Haute Corse
  - le sexe : 41 % des garçons, 49 % des filles ; au niveau national et pour l'ensemble des jeunes, nous avons 42 % des garçons et « seulement » 36 % des filles
- la consommation d'alcool est influencée par :
  - le sexe : 38 % des garçons, 52 % des filles sont abstinents ; au niveau national, nous avons 19 % des garçons et 36 % des filles, ce qui semblerait indiquer que les jeunes corses ont plus sobres que la moyenne nationale (cette dernière étant elle-même inférieure à la moyenne européenne) ; 51 % des premiers et 72 % des seconds n'ont jamais été ivres de leur vie ; 18 % des garçons et 6 % des filles l'ont été au moins une dizaine de fois
  - le mode de cohabitation : les jeunes vivant avec leurs père et mère sont plus souvent abstinents (51 %) que ceux vivant avec un parent seul (29 %) ; 63 % des premiers et 48 % des seconds n'ont jamais été ivres ; les jeunes vivant avec un parent seul ont tendance à l'être plus souvent (cette dernière caractéristique est aussi valable chez les stagiaires)
- la consommation de cannabis (produit toxique le plus prisé) est influencée par :
  - le département : 12 % des apprentis en Corse du sud, 3 % en Haute Corse, en ont déjà consommé
  - l'âge : l'usage augmente avec l'âge : 5 % des 15/17 ans, 14 % des 18/20 ans et 15 % des 21 ans et plus



#### b4) Quelques problématiques relevées cependant chez les stagiaires

- l'influence du mode de cohabitation sur :
  - les difficultés d'endormissement (moins prégnantes quand on vit chez son père et sa mère)
  - la consommation de cannabis (plus forte quand on vit avec un parent seul)
  - la consommation d'alcool (également, plus fréquente quand on vit avec un parent seul)
  - la couverture Maladie, d'autant plus complète que l'on vit avec ses deux parents
- l'influence du niveau d'études sur la consommation de tabac : plus il est bas, plus les jeunes sont nombreux à fumer régulièrement ; et l'influence de l'âge : l'addiction décroît quand l'âge augmente
- les liens entre les troubles du sommeil et les consommations de produits : ceux qui fument régulièrement et consomment de l'alcool sont plus nombreux à connaître des difficultés d'endormissement et à se réveiller la nuit
- la perception de problème d'avenir concernant la moitié des stagiaires de Corse du Sud, contre aucun de Haute Corse.

Les différences entre les statistiques départementales sont dues semble-t-il aux différences objectives de certains facteurs économiques et sociaux et démographiques<sup>4</sup>, et au mode de passation des questionnaires et plus généralement à la conception du rôle de l'animateur dans la phase de recueil des données.

Dans cet exemple, le tableau suivant donne les situations en fonction de leur caractère plus ou moins marqué d'un département à l'autre :

<b>Variables</b>	<b>Corse du sud</b>	<b>Haute Corse</b>
Pratique sportive	Plus	Moins
Réveil la nuit	Plus	Moins
Sentiment d'inquiétude	Plus	Moins
Déprime	Plus	Moins
Confrontation avec Justice	Plus	Moins
Moyens contraceptifs	Moins	Plus
Grignotage pendant la journée	Moins	Plus
Facilité à s'endormir	Moins	Plus
Visite chez les médecins spécialistes	Moins	Plus
Consommation de tabac	Plus	Moins
Consommation de cannabis	Plus	Moins

<sup>4</sup> Ainsi, la mobilité résidentielle dans le sens Continent – Corse se fixerait davantage en Corse du Sud, modifiant la composition de la population

**L'intensité différente des difficultés indique clairement des conditions de vie nettement plus détériorées pour les stagiaires.**

## **2) Adhésion du public ciblé au dispositif**

L'accompagnement du CRIJ a été proposé à 1/5 des apprentis et 1/3 des stagiaires, confirmant d'une certaine manière la différence dans l'acuité des problématiques et/ou dans la proportion de jeunes concernés.

La tendance générale (et identique pour les deux publics, apprentis et stagiaires) est à accepter la proposition pour la moitié des jeunes et donc la refuser pour l'autre moitié. Les raisons supposées du refus d'accompagnement apparaissent à l'occasion des entretiens d'évaluation, dont les enseignements sont détaillés ci-après ; elles sont probablement à trouver dans le manque de conscience de l'importance de la santé et/ou le manque de confiance aux institutions censées la prendre en charge.

### **a) Entretiens avec les jeunes du groupe Cible**

Il convient tout d'abord de noter la grande difficulté rencontrée pour contacter les jeunes, alors même que le porteur s'était assuré de leur accord pour passer un entretien avec l'évaluateur, difficulté révélée par le tableau ci-dessous :

En nombre	Cible						Témoïn			Ensemble	
	Apprentis			Stagiaires			Total	2A	2B		Total
	2A	2B	Total	2A	2B	Total					
Entretiens prévus	25	25	50	25	25	50	100	25	25	50	150
Entretiens réalisés	23	29	52	16	20	36	88	13	35	48	<b>136</b>
Coordonnée invalide	7	4	11	10	15	25	36	7	11	18	<b>54</b>
Injoignable	9	45	54	10	16	26	80	2	12	14	<b>94</b>
Refus	6	4	10	4	12	16	26	3	11	14	<b>40</b>
Total Rejet	22	53	75	24	43	67	142	12	34	46	<b>188</b>
<b>% Réalisé/Prévu</b>	<b>92</b>	<b>116</b>	<b>104</b>	<b>64</b>	<b>80</b>	<b>72</b>	<b>88</b>	<b>52</b>	<b>140</b>	<b>96</b>	<b>91</b>

Cette difficulté de contact est probablement liée à quatre facteurs (que l'on a pu vérifiés « en creux » lors des entretiens et des refus d'échanger avec l'évaluateur :

- une certaine volatilité des jeunes : sortis d'un système (exemple : le stage de formation ou l'année d'apprentissage), ils disent être passés à autre chose, ont du mal à se souvenir des actions auxquelles ils ont participé ;
- une certaine distance par rapport à leur santé, affirmant le plus souvent, soit être en bonne santé, soit ne pas souhaiter s'en préoccuper par crainte de découvrir « quelque chose de nocif » ;
- une difficulté à identifier le porteur (CRIJ) et à faire le lien entre les différentes actions (individuelles et collectives, internes au CRIJ ou externes), d'autant que la plupart de ces actions ont eu lieu hors des locaux du CRIJ (lieux de formation, centre d'examen de santé) ; ce que confirme le chef de projet du porteur en relevant le caractère aléatoire de l'identification compte tenu de la multiplicité des acteurs intervenant auprès de ce public ;
- une méfiance à l'égard des « institutions », à la quelle l'évaluateur se recommandant du CRIJ n'a pas échappé.

### **b) Les éléments globaux marquant**

- Seuls 4 jeunes sur 10 disent connaître le CRIJ et parmi eux la majorité ne savent pas en parler. Cela peut surprendre compte tenu du fait que tous les jeunes interrogés on déjà eu à faire au CRIJ, au moins une fois ; cela renvoie à ce que nous relevions supra quant à la difficulté d'identification des acteurs institutionnels et des actions proposées. Ainsi, seulement 1 jeune sur 3 conseillerait à ses amis de se rendre au CRIJ. Quand le CRIJ est connu, c'est par l'intermédiaire de leur lieu de formation ou par le bouche à oreille, plus rarement dans le cadre d'une démarche spontanée.
- Seul 1 jeune sur 10 indique que le porteur lui a fait une proposition, alors que les fiches individuelles remplies par le porteur indiquent une proportion variant d'1/5 (pour les apprentis) à 1/3 (pour les stagiaires). Il s'avère donc que, à tout le moins, les jeunes aient eu tendance à oublier leur entretien avec le CRIJ.
- Les jeunes ont par contre un meilleur souvenir des actions collectives<sup>5</sup>, puisque 8 sur 10 déclarent y avoir participé ; les autres n'y ont pas participé ou ne s'en souviennent pas. Le cas échéant, elles ont provoqué une évolution de leur réflexion chez 1 participant sur 5 et 1 sur 7 affirme spontanément leur utilité ; de même, le Bilan Santé Social (c'est-à-dire l'action individuelle) a fait évoluer la réflexion chez 4 jeunes sur 10. Enfin, 1 jeune sur 3 a entrepris une démarche de soin. Ces proportions peuvent être interprétées de deux façons : soit, elles indiquent une relative

---

<sup>5</sup> Actions collectives : Sexualité et IST, Santé mentale et estime de soi, Nutrition, Addiction, Cyber-prévention

modestie de l'impact du projet expérimental ; soit elles sont à nuancer par deux autres facteurs, le sentiment d'être en bonne santé et la conscience antérieure de l'importance de la santé.

- Cette conscience toute relative de l'importance de la santé se lit aussi dans le fait que peu de jeunes (1 sur 5) ont parlé des actions du CRIJ avec leurs parents ; ce qui ne les empêche pas de conseiller à leurs amis (2 jeunes sur 3) de se faire soigner si nécessaire. Pour 1 jeune sur 5, les actions ont eu (ou vont avoir) un impact sur leur projet de vie, dans le sens d'une plus grande socialisation et/ou de l'affirmation de la volonté de se prendre en charge.
- Un jeune sur 6 déclare avoir un comportement à risque : il s'agit très majoritairement de l'addiction (surtout au tabac, confirmant ainsi les résultats des questionnaires) ; moins de la moitié des jeunes concernés ont entrepris une démarche pour y remédier.

### c) Les différences

#### c1) Les différences entre les départements

Plus en Corse du Sud	Plus en Haute Corse
Connaissance du CRIJ Connaissance par le centre de formation Conseils aux amis d'aller au CRIJ	Connaissance par le bouche à oreille
	Participation aux actions collectives
Evolution de la réflexion sur la santé	Démarche de soin

#### c2) Les différences entre les apprentis et les stagiaires

Plus chez les apprentis	Plus chez les stagiaires
	Connaissance du CRIJ Connaissance par le centre de formation Conseils aux amis d'aller au CRIJ
Participation aux actions collectives	
Evolution de la réflexion sur la santé	
Démarche de soin	

### C3) Les différences entre les filles et les garçons

Plus chez les filles	Plus chez les garçons
Connaissance du CRIJ Conseils aux amis d'aller au CRIJ	Connaissance par le centre de formation
	Participation aux actions collectives

#### **d) Comparaison avec les jeunes du groupe Témoin**

Les questionnaires réalisés par le CRIJ et les entretiens d'évaluation permettent de fixer les idées sur les caractéristiques du public jeune.

En ce qui concerne les questionnaires, une grande partie des tendances relevées à l'endroit du groupe Cible confirment la proximité des problématiques avec les jeunes du groupe Témoin ; certaines ont une portée générale (concernant les deux catégories du groupe Cible, Apprentis et Stagiaires), d'autres montrent une plus grande proximité du groupe Témoin avec soit les Apprentis, soit les Stagiaires du groupe Cible.

