



62 boulevard Garibaldi 75015 PARIS
Tél 01 56 58 52 40

ORS de Bretagne,
Midi-Pyrénées
et Nord-Pas-de-Calais

Visites médicales destinées aux jeunes suivis par les missions locales

Collection "Les études du réseau des ORS"



Décembre 2003

Sommaire

Avant-propos	3
Introduction	7
1 - Enquête nationale	11
1.1 - Volet santé dans les missions locales et PAIO	13
1.2 - Lieux de réalisation des visites médicales et des bilans de santé	21
1.3 - Organisation des visites médicales et des bilans de santé	27
1.4 - Jeunes ayant bénéficié d'une visite médicale ou d'un bilan de santé	43
1.5 - Les suites données aux visites médicales et aux bilans de santé	53
1.6 - Le financement des visites médicales et des bilans de santé	61
1.7 - Le point de vue des missions locales et des PAIO	67
2 – Analyse de la situation dans 3 régions	71
2.1 - Bretagne	72
2.2 - Midi-Pyrénées	89
2.3 - Nord-Pas-de-Calais	100
2.4 - Synthèse et conclusion	111
Annexes	115
Tableaux complémentaires de l'enquête nationale	116
Questionnaire de l'enquête nationale	120
Grille d'entretien (analyse 3 régions)	124
Glossaire	131

Ce rapport a été élaboré par :

- ORS Bretagne : Dr Isabelle Tron
- ORS Midi-Pyrénées : Dr Françoise Cayla, Maïté Delarue
- ORS Nord-Pas-de-Calais : Marielle Rengot
- Fnors : Charline Boulay, Danièle Fontaine

Avant-propos

Le contexte

Il existe depuis 1985 un dispositif de visites médicales destinées aux jeunes des missions locales et des permanences d'accueil d'information et d'orientation (PAIO), stagiaires de la formation professionnelle (circulaire n° 49 du 19 juillet 1993 du ministère des affaires sociales, et circulaire n° 38 du 9 juin 1994 du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle). Ces visites médicales devaient permettre de repérer les inaptitudes à certains métiers et, en conséquence, orienter les jeunes vers des filières de formation.

A cet effet, la délégation à la formation professionnelle attribuait des crédits à la direction générale de la santé qui les subdéléguait aux Ddass. La décentralisation du dispositif au profit des conseils régionaux a réactualisé le débat sur l'utilisation de ces crédits depuis 1994.

Bien que les objectifs de ces visites, mises en place selon différentes modalités par les missions locales, aient eu une visée professionnelle, il n'en demeure pas moins que certaines structures d'insertion et leurs partenaires ont privilégié des objectifs plus généralistes notamment de prévention et d'accès aux soins d'une population jeune en difficulté d'insertion.

Les enjeux

Parler des visites médicales renvoie à des questions plus globales de société, de santé publique, de programmes, et à des questions de lutte contre les inégalités, les difficultés d'insertion, la précarité, l'exclusion, en vue de permettre l'accès aux droits et aux services de droit commun, à l'insertion sociale et professionnelle.

L'objet des visites médicales est aussi de mettre en lumière ce qui peut être fait pour que la santé des jeunes ne constitue pas un obstacle à l'insertion sociale et professionnelle qu'ils souhaitent.

La décentralisation de la formation professionnelle d'une part, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins d'autre part, ou encore les mesures nationales prises en faveur des personnes en situation précaire, et tout particulièrement des jeunes, ont conduit la DGS, la DGAS, la DIJJ, la DSS, la DGEFP, la Cnamts et la MSA à reconsidérer ce dispositif de visite médicales au regard des réponses de droit commun qui existent localement et des situations et besoins des jeunes, en insistant sur la place de leur demande, de leur liberté de choix, sur le sens des réponses qui leur sont données. Ont-elles suffisamment de lisibilité pour les jeunes et les partenaires qui les accueillent ?

Les partenaires nationaux ont eu le souhait de faire une étude des dispositifs d'examens de santé mobilisés par les missions locales, afin d'améliorer l'existant ou de susciter une offre adéquate en cas de carence.

Cette étude visait donc à préciser les modalités de mise en œuvre des visites médicales dans l'ensemble des autres actions qui concourent à répondre aux besoins des jeunes, en fonction des différentes spécificités des services et des ressources existantes.

L'objectif était ensuite d'élaborer, à destination des partenaires locaux concernés, un cahier des charges des examens de santé.

Les partenaires de ce projet d'étude replacent l'intérêt de la démarche dans le cadre des politiques de santé concernant les jeunes et dans l'esprit des programmes de santé publique pour les jeunes en difficulté prévus par le programme d'actions contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Les missions locales, en contact avec plus d'un million de jeunes chaque année, sont des interlocuteurs importants dans l'articulation partenariale nécessaire pour répondre aux jeunes dans le cadre strict du droit commun, et dans le souci permanent de ne pas stigmatiser par des dispositifs spécifiques.

Cette étude a donc eu pour objectif :

- d'estimer le nombre de jeunes concernés par de tels examens ;
- d'apprécier l'implication des collectivités territoriales et autres partenaires (CPAM, MSA, Mutuelles, médecins libéraux...) dans la logistique ou le financement des examens de santé pour les jeunes accueillis en mission locale et PAIO ;
- de repérer les moyens, les partenaires, les étapes, les financements, le cahier des charges retenu par les missions locales pour ces examens, en précisant le rôle de chaque professionnel dans l'amont, l'examen lui-même, l'aval et les financements engagés pour ces bilans ;
- de repérer les difficultés :
 - locales, territoriales pour accéder à ces examens et aux soins qui en découlent (dispersion des jeunes sur le territoire, carence de service ou de professionnel, problème de transport, problème de formation...)

- particulières aux jeunes et à leur famille (réticences face à la santé, aux soins, aux formalités administratives, méfiance face aux professionnels, incompréhension de dispositifs peu lisibles...);

- d'identifier les compétences et savoir-faire des partenaires dans ce domaine.

Cette étude doit ainsi permettre l'élaboration d'un cahier des charges à destination des partenaires locaux concernés pour améliorer les dispositifs de droit commun pour les jeunes 16-25 ans en insertion.

Introduction

Contexte et objectif

Les services de l'Etat (DGS, DIIJ, DGAS, DSS, DGEFP) et ceux de l'Assurance maladie (Cnamts, MSA) ont souhaité reconsidérer le dispositif des visites médicales proposées aux jeunes en situation de précarité, notamment dans le cadre de la mise en place de la CMU et des PRAPS.

Le dispositif actuel repose sur des visites médicales organisées par les missions locales et sur les dispositifs des CPAM, de la MSA, des centres municipaux...

Ces visites médicales ont une visée professionnelle, mais des objectifs plus généralistes ont été développés notamment de prévention et d'accès aux soins.

L'objectif des partenaires concernés est d'améliorer le dispositif actuel pour éviter les carences locales et pour faciliter l'articulation et la coordination entre les intervenants, afin d'apporter des réponses les plus adaptées aux situations diverses des jeunes, en termes d'orientation, d'accompagnement, d'accès aux soins.

Pour cela, les partenaires ont estimé qu'un repérage précis des jeunes concernés par ces visites médicales dans les régions et de leurs caractéristiques, des réponses proposées, des implications des divers partenaires, des difficultés existantes, est une nécessité avant d'élaborer un cahier des charges pour l'organisation future des visites médicales.

Appel d'offres et comité de pilotage

Un comité de pilotage, regroupant la DIIJ, la DGAS, la DGS, la DSS, la DFP, la Cnamts, la MSA, s'est réuni plusieurs fois depuis 2000 pour réfléchir sur le dispositif des visites médicales proposées aux jeunes suivis par les missions locales.

Ce comité a souhaité de faire un bilan de la situation dans ce domaine, et en avril 2002 un appel d'offres pour la réalisation d'une enquête auprès de toutes les missions locales et PAIO, sur ce dispositif a été lancé par la DIIJ, la DGAS et la DGS. Cette enquête devait être accompagnée d'une analyse plus approfondie de la situation dans trois régions choisies par les commanditaires : Bretagne, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais.

La Fnors a répondu à cet appel d'offres et sa proposition a été retenue en juin 2002. Les membres du comité de pilotage national ont été informés de ce choix par une lettre co-signée par, la DIIJ, la DGAS et la DGS. Ce comité a ensuite suivi les travaux menés par la Fnors et les ORS.

Méthode d'étude mise en œuvre par la Fnors

L'étude a comporté deux volets : un premier a concerné toutes les régions de France pour un repérage systématique et harmonisé, et un second a porté sur les trois régions signalées par la DIIJ (Bretagne, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais) pour une étude approfondie.

• 1^{er} volet : Repérage national

Ce volet, réalisé par la Fnors, a consisté en une enquête postale auprès de toutes les missions locales et PAIO.

Avant le lancement de l'enquête, un courrier co-signé par la DIIJ, la DGAS et la DGS a informé les partenaires régionaux : Drass, présidents des associations régionales des missions locales, conseil régional.

Le protocole d'enquête a été soumis au comité de pilotage nationale le 21 janvier 2003.

La DIIJ a fourni à la Fnors la liste actualisée des missions locales et PAIO.

La Fnors a lancé l'enquête postale début janvier 2003. Après plusieurs relances par courrier puis par téléphone, l'enquête a été considérée comme terminée sur le terrain le 1er juillet 2003.

Les ORS des trois régions qui ont fait ensuite l'analyse approfondie ont collaboré à ce volet d'enquête nationale en participant à l'élaboration du questionnaire et en le testant auprès de quelques missions locales de leurs régions.

Le questionnaire (cf annexe) a eu pour objet de recueillir des informations sur les points suivants :

* *Dispositif mis en place par la mission locale (ML) ou la PAIO pour les visites médicales*

- Objectif général voulu pour ces visites médicales
- Rôle de la ML ou de la PAIO dans ces visites médicales
- Caractère facultatif ou obligatoire des visites médicales
- Lieux de déroulement des visites médicales

* *Jeunes ayant eu une visite médicale en 2001*

- Nombre par sexe et âge
- Autres caractéristiques recueillies par la ML sur les jeunes : en formation, demandeur d'emploi...

* *Modalités de passation des visites médicales*

- Préparation
- Déroulement

* *Autres aspects*

- Suites des visites médicales
- Financement

• 2^e volet : Etude approfondie dans 3 régions : Bretagne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais

Pour la réalisation de ce volet, un comité de pilotage régional a été mis en place par la Drass, à la demande du Ministère de la santé.

Comme la Fnors l'avait défini dans sa proposition d'étude, l'analyse approfondie a été menée par les ORS des trois régions concernées, qui ont travaillé en réseau, selon un protocole commun.

Ce volet a consisté en la réalisation d'une douzaine d'entretiens dans chaque régions auprès de partenaires similaires et selon une grille d'entretien commune.

Ces partenaires régionaux, départementaux et locaux ont été :

- le conseil régional,
- les Drass ou Ddass
- l'Urcam,
- la MSA
- un ou deux conseils généraux,
- une ou deux CPAM,
- un centre d'examens de santé, ou équivalent,
- l'association régionale des missions locales.

Cette liste a été adaptée en fonction des circonstances locales et de la disponibilité de ces partenaires, et aussi selon les avis du comité de pilotage régional.

Une grille d'entretien (cf annexe) a été élaborée par les trois ORS et soumise au comité de pilotage national et aux comités régionaux. Elle a eu pour objet de recueillir des

informations sur l'implication des partenaires dans le domaine de l'insertion et de la santé des jeunes, comme par exemple :

- leur programme d'insertion des jeunes en situation de précarité et la place des questions de santé,
- leurs actions spécifiques dans le domaine de la santé pour l'insertion professionnelle des jeunes,
- leurs implications logistiques ou financières dans ce domaine,
- les relations contractuelles avec les missions locales pour les actions de santé.

Les entretiens se sont déroulés entre juin et octobre 2003.

• 1 •
**Enquête
nationale**

Il s'agit d'une enquête par questionnaire, envoyé par la poste, avec un courrier explicatif, à toutes les missions locales et PAIO identifiées par la DIJJ en janvier 2003.

Le questionnaire a été élaboré par la Fnors, en collaboration avec les trois ORS qui ont mené l'analyse approfondie et avec les représentants de la DIJJ, de la DGAS et de la DGS. Il a été validé par le comité de pilotage national.

L'enquête lancée le 5 mars 2003, a fait l'objet d'une première relance par voie postale le 2 avril, puis une deuxième le 23 avril. Enfin, les structures encore non répondantes ont ensuite été contactées par téléphone entre le 4 et le 6 juin 2003.

Le taux de réponse a été satisfaisant puisqu'il est de 93 %. L'adhésion à l'enquête a été bonne et les réactions des structures enquêtées portaient sur l'interprétation de certaines questions, ou des demandes de délai pour répondre.

La Fnors a considéré que l'enquête était close le 1er juillet 2003, et le travail d'analyse des résultats a été mené pendant l'été 2003.

Les résultats analysés dans ce rapport portent sur 391 missions locales et 162 PAIO, et sont présentés par région.

Les pourcentages ont été calculés sur l'ensemble des réponses obtenues aux questions et non pas sur le nombre de structures répondantes. Il ne semblait pas pertinent de faire une analyse par structure répondante puisque certains questionnaires étaient incomplets et que certaines questions étaient partiellement renseignées.

Tableau 1 - Taux de réponse à l'enquête auprès des missions locales et des PAIO

	Nombre de réponses missions locales	Nombre de missions locales	Taux de réponse des missions locales (%)	Nombre de réponses PAIO	Nombre de PAIO	Taux de réponse des PAIO (%)	Nombre total de réponses	Nombre total de structures	Taux de réponse global (%)
Alsace	9	9	100,0	4	5	80,0	13	14	92,86
Aquitaine	18	21	85,7	10	12	83,3	28	33	84,85
Auvergne	13	13	100,0	3	3	100,0	16	16	100,00
Basse-Normandie	8	8	100,0	7	8	87,5	15	16	93,75
Bourgogne	14	14	100,0	3	3	100,0	17	17	100,00
Bretagne	17	17	100,0	0	0		17	17	100,00
Centre	11	12	91,7	13	16	81,3	24	28	85,71
Champagne-Ardenne	8	8	100,0	10	10	100,0	18	18	100,00
Corse	3	3	100,0	2	2	100,0	5	5	100,00
Franche-Comté	8	8	100,0	7	7	100,0	15	15	100,00
Guadeloupe	1	1	100,0	0	0		1	1	100,00
Guyane	1	1	100,0	0	0		1	1	100,00
Haute-Normandie	7	7	100,0	6	7	85,7	13	14	92,86
Ile-de-France	72	80	90,0	7	8	87,5	79	88	89,77
Languedoc-Roussillon	14	14	100,0	14	15	93,3	28	29	96,55
Limousin	5	5	100,0	1	1	100,0	6	6	100,00
Lorraine	15	17	88,2	5	5	100,0	20	22	90,91
Martinique	2	2	100,0	6	7	85,7	8	9	88,89
Midi-Pyrénées	10	11	90,9	0	0		10	11	90,91
Nord-Pas-de-Calais	22	26	84,6	0	4	0,0	22	30	73,33
Pays de la Loire	16	16	100,0	14	14	100,0	30	30	100,00
Picardie	14	14	100,0	3	3	100,0	17	17	100,00
Poitou-Charentes	10	9	111,1	15	16	93,8	25	25	100,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	27	29	93,1	4	6	66,7	31	35	88,57
Réunion	4	4	100,0	0	0		4	4	100,00
Rhône-Alpes	41	42	97,6	10	10	100,0	51	52	98,08
France entière	370	391	94,6	144	162	88,9	514	553	92,95

Source : Enquête Fnors 2003

1 - Volet santé dans les missions locales et PAIO

1.1 - Participation à l'enquête

L'enquête a porté sur les 391 missions locales et 162 PAIO existantes en janvier 2003. Parmi ces 553 structures, 514 ont répondu, soit 92,9 %. Le taux de réponses est plus élevé pour les missions locales que pour les PAIO : 94,6 % contre 88,9 %. Ces résultats sont en partie liés à la réorganisation administrative en cours pour les PAIO. En effet, d'ici la fin de l'année 2003, les PAIO devront disparaître, soit de façon définitive, soit en devenant des missions locales ou des antennes de missions locales. Leur participation à l'enquête a été perturbée par ces changements de statut, certaines d'entre elles ne sachant plus où se situer, et manquant parfois de temps ou d'informations pour compléter le questionnaire.

Parmi les 26 régions enquêtées, 13 enregistrent un taux de réponses de 100 %, 7 régions ont un taux variant entre 90 et 100 % et, 6 entre 70 et 90 % (tableau 1). Globalement, un tiers des régions a un taux de participation supérieur ou égal à la moyenne nationale (92,9 %).

Tableau 2 - Volet santé dans les missions locales et PAIO (en %)

Lecture : En Alsace 69,2 % des structures ont un volet santé.

	Existence d'un volet santé	Pas de volet santé
Alsace	69,2	30,8
Aquitaine	82,1	17,9
Auvergne	87,5	12,5
Basse-Normandie	86,7	13,3
Bourgogne	94,1	5,9
Bretagne	100,0	0,0
Centre	83,3	16,7
Champagne-Ardenne	83,3	16,7
Corse	80,0	20,0
Franche-Comté	53,3	46,7
Guadeloupe	100,0	0,0
Guyane	100,0	0,0
Haute-Normandie	84,6	15,4
Ile-de-France	92,4	7,6
Languedoc-Roussillon	60,7	39,3
Limousin	100,0	0,0
Lorraine	100,0	0,0
Martinique	87,5	12,5
Midi-Pyrénées	100,0	0,0
Nord-Pas-de-Calais	81,8	18,2
Pays de la Loire	100,0	0,0
Picardie	94,1	5,9
Poitou-Charentes	88,0	12,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	90,3	9,7
Réunion	100,0	0,0
Rhône-Alpes	88,2	11,8
France entière	87,0	13,0

Source : Enquête Fnors 2003

1.2 - Volet santé au sein des missions locales et des PAIO

Parmi les structures ayant répondu à l'enquête, 87,0 % ont déclaré avoir mis en place un volet santé parmi leurs activités (tableau 2). Les autres structures n'ont pas d'action de santé et ne proposent pas de visites médicales ni de bilans de santé.

Le volet santé se présente principalement sous la forme d'actions de prévention (20,6 %) et de visites médicales ou de bilans de santé (24,3 %). Viennent ensuite, dans de moindres proportions, l'accompagnement psychologique, l'aide aux démarches pour la couverture sociale et la mise à disposition d'un lieu ressource ou d'un espace santé.

Parmi les autres réponses citées par certaines structures figurent la formation de personnels, la mise en place d'ateliers (bien-être, sport...) et d'animations autour de la santé (forums, stages, groupes de parole...) et, l'orientation vers des bilans de santé ou des professionnels de santé.

Tableau 3 - Actions santé mises en place (en %)

Lecture : En Alsace les actions santé mises en place sont dans 12,5 % des cas des actions de prévention.

