



FEJ
FONDS
D'EXPÉRIMENTATION
POUR LA
JEUNESSE



Direction de la jeunesse,
de l'éducation populaire et de la vie associative

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

NOTE D'ETAPE ANNUELLE SUR L'EVALUATION

REDIGEE PAR LE CREST

DOSSIER : AP2_076

Intitulé du projet : Presaje (Projet de Recherche sur la Santé des Jeunes)

Porteur du projet : Mission locale de Sénart

Evaluateur du projet : CREST

Région(s) d'expérimentation :

- Ile-de-France (Missions locales de Sénart et de Clichy-sous-Bois)
- Poitou-Charentes (Mission locale de Poitiers)
- Midi-Pyrénées (Mission locale de Toulouse)
- Champagne-Ardenne (Mission locale de Reims)

Date de démarrage effectif de l'expérimentation : janvier 2011

1. Problématique, objectifs et méthode d'évaluation

a. Problématique et objectifs

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 fixe 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 constitue un second objectif pertinent de cette étude.

b. Méthode d'évaluation

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 chez les jeunes. 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 introduit un caractère aléatoire à celle-ci en déterminant, au hasard, les bénéficiaires du programme. 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 en a ensuite repris les grands principes, en tirant les leçons de ses échecs et en la généralisant à d'autres Missions Locales pour augmenter les effectifs et, ainsi, se donner les moyens d'obtenir des résultats significatifs. Cinq Missions locales participent donc 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 protocole évaluatif consiste à ventiler aléatoirement les jeunes de l'échantillon entre ces deux programmes et un groupe témoin puis à comparer les groupes entre eux avant et après mise en place des programmes (principe de différences de différences). Cette méthode semble être la plus apte à répondre aux problématiques exposées dans la mesure où pour être capable d'estimer l'effet du frein financier et l'effet du frein socioculturel dans les comportements de renonciation aux soins des jeunes, il est nécessaire de pouvoir comparer le comportement de jeunes qui ne diffèrent que par leur niveau de frein (financier ou socioculturel). Or dans la réalité, le niveau de frein des jeunes est corrélé à d'autres caractéristiques, qui jouent elles aussi sur leur comportement de renonciation au soin. On peut par exemple supposer qu'un jeune en situation d'isolement social aura à la fois des barrières socioculturelles fortes et un accès aux soins limité. Donc si on compare ce jeune à un jeune ayant des barrières socioculturelles plus faibles du fait d'une meilleure insertion, ce n'est pas tant l'effet du frein socioculturel que l'effet global de l'insertion que l'on capture. Il est donc nécessaire, pour pouvoir identifier l'effet « pur » de chaque type de frein, de comparer des jeunes qui sont comparables en tous points sauf au niveau du frein financier ou socioculturel (raisonnement « toutes choses égales par ailleurs »). La meilleure façon d'obtenir cette comparabilité est donc de faire varier le niveau de frein de manière aléatoire parmi les jeunes de l'échantillon, afin qu'en moyenne celui-ci ne soit corrélé à aucune caractéristique des jeunes susceptible d'influencer leur comportement de renonciation au soin.

Les outils de collecte développés avec l'Inserm et la Mission locale de Sénart (structure porteuse du projet) pour répondre aux questions précédemment exposées sont tout d'abord des questionnaires passés auprès des jeunes avant et après mise en place des deux dispositifs testés. Ces questionnaires permettent d'obtenir des informations relatives au parcours scolaire et professionnel des jeunes, à leur situation financière, à la situation de leur famille, mais ils donnent également des informations quant au ressenti des jeunes au sujet de leur quartier, de leur entourage, de leur santé, des institutions telles que l'école, le gouvernement, les médias, la justice. Par le biais d'un quizz, nous testons également dans ces questionnaires leur niveau de connaissance en matière de santé. Le second type d'outil de collecte mis en place est un questionnaire médical rempli par le médecin lors de la consultation. Il permet d'avoir des informations plus précises sur les comportements des jeunes en termes de consommation de soins et de pratiques à risque. Ce questionnaire médical est complété par un ensemble de

