



L'OFFRE DE SERVICES SANTÉ DES MISSIONS LOCALES EN NOUVELLE- AQUITAINE

Période observée :
du 31/10/2017 au 01/11/2018



Remerciements

Nous tenons à saluer l'ensemble des professionnels des 43 Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine : dans un contexte perturbé, vous avez pris le temps de nous orienter vers les bons interlocuteurs, de répondre à notre enquête et de nous apporter toutes les précisions nécessaires. Vous avez partagé vos expériences et le fruit de votre travail de diagnostic continu, vous avez partagé avec nous vos réussites et vos difficultés : nous souhaitons vous en remercier sincèrement.

Arnaud Collignon,

Président de l'Association Régionale
des Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine

Directrice de publication

Marie RUEZ, directrice de l'ARML Nouvelle-Aquitaine

Réalisation, analyse et rédaction

Candice VALLIER, chargée de Mission Médiation Santé

Requêtes système d'information imilo

Frédéric LESELLIER

Coordination du projet ARS

Claudette LEMIERE, chargée de projets

Mise en page

Pascale BASIER

Crédits photos

UNML_-®Bessiere Franck_IMG_5718

I – Éléments de contexte.....	4
A – La place de la santé dans l’action des Missions Locales.....	4
B – Les besoins de santé des jeunes : un constat partagé	8
C – La commande	9
II – Comprendre les sources de données	10
A – Les données quantitatives	10
1 – i-milo, le système d’information des Missions Locales	10
2 – La structuration de l’offre de service santé en Nouvelle-Aquitaine.....	11
B – Les données qualitatives	14
1 – Les entretiens avec les Missions Locales.....	14
2 – Les témoignages de trajectoires de jeunes	15
III – L’analyse des données.....	17
A – La santé : un travail de fond intégré aux pratiques des Missions Locales	17
1 – Plus d’un jeune sur cinq accompagné en matière de santé.....	17
a - La nécessité de mieux valoriser le travail accompli	17
b – Une offre de service qui doit évoluer dans i-milo	18
2 – Tous les jeunes concernés mais à des degrés divers.....	22
a – une offre de service également mobilisée quelle que soit la situation individuelle des jeunes	22
b – une concentration sur les jeunes en dispositif d’accompagnement renforcé Garantie Jeunes	28
B – Des trajectoires individuelles	32
1 – Une offre de service mobilisée différemment d’un département à l’autre.....	44
a – Les indicateurs de la mobilisation de l’offre de service en matière de santé	45
b – Des données observées à relativiser	45
2 – Une concentration des actions sur les zones fragiles du territoire	47
a – une concentration des actes de service santé sur les jeunes résidant en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)	47
3 – Éléments d’explication	49
a - Le cumul de difficultés sur un même territoire.....	49
b - Une meilleure offre de service santé lorsqu’elle est structurée.....	51
IV – Conclusion et préconisations	53
Annexe 1 Trajectoires de jeunes	56
Annexe 2 Détail de la constitution de l’IDH4.....	63

Présentes sur l'ensemble du territoire national avec plus de 6500 sites, les 445 Missions Locales exercent une mission de service public de proximité afin de permettre à tous les jeunes de 16 à 25 ans révolus de surmonter les difficultés qui font obstacle à leur insertion professionnelle et sociale. Elles constituent le service public territorialisé de l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie et l'emploi.

Au niveau national, 1,5 million de jeunes sont accompagnés, chaque année, par près de 13000 professionnels dans les Missions Locales.

Créées par ordonnance, en mars 1982, à la suite **du rapport du sociologue Bertrand Schwartz (septembre 1981), *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes***, commandé par le Premier Ministre Pierre Mauroy, les Missions Locales sont une forme de mise en commun de moyens entre l'État et les collectivités locales.

Elles ont un statut associatif et les présidents de leurs conseils d'administration sont des élus des Collectivités locales.

Elles fédèrent au sein de leurs instances associatives les élus des Collectivités territoriales, les services de l'État, Pôle emploi, les partenaires économiques et sociaux et le monde associatif.

Les Missions Locales ont un rôle central pour l'élaboration et le pilotage des projets territoriaux d'insertion des jeunes, en partenariat avec l'ensemble des acteurs économiques, politiques, publics et associatifs de leurs territoires. Elles permettent l'adaptation territoriale et décentralisée des politiques et des dispositifs d'insertion en faveur des jeunes.

Depuis plus de trente ans, les missions locales ont développé un accompagnement global en direction des jeunes. Elles traitent l'ensemble des difficultés d'insertion : emploi, formation, orientation, mobilité, logement, santé, citoyenneté, accès à la culture et aux loisirs.

La finalité de l'action de chaque Mission Locale est de renforcer l'accès à l'autonomie des jeunes en répondant à leurs besoins et à leurs attentes dans ces nombreux champs. C'est cette approche globale qui fait la particularité et l'efficacité du réseau.

Ainsi le cadre commun de l'offre de service des Missions Locales proposé par l'Union Nationale des Missions Locales (UNML) en septembre 2018, précise les principes d'actions des Missions Locales, transverses à l'ensemble de leurs fonctions :

- **L'observation du territoire** d'intervention et **la production de connaissances** aux niveaux local, régional et national,
- **L'écoute active** des jeunes et la prise en compte de leur parole pour éclairer leurs choix d'actions, et **développer leur pouvoir d'agir**.

Il définit les « réalisations » socles pour chacune des 5 fonctions des Missions Locales :

- Sur la fonction **Repérage, mobilisation des jeunes** (Faire connaître à l'ensemble des jeunes l'offre à laquelle ils peuvent avoir accès sur l'ensemble de leurs besoins : emploi, formation, connaissance des métiers, informations sur le territoire, transport et mobilité, accès au logement, santé, accès aux droits, à la culture, aux sports, aux loisirs et à la citoyenneté, etc.),
- Sur la fonction **Accueil, Information** (Accueillir tous les publics pour les informer et les aider dans leur recherche d'informations.),
- Sur la fonction **Orientation** (Apporter aux jeunes un conseil qualifié pour leur permettre de s'orienter au mieux vers les acteurs et services selon leurs besoins.),
- Sur la fonction **Accompagnement à la construction et à la mise en œuvre du parcours du jeune** (Proposer à chaque jeune un suivi personnalisé pour construire son parcours et aborder toutes les questions liées à l'accès à ses droits, à la formation, à l'emploi, au logement, ... et être accompagné dans sa mise en œuvre. Cet accompagnement s'inscrit dans les principes et les objectifs du conseil en évolution professionnelle.),
- Sur la fonction **Appui au recrutement et à l'intégration des jeunes dans l'emploi en direction des employeurs** (Développer un partenariat avec les entreprises de son territoire, qui peut être mobilisé pour toutes les phases du parcours des jeunes - découverte des métiers, des secteurs économiques, évaluation des compétences, accès à l'emploi ou à la qualification, ... - tout en répondant aux besoins de compétences des entreprises).

I – Éléments de contexte

A – La place de la santé dans l'action des Missions Locales

Depuis leur création, les Missions Locales ont intégré la dimension Santé dans l'accompagnement global de leur public cible : les jeunes 16-25 ans en demande d'insertion.

Ainsi : « Dans le chapitre intitulé « la santé », Bertrand Schwartz reprenait la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « **La santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie** ». Cette position revenait à renoncer à considérer la santé comme le seul résultat de la pratique médicale et à légitimer l'approche globale de l'insertion utilisée par les Missions Locales. » (**Pour l'essaimage d'une culture santé chez les 16-25 ans, rapport d'évaluation des expérimentations du FEJ ATEC – LERFAS, 2012**).

Cette définition de l'OMS est extraite du « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 ». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

De nombreuses études l'ont démontré, les jeunes 16-25 ans en recherche d'insertion sont confrontés à des difficultés de santé, autant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de conditions de vie, que de comportements. Ces difficultés sont plus importantes que pour les autres jeunes du même âge. Elles sont la source de nombreuses vulnérabilités et place ces jeunes dans une situation inégale au regard de l'accès aux droits et aux soins. Elles fragilisent d'autant l'accès à l'emploi, déjà précaire pour une grande partie de cette tranche d'âge. Ces jeunes sont de fait une cible prioritaire des politiques de prévention en matière de santé, d'accès aux droits et aux soins.

Les indicateurs de santé chez les jeunes

Population concernée: près de 12 millions de jeunes en France en 2001. Jeunes de 10 à 14 ans : 3 900 000. Jeunes de 15 à 24 ans : 7 788 281

Éléments sanitaires

Depuis 2000, une diminution du score de santé générale est observée parmi les 15-19 ans (source INPES : Baromètre Santé 2005, Premiers résultats).

Accès aux soins

1 étudiant su 3 renonce à des soins, faute de moyens et plus de 19% ne sont pas couverts par une mutuelle, en raison de son coût jugé trop élevé (UNEF 2011)

Les jeunes en insertion ont 2 fois plus de signes de souffrance psychique (CETAF) et font 2 fois plus de tentatives de suicide.

Idées suicidaires et tentatives de suicide (UNEF)

15% des étudiants déclarent avoir eu des idées suicidaires dans les 12 mois précédents (contre 8% chez les 15-19 ans, Baromètre Santé INPES 2005)

51% des filles et 43% des garçons ont en parlé,

5% ont déclaré avoir fait une tentative de suicide (6,5% des filles et 3,4% des garçons)

56% des TS n'ont été ni hospitalisés, ni suivis par un médecin

Suicides 15-24 ans

environ 600 par an: chiffre sous-évalué, mais à la baisse depuis 30 ans

Accidents de la voie publique :

1000 mots par an, entre 15 et 24 ans, 24 000 blessés

Jeunes de 15-24 ans: que 9% de la population, mais 21% des tués et 22% des blessés.

Obésité

Chiffres en augmentation depuis 30 ans (tous âges)

15% des adolescents en surpoids, 4,5% obèses. Fortes inégalités selon le milieu social

IVG

15 000 par an chez les mineures, en augmentation chez les 15-24 ans, malgré la diffusion de la contraception d'urgence (43% des jeunes femmes de 15 à 24 ans en 2010)

Consommations (sources: ESCAPAD – OFDT)

Tabac quotidien: après des années de baisse, augmentation depuis 2008 à 2011

garçons: de 29,9 à 32,7% et filles: de 27,9% à 30,2%

Cannabis régulier: 10% garçons et 4% filles

Alcool et autres psychotropes

Baisse des consommations régulières: garçons : 13% et filles: 4%

Nette augmentation des ivresses répétées:

garçons: 32% à 34% et filles: 18,9% à 21,3%

Champignons, ecstasy, amphétamines: idem 2003/2001: inférieur à 1%

Cocaïne: en hausse : > 3%

Poppers: forte hausse: de 2% en 2000 à 9% en 2011

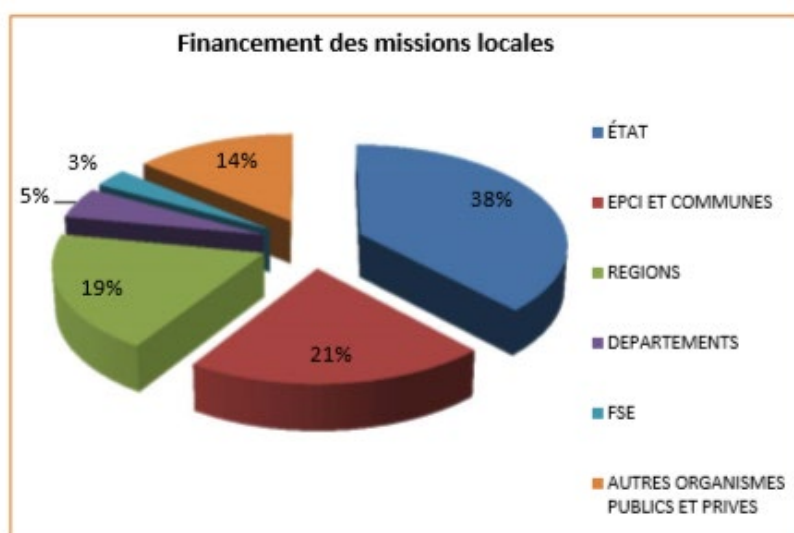
Rens. : Christophe Alluis, chargé de communication, Fédération des Espaces Santé Jeunes : christophe.alluis@fej.org / 04.91.13.71.89

Eléments statistiques extraits du Manifeste pour une politique de santé en faveur des jeunes par les organisations suivantes : Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA); Fédération des Espaces Santé Jeunes (FESJ); Association Nationale des Points Accueil-Ecoute Jeunes (ANPAEJ); Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire (AFPSSU); Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA); Commission Adoléscent de la Société française de Pédiatrie (SFP); Société Française de Santé Publique (SFSP); Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile (API); Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA), 2012

Or si la santé des publics accueillis par les Missions Locales doit faire l'objet de toutes les attentions, force est de constater que les Missions Locales « bricolent » depuis de nombreuses années pour parvenir à financer leurs actions dans ce domaine.

Le réseau des Missions Locales est presque exclusivement financé par des fonds publics : il perçoit des financements de l'État, des Régions, des Communes et Communautés de Commune, et d'autres institutions comme l'Union européenne (par le biais du Fonds Social Européen) ou les Conseils Départementaux peuvent aussi apporter leur soutien financier.

Les proportions constatées au sein des différentes Missions Locales sont très variables. Selon le service des études statistiques de la DIRRECTE en 2017 (*Cartographie socio-économique et démographique des territoires des Missions Locales*), en Nouvelle-Aquitaine, les financements se répartissaient en moyenne comme suit :



Chaque financeur contribue en fonction de ses champs de compétences et de ses priorités au financement globale des structures, introduisant une certaine complexité, une part d'incertitude quant à la longévité des actions et un risque de fragilité de la pérennité financière des structures elles-mêmes.

Depuis 2008, le financement par l'Etat des Missions Locales est ventilé par le biais de Conventions Pluriannuelles d'Objectifs (CPO), qui n'évaluent pas et ne financent pas, de façon spécifique, l'accompagnement santé réalisé par les Missions Locales, bien que la santé soit de la compétence principale de l'Etat.

LES FONCTIONS D'UNE MISSION LOCALE ET LEUR CONCORDANCE AVEC LES COMPÉTENCES DES FINANCEURS

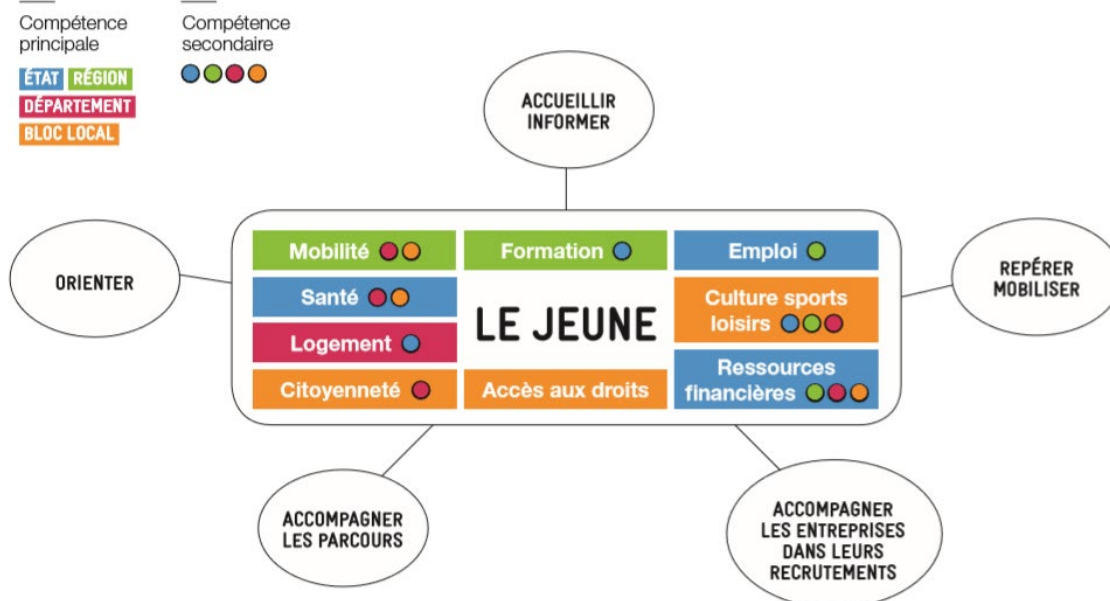


Tableau extrait du cadre commun de référence UNML septembre 2018

En Nouvelle-Aquitaine, un contrat de projet 2018/2020 lie les Missions Locales et la Région concernant leur financement global.

En matière de santé, les points observés sont :

- Le nombre de jeunes bénéficiaires d'une proposition santé
- Les moyens globaux mis en œuvre pour informer sur les dispositifs régionaux concernant les jeunes (dont la santé, le logement, la mobilité, etc.)
- Les partenariats noués par chaque Mission Locale en matière de santé (logement mobilité etc.)

Concernant leurs actions dans le domaine de la santé, les Missions Locales sont donc en perpétuelle recherche de financements. Elles répondent de plus en plus à des appels à projets d'agences gouvernementales, de collectivités territoriales et de fondations privées ou font appel à des partenaires comme les Mutuelles.

Par le passé, certaines d'entre elles ont pu développer une offre de service santé coordonnée grâce :

- **À partir de 2005 au Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Jeunes (FIPJ)** - concomitant à l'arrivée du CIVIS (contrat d'insertion dans la vie sociale) - conçu dans le cadre de la mise en œuvre du droit à l'accompagnement vers l'emploi durable afin de lever les freins rencontrés par les jeunes durant leur parcours d'insertion. Disposant d'un champ d'intervention assez large, il permettait des aides directes pour le financement d'actions en faveur du logement, de la santé ou de la mobilité... et des aides indirectes comme le financement d'actions en faveur des jeunes en très grande difficulté, des actions éducatives (prestations tournées vers l'entreprise, vers l'emploi, logement et droit citoyen, vers la santé, l'accompagnement de publics spécifiques, actions de formations non couvertes ...). Cependant le FIPJ a disparu avec la disparition du CIVIS en 2016, après que les fonds alloués aient connu une diminution drastique chaque année de vie du programme.

- **À partir de 2009, aux Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse (FEJ)**, qui a pour objet de financer des programmes expérimentaux visant notamment à contribuer à l'égalité des chances et à améliorer l'insertion sociale et professionnelle durable des jeunes de moins de vingt-cinq ans. Dans une logique d'appels à projets nationaux lancés vers toute structure publique ou privée désireuse de proposer une action innovante ou de contribuer à réformer des dispositifs existants pour les rendre plus efficaces. C'est dans ce cadre, par exemple qu'en 2010/2011 la Mission Locale de Marmande a pu porter un projet d'expérimentation de « Points relais santé en Mission Locale », qui associait la Mission Locale des Deux Rives, la Mission Locale Sud Gironde, la Mission Locale de l'Agenais et de l'Albret et la Mission Locale du Pays Villeneuvois sur deux départements (Lot et Garonne et Gironde) et qui a démontré son utilité (*cf. rapport d'évaluation ATECLERFAS « Pour l'essaimage d'une culture santé chez les 16/25 ans » ; Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse*). Mais là encore, après la phase expérimentale, il appartenait aux structures de trouver les moyens financiers de pérenniser leurs actions.
- **En 2011, des initiatives régionales** comme le financement de La Mutualité française Aquitaine, par la Région, pour établir un diagnostic des besoins de santé des jeunes accompagnés par les Missions Locales. Les professionnels ont été interrogés et un **rapport de mars 2013 intitulé « Etat des lieux des besoins et recommandations sur la santé des jeunes suivis en Mission Locale »**, a permis de poser un diagnostic à partir duquel des préconisations ont été faites et des actions menées. Ainsi la Mutualité Française a procédé à l'animation de journées de sensibilisation sur le fonctionnement du système de santé, auprès des professionnels du réseau des Missions Locales et à la création d'un classeur servant à faciliter le repérage, l'orientation et l'échange avec les jeunes sur la protection sociale. Mais avec la fin du projet, la mise à jour de ces outils s'est interrompu, ce que regrettent de nombreuses Missions Locales.
- **En 2012, l'Agence Régionale de Santé a lancé au niveau Aquitain, un appel à projet pour le financement de « Points relais santé » (PRS) en Missions Locales**, dans le cadre du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). L'Association Régionale des Missions Locales a soutenu cette démarche en proposant aux Missions Locales d'Aquitaine de s'inscrire dans un cadre d'intervention concerté concernant l'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement vers la prévention, l'accès aux droits et aux soins des jeunes suivis. Ce cadre d'intervention encourageait le développement des PRS et proposait un guide méthodologique conçu par l'ARS. Plusieurs Missions Locales de l'ex-Aquitaine ont ainsi structuré leurs actions santé dans ce cadre. L'appel à projets a été renouvelé chaque année permettant une continuité du travail engagé au sein des structures participantes.
- **En 2017, la Région Nouvelle-Aquitaine a adopté une feuille de route santé**, qui fixe les priorités du Conseil Régional en matière de soutien aux projets de santé pour 4 ans. Son objectif est de donner de la cohérence et de la lisibilité à l'action de la collectivité dans le domaine de la santé. Plusieurs grands chantiers ont été identifiés dont la prévention santé et l'environnement. L'objectif est de se saisir de l'ambition définie dans la stratégie nationale de

santé pour « un virage de la prévention » au profit des publics ciblés par les politiques la Région dont les jeunes accompagnés par les Missions Locales. L'objectif auprès de ce public est de **développer et former des relais locaux en prévention et poursuivre les bilans de santé des jeunes en partenariat avec la CPAM**. Cette volonté politique c'est notamment traduit par un appel à projets intitulé PREVA'NA.

- **En 2018, L'ARS dans le cadre du PRAPS Nouvelle-Aquitaine 2018-2023 est venue consolider les acquis des PRAPS précédents** et se fixe 6 objectifs opérationnels (dont prioriser les actions pour les jeunes 0/25 ans, renforcer le pouvoir d'agir des personnes, développer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits, éviter les ruptures de parcours et prioriser les territoires fragiles). 13 actions prioritaires sont ainsi définies dont la première est le développement des points d'accès à la santé dans les Missions Locales.