	Actions de prévention	Module éducation pour la santé	Accompagnement psychologique	Actions de couverture sociale et mutualisation	Visites médicales ou bilans de santé	Etudes sur la santé des jeunes	Lieu ressource espace santé	Autres
Alsace	12,5	4,2	8,3	16,7	37,5	4,2	16,7	0,0
Aquitaine	21,1	7,9	9,2	7,9	26,3	2,6	15,8	9,2
Auvergne	19,2	7,7	25,0	7,7	21,2	9,6	5,8	3,8
Basse-Normandie	25,0	3,1	25,0	9,4	25,0	6,3	6,3	0,0
Bourgogne	22,6	9,4	18,9	11,3	20,8	3,8	7,5	5,7
Bretagne	17,9	13,4	13,4	11,9	23,9	3,0	11,9	4,5
Centre	17,7	3,2	25,8	14,5	25,8	3,2	6,5	3,2
Champagne-Ardenne	19,3	3,5	12,3	17,5	26,3	3,5	14,0	3,5
Corse	16,7	0,0	0,0	16,7	50,0	0,0	16,7	0,0
Franche-Comté	15,4	11,5	26,9	7,7	23,1	0,0	3,8	11,5
Guadeloupe	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0
Guyane	33,3	0,0	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	35,5	6,5	16,1	6,5	22,6	0,0	9,7	3,2
Ile-de-France	20,0	5,3	17,0	15,1	25,7	2,6	11,3	3,0
Languedoc-Roussillon	29,4	2,9	29,4	11,8	2,9	2,9	17,6	2,9
Limousin	16,7	8,3	16,7	16,7	25,0	8,3	8,3	0,0
Lorraine	23,0	13,5	9,5	14,9	20,3	5,4	12,2	1,4
Martinique	18,2	4,5	22,7	13,6	27,3	4,5	4,5	4,5
Midi-Pyrénées	15,6	9,4	18,8	21,9	18,8	3,1	9,4	3,1
Nord-Pas-de-Calais	20,3	16,9	20,3	6,8	20,3	5,1	6,8	3,4
Pays de la Loire	20,0	7,3	17,3	16,4	22,7	2,7	11,8	1,8
Picardie	20,3	3,1	15,6	12,5	23,4	6,3	14,1	4,7
Poitou-Charentes	13,6	3,4	18,6	16,9	32,2	6,8	6,8	1,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17,9	12,8	10,3	12,8	34,6	2,6	9,0	0,0
Réunion	36,4	9,1	9,1	0,0	36,4	0,0	9,1	0,0
Rhône-Alpes	25,2	13,6	19,7	10,9	20,4	1,4	7,5	1,4
France entière	20,6	8,1	17,2	13,0	24,3	3,5	10,2	3,1

Source : Enquête Fnors 2003

Parmi l'ensemble des régions, 12 proposent des visites médicales ou des bilans de santé, 4 des actions de prévention, les autres régions n'ont pas de priorités dans le type d'actions menées et mettent en place plusieurs activités dans les mêmes proportions (tableau 3).

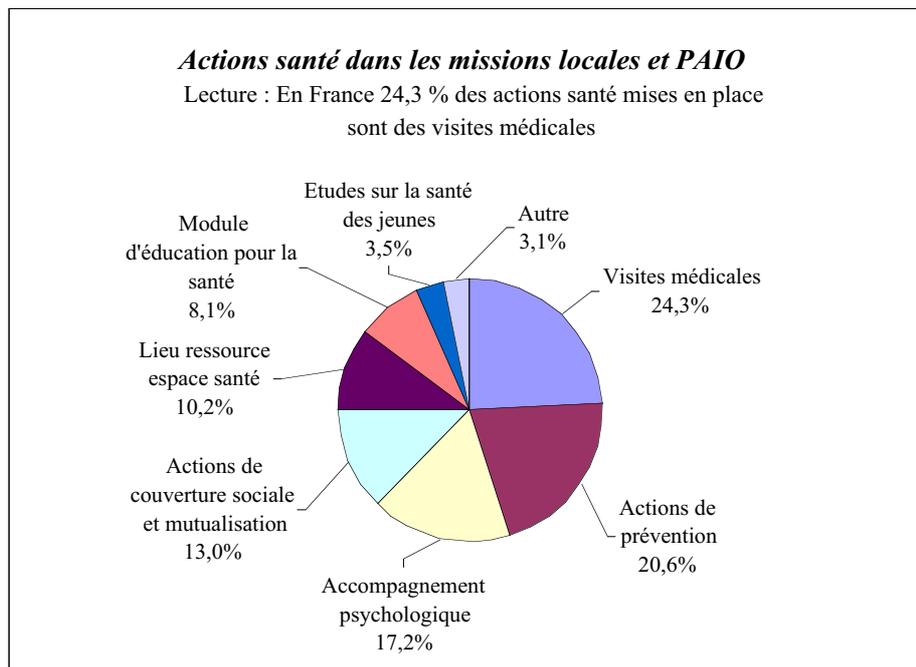
Pour 12 régions sur les 26, Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Picardie, Alsace, Pays de la Loire, Bretagne, Poitou-Charentes, Aquitaine, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse et Martinique, les visites médicales ou les bilans de santé sont la prestation qui arrive en premier lieu parmi les différentes actions de santé.

Dans 4 régions, Haute-Normandie, Bourgogne, Lorraine et Rhône-Alpes, ce sont les actions de prévention qui sont prioritaires.

Pour d'autres régions, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Guadeloupe, Guyane et Réunion, les visites médicales, les actions de prévention et l'accompagnement psychologique ont une fréquence équivalente.

Dans quelques cas, c'est l'accompagnement psychologique qui est l'activité prédominante, parfois avec les visites médicales (Auvergne, Centre, Franche-Comté) et parfois avec les actions de prévention (Languedoc-Roussillon).

Enfin, en Midi-Pyrénées, les actions de couverture sociale et de mutualisation sont les plus fréquentes.



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 4 - Principales attentes pour les visites médicales et les bilans de santé (en %)

Lecture : En Alsace les attentes mentionnées sont dans 25 % des cas une attente en matière de prévention.

	Prévention	Education à la santé	Repérage des situations à risque	Repérage de contre-indications médicales à certains métiers	Examen médical général	Orientation vers des soins	Dépistage	Vérification de l'état vaccinal	Autres
Alsace	25,0	8,3	16,7	8,3	20,8	12,5	8,3	0,0	0,0
Aquitaine	19,3	8,8	17,5	7,0	17,5	26,3	3,5	0,0	0,0
Auvergne	12,5	9,4	18,8	15,6	15,6	25,0	0,0	0,0	3,1
Basse-Normandie	19,2	7,7	7,7	30,8	11,5	15,4	3,8	3,8	0,0
Bourgogne	15,2	9,1	15,2	18,2	18,2	12,1	9,1	0,0	3,0
Bretagne	19,6	7,8	11,8	13,7	21,6	11,8	5,9	3,9	3,9
Centre	19,2	11,5	17,3	11,5	13,5	21,2	1,9	3,8	0,0
Champagne-Ardenne	15,9	6,8	22,7	20,5	15,9	15,9	0,0	2,3	0,0
Corse	11,1	22,2	11,1	11,1	11,1	22,2	11,1	0,0	0,0
Franche-Comté	5,9	11,8	11,8	23,5	17,6	23,5	5,9	0,0	0,0
Guadeloupe	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Guyane	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0
Haute-Normandie	18,2	4,5	22,7	13,6	9,1	22,7	0,0	9,1	0,0
Ile-de-France	20,5	6,5	7,4	14,4	20,5	22,3	2,8	5,6	0,0
Languedoc-Roussillon	20,0	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0	20,0	20,0	0,0
Limousin	0,0	5,6	22,2	33,3	16,7	16,7	0,0	5,6	0,0
Lorraine	15,6	15,6	11,1	20,0	8,9	24,4	4,4	0,0	0,0
Martinique	23,5	23,5	5,9	5,9	17,6	23,5	0,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	21,1	5,3	5,3	21,1	21,1	26,3	0,0	0,0	0,0
Nord-Pas-de-Calais	18,4	13,2	15,8	28,9	13,2	5,3	2,6	2,6	0,0
Pays de la Loire	18,4	14,5	11,8	13,2	19,7	19,7	2,6	0,0	0,0
Picardie	14,9	4,3	17,0	19,1	17,0	19,1	2,1	4,3	2,1
Poitou-Charentes	21,2	10,6	18,2	18,2	12,1	12,1	6,1	1,5	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11,9	8,3	9,5	23,8	19,0	17,9	4,8	3,6	1,2
Réunion	21,4	0,0	14,3	21,4	21,4	21,4	0,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	18,8	13,5	16,7	17,7	8,3	16,7	5,2	2,1	1,0
France entière	17,8	9,4	13,5	17,0	16,4	18,8	3,7	2,8	0,6

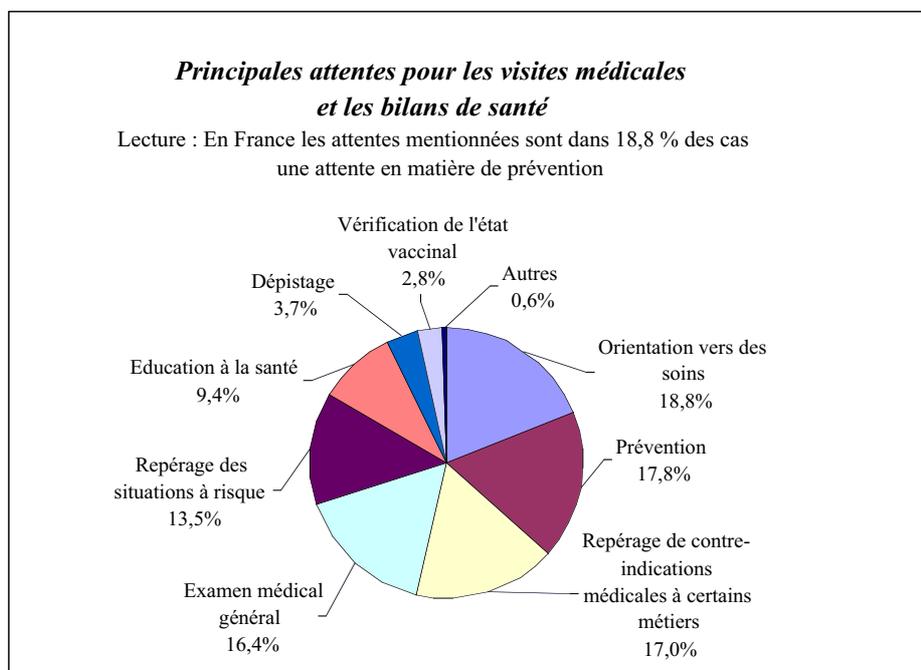
Source : Enquête Fnors 2003

1.3 - Les attentes des structures vis-à-vis des visites médicales et des bilans de santé

Selon les structures enquêtées, les visites médicales et les bilans de santé doivent, dans un premier temps, orienter les jeunes vers des organismes de soins, soit pour des besoins particuliers, soit pour prendre contact avec le milieu médical lorsque les jeunes sont sortis du système de soins. Les structures attendent également de ces visites qu'elles fassent de la prévention, qu'elles repèrent chez le jeune les contre-indications médicales liées au métier qu'il souhaite exercer, qu'elles réalisent un examen médical général et, dans une moindre mesure, qu'elles identifient les situations à risque.

Les résultats par région (tableau 4) montrent que plus de la moitié d'entre elles pensent que l'objectif principal des visites médicales et des bilans de santé est d'orienter les jeunes vers des soins. La deuxième attente, la plus fréquemment enregistrée (12 régions), est le repérage des contre-indications médicales liées à l'exercice d'un métier. En effet, les missions locales et les PAIO accueillent un grand nombre de jeunes afin de les aider à s'insérer professionnellement. Ces visites permettent donc de déceler chez certains d'entre eux des caractéristiques qui constituent des handicaps pour l'exercice du métier qu'ils ont choisi (problèmes de vue, de dos, vertige...).

Certaines structures ont également listé d'autres attentes telles que la vérification et l'ouverture aux droits à la Sécurité Sociale et à la CMU, la prise de contact avec le milieu médical et la mise en valeur de la santé.



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 5 - Lieux de réalisation des visites médicales en 2003 (en %)

Lecture : En Alsace les lieux de réalisation des visites sont des centres d'examens de santé CPAM dans 81,8 % des cas.

	Mission locale ou PAIO	Centre examens de santé CPAM	Centre de santé municipal ou mutualiste	Centre de médecine du travail	Espace santé local	Cabinet d'un médecin libéral	Hôpital	Autres
Alsace	0,0	81,8	9,1	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Aquitaine	0,0	90,9	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0
Auvergne	21,4	14,3	0,0	14,3	7,1	28,6	0,0	14,3
Basse-Normandie	0,0	18,2	0,0	36,4	0,0	9,1	0,0	36,4
Bourgogne	0,0	81,8	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	9,1
Bretagne	0,0	46,4	0,0	14,3	3,6	32,1	0,0	3,6
Centre	5,0	65,0	0,0	0,0	0,0	5,0	10,0	15,0
Champagne-Ardenne	26,3	63,2	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	5,3
Corse	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0
Franche-Comté	0,0	57,1	0,0	28,6	14,3	0,0	0,0	0,0
Guadeloupe	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guyane	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
Haute-Normandie	22,2	22,2	11,1	0,0	11,1	0,0	0,0	33,3
Ile-de-France	10,0	21,0	25,0	1,0	6,0	13,0	11,0	13,0
Languedoc-Roussillon	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Limousin	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lorraine	0,0	68,8	6,3	6,3	0,0	0,0	0,0	18,8
Martinique	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	42,9	0,0	42,9
Midi-Pyrénées	9,1	36,4	0,0	0,0	9,1	18,2	9,1	18,2
Nord-Pas-de-Calais	0,0	31,6	0,0	42,1	0,0	10,5	10,5	5,3
Pays de la Loire	2,8	41,7	0,0	11,1	0,0	22,2	5,6	16,7
Picardie	0,0	72,2	0,0	0,0	11,1	0,0	11,1	5,6
Poitou-Charentes	8,0	56,0	0,0	16,0	0,0	8,0	8,0	4,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6,3	56,3	9,4	6,3	3,1	12,5	0,0	6,3
Réunion	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	0,0	40,0
Rhône-Alpes	5,7	54,3	5,7	8,6	11,4	14,3	0,0	0,0
France entière	6,2	45,8	7,5	7,7	4,3	13,2	4,7	10,7

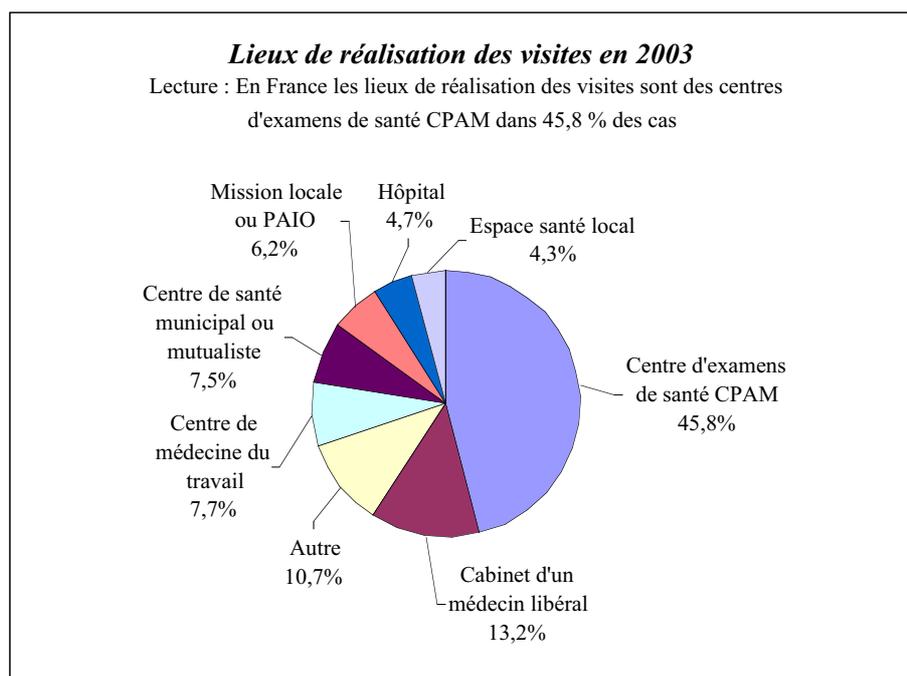
Source : Enquête Fnors 2003

2 - Lieux de réalisation des visites médicales et des bilans de santé

2.1 - Où se déroulent les visites médicales ?

Actuellement, 45,8 % des structures font appel aux centres d'examens de santé de la CPAM pour faire passer des visites médicales aux jeunes qu'ils accueillent. Dans une proportion beaucoup moins importante, les visites au cabinet d'un médecin libéral sont ensuite les plus citées (13,2 %).

Cependant, 10,7 % des structures ont ajouté d'autres lieux de visites non listés dans le questionnaire tels que les organismes de formation, divers centres médico-sociaux locaux, les centres des Instituts inter-régionaux pour la santé (IRSA), les Centres départementaux de prévention médicale (CDPM), les centres de médecine préventive et les caravanes mobiles en milieu rural.



Source : Enquête Fnors 2003

Au niveau régional, près des deux tiers des régions organisent habituellement leurs visites médicales avec les centres d'examens de santé de la CPAM.

Par contre, le Languedoc-Roussillon, la Guadeloupe et l'Ile-de-France choisissent généralement les centres de santé municipaux ou mutualistes, la Basse-Normandie et le Nord-Pas-de-Calais les centres de médecine du travail, l'Auvergne, la Martinique, la Guyane et la Réunion un médecin libéral à son cabinet (tableau 5).

Les lieux de visites les moins sollicités sont les espaces santé locaux et les hôpitaux.

Tableau 6 - Lieux de réalisation des visites médicales en 2001 (en %)

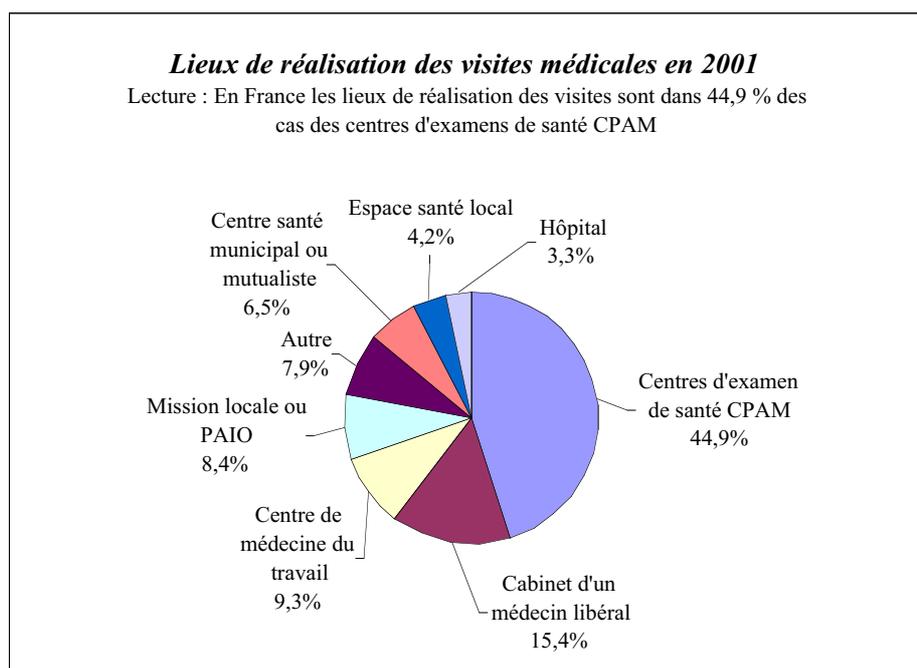
Lecture : En Alsace 100 % des lieux de réalisation des visites sont des centres d'examens de santé CPAM.