Nous pouvons alors énoncer ces caractéristiques communes entre les jeunes des deux groupes :

- la facilité d'endormissement, influencée par :
  - l'âge : elle décroît avec l'âge
  - la consommation d'alcool : elle défavorise l'endormissement
- la tendance à ne jamais se réveiller la nuit, influencée par :
  - le département : plus marquée en Haute Corse qu'en Corse du Sud
  - le mode de cohabitation : les jeunes vivant avec leurs père et mère dorment mieux que ceux vivant avec un parent seul
  - l'âge : plus on est âgé, plus on se réveille
  - le sexe : les garçons dorment mieux que les filles
- le sentiment d'inquiétude, influencé par :
  - l'âge : il augmente avec l'âge
- le sentiment de déprime est influencé par :
  - le sexe : les filles se sentent plus souvent déprimées que les garçons
- le grignotage entre les repas, influencé par :
  - le département : on grignote plus souvent en Corse du Sud
- la consommation de tabac et d'alcool, influencée par :
  - le sexe : les garçons ont tendance à plus consommer de l'alcool, les filles à plus fumer
  - le niveau d'études pour le tabac : les jeunes des plus bas niveaux fument plus que les autres

- la consommation de cannabis (drogue majoritaire chez les consommateurs de stupéfiants), influencée par :
  - l'âge : elle augmente avec l'âge
  - le mode de cohabitation : ceux qui vivent avec un parent seul consomment plus que ceux qui vivent avec leurs deux parents
- la visite chez les autres spécialistes que le dentiste et le gynécologue, influencée par :
  - l'âge : elle augmente avec l'âge
  - le niveau d'études : elle augmente avec le niveau d'études
- l'usage de jeux vidéo, influencé par :
  - le sexe : les garçons jouent plus que les filles
- la confrontation à la Justice est influencée par :
  - le département : elle est plus fréquente en Corse du sud
  - le sexe : elle concerne beaucoup plus les garçons que les filles
  - le niveau de formation : plus il est bas, plus on a eu à faire à la Justice
- le recours à la contraception est influencé par :
  - le département : 80 % des apprentis en Corse du sud, 97 % en Haute Corse ; 71 % des stagiaires en Corse du sud, 87 % en Haute Corse
  - le niveau d'étude : le recours augmente avec le niveau : de 82 à 97 %
- les variables subissant peu l'influence des situations sociales :
  - le suivi médical par le généraliste et le dentiste, que l'on peut renvoyer au fait que tous les jeunes testés ont une couverture médicale, même si pour la moitié elle est incomplète (absence de mutuelle)
  - le suivi gynécologique
  - la nature des boissons alcoolisées consommées
  - l'intensité de l'entente avec les membres de la famille.

En ce qui concerne les entretiens, nous constatons qu'il n'y a pas de différence entre le groupe Cible et le groupe Témoin, quant à la mé(connaissance) du CRIJ et à la (faible) préoccupation à l'égard de la santé. La non fréquentation du CRIJ par les jeunes du groupe Témoin est expliquée par le fait qu'ils n'y pensent pas, surtout qu'ils n'en ont pas le temps ou qu'ils n'en éprouvent pas le besoin.

Au chapitre des différences, nous noterons :

- La tendance à entreprendre des démarches de soins plus importante dans le groupe Témoin, alors qu'on aurait pu attendre l'inverse ; nous expliquons cette « anomalie », d'une part, par le fait que les jeunes du groupe Témoin sont globalement dans une situation de morbidité plus prononcée, générant une démarche de soin plus fréquente ; d'autre part par le fait que la proximité de la participation aux actions du CRIJ n'a pas encore permis aux jeunes du groupe Cible de voir leur réflexion suffisamment évoluer pour envisager le soin.

- La passation d'un bilan de santé, systématique pour le groupe Cible (dont c'était une condition), mais concernant tout de même les  $\frac{3}{4}$  des jeunes du groupe Témoin (dont une partie, en apprentissage sont tenus de passer la visite médicale d'embauche).
- Les comportements à risque, déclarés deux fois plus par les jeunes du groupe Témoin.

## **II/ Les effets du dispositif expérimenté**

### **1) Effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire**

#### **a) Effets perçus par les jeunes**

- Les effets directs, nous l'avons vu, ne peuvent pas être tous perçus quelques mois après la fin de l'expérimentation, tant les comportements à l'égard de la santé participent de tendances lourdes que seule une étude longitudinale sur plusieurs années pourrait vérifier. Cependant, nous avons relevé des effets en matière de :
  - Evolution de la réflexion quant à l'importance de l'attention portée à sa personne.
  - Tendance à envisager plus facilement une démarche de soin si nécessaire.
  - Prise de conscience et amorce d'une réflexion sur les addictions, notamment celle concernant le tabac.
- Les effets indirects (induits, non recherchés ou anticipés) concernent le fait de conseiller à des amis de se soigner.

#### **b) Effets perçus par les intervenants**

- Les problématiques des jeunes en Corse du sud :
  - la santé mentale,
  - le dépistage des IST semble rentré dans les mœurs, les jeunes n'y sont plus opposés.
- L'action « Estime de soi » a été bien appréciée par le CFA d'Ajaccio.
- En Haute Corse, les plus fortes problématiques concernent la tabagie, sachant de plus que cela représente une grosse partie de la rémunération des

jeunes (jusqu'à 50 % pour certains, calcul que les jeunes sont invités à faire sur le long terme). Il y a finalement peu de toxicomanie lourde (au-delà du cannabis).

- Les difficultés sociales sont prégnantes, surtout chez les stagiaires en insertion, qui rendent compliqués la mise en perspective et le projet professionnel.
- Les problèmes psychiques n'ont pas de solutions à court terme (délai important d'attente aux CMP). Cependant RESADO propose 4 à 8 séances de dépistage et de début de prise en charge, par des psychiatres libéraux (financement par l'ARS depuis 2011).
- En Haute Corse, on relève 40 % d'absentéisme au bilan effectué au centre d'examen de santé, même si des rappels sont faits quelques jours avant dans les centres de formation ; par ailleurs, une commune prête un bus pour conduire les jeunes au centre de santé de Bastia.
- Problématique des jeunes stagiaires : ils sont nombreux à déclarer venir en stage à la morte saison pour s'occuper et percevoir de l'argent, mais fuient la formation dès que d'autres opportunités s'ouvrent (avec la saison touristique).

### **c) Effets constatés par l'évaluateur**

- Le fort taux de satisfaction des jeunes à l'issue des actions collectives, constitue un bon indicateur des effets positifs.
- L'absence de retours spontanés des jeunes vers le CRIJ, après le premier Bilan Santé Social ne permet pas de suivre correctement leur parcours de santé. Il est toujours nécessaire de les relancer pour établir leur évolution et s'informer du suivi des orientations et des prescriptions médicales qui s'en suivent éventuellement.
- L'évolution des comportements à l'égard de la santé, que l'on souhaitait mesurer avec le second questionnaire (en fin d'action) n'a pu être saisie : sur la forme en raison d'un nombre insuffisants de questionnaires remplis ; sur le fond en raison d'un délai trop court pour percevoir des mutations significatives (ce dont nous nous sommes déjà expliqués).



## 2) Effets attendus et effets induits/inattendus

### a) Effets attendus et effets constatés

Ce bilan peut être proposé à la lumière des résultats que le porteur attendait, tels qu'indiqués dans le projet soumis à la MAFEJ :

Effets attendus	Effets constatés
Amélioration de l'information et de l'accès aux soins et aux droits sociaux des populations jeunes précaires	Accès aux soins : Appréciation par les jeunes des connaissances communiquées lors des séances collectives ; orientation vers les soins de proportions significatives de jeunes, mais suivi des prescriptions non confirmé par les entretiens avec les jeunes Accès aux droits : pas d'effet perceptible
Sensibilisation du public ciblé et des professionnels à la prévention des comportements à risques	Sensibilisation du public ciblé : à travers les actions collectives Sensibilisation des professionnels : pas d'effet perceptible
Sensibilisation des professionnels à la prise en compte de l'état sanitaire et social spécifique des populations jeunes précaires	Accord des CFA pour que le Bilan Santé Social soit réalisé à des heures où les jeunes peuvent s'y rendre
Meilleure connaissance par les acteurs institutionnels, des représentations et connaissances des publics ciblés en matière de comportements à risque	Acquise pour les animateurs du CRIJ Probable pour les partenaires après consultation des rapports finaux d'expérimentation et d'évaluation
Meilleure coordination des moyens opérationnels des réseaux de santé publique et médico-sociaux	Pas d'effet perceptible, dans l'attente de la mise en oeuvre du Réseau Santé mentale régional et de l'équipe mobile pluridisciplinaire
Amélioration des suivis inter-institutionnels et pluridisciplinaires	Echanges plus fréquents entre les lieux d'examen de santé et le CRIJ, avec fiches-navettes individuelles en Corse du Sud
Mise en oeuvre de moyens opérationnels innovants (équipes mobiles pluridisciplinaires)	Equipe en projet, pour l'instant non finalisé Approfondissement de l'intérêt d'un dispositif mobile en détaillant les deux départements et les zones infra-départementales

Effets inattendus
Conseil des jeunes à des amis d'entamer une démarche de soins

**b) Synthèse des effets positifs**

Champs concernés	Effets positifs
<b>Actions du porteur</b>	Propositions d'orientation vers des professionnels du soin
	Réalisation des actions collectives prévues Nombre de jeunes touchés par les actions collectives, supérieur au prévisionnel
<b>Perceptions et comportements des jeunes</b>	Satisfaction importante des jeunes par rapport aux actions collectives
	Emergence d'une prise de conscience de l'importance de la santé chez une proportion significative de jeunes
	Emergence d'une réflexion sur l'estime de soi
<b>Gestion institutionnelle du dispositif</b>	Fiches-navettes entre bilans de santé et porteur dans un des deux départements
<b>Partenariat</b>	Accord des CFA pour que le Bilan Santé Social soit réalisé à des heures où les jeunes peuvent s'y rendre

**c) Raisons des insuffisances de résultats**

Résultats insuffisants ou absents	Raisons diagnostiquées
<b>Actions du porteur</b>	
Action collective « Cyberprévention »	Difficulté à trouver un intervenant spécialisé disponible, qui s'est traduit par un démarrage tardif de l'action.
Action collective « Sexualité et IST » non réalisée auprès d'une partie du public (stagiaires)	Difficultés à positionner les publics prévus du fait du démarrage tardif des formations ciblées
<b>Perceptions et comportements des jeunes</b>	
Refus par la moitié des jeunes d'être accompagnés suite à un Bilan Santé Social révélant le besoin	Déficit de conscience d'un certain nombre de jeunes, de l'importance de la santé Crainte d'affronter le corps médical et les soins

Aucune initiative des jeunes pour revenir voir le porteur après un premier accueil	Déficit de conscience de l'importance de la santé
Tendance insuffisante à entreprendre des démarches de soin, y compris pour les jeunes souffrant d'addiction	
Fort absentéisme du public stagiaire aux séances collectives	Absentéisme chronique dans l'ensemble des stages (non lié spécifiquement aux actions du porteur)
Volatilité des jeunes eu égard à la permanence et à la continuité des dispositifs mis en place	Comportement inhérent aux publics précaires, accentués par une certaine immaturité liée à l'âge Crainte ou refus de prises en charges institutionnelles
<b>Gestion institutionnelle du dispositif</b>	
Défaut de traçabilité des parcours de soins	Secret médical empêchant le porteur d'être destinataire des informations Manque d'habitude des professionnels du soin
<b>Partenariat</b>	
Implication mitigée des partenaires	Sensibilisation insuffisante Travail en réseau insuffisant
Equipe mobile pluridisciplinaire restée en projet	Difficultés de gouvernance chez le porteur Implication d'un nombre insuffisant de partenaires