B – Les besoins de santé des jeunes : un constat partagé

En Nouvelle-Aquitaine, 43 missions Locales ont accompagné près de 100 000 jeunes en 2017, dont 37 900 1ers accueils. Les offres de service en direction des jeunes sont communes et identifiées dans notre système d'information, cependant, les différences de moyens, dans les structures et dans leur environnement, font que les propositions et les services en direction des jeunes, en matière de prévention, d'accès aux droits et d'accès aux soins nécessitent la mise en œuvre d'un appui spécifique en terme de coordination, de développement des compétences des professionnels, d'outillage, et de développement des actions en direction des Jeunes. C'est la mission qui a été confiée à l'association Régionale des Missions Locales par l'Agence Régionale de Santé.

- Les observations statistiques des Centres d'examen de santé, qui reçoivent en bilan un nombre important de jeunes, parmi les plus précaires, et souvent bénéficiaires du dispositif national de la Garantie Jeunes, ont démontré combien cette population a besoin d'un accompagnement spécifique
- Les actions conduites par les Missions Locales, en particulier les actions Points Relais Santé - expérimentées et évaluées dans le cadre des projets du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse (FEJ) - ont démontré, l'importance de la médiation Santé auprès des jeunes accompagnés dans nos structures. Elles ont évalué pour les jeunes bénéficiaires de ces actions un meilleur accès aux droits, aux soins, et des réponses plus favorable à la sollicitation des conseillers sur les actions d'accès à la formation ou à l'emploi
- Les déploiements en Aquitaine des Points Relais Santé, et les évaluations faites par les financeurs, ont démontré la pertinence des Missions Locales dans ce rôle de relais et de médiateur auprès des jeunes
- L'Association Régionale des Missions Locales regroupe les 43 structures de la Nouvelle-Aquitaine, et porte pour le compte de l'Etat et de la Région un programme d'animation. Elle est de fait l'interlocuteur privilégié pour une action régionale de développement et d'animation pour la mise en œuvre de Point d'accès à la santé dans les Missions Locales.

C – La commande

En 2018, l'association Régionale des Missions Locales Nouvelle-Aquitaine a répondu à un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé.

Les objectifs généraux du projet sont d'assurer en Nouvelle-Aquitaine le déploiement des Points d'accès à la santé au bénéfice des jeunes accompagnés par le réseau des Missions Locales, à travers une offre de service commune et concertée, des moyens renforcés tant dans les compétences des professionnels des ML, que dans l'outillage, le développement d'actions et de partenariats.

3 axes de travail ont été définis :

- Axe 1 : Effectuer un état des lieux des pratiques-actions, moyens et besoins spécifiques des territoires
- Axe 2 : Modéliser une offre de service « Point d'accès à la Santé » en Mission Locale
- Axe 3 : Développer les compétences des professionnels en Mission Locale

Ce rapport d'étude concerne le 1^{er} axe de travail : l'état des lieux des pratiques-actions, moyens et besoins spécifiques des territoires.

Cet axe de travail recoupe deux missions :

- Réaliser un état des lieux dans chacune des 43 Missions Locales, sur l'offre de service en matière de Santé, les moyens mis en œuvre, les contraintes. Résultat attendu : 43 fiches descriptives de l'existant dans chaque structure.
- Réaliser une étude sur les jeunes concernés par l'offre de service santé à partir du système d'information des Missions Locales (i-milo).

Cette étude porte sur ce deuxième point. Elle a été réalisée entre décembre 2018 et mars 2019 et s'appuie pour sa partie quantitative sur les données de la période du 31/10/2017 au 01/11/2018 et pour sa partie qualitative sur les informations recueillies sur la période du 01/11/2018 au 15/03/2019.

Elle vise à répondre aux questions suivantes :

- **Qui sont les jeunes concernés par l'offre de service santé des Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine ?**
- **Comment bénéficient-ils de cette offre de service ? Sous quelle forme ?**
- **Cette offre de service est-elle concentrée sur certains types de jeunes ? Pourquoi ?**

II – Comprendre les sources de données

A – Les données quantitatives

1 – i-milo, le système d'information des Missions Locales

Les données chiffrées, servant de base à cette étude, ont été fournies par les assistants techniques i-milo œuvrant au sein de l'Association Régionale des Missions Locales. I-milo est le système d'information mutualisé des Missions Locales au niveau national.

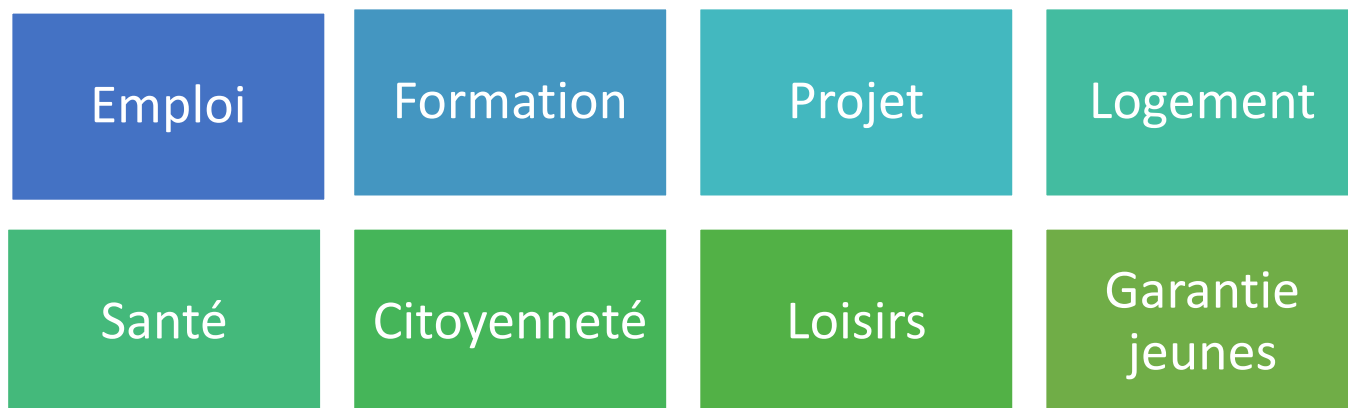
Historiquement, c'est dans les années 1989/1990, que le réseau s'est doté d'un système standardisé d'information, le logiciel Parcours, qui lui permettait d'enregistrer et traiter informatiquement les données utiles à ses activités.

En 2011 la Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle (DGEFP), appuyée par le Délégué Ministériel aux Missions Locales (DMML), a conduit un appel d'offres de plusieurs mois, au terme duquel, la société Similo, filiale d'Atos Worldline, a été retenue. Cette dernière a mis en œuvre le système d'information jeune dans son ensemble en 2015.

La création et le développement d'i-milo s'effectue selon une méthode de co-conception, associant les usagers à la définition des besoins. En effet, le service public attendu implique l'adaptation en continu d'i-milo aux enjeux-métiers et aux nouvelles pratiques.

Ce logiciel est donc en évolution constante et nécessite une saisie quotidienne de la part des professionnels des Missions Locales.

Une offre de services est définie au niveau national. La Nouvelle-Aquitaine, après un travail de concertation, l'a déclinée en une offre de services régionale répartie en 8 thèmes, compromis entre les principaux champs d'intervention des Missions Locales et ce qu'il nous est utile d'observer :



Chacun de ces thèmes regroupe un ensemble d'actes de services aussi appelés « propositions », précisément définies, parmi lesquelles le conseiller effectue un choix de codage pour rendre compte du travail effectué au cours des entretiens individuels ou des ateliers collectifs réalisés avec le public jeune.

Plus d'une centaine de propositions sont ainsi à sa disposition lors de la saisie, qui, selon les organisations, est effectuée au cours de l'entretien ou a posteriori, par le conseiller ou par un personnel administratif, en fonction des consignes données par le conseiller.

La représentativité des données statistiques fournies par i-milo, dépend donc de la fidélité de la saisie réalisée au sein des Missions Locales.

2 – La structuration de l’offre de service santé en Nouvelle-Aquitaine

Elle découle, comme dans les autres régions, d’une offre de service nationale, déclinée en offre de service régionale. Les Missions Locales ont de plus la possibilité de créer une offre de service locale lorsqu’elles souhaitent rendre compte plus précisément de leurs actions.

La structuration de l’offre de services santé dans une Mission Locale de Nouvelle-Aquitaine peut ainsi prendre la forme suivante :



L'offre de service nationale ne présente que peu d'intérêt pour notre étude, elle n'en aurait que s'il était question d'établir des statistiques nationales ou d'effectuer des comparaisons entre régions.

L'offre de service locale étant créée par chaque structure, ne permet pas la comparaison entre les territoires (intitulés différents pour des propositions au contenu proche ou semblable). De plus, chaque acte de service local doit être raccordé à un acte de service régional.

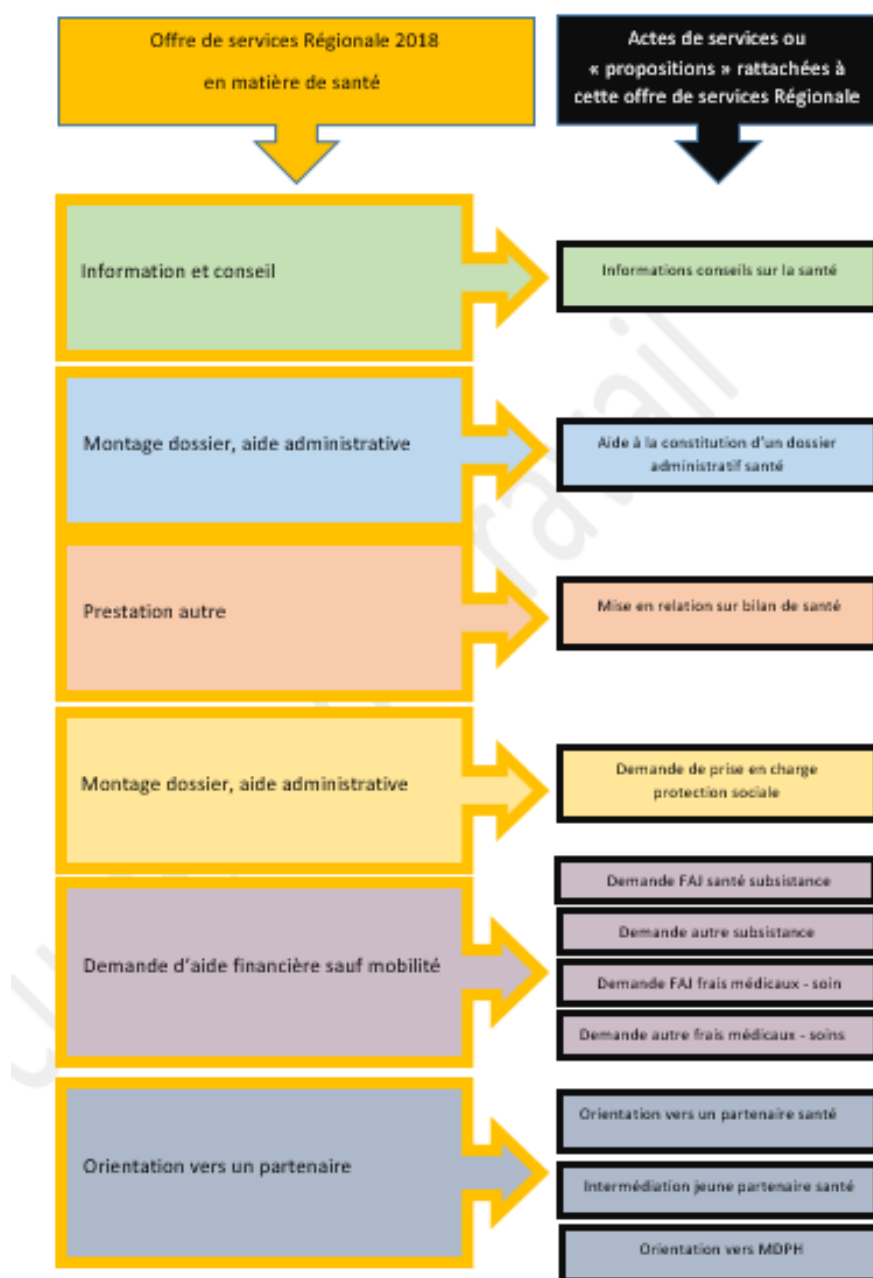
Nous nous sommes donc concentrés sur l'offre de service régionale, qui paraît être l'échelle d'observation la plus pertinente.

La structuration de l'offre de service régionale a évolué pendant la période observée dans cette étude, en effet, l'offre de service des 43 missions locales, n'est devenue commune aux missions locales de Nouvelle-Aquitaine qu'en juillet 2018.

Cependant, les propositions en matière de santé, au niveau régional, n'ont connu que peu d'évolution, ce qui permet une observation cohérente sur l'intégralité de la période du 31/10/2017 au 01/11/2018.

L'offre de service unifiée de la région Nouvelle-Aquitaine, sur le thème de la santé en mission locale, est donc répartie en 11 propositions principales.

Elle est définie comme suit dans



11 propositions disponibles à la saisie :

1. **Information conseil sur la santé**, le conseiller délivre des informations générales, en entretien individuel ou en atelier collectif, concernant **la santé au sens large** (l'hygiène de vie, les dépistages, les vigilances à avoir, la prévention, la maladie, la toxicomanie, etc.) ; **l'accès aux soins** (comment faire un bilan de santé, où rencontrer un psychologue, un médecin, un autre professionnel de santé, etc.) ; **le fonctionnement du système de santé et l'accès aux droits** (ce qu'est une mutuelle, la PUMA, la CPAM, la MSA, un compte AMELI, etc. et comment faire valoir ses droits)
2. **Aide à la constitution d'un dossier administratif santé**, le conseiller accompagne le jeune dans le montage d'un dossier pour une demande liée à la santé (couverture sociale, bilan de santé, demande d'ACS, d'affiliation volontaire à une mutuelle, d'AME, de RQTH etc.). Cette proposition est couramment utilisée pour signifier que le conseiller accompagne le jeune pour trouver le dossier, le compléter et rassembler l'intégralité des documents qui lui sont demandés. C'est souvent un travail de longue haleine.
3. **Mise en relation sur bilan de santé**, le conseiller recueille l'accord du jeune et l'inscrit à un bilan de santé auprès d'un centre d'examen de la CPAM ou autre. Cette proposition implique souvent que le conseiller se soit également préoccupé de la façon dont le jeune se rendra sur le lieu du bilan de santé.
4. **Demande de prise en charge protection sociale**, le conseiller effectue une demande d'ouverture de droits auprès de la CPAM, la MSA, la PUMA, etc. Il monte le dossier car le jeune ne dispose pas du degré d'autonomie lui permettant de le faire.
5. **Orientation vers partenaire santé**, le conseiller oriente le jeune vers tout professionnel de santé pour l'accès aux droits ou l'accès aux soins, dont les PASS. C'est une proposition, qui rend compte du travail partenarial effectué au sein des missions locales
6. **Demande d'aide financière FAJ santé subsistance**, le conseiller effectue une demande d'aide financière concernant la santé ou l'alimentation auprès du Fonds d'aide aux jeunes, géré par les Conseils départementaux, et attribuée sous condition de revenus, dont les montants peuvent être variables selon les départements.
7. **Demande d'aide financière autre subsistance**, le conseiller effectue une demande d'aide alimentaire auprès d'associations caritatives (resto du cœur, secours populaire, mais aussi centre d'action sociale etc.). Cette proposition est généralement utilisée pour les jeunes non éligibles à l'aide précédente ou en complément de celle-ci.
8. **Demande d'aide financière FAJ frais médicaux- soins**, le conseiller effectue une demande de prise en charge de frais de santé non couverts par les aides de la CARSAT-S ou de la MSA (dentaire, optique, mutuelle, RDV médicaux, dépassements d'honoraires etc.) auprès du Conseil départemental, sur le fonds d'aides aux jeunes. L'aide est attribuée sous condition de revenus et son montant est variable selon le département.

9. **Demande d'aide financière autre frais médicaux -soins**, le conseiller effectue une **demande de prise en charge de frais de santé non couverts** (dentaire, optique, mutuelle, RDV médicaux etc.) **auprès** de la CARSAT-S, de la MSA ou **tout autre organisme hors Conseil départemental**.
10. **Intermédiation jeune partenaire santé**, le conseiller **échange avec un partenaire pour** une prise en charge, un suivi, **un accompagnement commun**
11. **Orientation vers MDPH**, le conseiller effectue **une demande RQTH, AAH, et autres mesure MDPH**

De plus, dans le cadre du dispositif Garantie Jeunes, une proposition particulière a été créée, qui se rattache à l'item régional « Information Conseil sur la santé » :

- **Garantie Jeunes santé**, pour un **atelier collectif**, sur une thématique santé, **auprès d'un groupe de jeunes en Garantie jeunes**

Enfin, certaines missions locales ont fait le choix d'enrichir cette offre de service régionale en la complétant par une offre de service locale aux intitulés variés correspondants à la diversité des services qu'elles proposent.

Quoi qu'il en soit, dans le système d'information i-milo, une offre de service locale renvoie à un item régional et sera comptabilisée dans les chiffres sur lesquelles se base cette étude. C'est pourquoi nous avons choisi de rendre compte des statistiques générales à l'échelle régionale.

B – Les données qualitatives

1 – Les entretiens avec les Missions Locales

Afin d'éclairer et compléter les informations fournies par i-milo, nous avons procédé à des entretiens avec certaines Missions Locales. Elles ont été choisies suite aux réponses fournies lors du recensement des actions santé effectué pour le compte de l'Agence Régionale de Santé en parallèle de cette étude.

Ces choix ont été effectués pour des raisons différentes, notamment parce que :

- Elles sont très actives en matière de santé
- Elles proposent des actions originales et/ou innovantes
- Elles ont constitué et activent un partenariat fort sur leur territoire
- Elles ont ou souhaitent structurer une offre de service cohérente et pérenne en matière de santé
- Elles ont fait part de difficultés sur l'un des quatre points précédents

Ces entretiens ont été réalisés en janvier/février 2019, auprès des interlocuteurs, qui nous ont été désignés par les directions de ces structures après consultation de celles-ci au mois de novembre 2018. Afin que leur parole soit libre, nous avons fait le choix de ne pas les citer nommément.

Les Missions Locales étant de taille diverse et ayant des moyens tout aussi divers, selon les territoires, les organisations de travail varient d'autant.

Ainsi, **certaines structures disposent d'un ou plusieurs référents santé et d'autres n'en ont pas.** Lorsqu'il existe, ce référent est un conseiller, un chargé de projet, un cadre de direction ou un directeur lui-même. Il peut disposer d'un temps dédié à la santé ou non, mais il est à noter, **qu'il ne s'agit qu'exceptionnellement d'un temps plein pour des questions de financement de ces postes.**

Au sein de sa structure, il peut travailler seul ou en équipe. Ces équipes peuvent être constituées, de façon agile, le temps d'un projet ou de façon plus pérenne au sein d'un pôle vie sociale par exemple. Il peut parfois être soutenu dans ses actions par des jeunes en service civique ou recevoir un renfort ponctuel de l'équipe.

Selon le temps et les moyens qui lui sont impartis, son rôle peut être en tout ou partie :

- de recueillir les demandes en matière de santé qui émanent des jeunes et des équipes,
- de concevoir, proposer, animer et évaluer des actions et projets santé au sein de la structure,
- de rechercher, développer et fédérer les partenariats,
- de rechercher les moyens de financer les actions et projets en répondant à des appels à projet divers (ARS, collectivités, fondations etc.)
- de gérer une documentation santé à destination des jeunes
- d'être une ressource en matière de santé pour ses collègues (centralisation de l'information, appui aux conseillers sur des questions spécifiques santé) dans une organisation privilégiant l'accompagnement global par un seul conseiller
- ou d'être la personne vers qui l'on oriente tout jeune ayant une question concernant la santé (information générale, accès aux droits, accès au soin etc.), dans une organisation où le jeune rencontrera divers conseillers en fonction des problématiques qui émergent au cours de son accompagnement

Ces entretiens ont donc tenté de rendre compte au mieux de réalités parfois très différentes, d'organisations variées, qui font la spécificité des Missions Locales et leur permettent de s'adapter, au mieux, à leur environnement mouvant tant au plan de la demande des jeunes, qu'à celui des moyens dont elles disposent pour y répondre.

2 – Les témoignages de trajectoires de jeunes

En décembre 2018, nous avons lancé un appel à témoignages auprès des techniciens des 43 Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine, afin de recueillir des trajectoires de jeunes ayant bénéficié des actions santé menées en leur sein.

Il s'agissait de donner corps à ces jeunes, à travers leurs histoires individuelles et d'illustrer l'intérêt d'inclure la dimension santé dans l'accompagnement global, revendiqué par les Missions Locales.

Il était demandé aux conseillers souhaitant témoigner de raconter de façon synthétique la trajectoire d'un jeune ayant bénéficié d'un accompagnement santé au sein de leur structure. Ils disposaient des questions suivantes pour les guider dans la description de ce parcours :

Quel était l'âge du jeune ? Sa situation sociale et professionnelle ? Quelle était sa problématique ? Comment a-t-elle émergé ? De quel accompagnement a-t-il bénéficié en matière de santé par vous et vos partenaires ? Quels ont été les effets produits ? Quelle est, aujourd'hui, la situation de ce jeune ?

20 témoignages de trajectoires de jeunes ont été adressés à l'Association Régionale des Missions Locales par le réseau en un mois et demi. Beaucoup de professionnels ont regretté de ne pas avoir eu plus de temps à consacrer à l'écriture de ces parcours dans leur pratique quotidienne car cette démarche permet de faire le point sur leur travail d'accompagnement.