	Mission locale ou PAIO	Centre examens de santé CPAM	Centre de santé municipal ou mutualiste	Centre de médecine du travail	Espace santé local	Cabinet d'un médecin libéral	Hôpital	Autres
Alsace	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aquitaine	0,0	90,9	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0
Auvergne	42,9	28,6	0,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0,0
Basse-Normandie	0,0	0,0	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0	20,0
Bourgogne	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0
Bretagne	0,0	47,1	0,0	23,5	0,0	23,5	0,0	5,9
Centre	16,7	83,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Champagne-Ardenne	21,4	64,3	0,0	0,0	7,1	7,1	0,0	0,0
Corse								
Franche-Comté	0,0	50,0	0,0	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0
Guadeloupe								
Guyane								
Haute-Normandie	20,0	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0	0,0	40,0
Ile-de-France	11,4	27,3	18,2	2,3	6,8	20,5	4,5	9,1
Languedoc-Roussillon								
Limousin	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lorraine	0,0	75,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Martinique	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Midi-Pyrénées	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	40,0
Nord-Pas-de-Calais	0,0	22,2	0,0	44,4	0,0	11,1	11,1	11,1
Pays de la Loire	5,3	52,6	0,0	5,3	0,0	21,1	5,3	10,5
Picardie	0,0	87,5	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0
Poitou-Charentes	15,4	53,8	0,0	7,7	0,0	7,7	7,7	7,7
Provence-Alpes Côte-d'Azur	10,0	50,0	30,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0
Réunion	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
Rhône-Alpes	0,0	11,8	5,9	11,8	5,9	58,8	5,9	0,0
France entière	8,4	44,9	6,5	9,3	4,2	15,4	3,3	7,9

Source : Enquête Fnors 2003

La comparaison de ces résultats avec ceux de l'année 2001 (tableau 6), montre qu'il y a peu de changement dans la fréquence des visites médicales réalisées par les centres d'examens de santé CPAM (44,9 % en 2001 et 45,8 % en 2003). Cette tendance concerne 14 régions.

Il semblerait donc que ce mode de visites, déjà en place depuis plusieurs années, demeure le plus utilisé. La proportion des visites au cabinet d'un médecin libéral est légèrement supérieur en 2001, soit 15,4 % contre 13,2 % en 2003.



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 7 - Nombre visites médicales passées en 2001 selon les lieux de réalisation

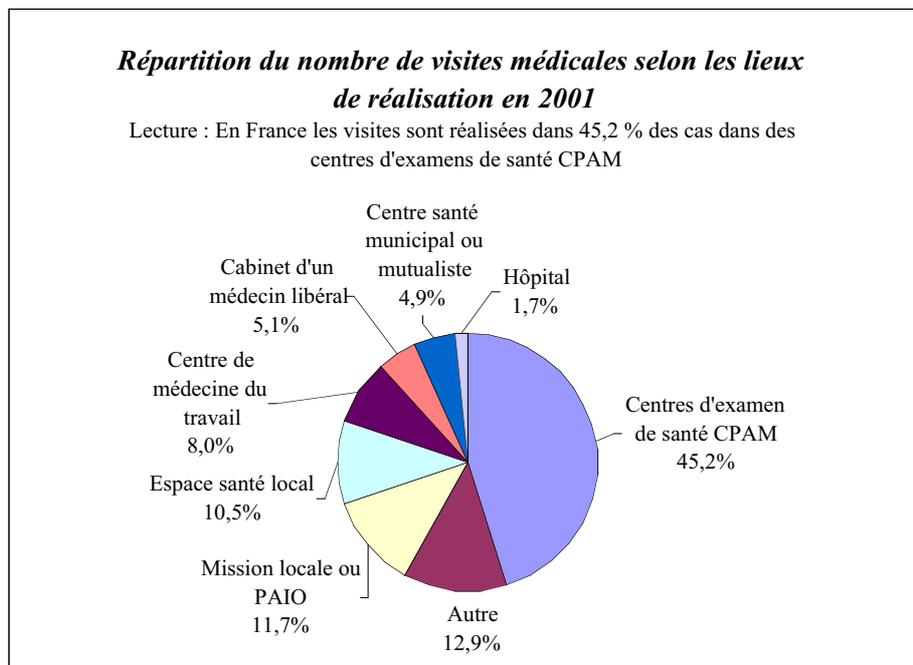
	Mission locale ou PAIO	Centre examens de santé CPAM	Centre de santé municipal ou mutualiste	Centre de médecine du travail	Espace santé local	Cabinet d'un médecin libéral	Hôpital	Autres	Total
Alsace		79							79
Aquitaine		389				3			392
Auvergne	104	144		170		40			458
Basse-Normandie				463				514	977
Bourgogne		590						60	650
Bretagne		1109		42		57		73	1281
Centre	32	581							613
Champagne-Ardenne	96	416			43	60			615
Corse									
Franche-Comté		157		17	150				324
Guadeloupe									
Guyane									
Haute-Normandie	48		130		153			86	417
Ile-de-France	516	224	285	7	210	192	169	49	1652
Languedoc-Roussillon									
Limousin		402							402
Lorraine		269	35	3					307
Martinique								273	273
Midi-Pyrénées	250	130					20	455	855
Nord-Pas-de-Calais		14		325		7	3	35	384
Pays de la Loire	257	576		18		52	12	45	960
Picardie		208			20				228
Poitou-Charentes	191	311		15		10	4	15	546
Provence-Alpes-Côte d'Azur	60	333	181		322				896
Réunion						2		117	119
Rhône-Alpes		71	17	9	499	259	11		866
France entière	1554	6003	648	1069	1397	682	219	1722	13294

Source : Enquête Fnors 2003

2.2 - Nombre de visites en 2001

Selon les réponses à l'enquête, 13 294 visites médicales ou bilans de santé ont été réalisés en 2001, pour les 214 structures ayant répondu à cette question, soit en moyenne 62 visites par structure. La plupart de ces visites (45,2 %) ont eu lieu dans les centres de santé CPAM. Viennent ensuite les visites réalisées dans les structures elles-mêmes, puis dans un espace-santé local et ensuite dans les centres de médecine du travail.

Les organismes de formation et les Instituts inter-régionaux pour la santé (IRSA) sont les deux organismes les plus cités pour la réalisation des visites en dehors de la liste de lieux proposée dans le questionnaire.



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 8 - Information des jeunes sur les visites médicales et bilans de santé (en %)

Lecture : En Alsace l'information des jeunes sur la visite médicale passe par un conseiller dans 21,1 % des cas.

	Conseiller ML ou PAIO	Référent santé de la ML ou PAIO	Réunion de sensibilisation avec des partenaires extérieurs	Organisme de formation	Foyers de jeunes travailleurs	Mairies	Travailleurs sociaux	Courrier aux familles	Autre
Alsace	21,1	5,3	15,8	47,4	0,0	5,3	5,3	0,0	0,0
Aquitaine	34,0	6,4	10,6	34,0	4,3	2,1	2,1	4,3	2,1
Auvergne	36,7	13,3	10,0	23,3	6,7	0,0	10,0	0,0	0,0
Basse-Normandie	35,3	5,9	17,6	41,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bourgogne	34,5	13,8	17,2	20,7	0,0	0,0	10,3	3,4	0,0
Bretagne	36,8	13,2	5,3	34,2	5,3	0,0	2,6	0,0	2,6
Centre	35,7	9,5	9,5	31,0	4,8	2,4	7,1	0,0	0,0
Champagne-Ardenne	39,4	15,2	18,2	21,2	0,0	0,0	0,0	6,1	0,0
Corse	60,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
Franche-Comté	30,8	7,7	23,1	30,8	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Guadeloupe	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guyane	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	41,2	11,8	11,8	35,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ile-de-France	47,8	16,2	8,1	12,5	2,9	0,7	6,6	0,0	5,1
Languedoc-Roussillon	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0
Limousin	35,3	5,9	11,8	35,3	0,0	0,0	11,8	0,0	0,0
Lorraine	32,5	7,5	12,5	27,5	5,0	0,0	7,5	5,0	2,5
Martinique	28,6	14,3	0,0	57,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	31,6	5,3	26,3	21,1	5,3	0,0	5,3	5,3	0,0
Nord-Pas-de-Calais	23,3	16,7	16,7	30,0	6,7	0,0	3,3	0,0	3,3
Pays de la Loire	40,4	17,5	1,8	33,3	0,0	0,0	3,5	0,0	3,5
Picardie	41,7	11,1	25,0	8,3	2,8	0,0	5,6	2,8	2,8
Poitou-Charentes	36,8	10,5	10,5	31,6	5,3	0,0	5,3	0,0	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	49,0	9,8	7,8	23,5	0,0	0,0	5,9	3,9	0,0
Réunion	50,0	12,5	12,5	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	38,0	15,5	9,9	25,4	1,4	0,0	5,6	0,0	4,2
France entière	38,8	12,3	11,3	25,6	2,7	0,5	5,3	1,4	2,1

Source : Enquête Fnors 2003

3 - Organisation des visites médicales et des bilans de santé

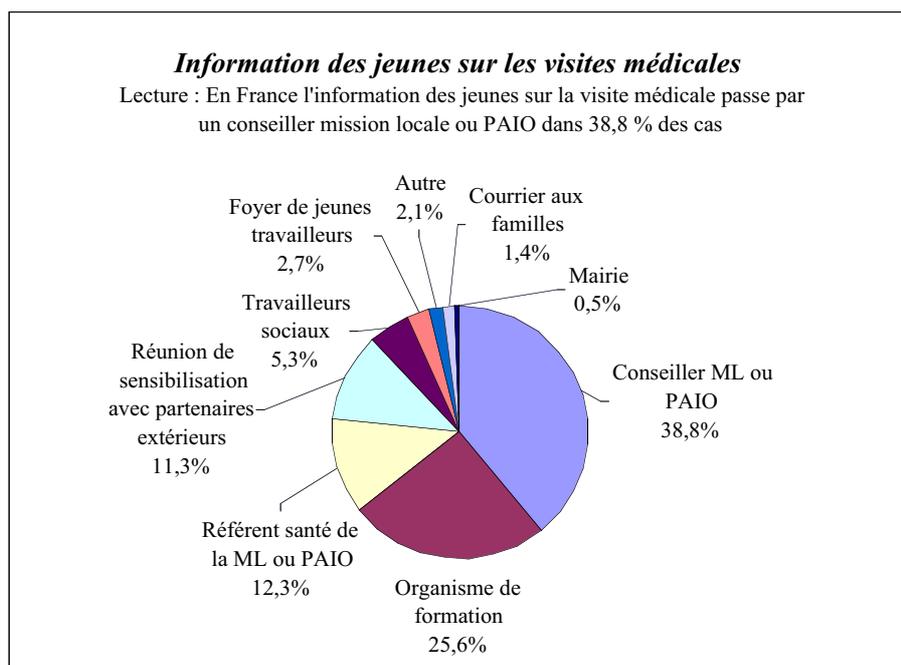
3.1 - Proposition aux jeunes de passer une visite médicale

Les jeunes sont informés de la possibilité de réaliser une visite médicale ou un bilan de santé par la mission locale ou la PAIO (38,8 %), par l'intermédiaire d'un organisme de formation (25,6 %), par le référent santé de la structure (12,3 %) ou lors d'une réunion de sensibilisation avec des partenaires extérieurs (11,3 %).

Certaines missions locales ou PAIO fonctionnent différemment en organisant des réunions d'information collectives sur ce sujet ou bien en mettant à disposition des jeunes des affiches et des plaquettes sur ce thème.

Sur l'ensemble des régions, 17 ont déclaré proposer aux jeunes de réaliser une visite médicale lors d'un entretien avec un conseiller de la structure. Les autres passent généralement par l'intermédiaire des organismes de formation comme l'Alsace, la Basse-Normandie, la Martinique et le Nord-Pas-de-Calais. L'Aquitaine, la Franche-Comté et le Limousin utilisent ces deux modes d'information dans des proportions équivalentes (tableau 8).

Concernant plus particulièrement les visites réalisées dans les centres d'exams de santé CPAM, les modes d'information mis en place suivent les mêmes tendances. Toutefois, les organismes de formation font plus fréquemment cette information (27,1 %) mais les conseillers mission locale ou PAIO un peu moins (36,0 %). En effet, les organismes de formation utilisent en général ces centres pour faire réaliser des bilans de santé.



Source : Enquête Fnors 2003

*Tableau 9 - Organisation d'une préparation à la visite médicale
ou au bilan de santé (en %)*

Lecture : En Alsace 61,5 % des structures organisent une préparation à la visite médicale.

	Préparation	Pas de préparation
Alsace	61,5	38,5
Aquitaine	50,0	50,0
Auvergne	43,8	56,3
Basse-Normandie	53,3	46,7
Bourgogne	64,7	35,3
Bretagne	58,8	41,2
Centre	33,3	66,7
Champagne-Ardenne	72,2	27,8
Corse	40,0	60,0
Franche-Comté	33,3	66,7
Guadeloupe	0,0	100,0
Guyane	100,0	0,0
Haute-Normandie	23,1	76,9
Ile-de-France	40,5	59,5
Languedoc-Roussillon	0,0	100,0
Limousin	50,0	50,0
Lorraine	60,0	40,0
Martinique	12,5	87,5
Midi-Pyrénées	30,0	70,0
Nord-Pas-de-Calais	50,0	50,0
Pays de la Loire	50,0	50,0
Picardie	82,4	17,6
Poitou-Charentes	48,0	52,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	41,9	58,1
Réunion	25,0	75,0
Rhône-Alpes	29,4	70,6
France entière	43,2	56,8

Source : Enquête Fnors 2003

3.2 - Préparation à la visite médicale ou au bilan de santé

La majorité des structures (56,8 %) ne proposent pas de préparation à la visite médicale ou au bilan de santé. Par contre, pour les visites réalisées dans les centres d'examens de santé CPAM, la préparation est plus fréquente, elle est mise en place dans 69,8 % des cas.

Sur l'ensemble des régions, 8 regroupent un grand nombre de structures organisant des réunions de préparation à la visite médicale : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Guyane, Lorraine et Picardie.

Par contre, 14 régions ont la tendance inverse, dont le Languedoc-Roussillon et la Guadeloupe qui ne font aucune préparation à la visite médicale.

L'Aquitaine, le Limousin, le Nord-Pas-de-Calais et les Pays de la Loire n'ont pas de tendance particulière (tableau 9).

Tableau 10 - Nombre de jeunes ayant suivi une préparation à la visite médicale ou au bilan de santé en 2001

	Nombre de structures ayant répondu	Nombre de jeunes préparés	Nombre moyen de jeunes préparés par structure
Alsace	2	206	103
Aquitaine	7	345	49
Auvergne	6	389	65
Basse-Normandie	3	698	233
Bourgogne	6	257	43
Bretagne	7	980	140
Centre	3	1655	552
Champagne-Ardenne	11	1039	94
Corse	0		
Franche-Comté	3	357	119
Guadeloupe ¹			
Guyane	0		
Haute-Normandie	2	276	138
Ile-de-France	13	760	58
Languedoc-Roussillon ¹			
Limousin	1	11	11
Lorraine	6	321	54
Martinique	1	500	500
Midi-Pyrénées	1	600	600
Nord-Pas-de-Calais	5	436	87
Pays de la Loire	9	525	58
Picardie	12	1278	107
Poitou-Charentes	6	570	95
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	378	189
Réunion	0		
Rhône-Alpes	5	693	139
France entière	111	12274	111

Source : Enquête Fnors 2003

¹ Régions n'organisant pas de préparation à la visite médicale

Nombre de jeunes ayant bénéficié de cette préparation

En 2001, 12 274 jeunes ont bénéficié d'une préparation à la visite médicale ou au bilan de santé dans les 21 régions ayant fourni cette information, soit 111 jeunes préparés en moyenne par structure (tableau 10).

Globalement, seulement la moitié des régions, qui ont déclaré organiser des préparations à la visite médicale, ont précisé le nombre exact de jeunes concernés. Les autres régions n'ont pas renseigné cette question.

Sur l'ensemble de la France, le nombre de jeunes ayant suivi cette préparation varie de 8 à 833 : 36 % des structures enregistrent moins de 50 jeunes préparés et 38 % entre 51 et 100. Peu de structures comptabilisent plus de 100 jeunes préparés.

Tableau 11 - Déroulement de la préparation à la visite médicale (en %)

Lecture : En Alsace la préparation à la visite médicale se fait sous forme de réunions collectives dans 28,6 % des cas.

	Entretien individuel	Réunion collective	Réunion santé ou module santé
Alsace	0,0	28,6	71,4
Aquitaine	0,0	85,7	14,3
Auvergne	40,0	20,0	40,0
Basse-Normandie	10,0	50,0	40,0
Bourgogne	43,8	50,0	6,3
Bretagne	25,0	75,0	0,0
Centre	50,0	30,0	20,0
Champagne-Ardenne	31,6	57,9	10,5
Corse	100,0	0,0	0,0
Franche-Comté	0,0	0,0	100,0
Guadeloupe ¹			
Guyane	100,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	0,0	75,0	25,0
Ile-de-France	72,2	11,1	16,7
Languedoc-Roussillon ¹			
Limousin	75,0	25,0	0,0
Lorraine	27,8	55,6	16,7
Martinique	33,3	33,3	33,3
Midi-Pyrénées	42,9	28,6	28,6
Nord-Pas-de-Calais	25,0	37,5	37,5
Pays de la Loire	19,0	57,1	23,8
Picardie	47,4	42,1	10,5
Poitou-Charentes	12,5	50,0	37,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	55,6	22,2	22,2
Réunion	0,0	100,0	0,0
Rhône-Alpes	28,6	19,0	52,4
France entière	35,3	40,1	24,6

Source : Enquête Fnors 2003

¹ Régions n'organisant pas de préparation à la visite médicale

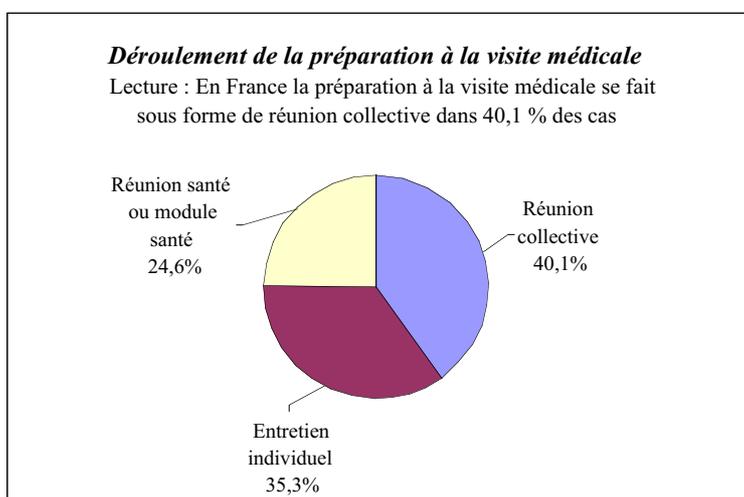
Déroulement de la préparation à la visite médicale ou au bilan de santé

La préparation se présente le plus fréquemment sous forme de réunions collectives consacrées uniquement au déroulement de la visite médicale ou du bilan de santé (40,1 %). Elle peut également être faite lors d'entretien individuel (35,3 %).

Selon les régions la préparation diffère (tableau 11) :

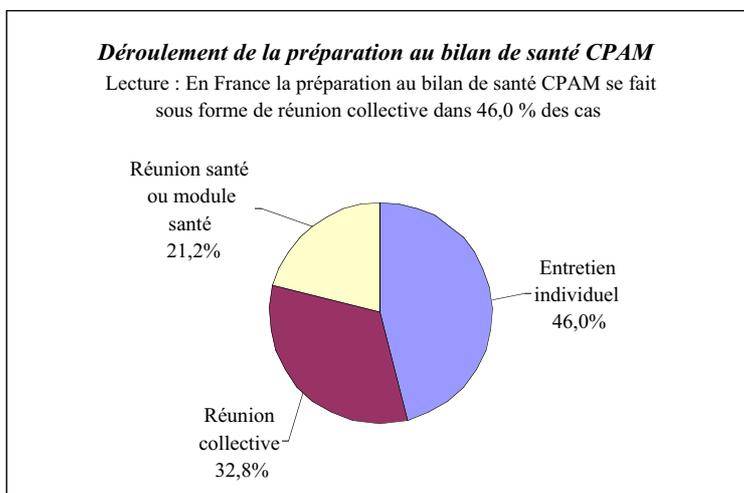
- dans 10 régions la réunion collective prédomine : Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Lorraine, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Réunion ;
- dans 8 régions c'est l'entretien individuel : Centre, Corse, Guyane, Ile-de-France, Limousin, Midi-Pyrénées, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- dans 3 régions seulement, la préparation en réunion ou en module santé est la plus importante : Alsace, Franche-Comté et Rhône-Alpes.

Dans les autres régions, plusieurs types de préparation ont des fréquences équivalentes.