### **3) Gouvernance et coordinations d'acteurs**

#### **a) Gestion institutionnelle de l'expérimentation**

##### **a1) D'une manière générale**

- Le porteur (CRIJ) a souhaité s'inscrire dans le dispositif expérimental afin de faire procéder à l'évaluation de ses actions. Celles-ci ne sont donc pas nouvelles, mais ce sont les conditions de leur reproductibilité que nous sommes conviés à étudier.
- Le dispositif mis en place par le porteur, tant en interne qu'à l'externe se voulait efficient, organisé autour d'actions individuelles et collectives s'appuyant sur un partenariat important et des acteurs mobilisés. On constate que la mise en oeuvre du cadre d'actions est globalement conforme à ce schéma initial. Nous verrons cependant que des nuances doivent être apportées d'un département à l'autre, que ce soit en matière de gestion de l'animation ou de participation des partenaires.
- La centralisation des informations, des données (et de leur traitement) et des décisions importantes au siège du CRIJ, a permis de maintenir une certaine harmonie dans le dispositif, par delà les difficultés vécues localement.
- Le changement de majorité à la Collectivité Territoriale de Corse a retardé le lancement des dispositifs régionaux d'insertion, car des modifications y ont été apportées. De ce fait, l'expérimentation commence à la mi-octobre 2010 pour l'apprentissage et un peu plus tard pour les actions d'insertion (dispositif appelé désormais « Parcours »).
- Le bilan de santé et le Bilan Santé Social du CRIJ devaient être réalisés avant l'entrée en stage, mais cette condition n'a pu être réunie systématiquement, devant l'afflux de prescriptions en début de période.
- Il y a eu aussi des difficultés de mise en oeuvre à l'antenne de Corse du Sud à cause d'une rotation de personnel sur le dispositif.
- Le porteur fait aussi état de quelques atouts importants :
  - Une connaissance de tous les réseaux professionnels afin de les solliciter en tant que tels sur des actions spécifiques qui les concernaient.

- Un relais médiatique de certaines actions collectives à destination des professionnels ou des jeunes.
- Une réactivité de l'équipe du CRIJ au niveau des salariés impliqués dans l'expérimentation face aux nombreuses difficultés pratiques.
- Des appuis en interne :
  - o Une bonne maîtrise du dossier et du dispositif par le chef de projet
  - o Une délégation totale à l'équipe d'animation du projet au niveau opérationnel
  - o Un bon répondant du siège du CRIJ en Haute Corse.
- Le personnel du porteur n'a pas été spécifiquement formé pour cette expérimentation, mais il l'avait été précédemment pour des actions similaires. De plus il a bénéficié d'un transfert de compétences des salariés plus anciens.
- Les actions ont été préparées depuis plusieurs années et un programme prévisionnel établi pour l'expérimentation. Les équipes (départementales et régionale) se sont réunies à plusieurs reprises, de 3 à 6 fois selon le département et 10 fois pour le niveau régional

### Le partenariat

- Les Comités locaux d'orientation et de suivi (CLOS) réunissent les responsables de la Collectivité Territoriale de Corse, la Mission locale, les organismes de formation et le CRIJ (sauf en Corse du sud ; voir infra). Ils étudient régulièrement l'évolution des jeunes et leurs problématiques, y compris celles liées à la santé.
- Le porteur relève une implication insuffisante de certains partenaires et la difficulté de coordonner les actions collectives dans les centres de formation avec la disponibilité des prestataires. Le manque d'arbitrage de la Collectivité Territoriale de Corse sur la cohérence des missions de suivi dévolues au CRIJ et à la Mission locale, a nui à la répartition claire des attributions et à la lisibilité par les partenaires.
- Le partenariat du porteur est diversifié sur le champ de la santé, mais on ne retrouve pas toujours l'équivalent dans les deux départements. Il est aussi nourri avec les centres de formation (11 structures concernées).
- Les ateliers animés par Marcel RUFO ont permis de mieux faire comprendre le projet et la mission du CRIJ aux centres de formations impliqués, ainsi que les interactions avec les partenaires du secteur médico-social, de la prévention et des réseaux de santé publique.

Au delà du projet un certain nombre d'acteurs institutionnels, notamment le Secrétariat Général des Affaires Corses de la Préfecture de Région, ont pu mesurer l'importance du dispositif piloté par le CRIJ et sa capacité d'innovation.

- Les Comités de pilotage départementaux se sont tenus régulièrement jusqu'au printemps 2001. Ensuite les difficultés internes du porteur n'ont pas permis de re-programmer des séances. Observons que les participants étaient peu nombreux en Corse du Sud et que d'une manière générale, un certain nombre de partenaires n'ont pas dû y trouver un intérêt suffisant. La Collectivité Territoriale de Corse n'a pas envoyé de représentant, mais elle a servi d'expertise externe au programme par des contacts entre le porteur et la chargée de mission Formation.

#### a2) En Corse du sud

- Les centres de formation se sont peu mobilisés pour la journée avec le Pr RUFO.
- L'action « Cyberprévention » n'a pas démarré faute d'intervenant. La DRJSCS<sup>6</sup> s'est efforcée d'orienter le CRIJ vers un prestataire. Sur ce thème, si le temps moyen passé sur les jeux vidéo est relativement modeste (1h15 par jour d'après le questionnaire Bilan Santé Social), c'est parce qu'il n'est pas tenu compte de l'ensemble des autres activités de navigation sur écran (notamment les réseaux sociaux). On note qu'une nouvelle association de soutien à la parentalité demande des informations sur le sujet.
- Difficulté pour les actions collectives : le CRIJ n'a pas le matériel de vidéo-projection (disponible à Bastia) et le prestataire (ANPAA) n'en a pas non plus, ce qui est dommageable, compte tenu du type de public, des thématiques et de l'existence de supports pédagogiques sur CD.
- Des déboires ont été subis avec l'intervenante de l'action « Diététique », que l'on a dû remplacer deux fois : même si le nombre de jeunes visés a été globalement atteint (100), le nombre de groupes prévu n'a pu être respecté.

---

<sup>6</sup> Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

- Les prescriptions sont moins rigoureuses en Corse du sud et les Comités locaux d'orientation et de suivi des jeunes en formation (CLOS) ne s'y tiennent pas régulièrement ; d'autant qu'il n'y a pas eu pendant plusieurs semaines de référent de la Collectivité Territoriale de Corse dans ce département. Les partenaires y sont peu nombreux.

#### Etat du partenariat technique

- Le partenariat est bon avec le CFA d'Ajaccio, qui facilite la libération des jeunes pour effectuer des démarches. D'une manière générale les relations sont décrites comme bonnes, quel que soit le partenaire, y compris avec les organismes avec lesquels le CRIJ n'entretient pas de bons rapports au niveau des dirigeants (exemple de la mission locale).
- L'anonymat est un obstacle au suivi des orientations, mais une amélioration est possible en trouvant avec les partenaires une modalité (exemple de la fiche-navette codée, comme cela se fait avec le médecin assurant les visites médicales). A Ajaccio, Porto-Vecchio et Sartène, le CRIJ est en partenariat avec le Conseil général, pour la mise à disposition de médecins effectuant les visites médicales. Contrairement au Centre de santé de Haute Corse, les jeunes peuvent passer plusieurs visites s'ils le souhaitent. Il y a donc un lieu dédié, près de chez eux ou près des centres de formation.
- Sur les cas difficiles, on a du mal avec des fonctionnements différents : ceux du CRIJ, ceux des jeunes et ceux des partenaires.

#### Etat du partenariat institutionnel

- Comité de pilotage : un bilan est distribué aux participants (accompagnement individuel et actions collectives) et commenté par le coordinateur régional.
- L'absence des partenaires aux réunions du Comité de pilotage, peut s'analyser comme le produit des difficultés de gestion du personnel du CRIJ sur l'antenne, l'absence de « chef » sur place et l'éloignement géographique de l'encadrement (situé à Bastia).

### a3) En Haute Corse

- En théorie les apprentis ont un référent dans le CFA, en pratique cela ne se fait pas, ou peu (selon le centre) par insuffisance de moyens humains ; de ce fait les apprentis manquent d'un accompagnement personnalisé.
- Un CFA constate que les apprentis sont de plus en plus « structurés » : moins de précarité, moins d'orientation par défaut.

### Etat du partenariat technique

- Le partenariat est bon avec l'ensemble des CFA et des centres de formation, au sens où le porteur peut intervenir sans difficulté dans ces structures, que ce soit pour l'accompagnement individuel ou les actions collectives.
- D'une manière générale les relations sont décrites comme bonnes, quel que soit le partenaire.

### Etat du partenariat institutionnel

- Comité de pilotage : un bilan est distribué aux participants (accompagnement individuel et actions collectives) et commenté par le coordinateur régional.
- L'évaluateur constate lors des réunions du Comité de pilotage que :
  - Les partenaires présents acceptent de collaborer à l'expérimentation et à l'évaluation.
  - Ils sont demandeurs d'échanges et d'informations.
  - Il sont preneurs de solutions pour leur public.
  - Ils ne restent pas figés sur des positions défensives quant au champ de leurs compétences.



## **b) Mise en oeuvre des actions**

### b1) Accompagnement individuel

#### 1-Effectif accueilli

	<b>Corse du Sud</b>	<b>Haute Corse</b>	<b>Ensemble</b>
Une fois	140	180	320
Deux fois	88	48	136
Trois fois	0	2	2
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>230</b>	<b>458</b>

Nous constatons que l'objectif de 500 jeunes a été proche de la satisfaction (92 %). La difficulté, comme nous l'évoquions supra a plutôt résidé dans le second accueil (30 %) avec une attrition importante (dont nous donnions aussi les raisons multiples).

D'autre part, il convient d'indiquer l'absence de demande de jeunes pour un second entretien, que nous avons attribuée essentiellement à leur rapport à la santé, avec une faible conscience de l'importance des enjeux sanitaires personnels.

#### 2-Modalités de réalisation des bilans

- Les apprentis relèvent de la médecine du travail, qu'il doivent avoir vue avant de signer le contrat de travail. Le Bilan Santé Social est réalisé au CFA.
- Les stagiaires Parcours :
  - Haute Corse : les bilans de santé sont réalisés au Centre de santé et le CRIJ s'y déplace pour compléter avec le Bilan Santé Social.
  - Corse du sud : les bilans de santé sont réalisés au Centre de planning familial, puis le CRIJ se déplace dans les centres de formation pour réaliser le Bilan Santé Social.
  - Pour tous : le CRIJ rencontre les jeunes à l'occasion des actions collectives dans les centres de formation, sachant qu'à tout moment ils peuvent demander à rencontrer un intervenant du CRIJ.
- Les bilans de santé font l'objet de fiches – navettes qui en résument quelques aspects et sont disponibles au CRIJ.