Nous avons fait le choix de tous les relater car ils nous semblent clairement témoigner de :

- en quoi la santé fait partie de l'accompagnement global proposé par les Missions Locales
- comment nos structures sont un maillon essentiel pour détecter les problématiques de santé, aider à la décision de se faire soigner, accompagner à la prise en charge par des professionnels de santé
- en quoi la prise en charge et/ou la résolution des problèmes de santé rend possible l'insertion professionnelle et sociale

III – L’analyse des données

Les 43 missions locales de Nouvelle-Aquitaine ont saisi 55 119 propositions faites aux jeunes en matière de santé sur la période observée.

Elles ont concerné 19 561 jeunes différents, sur une population totale de 91 378 jeunes accueillis pendant la période.

A – La santé : un travail de fond intégré aux pratiques des Missions Locales

1 – Plus d’un jeune sur cinq accompagné en matière de santé

a - La nécessité de mieux valoriser le travail accompli

21.41% des jeunes accueillis par le réseau, pendant la période observée, ont bénéficié d’une proposition en matière de santé.

Comment comprendre ce chiffre ?

Il peut apparaître faible si l’on considère que la thématique santé est abordée systématiquement par les missions locales avec chaque jeune.

Cependant, il est à noter qu’il n’est **probablement pas représentatif de la réalité. Car chaque nouvel accueil, d’un jeune au sein d’une mission locale, est l’occasion d’un diagnostic global vis-à-vis de l’emploi, la formation, la mobilité, le logement, la situation familiale, le projet, la citoyenneté, les loisirs, et la santé.**

Ce diagnostic est l’occasion de faire le point sur la connaissance qu’a le jeune du système de santé et de son accès aux droits.

En effet, lors de la création d’un dossier d’accueil, le conseiller doit renseigner la situation du jeune vis-à-vis de sa couverture sociale, ce qui comprends :

- Sa couverture principale (aucune, PUMA – Sécurité sociale, PUMA-MSA, PUMA-Autres)
- Son statut vis-à-vis de cette couverture sociale (bénéficiaire ou ayant droit)
- Sa couverture complémentaire (CMU, complémentaire étudiant, Familiale, individuelle, Mutuelle, non précisée)
- Son statut vis-à-vis de cette couverture complémentaire (bénéficiaire ou ayant droit)

Certes seule la question de la couverture principale est un champ de saisie, qui induit une alerte s’il n’est pas complété, mais ce masque de saisie garantit à minima que les questions de l’information sur le système de santé et de l’accès aux droits ont été abordées au cours du premier accueil.

Dans les faits, ce questionnement est, dans de nombreuses Missions Locales, l’occasion d’apporter un premier niveau d’information sur la PUMA, la MSA, la CPAM, le site AMELI.FR, les assurances complémentaires santé, leur intérêt, leur financement dont l’Aide à la complémentaire santé. Il permet aussi de repérer les jeunes pour lesquels un atelier d’information pourra être proposé et ceux pour lesquels un accompagnement vers l’accès aux droits devra être mis en place. Il est à noter, que certaines missions locales ont une organisation différente et proposent après le premier accueil « un diagnostic santé », sous la forme d’un questionnaire bien plus large, qui permet de faire un tour d’horizon complet de la situation des jeunes en matière de santé et de proposer des actions ciblées.

Tout premier accueil pourrait donc donner lieu à la saisie systématique d’une proposition santé intitulée « information conseil sur la santé ».

Les 55 119 propositions en terme de santé ont concerné 19 561 jeunes sur les 91 378 jeunes accueillis par le réseau sur la période de référence soit **un taux moyen de 2.8 propositions en matière de santé par jeune concerné.**

Il semble donc que les propositions en matière de santé se concentrent sur des jeunes qui ont un besoin d'accompagnement détecté, nécessitant généralement plusieurs propositions du conseiller.

Cependant, les entretiens réalisés auprès des conseillers nous indiquent, qu'il est fortement probable, qu'ils aient tendance à ne pas valoriser, dans leur saisie, ce qui leur apparaît comme un acte professionnel évident devenu automatique (comme l'information dispensée au 1^{er} accueil). Ils privilégieraient la saisie de l'offre de service santé au profit des jeunes identifiés comme ayant une problématique dans ce domaine nécessitant des interventions récurrentes de leur part.

b – Une offre de service qui doit évoluer dans i-milo

La mobilisation de l'offre de service santé dans i-milo a été harmonisée pendant la période de référence. Cependant on constate qu'il faut se pencher sur les données fines pour comprendre l'utilisation qui en est faite par les conseillers au cours de leur saisie.

En effet de nombreuses Missions Locales avaient créé une offre de service locale pour des raisons diverses :

- Nécessité de suivre une action particulière en raison des comptes à rendre aux financeurs ou d'un partenariat à valoriser. Cela donne des intitulés d'actes de services comme « atelier RESPIR' » ou « Resto du Cœur colis alimentaire »
- Sens du détail très poussé comme « Information conseil sur la reconnaissance RQTH », que l'on distingue alors, à juste titre, de la demande de RQTH, qu'implique l'item « Orientation MDPH » est qui est rattaché à une « information conseil sur la santé »
- Esprit créatif qui conduit à recréer des items déjà existant de l'offre de service régionale. Ainsi il faut reconnaître que « Intermédiation partenaire » se distingue assez peu de l'item régional « Intermédiation jeune partenaire »

En raison de ce foisonnement d'offres de services locales, nous avons dû recoder chacun des actes de services locaux créé par les structures afin de les rattacher à un acte de service régional. Mais ce travail long et parfois fastidieux a permis de faire émerger des informations riches d'enseignements.

Les propositions se répartissent comme suit et sont ici classées selon le taux de recours des conseillers :

Classement des propositions santé par fréquence d'utilisation (source i-milo, après recodage des offres de services locale)

Intitulé de l'offre de service	Nombre de propositions	Pourcentage d'utilisation par rapport à l'ensemble des propositions santé	Nombre de jeunes s'étant vu proposé cette offre de service
Information conseil sur la santé	18669	33,87%	12160
Garantie Jeunes santé	14657	26,59%	8579
Demande d'aide financière FAJ subsistance	4618	8,37%	3295
Ecoute santé*	4315	7,82%	2713
Aide à la constitution d'un dossier administratif santé	2488	4,51%	1921
Orientation vers partenaire santé	2395	4,34%	2091
Intermédiation jeune partenaire santé	2327	4,22%	1603
Demande d'aide financière autre subsistance	2159	3,91%	1688

Mise en relation sur le bilan de santé	1829	3,38%	1719
Demande de prise en charge protection sociale	791	1,43%	683
Orientation MDPH	762	1,38%	653
Demande d'aide financière frais médicaux soins FAJ	80	0,14%	76
Demande d'aide financière autre frais médicaux soins	29	0.05%	22
TOTAL	55119	100%	40482**

* hors offre de service régionale / ** un même jeune peut se voir proposer plusieurs offres de services ou plusieurs fois la même offre de service

Comment comprendre ces chiffres ?

Un même jeune peut avoir bénéficié plusieurs fois du même service de la Mission Locale et un même jeune peut avoir bénéficié de plusieurs services de la Mission Locale.

❶ – **L'information et le conseil sur la santé** sont, de loin, l'item le plus utilisé, ce qui montre **le rôle prépondérant des Missions Locales comme lieu d'information sur la santé pour les jeunes**. Cela montre également que les structures jouent pleinement ce rôle et l'organise en réalisant des actions d'information très variées. Cet item comprend par exemple toutes les actions d'information sur le système de santé, les aides, les démarches, les partenaires du territoire, le financement par les missions locales des formations de Sauveteur Secouriste du Travail pour les jeunes hors Garantie Jeunes mais aussi tous les ateliers de prévention, qui ne peuvent pas être saisis autrement, ainsi que les orientations en interne sur les référents santé des Missions Locales ou les professionnels de santé qui y exercent des permanences. Il comprend aussi le temps long d'accompagnement des démarches de santé et sert alors à caractériser les relances effectuées par le conseiller auprès du jeune pour qu'il apporte des documents ou n'abandonne pas une démarche d'accès aux droits ou aux soins en cours.

Cet item est donc trop largement utilisé et souvent à défaut d'autre chose. Il faudrait le découper si l'on avait de l'intérêt pour une analyse plus fine.

❷- **La proposition Garantie jeunes santé** est également une rubrique fourretout car elle ne caractérise pas les actions qui sont menées mais le public auquel ces actions s'adressent. Ainsi toute action santé menée auprès de jeunes dans le dispositif Garantie Jeunes sera le plus souvent saisie grâce à cet item.

Les jeunes en Garantie Jeunes étant souvent destinataires d'actions santé pour diverses raisons, sur lesquelles nous reviendrons plus tard, il est envisageable de considérer que cet item, sous cette forme, biaise les résultats de la répartition de l'utilisation de l'offre de service santé en Mission Locale.

A titre d'exemple si l'on extrait de cette proposition les jeunes ayant effectué un bilan de santé pendant leur Garantie Jeunes (et seulement ceux identifiables grâce à des intitulés locaux spécifiques), on ajoute 1142 jeunes à l'item « **Bilan de santé** » et cette proposition passe en **5^{ème} rang de celles les plus faites aux jeunes en Mission Locale avec 5.3% d'utilisation pour un total de près de 3000 jeunes concernés sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. Cela rend mieux compte du très bon travail partenarial effectué avec les centres de bilan de santé de la CPAM.**

Enfin, il est à noter qu'une proposition liée à un type de public plutôt qu'à une offre de service peut créer de la confusion dans la saisie effectuée par les conseillers et ainsi fausser certaines observations.

③ – **Les Demandes d'aides financières** : le FAJ subsistance rassemble toutes les aides alimentaires dispensées aux jeunes grâce aux fonds d'aides au jeunes départementaux, qu'il s'agisse d'aides individuelles directes aux jeunes ou de tickets d'alimentation (du type chèques services) dont l'achat a été financé grâce à un FAJ collectif et qui sont distribués dans les situations d'urgence par certaines Missions Locales. Les chiffres sont ici à rapprocher des autres aides alimentaires non financées par le FAJ. Le constat est alors que les aides alimentaires concernent 12.3% des propositions santé et s'adressent à près de 5000 jeunes.

Les Missions Locales contribuent donc dans une proportion non négligeable à permettre à des jeunes de faire face à des besoins primaires comme se nourrir.

Il est à noter que seuls 98 jeunes se sont vu proposer une aide financière pour la prise en charge de frais médicaux.

L'alimentation est donc très largement le premier poste de dépenses santé auquel pourvoient les Missions Locales auprès des jeunes qu'elles accueillent. Les Missions Locales activent au maximum les dispositifs de droit commun pour faire face aux dépenses de santé des jeunes et agissent en prévention, en favorisant, autant que possible, l'ouverture des droits et l'affiliation à une complémentaire santé.

④ – **L'Ecoute santé** est un item qui bien que ne faisant plus partie de l'offre de service régionale a été recréé, dans leur offre de service locale, par de nombreuses Missions Locales. Il recouvre toutes les situations d'entretiens individuels au cours desquelles une écoute des problématiques santé des jeunes est réalisée au sein de la Mission Locale par un conseiller, un psychologue ou un intervenant extérieur.

Il caractérise, après compilation des offres de service locales 7.8% des propositions et concerne 13.3% des jeunes destinataires de l'offre de service santé des Missions Locales (soit plus de 2700 jeunes en Nouvelle-Aquitaine).

Sa position au 4^{ème} rang des propositions faites aux jeunes en matière de santé doit nous conduire à avoir une réflexion sur la pertinence de le réintroduire dans notre offre de service régionale. De plus, les entretiens avec les Missions Locales nous apprennent que ces chiffres sont probablement sous-estimés car certaines Missions Locales ont pris le parti de ne pas créer d'offre de service locale et ne saisissent donc pas ce travail d'écoute qu'elles réalisent pourtant régulièrement, à la demande des jeunes.

⑤ – **Le travail partenarial en matière de santé**, qui peut recouvrir « l'orientation vers un partenaire santé » et « l'intermédiation avec un partenaire santé » sont des items rendant compte du travail partenarial des Missions Locales sur leurs territoires. Elles jouent le rôle d'aiguilleur en orientant les jeunes vers des professionnels, qui vont leur permettre d'accéder aux soins ou aux droits selon leurs demandes. Mais elles interviennent également dans la relation entre les jeunes et ces partenaires en tant que médiateur pour expliquer à nouveau des démarches avec un vocabulaire adapté, éviter l'abandon et les ruptures ou désamorcer des conflits. Ainsi les Missions Locales sont régulièrement en contact avec leurs partenaires, pour suivre l'avancée du travail accompli par les jeunes, auprès de ces derniers et lui donner du sens dans leurs parcours d'insertion professionnelle et sociale.

Ensemble, ce travail partenarial représente 8.5% des propositions santé (3^{ème} rang si on les rassemble) et concerne près de 3700 jeunes sur la période de référence.

⑥ – **L'Accompagnement à l'accès aux droits**, qui peut être caractérisé par « l'aide à la constitution d'un dossier administratif santé », « la demande de prise en charge protection sociale » et « l'orientation MDPH », représente 7.3% des propositions faites aux près de 3700 jeunes concernés.

Au cours de entretiens, les conseillers des Missions Locales nous ont indiqué, qu'il s'agit d'un travail extrêmement chronophage fait d'explications répétées, de chasse aux documents, de soutien psychologique pour éviter les abandons et renoncements aux droits et de nombreux échanges avec les partenaires.

Un exemple plusieurs fois cité est celui de l'accompagnement d'un jeune pour le montage d'un dossier de demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Les conseillers se heurtent souvent à de nombreux écueils :

- Acceptation du handicap
- Compréhension de l'intérêt d'obtenir la reconnaissance
- Décision de demander la reconnaissance parfois très longue à prendre (voir impossible)
- Mise en action sur une démarche administrative (forte tendance à procrastiner)
- Capacité à rassembler des documents (les demander à la famille, à un médecin ou à l'institution scolaire)
- Capacité à remplir le dossier (problèmes de lecture et d'écriture)
- Capacité à rédiger un projet de vie (projection et rédaction)
- Capacité à dissocier AAH et RQTH
- Capacité à comprendre la décision et l'accepter
- Etc.

Ces difficultés varient beaucoup selon la nature du handicap et sont loin de ne concerner que les jeunes ayant un handicap. En effet de nombreux jeunes préfèrent renoncer à leurs droits plutôt que se lancer dans des démarches administratives qu'ils jugent trop complexes en particulier lorsqu'ils n'en voient pas le bénéfice immédiat.

Le rôle de la Mission Locale est alors, d'évaluer le degré d'autonomie du jeune accompagné et de lui proposer un accompagnement adapté, dans l'objectif de lui permettre d'aller au bout de ses démarches. Il est également de l'amener progressivement à devenir aussi autonome que possible en respectant l'équilibre entre « faire avec le jeune » et « faire pour le compte du jeune ».

⑦ - **La mise en relation sur le bilan de santé** a concerné 1719 jeunes mais ne représente que 3.3% de l'offre de service santé des Missions Locales. Il est permis de considérer ce chiffre comme faible mais plusieurs éléments d'explication peuvent nuancer cette impression.

Ce qui est saisi, ici, correspond au fait que le jeune se soit vu présenter le bilan de santé par le conseiller et qu'il ait accepté de l'effectuer. La mise en relation n'est donc saisie que lorsque le jeune est inscrit auprès du Centre d'examen de santé par son conseiller. N'entrent donc pas en compte les jeunes, qui refusent la proposition du conseiller ou ceux qui décident de s'inscrire au bilan de façon autonome après avoir été sensibilisé par la Mission Locale.

De même plus de 14000 jeunes ont été accompagnés dans le cadre de la Garantie jeunes pendant la période (même s'il s'agit de stock et non de flux), sachant que la grande majorité des structures propose le bilan de santé aux jeunes dans ce dispositif, ce chiffre semble sous-dimensionné. Dès lors la question du recours à cet acte de service dans la saisie i-milo se pose et l'on peut s'interroger sur le fait que les conseillers en charge de la Garantie Jeunes se limitent aux propositions fléchées « Garantie Jeunes » dans leur saisie. Cela aurait pour conséquence de biaiser les résultats obtenus.

Là encore préciser les consignes de saisie peut être envisagé au niveau de l'animation régionale.

Ce chiffre n'est donc pas représentatif du nombre de jeunes orientés vers les bilans de santé par les Missions Locales, ni de ceux qui réalisent effectivement ce bilan de santé. Ce dernier chiffre appartient aux Centres d'examen de santé et n'est pas accessible à toutes les Missions Locales, selon les territoires et les politiques d'échange de données statistiques, qui leurs sont propres.

A défaut de meilleur indicateur, il peut cependant être considéré comme un indicateur de tendance générale observable dans l'optique d'un développement des orientations vers le bilan de santé CPAM, tel que souhaité par l'ARS dans le cadre du développement des Points d'Accès à la Santé en Mission Locale.

2 – Tous les jeunes concernés mais à des degrés divers

Afin de déterminer si l'offre de service santé des Missions Locales est dirigée, de façon privilégiée, vers certains publics spécifiques, nous avons utilisé le test statistique du χ^2 d'indépendance. Il permet de contrôler l'indépendance de deux caractères dans une population donnée.

Nous avons donc comparé si à caractéristiques égales (sexe, âge, RQTH, programme d'accompagnement renforcé...), les jeunes bénéficiaires d'une offre de service santé (quelle que soit la nature de cette offre de service) étaient surreprésentés par rapport à leur répartition dans la population totale.

a – une offre de service également mobilisée quelle que soit la situation individuelle des jeunes

Nous avons ainsi pu examiner s'il existait des corrélations entre le fait de se voir proposer l'offre de services santé des Missions Locales et :

- Le sexe
- L'âge
- Le niveau de formation
- Le fait d'être parent
- Le fait de bénéficier d'une RQTH
- Le fait d'être bénéficiaire du RSA
- Le fait d'être en programme d'accompagnement PACEA
- Le fait d'être inscrit à Pôle emploi
- Le fait d'être en suivi délégué par Pôle emploi (PPAE)
- Le fait d'avoir travaillé 6 mois et plus pendant la période
- Le fait d'avoir effectué une formation pendant la période

① Les femmes, ont-elles plus de propositions santé que les hommes ?

Répartition hommes /femmes

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
Femmes	10,81%	49,44%
Hommes	10,59%	50,56%
Total	21,41%	100%

$\chi^2=0,008 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl 1

Conclusion : **le fait d'être un homme ou une femme ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

② Les jeunes ont-ils plus de propositions santé en fonction de leur tranche d'âge ?

Répartition par âge

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
16 ou 17 ans	1,29%	8,28%
18 à 21 ans	11,70%	48,47%
22 ans et plus	8,41%	43,25%
Total	21,41%	100%

$\chi^2=0,314 < 5,991$ à 5% d'erreur ddl 2

Conclusion : **la tranche d'âge ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

③ Les jeunes ont-ils plus de propositions santé en fonction de leur niveau de formation ?

Répartition par niveau de formation

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
Niveau III et plus	0,82%	6,03%
Niveau IV diplômés et non diplômés	6,43%	34,36%
Niveau V diplômés	4,78%	22,05%
Niveau VI et V bis et V non diplômés	9,38%	37,56%
Total	21,41%	100%

$\chi^2=0,429 < 7,815$ à 5% d'erreur ddl 3

Conclusion : **le niveau de formation ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

④ Les jeunes avec enfant ont-ils plus de proposition santé que les autres ?

Répartition avec/sans enfant

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
avec enfant	1,22%	7,39%
sans enfant	20,18%	92,61%
Total	21,41%	100%

$\chi^2=0,075 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : **le fait d'être parent ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

⑤ Les jeunes bénéficiant d'une RQTH ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Répartition RQTH/pas de RQTH

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
avec RQTH	1,60%	3,88%
pas de RQTH	19,80%	96,12%
Total	21,41%	100%

$\chi^2=0,529 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : **le fait d'être titulaire d'une reconnaissance travailleur handicapé ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

⑥ Les jeunes bénéficiaires du RSA ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Répartition RSA/non RSA

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
avec RSA	0,93%	4,92%
pas de RSA	20,47%	95,08%
Total	21,41%	100%

$\chi^2=0,013 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : **le fait d'être bénéficiaire du RSA ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

⑦ Les jeunes en dispositif PACEA ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Issu de la loi du 8 août 2016, **le PACEA est le parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie c'est le cadre contractuel de l'accompagnement des jeunes par les Missions Locales**. Il s'adresse à tout jeune acceptant de contractualiser avec la Mission Locale et prêt à s'engager dans un parcours d'accompagnement.

Préalablement à sa signature, un diagnostic initial est réalisé entre le conseiller et le jeune, qui permet d'identifier la situation, les demandes, les besoins ou les attentes du jeune ainsi que les compétences acquises.

Il est constitué de phases d'accompagnement successives qui peuvent s'enchaîner pour une durée maximale de 24 mois consécutifs. A l'entrée dans le PACEA, le conseiller détermine, au moyen des conclusions du diagnostic initial, la durée de la ou des premières phases d'accompagnement. Ces phases sont adaptées aux projets et aux attentes du jeune.

Les objectifs et le contenu de chaque phase sont définis avec le jeune et ils font l'objet d'une évaluation à leur terme, afin de mesurer avec lui sa progression vers l'emploi et l'autonomie.

Chaque phase d'accompagnement peut comporter :

- Des périodes de formation ;
- Des situations professionnelles, y compris des périodes de mise en situation en milieu professionnel ;
- Des actions spécifiques dans le cadre de l'accompagnement social et professionnel ;
- Des actions portées par d'autres organismes susceptibles de contribuer à l'accompagnement.

Le conseiller peut mobiliser l'ensemble de l'offre de services de la Mission Locale dans le cadre du PACEA.