Source : Enquête Fnors 2003

En ce qui concerne exclusivement les bilans de santé CPAM, la préparation est plus souvent réalisée sous forme de réunion collective (46,0 %) que par entretien individuel (32,8 %).



Source : Enquête Fnors 2003

*Tableau 12 - Nombre de réunions collectives consacrées
uniquement à la visite médicale en 2001*

	Nombre de structures ayant répondu	Nombre de réunions organisées	Nombre moyen de réunions par structure
Alsace	1	10	10
Aquitaine	8	112	14
Auvergne	2	19	10
Basse-Normandie	2	7	4
Bourgogne	5	40	8
Bretagne	4	37	9
Centre	1	10	10
Champagne-Ardenne	9	92	10
Corse ²			
Franche-Comté ²			
Guadeloupe ¹			
Guyane ²			
Haute-Normandie	2	18	9
Ile-de-France	3	70	23
Languedoc-Roussillon ¹			
Limousin	0		
Lorraine	4	20	5
Martinique	1	25	25
Midi-Pyrénées	2	78	39
Nord-Pas-de-Calais	1	3	3
Pays de la Loire	8	65	8
Picardie	5	32	6
Poitou-Charentes	5	38	8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	2	2
Réunion	0		
Rhône-Alpes	1	6	6
France entière	65	684	11

Source : Enquête Fnors 2003

¹ Régions n'organisant pas de préparation à la visite médicale

² Régions n'organisant pas de réunion collective consacrée à la visite médicale

Nombre de réunions organisées

♦ Réunions collectives

En 2001, 684 réunions collectives exclusivement consacrées à la visite médicale ou au bilan de santé ont été organisées en France, soit 10 réunions par structure en moyenne parmi les structures ayant donné cette information (tableau 12). Le nombre de réunions varie de 1 à 70 par structure, les trois quarts des structures ayant mis en place moins de 10 réunions.

Tableau 13 - Nombre de réunions santé ou de modules santé de préparation à la visite médicale ou au bilan de santé en 2001

	Nombre de structures ayant répondu	Nombre de réunions organisées	Nombre moyen de réunions par structure
Alsace	2	15	8
Aquitaine	1	10	10
Auvergne	2	12	6
Basse-Normandie	1	1	1
Bourgogne	1	11	11
Bretagne ²			
Centre	1	94	94
Champagne-Ardenne	2	50	25
Corse ²			
Franche-Comté	3	49	16
Guadeloupe ¹			
Guyane ²			
Haute-Normandie	1	21	21
Ile-de-France	1	10	10
Languedoc-Roussillon ¹			
Limousin ²			
Lorraine	1	2	2
Martinique	1	3	3
Midi-Pyrénées	1	8	8
Nord-Pas-de-Calais	3	29	10
Pays de la Loire	4	62	16
Picardie	2	8	4
Poitou-Charentes	3	50	17
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	12	6
Réunion ²			
Rhône-Alpes	4	173	43
France entière	36	620	17

Source : Enquête Fnors 2003

¹ Régions n'organisant pas de préparation à la visite médicale

² Régions n'organisant pas de réunion santé ou de module santé de préparation à la visite

◆ Réunion santé ou module santé

En 2001, 620 réunions ont été organisées dans le cadre d'une réunion santé ou d'un module santé pour préparer les jeunes à la visite médicale ou au bilan de santé (tableau 13). Cela fait en moyenne 17 réunions par structure répondante. Le nombre de réunions varie entre 1 et 94. Un peu plus de la moitié des structures ont réalisé moins de 10 réunions cette année-là.

Tableau 14 - Les intervenants lors de la préparation à la visite (en %)

Lecture : En Alsace 77,8 % des intervenants lors de la préparation à la visite sont des professionnels des centres d'examens de santé CPAM.

	Conseiller de la ML ou PAIO	Référent santé de la ML ou PAIO	Intervenant centre examens de santé CPAM	Autres intervenants
Alsace	0,0	0,0	77,8	22,2
Aquitaine	5,3	10,5	73,7	10,5
Auvergne	27,3	27,3	18,2	27,3
Basse-Normandie	9,1	9,1	45,5	36,4
Bourgogne	26,3	21,1	36,8	15,8
Bretagne	18,8	18,8	43,8	18,8
Centre	25,0	25,0	41,7	8,3
Champagne-Ardenne	21,1	36,8	42,1	0,0
Corse	50,0	0,0	0,0	50,0
Franche-Comté	0,0	0,0	42,9	57,1
Guadeloupe ¹				
Guyane	100,0	0,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	28,6	28,6	14,3	28,6
Ile-de-France	32,0	40,0	4,0	24,0
Languedoc-Roussillon ¹				
Limousin	66,7	0,0	33,3	0,0
Lorraine	22,2	33,3	33,3	11,1
Martinique	0,0	100,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	0,0	0,0	50,0	50,0
Nord-Pas-de-Calais	16,7	27,8	5,6	50,0
Pays de la Loire	8,3	33,3	33,3	25,0
Picardie	33,3	22,2	37,0	7,4
Poitou-Charentes	10,0	15,0	50,0	25,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45,0	20,0	20,0	15,0
Réunion	0,0	0,0	0,0	100,0
Rhône-Alpes	16,0	28,0	28,0	28,0
France entière	21,7	24,5	32,1	21,7

Source : Enquête Fnors 2003

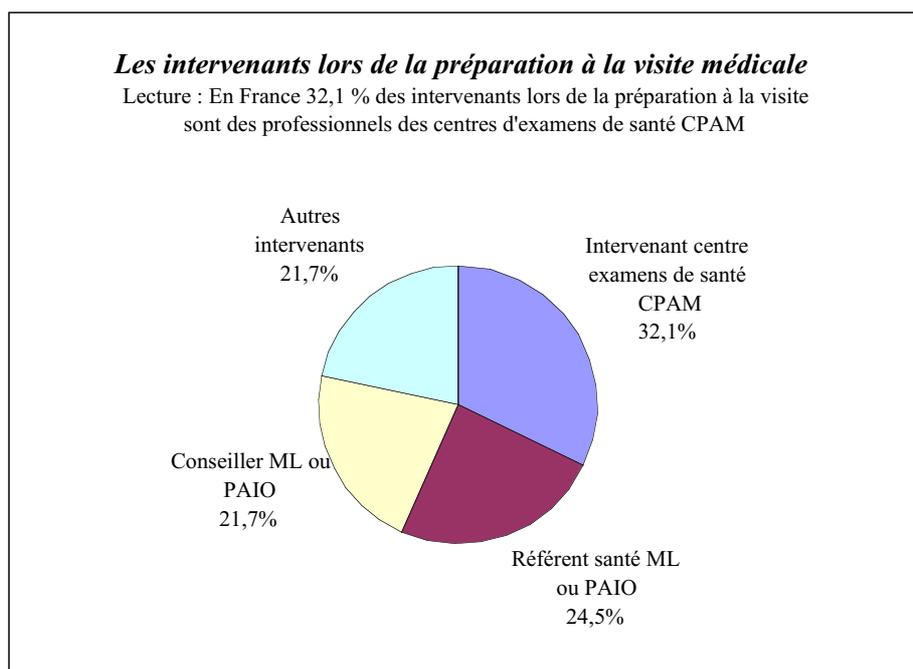
¹ Régions n'organisant pas de préparation à la visite médicale

Les intervenants lors de la préparation à la visite médicale ou au bilan de santé

Les intervenants les plus fréquents sont, dans 32,1 % des cas, des professionnels d'un centre d'examens de santé de la CPAM. Les visites sont, en majorité, réalisées au sein de ces centres c'est pourquoi cette proportion est élevée. Cette tendance se confirme au niveau régional puisqu'un tiers des régions font appel, le plus souvent, à ces intervenants pour présenter la visite médicale et le bilan de santé (tableau 14).

Ensuite, ce sont les personnels attachés à la mission locale ou à la PAIO qui sont les plus sollicités pour les préparations : le conseiller dans 21,7 % des cas et le référent santé dans 24,6 % des cas.

Les autres intervenants cités par certaines structures sont des médecins dont la plupart viennent de la médecine du travail (40,1 %), des formateurs d'organismes de formation (18,4 %), des infirmières, des psychologues, des associations diverses et des partenaires (CDPM, CODES...).



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 15 - Application d'un protocole médical ou d'un cahier des charges lors de la réalisation des visites hors bilans de santé CPAM (en %)

Lecture : En Alsace il n'existe pas de protocole médical dans 38,5 % des cas.

	Protocole	Pas de protocole	Non réponse
Alsace	0,0	38,5	61,5
Aquitaine	0,0	50,0	50,0
Auvergne	12,5	50,0	37,5
Basse-Normandie	13,3	13,3	73,3
Bourgogne	0,0	41,2	58,8
Bretagne	0,0	88,2	11,8
Centre	4,2	45,8	50,0
Champagne-Ardenne	11,1	66,7	22,2
Corse	20,0	0,0	80,0
Franche-Comté	13,3	20,0	66,7
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0
Guyane	100,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	0,0	46,2	53,8
Ile-de-France	13,9	63,3	22,8
Languedoc-Roussillon	0,0	3,6	96,4
Limousin	0,0	66,7	33,3
Lorraine	5,0	60,0	35,0
Martinique	0,0	25,0	75,0
Midi-Pyrénées	30,0	30,0	40,0
Nord-Pas-de-Calais	9,1	27,3	63,6
Pays de la Loire	6,7	56,7	36,7
Picardie	11,8	47,1	41,2
Poitou-Charentes	4,0	52,0	44,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6,5	67,7	25,8
Réunion	0,0	50,0	50,0
Rhône-Alpes	7,8	31,4	60,8
France entière	7,6	46,5	45,9

Source : Enquête Fnors 2003

3.3 - Application d'un protocole médical ou d'un cahier des charges lors des visites

En dehors des visites médicales faites dans les centres d'examens de santé CPAM (qui suivent toutes un protocole médical), seulement 7,6 % des structures disposent d'un protocole ou d'un cahier des charges à appliquer lors de la réalisation des visites (tableau 15).

Quant aux structures qui ont déclaré ne pas en avoir, elles sont aussi nombreuses que celles n'ayant pas répondu à la question, soit 46 %.

Tableau 16 - Jeunes bénéficiaires de la visite médicale ou du bilan de santé (en %)

Lecture : En Alsace les jeunes qui bénéficient d'une visite médicale sont dans 5 % des cas des jeunes entrant en processus d'insertion.

	Entrant en processus d'insertion	Entrant en formation non qualifiante	Entrant en formation qualifiante	Tout jeune demandeur d'emploi accueilli	Autres jeunes
Alsace	5,0	45,0	40,0	5,0	5,0
Aquitaine	18,6	37,2	25,6	11,6	7,0
Auvergne	29,6	33,3	18,5	14,8	3,7
Basse-Normandie	30,0	35,0	30,0	0,0	5,0
Bourgogne	23,3	23,3	23,3	23,3	6,7
Bretagne	23,9	30,4	21,7	19,6	4,3
Centre	21,6	27,5	25,5	15,7	9,8
Champagne-Ardenne	21,7	23,9	28,3	23,9	2,2
Corse	40,0	40,0	20,0	0,0	0,0
Franche-Comté	16,7	41,7	25,0	8,3	8,3
Guadeloupe	25,0	25,0	25,0	25,0	0,0
Guyane	25,0	25,0	25,0	25,0	0,0
Haute-Normandie	21,1	26,3	26,3	21,1	5,3
Ile-de-France	28,2	18,2	15,3	25,9	12,4
Languedoc-Roussillon	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0
Limousin	23,5	23,5	17,6	23,5	11,8
Lorraine	26,0	22,0	26,0	22,0	4,0
Martinique	7,7	38,5	38,5	15,4	0,0
Midi-Pyrénées	23,1	38,5	7,7	23,1	7,7
Nord-Pas-de-Calais	15,0	25,0	35,0	10,0	15,0
Pays de la Loire	26,6	32,8	18,8	14,1	7,8
Picardie	24,3	13,5	13,5	32,4	16,2
Poitou-Charentes	25,0	37,5	25,0	7,5	5,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26,2	26,2	27,4	11,9	8,3
Réunion	28,6	14,3	28,6	0,0	28,6
Rhône-Alpes	23,1	24,2	23,1	22,0	7,7
France entière	24,2	26,5	22,7	18,5	8,1

Source : Enquête Fnors 2003

4 - Jeunes ayant bénéficié d'une visite médicale ou d'un bilan de santé

4.1 - Les jeunes bénéficiaires de la visite médicale ou du bilan de santé

Les missions locales et les PAIO proposent une visite médicale ou un bilan de santé en priorité à trois catégories de jeunes :

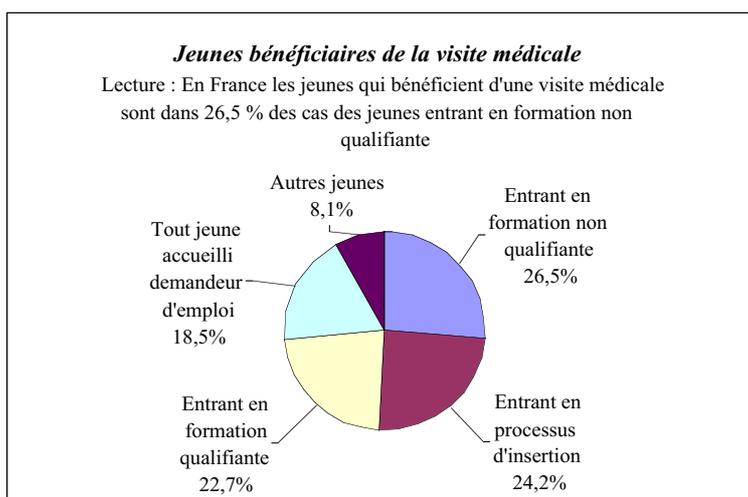
- les jeunes entrant en formation non qualifiante : 26,5 % des cas
- les jeunes entrant dans un processus d'insertion : 24,2 % des cas
- les jeunes entrant en formation qualifiante : 22,7 % des cas.

C'est seulement dans 18,5 % des cas que la visite médicale est proposée à tout jeune accueilli.

Onze régions suivent la tendance générale. Toutefois, 10 régions conseillent cette visite, dans les mêmes proportions, à plusieurs des catégories de jeunes listés dans le questionnaire.

Certaines structures offrent en plus la possibilité de passer une visite médicale aux jeunes s'ils présentent des besoins, sur leur demande, s'ils sont dans un dispositif d'insertion (TRACE essentiellement) s'ils ont des difficultés sociales, s'ils sont sortis du système de soins et lorsqu'ils sont adressés par divers partenaires (tableau 16).

Il faut interpréter ces résultats avec précaution puisque certaines structures ont intégré les jeunes inscrits dans un dispositif d'insertion TRACE dans la première catégorie (jeunes entrant dans un processus d'insertion) et d'autres les ont mis dans la catégorie « autres jeunes » en le précisant. Si on additionne les deux, la proportion de structures qui proposent une visite aux jeunes entrant dans un processus d'insertion est de 26,3 %, soit l'équivalent des jeunes entrant dans un processus de formation non qualifiante. Les structures proposent habituellement aux jeunes, effectuant une formation non qualifiante, de passer une visite puisque lors des formations qualifiantes celle-ci est obligatoire (elle est organisée généralement par les organismes de formation).



Source : Enquête Fnors 2003

Les jeunes qui bénéficient du bilan de santé CPAM sont un peu plus fréquemment en formation non qualifiante (27,9 %) et légèrement moins en processus d'insertion (23,2 %), les jeunes entrant en formation qualifiante sont présents dans les mêmes proportions.

Pour les jeunes entrant dans un processus d'insertion, la visite médicale est conseillée dans 74,8 % des cas et facultative dans 17,3 %. Cette tendance concerne 22 régions (tableau 1 en annexe). Elle est obligatoire dans seulement 5,3 % des cas.

Pour les jeunes inscrits en formation non qualifiante, la visite médicale est conseillée dans 64,9 % des cas et obligatoire dans 25,4 %. Sur l'ensemble des régions, 21 conseillent la visite à ces jeunes (tableau 2 en annexe).

Pour les jeunes entrant en formation qualifiante, la visite médicale est conseillée dans 59 % des cas et est obligatoire dans 31,1 %. Les organismes de formation organisent parfois eux-mêmes leurs visites médicales et ils interviennent fréquemment lors de la préparation à la visite. Ainsi, seules 18 régions conseillent ces visites et 5 l'obligent (tableau 3 en annexe).

Pour les jeunes demandeurs d'emploi accueillis dans les structures et à qui il est proposé une visite médicale, il s'agit d'une proposition conseillée (58,4 % des cas) ou facultative (38,7 %), et très rarement obligatoire (tableau 4 en annexe). Il est important de noter que dans une seule structure d'Ile-de-France la visite est obligatoire pour tous les jeunes accueillis.

Pour les autres jeunes n'entrant dans aucune des catégories proposées, les visites médicales sont le plus souvent conseillées (64,5 %). Toutefois, c'est dans cette catégorie que les non-réponses sont les plus importantes, soit 14,5 %.

Tableau 17 - Nombre de visites médicales ou de bilans de santé réalisés en 2000

	Nombre minimum et maximum de visites pour une structure	Nombre de structures ayant répondu	Nombre de visites organisées	Nombre moyen de visites par structure	Nombre de structures n'ayant pas répondu
Alsace	2-164	3	313	104	10
Aquitaine	0-777	9	1364	152	19
Auvergne	8-114	8	363	45	8
Basse-Normandie	50-782	4	976	244	11
Bourgogne	76-417	4	992	248	13
Bretagne	18-481	11	1243	113	6
Centre	47-288	5	603	121	19
Champagne-Ardenne	23-91	11	702	64	7
Corse	27	1	27	27	4
Franche-Comté	55-175	3	325	108	12
Guadeloupe	21	1	21	21	0
Guyane		0			1
Haute-Normandie	0-280	5	652	130	8
Ile-de-France	0-238	44	2286	52	35
Languedoc-Roussillon		0			28
Limousin	24-171	3	232	77	3
Lorraine	0-98	9	317	35	11
Martinique	66-236	3	422	141	5
Midi-Pyrénées	28-600	5	1028	206	5
Nord-Pas-de-Calais	9-100	3	125	42	19
Pays de la Loire	4-456	22	1263	57	8
Picardie	2-140	7	246	35	10
Poitou-Charentes	0-338	13	1087	84	12
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4-671	18	2805	156	13
Réunion	59-168	2	227	114	2
Rhône-Alpes	3-432	21	1378	66	30
France entière	0-782	215	18997	88	299

Source : Enquête Fnors 2003

4.2 - Le nombre de visites médicales ou de bilans de santé réalisés en 2000, 2001 et 2002

Nombre total de visites

L'évolution du nombre de visites n'a pas été bien renseignée dans l'enquête. L'information n'était pas fournie en raison notamment des changements de statut des PAIO, du non enregistrement de ces données par les structures, mais également parce que certaines visites médicales passées à l'extérieur ne font pas l'objet d'un retour statistique auprès de la structure qui a dirigé les jeunes. Le Languedoc-Roussillon n'a transmis aucune de ces informations.

En 2000, les 215 structures ayant répondu à la question ont fait réaliser 18 997 visites médicales, soit en moyenne 88 visites par structure (tableau 17).

En 2001, les 263 structures ayant répondu à la question ont fait réaliser 20 349 visites médicales, soit en moyenne 77 visites par structure (tableau 18).

En 2002, les 251 structures ayant répondu à la question ont fait réaliser 19 804 visites médicales, soit en moyenne 79 visites par structure (tableau 19).