- Les jeunes reçus au CRIJ se voient remettre systématiquement une carte contenant les coordonnées des partenaires opérationnels.
- En Corse du sud, la mission locale conteste toujours que le CRIJ fasse le Bilan Santé Social, alors que la Collectivité territoriale a missionné le CRIJ.
- Les jeunes ne reviennent pas spontanément au CRIJ après un bilan ; on en rencontre en CFA ou en centre de formation et quand on cherche à revoir ceux qui ont des problématiques lourdes.
- Que se passe-t-il donc après le Bilan Santé Social ? Plusieurs situations sont possibles :
  - le jeune peut venir spontanément au CRIJ (mais nous avons vu qu'aucun ne l'avait fait)
  - les jeunes repérés comme en difficulté, sont interpellés par le CRIJ quand ils sont en centre de formation
  - le formateur signale au CRIJ une aggravation de la situation ou une urgence, le CRIJ intervient alors
  - dans les CLOS, on fait le point sur le suivi des orientations concernant la santé de chaque jeune (en Haute Corse seulement, puisqu'en Corse du sud, les CLOS fonctionnent hors la présence du CRIJ).

Problème : toutes ces démarches ne sont pas systématiquement tracées (sauf dans les situations les plus graves).

- Les partenaires présents à la réunion avec le Pr RUFO ont indiqué la forte réactivité du CRIJ quand un jeune lui était signalé.
- La rencontre avec le médecin du Conseil Général de Corse du sud qui réalise les bilans de santé des stagiaires<sup>7</sup> (Centre de planification et d'éducation familiale) a permis de cerner quelques aspects importants de la réalité :
  - Il n'y a pas de travail en commun entre les différents acteurs et le médecin n'est pas associé à des actions du CRIJ (comme les animations collectives).
  - Les bilans de santé procurent deux soucis : l'impossibilité de communiquer au CRIJ les fiches - navettes nominatives (à la différence de ce qui se fait en Haute Corse, donc en marge de la législation sur le secret médical) ; et l'organisation de la prise en charge des pathologies décelées. Cela étant, pour l'évaluateur, même si la fiche navette n'est pas nominative, cela n'empêche pas de comparer le nombre de fiches spécifiant des orientations avec le nombre de jeunes déclarant avoir suivi

---

<sup>7</sup> comme le fait la CPAM en Haute Corse

des prescriptions d'orientation (ce qui suppose que le CRIJ pose systématiquement la question aux jeunes qu'il revoit).

- Un certificat est remis systématiquement au jeune à la fin du bilan de santé, avec une version indiquant qu'il n'y a pas de conseil de prise en charge et une version indiquant qu'il y a conseil ; ce qui ne se fait pas en Haute Corse, mais pourrait être proposé au centre d'examen de santé.
  - Organisation des bilans de santé : les jeunes ne sont pas toujours informés des rendez-vous ou trop tardivement, ou ne se présentent pas au bon endroit et /ou sans carnet de vaccination, ce qui diminue l'efficacité globale du dispositif.
  - Manifestement ces problèmes n'existent pas en Haute Corse où tout est structuré, sauf en zone rurale ou dans certains centres de formation, qui semblent moins convaincus de l'intérêt de ces bilans.
- 
- Problème : comment créer les conditions pour que les jeunes deviennent acteurs dès lors que l'on a décelé une problématique ? On relance par téléphone ceux qui ne manifestent pas d'actes à la suite de leurs engagements. On peut passer le coup de téléphone en leur présence au partenaire destinataire de l'orientation, puis les jeunes leur parlent directement.
  - La confidentialité est garantie, ce qui est très important dans des territoires constitués en microcosmes.

### 3-Les orientations et l'accompagnement proposés par le CRIJ (Résultats issus du premier questionnaire de Bilan Santé Social)

**Rappelons que suite au Bilan Santé Social, un accompagnement est proposé à 1/5 des apprentis et 1/3 des stagiaires. Cet accompagnement peut prendre la forme d'une orientation vers un professionnel du soin ou une autre structure à caractère social. Il peut y avoir aussi une orientation sans accompagnement, ce qui explique des proportions de jeunes orientés supérieures à celles des jeunes auxquels un accompagnement est proposé.**

- L'ANPAA (structure de prévention et de soins en addictologie) est de loin la première orientation, concernant 15.7 % des stagiaires et 13.8 % des apprentis, suivie de :
  - pour les stagiaires : les médecins généralistes (4.3 %), les structures liées aux soins psychiques (3.5 %) et le Point Ecoute (3.5 %)
  - pour les apprentis : centre de planification (4.1 %), le CDAD (près de 2 %).

- Les autres orientations sont marginales. : médecins spécialistes, unité d'addictologie de l'hôpital<sup>8</sup>, service Logement.
- Au total, près de 40 % des stagiaires et 30 % des apprentis ont fait l'objet d'une orientation, ce qui donne la mesure des problématiques diagnostiquées par les animateurs du CRIJ. Observons cependant que lors des entretiens, une écrasante majorité de jeunes déclarent que le CRIJ ne leur a rien proposé, ce qui laisse présager un faible suivi des prescriptions.
- En conséquence, cela signifie aussi que 60 % des stagiaires et 70 % des apprentis n'ont nécessité aucune orientation particulière.
- Les tris croisés permettent de spécifier davantage les caractéristiques du positionnement des jeunes par rapport à la proposition d'accompagnement ; ainsi est-il plus souvent accepté :
  - en Haute Corse : par 60 % des apprentis et 74 % des stagiaires (auxquels la proposition a été faite), contre 43 % des apprentis et seulement 13 % des stagiaires en Corse du sud
  - par les filles : 68 % des apprenties et 59 % des stagiaires ; contre respectivement 46 et 48 % des garçons
  - par les plus âgés : 75 % chez les apprentis de 21 ans et plus et 58 % des stagiaires, contre 36 % chez les apprentis de moins de 18 ans et 42 % des stagiaires
  - par les apprentis vivant chez leurs deux parents : 55 %, contre 35 % de ceux qui vivent avec un parent seul.

#### 4-Evaluation de l'action individuelle par le porteur

- Un bilan annuel est effectué systématiquement.
- Il ressort, pour l'année expérimentale, des difficultés de gestion des flux de jeunes en raison de la concentration en début de période (lors de l'entrée en apprentissage ou en stage) et, spécifiquement :
  - en Corse du Sud, un important turn over de l'équipe
  - en Haute Corse, une charge de travail supérieure au prévisionnel, en raison des difficultés internes de gouvernance.
- Des avancées ont cependant été relevées :
  - une régulation progressive du flux
  - une reconnaissance par les jeunes de l'intérêt de l'accompagnement individuel.

---

<sup>8</sup> Mais en la matière l'ANPAA est déjà en première ligne

## b2) Actions collectives

- **Rappel** : le projet d'expérimentation prévoyait 100 jeunes par action, effectif atteint et très largement dépassé pour chacune d'entre elles (voir les tableaux ci-après), même si chaque jeune n'a pas participé à la totalité des actions.

### 1-Caractéristiques générales

- A noter : ces actions ont pu concerner d'autres publics (lycéens) que le groupe Cible (Apprentis et Stagiaires).
- Conformité par rapport au public : certaines actions n'ont pas concerné tous les publics : il a pu manquer les stagiaires ou les apprentis selon le département (voir le tableau ci-dessous). Les stages ayant démarré plus tardivement que prévu, certaines actions n'ont pu les toucher, dans la mesure où le prestataire spécialisé venant de loin (Paris) ne pouvait pas revenir et dédoubler son intervention. En l'occurrence, la compétence de ce prestataire ne se trouve pas localement.
- Les actions collectives sont plus difficiles à mettre en place avec les apprentis, car ils manquent de disponibilité dans leur emploi du temps et les CFA sont excentrés géographiquement par rapport aux prestataires. Les retours des formateurs sont néanmoins positifs.
- On peut s'interroger sur le format des actions collectives : le groupe – classe est-il toujours pertinent ? Peut-on changer les lieux d'animation ? recourir plus au volontariat des jeunes ? mixer les publics ?
- Les enquêtes de satisfaction menées par les prestataires à l'issue de chaque séance, attestent d'un taux de satisfaction très élevé (supérieur à 75 %).

- **Nombre de lieux de formation ayant accueilli des actions collectives et nombre de jeunes touchés**

Chaque lieu a pu abriter plusieurs séances (leur nombre est indiqué entre parenthèses) :

	CORSE DU SUD				HAUTE CORSE			
	APPRENTIS		STAGIAIRES		APPRENTIS		STAGIAIRES	
Nombre	Lieux	Jeunes	Lieux	Jeunes	Lieux	Jeunes	Lieux	Jeunes
Sexualité, IST	2 (4)	33	0	0	2 (5)	146	0	0
Santé mentale, estime de soi	3 (5)	49	1 (1)	15	1 (6)	126	2 (2)	27
Nutrition	3 (5)	64	2 (2)	21	1 (3)	52	6 (8)	55
Addiction	4 (5)	78	1 (2)	31	2 (8)	192	2 (4)	32
Cyberprévention	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>12 (19)</b>	<b>224</b>	<b>4 (5)</b>	<b>67</b>	<b>6 (22)</b>	<b>516</b>	<b>10 (14)</b>	<b>114</b>

#### Récapitulatif toutes actions confondues (nombre de jeunes)

	CORSE DU SUD	HAUTE CORSE	TOTAL
<b>APPRENTIS</b>	224	516	<b>740</b>
<b>STAGIAIRES</b>	67	114	<b>181</b>
<b>TOTAL</b>	<b>291</b>	<b>630</b>	<b>921</b>

Avec **100 jeunes prévus par action soit 500 jeunes au total, l'objectif est largement dépassé, puisque le résultat est supérieur à 900.** Cependant, la Corse du sud n'a pas suivi le même rythme que la Haute Corse (pour des raisons que nous avons déjà évoquées) avec un **ratio de participation** (nb de participants/nb de jeunes ayant passé le Bilan Santé Social) de **1.3 en Corse du sud** contre **2.8 en Haute Corse**. La répartition apprentis / stagiaires (80/20) est conforme aux proportions visées à l'entrée dans l'expérimentation.

## Récapitulatif par action, tous jeunes confondus (nombre de jeunes)

	CORSE DU SUD		HAUTE CORSE		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sexualité, IST	33	11	146	23	<b>179</b>	<b>19</b>
Santé mentale, estime de soi	64	22	153	24	<b>217</b>	<b>24</b>
Nutrition	85	29	107	17	<b>192</b>	<b>21</b>
Addiction	109	38	224	36	<b>333</b>	<b>36</b>
Cyberprévention	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>291</b>	<b>100</b>	<b>630</b>	<b>100</b>	<b>921</b>	<b>100</b>

Les actions concernant l'addiction ont été les plus fréquentées (mais aussi les plus proposées), avec 36 % de l'effectif total des jeunes ; les quatre autres actions suivent dans des proportions proches (autour de 20 %).

Entre les départements, il y a peu de différence pour les actions Addiction et Santé mentale ; la Nutrition a été plus prise en Corse du sud et la Sexualité en Haute Corse.

### 2-Quelques commentaires sur les actions :

- D'une manière générale, les actions ont été menées conformément au prévisionnel, tant en matière de contenu que de fréquence, ce qu'indiquent les animateurs du CRIJ et que confirment les prestataires et les partenaires.
- Les actions les plus connues par les partenaires sont Addiction et Sexualité ; Santé mentale et Nutrition ne sont repérées que par un partenaire sur deux. L'action Cyberprévention n'est pas du tout connue (mais nous verrons qu'elle n'a pas été réalisée dans son volet destiné aux jeunes).

- Sexualité, IST

\*Les actions en direction des stagiaires n'ont pas eu lieu, faute de stages en cours de déroulement au moment de disponibilité des intervenants.

\*Pour les apprentis, 2 séances ont eu lieu en Corse du sud et 2 en Haute Corse.

