

Mission d'animation
du Fonds d'expérimentations pour la jeunesse

NOTE D'ETAPE SUR L'EVALUATION AU 31 JANVIER 2012

REDIGEE PAR LE CREST

DOSSIER : AP2_ n° 76

Intitulé du projet : Présaje

Porteur du projet : MDEF de Sénart

Evaluateur du projet : CREST

1. Problématique, objectifs et méthode de l'évaluation

Condition nécessaire à la liberté pour certains parce qu'elle permet de développer des « capacités » (SEN A. 1983) ou composante essentielle du « capital humain » pour d'autres (BECKER G.), la santé constitue une préoccupation majeure des décideurs politiques. Il existe, aujourd'hui, un réel consensus sur la volonté de favoriser l'accès de tous aux services de santé. Malgré cette volonté réelle et les efforts qui ont pu être réalisés depuis maintenant plusieurs décennies, on constate encore aujourd'hui, en France, la persistance d'un état de santé dégradé chez les jeunes les plus en difficulté. Par la mise en place d'une expérimentation et d'une évaluation rigoureuse, notre étude se fixe pour objectif d'apporter des éléments de réponse quant au choix et à la définition d'une politique sociale efficace en matière de santé. Le projet vise à mieux comprendre quels sont les **déterminants du non recours aux soins** chez ce public particulier, et d'évaluer les réponses qui peuvent être proposées : optimisation de l'accès aux dispositifs de droit commun, gratuité du soin, accompagnement médical individualisé.

Le premier axe de recherche se concentre précisément sur **la part du frein financier** dans les comportements de renonciation aux soins chez les jeunes. Dans quelle mesure la trop faible consommation de soins chez ces publics en difficulté et la dégradation de leur état de santé qui en découle peuvent-elles être attribuées à des facteurs d'ordre financier et à une protection sociale insuffisante ? Il faudra également parvenir à déterminer les différences de comportement entre les jeunes bénéficiant d'un régime impliquant une gratuité des soins avec dispense d'avance d'honoraires et ceux dont les dépenses de santé sont remboursées seulement *a posteriori*.

Cependant, ce projet ne veut pas se limiter à l'étude d'un seul des nombreux déterminants du recours aux soins. S'il cherche à déterminer l'existence ou non de barrières financières, il souhaite également s'intéresser à d'autres facteurs qui pourraient être, eux aussi, à l'origine d'une rupture de soin chez les jeunes en difficulté. On peut en effet constater, chez ce public particulier, un très **faible niveau d'information** et de connaissance quant à la nature même de leurs besoins en matière de santé. Il nous est alors paru important d'identifier quelle pourrait être la plus-value d'une consultation de médecine sociale (information, prévention, dépistage, orientation) et de mesurer précisément le rôle d'un tel dispositif visant non seulement à surmonter les barrières financières de l'accès aux soins mais aussi les barrières socioculturelles. Quelle est la place qui doit être accordée à l'information et la prévention réalisées par les professionnels de santé ? Ces derniers, parce qu'ils permettent au jeune de déterminer quels sont ses besoins, de révéler la nature de sa demande en matière de santé, et de l'orienter vers des structures adaptées ne jouent-ils pas un rôle clé ? Médecins et psychologues ne sont-ils pas plus aptes, mieux qualifiés que quiconque pour réinsérer les jeunes dans un parcours de soins classiques ?

Si, dans un premier temps, l'objectif de l'étude est de se concentrer sur **l'accès aux soins** et de chercher à favoriser au maximum ce dernier, elle se fixera également pour but, plus indirect, de mesurer l'impact de la suppression des barrières culturelles sur **l'insertion socioprofessionnelle** des jeunes. En effet, les publications scientifiques de Santé Publique ont, à de nombreuses reprises, souligné l'existence d'un lien entre état de santé et insertion (MOREL & al., 1998 ; GOLDNEY, 1998). Il a également été démontré que le recours aux soins pour les personnes en situation sociale précaire pouvait constituer une étape déterminante dans la trajectoire de réinsertion (PARIZOT, 2003). C'est pourquoi l'insertion sociale et professionnelle semble constituer un second objectif pertinent de cette étude.