Tableau 18 - Nombre de visites médicales ou de bilans de santé réalisés en 2001

	Nombre minimum et maximum de visites pour une structure	Nombre de structures ayant répondu	Nombre de visites organisées	Nombre moyen de visites par structure	Nombre de structures n'ayant pas répondu
Alsace	2-123	3	202	67	10
Aquitaine	0-108	12	500	42	16
Auvergne	6-170	10	526	53	6
Basse-Normandie	32-783	5	1029	206	10
Bourgogne	10-394	9	1121	125	8
Bretagne	0-491	14	1397	100	3
Centre	4-310	6	657	110	18
Champagne-Ardenne	13-504	15	1566	104	3
Corse	25	1	25	25	4
Franche-Comté	17-150	4	389	97	11
Guadeloupe	13	1	13	13	0
Guyane		0			1
Haute-Normandie	1-260	6	787	131	7
Ile-de-France	0-257	53	2676	50	26
Languedoc-Roussillon		0			28
Limousin	8-360	5	471	94	1
Lorraine	0-117	11	456	41	9
Martinique	53-273	2	326	163	6
Midi-Pyrénées	28-550	5	1008	202	5
Nord-Pas-de-Calais	0-154	6	398	66	16
Pays de la Loire	2-467	24	1367	57	6
Picardie	5-94	12	386	32	5
Poitou-Charentes	1-346	15	1043	70	10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0-641	19	2321	122	12
Réunion	117-119	2	236	118	2
Rhône-Alpes	2-499	23	1449	63	28
France entière	0-783	263	20349	77	251

Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 19 - Nombre de visites médicales ou de bilans de santé réalisés en 2002

	Nombre minimum et maximum de visites pour une structure	Nombre de structures ayant répondu	Nombre de visites organisées	Nombre moyen de visites par structure	Nombre de structures n'ayant pas répondu
Alsace	1-158	3	275	92	10
Aquitaine	0-98	12	477	40	16
Auvergne	7-175	11	534	49	5
Basse-Normandie	13-682	4	845	211	11
Bourgogne	39-439	5	685	137	12
Bretagne	3-506	13	1239	95	4
Centre	2-222	7	619	88	17
Champagne-Ardenne	14-496	14	1376	98	4
Corse	40	1	40	40	4
Franche-Comté	15-130	6	474	79	9
Guadeloupe	60	1	60	60	0
Guyane	310	1	310	310	0
Haute-Normandie	0-250	5	526	105	8
Ile-de-France	2-302	51	3250	64	28
Languedoc-Roussillon		0			28
Limousin	15-437	4	504	126	2
Lorraine	8-103	12	545	45	8
Martinique	60-175	2	235	118	6
Midi-Pyrénées	10-500	4	773	193	6
Nord-Pas-de-Calais	17-334	7	751	107	15
Pays de la Loire	2-427	24	1375	57	6
Picardie	1-129	13	562	43	4
Poitou-Charentes	2-257	15	875	58	10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1-752	18	2447	136	13
Réunion	0-112	3	219	73	1
Rhône-Alpes	0-357	15	808	54	36
France entière	0-752	251	19804	79	263

Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 20 - Caractéristiques des jeunes ayant réalisé les visites médicales et les bilans de santé en 2001 (en %)

Lecture 1 : En Alsace les jeunes ayant réalisé une visite médicale sont dans 37,5 % des cas des garçons.

Lecture 2 : En Alsace les jeunes ayant réalisé une visite médicale sont dans 31,2 % des cas âgés de 16 à 18 ans.

	Garçons	Filles	16-18 ans	19-21 ans	22-25 ans
Alsace	37,5	62,5	31,2	36,4	32,5
Aquitaine	23,0	77,0	10,5	59,4	30,1
Auvergne	41,4	58,6	7,4	55,9	36,8
Basse-Normandie	33,6	66,4	7,7	32,7	59,6
Bourgogne	35,2	64,8	9,8	46,1	44,1
Bretagne	39,4	60,6	10,1	54,3	35,6
Centre	35,8	64,2	30,7	37,6	31,7
Champagne-Ardenne	33,4	66,6	20,0	53,8	26,2
Corse	40,0	60,0			
Franche-Comté	38,3	61,7	29,1	44,1	26,8
Guadeloupe					
Guyane					
Haute-Normandie	40,5	59,5	23,5	42,5	34,0
Ile-de-France	47,8	52,2	10,7	39,0	50,3
Languedoc-Roussillon					
Limousin	42,3	57,7	24,6	49,2	26,2
Lorraine	41,2	58,8	13,6	41,2	45,2
Martinique	35,8	64,2	17,5	42,1	40,4
Midi-Pyrénées					
Nord-Pas-de-Calais	40,9	59,1	15,9	45,5	38,6
Pays de la Loire	36,6	63,4	15,3	51,0	33,7
Picardie	58,9	41,1	32,2	38,3	29,5
Poitou-Charentes	35,7	64,3	31,3	41,7	27,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	46,6	53,4	22,7	45,5	31,8
Réunion	40,7	59,3	34,2	46,2	19,7
Rhône-Alpes	34,3	65,7	12,1	48,3	39,6
France entière	39,5	60,5	18,9	45,6	35,5

Source : Enquête Fnors 2003

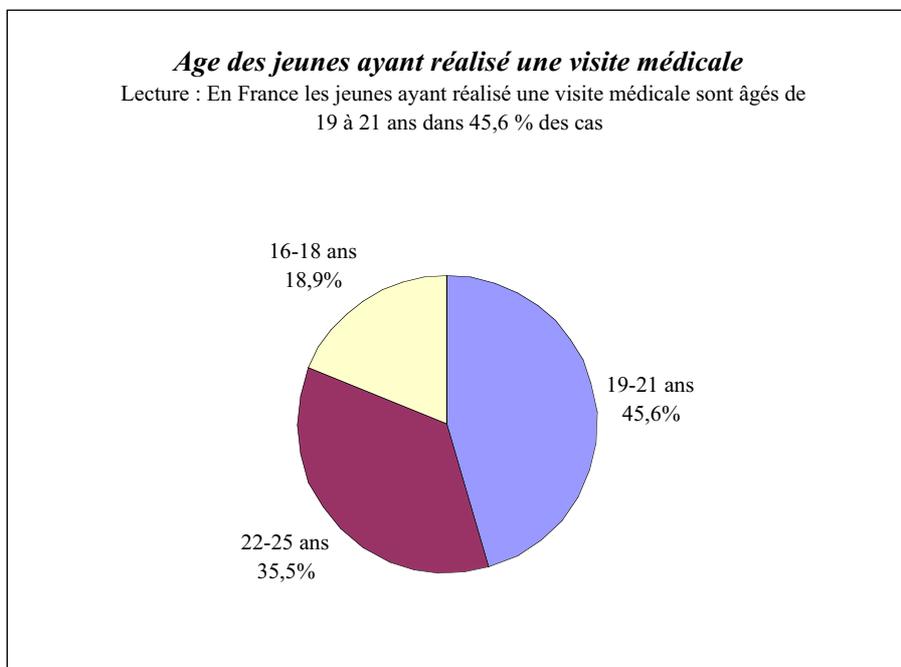
Caractéristiques des jeunes concernés par les visites en 2001

Seulement 32,3 % des structures ont indiqué les effectifs par sexe des jeunes ayant réalisé une visite médicale ou un bilan de santé. La totalité des structures de 4 régions n'ont rien répondu à cette question : Guadeloupe, Guyane, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées.

Au regard des résultats des répondants, il apparaît que les filles passent ces visites dans une plus forte proportion : 60,5 % contre 39,5 % de garçons. Une seule région ne suit pas cette tendance, il s'agit de la Picardie. Elle enregistre un pourcentage de garçon plus élevé que celui des filles soit 58,9 % contre 41,1 % (tableau 20).

La répartition par âge des jeunes ayant bénéficié d'une visite médicale est généralement mal renseigné dans l'enquête (taux de réponse à cette question : 24,1 %). Cinq régions n'ont pas répondu à cette question : Corse, Guadeloupe, Guyane, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées.

Les informations fournies par les répondants montrent que 45,6 % des jeunes ayant réalisé une visite médicale ou un bilan de santé en 2001 ont entre 19 et 21 ans ; 35,5 % entre 22 et 25 ans et 18,9 % de 16 à 18 ans. Trois régions parmi les 21 régions répondantes, ne suivent pas cette tendance. En effet, en Ile-de-France, Basse-Normandie et Lorraine, les proportions de jeunes de 22 à 25 ans sont les plus élevées (tableau 20).



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 21 - Destinataires du compte-rendu de la visite médicale (en %)

Lecture : En Alsace le destinataire du compte-rendu de la visite médicale est le jeune dans 72,7 % des cas.

	Le jeune	Sa famille	Le médecin traitant	La mission locale ou la PAIO	Autre
Alsace	72,7	0,0	18,2	0,0	9,1
Aquitaine	72,0	0,0	20,0	4,0	4,0
Auvergne	57,9	0,0	5,3	36,8	0,0
Basse-Normandie	61,5	0,0	23,1	7,7	7,7
Bourgogne	76,9	0,0	15,4	7,7	0,0
Bretagne	62,5	0,0	29,2	8,3	0,0
Centre	62,5	4,2	25,0	8,3	0,0
Champagne-Ardenne	41,4	0,0	27,6	31,0	0,0
Corse	75,0	0,0	0,0	25,0	0,0
Franche-Comté	50,0	0,0	10,0	30,0	10,0
Guadeloupe	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guyane	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0
Haute-Normandie	77,8	0,0	11,1	11,1	0,0
Ile-de-France	70,9	0,0	1,2	24,4	3,5
Languedoc-Roussillon	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Limousin	66,7	0,0	22,2	11,1	0,0
Lorraine	55,6	0,0	33,3	7,4	3,7
Martinique	57,1	0,0	14,3	14,3	14,3
Midi-Pyrénées	50,0	0,0	25,0	25,0	0,0
Nord-Pas-de-Calais	47,8	0,0	17,4	21,7	13,0
Pays de la Loire	61,1	0,0	25,0	8,3	5,6
Picardie	60,0	4,0	24,0	12,0	0,0
Poitou-Charentes	54,5	0,0	36,4	9,1	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	57,5	0,0	12,5	22,5	7,5
Réunion	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Rhône-Alpes	63,6	0,0	13,6	22,7	0,0
France entière	61,1	0,4	17,6	17,6	3,2

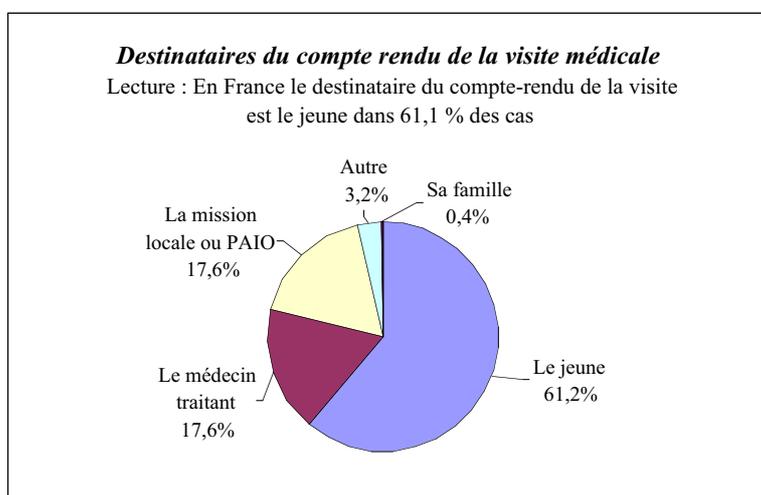
Source : Enquête Fnors 2003

5 - Les suites données aux visites médicales et aux bilans de santé

5.1 - Les destinataires du compte rendu de la visite

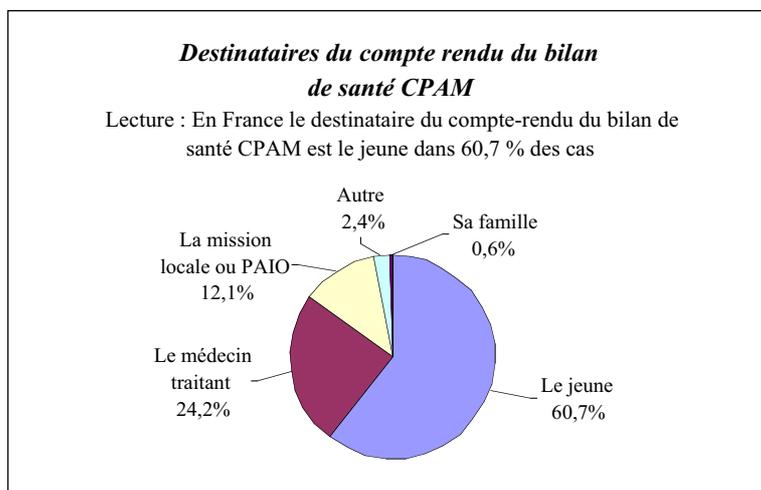
A l'issue de la visite, c'est le jeune lui-même qui est le plus souvent le destinataire du compte rendu (61,1 % des cas). Le médecin traitant et la mission locale le reçoivent également dans les mêmes proportions soit 17,6 %.

Mise à part deux régions, les 24 autres désignent le jeune comme destinataire du compte rendu de la visite (tableau 21). D'autres destinataires ont été cités par certaines structures tels que les organismes de formation ou divers destinataires liés au lieu de la visite (médecine préventive, médecin du travail...).



Source : Enquête Fnors 2003

Lorsque le jeune a réalisé un bilan de santé CPAM, son médecin traitant reçoit plus fréquemment le compte rendu (24,2 %) ; par contre la mission ou la PAIO l'ont reçu beaucoup moins souvent (12,1 %).



Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 22 - Remplissage d'une fiche à visée statistique (en %)

Lecture : En Alsace il n'existe pas de fiche à visée statistique dans 7,7 % des cas.

	Oui	Non	Ne sait pas	Non réponse
Alsace	0,0	7,7	23,1	69,2
Aquitaine	7,1	14,3	28,6	50,0
Auvergne	6,3	37,5	25,0	31,3
Basse-Normandie	6,7	6,7	33,3	53,3
Bourgogne	11,8	11,8	35,3	41,2
Bretagne	0,0	58,8	23,5	17,6
Centre	12,5	4,2	25,0	58,3
Champagne-Ardenne	38,9	11,1	33,3	16,7
Corse	20,0	0,0	40,0	40,0
Franche-Comté	13,3	6,7	20,0	60,0
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0	0,0
Guyane	0,0	0,0	100,0	0,0
Haute-Normandie	7,7	7,7	38,5	46,2
Ile-de-France	24,1	31,6	27,8	16,5
Languedoc-Roussillon	0,0	0,0	3,6	96,4
Limousin	16,7	33,3	33,3	16,7
Lorraine	35,0	5,0	30,0	30,0
Martinique	50,0	0,0	12,5	37,5
Midi-Pyrénées	40,0	0,0	10,0	50,0
Nord-Pas-de-Calais	9,1	22,7	18,2	50,0
Pays de la Loire	36,7	6,7	23,3	33,3
Picardie	17,6	23,5	29,4	29,4
Poitou-Charentes	8,0	20,0	36,0	36,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29,0	25,8	22,6	22,6
Réunion	50,0	25,0	25,0	0,0
Rhône-Alpes	25,5	5,9	15,7	52,9
France entière	18,9	16,7	24,7	39,7

Source : Enquête Fnors 2003

5.2- Fiche à visée statistique et ses destinataires

Assez peu de médecins (18,9 %) réalisant les visites médicales ou les bilans de santé, remplissent une fiche à visée statistique. Cette tendance concerne seulement 6 régions : Champagne-Ardenne, Lorraine, Martinique, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'azur et Réunion.

Les autres régions n'ont, en majorité, pas répondu à cette question (39,7 %) ou bien elles ont coché la case « ne sait pas » (24,7 %). Si on additionne ces proportions, c'est près d'un tiers de structures qui ne sait pas si une fiche statistique existe (tableau 22).

Plus précisément, en ce qui concerne les visites réalisées dans des centres d'examen de santé CPAM, le remplissage d'une fiche statistique par le médecin est plus fréquente (20,9 %).

Lorsqu'une fiche statistique est complétée par le médecin, celle-ci est transmise le plus fréquemment à la mission locale ou à la PAIO, plus particulièrement au référent santé (51 %), aux organismes initiateurs de la visite médicale (10,9 %), au Conseil Régional (9,8 %), à la CPAM (7,6 %) et à d'autres organismes et financeurs.

Tableau 23 - Dispositions prises par la structure pour aider le jeune dans la poursuite de ses soins (en %)

Lecture : En Alsace l'aide à la poursuite des soins est dans 11,1 % des cas liée à une prise de rendez-vous.

	Prise de rendez-vous	Recherche d'aide financière	Accompagnement sur les lieux de soins	Poursuite laissée à l'initiative du jeune	Autre
Alsace	11,1	22,2	0,0	55,6	11,1
Aquitaine	26,5	23,5	17,6	26,5	5,9
Auvergne	29,2	25,0	20,8	20,8	4,2
Basse-Normandie	13,3	33,3	20,0	33,3	0,0
Bourgogne	25,9	25,9	18,5	29,6	0,0
Bretagne	24,1	27,6	20,7	27,6	0,0
Centre	29,4	35,3	14,7	17,6	2,9
Champagne-Ardenne	35,1	18,9	21,6	18,9	5,4
Corse	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Franche-Comté	14,3	21,4	28,6	21,4	14,3
Guadeloupe	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0
Guyane	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0
Haute-Normandie	18,8	31,3	31,3	18,8	0,0
Ile-de-France	31,1	33,8	14,6	16,6	4,0
Languedoc-Roussillon	25,0	25,0	25,0	25,0	0,0
Limousin	25,0	12,5	37,5	25,0	0,0
Lorraine	32,4	26,5	23,5	14,7	2,9
Martinique	27,3	36,4	27,3	9,1	0,0
Midi-Pyrénées	33,3	33,3	11,1	22,2	0,0
Nord-Pas-de-Calais	15,8	31,6	26,3	10,5	15,8
Pays de la Loire	22,0	27,1	15,3	32,2	3,4
Picardie	25,6	30,8	17,9	12,8	12,8
Poitou-Charentes	22,0	24,4	19,5	34,1	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	27,8	35,2	13,0	22,2	1,9
Réunion	14,3	42,9	0,0	42,9	0,0
Rhône-Alpes	28,6	33,3	17,5	20,6	0,0
France entière	26,9	29,8	17,8	21,9	3,6

Source : Enquête Fnors 2003

5.3 - La poursuite des soins

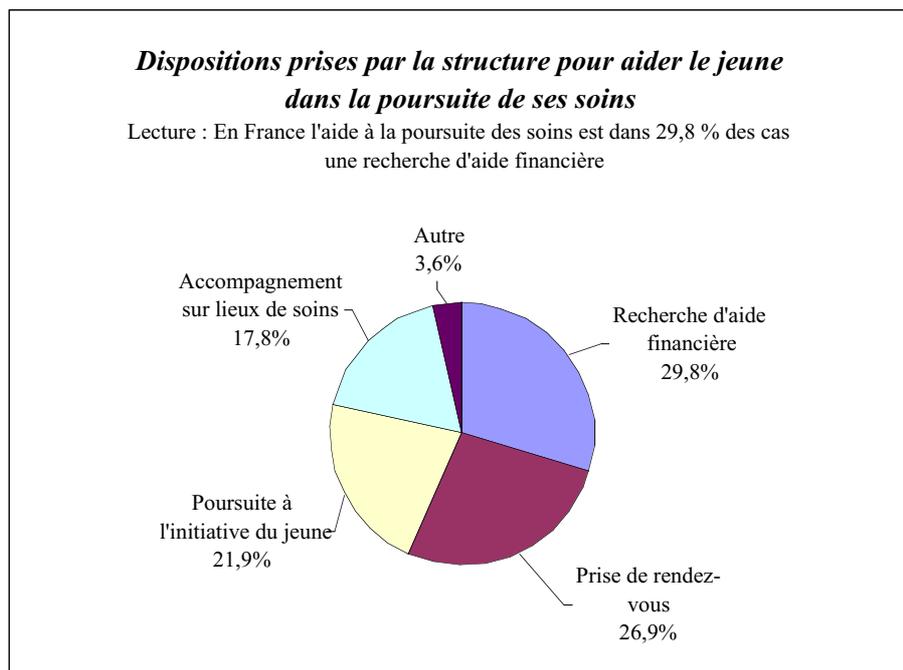
A la suite de la visite médicale ou du bilan de santé, les structures prennent parfois des dispositions auprès du jeune. Celles-ci concernent, en général, une recherche d'aide financière (29,8 %) et une aide à la prise de rendez-vous (26,9 %).