Le PACEA peut prendre fin avant son terme de 24 mois :

- Lorsque l'autonomie du jeune est considérée comme acquise, au vu des évaluations ou de l'évolution de la situation du jeune ;
- Lorsque son bénéficiaire atteint son vingt-sixième anniversaire ;
- À la demande expresse de son bénéficiaire ;
- En cas de manquement du bénéficiaire à ses engagements contractuels.

En fonction de la situation et des besoins de l'intéressé, le bénéfice d'une allocation peut être accordé à un jeune intégrant un PACEA. Elle est destinée à soutenir ponctuellement la démarche d'insertion du jeune vers et dans l'emploi et l'autonomie.

Elle est versée pendant les périodes durant lesquelles le bénéficiaire ne perçoit ni une rémunération au titre d'un emploi ou d'un stage, ni une autre allocation. L'allocation PACEA n'est pas cumulable avec l'allocation Garantie jeunes. Son montant est en outre plafonné à 1454.46€ par an.

Répartition PACEA/non PACEA

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
PACEA	13,17%	46,66%
pas de PACEA	8,24%	53,34%
total	21,41%	100%

$\chi^2=1,556 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : le fait d'être en PACEA ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.

⑧ Les jeunes inscrits à Pôle emploi ont-ils plus de proposition santé que les autres ?

Répartition inscrits à Pôle emploi/non-inscrits à Pôle emploi

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
inscrits PE	2,39%	13,77%
non-inscrits PE	19,01%	86,23%
total	21,41%	100%

$\chi^2=0,103 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : le fait d'être inscrit à pôle emploi ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.

⑨ Les jeunes en suivi délégué par Pôle emploi ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Depuis 2001, un accord-cadre, régulièrement renégocié entre l'ANPE puis Pôle Emploi et les Missions Locales définit les conditions générales de la cotraitance c'est-à-dire la délégation par Pôle Emploi aux Missions Locales de l'exécution de tout ou partie de ses missions pour la mise en œuvre jusqu'à leur terme des projets personnalisés d'accès à l'emploi des demandeurs d'emploi (PPAE).

Les Missions Locales accompagnent donc pour le compte de Pôle emploi une importante proportion de jeunes. Les critères de délégation de cet accompagnement sont évolutifs et négociés localement. Elle concerne de façon générale les jeunes justifiant d'une approche plus globale et spécialisée selon un diagnostic posé par les conseiller Pôle emploi.

Répartition suivi délégué par Pôle emploi/pas suivi délégué par Pôle emploi

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
PPAE	4,80%	32,09%
pas de PPAE	16,60%	67,91%
total	21,41%	100%

$\chi^2=0,778 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : le fait d'être en cotraitance Mission Locale/Pôle emploi ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.

⑩ Les jeunes n'ayant pas travaillé au moins 6 mois pendant la période ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Répartition 6 mois de travail/pas 6 mois de travail

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
jeunes ayant travaillé 6 mois et +	0,56%	12,25%
jeunes n'ayant pas travaillé 6 mois et +	20,85%	87,75%
total	21,41%	100%

$\chi^2=1,735 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : **le fait de ne pas avoir travaillé 6 mois et plus pendant la période ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

⑪ Les jeunes ayant été en formation ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Répartition en formation/pas en formation

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
nombre de jeunes ayant effectué une formation pendant la période	1,03%	15,08%
nombre de jeunes n'ayant pas effectué une formation pendant la période	20,38%	84,92%
total	21,41%	100%

$\chi^2=1,616 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : **le fait d'avoir été en formation pendant la période ne semble pas influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.**

Plusieurs constats s'imposent : ni les caractéristiques individuelles des jeunes, ni leurs situations familiales, ni leurs niveaux de formation, ni leurs situations au regard de l'emploi ou de la formation, ni certains types d'accompagnements ne semblent avoir d'influence sur le fait qu'ils bénéficient d'une proposition santé de la part des Missions Locales.

Il est donc possible d'affirmer que **l'offre de service en matière de santé touche de façon générale l'ensemble des jeunes accueillis.**

Ce serait **les besoins exprimés par ceux-ci et les diagnostics individuels effectués par les conseillers, qui présideraient à la mobilisation de cette offre de service, sans préjugés ni ciblage particulier de certaines catégories de jeunes.** C'est ce qui ressort des entretiens réalisés auprès des conseillers.

Les jeunes semblent donc exprimer des besoins d'accompagnement en matière de santé quelles que soient leur caractéristiques, situations personnelles et types d'accompagnement.

On observe cependant une concentration de la mobilisation de l'offre de service santé sur un dispositif d'accompagnement particulier : la Garantie Jeunes.

b – une concentration sur les jeunes en dispositif d'accompagnement renforcé
Garantie Jeunes

Expérimentée à partir de 2013 et généralisée en 2017, **la Garantie Jeunes est un dispositif visant à accompagner les jeunes âgés de 16 à 26 ans, qui ne sont ni en emploi ni en formation, ni à l'école, et en situation de grande précarité sociale.** C'est une modalité spécifique du parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie (PACEA). Pour la mettre en œuvre, un contrat d'un an est signé entre le jeune et la Mission Locale.

Ce dispositif s'accompagne d'une aide financière, sous la forme d'une allocation mensuelle de 484,82€ cumulable de façon dégressive avec des revenus de formation ou des salaires jusqu'à concurrence d'un SMIC.

Pour y prétendre, le jeune ne doit pas habiter chez ses parents ou ne pas percevoir d'aide de leur part. Il ne doit pas avoir de revenus supérieurs au montant de l'allocation maximum mensuelle et doit s'engager à respecter ses engagements contractualisés avec la Mission Locale. Il doit notamment s'engager à participer à des actions collectives, à honorer ses rendez-vous individuels, à se mettre en action et à multiplier les situations professionnelles sous la forme de stages ou de contrats de travail.

Le contrat d'engagements prend fin :

- Lorsque l'autonomie est considérée comme acquise (au vu des évaluations ou de l'évolution de la situation),
- Lorsque le jeune atteint son 26e anniversaire.

Il peut être rompu :

- À la demande expresse du jeune,
- En cas de manquement du jeune à ses engagements contractuels.

La Garantie Jeunes est un dispositif, qui a fait évoluer les pratiques d'accompagnement des Missions Locales, en renforçant la dimension collective du travail mené en leur sein. Les groupes de jeunes ainsi formés (ou cohortes) ont permis le développement d'actions collectives sur des thèmes tel la santé, pour lesquels les structures pouvaient avoir du mal à mobiliser leur public.

Les jeunes en Garantie Jeunes ont-ils plus de propositions santé que les autres ?

Répartition Garantie Jeunes/hors Garantie Jeunes

	% de jeunes avec une proposition santé dans la population totale	% de la Population totale
GJ	8,36%	15,40%
hors GJ	13,05%	84,60%
total	21,41%	100%

$\chi^2=6,265 > 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : le fait d'être en Garantie Jeune semble fortement influencer sur le fait de se voir proposer une offre de service en matière de santé.

Les échanges avec les conseillers des Missions Locales nous ont permis d'identifier quatre éléments principaux pouvant expliquer cette forte corrélation entre Garantie jeunes et propositions en matière de santé.

❶ La typologie du public pouvant bénéficier de la Garantie Jeunes : des jeunes en situation de précarité

Il s'agit d'un public, qui cumule souvent plusieurs facteurs tels les ruptures familiales, l'absence ou de faibles revenus, une forme de désaffiliation sociale (ni en emploi, ni en formation, ni scolarisés). Il peut également parfois être en rupture de logement et souvent sans moyen d'être mobile. Ce sont des jeunes, qui lorsqu'ils habitent encore avec leurs parents, vivent dans des foyers non imposables, souvent précaires et qui ne peuvent pas les soutenir financièrement.

Ces facteurs sont identifiés depuis longtemps comme étant nuisibles à la prise en charge autonome de sa santé ou tout simplement à sa prise en compte. Cf. **la Charte de la santé des jeunes en insertion professionnelle et sociale** signée le 10 mai 2006 par le ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement Jean-Louis BORLOO, le ministre de la Santé et des Solidarités Xavier BERTRAND, le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes Gérard LARCHER et la présidente du Conseil national des missions Locales Françoise de VEYRINAS.

Les conseillers nous disent : « Ils ont d'autres problèmes, qu'ils considèrent comme plus urgents » ; « Ils renoncent souvent aux soins par manque de moyens financiers, méconnaissance du fonctionnement du système de santé, absence d'affiliation à la sécurité sociale ou absence d'assurance complémentaire santé » ; « Ils sont à un âge où ils se sentent parfois tout puissant physiquement même s'ils sont parfois victime d'un profond mal être. » ; « Parler à un psy, cela reste honteux pour certains. » ; « Ce n'est que quand le problème de santé est là, devant eux, avec des conséquences quotidiennes, qu'ils sont obligés de le prendre en compte. »

Dès lors, on comprend que ce public concentre une bonne partie des propositions santé des Missions Locales.

❷ La Garantie Jeunes : un accompagnement intensif sur un temps long

Par nature le dispositif Garantie Jeunes, crée une importante proximité entre conseiller et jeune. En effet, il est conçu pour démarrer par une phase collective où les jeunes vont être présents chaque jour à la Mission Locale pendant 6 à 8 semaines en moyenne au sein d'un groupe appelé « promotion ».

C'est une phase de mobilisation intensive au cours de laquelle de nombreux aspects vont être abordés comme le repérage de ses compétences fortes et donc la confiance en soi mais aussi la santé. Les jeunes bénéficient également pendant cette phase d'entretiens individuels au cours desquels les freins sont rapidement exprimés devant la nécessité de se mettre en action, qu'impose le dispositif.

Il est à noter qu'une des préconisations de la Garantie jeunes est aussi d'offrir la possibilité aux jeunes d'être sensibilisés aux premiers secours en passant le SST (Formation sauveteur secouriste du travail initiale) ou le PSC1 (Formation prévention secours civiques niveau 1). De nombreuses Missions Locales permettent ainsi aux jeunes de se former même si la tendance actuelle est parfois à une réduction du nombre de formations proposées ou à leur disparition par manque de moyens, dans une proportion non négligeable de structures.

C'est aussi souvent au cours de cette phase collective que le bilan de santé de la CPAM est mobilisé, donnant lieu à la prise de conscience par de nombreux jeunes de la nécessité de prendre en compte leur santé dans leur projet professionnel et révélant parfois des pathologies non encore diagnostiquées.

Les conseillers nous disent : *« Nous les voyons tous les jours : une relation de confiance s'installe. » ; « Dans la Garantie jeunes, un jeune qui ne peut pas se lever le matin parce qu'il joue aux jeux vidéo toute la nuit, ça se repère vite. » ; « Nous sommes aux premières loges, lorsqu'ils apprennent une mauvaise nouvelle suite au bilan de santé. Ils ont besoin d'en parler et avec nous on parle de tout. » ; « On leur dit que la santé, c'est un élément de réussite de leur projet professionnel. Avec certains problèmes de santé, certains métiers sont inaccessibles, ou pas tout de suite. Il faut en tenir compte. »*

Le temps long de cet accompagnement et son caractère intensif, permettent d'aborder en toute franchise les questions de santé et si des difficultés de santé sont un frein, le jeune est mis dans une dynamique d'essayer de les lever comme les autres (mobilité, logement...).

Même après la phase collective, le suivi individuel y compris en emploi permet aussi aux jeunes de se sentir soutenus et d'accepter de se pencher sur des questions qu'ils préféreraient ignorer.

③ La Garantie Jeunes : un « public captif » / une dynamique de groupe

L'accueil en Missions Locales se fait sur un principe de libre adhésion. Les jeunes gardent donc la liberté de refuser d'être accompagnés et de rompre l'accompagnement à tout moment. Il n'y a donc pas de public captif en Mission Locale, comme il y en a dans l'Education Nationale où existe l'obligation scolaire avant 16 ans.

Les Missions Locales proposent aux jeunes de contractualiser leur accompagnement afin de définir ses objectifs, ses limites et poser les bases d'une relation claire. Divers modes de contractualisation existent (PACEA, PPAE...), mais la Garantie Jeunes est probablement le plus engageant pour les jeunes. Ils acceptent en effet, d'être présents quotidiennement pendant la phase collective, de fréquenter régulièrement la Mission Locale pendant la phase individuelle et de répondre à toutes les sollicitations, que leur propose la Mission Locale s'ils ne sont pas en emploi ou en stage.

C'est ce qui se rapproche le plus d'un « public captif ». Mais c'est aussi la possibilité pour les structures de mettre en place des dynamiques de groupes, qui favorisent la mise en action.

L'arrivée de ce dispositif a profondément fait évoluer les pratiques des Missions Locales en rendant possible la mise en place de séances de prévention santé auxquelles les jeunes en individuel adhèrent peu. Cf. les difficultés de mobilisation du public mentionnées par plusieurs structures dans les fiches de présentation de leurs actions

Les jeunes en Garantie Jeunes, sont donc une cible prioritairement choisie par les Missions Locales pour la mise en place d'actions de prévention santé, qui mobilisent souvent des interventions extérieures, dont le coût est élevé pour les structures. Cibler particulièrement ce public est un moyen de s'assurer de la présence d'un minimum de jeunes pour participer à ces actions.

④ La Garantie jeunes : une impulsion supplémentaire au développement des partenariats santé

- Un public plus précaire, avec des besoins de santé plus importants ;
- Un temps d'accompagnement plus long et des moyens supplémentaires, qui permettent de faire émerger ces problématiques ;
- Une dynamique de groupe, qui assure (dans une certaine mesure) la présence des jeunes sur les actions de prévention santé

Ce sont autant d'éléments qui ont conduit les Missions Locales à développer leurs partenariats en matière de santé. **Ces partenariats ne bénéficient pas qu'aux jeunes en Garantie Jeunes, mais à tous les jeunes accompagnés par les Missions Locales et de façon générale à tous les publics en insertion, quel que soit leur âge, qui fréquentent ces structures.** Les Missions Locales peuvent être implantées dans des Maisons de l'emploi porter des Espaces Métiers, offrir des services d'information de premier niveau à tout public et accueillir des permanences et des formations menées par des acteurs divers touchant des publics variés.

Le dispositif Garantie Jeunes a ainsi impulsé dans de nombreuses structures la nécessité de trouver des ressources locales pour faire face aux difficultés de santé mieux repérées.

Voici un aperçu non exhaustif de la variété des partenariats entre acteurs locaux de santé et Missions Locales (*le classement tient compte de la fréquence des partenariats cités par les Missions Locales dans les fiches de recensement de leurs actions santé*) :

- Les Caisses primaires d'assurance maladie (pour des interventions des techniciens sur des groupes, des visites de locaux, la désignation d'un correspondant jeune interlocuteur privilégié des Missions Locales, des bilans de santé, des ouvertures de droits...)
- Les CARSAT-S (pour des interventions des assistants sociaux sur les groupes, des accueils individuels pour les dossiers de demande de prise en charge de soins peu ou mal remboursés, des ouvertures de droits ...)
- Les MSA
- Les PASS des hôpitaux de secteur (accès aux droits, accès aux soins, permanences infirmières au sein des Missions Locales...)
- Les Maisons des adolescents (visites de locaux, sensibilisation à la santé mentale...)
- Les CMP
- L'ANPAA (ateliers de sensibilisation aux conduites addictives...)
- Les CSAPA
- Les CDAG
- Les CEGIDD
- Les contrats locaux de santé
- Les antennes locales du planning familial
- Les associations sportives
- Les CIDFF
- Les MDPH
- Les équipes mobiles psychiatrie
- Les centres sociaux
- Les associations d'accompagnement des personnes handicapées
- L'IREPS
- Les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants
- Les associations de promotion de la santé locales
- Les résidences habitat jeunes (ateliers alimentation...)
- Les épiceries sociales et solidaires (ateliers alimentation...)
- Les communes et intercommunalités (accès à la pratique sportive, coordination avec les CIAS et CCAS...)
- Les médecins généralistes et psychologues et psychiatres libéraux
- Les CIDJ (prêt d'expositions de prévention)
- Les centres de vaccination
- L'établissement français du sang

- Les associations caritatives
- Les ESAT
- Les maisons des réseaux ou réseaux VIH et maladies chroniques
- L'agence du service civique (jeunes ambassadeurs de prévention)
- Les GEM
- Les PMI
- Les PAEJ
- Les mutuelles
- Les université (service sanitaire des étudiants en santé)

Malgré la richesse et la variété de ces partenariats, qui démontre comment les Missions Locales s'inscrivent sur leurs territoires comme de vrais acteurs de prévention santé, il est à noter que **relativement peu sont l'objet d'une convention écrite** et que les acteurs mobilisés sont parfois très différents d'un territoire à l'autre.

Ces différences tiennent aux **ressources diverses des territoires, à l'existence de partenariats historiques** pour certaines structures (avant 2008), mais aussi à **l'accueil différencié que les Missions Locales reçoivent**, selon les territoires lorsqu'elles tentent d'impulser ces partenariats. A titre d'exemple, certaines Maisons des adolescents se concentrent sur des publics plus jeunes ou scolarisés, certains GEM sont spécialisés vis-à-vis de certaines pathologies ou types de publics, certaines PASS ne se déplacent pas sur une partie du territoire de l'Hôpital, certaines CPAM ne répondent pas aux sollicitations de conventionnement.

De plus, certains **partenaires en difficultés financières ou d'effectifs** n'ont pas les moyens de maintenir ces partenariats dans la durée. D'autres fois, ce sont **les publics bénéficiaires prioritairement des actions, qui évoluent** stoppant net des partenariats pourtant évalués positivement.

Un travail de cartographie des partenariats pourrait être mené dans l'optique d'une harmonisation de l'offre de service des Missions Locales. Mais il est à considérer que ces partenariats sont mouvants.

Cependant les structures sont en demande d'outils pour identifier les partenaires potentiels sur leurs territoires qui perçoivent des financements de l'ARS pour intervenir auprès des publics jeunes. En effet, la lisibilité de ces actions déjà financées existe peu.

B – Des trajectoires individuelles

20 témoignages nous ont été adressés par des conseillers de 7 Missions Locales en 1 mois et demi. Ils relatent des accompagnements de jeunes en matière de santé et permettent de mettre en valeur trois points essentiels :

- **la santé fait partie de l'accompagnement global proposé par les Missions Locales**
- **les Missions Locales sont un maillon essentiel pour détecter les problématiques de santé, aider à la décision de se faire soigner, accompagner à la prise en charge par des professionnels de santé**
- **la prise en charge et/ou la résolution des problèmes de santé rend possible l'insertion professionnelle et sociale**

Certains témoignages font état d'accompagnement terminés, d'autres d'accompagnements interrompus ou d'accompagnements en cours. Ils reflètent bien le temps, souvent long, nécessaire

aux jeunes ayant des problématiques de santé, pour accepter d'en parler puis de les prendre en charge, ainsi que les interruptions qu'occasionnent ces problématiques dans leur processus d'insertion. Ils montrent aussi que les Missions Locales sont souvent les seules structures à accompagner les jeunes et les familles pour persister dans des démarches administratives, qui sinon seraient abandonnées. Enfin, ils témoignent du fait que le travail de prévention, des Missions Locales, en matière de santé, qu'il s'exerce en collectif ou en individuel, qu'il soit partenarial ou réalisé grâce à des psychologues embauchés en interne pour pallier les manques des territoires, contribue à amener les jeunes à accéder aux droits et aux soins. Puis, lorsque cela est possible, à lever le frein de la santé comme obstacle à l'insertion professionnelle et sociale.

Nous avons fait le choix d'en présenter 11 ici, les autres sont à lire en annexe 1 de ce document. Les prénoms des jeunes ont été changés pour préserver leur anonymat. Des coupes ont été réalisées pour synthétiser ces parcours au maximum sans, nous l'espérons, en changer le sens.

① La santé fait partie de l'accompagnement global proposé par les Missions Locales

Mission Locale des Hauts de Garonne Maeva – 22 ans - Accompagner le projet de vie

Maeva vit en logement autonome. Ayant des problèmes de santé elle ne peut pas travailler à temps plein et a été contrainte de quitter plusieurs emplois en CDI. Elle n'avait que des contrats courts et de quelques heures par mois. De ce fait, elle n'arrivait pas à avoir des ressources suffisantes pour assumer un logement autonome.

Afin de la soulager financièrement et donc moralement, nous avons mis en place un FAJ sur deux mois, puis deux dossiers CAP'J afin de prolonger l'aide pour 6 mois supplémentaires. Nous avons également effectué une médiation avec le CCAS de sa commune, afin qu'elle retisse des liens qu'elle avait rompus. Le CCAS a pu mettre en place un accès à l'épicerie sociale, l'accompagne dans la gestion de son budget et d'un logement plus adapté à ses ressources.

Grâce à ces différentes aides la situation de Maeva s'est améliorée. Elle a pu se concentrer sur sa recherche d'emploi de façon plus sereine et trouver un CDI à mi-temps. Ce nouveau poste est en adéquation avec sa santé et elle va donc enfin pouvoir le conserver. Elle a donc maintenant des ressources plus stables.

Nous poursuivons maintenant notre accompagnement afin qu'elle obtienne une RQTH. Nous l'avons aidé dans la rédaction du projet de vie afin qu'il reflète la réalité de sa situation et de ses difficultés, car Maeva n'arrivait pas à le faire toute seule. Notre collègue référente handicap va ensuite participer à la commission de décision pour défendre son dossier.

Mission Locale des territoires de Mureaux Orlon Orthez Karim – 22 ans – Entendre la souffrance psychique et orienter vers la reconstruction émotionnelle

*Il est titulaire du brevet des collèges et accompagné par la ML depuis le mars 2018.
Il est hébergé par des amis rencontrés lors de ses précédents placements institutionnels.*

Problématique santé :

Jeune rejeté par sa famille très jeune, a bénéficié d'un suivi par l'Aide sociale à l'Enfance. Il a été placé en familles d'accueil avec des changements réguliers. N'a aucun contact avec sa famille. Ce jeune homme souffre de problème d'identité sexuelle et d'isolement. Problématique alimentaire, de violence sur lui (scarification) et agressions verbales et physiques.