\*Les séances sont animées par des spécialistes (médecin ou animateur d'une association spécialisée).

- Santé mentale, estime de soi

\*6 séances ont eu lieu en Corse du sud et 8 en Haute Corse.

\*En Haute Corse, le contenu a été modifié et la fréquence diminuée en raison de l'indisponibilité des intervenants.

\*Les séances sont animées par des spécialistes (médecin ou animateur d'une association spécialisée).

- Nutrition

\*7 séances ont eu lieu en Corse du sud et 11 en Haute Corse. La difficulté en Corse du sud a été de stabiliser l'intervenante extérieure (3 personnes se sont succédées).

\*L'action a été divisée en deux : une partie collective de sensibilisation, suivie d'une partie individuelle de bilan diététique, pour les jeunes qui le souhaitent.

- Addictions

\*Une convention régionale a été signée avec le prestataire ANPAA.

\*7 séances ont eu lieu en Corse du sud et 12 en Haute Corse.

- Cyberprévention

\*La difficulté à trouver un prestataire spécialisé (inexistence d'une offre régionale) n'a pas permis de réaliser cette action en direction des jeunes, bien que le kit de prévention a bien été réalisé comme prévu avec les professionnels.

### 3-Evaluation des actions collectives par le porteur

- Un bilan annuel est effectué systématiquement.
- Il ressort, pour l'année expérimentale, quelques difficultés : un absentéisme important des jeunes en centre de formation (stagiaires) et, spécifiquement en Haute Corse, une charge de travail supérieure au prévisionnel.
- Mais aussi des avancées : une écoute et une adhésion au discours préventif d'une majorité de jeunes, une déclaration d'intention de modifier leurs comportements à risque et une demande d'informations complémentaires, voire pour quelques uns une sollicitation de rendez-vous individuels.

### 4-Evaluation des actions collectives par les partenaires

- Les partenaires ne sont pas associés aux bilans des actions et quand ils sont prestataires le porteur ne leur demande pas systématiquement d'en produire.
- Ils relèvent parfois un manque de réceptivité des jeunes et surtout – comme le porteur- un absentéisme important<sup>9</sup>. Ils regrettent aussi de ne pas avoir entendu des déclarations d'intention d'entamer une démarche de soins.

---

<sup>9</sup> Il n'a pas été possible de déterminer pour le public stagiaire, si l'absentéisme est spécifique aux actions Santé, ou s'il s'insère dans l'absentéisme « courant » souvent chronique avec ce type de public, particulièrement cette année d'après les formateurs rencontrés.



- Par contre, les points positifs sont plus nombreux, avec :
  - à l'endroit des jeunes (dans l'ordre décroissant du nombre de citations) :
    - une écoute et une adhésion au discours préventif d'une majorité de jeunes
    - une demande d'informations complémentaires
    - une déclaration d'intention de modifier leurs comportements à risque
    - une esquisse de modification des représentations quant à l'importance de la santé et des comportements à risque
    - une tendance à la diminution de la récurrence pour des jeunes en alternative à l'incarcération
  - à l'endroit du porteur :
    - un document de présentation du rôle du CRIJ
    - une information sur les objectifs de la contribution demandée
    - une proposition d'un fiche de liaison
    - un accompagnement physique du prestataire (mais pas toujours) ou des jeunes
    - la constitution de groupes de jeunes pour passer les bilans de santé
    - le savoir-faire du CRIJ (quand il est prestataire du partenaire) et l'investissement de l'animateur.
  
- Certains déclarent leur intention de renforcer le partenariat et les démarches communes auprès des jeunes, mais ils n'indiquent pas de traduction concrète et ne perçoivent pas de résultat tangible en terme de développement du partenariat.
  
- Quant aux orientations croisées –des partenaires vers le CRIJ et du CRIJ vers les partenaires- ces derniers n'en gardent pas traces (invocant parfois l'anonymat et/ou le secret médical) et n'exploitent pas les données qu'ils possèdent, même de façon agrégée. De la sorte, en face des orientations du CRIJ vers les partenaires, que l'on connaît grâce au questionnaire du Bilan Santé Social (l'action individuelle du porteur), on ne peut pas savoir si les prescriptions d'orientation sont suivies par les jeunes. En outre, le CRIJ ne sait pas si les jeunes suivent les prescriptions médicales éventuellement émises lors des bilans de santé.

### b3) Actions en direction des professionnels

- Réseau Santé mentale régional (avec le Pr RUFO)

\*Une réunion a été conduite dans chaque département. En Corse du sud, il y a eu 10 personnes, mais tous les centres de formation n'étaient pas présents. En Haute Corse, 12 personnes présentes, dont 6 centres de formation. Deux conférences plénières de synthèse prévues à l'automne 2011 n'ont pas été réalisées en raison des difficultés internes au porteur.

\*Des manques ont été identifiés, comme le « désert médical » dans l'extrême sud ; ce qui induit une proposition de permanence régulière dans les CFA et de trouver une solution équivalente pour les stagiaires ; à noter : quatre Maisons des adolescents devraient ouvrir à Ajaccio, Bastia, Calvi et Porto-Vecchio.

\*Une équipe mobile pluridisciplinaire ferait des permanences dans les différents lieux de formation et on réfléchit au statut : groupement de coopération sanitaire (financement ARS) ou dispositif plus léger avec des vacataires (moins coûteux, financement diversifié). En Haute Corse, la CPAM est favorable à cette équipe et accepte de bloquer une demi-journée pour recevoir un groupe de jeunes accompagnés par leur centre de formation, car il faut privilégier le dispositif existant (centre de santé).

\*La réponse pertinente doit s'élaborer dans un environnement neutre, non stigmatisant (surtout pas donc dans un service psychiatrique).

- Cyberprévention (avec Yann Leroux de l'observatoire des monde numériques)

\* Une réunion a été conduite dans chaque département. En Corse du Sud, il y a eut 23 personnes dont une majorité d'infirmières scolaires. En Haute Corse il y a eut 27 personnes, un groupe plus hétérogène associant personnels de santé, infirmières scolaires et animateurs d'espace multimédia. Enfin la réunion régionale de synthèse et de réalisation du kit de Cyberprévention a réunit 19 personnes avec la même hétérogénéité.

\* Les débats ont été très animés sur la notion de cyberdépendance, réfutée actuellement par de nombreux spécialistes. Les questionnements des professionnels se sont recentrés autour des comportements abusifs et problématiques des utilisateurs de technologie de loisirs et de communication (jeux en ligne, réseaux sociaux, téléphonie).

\* Le kit de prévention (CD-rom interactif) est le fruit d'une collaboration étroite entre le CRIJ et le Resado2B (Prévention de la souffrance psychique chez les adolescents). Il a été modifié et validé par de nombreux professionnels et sera déployé dès le premier semestre de l'année 2012 dans les centres de formation, CFA et Lycées.

- Les partenaires interrogés indiquent participer à l'action « Equipe mobile pluridisciplinaire » dans la proportion d'un sur deux. La quasi-totalité ne participent pas aux Comités de pilotage. D'une manière générale et logique, ils connaissent les actions auxquelles ils participent et ils participent aux actions qu'ils connaissent, ce qui laisse penser qu'il y a une insuffisante diffusion de l'information sur ces actions en direction des professionnels et probablement un travail de réseau à relancer.

#### 4) Conclusion de la partie et mise en perspective

##### a) Au niveau des jeunes

Les principales variables déterminantes de la situation sanitaire des jeunes sont :

- le statut socioprofessionnel (apprenti ou stagiaire)
- le département de domicile
- le sexe
- le niveau de couverture sociale
- le niveau d'études
- l'âge
- le mode de cohabitation.

Les études nationales font état du sentiment des jeunes d'être bien informés sur les addictions (conséquence probable des campagnes nationales d'information) et sur les IST (même si sur ce dernier point ce sentiment est en recul depuis la précédente enquête). Ils sont moins conscients des risques liés à la dépression et à l'environnement.

Les perceptions de l'état de santé et de l'avenir sont très marquées par les modes de vie et le statut social, correspondant aux différences que nous relevions entre les apprentis et les stagiaires (plus défavorisés sur la thématique Santé).

Globalement, les différences entre les jeunes apprentis et stagiaires corses et l'ensemble des jeunes au niveau national ne sont pas très significatives. On remarquera cependant que les apprentis sont proches du profil national moyen, ce qui relègue les stagiaires corses dans des situations sanitaires plus préoccupantes.

Cela confirme les études menées sur les publics en insertion professionnelle, par comparaison à l'ensemble des jeunes couverts par l'Assurance Maladie<sup>10</sup> : « *La situation d'insertion professionnelle est significativement liée à tous les indicateurs étudiés. Les effets les plus marqués sont observés pour la consommation de tabac, d'alcool, les pratiques culturelles (absence de vacances, de spectacle), la fragilité sociale (recours au travailleur social, absence de liens*

<sup>10</sup> État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle

*familiaux et de possibilité d'hébergement), le non recours aux soins, la perception négative de la santé, les caries dentaires et le déficit auditif. Les relations existent mais sont plus faibles pour l'obésité chez les hommes, la maigreur chez les femmes et le déficit visuel.*

*Les écarts entre jeunes en insertion et groupe de référence augmentent avec l'âge pour la fragilité sociale, le non recours aux soins et l'anémie pour les femmes, alors qu'ils diminuent pour la consommation de tabac, le déficit auditif et s'inversent pour la consommation d'alcool ».*

On notera aussi une tendance à plus consommer du tabac et moins de l'alcool et d'autres substances toxiques ; le prix des cigarettes en Corse (taxes bien moins élevées) expliquerait en partie cette prévalence ; les filles sont aussi plus consommatrices que les garçons, en opposition avec la tendance nationale.

### **b) Au niveau des acteurs institutionnels**

Plusieurs enseignement sont à tirer :

- Le Bilan Santé Social produit une information dense et riche sur l'état de santé perçu par les jeunes et il est utilement complété par le bilan de santé pour les stagiaires et la visite médicale d'embauche pour les apprentis, mais les informations ne sont pas regroupées (sauf en Corse du Sud, quand il y a des fiches – navettes).
- Il donne lieu à une proportion significative de propositions d'orientation et d'accompagnement.
- Cependant, la moitié des jeunes refusent l'accompagnement proposé et nous ne savons que peu de choses sur l'observance des prescriptions et des orientations. Les démarches de soins ne sont pas souvent entreprises, même chez ceux qui reconnaissent ne pas être en très bonne santé.
- Les actions collectives de sensibilisation sont diversifiées et ont donné lieu à dépassement des objectifs quantitatifs de fréquentation. Par ailleurs les jeunes en reconnaissent l'utilité.
- Les actions en direction des professionnels n'ont pas eu l'écho escompté et peu de traduction concrète dans des actions communes
- Le partenariat est moyennement présent et ne constitue pas (encore) un véritable réseau sur lequel le porteur peut s'appuyer pour rendre plus efficient son programme

## **Chapitre 2. Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage**

### **I/ Caractère expérimental du dispositif évalué**

**Le projet n'était pas d'expérimenter un mode nouveau d'intervention auprès des jeunes (déjà utilisé par le porteur), mais d'envisager les conditions de sa reproductibilité.**

Au préalable il était nécessaire d'envisager ce qui pouvait être amélioré in situ, même donc en l'absence de projet d'essaimage. C'est ce à quoi nous nous essayons dans le paragraphe suivant (II), d'autant que la démarche n'a jamais été évaluée en externe.