Selon les régions, l'accompagnement des structures après la visite diffère :

- dans 7 régions, la recherche d'aides financières prédomine : Centre, Ile-de-France, Martinique, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'azur et Rhône-Alpes ;
- dans 4 régions, la poursuite des soins est laissée à l'initiative du jeune : Alsace, Bourgogne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes ;
- dans 3 régions, la prise de rendez-vous est la plus importante : Auvergne, Champagne-Ardenne et Lorraine ;
- dans 2 régions, c'est l'accompagnement sur les lieux de soins le plus fréquent : Franche-Comté et Limousin.

Les autres régions prennent plusieurs types de dispositions dans les mêmes proportions (tableau 23).

Certaines structures ont également déclaré orienter les jeunes vers des bilans médicaux approfondis ou vers des spécialistes.



Source : Enquête Fnors 2003

Cette tendance générale s'applique également aux visites exclusivement réalisées dans les centres d'examen de santé CPAM. Cependant, la poursuite des soins est plus souvent laissée à l'initiative du jeune (23,2 %) et l'accompagnement sur les lieux de soins est plus fréquent (18,3 %).

Tableau 24 - Information sur la réalisation effective des soins (en %)

Lecture : En Alsace les structures sont informées de la réalisation effective des soins dans 7,7 % des cas.

	Oui	Non	Non réponse
Alsace	7,7	30,8	61,5
Aquitaine	7,1	53,6	39,3
Auvergne	31,3	37,5	31,3
Basse-Normandie	6,7	40,0	53,3
Bourgogne	23,5	23,5	52,9
Bretagne	17,6	70,6	11,8
Centre	16,7	37,5	45,8
Champagne-Ardenne	27,8	50,0	22,2
Corse	40,0	0,0	60,0
Franche-Comté	13,3	20,0	66,7
Guadeloupe	100,0	0,0	0,0
Guyane	100,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	15,4	30,8	53,8
Ile-de-France	46,8	32,9	20,3
Languedoc-Roussillon	0,0	3,6	96,4
Limousin	33,3	50,0	16,7
Lorraine	15,0	55,0	30,0
Martinique	50,0	25,0	25,0
Midi-Pyrénées	10,0	30,0	60,0
Nord-Pas-de-Calais	4,5	45,5	50,0
Pays de la Loire	16,7	66,7	16,7
Picardie	41,2	29,4	29,4
Poitou-Charentes	20,0	48,0	32,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29,0	48,4	22,6
Réunion	25,0	50,0	25,0
Rhône-Alpes	23,5	31,4	45,1
France entière	23,3	38,5	38,1

Source : Enquête Fnors 2003

Une fois ces dispositions prises par les structures, seules 23,3 % d'entre elles sont informées de la réalisation effective des soins par le jeune. La plupart des missions locales et des PAIO n'ont pas renseigné cette question (38,1 %) ou ne sont pas informées (38,5 %).

Le fait d'avoir une forte proportion de non réponses s'explique par le caractère individuel de chaque situation, le jeune peut en parler ou non à son conseiller ou à son référent santé.

Seules 5 régions sont, dans la plupart des cas, informées de cette poursuite effective des soins : Guadeloupe, Guyane, Ile-de-France, Martinique et Picardie (tableau 24).

Concernant uniquement les bilans de santé CPAM, le retour sur la réalisation effective des soins est plus fréquent (29,3 %) contrairement à l'ensemble des visites médicales (23,3 %).

*Tableau 25 - Montant de l'enveloppe allouée en 2002
par le Conseil Régional (en euros)*

	Nombre de structures ayant répondu	Montant total perçu	Montant moyen perçu par structure	Nombre de structures n'ayant pas répondu
Alsace	0			13
Aquitaine	3	0	0	25
Auvergne	10	30732	3073	6
Basse-Normandie	1	76104	76104	14
Bourgogne	2	0	0	15
Bretagne	16	43737	2734	1
Centre	2	0	0	22
Champagne-Ardenne	12	39935	3328	6
Corse	1	15428	15428	4
Franche-Comté	3	23867	7956	12
Guadeloupe	1	0	0	0
Guyane	1	15960	15960	0
Haute-Normandie	4	50787	12697	9
Ile-de-France	45	226913	5043	34
Languedoc-Roussillon	0			28
Limousin	1	0	0	5
Lorraine	0			20
Martinique	1	0	0	7
Midi-Pyrénées	1	13500	13500	9
Nord-Pas-de-Calais	2	25330	12665	20
Pays de la Loire	18	51883	2882	12
Picardie	5	0	0	12
Poitou-Charentes	2	8537	4269	23
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10	40232	4023	21
Réunion	4	44209	11052	0
Rhône-Alpes	16	23650	1478	35
France entière	161	730804	4539	353

Source : Enquête Fnors 2003

6 - Le financement des visites médicales et des bilans de santé

6.1 - Montant de l'enveloppe allouée par le Conseil Régional en 2002

En 2002, la somme de toutes les enveloppes allouées aux structures par les Conseils Régionaux est estimée à 730 804 euros, soit 4 539 euros en moyenne par structure ayant fourni cette information (tableau 25). Le montant de l'enveloppe varie entre 500 et 36 980 euros selon la structure. Les 23 régions, ayant renseigné cette question, ont le plus souvent, reçu un montant fixé entre 1001 et 3000 euros (27,9 %) ou entre 3001 et 7000 euros (24,2 %).

Il est important de noter que 3 régions n'ont pas répondu à cette question, Alsace, Languedoc-Roussillon et Lorraine et, que parmi les structures ayant répondu, 7 ont déclaré percevoir 0 euro.

Tableau 26 - Financements complémentaires en 2002 (en %)

Lecture : En Alsace il n'existe pas de financements complémentaires dans 46,2 % des cas.

	Oui	Non	Non réponse
Alsace	0,0	46,2	53,8
Aquitaine	7,1	53,6	39,3
Auvergne	6,3	56,3	37,5
Basse-Normandie	0,0	46,7	53,3
Bourgogne	11,8	52,9	35,3
Bretagne	17,6	76,5	5,9
Centre	8,3	50,0	41,7
Champagne-Ardenne	27,8	55,6	16,7
Corse	0,0	40,0	60,0
Franche-Comté	26,7	13,3	60,0
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0
Guyane	0,0	100,0	0,0
Haute-Normandie	0,0	53,8	46,2
Ile-de-France	13,9	55,7	30,4
Languedoc-Roussillon	0,0	3,6	96,4
Limousin	0,0	33,3	66,7
Lorraine	10,0	60,0	30,0
Martinique	12,5	25,0	62,5
Midi-Pyrénées	10,0	50,0	40,0
Nord-Pas-de-Calais	9,1	27,3	63,6
Pays de la Loire	6,7	73,3	20,0
Picardie	17,6	64,7	17,6
Poitou-Charentes	8,0	48,0	44,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,2	61,3	35,5
Réunion	25,0	75,0	0,0
Rhône-Alpes	9,8	43,1	47,1
France entière	9,7	49,6	40,7

Source : Enquête Fnors 2003

6.2 - Financements complémentaires en 2002

Hormis le financement du Conseil Régional, 9,7 % des structures (ayant répondu à cette question), ont perçu une aide complémentaire. Sur ce point, 49,6 % des structures ont déclaré ne pas avoir reçu de financement complémentaire et 40,7 % n'ont pas fourni cette information.

Sur l'ensemble des régions, 17 ont le plus souvent indiqué ne pas avoir perçu d'aide supplémentaire et 9 n'ont pas répondu à cette question (tableau 26).

Tableau 27 - Financeurs d'une aide complémentaire en 2002 (en %)

Lecture : En Aquitaine une aide complémentaire est versée par la Drass dans 67,7 % des cas.

	Drass	Ddass	Conseil Général	Commune	Mutuelle	Autre
Alsace						
Aquitaine	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Auvergne	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Basse-Normandie						
Bourgogne	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0
Bretagne	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	66,7
Centre	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0
Champagne-Ardenne	20,0	20,0	0,0	20,0	0,0	40,0
Corse						
Franche-Comté	50,0	0,0	0,0	25,0	0,0	25,0
Guadeloupe						
Guyane						
Haute-Normandie						
Ile-de-France	37,5	12,5	12,5	6,3	0,0	31,3
Languedoc-Roussillon						
Limousin						
Lorraine	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Martinique	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Nord-Pas-de-Calais	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	33,3
Pays de la Loire	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0
Picardie	20,0	40,0	20,0	20,0	0,0	0,0
Poitou-Charentes	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Réunion	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	0,0	33,3	33,3	22,2	0,0	11,1
France entière	27,3	21,2	18,2	10,6	0,0	22,7

Source : Enquête Fnors 2003

Lorsque les structures reçoivent une aide complémentaire, elle provient généralement de la Drass (27,3 %) et de la Ddass (21,2 %). Aucune structure ne perçoit de financement de la part des mutuelles.

Cependant, 22,7 % ont reçu en 2002 des aides d'autres organismes tels que l'assurance maladie (60 %) et d'autres financeurs (CAF, CODES...).

Huit régions, ayant déclaré percevoir une aide complémentaire, n'ont pas précisé la source de ce revenu (tableau 27).

6.3 - Financement par des fonds nationaux en 2002

Cette question n'a pas été bien renseignée puisque 44 % des structures n'y ont pas répondu, ce qui rend difficile l'exploitation des résultats.

Parmi celles qui ont répondu, 16 % ont déclaré avoir perçu une enveloppe provenant de fonds nationaux.

Etant donné les fortes proportions de non réponse (et même des réponses négatives) aux questions liées au financement des visites médicales et des bilans de santé, plusieurs questions se posent. Les personnes qui ont complété ce questionnaire étaient-elles informées des aspects financiers de la structure ? La structure peut-elle distinguer dans ses financements la part destinée aux aspects santé et plus précisément aux visites médicales ? Les questions ont-elles été comprises ? Etaient-elles adaptées à la complexité des financements des missions locales et des PAIO ? Ou tout simplement les structures n'ont peut-être pas souhaité donner ces informations.

7 - Le point de vue des missions locales et des PAIO

Ce chapitre rassemble les remarques faites par les personnes qui ont répondu au questionnaire de l'enquête nationale. En effet, une page du questionnaire était prévu pour recueillir les commentaires libres, les avis et opinions personnels et les précisions sur des situations locales.

♦ La « prise en considération de la santé »...

La plupart des missions locales ont témoigné de l'intérêt des bilans santé qui peuvent être l'occasion d'ouvrir un dialogue avec le jeune sur sa santé. Mais c'est aussi pour certaines missions locales la possibilité d'identifier des pathologies négligées par ignorance ou réticences vis à vis du système de soins. De façon plus générale, l'importance des comportements à risques des jeunes justifie pour beaucoup de missions locales ce travail individuel et collectif de « promotion de la santé ».

♦ mais la difficile mobilisation des jeunes

Les missions locales notent le manque d'intérêt des jeunes (surtout de 16 à 25 ans) pour leur santé, ils sont donc difficilement mobilisable pour réaliser une visite médicale. La visite n'est pas toujours acceptée par le jeune et une mission locale a constaté que sur l'ensemble des bilans de santé prescrits uniquement 35 % des jeunes l'ont fait.

Les jeunes sont aussi parfois surpris lorsqu'on leur propose cette action et sont peu enclins à y participer puisque ce n'est pas ce qu'ils recherchent en venant dans ces structures.

♦ Le problème de mobilité des jeunes

Se pose parfois le problème de l'accès des jeunes aux lieux mêmes où se déroulent les examens de santé. En effet, les jeunes sont trop éloignés des centres et ne s'y rendent pas car il n'ont pas de moyen de transport. Il y a un constat de décalage entre les inscrits et les présents (problème de motivation et surtout de mobilité). Les jeunes refusent la prescription même s'il existe un transport en commun, celui-ci n'étant pas toujours adapté à ce type de prestation : problèmes de dessertes et d'horaires. Les missions locales négocient parfois pour une prise en charge dans un centre plus proche, des partenariats sont envisagés avec l'hôpital pour limiter ces problèmes de mobilité. Une réflexion est organisée sur un moyen de transport adapté (mini-car par exemple) tout en sachant qu'il faut responsabiliser le jeune.

♦ La précarité de certaines missions locales

Certaines missions locales ont mis en avant l'insuffisance des sommes allouées par le conseil régional pour répondre au nombre de prescriptions de visites médicales nécessaires et pour la rémunération du médecin intervenant et du conseiller référent santé ; parfois même ces enveloppes financières n'existent plus.

D'autres missions locales regrettent de ne pas disposer de financement pour déclencher des visites avant l'entrée en formation qualifiante et pas seulement pour des raisons à dominante professionnelle.

♦ **La difficulté d'assurer un suivi et un accompagnement après les visites médicales**

Faute de liaisons formalisées entre missions locales et le dispositif de visites médicales, certaines missions locales témoignent de l'impossibilité de faire le suivi des soins.

Parfois, les jeunes sont incités à faire les démarches de poursuite des soins seuls mais quelques fois il sont aidés à la prise de rendez-vous pour les cas urgents ou graves ; certains jeunes peuvent faire ces démarches sans accompagnement alors que pour d'autres plus désocialisés/isolés il faut plus de temps et de soutien.

L'absence de suivi après la visite est une difficulté majeure pour l'insertion du jeune. Le fait qu'il n'existe pas d'accompagnement systématique dans les éventuelles démarches de soins à effectuer au regard des résultats des examens, entraîne une non résolution des problèmes de santé.

Les visites sont un bon moyen de diagnostic des soins, mais lorsque la prise en charge dépasse la CMU, le problème reste non traité, les jeunes se retrouvant dans l'impossibilité de se faire soigner.

♦ **Problème des jeunes hors formation qualifiante, particulièrement fragile et exposée**

Les missions locales rencontrent des difficultés pour faire réaliser des visites auprès d'un public non captif contrairement aux jeunes entrant en formation. Il est plus difficile de mobiliser des jeunes isolés et qui ne bénéficient pas d'un dispositif particulier. Les publics en grande difficulté ont énormément de problèmes à consulter des praticiens et demandent un accompagnement très lourd. Les jeunes hors formation qualifiante ne disposent d'aucun autre dispositif si ce n'est les actions ponctuelles mises en place par le service santé de la mission locale. De plus, leur financement est aléatoire dans la pérennité des dispositifs de santé.

♦ **Les limites du « bilan santé »**

Les principales remarques faites par les missions locales portent sur les points suivants :

- l'aptitude physique à un métier n'est pas traitée ;
- il existe un éloignement géographique des centres d'examen de santé ;
- les batteries de tests à subir sont lourdes et effrayent le jeune ;
- les bilans ne sont pas assurés pour les jeunes ressortissants de la MSA.

- il y a un manque de préparation à la visite et un manque de suivi : les résultats sont parfois difficiles à comprendre par le jeune, leur interprétation pouvant entraîner des malentendus, voire de la panique.

♦ Une prise en compte globale de la santé

Certaines missions locales proposent d'accentuer les modules santé qui abordent la santé globale et les conduites à risque, qui travailleraient sur les modifications de comportements et la prise de conscience de l'importance du « capital santé ». Les principales questions des jeunes sont d'ordre de la prévention : sexualité, problème de sommeil, de mal-être...

Plusieurs missions locales soulignent que la santé ne doit pas se limiter à la notion de visite médicale, mais avoir une approche plus large : vérification de la couverture sociale et de la mutuelle, sensibilisation des jeunes à la nécessité de la prévention, accompagnement psychologique, etc.

♦ En conclusion, une volonté de changement

En l'absence d'un cadre référentiel, les pratiques et situations dans les missions locales sont très différentes et même divergentes. Aux deux extrêmes, on relèvera deux exemples de missions locales :

Des missions locales où les visites d'aptitude sont parfois devenues obligatoires à cause des difficultés à mobiliser les jeunes les plus exclus. Le médecin qui reçoit les jeunes pour une visite d'aptitude vérifie en même temps l'existence ou non de toute pathologie qui nécessiterait une prise en charge.

A l'inverse, une mission locale où les « visites pour les métiers et les entrées en formation ont été abandonnées car le médecin CPAM déclarait toujours les jeunes « aptes » ne souhaitant pas donner un avis réservé ou inapte ».

De façon plus générale, ces réactions témoignent de la volonté pour améliorer le dispositif actuellement en place. Certaines missions locales ont des projets, d'autres les ont mis de côté à cause d'un manque de financement. Les missions locales qui ne font plus passer de visite regrettent cette situation. Le souhait général est l'obtention de financement plus important pour développer les visites médicales et les actions de prévention ainsi que l'accompagnement dans la poursuite des soins mais avec un dispositif clair, des objectifs précis, une harmonisation entre les structures, avec des interlocuteurs et des partenaires définis. Selon elles, l'insertion professionnelle passe aussi par l'amélioration de la santé.

Analyse de la situation dans trois régions

Dans le cadre de l'étude demandée par la DIIIJ, la DGAS et la DGS à la Fnors, et après l'enquête nationale, le second volet consistait en une analyse approfondie de la situation dans trois régions : Bretagne, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais.

L'objectif était de mieux connaître les réalités locales de fonctionnement en matière de visites médicales ou bilans de santé proposés aux jeunes des missions locales et PAIO.

Pour la réalisation de ce volet, un comité de pilotage régional a été mis en place par les Drass de chaque région, à la demande du Ministère de la santé.

L'analyse a été menée dans chacune des trois régions par les ORS, qui ont travaillé en réseau et ont élaboré une méthode commune de travail. Celle-ci consistant en la réalisation d'une douzaine d'entretiens par région auprès de partenaires similaires et selon une grille d'entretien commune.

Ces partenaires régionaux, départementaux et locaux ont été :

- le conseil régional ou les conseils généraux,
- les Drass ou les Ddass,
- l'Urcam, la CRAM ou les CPAM,
- la MSA,
- la DRTEFP,
- un centre d'examen de santé, ou équivalent,
- l'association régionale des missions locales...

Cette liste a été adaptée en fonction des circonstances locales et de la disponibilité de ces partenaires, et aussi selon les avis du comité de pilotage régional.

La grille d'entretien (*cf* annexe) a été élaborée par les trois ORS et a eu pour objet de recueillir des informations sur l'implication des partenaires dans le domaine de l'insertion et de la santé des jeunes, comme par exemple :

- organisation et articulation du dispositif avec l'ensemble des ressources disponibles,
- partenariats développés,
- intérêts, limites et difficultés du dispositif actuel,
- appréciation de la couverture des besoins,
- autres actions de santé offertes au public concerné,
- obstacles et conditions nécessaires à la pertinence et la cohérence de ce dispositif.

1 - Bretagne

1.1 - Approche quantitative

Afin d'éclairer plus précisément l'approche qualitative, sont rappelés ci-après quelques résultats issus de l'enquête nationale. Pour faciliter le retour aux données quantitatives précédemment détaillées, le même plan d'analyse a été adopté.

Précisons que la Bretagne se situe parmi les 13 régions pour lesquelles un taux de réponse de 100 % a été enregistré, les résultats observés traduisent donc précisément la situation de la région.

Volet santé dans les missions locales

Visites médicales : une prestation prépondérante du volet santé des missions locales

Toutes les missions locales de la région mettent en place un volet santé qui se présente sous la forme de visites médicales proposées aux jeunes, d'actions de prévention, d'accompagnement psychologique.

En Bretagne comme dans près de la moitié des régions françaises, les visites médicales ou les bilans de santé sont la prestation la plus fréquemment proposée parmi les actions de santé.