Accompagnement de la Mission Locale :

- Dans un premier temps, il a lui été proposé d'intégrer un groupe GJ dont l'objectif était d'accéder à l'autonomie et de construire un projet emploi. Cela a été très compliqué et il a arrêté au bout d'une journée à cause de sa fragilité psychologique.

- Phase de soin et de montage de dossiers d'aide :

Par la suite, à l'issue de plusieurs entretiens, il a accepté d'aborder sa problématique santé et surtout de se faire accompagner par le corps médical (psychologue, psychiatre, médecin traitant). Des contacts ont été pris avec des médecins. Le corps médical habilité s'est chargé de mettre en place les dossiers de demande de l'AAH et de la RQTH auprès de la MDPH. L'objectif est de mettre en place une prise en charge pour engager le soin avant de pouvoir engager des démarches d'insertion professionnelle. Il est dans l'incapacité actuelle de s'inscrire dans une activité professionnelle stable.

-Contact et mise en relation avec l'association REFUGE (objet : prévenir et lutter contre l'isolement et le suicide des jeunes LGBT, de 18 à 25 ans, victimes d'homophobie ou de transphobie et en situation de rupture familiale. Elle héberge et accompagne ces jeunes vers leur reconstruction émotionnelle et matérielle), sur Bordeaux afin de travailler à distance sur un accompagnement global (hébergement, écoute santé).

Le travail sur le projet professionnel n'est pas envisageable actuellement, tant que sa problématique n'avance pas.

Mission Locale de La Rochelle- Ré-Pays d'Aunis

Pablo – 23 ans – Débloquent une situation grâce au partenariat avec la CPAM

Il s'est inscrit à la Mission Locale en septembre 2011.

Sa première demande est une demande d'aide au projet professionnel. Il a un niveau CAP Conchyliculture et ne souhaite plus travailler dans ce domaine. Il participe à un Module d'Orientation, vérifie en entreprise son projet de peintre en bâtiment, signe un CDD qu'il interrompe au bout de 6 mois, ayant du mal à se plier aux règles de l'entreprise. Il avait également régulièrement des absences pour cause de « rendez-vous réguliers avec les forces de l'ordre... ». En 2012, il intègre le dispositif ANI avec l'objectif d'intégrer l'armée. Il devra faire le deuil de ce projet en lien avec ses problèmes de santé (fractures du poignet et du tibia). En avril 2015, il signe un contrat de professionnalisation avec une enseigne de sport. Il n'obtient pas au bout des 6 mois la qualification professionnelle. De retour à La Rochelle, il reprend contact avec sa conseillère, qui l'accompagne dans sa recherche d'emploi. Il travaille régulièrement en intérim et prend un logement en colocation. En octobre 2018, il est contraint de quitter l'agence intérimaire alors que son poignet droit le fait souffrir au point de ne plus pouvoir l'utiliser.

Il revient voir sa conseillère en lui expliquant sa situation et en lui demandant une aide financière alors qu'il ne peut plus travailler, se nourrir et payer son loyer. Il lui manque 72 heures de travail pour

bénéficier des indemnités de Pôle Emploi (ARE). Il pense qu'il va devoir subir à nouveau une intervention chirurgicale avec une période de rééducation (au moins 3 mois). Il est très inquiet, car sans ressource, il ne pourra pas conserver son logement et assurer ses factures et sa subsistance. Il ne peut pas être aidé financièrement par sa mère qui perçoit une AAH et il n'a pas de contact avec son père.

Sa conseillère l'oriente vers sa collègue en charge des relations avec la CPAM (partenariat conventionné entre la CPAM et la Mission Locale). Une fiche de signalement est envoyée le 25 novembre 2018. De son côté, Paul passera un arthroscanner le 19 décembre 2018. Il prend rendez-vous avec un neurologue pour le 7 janvier 2019 et avec un chirurgien en orthopédie le 8 janvier 2019 à Nantes.

Le 29 novembre 2018, un conseiller de la CPAM le reçoit pour évaluer sa situation. La réponse de la CPAM est rapide. Ne pouvant pas prétendre à la CMUC et à l'ACS, il pourra bénéficier d'indemnités journalières pendant le temps de l'opération et celui de sa convalescence.

Le chirurgien ayant invalidé l'intervention, Paul revoit sa conseillère pour lui exposer l'urgence dans laquelle il est de retrouver au plus vite un emploi et la contrainte de redéfinir son orientation professionnelle en tenant compte de sa difficulté à utiliser son poignet droit. Sa conseillère le met en relation avec une offre d'agent polyvalent dans un camping de l'île de Ré où il sera logé. Après une période d'essai, il vérifie que les tâches qui lui sont demandées sont compatibles avec l'utilisation de son poignet. Il signe le CDD et parallèlement, dans le cadre de son accompagnement par la Mission Locale, il engage des démarches auprès de la MDPH pour faire reconnaître son handicap.

La prise en compte de son problème de santé dans le cadre de son accompagnement par la Mission Locale a permis à Pablo :

D'obtenir un soutien financier de la CPAM,

D'éviter une situation de surendettement ou de rupture d'hébergement,

D'aller jusqu'au bout de ses démarches en direction des professionnels de santé (ce qu'il différerait depuis plus d'un an).

D'instruire un dossier RQTH.

De retrouver rapidement une activité professionnelle compatible avec son problème de santé.

② Les Missions Locales sont un maillon essentiel pour détecter les problématiques de santé, aider à la décision de se faire soigner, accompagner à la prise en charge par des professionnels de santé

Mission Locale Centre et Sud Vienne

Kévin – 20 ans – Accompagner physiquement au bilan de santé de la CPAM

Il est difficile d'envisager l'insertion professionnelle des jeunes quand ils ont des problèmes de santé. Je me rappelle qu'en 2016, un jeune ne demandait qu'à trouver un travail.

Ce jeune nous avait dit qu'il y avait bien longtemps qu'il n'avait pas vu de médecin ; d'ailleurs, il n'avait pas de médecin référent. Il n'avait qu'un projet : trouver du travail.

C'est pourquoi il a intégré notre Garantie Jeune et, dans ce cadre, nous conseillons fortement aux jeunes de profiter des bilans de santé proposés gratuits pour lesquels nous emmenons les jeunes (selon les sites GJ, va de 36 km à 75 km aller-retour).

Et ce fut une chance pour lui car il lui a été diagnostiqué une leucémie qui, prise à temps, a pu être soignée.

Aujourd'hui, ce jeune est en service civique, un nouveau tremplin pour réussir son insertion....

Mission Locale de La Rochelle-Ré-Pays d'Aunis

Allan – 21 ans – Mettre des mots sur les maux

Allan s'est inscrit à la Mission Locale en novembre 2015. Il s'est adressé 8 fois à la Mission Locale entre 2015 et 2016. Après une interruption, il reprend contact avec nos services en mai 2018, avec la même demande récurrente, celle du choix de son orientation professionnelle. La conseillère en charge de son accompagnement se sent démunie face à cette demande dont le traitement n'aboutit pas, Allan étant dans l'incapacité de réaliser les démarches nécessaires à son avancement. Elle sollicite l'intervention de sa collègue, psychologue dans la structure. La psychologue le voit 5 fois entre août et novembre 2018. Il formule sa demande ainsi : « je viens vous voir pour que vous m'aidiez à parler ». Les séances se déroulent dans le silence interrompu par les questions de la psychologue, questions restant souvent sans réponse, la volonté d'y répondre étant « barrée par un impossible à dire ».

Sur le plan scolaire : *Il possède un CAP en Chaudronnerie et a un niveau Bac Pro (Chaudronnerie Études et Définitions des Produits Industriels). Il est en internat entre septembre 2016 et novembre 2017, date à laquelle il interrompe sa scolarité pour les raisons suivantes : difficultés d'apprentissage, internat vécu comme anxiogène et problèmes de santé.*

Sur le plan des antécédents personnels : *Entre 4 et 21 mois, il a 3 nourrices dont une ayant un trouble du comportement ; le divorce de ses parents ; une tumeur à l'oreille opérée 3 fois entre décembre 2003 et avril 2004 ; l'intégration scolaire en maternelle en tant que période douloureuse avec repli sur lui-même ; entre 8 et 12 ans il est suivi dans le cadre d'un CMP avec la prescription d'un antidépresseur qu'il prend pendant 6 mois ; à l'âge de 15 ans, il rencontre un psychiatre à la MDAJA17 qui diagnostique une Alexithymie. Le diagnostic d'épilepsie est posé en mai 2015. En janvier 2017 son père se suicide. En janvier 2018 il effectue un bilan neuropsychologique.*

Les rencontres avec la psychologue révèlent un ensemble de troubles et de symptômes dissociatifs :

- Trouble de l'attention et trouble de la mémoire
- Trouble du cours de la pensée
- Semi-mutisme
- Émoussement affectif et alexithymie
- Manifestations psychomotrices discordantes (paramimie)
- Trouble du comportement alimentaire (avec sélection de nourriture)
- Addiction aux jeux vidéo
- Relation de dépendance affective à sa mère

Au regard de la problématique (troubles du comportement social, alimentaires, relationnels, émotionnels et addiction) Alban est dans l'incapacité de se projeter dans un avenir proche, de s'engager dans un parcours de formation ou de s'inscrire dans le monde du travail. Lorsqu'il réalise l'ensemble des éléments de sa situation, il paraît soulagé d'avoir été « entendu » et de pouvoir envisager d'autres issues possibles pour se sentir mieux et trouver sa place dans la société.

Après trois rencontres avec la psychologue, nous convenons ensemble (lui, sa mère, sa conseillère et la psychologue) d'instruire un dossier de demande de RQTH et d'AAH.

Le repérage et la prise en charge conjointe (conseillère et psychologue) de son problème de santé dans le cadre de son accompagnement par la Mission Locale a permis :

A Allan, de prendre conscience de son état de santé et des difficultés qui y sont associées pour enfin lui permettre de les prendre en charge (l'instruction d'un dossier de demande de RQTH avait été proposé depuis ses 18 ans). Ce qui lui permet, aujourd'hui, de ne plus être « étranger » et « en souffrance » avec sa propre demande d'insertion professionnelle adressée « en boucle » à la Mission Locale.

A la conseillère, d'enrichir son investigation d'éléments nouveaux portant sur la dynamique psychoaffective en jeu ainsi que sur l'état de santé à prendre en compte dans l'accompagnement de cette personne. Elle a pu ainsi se dégager de la culpabilité (génératrice de stress) présente dans cet accompagnement pendant lequel, Alban ne faisait pas les démarches qui lui étaient proposées, l'échec du jeune ayant été ressenti comme un échec par le professionnel.

A ce jour le dossier est à l'étude à la MDPH. Parallèlement et à sa demande, Allan continue à voir la psychologue. Il est convenu qu'il reprenne contact avec sa conseillère après réception de la réponse de la MDPH. En fonction de l'orientation donnée par la MDPH, la conseillère adaptera son accompagnement en partenariat avec les acteurs des dispositifs du champ du handicap.

Mission Locale du Périgord Noir

Raphaëlla – 17 à 20 ans – Aider à accepter la maladie & soutenir en attendant sa prise en charge

Née et scolarisée à l'étranger jusqu'en classe de seconde, elle vivait seule avec sa mère bénéficiaire du RSA. Elle avait rompu tout contact avec son père vivant dans son pays d'origine.

Sa demande vis à vis de la Mission Locale était de définir un projet professionnel lui permettant d'accéder rapidement à un emploi car elle souhaitait soutenir sa mère surendettée. Elle a refusé d'emblée de participer à toute action collective d'orientation car elle disait ne pas supporter le regard des autres, que par ailleurs elle ne pouvait manquer d'attirer par un look provocateur.

Elle a commencé un accompagnement individuel sous la forme d'un bilan jeune d'accès à la qualification. Mais elle n'acceptait d'examiner que des métiers accessibles à long terme : kinésithérapeute, dentiste, vétérinaire... Elle a abandonné le bilan.

L'accompagnement avec la Mission Locale a alors été suspendu pendant plus d'un an, temps pendant lequel elle est partie vivre chez son père et a entamé une formation de masseuse, qu'elle n'a pas validé.

Lorsqu'elle a repris contact avec la Mission Locale, sa demande était une aide financière pour se nourrir car elle était rentrée en France depuis peu et n'avait aucune ressource, ayant coupé tout lien avec l'ensemble des membres de sa famille et étant hébergée chez des amis. Nous lui avons donné des chèques services permettant d'acheter de la nourriture et des produits d'hygiène dans les supermarchés et avons profité de cette occasion pour lui prodiguer des conseils de gestion de budget et l'interroger sur ses habitudes alimentaires. Elle nous a alors expliqué effectuer un tri sélectif des

aliments en fonction de leur couleur (elle ne mangeait que ce qui était blanc) et se nourrir principalement de sodas, car elle se trouvait grosse.

Elle refusait le terme d'anorexie et expliquait être rentrée en France parce que son père l'avait obligé à se soigner en étant hospitalisée en psychiatrie. Elle refusait désormais tout soin de ce type, bien qu'exprimant une difficulté de plus en plus importante faire le moindre effort physique. Après plusieurs entretiens, elle a accepté de rencontrer le psychologue du Point Ecoute Santé de la Mission Locale, dans un premier temps pour parler de sophrologie et voir si cela pouvait l'aider à se sentir mieux, face au grand mal-être dont elle faisait état. Elle a accepté cette rencontre uniquement parce qu'elle avait confiance en la Mission Locale.

Au fil de ces rencontres, elle a admis être anorexique et a demandé de l'aide. Une demande a été faite par le psychologue, pour une hospitalisation dans un centre spécialisé dans cette pathologie. Elle a attendu une place pendant six mois au cours desquels elle fréquentait régulièrement le Point écoute santé et la Mission Locale pour « rester motivée » et ne pas « tout envoyer balader ». La Mission Locale a continué à la soutenir financièrement car elle était trop faible physiquement pour travailler et nous avons effectué un lien avec son médecin généraliste qui surveillait son poids et son état de santé général, pouvant décider à tout moment d'une hospitalisation.

Au terme de ce travail partenarial, elle a intégré un institut spécialisé pour une prise en charge de plusieurs mois. Lorsqu'elle en est sortie, elle est venue nous montrer qu'elle allait mieux, nous dire qu'elle était accompagnée médicalement et qu'on lui avait détecté un trouble bipolaire. Elle avait effectué avec succès une démarche de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, était suivi par Cap Emploi et envisageait de faire une formation...en cuisine.

Mission Locale des Hauts de Garonne

Belinda – 21 ans – Réactiver et soutenir des démarches abandonnées

Belinda est âgée de 21 ans lorsqu'elle démarre la Garantie Jeunes en juin 2018. Elle a vécu en famille d'accueil de l'âge de 3 ans jusqu'à l'âge de ses 16 ans. Elle a souhaité revenir vivre chez sa mère avec son frère et sa sœur et a donc déménagé. Elle n'a pas de contact avec son père. Elle a été scolarisée en ULIS et est allée jusqu'en terminale CAP pressing sans le valider. A la fin de sa scolarité, Belinda ne savait pas quoi faire. Elle a eu une année de flottement et s'est inscrite en Mission Locale pour être aidée dans ses démarches.

Elle a eu une RQTH. La demande de renouvellement RQTH était en cours au moment de son entrée sur la GJ. Dans le cadre de cet accompagnement renforcé sa conseillère a vite repéré les difficultés à pouvoir être en entreprise. Belinda en a conscience : posture professionnelle, concentration...

Nous avons repris le dossier MDPH qu'elle n'avait finalement pas déposé. Sa conseillère a fait le point avec le médecin par téléphone. Le dossier MDPH était bloqué car le médecin traitant ne souhaitait pas le déposer. Sa conseillère lui a adressé un courrier pour lui expliquer les difficultés constatées : stage annulé à deux reprises et retour des employeurs (difficultés à faire, lenteur...). Le médecin souhaite un avis psychiatrique pour déposer le dossier MDPH car ce n'est pas lui qui a fait la première demande (son médecin est parti à la retraite).

Sa conseillère a pris rendez-vous avec la MDA de Bordeaux où Belinda a pu rencontrer une psychologue. Elle continue à être suivie et a été orientée vers le CMP. Le dossier avance très

lentement et ce malgré les appels de sa conseillère auprès des différents interlocuteurs. A ce jour le dossier n'est toujours pas déposé car le médecin généraliste attend les retours du Psychiatre.

Belinda est toujours sur la Garantie Jeunes et continue à honorer ses rendez-vous médicaux. Son insertion professionnelle ne pourra avancer véritablement que lorsque son dossier MDPH sera déposé et accepté.

Mission Locale des Territoires de Mourenx Oloron Orthez

Luc – 17 ans – Intermédiation pour l'observance d'un traitement

Contexte social et familial : a été abandonné par son père et sa mère s'est suicidée. Suivi ASE et orientation dès son jeune âge en famille d'accueil.

Problématique santé :

Il souffrait de troubles psychiques mais le diagnostic n'avait pas été posé. Il était suivi par le psychiatre du Centre Médico psychologique du territoire et avait un traitement thérapeutique à prendre.

Accompagnement ML :

Jeune accompagné par la ML de 2013 à 2017.

-Ce jeune homme était très en colère. A l'issue de plusieurs entretiens, une relation de confiance a pu se créer. Le jeune homme a pu mettre en avant ses problèmes de santé. Il a notamment avoué ne pas prendre son traitement et le cacher à sa famille d'accueil et à son psychiatre. Le conseiller a réussi à le convaincre d'au moins dire au médecin que le traitement ne lui convenait pas et qu'il n'arrivait pas à se faire à l'idée de prendre un traitement quotidien à vie. Ils ont ensemble convenu qu'il aurait des injections tous les 15 jours à faire au CMP.

-Suite à cela, le jeune homme avait un comportement beaucoup plus apaisé et a réussi à envisager un avenir professionnel. Il a pu bénéficier d'une Prestation Ponctuelle Spécifique en lien avec le handicap psychique et a validé un projet en vente spécialisée.

-A ses 20 ans, le conseiller a accompagné le jeune homme pour une demande d'AAH auprès de la MDPH qui a été accordée. Il a déménagé en Normandie pour s'installer avec son amie et il avait recontacté la ML pour dire que tout allait bien et qu'il continuait à prendre son traitement.

Grâce au soutien de la Mission Locale, ce jeune homme a pu construire sa vie. Même si l'accès à l'emploi était resté difficile, il a réussi à se projeter et à quitter sa famille d'accueil, ce qui était inenvisageable quelques temps avant. Il suit son traitement, ce qui lui permet de stabiliser son humeur et envisager d'entreprendre la recherche d'un emploi.

③ La prise en charge des problèmes de santé rend possible l'insertion professionnelle et sociale

Mission Locale de la Creuse

Julie – 20 à 25 ans – Accompagner à la RQTH : un long parcours

Julie s'est inscrite à la mission locale afin d'être accompagnée dans ses démarches d'insertion professionnelle dans l'objectif de définir un nouveau projet professionnel. Elle a obtenu un CAPA service en milieu rural en 2008 et a le niveau CAP petite enfance en 2010 par voie scolaire. Elle ne souhaitait pas continuer ses études suite à cet échec et ne voulait plus travailler avec les enfants. Pendant 1 an, elle est restée chez elle pour faire ses propres démarches, sans solution elle s'est dirigée vers la mission locale.

Lors de son inscription, Julie était accompagnée de sa mère afin de faire le point sur ses difficultés de lenteurs, d'apprentissage et sur son souhait de trouver un emploi. La mère avait conscience du handicap de sa fille et ne souhaitait pas faire une demande de RQTH. [...]

Nous avons débuté son accompagnement en lui proposant une action lui permettant de définir son projet professionnel, de reprendre un rythme et une vie sociale (de septembre 2011 à décembre 2011). Suite à cette formation, elle a validé le projet de travailler dans le secteur de la vente en tant qu'Employée Libre Services et /ou hôtesse de caisse. Elle a recherché un contrat d'apprentissage [en vain...]. Puis a intégré en Mai 2012 jusqu'en Septembre 2012 une pré qualification avec le centre AFPA de GUERET car elle n'avait pas le niveau requis pour intégrer directement la formation qualifiante. [...]

Durant la pré qualification, Julie a réalisé plusieurs immersions qui n'ont pas été concluantes : rythme du travail très lent, difficultés de compréhension et application des consignes. Elle ne souhaitait pas abandonner ce projet, nous avons donc mis en place d'autres immersions professionnelles sur la période Octobre 2012 à mi 2013 dans le secteur de la vente qui n'ont pas été concluantes non plus.

Suite à ces retours négatifs d'immersions [et au fait qu'elle n'ait pas été acceptée en formation qualifiante], Julie et sa mère ne souhaitaient toujours pas solliciter la MDPH pour une demande de RQTH.

Afin de continuer à travailler sa ré orientation professionnelle ainsi que de reprendre confiance en elle, Julie a intégré le SAS orientation active avec la mission locale de la Creuse. Durant le SAS elle s'est dirigée vers le secteur de l'entretien des locaux et a commencé son deuil du commerce. Les difficultés de lenteur et de compréhension étaient toujours là. Lors du bilan de l'action, Julie a pris conscience de ses difficultés qui ont rendu difficile son intégration sur un poste en milieu ordinaire. Nous avons fait le point avec la coordinatrice du dispositif, Julie ainsi que sa mère et nous avons validé ensemble qu'il était nécessaire de saisir la MDPH pour une demande de RQTH et de solliciter une orientation en milieu protégé. [...]

Elle a obtenu une RQTH. Il lui a été préconisé de rechercher un emploi auprès d'entreprise adaptée.

Afin de l'aider dans l'acceptation de son nouveau statut en tant que personne handicapée, Justine a intégré une formation « action courte » en faveur des travailleurs handicapés afin de valider un projet professionnel en lien avec son handicap d'Octobre 2014 à Janvier 2015. [...] Suite à cette formation, nous avons mis en place une PMSMP au sein d'une entreprise adaptée dans le Cher [...] sur un poste de saisie informatique. Justine a eu les capacités intellectuelles pour occuper ce poste de travail [...] et a été embauché en CDI à temps plein. [...]