Nous avons vu que les résultats dépendaient des modes de fonctionnement (exemple des bilans de santé organisés différemment dans les deux départements corses), de la légitimité reconnue au porteur par les acteurs institutionnels « de droit commun » et de la sensibilisation des partenaires à la problématique sanitaire des jeunes en processus d'insertion professionnelle.

Cela étant, il existe partout sur le territoire national, les mêmes acteurs institutionnels et les mêmes dispositifs, malgré des déclinaisons techniques différentes et des compétences institutionnelles plus ou moins variables. Si la réplique du CRIJ n'existe pas partout, il existe au moins trois types de structures aux missions équivalentes (au moins en partie) : Maison de l'adolescent (une au minimum par département dans l'objectif des pouvoirs publics), Espace Santé Jeunes ou Point Accueil Ecoute Jeunes (une centaine de structures au total).

Cela signifie que les caractéristiques de l'expérimentation corse se retrouvent ailleurs :

- au niveau des acteurs concernés, que ce soit « en interne » (l'équivalent du porteur) ou « en externe » (l'équivalent de ses partenaires et de ses prestataires) ;
- au niveau des dispositifs mobilisables : programmes régionaux de formation et d'apprentissage, système des bilans de santé destinés aux publics non salariés (donc non soumis aux visites médicales obligatoires), actions de prévention à caractère sanitaire proposées soit par les structures dédiées à la santé (publiques ou associatives), soit par des structures plus généralistes, comme les missions locales, les organismes de formation.

## II/ Caractère transférable du dispositif et changement

### d'échelle

#### **1) Représentativité du terrain, des acteurs et du public bénéficiaire**

Dans la continuité de ce que nous écrivions plus haut, nous ne voyons pas de spécificité régionale dominante que ce soit dans la nature et l'organisation des acteurs (il peut même y avoir plus de différences entre les deux départements corses qu'entre un de ceux-ci et d'autres départements continentaux ; ou dans les profils des publics visés (avec la même remarque que précédemment).

Naturellement cette observation peut paraître excessive, car si l'on cherche bien on va trouver des spécificités (exemple : la tendance à l'addiction tabagique plus qu'aux produits illicites), mais elles ne remettent pas en cause « l'économie générale » du programme dans des proportions qui la rendrait singulière par rapport à d'autres situations régionales.

#### **2) Transférabilité du dispositif**

Comme nous l'avons laissé présager, nous ne voyons pas d'obstacles majeurs à la reproduction de l'expérimentation, que ce soit sous la forme d'un essaimage à une échelle similaire sur d'autres territoires, ou sous la forme d'une généralisation au niveau national.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas un certain nombre de conditions à respecter, que le programme du porteur corse a pu réunir au moins partiellement.

Nous allons successivement :

- faire part de diverses préconisations (émanant des acteurs et de l'évaluateur) visant à améliorer l'expérimentation in situ,
- synthétiser les conditions de transférabilité sur d'autres territoires, qui reprendront évidemment une partie de ces préconisations.

## a) Préconisations

### a1) Préconisations du porteur

#### 1-Sur le fond

En l'absence d'un Schéma Directeur Jeunesse Régional ou tout autre dispositif - cadre de ce type, il y a une superposition de plans spécifiques qui concernent les jeunes publics visés par le dispositif (Schéma départemental Jeunesse, Programme Régional de Santé de l'ARS, Plan Régional de Formation, Projets d'Etablissements Spécifiques, Missions Nationales suivant des circulaires ministérielles). Chaque porteur placé sous une tutelle ou un cadre précis est compétent et cohérent dans ce cadre, mais ne se soucie pas nécessairement de la cohérence de son action vis à vis des missions proches d'autres porteurs. Un tel dispositif doit s'inscrire dans une réelle politique régionale et associer contractuellement tous les porteurs potentiels.

#### 2-Sur la forme

La mixité des porteurs (Public / Privé) et la réduction des dépenses publiques créent un climat de concurrence qui par définition s'oppose à un réel travail en partenariat. Cela peut avoir des conséquences pratiques qui handicapent le porteur du dispositif. Pour éviter cet écueil, il faudrait assurer la maîtrise et le portage du dispositif à partir de plusieurs porteurs, ayant chacun un budget défini et qui se retrouvent au sein d'un comité de pilotage et se répartissent les missions de suivi auprès des jeunes visés.

### a2) Préconisations des partenaires

#### 1-Sur le fond

- Impliquer en amont et en aval les prestataires (mais cela a un coût).
- Ne pas trop insister sur les addictions pour des jeunes non concernés et plus sur la citoyenneté.

#### 2-Sur la forme

- Travailler en réseau avec les médecins, dentistes, paramédicaux, qui seraient destinataires des prescriptions, sans passer par le CRIJ (secret médical), permettant de vérifier si les jeunes les suivent et de les relancer (par le CRIJ).

- Faire tenir des permanences du CRIJ dans les futures MDA.
- Diffuser les travaux du CRIJ au-delà des financeurs (exemple : grand public par Internet, Conseil de l'ordre des médecins) et améliorer la lisibilité des prestations du CRIJ.
- Ré-équilibrer les genres des adultes (dans le suivi social et médical, les jeunes ne voient que des femmes).
- Mettre en place un système de transport en commun pour amener les jeunes au bilan de santé. Bloquer une demi journée par groupe de 8 à 10 jeunes, les accompagner au Bilan Santé Social et au bilan de santé en un même lieu.

Cela paraît tout à fait faisable en Corse du sud, en raison de la distribution des centres de santé du Conseil général : CDAG et centres de vaccination sont situés au même endroit et ce pour Ajaccio, Sartène, Propriano et Porto-Vecchio. Il conviendra de vérifier si cette méthode est possible partout. Le cas échéant, l'équipe mobile ne se justifierait que dans les zones rurales de Haute Corse. En Corse du sud une réunion serait nécessaire avec l'ensemble des médecins concernés afin de mettre en place la démarche.

- Faire tenir des permanences par les médecins.
- Proposer des actions plus innovantes.
- Rencontrer le CRIJ pour un bilan et envisager des améliorations.
- Demander à ce que le CRIJ communique aux médecins réalisant les bilans de santé, les fiches du Bilan Santé Social, ce qui suppose que le CRIJ recueille l'accord du jeune.

### a3) Préconisations de l'évaluateur

- Réfléchir à une procédure efficiente de relance des jeunes auxquels le CRIJ a proposé une orientation.
- Prévoir une analyse des pratiques (y compris avec les partenaires).
- Insister sur les pré-requis en matière de profil des intervenants.



- Utiliser (ou s'inspirer de) l'accord-cadre entre l'Union nationale des missions locales et le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (du 20 avril 2011) ; accord prévoyant de promouvoir la coopération en vue de « créer ou améliorer les offres de service favorisant l'accès aux droits, aux soins et la prévention de la santé », à travers notamment l'accès à un examen périodique de santé gratuit et une offre « d'éducation à la santé ». Les centres de santé doivent s'engager à orienter des jeunes vers la Mission locale, dès lors qu'ils repèrent des problématiques sociales.
- Elaborer un système de fiches – navettes codées (non nominatives), contenant les informations du bilan de santé et permettant ainsi au CRIJ des les centraliser et d'en faire une analyse globale.
- Harmoniser les demandes d'information et de prescriptions médicales dans les deux départements.
- Améliorer l'acheminement des jeunes vers les lieux de réalisation des bilans de santé.
- Etre plus vigilant sur la disponibilité du matériel pédagogique, lors de la préparation des actions collectives.
- Renégocier avec les CFA la disponibilité des apprentis pour les séances collectives et l'accompagnement individuel.
- Poursuivre la réflexion sur la bonne configuration de l'équipe mobile pluridisciplinaire, à la lumière des besoins spécifiques repérés dans chaque territoire.
- Relancer le travail de réseau.

b) Synthèse des conditions de reproductibilité de l'expérimentation

Champs concernés	Conditions de reproductibilité
<b>Gestion institutionnelle du dispositif</b>	Programmer une initiative publique au niveau départemental ou régional d'institution d'un dispositif ayant dès l'amont une forte légitimité Répartir la réalisation technique sur un ou plusieurs porteurs (en fonction de l'importance de la zone), devant activer leurs réseaux propres (partenaires et prestataires)
	Imaginer un dispositif permettant de suivre le parcours de santé des jeunes : administratif (traçabilité), mais aussi technique (relance des jeunes qui ne sont plus au contact)
	Obtenir des médecins réalisant les bilans de santé qu'ils donnent aux jeunes une fiche de prescription de soin (ou de non prescription) Obtenir des professionnels de soins destinataires des prescriptions qu'ils en fassent retour au prescripteur
	Sensibiliser les pouvoirs publics et les collectivités territoriales, afin de trouver des financements pérennes
	Evaluer (par un laboratoire de santé publique) l'évolution de l'état de santé des jeunes
<b>Actions du porteur</b>	Accompagner physiquement les jeunes sur les lieux de bilans de santé ou faire déplacer un médecin sur les lieux de formation
	Rappeler systématiquement et à plusieurs reprises, pendant les séances collectives, la possibilité et l'intérêt d'entretiens individuels avec le porteur, surtout quand ce dernier a recours à un prestataire
	Relancer les jeunes absents au bilan de santé
	Professionnaliser les animateurs internes et établir un cahier des charges exigeant pour les prestataires d'actions collectives
	Diversifier les formes d'intervention afin de mieux capter l'attention des jeunes
<b>Partenariat</b>	Tuiler dès l'amont le bilan de santé et le Bilan de Santé Social, afin qu'il y ait moins de refus d'accompagnement venant des jeunes, informés et sensibilisés alors de façon plus cohérente

	Organiser des séminaires thématiques réguliers, afin d'harmoniser les niveaux de connaissance et de favoriser les futures actions communes
	Remettre les bilans des actions aux partenaires et exiger des prestataires qu'ils en fournissent
	Mettre en place des équipes mobiles pluridisciplinaires après avoir ciblé les zones caractérisées par une faible mobilité des jeunes
	Sensibiliser les partenaires de la Formation professionnelle, de sorte qu'ils facilitent l'accès aux jeunes et contribuent à appuyer les démarches de prévention initiées par le porteur
	Impliquer les prestataires en amont et en aval
	Constituer des réseaux avec les professionnels de santé, qui seraient destinataires des prescriptions
	Communiquer le Bilan Santé Social aux médecins devant réaliser les bilans de santé
	S'inspirer de l'accord-cadre entre l'Union nationale des missions locales et le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé

### c) Les obstacles juridiques et les réponses nécessaires

L'obstacle majeur est le Secret médical, empêchant de communiquer des informations à des acteurs non habilités, et donc entravant la traçabilité des données et des jeunes, notamment quand il y a des prescriptions d'orientation vers des professionnels du soin.

Deux solutions sont envisageables :

- Globaliser les fiches-navettes anonymes pour en tirer des conclusions générales à même de ré-orienter les actions, mais cela ne résout pas la question du suivi individualisé.
- S'obliger à avoir un minimum de temps de médecin au sein de la structure porteuse, afin de pouvoir communiquer avec les pairs et ce dans les deux sens.