Deux objectifs principaux : un examen médical général et de la prévention

Dans la région, à la différence de la majorité des autres régions qui mettent en avant l'« orientation vers les soins », l'objectif principal assigné aux visites médicales est la « réalisation d'un examen médical général », complétée par de la prévention.

Le « repérage des contre-indications médicales à certains métiers » se situe en troisième position parmi les attentes exprimées par les missions locales.

Lieux de réalisation des visites médicales et des bilans de santé

Des visites médicales qui ont lieu essentiellement dans les centres d'examens de santé

En Bretagne comme pour près des 2/3 des régions françaises, les visites médicales se déroulent dans les centres d'examen de santé de la CPAM.

Plus précisément, pour 12 missions locales sur 15 proposant des visites médicales, elles ont lieu dans le centre d'examen de santé de la CPAM, 8 missions locales sollicitent ponctuellement un médecin libéral et 4 la médecine du travail.

Sur un total de 1281 visites réalisées en 2001 en Bretagne, 1109 l'ont été dans les centres d'examen de santé, 57 dans un cabinet de médecine libérale et 42 auprès d'un centre de médecine du travail.

La Bretagne est la région française où le nombre de bilans réalisés dans les centres CPAM est le plus élevé.

Organisation des visites médicales et des bilans de santé

Des bilans de santé¹ proposés en proportion équivalente par les missions locales ou les organismes de formation

En Bretagne comme dans les autres régions, les bilans de santé sont proposés aux jeunes par les missions locales et les organismes de formation.

Dans 12 missions locales sur 15 concernées, les bilans de santé sont proposés soit par les centres de formation soit par les conseillers techniques et/ou référents santé de la structure, dans 2 autres missions locales ils sont uniquement proposés par les missions locales, enfin dans le dernier cas seuls les centres de formation proposent le bilan de santé.

Dans les 2/3 des cas, les jeunes bénéficient d'une préparation au bilan de santé dans le cadre d'une réunion collective animée par un intervenant du centre d'examen de santé

Si globalement sur l'ensemble de la France, la majorité des structures ne propose pas de préparation à la visite médicale, en revanche, pour les visites réalisées dans les Centres d'examen de santé CPAM, la préparation est plus fréquente, elle est mise en place dans près de 70 % des cas en Bretagne comme dans les autres régions.

Cette préparation se fait majoritairement dans le cadre de réunions collectives animées par un intervenant du centre d'examen de santé CPAM, cependant dans 6 structures, les réunions collectives peuvent être animées par un conseiller de la mission locale.

Plus de la moitié des jeunes bénéficiaires des bilans de santé est en formation qualifiante ou non

La Bretagne suit la tendance nationale quant aux jeunes bénéficiaires des bilans :

- 30 % sont en formation non qualifiante
- 28 % entrent dans un processus d'insertion
- 22 % sont en formation qualifiante
- 20 % sont pris en charge dans le cadre de l'accueil

Les bilans sont conseillés et rarement obligatoires, 2 missions locales évoquent le caractère obligatoire des visites dans le cadre de dispositif de formation qualifiante ou non.

¹ Nous avons volontairement utilisé le terme de bilans de santé sur ces aspects du questionnaire dans la mesure où ils correspondent à la réalité régionale

Jeunes ayant bénéficié d'une visite médicale ou d'un bilan de santé

Des bilans qui concernent davantage les filles que les garçons entre 19 et 21 ans

Les données régionales suivent la tendance nationale : 60 % des filles pour 40 % des garçons sont concernés par les bilans, la proportion la plus élevée se situant entre 19 et 21 ans : 54 %.

Ces chiffres sont toutefois à considérer avec prudence, dans la mesure où ils n'ont été renseignés que par 50 % des structures dans la région et 32 % au niveau national.

Les suites données aux visites médicales et aux bilans de santé

Le jeune est le premier destinataire du compte-rendu du bilan

Pour les 15 missions locales de la région proposant des bilans de santé, le jeune est destinataire du bilan et pour 7 d'entre elles le médecin traitant.

Il n'est pas fait état dans la région de l'existence d'une fiche statistique

En Bretagne comme au niveau national l'existence d'un tel outil est méconnue dans près de 25 % des cas.

Elle est évoquée par les missions locales d'un grand nombre de régions mais les proportions varient de 6 % à 50 %, il est donc difficile de comparer ces chiffres entre eux.

Plusieurs dispositions s'inscrivent dans la poursuite des soins

La région se caractérise par plusieurs modes d'intervention dans la poursuite des soins sans qu'il y ait de prépondérance forte de l'un ou l'autre, contrairement à d'autres régions.

Si la recherche d'aide financière est citée dans 28 % des cas, proportion équivalente à la moyenne nationale, les autres types d'intervention diffèrent modérément des données France entière :

- la prise de rendez-vous se situe en deçà avec 24 % pour 27 % des cas
- l'accompagnement sur les lieux de soins est plus fréquent : 21 % versus 18 %,
- l'initiative laissée aux jeunes est également plus fréquemment observée : 28 % vs 22 %.

Mais, dans 2/3 des cas, les missions locales n'ont pas d'information sur la réalisation effective des soins

Sur cet aspect, les comparaisons sont hasardeuses du fait d'un taux de non-réponse important variant de 12 % à 96 %.

Financements

Un montant moyen de l'enveloppe du Conseil Régional difficilement comparable

Cet aspect de l'étude quantitative est particulièrement difficile à exploiter en raison de plusieurs facteurs :

- 353 structures sur 514 n'ont pas répondu
- le calcul des montants moyens perçus par structure et par région fait apparaître des variations allant de 1500 euros à 76 000 euros sans qu'il soit possible d'en fournir une explication.
- ces montants pour être exploitables nécessiteraient d'être analysés en regard des variables descriptives des missions locales : zone d'implantation, nombre de jeunes accueillis...

Au total

Nous retiendrons de cette étude quantitative les éléments suivants :

- l'excellente participation des missions locales à l'enquête traduisant leur intérêt pour la démarche
- le recours important en Bretagne aux centres d'examens de santé de la CPAM
- des tendances qui suivent la moyenne nationale en particulier sur la typologie des bénéficiaires

1.2 - Mises en œuvre de l'approche qualitative

Comité de pilotage régional

Mise en place du Comité de pilotage régional

Rappelons que la mise en œuvre de ce second volet de l'étude reposait sur la constitution dans la région d'un Comité de pilotage régional présidé par la Drass.

En Bretagne, cette instance a été composée par des membres du Comité de pilotage du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Une réunion du comité de pilotage s'est tenue à la Drass le 26 mai 2003, y ont participé en dehors de la Drass de Bretagne et de l'ORS Bretagne :

- Le Conseil Régional
- Le centre d'examen de santé CPAM de RENNES
- L'association régionale des missions locales
- La Ddass d'Ille-et-Vilaine
- La Ddass du Finistère
- Deux missions locales
- La MSA

Au cours de cette réunion, le contexte de la demande institutionnelle a été précisé, les modalités de l'étude ont été présentées et une première réflexion sur les partenaires à rencontrer a été engagée.

Il a ainsi été retenu, plutôt que de rencontrer le représentant d'une ou deux missions locales de la région, d'inviter l'ensemble des structures à une réunion d'échanges sur la thématique étudiée.

Organisation des entretiens

Rappelons que le guide d'entretien a été élaboré par le groupe projet inter-ORS, il a été validé à la fois par le comité de pilotage national et par les comités de pilotage régionaux.

Ce guide a constitué le fil conducteur des entretiens, il a cependant dû être adapté aux interlocuteurs rencontrés, leurs différents domaines d'intervention ne couvrant pas obligatoirement l'ensemble de la problématique envisagée.

La réunion des missions locales s'est déroulée le 23 septembre 2003 à Loudeac afin de faciliter le regroupement des participants.

En dehors de l'association régionale des missions locales, 15 structures sur 17 étaient représentées.

D'autre part, dans le mois précédant la réalisation des entretiens, la liste des personnes à rencontrer a été finalisée par la Drass et l'ORS Bretagne.

Un équilibre à la fois institutionnel et départemental a été recherché pour l'établissement de la liste des interlocuteurs potentiels.

Un courrier d'information a été adressé par la Drass à chacune des personnes retenues afin de leur préciser les objectifs de l'étude et les modalités pratiques de l'intervention.

Dans la semaine suivant l'envoi du courrier, les entretiens ont été programmés par l'ORS Bretagne, ils se sont déroulés entre le 26 septembre et le 13 octobre 2003 sous la forme de contacts téléphoniques ou de rencontres de visu d'une durée variant d'une vingtaine de minutes à 1h30.

Dix-sept institutions ou structures ont été interrogées dans le cadre de l'étude.

Dans certains lieux, plusieurs personnes concernées par la question ont participé à la rencontre, ce sont donc au total 22 interlocuteurs qui se sont exprimés.

Les personnes rencontrées

Au plan régional

- Drass de Bretagne : Mme DUPUIS BELLAIR, Chef de projet du PRAPS et Mme le Dr DEUGNIER, responsable de la mission santé publique
- Conseil régional : Mme TAS, chef de service formation professionnelle
- DRTE : M. BENQUET, responsable du service politiques d'insertion
- DRPJJ : M. PHILIPPOT, conseiller technique service social

Dans les Côtes d'Armor

- Ddass : Mme DENIS, assistante sociale service action de santé et Mme HERMANGE, assistante sociale lutte contre les exclusions, insertion sociale et professionnelle, FAJ

- Cram : Mme NEE, responsable du service social de la CRAM Bretagne dans les Côtes d'Armor
- Dr LARNICOL : médecin généraliste
- Centre d'examen de santé CPAM : M. le Dr BRIGAND, médecin-chef

Dans le Finistère

- Ddass : Mme SOVRANO, conseillère technique en travail social
- CLPS : Mme CHARTIER, responsable formation recherche emploi
- Ville de Brest et point H : Mme le Dr SARAUX
- DDTEFP : M. KERFRIDEN, Directeur – adjoint

En Ille et Vilaine

- Ddass : Mme POUPAULT et M. POQUERUSSE, assistants sociaux pôle d'insertion et lutte contre les exclusions
- Conseil Général 35 : Mme ABIVEN, chargée de mission insertion, Mme le Dr LEGUEN, médecin responsable santé adultes, Mme OLLIVAUX, Directrice action sociale territoriale
- Centre d'examen de santé CPAM : Mr le Dr POUCHARD, médecin-chef

Dans le Morbihan

- Ddass : Mme BARBIER, conseillère technique en travail social
- MSA : Mr le Dr PRESLE, médecin-chef médecine du travail

Notons que deux entretiens initialement prévus n'ont pu être réalisés en raison d'un changement de service pour une personne et d'une absence prolongée pour la seconde.

1.3 - Analyse des entretiens

L'analyse s'appuie sur l'émergence de points de vue convergents, exprimés par les différentes personnes sollicitées. Elle est présentée selon les axes d'analyse communs aux trois études régionales :

- Les missions locales et leur partenariat
- L'opinion des partenaires sur les visites médicales et les bilans de santé
- Les propositions des professionnels pour une évolution des dispositifs actuels

Si les deux premiers aspects permettent de dresser un tableau de l'existant, le troisième se situe dans une démarche prospective que nous avons complétée de notre analyse externe afin de répondre aux attentes des interlocuteurs rencontrés.

Les missions locales et leur partenariat

➤ Un partenariat à la fois institutionnel et fonctionnel

L'analyse des entretiens auprès des différents interlocuteurs rencontrés et l'éclairage fourni par les missions locales, permettent de différencier plusieurs niveaux dans le partenariat qui peut être d'ordre institutionnel ou fonctionnel.

• ***Le partenariat institutionnel***

Il s'exprime à partir de la mise en œuvre des politiques publiques régionales et plus spécifiquement dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, PRAPS 2.

Dans ce contexte, il est identifiable, sur l'ensemble de la région, auprès des partenaires concernés.

Sous l'égide des Ddass, les missions locales participent avec les autres partenaires locaux à la définition des actions à engager au niveau des départements et des territoires.

entretiens avec les Ddass, il est apparu qu'au-delà des objectifs généraux déclinés dans le PRAPS, sur lesquels chacun des acteurs est impliqué en fonction de son domaine d'intervention, différentes stratégies d'actions, variables selon les départements, peuvent être privilégiées dans le cadre des crédits de santé.

A titre d'exemple, une Ddass peut être conduite à financer des temps de psychologue ou de travailleur social dans les missions locales, une autre participer à la création d'un point d'accueil et d'écoute, ou à différentes actions collectives...

D'autre part, la gestion du Fonds d'Aide aux Jeunes (FAJ) co-financé par l'Etat et le Conseil Général s'inscrit également dans le partenariat institutionnel.

• ***Le partenariat « fonctionnel » plus ou moins informel***

A la différence du partenariat institutionnel, il traduit davantage les modes d'organisation locale et par conséquent n'a pas un caractère unique.

Il se décline dans des démarches plus individuelles que collectives, il peut s'agir par exemple de la prise en charge conjointe de certains jeunes par la mission locale et le service social de la CRAM ou l'infirmier départemental de la PJJ.

De même, dans des situations plus aiguës nécessitant un recours médical, plusieurs missions locales entretiennent des relations privilégiées avec des médecins généralistes ou un « point santé » quand il existe localement.

D'autres aspects de ce partenariat relèvent d'expériences locales et dépassent largement, du fait de leur diversité, le cadre de nos entretiens.

Ils traduisent les diverses organisations, plus ou moins formalisées, mises en place par les missions locales pour gérer différentes situations auxquelles elles peuvent être confrontées.

Il peut s'agir de recours facilités auprès des Centres Médico Psychologiques, de conventions de partenariat avec des professionnels de santé, des centres hospitaliers ou des associations...

Le partenariat entre les missions locales et les centres d'examen de santé de la CPAM s'inscrit également dans ce cadre dans la mesure où il s'appuie sur des adaptations locales.

Il s'est mis en place progressivement depuis 1992, date de publication de l'arrêté ministériel préconisant de rendre les bilans de santé accessibles en priorité aux populations précaires.

Actuellement les modalités de fonctionnement avec les centres d'examen de santé (CES) varient selon les endroits, cependant il semblerait que, dans la plupart des cas, le partenariat se soit formalisé entre les organismes de formation qui prennent en charge les jeunes accueillis par les missions locales et les centres d'examen de santé.

Certaines missions locales peuvent solliciter le CES directement mais ce recours apparaît globalement plus ponctuel, il concerne des jeunes pris en charge individuellement qui n'intègrent pas un processus de formation.

➤ **Un partenariat sous-tendu de quelques limites identifiables**

Nous l'avons vu précédemment, le partenariat fonctionnel des missions locales dans le champ santé est à géométrie variable en lien avec les spécificités de leur zone d'implantation, de même le partenariat institutionnel peut conduire à la mise en œuvre d'actions différentes d'une structure à l'autre.

Ce constat étant posé, les entretiens nous ont permis d'identifier quelques limites à ce partenariat, elles sont en lien avec :

• ***un manque d'échanges et de réflexion commune entre partenaires***

Les partenaires institutionnels ne perçoivent pas toujours clairement les logiques de mises en œuvre des actions et s'interrogent sur les objectifs poursuivis. La réflexion engagée par les missions locales, en amont de l'action, n'a pas suffisamment de visibilité pour les partenaires.

• ***une difficulté de positionnement de certaines institutions***

Les Ddass s'expriment sur ce point en soulignant leur absence de participation institutionnelle dans les orientations arrêtées par les missions locales dans le champ de la santé, et en particulier vis-à-vis de l'organisation des bilans de santé.

Cet état de fait n'a rien de surprenant si l'on se réfère au protocole 2000 des missions locales qui définit le cadre du partenariat local qui doit être contractualisé « avec les services chargés de l'insertion et de l'information des jeunes et les partenaires socioéconomiques... ».

Dans la liste des nombreux partenaires, les Ddass ne sont pas clairement identifiées.

• ***un manque d'évaluation des actions mises en œuvre dans le champ de la santé***

Comme nous l'avons confirmé la DRTEFP, l'activité des missions locales est évaluée principalement sur les aspects liés à l'insertion professionnelle, il n'y a pas de suivi ni d'évaluation systématisée des actions santé.

• ***un malaise exprimé par les missions locales***

Si les missions locales s'accordent pour souligner l'importance des aspects santé dans la prise en charge des jeunes, un malaise transparaît face à certaines « dérives », « nous ne sommes pas des soignants », il semble que les problèmes posés par certains jeunes deviennent de plus en plus complexes à gérer et dépassent largement le cadre de l'information, la prévention ou l'accès aux soins.

L'opinion des partenaires sur les visites médicales et les bilans de santé

L'objectif des entretiens était de recueillir l'avis des interlocuteurs sur les visites médicales et/ou bilans de santé à la fois sur les conditions de leur mise en place et en référence à la situation actuelle.

Cette approche nous a conduit à dégager les quatre axes d'analyse suivants :

➤ **Un manque de repérage réglementaire et un problème de terminologie**

Le dispositif de visites médicales tel qu'il a été défini dans la circulaire du 8 août 1985, puis conforté par les circulaires du 19 juillet 1993 et 9 juin 1994, est méconnu des interlocuteurs rencontrés.

L'implication des Ddass dans la mise en œuvre des visites médicales et le transfert de ce dossier au Conseil Régional dans le cadre de la décentralisation sont des aspects peu identifiés.

Dans quelques départements, les Ddass ont retenu les difficultés rencontrées à l'époque pour recruter les médecins susceptibles de faire les visites médicales telles que définies dans la circulaire.

Cet état de fait a entraîné, dans la conduite des entretiens, une certaine confusion vis-à-vis de la terminologie employée. En effet, actuellement il n'est plus véritablement question de « visites médicales » mais de « bilans de santé », eux-mêmes directement assimilés par la plupart des interlocuteurs aux bilans de santé de la CPAM.

Schématiquement, le terme de « visite médicale » est rattaché à la notion d'aptitude à suivre une formation, à exercer un métier alors que le « bilan de santé » est assimilé à une approche beaucoup plus globale, associant information et prévention.

Pour un certain nombre d'interlocuteurs, la visite médicale d'aptitude n'est pas repérée, seul le bilan de santé a une signification concrète.

Dans les missions locales, les visites médicales d'« aptitude » semblent rarement demandées, ce sont donc essentiellement des bilans de santé qui sont proposés aux jeunes.

Ces aspects nous conduisent au second axe d'analyse qui a trait aux objectifs poursuivis dans la mise en œuvre des dispositifs.

➤ **Une certaine confusion dans les objectifs poursuivis**

Pour tenter de préciser le cadre d'origine des visites médicales et /ou des bilans de santé, il est intéressant de se référer à la circulaire de 1985 qui évoquait deux aspects :

• *« la prise en compte de la santé par rapport à des objectifs professionnels » : il était demandé de « systématiser une visite médicale d'aptitude pour les jeunes bénéficiant de stages afin de déceler des contre-indications médicales éventuelles du jeune à suivre les formations et à dépister les problèmes de santé qui empêchent ou réduisent ses possibilités d'insertion professionnelle ».*

• *« la prise en compte des problèmes de santé en général : faire en sorte que le jeune prenne en charge lui-même sa santé et que l'accès aux soins lui soit ouvert. », sur cet aspect, il était demandé aux Ddass et aux missions locales de proposer un dispositif « afin de mieux prendre en charge la santé de ces jeunes par le biais de bilans de santé ».*

Dans les circulaires parues les années suivantes, en particulier celle du 30 avril 1990, il est réaffirmé dans les objectifs de la visite médicale proposée aux jeunes de 16 à 25 ans que « les objectifs premiers sont de déceler les contre-indications éventuelles à une formation et de repérer des pathologies que des conditions de travail déterminées risquent d'aggraver, et que secondairement « la visite médicale est conçue plus largement comme un moyen de mieux appréhender les problèmes de santé des jeunes et leurs préoccupations en la matière, de les sensibiliser à leur santé et à l'hygiène de vie comme données essentielles de leur existence quotidienne et de les aider à les prendre en charge. »

Les bénéficiaires sont clairement identifiés dans les différentes circulaires, il s'agit des jeunes de 16 à 25 ans qui engagent un parcours d'insertion en vue soit d'un accès direct à l'emploi soit d'un engagement dans un parcours de qualification dans le cadre des crédits formation individualisés.