Durant son accompagnement avec la Mission Locale Justine a gagné en confiance en elle, a accepté son handicap, pris son indépendance au niveau du logement et a su se saisir des services et activités citoyennes de la mission locale.

Mission Locale du Périgord Noir

Régis – 19 ans – Les ateliers collectifs : sortir de la déprime en se mobilisant pour les autres

Issu d'une famille de travailleurs pauvres, il avait arrêté ses études en seconde bac pro électrotechnique car son projet professionnel était de travailler dans l'informatique et qu'il ne comprenait pas cette orientation qui lui avait été imposée par le lycée eu égard à ses résultats scolaires.

Il était resté chez lui pendant près de 18 mois à « jouer aux jeux vidéo la nuit, dormir le jour, déprimer et manger ». Encouragé par un ami il était venu s'inscrire à la Mission Locale pour voir s'il pouvait réaliser son rêve de devenir informaticien.

Nous avons rapidement repéré un problème d'hygiène et lui en avons parlé dans le cadre d'une préparation à rencontrer des employeurs pour solliciter un stage en entreprise. Il a ainsi pu entendre ce point délicat et s'est engagé à se laver tous les jours, à changer de vêtements et à se brosser les dents. Il a tenu ces engagements le temps de participer à une action collective de travail sur le projet professionnel mais s'est rapidement laissé aller à nouveau à la fin de cette action. Le résultat n'avait pas été concluant pour lui, car les métiers de l'informatique qu'il a découvert, ne correspondaient pas à sa vision du secteur (il imaginait faire carrière comme testeur de jeux vidéo et s'est aperçu qu'il était difficile d'en vivre).

Sous la pression parentale à trouver rapidement un emploi pour aider la famille, il a intégré le dispositif Garantie Jeunes. Au cours du collectif, nous avons remarqué que ses problèmes d'hygiène étaient accrus lorsqu'il se sentait déprimé et disait ne pas avoir de raison de prendre soin de lui. Il était en surcharge pondérale et disait ne plus pouvoir s'habiller. Il était très effacé et complexé.

Il a alors participé à une « semaine santé bien être » visant à sensibiliser les jeunes sous forme d'ateliers collectifs au fonctionnement du système de santé, à l'estime de soi (socio-esthétique), à l'alimentation équilibrée, à la pratique sportive et à divers thèmes liés à la santé. L'objectif était aussi de participer à un projet global appelé « Mon image », associant des jeunes adultes de 16-25 ans issus de la Mission Locale, d'un organisme de formation (INSUP), d'une Maison Familiale rurale, d'un IMPro et d'une école d'aide soignants. L'objectif était que chaque structure aborde l'image que les jeunes ont et donnent d'eux-mêmes en lien avec la santé. Les jeunes de chaque structure devaient informer les autres sur la thématique qu'ils avaient choisi.

Ainsi, l'école d'aides-soignants abordait l'image donnée par le prisme de l'hygiène corporelle, l'IMPro : l'image donnée par le biais des réseaux sociaux, l'INSUP : les images attachées aux secteurs professionnels, la MFR : l'image donnée dans sa vie affective et sexuelle et la Mission Locale : l'image donnée lors d'un entretien professionnel ou « première impression ». Un peu plus de 100 jeunes ont participé à ce projet, qui se déroulait en deux phases : vivre les ateliers au sein de sa structure et apprendre à les animer, puis transmettre ces ateliers à d'autres jeunes.

Régis s'est rapidement porté volontaire pour animer un atelier proposé par la Mission Locale à destination des jeunes des autres structures, qui consistait à préparer chacun à passer un entretien d'embauche en passant par plusieurs étapes (prise de conscience de l'image affichée, confrontation avec les codes du secteur professionnel, relooking, simulation d'entretien). Au cours de cette journée, il s'est montré enthousiaste, bienveillant et fier de transmettre ce qu'il avait appris. Il s'est révélé un excellent animateur et a été félicité par ses pairs.

Après cette expérience, il n'a plus eu de problème d'hygiène, a accepté de consulter un médecin pour l'aider à réguler son poids et est rapidement entré en apprentissage. Pour rechercher son contrat, il n'a jamais eu de difficulté à se présenter auprès d'un employeur et à l'issue de sa formation, il a été embauché en CDI par l'entreprise dans laquelle il avait effectué son alternance.

Mission Locale de La Rochelle Ré Pays d'Aunis

Léa – Presque 25 ans – Stopper l'itinérance en traitant la pathologie psychique : un travail concerté entre conseiller Mission Locale et Psychologue

Elle vient sans rendez-vous et demande une aide financière car elle n'a pas de ressource et ne mange pas à sa faim.

Lors de l'entretien avec la conseillère qui la reçoit, apparaissent les éléments suivants :

Elle est née à Djibouti où est restée sa mère et n'a pas de contact avec son père depuis l'âge de six ans. Elle quitte Djibouti en octobre 2011.

Elle circule entre le Sud de la France, Montargis, Lyon et Besançon. A Montargis, elle reste de janvier 2017 à avril 2018. Elle est en contact avec la Mission Locale de Montargis et intègre le dispositif Garantie Jeunes pendant trois mois. Elle dort dans un Centre d'Accueil d'Urgence avant d'avoir une place en CHRS. Le reste du temps, elle loge chez des copains de copains, situation qu'elle retrouve en arrivant à La Rochelle, en novembre 2018.

Elle se considère comme nomade depuis quelques années. C'est pourquoi, elle accepte de signer un bail en colocation avec le propriétaire du logement déjà occupé par le neveu de celui-ci. Il est convenu qu'elle paiera sa part de loyer dès qu'elle aura des ressources. Parallèlement, nous l'encourageons à se rapprocher de la CAF pour faire valoir ses droits au RSA, étant sans ressource depuis le mois d'avril 2018 et atteignant ses 25 ans en janvier 2019.

Sur le plan scolaire, elle est sortie en cours d'année 2011 d'une classe de seconde générale et possède le Brevet des Collèges.

Sur le plan professionnel, elle relate des expériences dans la Restauration et dans la Grande Distribution dont les périodes ne correspondent pas aux dates indiquées sur son CV.

Sur le plan personnel : elle paraît épuisée. Elle dit ne pas réussir à dormir. Elle est inquiète car ne sait pas comment récupérer ses affaires et ses documents administratifs restés à Lyon.

Face à cette jeune femme en situation précaire, dans une ville qu'elle ne connaît pas, au domicile d'une personne qu'elle ne connaît pas, prenant un seul repas par jour, le soir, repas offert par les voisins de son hébergeur (pour les autres repas, elle préfère ne pas manger plutôt que de solliciter son

colocataire) dont les propos révèlent un état d'épuisement et d'anxiété, la conseillère lui propose parallèlement à son accompagnement de rencontrer la psychologue de la structure. Lucie accepte et le rendez-vous est pris pour le 10 décembre 2018.

La rencontre avec la psychologue révèle un trouble de la personnalité (avec la présence d'hallucinations) et un trouble de l'humeur (état dépressif). Lucie vit avec cette pathologie depuis qu'elle est enfant. Elle n'en a parlé à personne et ne l'a pas pris en charge jusqu'à ce jour.

Après concertation entre la psychologue et la conseillère référente, nous convenons de travailler conjointement sur cet accompagnement.

Engagement de la psychologue sur les points suivants :

Soutien psychologique hebdomadaire en vue et jusqu'à l'acceptation de se faire soigner.

Accompagnement jusqu'à ses rencontres avec les professionnels de santé : généraliste, psychiatre du CMP.

Vérification de l'aboutissement des démarches et de l'acceptation du traitement.

Appui à l'instruction d'un dossier de demande de RQTH

Engagement de la Conseillère sur les points suivants :

Faire une demande de FAJ en Secours d'Urgence d'un montant de 150 euros pour assurer sa subsistance.

Vérifier l'accès aux droits en matière de couverture sociale.

L'orienter vers un service social pour l'instruction d'un dossier RSA et d'une Allocation Logement.

L'accompagner dans la constitution du dossier administratif en vue d'obtenir une RQTH.

Appuyer ses démarches vers pôle Emploi pour son inscription et son éligibilité au contrat aidé PEC.

Le repérage et la prise en charge conjointe (conseillère et psychologue) de son problème de santé dans le cadre de son accompagnement par la Mission Locale a permis à Léa :

De parler de sa souffrance, de mieux comprendre son problème de santé mentale et d'accepter de le prendre en charge.

D'obtenir en moins d'un mois une rencontre avec un psychiatre et un suivi médicalisé.

D'engager les démarches en vue d'un dossier RQTH.

D'obtenir le versement du RSA et de l'APL courant février 2019.

Aujourd'hui, avec la prise de son traitement allopathique, son état de santé se stabilise. Elle s'oriente actuellement vers la négociation d'un contrat PEC d'ASH dans un Centre de Rééducation.

Ces témoignages montrent une partie de la diversité des problématiques de santé rencontrées au sein des Missions Locales, mais aussi la disparité des solutions mises en œuvre pour y répondre en fonction des structures.

Si certains traits sont communs comme :

- **L'organisation**, au sein de chaque Mission Locale, **de conditions d'accueil** où liberté, respect de la parole, bienveillance et confidentialité sont les maîtres mots,
- **Le questionnement propre aux Missions Locales, visant à reconstituer** avec les jeunes, **les étapes significatives de leurs parcours** (scolaire, professionnel, familial...),

- **Le recueil de la demande des jeunes** à la fois sous la forme de leurs urgences mais aussi de leurs projets, voire de leur absence de projets,
- **Le rôle central des conseillers dans l'accompagnement des jeunes**, qui coordonnent l'ensemble des étapes mises en œuvre, en gardent donc la mémoire et leur donnent du sens (réalisations, réussites, difficultés rencontrées, points de progression...)
- **Les nombreux échanges partenariaux** suscités par l'accompagnement des jeunes (avec les anciens conseillers Mission Locale du jeune, s'il y a lieu, les équipes enseignantes, les formateurs, les employeurs, les équipes éducatives, les partenaires santé, les familles etc.), qui offrent des regards croisés,
- La position particulière des conseillers, qui en **accompagnant les jeunes vers l'autonomie**, peuvent repérer rapidement les freins à celle-ci
- L'appréhension, par les conseillers, de **la santé comme un élément de l'insertion professionnelle et sociale**, qui comme les autres éléments (mobilité, logement, formation...) doit être en adéquation avec le projet,
- Le rôle d'aiguilleur joué par les conseillers sur de nombreux sujets pour **orienter les jeunes vers les dispositifs ou partenaires**, les mieux à même de répondre à leurs besoins,
- La bonne connaissance de la place et du rôle de chacun dans l'accompagnement du jeune, qui permet à chacun de **travailler en sécurité, dans ses compétences et dans le respect de celles des partenaires**, sans illusion de toute puissance,

Qui produisent des conséquences communes :

- Faire des Missions Locales **des lieux d'accueil et d'écoute privilégiés** où les jeunes se sentent en confiance pour exprimer des éléments intimes sans avoir le sentiment d'être jugés,
- Faire des Missions Locales **des lieux d'information fiables**, où les jeunes savent qu'ils peuvent obtenir des réponses à leurs questions et vérifier les informations qu'ils ont glanées auprès de leurs pairs ou sur internet
- Faire des Missions Locales des **lieux d'orientation vers des partenaires spécialisés**, où les jeunes savent pouvoir s'adresser pour connaître les ressources de leurs territoires

Nous constatons aussi, que toutes les Missions Locales ne disposent pas des même ressources à proposer aux jeunes en matière de santé. Se pose alors la question des disparités territoriales.

C – Des disparités territoriales

Ces disparités s'observent sur i-milo par le recours à l'offre de service santé, qui varie d'un département à l'autre, et, qui au-delà d'une répartition départementale, se concentre sur certains territoires comme les zones de revitalisation rurales.

1 – Une offre de service mobilisée différemment d'un département à l'autre

Les 12 départements de la région Nouvelle-Aquitaine ne mobilisent pas l'offre de service en matière de santé de façon uniforme.

Afin d'observer cette mobilisation, nous avons défini 3 indicateurs de la mobilisation de l'offre de service en matière de santé.

a – Les indicateurs de la mobilisation de l’offre de service en matière de santé

Les données d’i-milo nous permettent de construire trois indicateurs de cette mobilisation, que sont :

- La part de jeunes ayant bénéficié d’un acte de service en matière de santé dans l’ensemble des jeunes de la région, qui nous permet d’observer combien de jeunes différents ont fait l’objet d’un accompagnement des Missions Locales dans le domaine de la santé
- La part représentée par les actes de service en matière de santé parmi l’ensemble des actes de services réalisés avec les jeunes, qui permet d’observer l’importance du thème dans l’ensemble de l’activité des Missions Locales
- Le nombre moyen d’actes de services santé effectués par jeune, qui permet d’observer la concentration de l’offre de service santé sur un même nombre de jeune

Ces indicateurs sont assez généraux mais associés entre eux, ils rendent possible l’observation de tendances importantes. Observés en parallèle, ils permettent de mettre en perspective leurs importances relatives.

b – Des données observées à relativiser

Nous avons fait le choix de les présenter sous la forme d’un tableau de synthèse présentant les données départementales portant sur la période observée, du 31 octobre 2017 au 1^{er} novembre 2018. Ce tableau ne constitue donc qu’une photographie, à un instant T, de l’activité des Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine.

Tableau synthétique des indicateurs de mobilisation de l’offre de service santé en Mission Locale par département

Localisation	Part des jeunes ayant bénéficié d’une proposition santé dans la région NA	Part des 1 ^{er} accueils régionaux	Part de propositions santé dans l’ensemble des propositions faites aux jeunes	Nombre moyen de proposition santé par jeune
Charente	5,24%	5,2%	5,3%	2,31
Charente Maritime	7,58%	11,0%	4,3%	2,20
Corrèze	3,05%	4,7%	3,4%	2,33
Creuse	2,15%	1,4%	5,2%	2,54
Deux Sèvres	4,44%	7,5%	3,7%	2,09
Dordogne	9,66%	7,0%	6,9%	3,45
Gironde	31,92%	29,2%	5,5%	2,70
Haute Vienne	5,04%	5,2%	5,5%	2,22
Landes	4,25%	5,8%	4,5%	2,11
Lot et Garonne	9,07%	6,0%	7,4%	3,32
Pyrénées Atlantiques	10,80%	9,5%	6,2%	2,64
Vienne	6,80%	7,4%	5,1%	2,48
Nouvelle-Aquitaine	100%	100%	5,5%	2,81

❶ Certains départements accompagnent plus de jeunes en matière de santé

Ce sont : la Gironde, les Pyrénées Atlantiques, la Dordogne, le Lot et Garonne et la Charente Maritime. Mais cela doit être relativisé par l'inégale répartition de la population des jeunes accompagnés par les Missions Locales sur le territoire.

Ainsi l'on sait qu'il existe une forte concentration de la population jeune en Gironde. Le fait que presque 1/3 des jeunes ayant bénéficié d'une proposition santé réside dans ce département n'a rien d'étonnant et doit être mis en perspective par les 29.2% de premiers accueils réalisés dans ce département au cours de la période observée. La même observation peut être faite pour la Charente Maritime ou les Pyrénées Atlantiques, deux départements également très dynamiques en terme de nouveaux accueils.

Cependant le Lot et Garonne et la Dordogne ont des taux de premiers accueils moyens, mais un pourcentage de jeunes accompagnés en matière de santé relativement important.

❷ Certains départements ont une proportion d'actes de services en matière de santé supérieure à la moyenne régionale

Ce sont : le Lot et Garonne (7,4%), la Dordogne (6,9%) et les Pyrénées Atlantiques (6,2%), qui accordent une part importante à la santé dans l'accompagnement des jeunes, puisque leurs taux moyens de propositions en matière de santé sont supérieurs au taux moyen régional de 5,5%.

Notons également que Le lot et Garonne (3,32) et la Dordogne (3,45) ont un nombre moyen de propositions santé par jeune supérieurs au nombre moyen de propositions santé par jeune de la région de 2,81.

Ce dernier élément peut être interprété différemment si l'on considère qu'il reflète seulement la concentration des propositions en matière de santé sur les mêmes jeunes ou si, on l'interprète comme une diversification des propositions en matière de santé à l'attention des jeunes.

En effet, un département présentant un nombre moyen élevé de proposition santé par jeune peut être un département, qui a développé une offre de services santé variée à destination de son publique et qui la mobilise régulièrement. C'est ce que nous conduit à conclure la mise en perspective de cet indicateur avec les deux indicateurs précédemment observés :

- La part de jeunes ayant bénéficié d'un acte de service en matière de santé dans l'ensemble des jeunes de la région
- La part représentée par les actes de service en matière de santé parmi l'ensemble des actes de services réalisé avec les jeunes

Le lot et Garonne et la Dordogne semblent donc mobiliser de façon plus importante leur offre de service santé en direction des jeunes.

Plusieurs éléments peuvent étayer cette hypothèse d'un dynamisme particulier dans ces départements :

- Les fiches de recueil des actions santé des Missions Locales de ces territoires qui montrent notamment, une offre de service variée en direction des jeunes ; des partenariats développés de longue date et une recherche permanente de partenariats nouveaux ; une

structuration des Missions Locales avec la désignation de référents santé disposant de temps dédié à cette mission...

- Les entretiens avec les Missions Locales, qui montrent une structuration de longue date sous la forme de « Points Relais Santé » en Dordogne, voire à l'initiative des expérimentations des « Points Relais Santé », dans le cas du Lot et Garonne ; une attention particulière à la souffrance psychique des jeunes avec la présence de psychologues professionnels offrant des temps d'écoute anonymes et gratuits...
- La fonction d'observatoire des besoins particuliers de ces territoires majoritairement ruraux en matière de santé exercée par les Missions Locales, qui ont fait le choix de développer des solutions de proximité en l'absence de solutions de droit commun (déserts médicaux, absence ou faible nombre de spécialistes, délais d'attente pour des rendez-vous médicaux incompatibles avec « *le temps des jeunes* », isolement géographique par rapport aux hôpitaux de secteur, maillage associatif faible ou disposant de peu de moyens d'intervention dans les Missions Locales...)

Cette hypothèse est, de plus, concordante avec une autre observation portant sur la concentration de l'offre de service en matière de santé dans les zones de revitalisation rurale.

2 – Une concentration des actions sur les zones fragiles du territoire

a – une concentration des actes de service santé sur les jeunes résidant en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)

Les ZRR sont définies par l'article 1465 A du Code général des impôts, introduit par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995.

Depuis juillet 2017, les zones de revitalisation rurale comprennent les communes membres d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre (EPCI), incluses dans un arrondissement ou **un canton ayant une densité humaine plus faible que la médiane nationale, ainsi qu'un revenu fiscal par habitant plus faible.**

Ce zonage permet de mettre en œuvre des dispositions fiscales plus favorables afin de soutenir l'activité économique (exonérations de taxes, recours possibles aux contrats aidés etc.).

C'est la raison pour laquelle il est possible sur i-milo de requêter sur ce critère très finement puisque l'on peut savoir pour chaque jeune, s'il réside ou non en ZRR.

Nous nous sommes donc demandé si :

Les actes de service en matière de santé étaient plus fréquemment réalisés auprès des jeunes habitant en ZRR qu'auprès des autres jeunes de la région ?

	% de jeune avec un acte de service santé	% de la population totale
Habitant en ZRR	5,63%	9,64%
N'habitant pas en ZRR	15,77%	90,36%
total	21,41%	100%

$\chi^2=4,453 > 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : la valeur du χ^2 obtenu est supérieure à la valeur du χ^2 attendu pour un résultat significatif. Les jeunes résidant en ZRR sont significativement plus représentés parmi les jeunes bénéficiaires des actions santé des Missions Locales, que les jeunes n'y résidant pas.

Les jeunes résidant en ZRR sont plus souvent que les autres bénéficiaires d'actes de services dans le domaine de la santé.

Si les actes de service santé des Missions Locales se concentrent sur les populations habitant les zones fragiles du territoire, il nous est apparu opportun d'examiner si les jeunes résidant en quartier prioritaires des politiques de la ville étaient également plus ciblés par les actions des Missions Locales, dans le domaine de la santé.

b – Comparaison avec les jeunes résidants dans les Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)

Créé par la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont un dispositif de la Politique de la ville française. Ils ont pour but de réduire la complexité du maillage des zones socialement défavorisées. Ils entrent en vigueur le 1er janvier 2015 en remplacement des zones urbaines sensibles et des quartiers en contrat urbain de cohésion sociale.

Le principal critère pour le découpage des quartiers est **la concentration en pauvreté définie par l'INSEE** en comparant le revenu des habitants au revenu médian de référence (concentration de populations disposant de ressources inférieures à 60% du revenu médian).

Ces quartiers bénéficient de contrats de ville, qui ont pour objectif d'accroître le développement économique de ces territoires, notamment en :

- Accompagnant la création d'entreprises
- Accompagnant la création d'emploi (aides à l'embauche)
- Développant des outils de formation au numérique

Les jeunes résidant dans ces quartiers peuvent être identifiés sur i-milo. Ils appartiennent à des foyers dont les critères de ressources sont proches de ceux des jeunes résidant en ZRR, c'est pourquoi il nous est apparu pertinent de nous demander si :

Les actes de service en matière de santé étaient plus fréquemment réalisés auprès des jeunes habitant en QPV qu'auprès des autres jeunes de la région ?

	% de jeune avec un acte de services santé	% de la population totale
Résidant en QPV	2,24%	30,66%
Ne résidant pas en QPV	19,17%	69,34%
total	21,41%	100%

$\chi^2=3,642 < 3,841$ à 5% d'erreur ddl1

Conclusion : les jeunes résidant en QPV ne sont pas significativement plus représentés que les autres jeunes de la région parmi les jeunes bénéficiaires des actions santé des Missions Locales. Cependant, la valeur du χ^2 obtenue est proche de la valeur du χ^2 attendu pour un résultat significatif. Ce qui peut être interprété comme le fait qu'ils sont tout de même fortement représentés.