### **III/ Rôle de l'évaluateur dans l'expérimentation**

#### **1) Intervention de l'évaluateur en amont du projet**

L'évaluateur n'est pas intervenu en amont du projet dans la mesure où il a remplacé le premier évaluateur pressenti, dont la MAFEJ n'avait pas validé le protocole d'évaluation.

#### **2) Intervention de l'évaluateur pendant le projet**

Le rôle de l'évaluateur a consisté à proposer des modifications sur le fond et sur la forme de l'expérimentation.

**Sur le fond**, la nécessité de faire un deuxième questionnaire destiné à l'évaluation auprès du groupe Cible a contraint le porteur à rencontrer les jeunes une seconde fois au titre de son action individuelle. Le contact a ainsi été plus facilement gardé auprès d'un public qui démontre souvent sa volatilité par rapport aux institutions. D'autre part, le fait de devoir ré-expliquer la démarche expérimentale auprès des membres du Comité de pilotage a conforté la place du porteur dans le paysage institutionnel, ce qui est une nécessité si l'on souhaite mener ce type d'action.

Enfin, le conseil a porté sur la diffusion régionale des bonnes pratiques relevées tantôt dans un département, tantôt dans l'autre.

**Sur la forme**, l'évaluateur a conseillé une plus grande rigueur dans le mode de contact et de suivi des jeunes et surtout une harmonisation des pratiques entre les deux départements corses.

L'effet Hawthorne n'a pas joué sur les jeunes bénéficiaires qui n'avaient pas conscience d'être dans une démarche expérimentale<sup>11</sup>. Par contre, il a joué chez le porteur, qui a pris grand soin pour entendre les recommandations de l'évaluateur, en même temps que il aurait aussi modifié ses pratiques (sans la présence d'un évaluateur) du fait de son inscription dans un nouveau dispositif auquel il devait rendre périodiquement des comptes.

---

<sup>11</sup> Rappelons que le porteur développait déjà ce projet depuis plusieurs années.

# CONCLUSION GENERALE

## 1) Les principaux enseignements

- la faible attention portée par les jeunes à leur état de santé, quand il s'agit de le faire spontanément,
- l'évolution des perceptions des jeunes dans le sens d'une plus grande conscience de l'importance de la santé,
- le sentiment de l'utilité des actions collectives, plus que de l'action individuelle de Bilan Santé Social,
- la difficulté pour les jeunes de passer rapidement de la prise de conscience à la démarche (de soin, de réflexion sur leurs propres addictions),
- l'implication insuffisante des partenaires, qui n'a sans doute pas permis d'obtenir de meilleurs résultats concrets auprès des jeunes,
- le manque prégnant de traçabilité des parcours de santé des jeunes, qui ne permet, ni de savoir s'ils observent les prescriptions et les orientations, ni de pouvoir les relancer s'ils omettent de le faire.

## 2) Les limites

Deux types de limites importantes sont à souligner :

- la situation objective des jeunes, leur mode de vie, leurs habitudes, leurs représentations du corps et de la santé, que l'on ne peut faire évoluer que sur le moyen terme ; toutes choses qui viennent hypothéquer (et pour le coup justifier) les dispositifs les plus ambitieux, structurés et rigoureux ;
- la légitimité du porteur et l'implication de ses partenaires, en l'absence d'un programme public puissant, cohérent et contraignant.

### 3) Essaimage et généralisation

Nous ne voyons pas d'obstacles majeurs à la reproduction de l'expérimentation, que ce soit sous la forme d'un essaimage à une échelle similaire sur d'autres territoires, ou sous la forme d'une généralisation au niveau national.

Evidemment de nombreuses de conditions seront à réunir sur les trois champs principaux que sont **la gestion institutionnelle du dispositif, les actions du porteur et le partenariat.**

### 4) Nouvelles expérimentations possibles

Deux pistes sont à privilégier :

- l'élaboration d'un dispositif permettant de retenir et de relancer les jeunes dès lors qu'ils entrent dans un programme,
- l'élaboration d'un dispositif de traçabilité des parcours de santé, incluant la création de véritables réseaux d'acteurs, dont c'est une des conditions majeures.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- \* BECK, F., LEGLEYE, S., SPILKA, S., LE NEZET, O., 2007, « Drogues à l'adolescence en 2005 : niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France ». Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- \* BURON, S., 2006, « Les Jeunes et la santé », Conseil économique et social
- \* Conférence biennale sur la santé des jeunes, 2009. Rapport coordonné par la DRESS.
- \* FREVILLE, V., SAGET, F., 2007, « Jeunes et toxicomanie. État des lieux. Prévention », INJEP (Marly-le-Roi). Centre de Documentation
- \* GAUTIER, A., PIN, S., COUROVE, L., 2006, « Perception de la qualité de vie », in Baromètre Santé 2005 : Premiers résultats, Saint-Denis, INPES.
- \* Haut Comité de la santé publique, 1998, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », Paris, ENSP.
- \* LABBE, E., MOULIN, J-J., SASS C., CHATAIN, C., GUEGUEN, R., GERBAUD, L., 2005. « État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle », Assurance Maladie.
- \* SOMMELET, D., 2007, « L'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé », Ministère de la Santé et des Solidarités.



• ETAT DES SUPPORTS D'ENQUETE REMPLIS

<b>ETAT DES SUPPORTS D'ENQUETES REMPLIS</b>		<b>31/12/2011</b>
---	--	-------------------

<b>FICHE INDIVIDUELLE JEUNES. GROUPE CIBLE</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
Premier passage	228	230	458	500
Deuxième passage	77	53	130	500
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>283</b>	<b>588</b>	<b>1000</b>

<b>FICHE INDIVIDUELLE JEUNES. GROUPES TEMOIN</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
Groupe Témoin 1			0	250
Groupe Témoin 2			0	250
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>110</b>	<b>184</b>	<b>500</b>

<b>FICHE - ACTION INTERVENANTS</b>		Effectif de référence*
EQUIPE CRIJ		2
PRESTATAIRES	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

<b>ENTRETIEN JEUNES. GROUPE CIBLE</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
<b>TOTAL</b>			<b>0</b>	100

<b>ENTRETIEN JEUNES. GROUPES TEMOIN</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
Groupe Témoin 1			0	25
Groupe Témoin 2			0	25
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	50

<b>QUESTIONNAIRE PARTENAIRES</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	25

<b>ENTRETIEN PARTENAIRES ET PRESTATAIRES</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
<b>TOTAL</b>			<b>6</b>	12

<b>ENTRETIEN EQUIPE CRIJ</b>				Effectif de référence*
	Corse du sud	Haute Corse	Total	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	4

\* Nombres figurant dans le Protocole d'évaluation



- **TRIS STATISTIQUES PAR STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL (Groupes Cible et Témoin)**

%	1er questionnaire		2ème questionnaire		Témoin
	Appr	Stag	Appr	Stag	
<b>Département</b>					
Corse du sud	57,5	32,1	58,3	61,8	40,2
Haute Corse	42,5	67,9	41,7	38,2	59,8

<b>Sexe</b>					
Masculin	71,7	57,9	75	35,3	68,5
Féminin	28,3	42,1	25	64,7	31,5

<b>Age</b>					
Moins de 18 ans	62,4	27,1	42,7	20,6	29,3
18 à 20	26,7	57,2	43,1	50	34,3
Plus de 20	10,9	15,7	14,2	29,4	36,4

<b>Lieu de naissance</b>					
France	91,2	82,7	94,8	91,2	92,9
Maroc	6	8,6	2,1	0	3,8
Autres	2,8	8,7	3,1	8,8	4,3

<b>Nationalité</b>					
Française	90,9	79,9	92,7	88,2	94,6
Marocaine	4,4	12,9	7,3	0	2,7
Autres	4,7	7,2	0	11,8	2,7

<b>Cohabitation</b>					
Seul	2,8	3,6	3,1	0	18,5
Conjoint ou ami	2,8	6,4	0	11,8	10,3
Père et mère	62,9	55,7	60,4	52,9	48,4
Père seul	5,3	7,1	4,2	8,8	6,5
Mère seule	18,2	15,7	20,8	14,7	8,2
Père et conjointe	,3	,0	0	0	2,2
Mère et conjoint	4,1	2,9	2,1	2,9	2,2
Autre	3,5	8,5	9,4	8,9	3,8

<b>Fratrie</b>					
0	6,5	5,8	7,2	2,9	13,9
1	41,0	31,7	39,8	35,3	33,3
2	26,6	29,5	22,9	38,2	31,5
3	12,6	11,5	13,3	14,7	11,5
4	7,2	11,5	13,3	2,9	6,1
Plus de 4	6,2	10,1	3,6	5,8	3,6

Niveau d'études	1er questionnaire		2ème questionnaire		Témoïn
	Appr	Stag	Appr	Stag	
Niveau 6	3,8	2,1	3,1	8,8	4,9
Niveau 5 bis	55,2	44,3	49	38,2	33,2
Niveau 5	29,7	41,4	34,4	44,1	32,1
Niveau 4 et plus	11,4	12,1	13,5	8,8	29,9

#### Redoublement antérieur

Oui	64,1	57,9	69,5	52,9	
Non	35,9	42,1	30,5	47,1	

#### Contrat d'apprentissage antérieur

Oui	12,1		7,4		
Non	87,9		92,6		

#### Couverture sociale

Assurance maladie	19,5	33,6	19,6	17,6	45,1
Ayant droit AM et mutuelle	7,9	7,9	4,2	11,8	26,6
Ayant droit AM	6,6	9,3	3,1	2,9	2,7
CMU	,6	12,1	1	14,7	5,4
AM et mutuelle	65,4	37,1	71,9	52,9	20,1
Aucune	0	0	0	0	0

#### Besoin d'aide sociale dans les 12 derniers mois

Oui	2,9	6,4		5,9	11,4
Non	97,1	93,6		94,1	88,6

#### Difficultés de logement

Oui	2,2	1,4	2,1	2,9	6,5
Non	97,8	98,6	97,9	97,1	93,5

#### Pratique d'une activité sportive

Oui	53,3	45,7	55,2	29,4	59,2
Non	46,7	54,3	44,8	70,6	40,8

#### Accès aux loisirs culturels

Oui	93,7	75,0	91,7	70,6	84,2
Non	6,3	25,0	8,3	29,4	15,8

#### Petit déjeuner

Oui	66,7	52,9	70,8	50	51,6
Irrégulier	18,6	23,6	15,6	14,7	33,2
Non	14,8	23,6	13,5	35,3	15,2

#### Déjeuner

Oui	91,2	82,1	95,8	73,5	88,6
Irrégulier	6,0	14,3	2,1	5,9	10,3
Non	2,8	3,6	2,1	20,6	1,1

#### Dîner

Oui	97,2	87,1	97,9	82,4	89,1
Irrégulier	2,5	10,7	2,1	8,8	9,2
Non	,3	2,1	0	8,8	1,6

	1er questionnaire		2ème questionnaire		
<b>Grignotage en journée</b>	<b>Appr</b>	<b>Stag</b>	<b>Appr</b>	<b>Stag</b>	<b>Témoin</b>
Oui	52,8	55,0	44,8	54,5	75
Non	47,2	45,0	55,2	45,5	25