diagnostics et observations réalisés par le médecin (poids, taille, vision, dentition, pathologies), qui sont mis à jour à la fin du suivi médical. Le troisième type d'outil de collecte destiné à rendre compte du second volet du dispositif testé, l'optimisation de l'accès aux dispositifs de droit commun, est une fiche de suivi remplie par l'assistant social au début et à la fin du suivi. Cette fiche nous permet de connaître la situation initiale des jeunes en termes de protection sociale, les démarches réalisées par l'assistant social et la situation finale des jeunes, une fois le suivi terminé. Afin d'obtenir des informations plus précises sur les périodes de formation et d'emploi des jeunes, les assistants de recherche ont également extrait certaines données de l'application web « Parcours 3 », renseignée par les conseillers durant toute la durée du suivi des jeunes à la Mission locale. Par ailleurs, nous disposons d'un « monitoring » tenu par chaque assistant de recherche qui indique la date et l'objet des visites de chaque jeune à la Mission locale.

2. Etat d'avancement et principaux résultats attendus

a. Etat d'avancement

Le début de l'année 2013 coïncide avec la fin de la période de collecte des données, l'année 2012 ayant été consacrée à la passation des questionnaires finaux auprès des jeunes. Le taux de retour est très satisfaisant puisque 72 % des jeunes ayant passés un questionnaire initial ont également répondu au questionnaire final. Ce bon taux de retour s'explique à la fois par le protocole de prises de contact régulières avec les jeunes entre la passation du questionnaire initial et la passation du questionnaire final (les assistants de recherche contactaient les jeunes tous les trois mois pour leur rappeler leur engagement dans l'étude), et aussi par la multiplication des moyens mis en œuvre pour réussir à faire passer le questionnaire final. En effet, les assistants de recherche ont décalé leurs horaires de travail afin de parvenir à joindre les jeunes le soir ou le samedi et ils ont proposé aux jeunes refusant de se déplacer des modes de passation alternatifs (passation par téléphone, par courrier ou par courriel).

Les taux de retour entre les différents groupes sont relativement équilibrés : 70 % pour le groupe bénéficiant d'une ouverture des droits sociaux ainsi que de la possibilité de consulter des professionnels de santé, 72 % pour le groupe bénéficiant seulement d'une ouverture des droits sociaux, et 71 % pour le groupe témoin. On constate cependant des différences assez marquées au niveau des taux de retour globaux entre les cinq Missions locales, avec les sites de Sénart et Poitiers qui affichent un très bon taux de retour (respectivement 72 et 76 %), et la Mission locale de Clichy qui est un peu en-dessous des autres sites (66 %). La difficulté à faire passer un questionnaire final aux jeunes de Clichy peut en partie s'expliquer par le fait que la Mission locale a à la fois changé de site et connu quelques changements de personnel au niveau des conseillers, entraînant la rupture de certains jeunes avec la Mission locale.

Un première analyse des données récoltées indique que la part de jeunes encouragés à aller voir un professionnel de santé (groupe 1) étant effectivement allés le voir est de 67 %, et la part de jeunes encouragés à aller voir l'assistant social étant effectivement allés le voir (groupes 1 et 2) est de 77 %, avec néanmoins quelques disparités entre les cinq sites. Par ailleurs, seulement un jeune du groupe témoin a vu le médecin et deux jeunes du groupe témoin ont vu l'assistant social. Les calculs de puissance suggèrent donc que nous serons en mesure de détecter des effets des programmes relativement petits : 28.5 % d'un écart type pour le programme consistant en l'ouverture des droits sociaux ainsi que de la possibilité de consulter des professionnels de santé et 25 % pour le programme consistant en une simple ouverture des droits sociaux.

La collecte des données étant terminée, nous travaillons actuellement à la constitution de la base finale et nous apprêtons à commencer l'analyse. Nous prévoyons de rendre le rapport final en juin prochain.

b. Principaux résultats attendus

Les données devraient permettre de mesurer l'effet de chacun des deux programmes et de mieux comprendre les déterminants du non recours aux soins chez les jeunes de Missions locales. Cette étude devrait permettre de conclure quand à la capacité des deux dispositifs testés 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 traduits 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 traduisible 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.

CERTIFICAT :

Je soussigné, Alain Trognon, responsable de la structure évaluatrice du projet AP2_n°76, certifie exact l'ensemble des informations figurant sur le présent document.

Date : 31/01/2013

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alain Trognon', written in a cursive style.