Dès lors, le seul critère du faible niveau de revenu de la population, ne semble pas être totalement déterminant pour expliquer la concentration de l'offre de services santé des Missions Locales sur ces populations. Il convient probablement de conjuguer plusieurs éléments de fragilité des territoires sur lesquels elles résident, pour envisager des éléments d'explication de ce phénomène.

3 – Éléments d'explication

a - Le cumul de difficultés sur un même territoire

Nous avons accordé une attention particulière à deux études récentes portant sur le territoire Néo-Aquitain et qui semblent proposer des éléments d'explication plus complets.

① La cartographie des territoires d'action pour une santé durable réalisée par l'Observatoire Régionale de la Santé en juin 2017

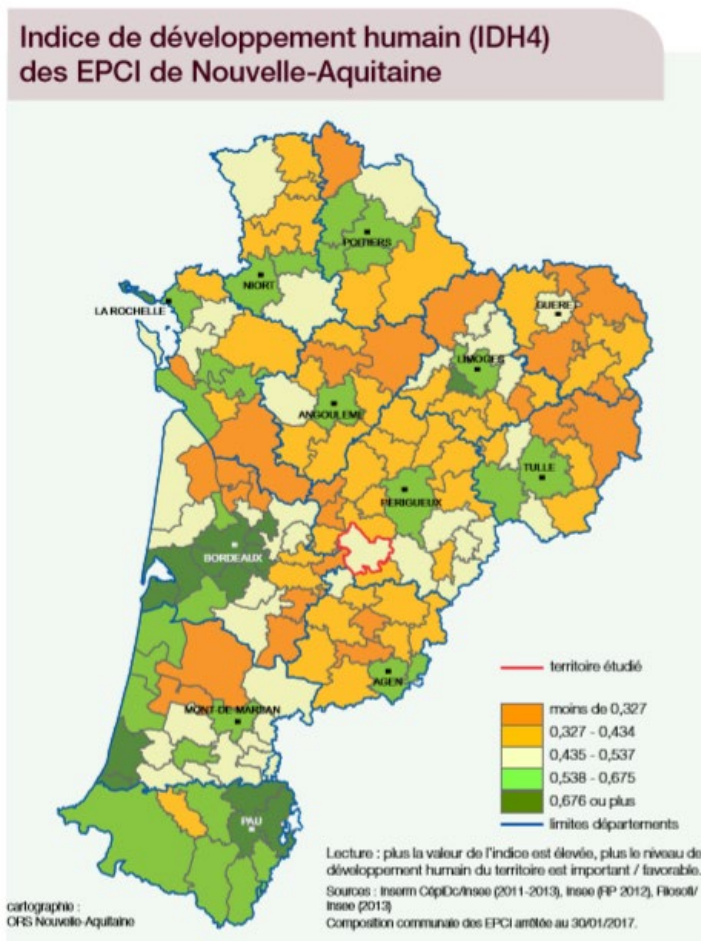
Ce document, réalisé en collaboration et avec le soutien financier du Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine, présente en quelques chiffres la situation de chaque EPCI au regard des conditions de vie et de l'état de santé de sa population, comparée à la moyenne régionale.

Le rapport note : « Au 1er janvier 2017, la Nouvelle-Aquitaine compte 153 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Ces territoires permettent d'agir au plus près des besoins des populations, en développant et en structurant des projets et initiatives locaux. ». C'est la raison pour laquelle cette échelle territoriale a été retenue pour l'observation.

De plus, ce document présente le grand intérêt de comparer les EPCI en fonction de leur score à l'**Indice de développement humain (IDH4)**. C'est un indice, qui permet d'évaluer la situation d'un territoire au regard de trois grandes dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie.

Il prend en compte :

- Dans le domaine de la santé : les principales causes de décès, les affections de longue durée, la densité de l'offre de santé
- Les conditions de vie : à travers des indicateurs d'emploi, de revenu et de précarité



- La situation de la jeunesse et son niveau d'éducation
- L'environnement et le cadre de vie : logement, accès aux services, à la culture au sport, mobilité

Il offre ainsi un panorama assez complet des déterminants de santé selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Pour le détail de la construction de cet indice, cf. annexe 2.

Le rapport note : « Si au niveau régional la situation est plutôt favorable (5e région de France hexagonale sur 13), la situation infrarégionale est plus contrastée. »

Cette cartographie montre que les départements de la Dordogne et du Lot et Garonne, ainsi que plus largement les territoires situés en ZRR, offrent un indice de développement humain majoritairement plus faible que celui des territoires urbains ou de la côte atlantique.

② La cartographie socio-économique et démographique des zones de couverture des Missions Locales réalisée par le Service des Etudes Statistiques Evaluations (ESE) de la DIRECCTE Nouvelle-Aquitaine en 2017

Elle présente un double intérêt : être à l'échelle des territoires d'intervention des Missions Locales et combiner cinq critères pour former « un indicateur synthétique de difficultés ». Celui-ci est ainsi produit à partir de :

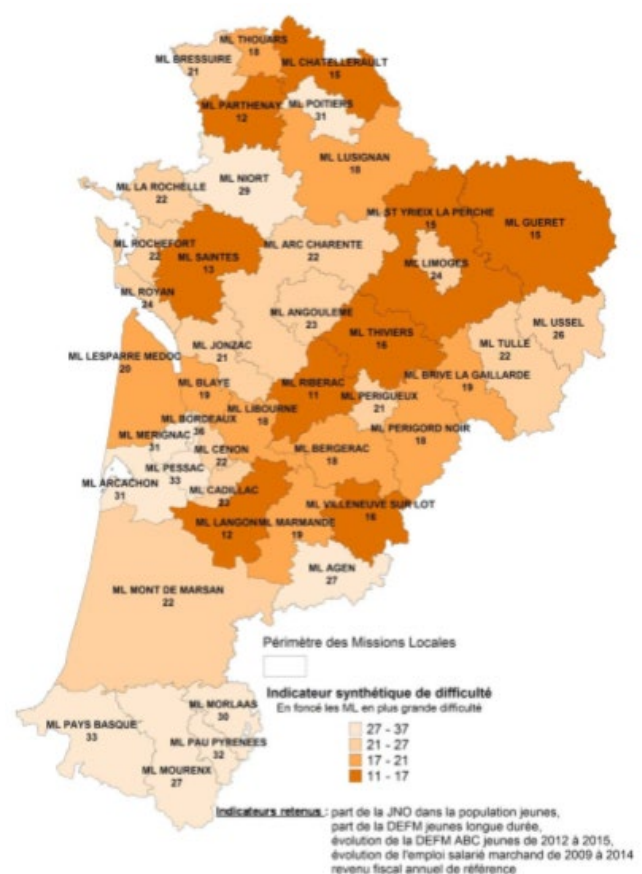
- La part de la jeunesse non occupée (ni en emploi, ni en formation) dans la population jeune,
- La part de la demande d'emploi en fin de mois (DEFM) jeunes longue durée,
- L'évolution de la DEFM jeunes de 2012 à 2015,
- L'évolution de l'emploi salarié,
- Le revenu fiscal annuel de référence

La valeur de cet indicateur correspond à la somme des rangs de chaque Mission Locale pour les 5 critères. Plus la somme des rangs est faible, plus la Mission Locale cumule des difficultés au regard de ces 5 critères retenus.

L'observation de la cartographie, nous conduit à constater, de façon globale que les départements du Lot et Garonne et de la Dordogne, ainsi que nombre de territoires en ZRR sont particulièrement désignés comme étant en difficulté, même s'ils ne sont pas les seuls.

Le rapport souligne que : « L'hétérogénéité de ces zones constituent cependant une limite à l'exercice de diagnostic territorial et de

Indicateur de difficulté des territoires des Missions locales de Nouvelle-Aquitaine



comparaison. Pour autant, il paraît nécessaire de fournir un ensemble de données de cadrage pouvant être mises en perspective des moyens attribués aux missions locales et de leurs activités. »

Il est ainsi possible d'émettre l'hypothèse que les Missions Locales, qui sont les plus actives en matière de santé ou qui ciblent leurs actions santé sur les publics résidant en ZRR, le font pour contrebalancer des déséquilibres territoriaux, que leurs fonctions d'observatoires du territoire leur ont permis de repérer.

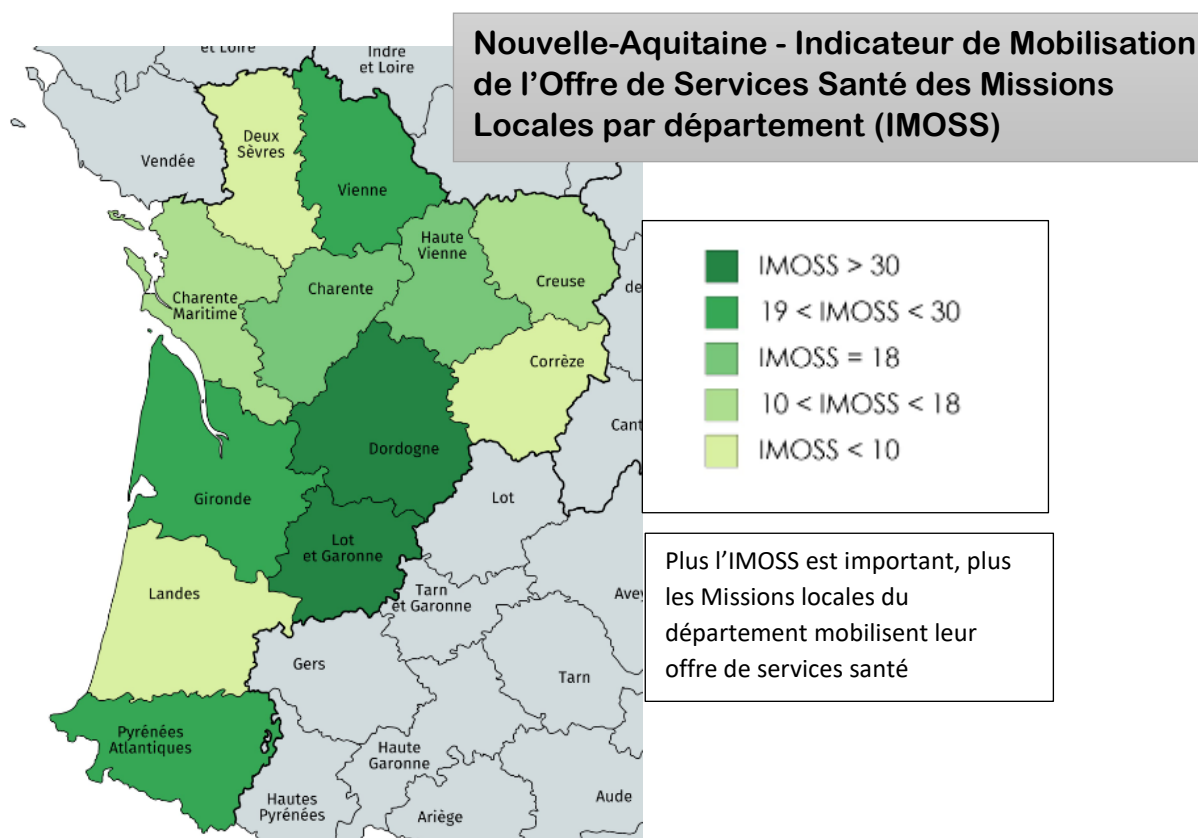
b - Une meilleure offre de service santé lorsqu'elle est structurée

Pour évaluer la façon dont les Missions Locales mobilisent leurs actions santé, nous proposons la création d'un Indicateur de Mobilisation de l'Offre de Services Santé (IMOSS).

Celui-ci est constitué en combinant plusieurs critères (la part des propositions santé dans l'ensemble des propositions faites aux jeunes ; la part de jeunes ayant eu une proposition santé dans l'ensemble des jeunes accompagnés pendant la période ; le nombre moyen de propositions santé par jeunes).

La valeur de cet indicateur correspond à la somme des rangs de chaque département pour les trois critères. Plus la somme des rangs est faible, moins le département mobilise une offre de service santé au regard de ces trois critères retenus. A partir de cet indicateur on peut classer les départements en plusieurs groupes :

- Un premier groupe constitué des départements, qui mobilisent faiblement une offre de service santé à destination des jeunes. Il s'agit des Landes, des Deux Sèvres et de la Corrèze.
- Un deuxième groupe de départements, qui mobilise relativement faiblement une offre de service santé à destination des jeunes. Il s'agit de la Charente Maritime et de la Creuse.
- Un troisième groupe, qui mobilise une offre de service santé correspondant à la médiane observée en Région Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit de la Haute Vienne et de la Charente.
- Un quatrième groupe, qui mobilise de façon importante une offre de services santé à destination des jeunes. Il s'agit de la Vienne, de la Gironde et des Pyrénées Atlantiques.
- Un cinquième groupe, qui mobilise massivement une offre de services santé à destination des jeunes, représenté par la Dordogne et le Lot et Garonne.



Ces situations variées sont le reflet de la structuration de l'offre de services santé des Missions Locales sur le territoire.

Ainsi, on constate que **les départements du 5^{ème} groupe abritent des Missions Locales, qui sont sensibilisées aux questions de santé depuis plus de 20 ans et disposent toutes de « Points d'Accès à la Santé » depuis presque 10 ans**. Ces Points d'Accès à la Santé semblent donc être des points d'appui important pour que les Missions Locales développent leur offre de services à destination des jeunes.

Ils permettent aux structures d'opter pour une organisation assurant :

- L'organisation d'une référence santé disposant de temps dédié
- Le développement de partenariats locaux et institutionnels en matière de santé
- La mise en œuvre d'actions de prévention à destination des jeunes
- La constitution d'espaces d'écoute, d'information et de conseil à destination des jeunes en matière de santé
- Les conditions d'accès à une information sur l'accès aux droits en matière de santé
- L'orientation massive des jeunes vers le bilan de santé de la CPAM

Autant d'éléments qui sont la base des réflexions sur la généralisation des Points d'accès à la santé en Missions Locales.

IV – Conclusion et préconisations

Toutes les Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine ont depuis longtemps investi le champ de la santé des jeunes puisque près d'un jeune sur cinq est accompagné en matière de santé par le réseau.

Aujourd'hui, il est permis d'affirmer que :

- La santé fait partie de l'accompagnement global proposé par les Missions Locales
- Les Missions Locales : un maillon essentiel pour détecter les problématiques de santé, aider à la décision de se faire soigner, accompagner à la prise en charge par des professionnels de santé
- La prise en charge des problèmes de santé rend possible l'insertion professionnelle et sociale

L'accompagnement en matière de santé se fait majoritairement de façon systématique, lorsqu'il s'agit d'informer sur le fonctionnement du système de santé et de s'assurer que les jeunes accueillis ont ouvert leurs droits, mais n'est pas suffisamment valorisé par la saisie des conseillers dans i-milo.

Tous les jeunes semblent concernés, quelle que soit leur sexe, âge, niveau de formation ou situation vis-à-vis de l'emploi ou de la formation. Le fait qu'ils appartiennent à un programme d'accompagnement renforcé PACEA ou PPAE ne les prédispose pas à un accompagnement plus étroit dans ce domaine. Seule la Garantie Jeunes, par son organisation et l'évolution des pratiques des Missions Locales, qu'elle a engendré, occasionne un accompagnement renforcé en matière de santé.

L'accompagnement en matière de santé peut être exercé à plus long terme, lorsque dans le processus d'insertion, apparaissent des difficultés de santé qui entravent la mise en œuvre des projets des jeunes.

Les structures développent alors des partenariats institutionnels et opérationnels accrus, dans l'objectif d'orienter les jeunes vers les interlocuteurs susceptibles de leur apporter des solutions.

Cependant, tous les territoires ne disposent pas des mêmes ressources et les réponses apportées par les Missions Locales varient donc en fonction de celles-ci.

Les Missions Locales urbaines disposant d'un tissu associatif dense, de la proximité d'un Hôpital de secteur et d'une offre de soins bien implantée, sont ainsi favorisées.

Tandis que les structures des territoires ruraux, éloignées de ces partenaires privilégiés peinent à mettre en œuvre des solutions adaptées. En effet de nombreuses Missions Locales se voient rétorquer par leurs partenaires que leurs territoires sont trop éloignés, trop vastes, qu'ils ne sont pas en mesure d'assurer le même niveau de service sur toute la zone géographique en raison de leur manque de moyens. Certaines ont ainsi développé et structuré leur offre de service depuis de nombreuses années. Elles ont également pallié les manques en finançant par exemple des permanences d'écoute psychologique, facilement et rapidement accessibles pour leur public.

L'impact de l'organisation au sein des Missions Locales de « Point relais santé », dans l'ancienne région Aquitaine, n'est pas négligeable. Il a permis de soutenir le développement d'une offre de services santé adaptée et en développement, là où précédemment les structures peinaient à inscrire leurs actions dans la durée, en raison de financements aléatoires et inconstants.

On observe ainsi une diminution de l'effet « stop and go », délétère à la fois pour les jeunes (constance de l'offre de service = identification de celle-ci et recours plus important) et pour les équipes (dépense de temps et de moyens importante pour des résultats incertains = découragement pouvant aller jusqu'à la rétrogradation du champ de la santé à un champ accessoire de l'insertion).

Enfin, des axes de progrès peuvent être soumis à la réflexion :

- Sécuriser financièrement les Points d'accès à la santé en Mission Locale : le développement des Points d'accès à la santé en Mission Locale sur l'ensemble du territoire de Nouvelle-Aquitaine passe par la sécurisation et la formalisation du temps de travail des salariés dédiés aux actions déployées.
- Accompagner les structures dans leur partenariat avec les structures spécialisées dans la prévention afin de permettre des interventions sur l'ensemble du territoire.
- Offrir aux Missions Locales une meilleure visibilité des actions de prévention possiblement financées par des fonds publics sur leurs territoires, en particulier celles dont la cible "Jeunes en insertion" est prioritaire.
- Accompagner les Missions Locales, véritables acteurs de Santé territoriaux, dans leur inscription aux Contrats Locaux de Santé.
- En utilisant les différentes modalités de financement de la formation des acteurs, organiser des formations demandées par les professionnels autour de la sensibilisation aux problématiques santé (troubles psychiques, compétences psycho-sociales...)
- Développer l'accès au Bilan de Santé de la CPAM en favorisant la prise en charge financière du transport des jeunes.
- Améliorer la lisibilité de l'offre de service santé sur I-milo, afin de permettre aux structures de se doter de véritables outils de mesure et de pilotage de leurs actions.
- Permettre aux Missions Locales d'acquérir une meilleure visibilité auprès des étudiants dans le domaine de la santé afin de développer le service sanitaire des étudiants en santé dans les Missions Locales.

La mobilisation de l'ensemble des 43 Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de cette mission de médiation santé laisse présager une réelle appétence du réseau pour ces questions et une temporalité favorable.

Suite des témoignages de trajectoires de jeunes

Mission Locale de la Creuse

Marc

Marc est venu s'inscrire à la Mission Locale à l'âge de 17 ans. Il était scolarisé en ITEP et est sorti de l'institut à ses 15 ans. Lors de son inscription à la Mission Locale, Marc était accompagné par un organisme creusois visant à mettre en place des actions éducatives auprès de la jeunesse et des familles.

A son arrivée à la Mission Locale, Marc souhaitait travailler un projet professionnel en direction du métier d'agent d'entretien des espaces verts et trouver un apprentissage. Pour l'accompagner dans ce projet, nous lui avons proposé des rendez-vous individuels et actions collectives. Au début, Marc rencontrait des difficultés à s'intégrer aux groupes. Il avait du mal à rester concentré et à s'ouvrir aux autres. Il n'avait aucun échange avec les membres du groupe et ne souhaitait pas intervenir. Au fur et à mesure, Marc est parvenu à surmonter ses difficultés. Marc appréciait davantage les ateliers collectifs et parvenait à s'intégrer au groupe. Au vu de cette évolution, Marc a été orienté vers une formation de remobilisation. Cette formation durait deux mois et avait pour objectif d'aider les usagers à se remobiliser et à travailler sur leur projet professionnel. Marc a intégré la formation et sa mère le véhiculait quotidiennement. En effet, Marc habitait dans un lieu peu desservi par les transports en commun. Le bilan de la formation a été mitigé. Pour Marc, le bilan était plutôt positif. En effet, il a apprécié le fait d'avoir une activité, d'être en groupe, de travailler sur son projet et de réaliser un stage (au sein d'un EHPAD sur un poste d'agent d'entretien du bâtiment). Toutefois, du côté du centre de formation, les avis ont été plus négatifs. En effet, les relations avec l'une des formatrices étaient difficiles et Marc avait du mal à accepter les remarques. Il a notamment menacé une fois une formatrice quand elle a voulu toucher à son ordinateur pour l'aider dans ses démarches. De plus, dès que Marc était contrarié, il ne souhaitait plus s'investir dans ses démarches et se mettait par exemple à dessiner (dessins morbides). Concernant sa période d'immersion, bien que Marc ait été assidu et qu'il ait montré de l'intérêt pour l'activité, il a été noté qu'il devait davantage prendre en compte les remarques et conseils qui pouvaient lui être apportés.

Au vu du bilan de la formation, il a été convenu que Marc devait davantage travailler son projet professionnel de manière individuelle. Marc a poursuivi les actions collectives mais plutôt en lien avec des chantiers participatifs proposés par la Mission Locale. Il a notamment été construire un mur en pierres sèches pendant plusieurs jours et a participé à une activité "Land Art". Marc apprécie ces activités et peut être moteur pour le groupe.