<b>Se réveille pendant la nuit</b>					
Jamais	69,2	65,7	74	61,8	22,3
Rarement	20,1	15,7	18,8	8,8	42,4
Assez souvent	9,1	15,7	5,2	23,5	24,5
Très souvent	1,6	2,9	2,1	5,9	10,9
<b>A du mal à s'endormir</b>					
Jamais	68,5	66,4	71,9	50	31
Rarement	17,0	10,0	19,8	11,8	37
Assez souvent	12,0	18,6	5,2	29,4	20,1
Très souvent	2,5	5,0	3,1	8,8	12
<b>Est inquiet</b>					
Jamais	72,3	77,1	71,9	55,9	41,3
Rarement	10,7	10,7	4,2	8,8	31
Assez souvent	16,4	7,9	21,9	20,6	19,6
Très souvent	,6	4,3	2,1	14,7	8,2
<b>Se sent nerveux</b>					
Jamais	77,0	67,9	79,2	47,1	41,3
Rarement	10,1	8,6	12,5	8,8	29,9
Assez souvent	10,7	17,1	5,2	26,5	19,6
Très souvent	2,2	6,4	3,1	17,6	9,2
<b>Manque d'énergie</b>					
Jamais	84,0	81,3	85,4	64,7	45,7
Rarement	11,6	9,4	8,3	8,8	31,5
Assez souvent	4,1	8,6	5,2	23,5	13
Très souvent	,3	,7	1	2,9	9,8
<b>Se sent déprimé, angoissé</b>					
Jamais	84,6	78,6	87,5	67,6	58,7
Rarement	9,7	9,3	6,3	8,8	28,3
Assez souvent	5,3	8,6	5,2	14,7	9,2
Très souvent	,3	3,6	1	8,8	3,8
<b>Désespéré pour l'avenir</b>					
Jamais	90,6	85,7	92,7	64,7	65,8
Rarement	7,5	3,6	3,1	5,9	25,5
Assez souvent	1,6	7,1	3,1	20,6	5,4
Très souvent	,3	3,6	1	8,8	3,3

	1er questionnaire		2ème questionnaire		Témoign
	Appr	Stag	Appr	Stag	
<b>Consultation dans les 12 derniers mois</b>					
Médecin généraliste	77,4	76,3	77,1	84,8	84,2
Gynécologie*	58,9	37,3	56,5	31,8	51,7
Dentiste	44,8	58,6	39,6	48,5	54,3
Autre spécialiste**	22,4	20,9	23,6	32,4	27,7
Psychiatre, psychologue	2,5	7,4	3,2	14,7	6

\* % établi sur les filles uniquement

\*\* Essentiellement pour les apprentis : Kinésithérapeute, Orthodontiste, Ophtalmologiste

\*\* Essentiellement pour les stagiaires : Ophtalmologiste

<b>Consommation de tabac</b>					
Fume régulièrement	43,2	37,9	40,6	44,1	44,6
Fume occasionnellement	10,4	14,3	11,5	17,6	8,2
A fumé mais a arrêté	5,0	8,6	7,3	8,8	3,3
A essayé mais pas fumeur	1,3	2,1	1	0	13
N'a jamais fumé	40,1	37,1	39,6	29,4	31
<b>Nombre de cigarettes / jour</b>					
Moins de 10	31,3	35,3	36,4	28,6	23,6
De 10 à 20	66	54,4	56,9	52,3	67,4
De 21 à 30	2,7	5,8	4,6	14,3	5,6
De 31 à 40	0	4,4	2,3	4,8	3,3
<b>Consommation de boissons alcoolisées</b>					
Non, jamais	42,6	38,8	39,6	32,4	12
Oui, quelquefois	50,8	56,1	55,2	58,8	57,1
Oui, souvent	6,6	5,0	5,2	8,8	31
<b>Vin</b>					
1 fois par semaine	6,3	5	7,3	8,8	14,1
Plusieurs fois par semaine	2,5	0,7	0	0	5,4
<b>Bière</b>					
1 fois par semaine	11,7	7,9	13,5	8,8	17,9
Plusieurs fois par semaine	4,1	2,8	1	5,9	10,3
<b>Alcool fort</b>					
1 fois par semaine	12,9	10,9	13,5	14,7	25
Plusieurs fois par semaine	2,2	2,1	1	0	4,9
<b>Mélanges</b>					
1 fois par semaine	5,9	1,6	7,7	7,7	15,8
Plusieurs fois par semaine	0,3	0	1,1	0	3,3
<b>Ivresse dans les 12 derniers mois</b>					
0 fois	65,9	63,6	56,3	67,6	50,5
1 à 2 fois	14,5	15,7	17,7	11,8	16,8
3 à 9 fois	9,5	10,7	11,5	11,8	14,1
10 fois et plus	10,1	10,0	14,6	8,8	18,5

Consommation de produits au cours de la vie	1er questionnaire		2ème questionnaire		Témoin
	Appr	Stag	Appr	Stag	
Cannabis*	8,2	20	11,4	29,4	22,3
Ecstasy	1,0	1,4	0	0	2,7
Cocaïne	1,0	5,7	1	5,9	4,9
Médicament comme drogue	0,6	2,2	1	6,1	0
Autre produit	0,6	1,5	0	3	4,9

\*Pour plus de la moitié des apprentis, moins de 3 fois

\*Pour moins de la moitié des stagiaires, moins de 3 fois

### Jeux vidéo

Oui	54,1	55,0	51	41,2	69
Non	45,9	45,0	49	58,8	31
<b>Temps moyen par jour</b>					
Moins de 2 heures	62,9	51,9	76,2	50	62,2
De 2 à 4 heures	32,6	36,4	23,8	35,7	29,9
De 5 à 8 heures	4,5	11,7	0	14,2	7,9

<b>Perception de la nocivité des jeux sur la vie sociale</b>					
Oui	0	7,9	0	21,4	7,1
Non	93,0	92,1	100	78,6	92,9
Non réponse	7,0	0			
<b>Perception de la nocivité des jeux sur le sommeil</b>					
Oui	2,3	5,2	0	7,1	11,8
Non	90,6	94,8	100	92,9	88,2
Non réponse	7,0	0			
<b>Mauvaise humeur en cas d'incapacité à jouer</b>					
Oui	0,6	1,3	0	0	2,4
Non	92,4	98,7	100	100	97,6
Non réponse	7,0	0			
<b>A raté des cours pour jouer plus</b>					
Oui	0,0	1,3	0	0	4,7
Non	93,0	98,7	100	100	95,3
Non réponse	7,0	0			
<b>A sauté des repas pour jouer plus</b>					
Oui	0,6	5,2	0	7,1	7,9
Non	94,7	94,8	100	92,9	92,1
Non réponse	4,7	0			

### Perception de sa santé

Très bonne	16,5	13,7	16,7	8,8	31
Bonne	65,5	69,8	64,6	73,5	56,5
Assez bonne	17,4	15,8	18,8	17,6	11,4
Pas bonne du tout	,6	,7	0	0	1,1

1er questionnaire		2ème questionnaire		Témoïn
Appr	Stag	Appr	Stag	

### Perception de son bonheur

Très heureux	26,9	9,3	33,3	14,7	21,7
Heureux	65,5	63,6	61,5	55,9	52,2
Assez heureux	6,6	19,3	4,2	20,6	19
Pas heureux du tout	0,9	5,0	1	8,8	2,2
Ne sait pas		2,9			4,9

### Entente avec mère

Bien ou très bien	92	88,3	92,6	70,6	86,7
Assez bien	4,8	5,9	4,3	14,7	3,9
Mal ou très mal	1,9	4,4	2,2	8,8	4,5
Sans objet ou non réponse	1,3	1,5	1,1	5,9	5

### Entente avec père

Bien ou très bien	91,5	82,3	89,1	74,2	81,5
Assez bien	4,4	4,8	4,3	9,7	3,9
Mal ou très mal	3,4	6,4	4,4	9,7	10,7
Sans objet ou non réponse	0,7	6,5	2,2	6,5	3,9

### Entente avec fratrie

Bien ou très bien	94,7	94,2	95,8	87,5	87,5
Assez bien	5,3	2,5	4,2	6,3	7,5
Mal	0	1,7	0	3,1	2,5
Sans objet ou non réponse		1,7	0	3,1	2,5

Vie bouleversée, par un décès, un divorce des parents, maladie ou accident d'un proche (cumul des causes)

Oui	32,8	56,7	32,7	100	92,9
Non	67,2	43,3	67,3	0	7,1

### A pensé à se suicider dans les 12 derniers mois

Oui	1,6	5,8	1	14,7	10,9
Non	98,4	94,2	99	85,3	89,1

### A fait une tentative de suicide au cours de la vie

Oui	0,9	2,6	1,1	11,8	6,5
Non	99,1	97,4	98,9	88,2	93,5

### Victime de toute forme de violence

Oui	0,8	4,0	3,1	26,5	26,6
Non	99,2	96	96,9	73,5	73,4

### Auteur de toute forme de violence

Oui	0,6	9,4	3,1	20,5	28,8
Non	99,4	80,6	96,9	79,5	71,2

### A eu à faire à la Justice

Oui	9,8	15,1	14,6	20,6	20,7
Non	90,2	84,9	85,4	79,4	79,3

### Relations sexuelles

Oui	86,0	75	80,2	82,4	88,6
Non	14,0	25	19,8	17,6	11,4

### Utilisation de contraceptifs

Oui	86,0	81,6	89	80,8	81
Non	14	18,4	10,8	19,2	19

### IVG dans le couple

Oui	2,1	4,7	0	0	9,2
Non	97,9	95,3	100	100	90,8

1er questionnaire		2ème questionnaire		Témoign
Appr	Stag	Appr	Stag	

### Problèmes perçus comme nécessitant une aide

	Appr	Stag	Appr	Stag	Témoign
Alimentation	2,1	7,1	2,4	8,8	10,8
Logement	3,1	3,6	2,4	5,9	8,7
Formation ou travail	1,7	5	1,2	2,9	7,1
Transport pour formation	2,4	11,4	1,2	11,8	10,9
Usage du tabac	4,8	5	4,8	8,8	8,2
Usage de l'alcool	0,3	2,1	0	2,9	3,8
Usage de drogue	0	2,1	0	5,9	1,1
Sexualité, contraception	1	0,7	0	0	1,6
Absence amis	0	2,2	0	2,9	0,5
Avenir professionnel	0	16,5	2,4	29,4	8,7

### Orientations proposées par CRIJ (une ou plusieurs pour le même jeune)

	Appr	Stag	Appr	Stag	Témoign
ANPAA	13,8	15,7	13,5	14,7	
Centre de planification	4,1	2,1	5,2	2,9	
CDAG	2,2	1,4	2,1	2,9	
Généraliste	0,3	4,3	1	8,8	
Spécialiste	1,3	0,7	2	0	
Unité d'addictologie	1,6	2,1	1	2,9	
CDAD	1,9		1	0	
Service Logement	1,6	0,7	2	0	
RESADO, CMP, UMAPP,,,,	0,6	3,5	0	11,7	
Point Ecoute	0,0	3,5	0	0	
Autre orientation	3,1	4,8	2	11,6	
Aucune orientation	69,5	61,2	75	64,7	

### Accompagnement

	Appr	Stag	Appr	Stag	Témoign
Proposé par le CRIJ et accepté	10,7	17,9	9,4	17,6	
Proposé par le CRIJ et refusé	9,7	15	11,5	23,5	
Non proposé	79,6	67,1	79,2	58,8	



## Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

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

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

95, avenue de France 75 650 Paris Cedex 13

Téléphone : 01 40 45 93 22

<http://www.experimentationsociale.fr>