Ce projet se fixe pour but d'apporter aux décideurs politiques des éléments de réponses leur permettant de **définir ensuite une politique efficace en matière de santé**. La méthode de l'expérimentation consistant à tester une mesure sociale sur un sous-échantillon avant de la généraliser à une population plus large est celle qui a été retenue dans cette étude. Ce projet vise à introduire un caractère aléatoire à celle-ci en déterminant, au hasard, les bénéficiaires du programme. Ainsi sont constitués plusieurs groupes, chacun ayant un effectif suffisamment important pour garantir qu'ils soient parfaitement comparables entre eux, excepté le fait qu'il leur sera administré un programme spécifique. Cette méthode permet d'évaluer rigoureusement les

conséquences de l'introduction d'une mesure particulière. En effet, les différences constatées entre les groupes pourront être directement interprétées comme étant des effets des programmes.

Les **Missions Locales** paraissent être le lieu le plus adapté à la mise en place d'une telle expérimentation aléatoire. Elles accueillent un public jeune, souvent en difficulté et présentant un fort risque de troubles psychologiques et un état de santé dégradé. Ce projet a débuté par une phase pilote conduite à la Mission Locale de Sénart depuis janvier 2007. Il souhaite maintenant reprendre les grands principes, tirer les leçons de ses échecs et la généraliser à d'autres Missions Locales pour augmenter les effectifs et, ainsi, se donner les moyens d'obtenir des résultats significatifs. Cinq Missions locales participent à cette étude : Toulouse, Reims, Clichy, Poitiers et Sénart.

Ce projet consiste en la mise en place d'une **évaluation randomisée** de deux programmes distincts. Le premier consiste en une ouverture des droits sociaux ainsi qu'une information sur ces derniers. Le second complète l'intervention précédente par la possibilité offerte aux jeunes de bénéficier de consultations avec les professionnels de santé de la Mission Locale. Le dispositif prévoit la ventilation aléatoire des jeunes éligibles entre ces deux programmes et un groupe témoin.

La phase d'inclusion, d'une durée de un an, a débuté en janvier 2010 pour se terminer en décembre. La mesure de l'impact du programme nécessite de disposer, pour chacun des jeunes, d'un questionnaire initial et d'un questionnaire final séparé par une durée de un an. La phase finale a débuté en janvier 2011. Disposer des questionnaires initiaux permettra de mener une analyse intermédiaire. Celle-ci consistera en la description approfondie du public ciblé par l'étude. Par ailleurs, les questionnaires médicaux seront analysés par l'INSERM et permettront d'avoir une idée précise de l'état de santé d'un échantillon représentatif des jeunes fréquentant les Missions locales. Les résultats finaux de cette étude seront disponibles en juin 2013.

2. Etat d'avancement et principaux résultats attendus

La fin de l'année 2011 marque la fin de la phase d'inclusion des jeunes dans le dispositif. Nous avons au total pu inclure 1523 jeunes sur les 5 sites expérimentaux. Actuellement, l'ensemble des questionnaires initiaux ont été passés et la *baseline* est en cours de constitution.

Les derniers mois de l'année 2011 ont également été consacrés à la **préparation de la phase finale**. A partir de janvier 2012, les assistants de recherche ont pour consigne de contacter les jeunes rencontrés un an auparavant pour leur administrer un questionnaire final. Ce dernier, relativement proche du questionnaire initial, a été conçu avec l'aide de l'INSERM et permettra de recueillir des informations sur les jeunes inclus dans le dispositif.

La réussite du projet repose maintenant en partie sur la capacité des assistants de recherche à **faire revenir les jeunes** pour leur administrer le questionnaire final. Afin de maximiser ce taux de retour, le protocole prévoit que les assistants aient des contacts réguliers avec les jeunes pendant l'année de suivi. Cependant, certains jeunes ont débuté une formation ou sont en emploi et, par conséquent, peu disponibles pour rencontrer à nouveau les assistants de recherche à la Mission locale. Certains jeunes ont également déménagé. Les questionnaires, passés normalement lors d'entretiens en face à face, pourront exceptionnellement être administrés par téléphone lorsque les jeunes sont dans l'impossibilité de se rendre à la Mission locale. Les horaires de travail des cinq assistants de recherche ont également du être partiellement modifiés pour qu'ils puissent contacter les jeunes en emploi ou en formation le soir et les WE. Nous ciblons un **taux de retour de 75%**. Plus le taux de retour sera élevé, plus la capacité de détection sera importante.