Concernant son projet professionnel, il est assez difficile de mobiliser Marc. Nous avons convenu avec lui de travailler sur deux pistes principales : poursuivre les actions de groupe avec la Mission Locale et réaliser des périodes de stage. Nous avons échangé avec lui et la Maison Départementale des Personnes Handicapées sur la possibilité d'effectuer une MISPE (période d'immersion en ESAT). En effet, les difficultés de concentration que Marc peut parfois rencontrer et le fait qu'il ne prenne

pas toujours en compte les remarques de personnes extérieures peuvent le freiner dans son insertion en milieu ordinaire. Marc fonctionnant parfois à l'affecte.

Finalement, à l'issu d'un chantier participatif, Marc a rencontré un employeur qui lui a proposé une mission de service civique. Marc a débuté la mission mais a été contraint de l'arrêter quinze jours après suite à des soucis de santé. Marc a dû être hospitalisé durant plusieurs semaines.

Durant son hospitalisation, nous avons gardé contact avec Marc par téléphone afin de maintenir le lien. A sa sortie, Marc a repris rendez-vous à la Mission Locale et un accompagnement par l'hôpital de jour s'est mis en place en complément de celui de la Mission Locale. Marc n'a pas réellement adhéré et a préféré poursuivre les actions avec la Mission Locale.

Un accompagnement Mission Locale a été bénéfique pour Marc car il a pu renouveler son dossier auprès de la MDPH et perçoit désormais une allocation adulte handicapé. Cela lui a notamment permis de faire des démarches pour la prise d'un logement autonome. Marc vit désormais en ville, ce qui lui permet d'être plus autonome dans ses démarches. Il vit seul et parvient à gérer son quotidien. Marc a également obtenu son permis B. Les ateliers avec la Mission Locale lui ont permis de recréer du lien social, ce qui était l'objectif principal à son arrivée

Mission Locale de la Creuse Quentin

Quentin s'est présenté pour la première fois à la Mission Locale de la Creuse le 25/01/2012, à l'âge de 17 ans, porteur d'une demande d'insertion professionnelle.

Il a accédé très rapidement à l'emploi sous forme d'apprentissage dans le domaine du bâtiment, mais cette expérience a été tout aussi rapidement interrompue, sans que le motif ne soit clairement identifié par la Mission Locale.

Quentin a de nouveau accepté un contrat d'apprentissage dans le domaine du bâtiment du 03/09/2012 au 30/04/2014, qui ne lui a pas permis de valider le titre (rupture conventionnelle quelques semaines avant le terme).

De mars 2012 à la signature du second contrat d'apprentissage, puis de la fin ce contrat jusqu'au début de l'année 2015, des rendez-vous lui ont été proposés par la Mission Locale auxquels Quentin ne se présentait pratiquement jamais.

C'est à partir de 2015 qu'un nouvel accompagnement a pu se mettre en place, avec des rendez-vous assez réguliers (plusieurs par mois) et auxquels Quentin se présentait le plus souvent.

Quentin est entré en Garantie Jeunes le 30/12/2015, avec pour projet de travailler dans le bâtiment, en étant ouvert sur la possibilité d'une formation qualifiante dans ce domaine.

Quentin a alors exprimé peu à peu une problématique de santé avec nécessité de soins, en interrogeant tout particulièrement la possibilité d'une articulation de ses soins avec la Garantie Jeunes (dispositif Garantie Jeunes expérimental car antérieur au 01/01/2017).

Il est apparu que la sécurisation que lui permettait l'allocation mensuelle, a, à la fois, permit qu'il exprime peu à peu ce besoin de soins, et ensuite, qu'il le mette en place. L'aspect financier semblant faire partie de sa problématique de soin.

En parallèle, le projet professionnel a évolué vers une formation qualifiante dans le domaine logistique et une formation dans ce domaine a été mise en place.

Ce n'est qu'après que Quentin ait obtenu, à plusieurs reprises, et de tous les interlocuteurs concernés, l'assurance que l'allocation Garantie Jeunes lui serait versée même en cas d'hospitalisation, et qu'il pourrait réintégrer dès que son état de santé le lui permettrait la formation qualifiante (sécurisant ainsi son avenir financier) qu'il a accepté d'aller vers le soin, été 2016.

Pour autant, le lien avec la Mission Locale n'a pas été rompu. En effet, Quentin continuait à bénéficier de l'allocation Garantie Jeunes par décision de renouvellement pour 6 mois du dispositif décidé par la Commission Garantie Jeunes du 19/12/2016 dans le cadre de la Garantie Jeunes expérimentale (antérieure au 01/01/2017). Quentin téléphonait alors

Jusqu'à plusieurs fois par jour à la Mission Locale pour avoir l'assurance de ce qu'il continuait à bénéficier de la Garantie Jeunes et qu'il pourrait réintégrer la formation qualifiante dès qu'il y serait prêt.

La Mission Locale a été informée fin 2016 que Quentin avait une Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé et qu'il allait être bénéficiaire de L'Allocation Adulte Handicapé.

La Mission Locale n'a plus de réel contact avec Quentin depuis, même s'il n'a pas démissionné. De même, il est radié de Pôle-emploi depuis cette époque. Il n'apparaît pas comme anecdotique que les deux derniers contacts de Quentin avec la Mission Locales aient été la remise d'un nouveau RIB et une demande concernant le versement de l'allocation Garantie Jeunes.

Mission Locale des Hauts de Garonne Antoine

Antoine avait 23 ans 1/2 lors de son inscription chez nous. Il était hébergé chez sa mère et sans ressource.

Souhaitant s'orienter vers les métiers de l'informatique, nous l'avons positionné sur plusieurs actions pour valider ce projet, mais chaque fois ses soucis de santé l'ont conduit à les interrompre.

Il avait fait une demande de RQTH avant son inscription chez nous mais avait reçu une notification de refus (manque d'éléments médicaux). Nous l'avons alors orienté vers le médecin de la Maison Départementale de la Santé afin qu'Antoine puisse avoir un deuxième avis médical. Ce médecin étant spécialisé dans les demandes de RQTH, il a pu lui demander des analyses plus précises que son médecin généraliste et déposer un nouveau dossier, sur des éléments correspondant réellement à la gravité de son état de santé.

Antoine vivait mal ses problèmes de santé et avait déjà vu plusieurs psychologues mais sans succès. N'ayant connu que des mauvaises expériences, il ne voulait plus consulter. Sur nos conseils et celui du médecin de la Maison Départementale de la Santé, il a accepté de voir le psychologue du même service, lui aussi spécialisé dans les RQTH. Antoine était réticent au début mais a accepté de nous faire confiance. Il a entamé un suivi et a été très satisfait. Son moral est remonté et il a enfin pu se reconcentrer sur la construction de son projet professionnel.

Malheureusement toutes ces démarches ont pris du temps et nous avons dû passer le relai à ses 26 ans.

Mission Locale des Hauts de Garonne Damien

Le jeune est âgé de 22 ans. Il vit chez ses parents.

Il est titulaire du Diplôme National du Brevet série collège, du BAC scientifique et a suivi la 1^{ère} année de licence « Sciences de la vie de la terre et chimie ».

Il a pour projet de formation dresseur de chiens et en parallèle il veut travailler pour s'autofinancer la formation.

Suite à sa candidature à l'usine RER ice cream, il a été retenu et a suivi une formation préalable à l'embauche de 15 jours. Cependant, il n'a pas été gardé car il n'était pas assez rapide. Cette expérience a été vécue comme un échec et lui a fait perdre confiance en lui, il se dévalorise. Il a alors exprimé ses difficultés liées à la dyspraxie.

Puis, il m'a parlé de son opération : sleeve gastrectomie de 2016 et des conséquences sur son état physique et moral. Son état de santé était en voie de stabilisation.

Il devait intégrer la Garantie Jeunes mais son entrée a été repoussée à cause de sa santé.

En effet, il a été pris de douleurs très intenses et chroniques au niveau du coccyx. Il ne pouvait plus rester assis et ne pouvait plus rester longtemps dans une même position. Son médecin traitant lui a prescrit plusieurs examens mais il n'a pas eu d'explications concrètes. Afin de le soulager, un traitement morphinique a été administré et il a été augmenté progressivement car la douleur n'était pas calmée. Cette situation a duré des mois mais il souhaitait quand même continuer l'accompagnement mission locale. Les effets secondaires de ce traitement lui provoquaient des vertiges et des pertes de mémoire et il semblait aller de moins en moins bien.

Je lui ai conseillé de monter un dossier MDPH mais il avait la crainte que les employeurs soient réticents à l'embaucher. Je l'ai orienté vers l'antenne MDPH de Lormont afin de se renseigner et il a fait cette demande.

Il avait un suivi psychologique dans le cadre de la sleeve mais il exprimait que ce n'était pas suffisant. Par ailleurs, il a exprimé des problèmes relationnels avec son père qui ne prenait pas en compte son état de santé et pensait qu'il faisait de la « comédie ».

Il a évoqué qu'il avait des « idées noires ». Je lui ai proposé de le mettre en contact avec MDA33 ou le CPCT mais ces structures étaient fermées au mois d'août. J'ai donc contacté le CMP qui lui a conseillé d'aller au SECOP. Il n'a pas voulu y aller immédiatement. Je lui ai proposé de le mettre en contact avec l'AJHAG pour être accompagné, il voulait réfléchir.

Je l'ai recontacté le lendemain par téléphone et il s'est décidé à se rendre auprès du service d'urgence car il se sentait très mal.

Sa mère m'a contactée quelques jours après pour m'informer qu'il était hospitalisé. Il est resté plusieurs mois. J'ai pris des nouvelles régulièrement. Il est sorti et devait faire un essai dans un foyer médicalisé mais il semblait réticent.

Il a repris contact avec l'accueil de la Mission Locale et a fixé un RDV pour la semaine prochaine.

Mission Locale des Hauts de Garonne

Pierre

Le jeune a 20 ans. Il est entré dans le dispositif Garantie Jeunes en mars 2018, il a été suivi par une autre conseillère jusqu'au mois de juillet 2018. Lorsque cette conseillère est partie en juillet 2018, elle m'a informé que le jeune présentait de grosses difficultés personnelles, qu'il manquait beaucoup de confiance en lui, et que sa situation sociale était compliquée.

Il vit seul avec sa mère. Il n'a quasiment pas de contact avec son père et il a une grande sœur, qui travaille et a son propre logement. Sa mère ne travaille pas, et a une reconnaissance travailleur handicapée. Le jeune n'a jamais travaillé.

Dès le début de notre suivi, le jeune m'a informé qu'il manquait de confiance en lui, et qu'il pensait qu'il n'arriverait à rien et ne servait à rien. Il se dévalorise régulièrement et a beaucoup de mal à mettre en place des démarches. Il a déjà pleuré de nombreuses fois dans mon bureau, et s'énerve assez facilement.

Il est suivi par la MDA qui l'a orienté vers un psychanalyste. Il a réalisé un stage de deux semaines qui l'a remotivé, mais il a finalement abandonné ses démarches par la suite. Récemment, il ne m'a pas donné de nouvelles pendant deux semaines, et j'ai finalement dû contacter sa mère, qui m'a informé qu'il était resté enfermé dans sa chambre durant toute cette période.

Après discussion avec le jeune, je lui ai conseillé de prendre rendez-vous avec un psychiatre afin d'aborder la problématique sous un autre angle, tout en conservant son suivi avec le psychanalyste. En effet, insérer aujourd'hui ce jeune est très difficile car il ne se sent prêt ni pour l'emploi ni pour réaliser des stages.

Mission Locale des Hauts de Garonne

Vincent

Vincent âgé de 21 ans est entré en Garantie Jeunes en 2016/2017, dans le cadre de cet accompagnement renforcé, sa conseillère et lui ont vite repérés ses difficultés à travailler dans le monde de l'entreprise et donc en milieu ordinaire, grâce aux retours des employeurs.

Ainsi, en lien avec son médecin, un dossier à la MDPH a été réalisé pour demander une RQTH, celle-ci a été acceptée et Vincent a ainsi reçu sa notification et a pu comprendre et appréhender différemment son projet professionnel et d'insertion. En effet, sa notification l'oriente vers le milieu protégé ESAT. En lien avec sa conseillère plusieurs ESAT dans le secteur géographique de Vincent ont été identifiés. Il a visité ces structures, puis a réalisé un stage d'une semaine au sein de l'Esat Descartes. Le bilan de ce stage a été négatif et ne permet pas d'envisager pour Vincent une

intégration dans un Esat. En effet, les travailleurs sociaux et les soignants conseillent à Vincent de se diriger vers des structures médicalisées, étant actuellement trop éloigné de l'emploi. Ainsi une orientation vers un GEM, un hôpital de jour ou vers les ateliers de la tour de Gassi sont préconisés afin de ne pas mettre Vincent en difficulté. La problématique sous-jacente est la prise de conscience de Vincent qui n'est pas effective quant à ses troubles. Ainsi, l'accompagnement vers les structures médicalisées se fait progressivement afin que Vincent se confronte à la réalité et prenne conscience que pour l'instant, ses troubles ne lui permettent pas une activité professionnelle en milieu ordinaire et / ou protégé.

Concernant la scolarité de Vincent : il était en 3^{ème} segpa et a obtenu le Certificat de formation générale en 2013, il a ensuite intégré en 2014 un BEP de peinture en bâtiment, qu'il n'a ni obtenu, ni achevé au sein de l'Etablissement régional d'enseignement adapté Le Corbusier (Pessac).

Mission Locale des Territoires de Mourenx Oléron Orthez Marie

Jeune fille de 21 ans, célibataire hébergée par sa mère.

Cette jeune fille a été reçue pour la première fois par la mission locale en décembre 2015.

Suite à une problématique de logement (expulsion), elle a déménagé sur une autre ville mais sur le même territoire

Problématique santé :

Jeune fille en surcharge pondérale, restreinte dans ses mouvements et ses déplacements.

Accompagnement ML :

Au travers de l'accompagnement avec la mission locale, la problématique de santé a été abordée de plusieurs façons :

-Dans un premier temps, elle a été inscrite sur plusieurs ateliers santé bien-être, réalisés par un partenaire de la ML. L'objectif était de travailler autour de la nutrition par l'apport de conseils nutritionnels, le rapport au corps par un travail sur l'esthétique et les tenues vestimentaires, le soin du corps.

-Parallèlement, elle a pu bénéficier d'un bilan de santé avec la CPAM.

-Elle a enclenché également des démarches auprès de l'ensemble des professionnels compétents de santé.

Ce suivi médical de plus a abouti à la pose d'un anneau gastrique et à la mise en place d'un suivi psychologique.

Tout ce travail d'accompagnement sur la santé par le conseiller mission locale a permis de dynamiser cette jeune fille afin d'initier les étapes d'un projet professionnel qui n'a pu voir le jour parce que la jeune fille s'est mise dans une dynamique et a repris confiance en elle.

Les étapes du projet :

-Elle a participé à un chantier école propreté organisé par un partenaire local (financement Région) ce qui lui a permis d'obtenir un Titre professionnel agent(e) de propreté et d'hygiène.

-Elle a été orientée sur le dispositif Garantie Jeunes afin de stabiliser sa situation et trouver un emploi.

-Elle a été soutenue dans sa mobilité grâce à une aide financière dans le cadre de l'aide au permis Région Nouvelle-Aquitaine. Grâce à cela, elle a obtenu le code et elle finalise la conduite.

Elle est à ce jour en recherche d'emploi et sa problématique santé est prise en charge.

Mission Locale Parthenay et Gâtine

Anissa

Anissa, 20 ans, a été orientée par sa conseillère vers un rendez-vous avec la psychologue. Elle pleure beaucoup lors de cette première rencontre et se dit « débordée » par ses émotions. Elle a subi les moqueries à l'école par rapport à son physique et s'est repliée sur elle-même. Pas de relations sociales, ne se sent bien que dans la nature et/ou au contact des animaux. Elle vit chez ses parents. La relation est conflictuelle avec sa mère avec accès de violence. Pas d'échange avec son père. Au fil des rendez-vous, se construit une alliance thérapeutique avec la psychologue. Anissa va, peu à peu, percevoir l'épuisement de sa mère qui « porte » toute la famille et travaille de nuit. Elle va se rapprocher d'elle. Elle prend conscience qu'elle peut envisager s'éloigner du couple parental sans se sentir responsable s'il éclate.

Un contrat de service civique proposé par sa conseillère dans l'entretien d'un parc paysagé lui apporte beaucoup de confiance en elle et conforte son intérêt pour le travail à l'extérieur, dans la nature.

La psychologue va alors utiliser les ressources d'Anissa comme leviers thérapeutiques. Anissa va reprendre le dessin, en particulier d'animaux. Le dessin l'apaise et joue un rôle de médiation et suscite les félicitations de son entourage.

Elle accepte de suivre les modules d'agent de sécurité et une formation de maître-chien que lui propose sa conseillère.

Mission Locale Parthenay et Gâtine

Maël

Maël, 20 ans, est orienté vers la psychologue par sa conseillère. Il vit en couple depuis 6 ans et a 2 jeunes enfants. Maël se décrit comme un solitaire qui s'est replié sur lui depuis l'adolescence, période où il prenait soin de son père alcoolique : à 12 ans, il l'accompagnait aux réunions des Alcooliques Anonymes. Il l'a empêché de se suicider.

Le couple est endetté suite à une conduite d'achats compulsifs de son amie. Celle-ci contrôle ses sorties, ses rendez-vous. Elle a rencontré un professionnel du soin mais ne veut plus y retourner. Maël envisage de l'accompagner lors d'un deuxième rendez-vous, comme il l'a fait pour son père.

Maël a été encouragé par sa conseillère pour tenir les comptes de la famille. Elle lui a montré comment s'y prendre et il s'y tient.

Maël aimerait une vie tranquille. Il se sent plus vieux que son âge, a été adulte très tôt, trop tôt...

Des étapes intermédiaires seront nécessaires avant que Maël s'engage dans un projet professionnel. Cela nécessitera de s'appuyer sur des leviers thérapeutiques pour donner à Maël une nouvelle dynamique. Il sera également nécessaire de poursuivre le travail de collaboration entre sa conseillère et la psychologue.

Annexe 2

Détail de la constitution de l'IDH4

Les déterminants de la santé

Jusqu'au milieu du XXe siècle, l'état de santé des individus dépendait principalement de la propagation de maladies infectieuses (comme le choléra ou la tuberculose). Aujourd'hui, ce sont principalement des maladies chroniques qui affectent la santé de la population, maladies qui sont fortement corrélées aux conditions de vie et à l'environnement dans lequel chacun évolue. Pour promouvoir la santé, il faut donc agir sur les déterminants de la santé, qui sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999).

La santé d'une personne est ainsi d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. Il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale », en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent. *(Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale. INPES, Elus, Santé Publique & Territoires, Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé.)*

Le schéma ci-dessous présente un modèle de l'influence des déterminants de santé qui permet de voir comment les divers facteurs « impactant » la santé s'imbriquent dans de plus larges sphères de l'organisation sociale.



Source : Dahlgren G., Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity to Health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1992.

Méthodologie : L'IDH-4 est un indice qui se présente comme un nombre sans unité compris entre 0 (développement humain nul) et 1 (développement humain maximal).

Il est construit à partir de trois indicateurs qui sont normalisés à partir d'un taux plancher et d'un taux plafond, définis comme valeur minimale ou maximale observée au sein du territoire étudié. Les

indices dimensionnels calculés ont ensuite été agrégés en opérant une moyenne non pondérée des résultats obtenus.

La dimension santé est mesurée par un Indice Comparatif de Mortalité (ICM) sur une période de 3 ans (2011-2013). Ainsi, un ICM supérieur à la valeur 100 décrit une surmortalité tandis qu'un ICM inférieur à 100 rapporte une sous-mortalité par rapport au territoire de référence, la France hexagonale. La valeur de l'ICM est inversée lors de la construction de l'indice car elle souligne une dimension négative du territoire d'étude.

La dimension éducation est mesurée par le pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sortie du système scolaire diplômée d'au moins un certificat d'études primaires (CEP) en 2012.

Enfin la dimension niveau de vie est mesurée par les revenus disponibles médians par unité de consommation en 2013.

Le calcul de l'IDH étant normalisé sur les valeurs minimales et maximales, les valeurs de l'IDH-4 ne sont pas comparables entre les différents zonages d'études (régions, départements, EPCI).

L'indice de développement humain (IDH) a été créé par le Programme des Nations-Unis pour le Développement (PNUD) en 1990 pour évaluer le niveau de développement humain des pays du monde à partir de trois grandes dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie, à savoir la capacité à bénéficier d'une vie longue et saine, la capacité d'accès à l'éducation et aux connaissances et enfin la possibilité d'accéder aux ressources matérielles indispensables pour atteindre un niveau de vie décent.

L'IDH est difficilement calculable en-deçà de l'échelle régionale et sa pertinence pour évaluer des disparités infrarégionales est limitée. Différentes équipes ont donc cherché à concevoir un IDH territorialisé permettant de mettre en évidence des possibles contrastes infrarégionaux. Dans cette étude, il a été décidé d'utiliser l'IDH-4, qui s'inscrit avec plusieurs indicateurs du même type (IDH-2, IDH-3, IPH-2) dans une compréhension socio-sanitaire du territoire¹.

L'indice a fait ses preuves dans diverses régions de France et représente un bon instrument pour appréhender les inégalités socio-économiques, et également de santé, à de fines échelles. En synthétisant plusieurs informations et dimensions sur un territoire, l'IDH-4 peut ainsi être un outil stratégique de sensibilisation et d'observation d'un territoire en comparaison à d'autres territoires. Il peut également permettre d'engager des débats sur les enjeux politiques et les orientations futures à développer.

Les éléments ci-dessus sont extraits de l'étude de l'ORS intitulée : les EPCI, des territoires d'action pour une santé durable, de juin 2017.

Association Régionale des Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine
102 Avenue de Canéjan | 33600 Pessac | 05 57 81 76 50
contact@arml-nouvelleaquitaine.fr | www.arml-na.fr