En ce qui concerne les résultats, il est prévu qu'une première analyse descriptive de l'échantillon soit réalisée au cours des prochains mois à partir des questionnaires initiaux. Les questionnaires médicaux renseignés par les médecins lors de leurs consultations avec les jeunes de la cohorte 1 seront également analysés par l'équipe de l'INSERM au cours du premier semestre 2012. L'approche adoptée sera alors plutôt épidémiologique.

Les premiers résultats quant à l'effet des deux traitements testés dans cette expérimentation ne pourront être disponibles qu'une fois la *endline* constituée. Il faudra attendre la fin de l'année 2012 pour que l'ensemble des questionnaires finaux soient passés. C'est seulement à partir de cette date qu'il sera possible d'obtenir des premiers résultats. L'évaluation consistera alors à comparer l'évolution des variables d'intérêt dans chacun des groupes. Les différences seront directement attribuées à l'effet du programme puisque les cohortes ont été constituées de façon aléatoire. Il faudra compter une période de 6 mois pour analyser les données. La publication d'un rapport final est donc prévue pour juillet 2013. Parallèlement au rapport final, l'équipe d'évaluation a pour objectif de produire un article de recherche académique.

Les données permettront alors de mesurer l'effet de chacun des traitements et de mieux comprendre les déterminants du non-recours aux soins chez le public cible. Cette étude permettra de conclure quant à la capacité des deux mesures testées à augmenter la demande de soins, améliorer l'état de santé des jeunes et, à terme, faciliter leur insertion socioprofessionnelle.

L'intérêt de cette expérimentation réside dans la possibilité d'en capitaliser les résultats pour définir une politique en matière de santé qui soit à la fois efficace et adaptée au public jeune.

Les traitements, tels qu'ils ont été définis dans ce projet, présentent l'avantage de pouvoir être transférés en politiques publiques. S'il est démontré que la présence de professionnels de santé au sein des Missions locales peut avoir un effet positif sur l'état de santé des jeunes mais aussi sur leur capacité à s'insérer socialement et professionnellement, alors il pourra être pertinent de **développer les points santé au sein des Missions Locales**. En effet, actuellement, les postes de professionnels de santé en Mission locale sont relativement rares. Un très petit nombre de structures a la chance de pouvoir bénéficier de la présence d'un médecin. Les psychologues, bien qu'ils soient plus nombreux, ne sont généralement présents que quelques demi-journées par semaine. Or, ces professionnels de santé peuvent jouer un rôle essentiel dans le parcours d'insertion des jeunes. Ils semblent être les plus à même d'identifier les besoins des jeunes en

matière de santé, de détecter d'éventuelles pathologies et d'orienter les jeunes afin de les réinsérer dans le système de droit commun.

Quand au second traitement de cette étude, il est également facilement transférable en politique publique. S'il est démontré, par cette expérimentation, que la rupture de soins constatée chez les jeunes est liée à des barrières financières, il faudra alors travailler au développement de dispositifs visant à abolir ces dernières. Il pourra s'agir, par exemple, d'une ouverture systématique des droits ainsi que d'une information sur ces derniers pour tous les jeunes s'inscrivant en Mission locale. L'expérimentation a également été conçue pour permettre de conclure si ce sont non seulement les soins payants ou aussi le fait d'avancer les honoraires qui constituent un frein. Certaines Missions locales ont déjà travaillé à l'établissement de **dispositifs permettant d'instaurer la gratuité des soins**. Ce type de dispositifs, si leur efficacité est prouvée, pourraient alors être adaptés et généralisés à l'ensemble du public des Missions locales ou plus largement à l'ensemble des jeunes de 16 à 25 ans.