A partir de 1995, période de mise en œuvre du transfert de compétence de l'Etat aux Conseils Régionaux, il n'apparaît plus dans les circulaires de précisions sur les objectifs des visites médicales.

Concrètement, lorsque l'on étudie la situation actuelle au travers des entretiens en les situant dans la perspective des circulaires antérieures à 1995, il apparaît que le cadre initial a évolué au gré des organisations mises en œuvre localement et en fonction également des partenaires concernés dont les attentes peuvent varier.

La notion d'« aptitude » est évoquée par les organismes de formation mais également par des travailleurs sociaux qui ont été confrontés chez des jeunes à des arrêts de maladie, dès le début du stage, pour des problèmes d'inaptitude physique non repérés en amont ou, des difficultés d'adaptation d'ordre psychologique.

Parallèlement, certains modes d'organisation semblent en décalage avec les objectifs réglementaires initiaux dans la mesure où deux types d'examen sont réalisés.

Ainsi dans certains organismes de formation, le bilan du centre d'examen de santé de la CPAM est proposé à tous les stagiaires qu'ils soient en pré-professionnalisation ou en professionnalisation, mais il est également demandé à tout jeune entrant en formation un « certificat médical d'aptitude » établi par un médecin de leur choix.

Dans ce cas, le certificat médical semble se référer aux objectifs de la « visite médicale » d'« aptitude », le bilan du CES se situant dans l'approche santé globale.

Dans d'autres centres de formation, il semblerait que soit demandé un certificat émanant de la médecine du travail.

Cependant, ainsi que nous l'a confirmé le médecin du travail contacté, la fiche d'aptitude n'a de valeur que pour les jeunes sous contrat de travail ou pour les apprentis et les jeunes en contrat de qualification.

Ces quelques exemples illustrent une diversité de situations qui nécessiterait à elle seule de nombreux entretiens complémentaires pour aboutir à une vision véritablement précise des modalités de fonctionnement mises en place.

Cependant, il semble qu'il règne une certaine confusion entre d'une part, la nécessité pour certains partenaires de disposer pour des jeunes d'un certificat d'aptitude à un métier, ce qui suppose à priori que le stage de formation soit effectivement qualifiant, et d'autre part la volonté de proposer aux jeunes des bilans de santé s'inscrivant dans une prise en charge plus globale.

➤ **Des interrogations et des réserves vis-à-vis des bilans de santé**

Comme nous l'avons précédemment détaillé, les opinions des interlocuteurs rencontrés se sont essentiellement référées aux bilans de santé réalisés par les centres d'examens de santé de la CPAM.

Si les aspects positifs des bilans de santé sont soulignés et nous les évoquerons dans le point suivant, en revanche plusieurs partenaires s'interrogent sur deux aspects principaux :

• ***Le bilan de santé est-il adapté à ces jeunes ?***

Pour quelques interlocuteurs, le bilan de santé ne s'inscrit pas véritablement dans une prise en charge globale du jeune, c'est une photographie à un temps T qui ne prend pas suffisamment en compte l'environnement de l'individu dans sa globalité et qui surtout pose un problème de continuité de la prise en charge.

D'autre part, l'ensemble des interlocuteurs rencontrés a largement insisté sur l'importance des difficultés d'ordre psychologique rencontrées chez ces jeunes, dans ce cadre, le bilan proposé par les CES apparaît aux partenaires extérieurs comme non opérant pour la gestion de ce type de problèmes qui nécessite soit une prise en charge rapide, soit un accompagnement prolongé du jeune, voire les deux.

Enfin, le contenu du bilan lui-même pose question, les jeunes ont-ils véritablement besoin d'un examen physique aussi complet et à quel coût ?

Notons que sur cet aspect, les médecins des CES ont souligné les adaptations réalisées ces dernières années dans le contenu des bilans de santé qui prennent de plus en plus en compte les particularités individuelles.

• ***Le bilan de santé doit-il être proposé à tous les jeunes et avec quelle fréquence ?***

Cette question se réfère à des modes de fonctionnement mis en place dans quelques missions locales où le bilan est proposé systématiquement à tous les jeunes, dans d'autres lieux ce systématisme n'est pas le fait des missions locales mais des organismes de formation, enfin des situations intermédiaires peuvent se rencontrer.

De même, la question de la fréquence est évoquée, certains jeunes ont accès à ce bilan tous les ans, est-ce véritablement nécessaire ou justifié ?

Des constats plutôt que des interrogations sont également mis en avant :

• ***L'organisation n'est pas homogène au niveau de la région***

Il apparaît que l'organisation des bilans varie selon les endroits, ce qui semble préjudiciable aux jeunes de l'avis des institutions et des missions locales.

Concrètement, si les bilans de santé font l'objet dans la majorité des cas d'une réunion préparatoire ou pré-bilan et d'une réunion post-bilan, les différences se situent au niveau des intervenants qui varient selon les lieux.

Plusieurs interlocuteurs soulignent à ce sujet l'importance de la sensibilisation et de la formation des intervenants, gage d'efficacité de ces réunions.

- ***la prise en charge des ressortissants de la MSA est variable***

D'une manière générale les ressortissants de la MSA n'ont pas accès aux bilans de santé de la CPAM, ce qui pose problème dans les centres de formation qui le proposent systématiquement à tous les stagiaires.

Dans ces situations soit les jeunes affiliés à la MSA n'ont pas accès aux bilans, soit des « montages » locaux ont été mis en place afin de ne pas « pénaliser » les jeunes, mais ils ne s'appuient sur aucun positionnement institutionnel et varient donc d'un endroit à l'autre.

- ***Le suivi post-bilan des jeunes est défaillant***

Sur ce point, tous les interlocuteurs se rejoignent, le bénéfice du bilan de santé est fortement altéré dès lors qu'il n'y pas de relais local dans la prise en charge du jeune.

Les médecins responsables des CES ont souligné l'importance de cette question, conscients des limites de leur intervention si la prise en charge ultérieure n'est pas assurée.

Il peut exister des dispositifs locaux comme les relais santé. Le relais H à Brest en est une illustration concrète, il est positionné dans le réseau pour la prise en charge et le suivi des jeunes, cependant les résultats obtenus résultent de la construction progressive d'un partenariat local.

Ailleurs d'autres modalités sont mises en place, ainsi à St Brieuc les assistantes sociales de la CRAM se rendent au CES afin d'assurer le suivi des jeunes.

quand le suivi ne dépend que des médecins traitants à qui sont transmis, à la demande des jeunes, les résultats du bilan, la mise en œuvre est plus aléatoire.

Au total, il semble que l'ensemble de ces questions ou remarques exprimées à des niveaux divers d'implication des partenaires, traduisent le manque d'échanges et de réflexion commune sur les dispositifs proposés aux jeunes.

En effet, de nombreux points pourraient être éclaircis localement à partir d'une mise à plat des attendus de chacun vis-à-vis de ces problématiques.

➤ **Les aspects positifs des bilans de santé**

Ils se déclinent selon deux approches l'une liée aux jeunes, l'autre aux professionnels :

- ***Les aspects positifs liés aux jeunes***

La prise en charge de leur santé ne fait pas partie des priorités de ces jeunes, de plus ils ont peu l'habitude de consulter un médecin, le bilan de santé apparaît donc comme une possibilité de faire le point, de déceler d'éventuels problèmes de santé.

Ces bilans proposés dans le cadre des stages de formation bénéficient d'une dynamique de groupe, les jeunes stagiaires se rendent ensemble au centre d'examen de santé ce qui favorise leur adhésion, cet aspect est conforté par le fait que dans le cas contraire des jeunes convoqués individuellement, l'échappement est plus manifeste.

Enfin, cette étape dans la prise en charge est l'occasion de réaliser une mise à jour des droits des jeunes.

- ***Les aspects positifs liés aux professionnels***

Pour les missions locales, les bilans de santé apparaissent comme « un levier » du volet santé, sur lequel il est possible de s'appuyer dans la démarche engagée avec les jeunes. Plusieurs expériences locales traduisent les possibilités de partenariat entre différents professionnels, elles sont articulées autour du centre d'examen de santé ou de ses antennes et permettent de renforcer les liens et l'efficacité du réseau.

➤ **Les problèmes non résolus par les dispositifs actuels**

Deux types de problèmes émergent des différents entretiens :

- ***Le recours immédiat en dehors des situations d'urgence***

Dans certaines situations non urgentes, une prise en charge de proximité serait adéquate, elle semble exister dans certains endroits, mais repose le plus souvent sur des arrangements informels qui ne sont pas totalement satisfaisants en terme de pérennisation du recours.

Les missions locales ont évoqué leurs difficultés à intégrer dans leur réseau ce type de recours qui peut s'avérer nécessaire à l'issue d'un entretien avec un jeune.

- ***La prise en charge psychologique des jeunes***

Cet aspect a été souligné à plusieurs reprises dans les entretiens, différemment selon les domaines d'intervention des interlocuteurs.

Au plan institutionnel, les Ddass sont confrontées à cette question dans la mesure où elles sont sollicitées pour financer des postes de psychologues dans les missions locales. Les réponses apportées varient selon les endroits.

Les missions locales et les services sociaux pointent les difficultés liées à la prise en charge : délais d'attente pour les consultations dans les centres médico-psychologiques, manque de relais local...

Dans les centres d'examen de santé, ces questions sont également évoquées et prises en compte selon différentes modalités : mise en place de consultations de psychologue, abord psychologique renforcé dans le cadre des bilans...

En médecine générale, les difficultés liées à la prise en charge psychologique sont également pointées.

Transversalement à ces différentes appréciations, il est évoqué la nécessité d'un suivi au long cours des jeunes en grandes difficultés, de ce fait les problèmes se situent au niveau de la mise en oeuvre d'une prise en charge s'inscrivant dans la durée.

Les propositions des professionnels pour une évolution du dispositif actuel

Elles se situent à la fois au niveau du cadrage général et au niveau de la mise en oeuvre pratique.

Pour chacun de ces points afin d'éclairer les propos énoncés, nous développerons notre analyse externe sous la forme d'un commentaire en italique.

➤ **Un cadrage général à préciser**

• *Au plan réglementaire*

Dans la continuité des opinions exprimées, les missions locales comme leurs partenaires souhaitent une clarification des objectifs assignés aux dispositifs proposés aux jeunes, ainsi que des précisions sur les jeunes prioritairement concernés.

Analyse ORS Bretagne :

Cela a été constaté dans les entretiens, si les modes d'organisation varient selon les endroits, le souci constant est bien de proposer une prise en charge efficace aux jeunes, cependant l'absence d'un référentiel clair peut conduire à la mise en place de processus plus compliqués que nécessaires et plus ou moins bien compris des partenaires.

Au niveau du contenu, les aspects liés à la notion d'aptitude ou d'« adaptabilité » sont très certainement à approfondir en s'interrogeant sur les critères à prendre en compte : facteurs psychologiques, capacités physiques, engagement dans une formation professionnelle précise ou non...

De même, l'analyse de l'existant, et plus particulièrement de l'apport des bilans des centres d'examen de santé, constitue une base de réflexion particulièrement riche pour définir un cadre plus précis.

• *Au plan institutionnel*

La demande institutionnelle se situe sur une définition plus précise du rôle de chacun.

Analyse ORS Bretagne :

Du fait de leurs domaines d'intervention, les missions locales sont amenées à envisager chaque situation des jeunes dans ses différentes composantes, la santé étant l'une d'elles.

Il semble que l'une des difficultés actuelles réside dans le dimensionnement de la prise en charge des problématiques liées à la santé.

Une réflexion apparaît nécessaire à ce niveau sous réserve qu'elle s'appuie sur les expériences locales.

Les interrogations de l'Etat vis-à-vis de ces dispositifs sont bien en lien avec cet aspect, il n'est pas actuellement dans les missions des Ddass de donner un avis sur l'organisation des bilans de santé proposés aux jeunes.

En revanche leur implication dans la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins et leur soutien aux actions de santé mises en œuvre par les missions locales les situent au centre de ces questions.

De même, le Conseil Régional qui a intégré les visites médicales dans le programme « mesures d'accompagnement de la formation » a bien souligné que son investissement au moment du transfert de compétences s'était essentiellement concentré sur la formation.

Concernant les visites médicales, le choix à l'époque a consisté à laisser fonctionner les systèmes mis en œuvre faute d'une appréciation suffisamment claire de leurs objectifs réglementaires.

Actuellement son rôle par rapport aux aspects santé est centré sur l'évaluation financière des versements effectués dans le cadre de l'enveloppe globale annuelle, l'analyse qualitative des actions engagées demeurant limitée faute de critères précis.

Au-delà de ces aspects, la question de l'évaluation des actions mises en œuvre apparaît comme un objectif à prendre en compte dans l'évolution des dispositifs.

- ***Au plan des aspects financiers***

Sur ce point, les missions locales et leurs partenaires sont également demandeurs de clarification.

Les versements de subvention sont définis par convention entre le Conseil Régional et les missions locales, cependant ces dernières souhaiteraient davantage de visibilité quant à la répartition des enveloppes et à la définition des critères conduisant à la prise en charge d'actions ou non.

Le Conseil Régional pour sa part souhaite également que soit défini le contenu des actions à financer, visites médicales ou non.

Analyse ORS Bretagne :

Ces aspects rejoignent le point relatif à la réglementation, en l'absence d'un référentiel précis, les décisions se fondent obligatoirement sur une analyse au cas par cas qui ne satisfait aucun des partenaires concernés.

➤ **Une mise en œuvre locale à optimiser**

- ***Par la formation des professionnels***

Les missions locales s'accordent pour privilégier cette évolution dans la prise en charge des jeunes, la formation des conseillers pour repérer les situations à problème apparaît comme une solution alternative à la création de poste de référent santé.

La formation des encadrants dans les stages de formation est également mise en avant dans les entretiens, elle constitue un facteur favorisant pour relayer efficacement auprès des jeunes les bilans de santé.

Analyse ORS Bretagne :

Pour aller dans le sens de cette orientation, l'élément fondamental est d'éviter que le bilan de santé soit déconnecté du reste de la démarche proposée aux jeunes.

Ceci suppose qu'en amont soient repérés les jeunes qui justifient d'un bilan et qu'en aval, le suivi de la prise en charge puisse être réalisé par un professionnel proche du jeune.

- ***En favorisant les échanges entre partenaires et la contractualisation des processus***

A été évoqué dans les deux premières parties de l'analyse le manque d'échanges et de réflexion commune des partenaires sur ces problématiques, plusieurs interlocuteurs font le même constat et souhaitent une mise en commun des expériences et une plus large concertation.

Au-delà de cette étape, il a été également souligné la nécessité de contractualiser les partenariats afin de les rendre à la fois plus visibles et plus pérennes. `

Parallèlement la volonté de s'appuyer sur des actions collectives s'est également exprimée.

Analyse ORS Bretagne :

Les partenariats locaux fondent leur efficacité sur des échanges construits entre professionnels comme en témoignent les quelques démarches en réseau évoquées par plusieurs interlocuteurs.

De même, les blocages constatés, telles par exemple les difficultés de prise en charge des jeunes ressortissants de la MSA, pourraient trouver une amorce de résolution à partir d'une réflexion et d'une analyse commune engagées par les partenaires concernés. Enfin, le souhait d'une contractualisation entre partenaires rejoint celui de disposer d'un cadre réglementaire plus précis.

• *En analysant les besoins et les réponses à y apporter*

Pour de nombreux interlocuteurs, l'analyse des besoins fait émerger les aspects liés à la prise en charge des jeunes dans le prolongement des bilans de santé et les difficultés de mise en œuvre d'un soutien psychologique.

Quelques propositions ont été émises, telles la mise en place de « cellule de soutien psychologique », la création de « lieux de suivi », de « relais de proximité ».

D'autre part, le souhait des institutions est que les dispositifs s'intègrent à la politique locale et s'articulent avec l'existant, ainsi les infirmières des CDAS ont été citées comme pouvant intervenir auprès de ces jeunes dans la suite du bilan de santé.

Sur des aspects plus collectifs, la nécessité de développer l'éducation à la santé et d'intégrer cette dimension dans le contenu des stages de formation a été mise en avant par plusieurs interlocuteurs.

Analyse Ors Bretagne :

Chacune des personnes rencontrées a, selon son cadre d'intervention, engagé une réflexion vis-à-vis des problématiques liées aux jeunes accueillis dans les missions locales et plus spécifiquement aux intérêts et limites des bilans de santé tels qu'ils sont pratiqués actuellement.

L'étape suivante consistera véritablement à mettre en commun le fruit de ces différentes analyses, afin de faire évoluer le dispositif dans une démarche partenariale élaborée.

En conclusion

L'analyse des entretiens réalisés auprès des professionnels de la région, nous a permis de dégager des tendances qui devraient aider à la réflexion engagée au niveau national.

Les points de vue exprimés, qui vont fortement dans le sens d'une demande de clarification du cadre réglementaire, s'inscrivent dans la logique de définition d'un cahier des charges concernant les visites médicales proposées aux jeunes.

Au-delà de cet aspect, une démarche plus locale devrait pouvoir se mettre en place, de nombreux professionnels rencontrés y étant tout à fait favorables. Elle permettrait, dans le prolongement de cette étude, d'approfondir les différents points mis en exergue et d'apporter des éléments de réponses aux questions soulevées.

En appui à cette démarche, la prise en compte de ces problématiques, dans la mise en œuvre des politiques publiques régionales, aurait un caractère facilitant notamment dans la contractualisation des partenariats.

2 - Midi-Pyrénées

2.1 - Approche quantitative

Etat du dispositif dans les huit départements

Presque toutes les missions locales ont répondu à l'enquête : 10 questionnaires sur 11 ont été renseignés dans la région.

Taux de réponse à l'enquête

	nombre de réponses	nombre de structures	taux de réponse %
Midi-Pyrénées	10	11	90,9
France	514	553	92,9

Source : Enquête Fnors - 2003

Un « volet santé » dans toutes les missions locales de la région, mais seulement 6 missions locales qui assurent des visites médicales

Toutes les missions locales de la région qui ont répondu à l'enquête ont déclaré avoir mis en place un volet santé parmi leurs activités, ce qui n'est pas le cas dans toutes les régions (la moyenne nationale s'établissant à 87 %), en particulier dans les régions où il existe des PAIO qui n'interviennent pas dans ce champ.

Parmi les activités menées dans ce volet santé, les actions concernant la couverture sociale et la mutualisation représentent 21,9 % de l'ensemble des activités citées (13 % en moyenne nationale). L'accompagnement psychologique concerne 18,8 % de l'ensemble des actions (17,2 % en moyenne nationale) et les visites médicales ou bilans de santé 18,8 % contre 24,3 % en moyenne nationale.

Les actions de prévention et les modules d'éducation pour la santé représentent respectivement 15,6 % et 9,4 % de l'ensemble des actions.

Activités menées par les missions locales dans le cadre du volet santé (en %)

	actions de prévention	module éducation pour la santé	accomp. psychol.	actions de couverture sociale et mutualisation	visites médicales ou bilans de santé	études sur la santé des jeunes	lieu ressource espace santé	autres
Midi-Pyrénées	15,6	9,4	18,8	21,9	18,8	3,1	9,4	3,1
France	20,6	8,1	17,2	13,0	24,3	3,5	10,2	3,1

Source : Enquête Fnors - 2003

Au total, sur l'ensemble des 10 missions locales de la région :

- seules les 6 missions locales de Toulouse, de Haute-Garonne, du Gers, du Lot, du Tarn Sud et du Tarn et Garonne proposent des visites médicales et/ou des bilans de santé aux jeunes qu'elles suivent ;
- 7 structures assurent l'ouverture des droits et/ou une action de mutualisation ;
- 6 missions locales (Millau, Toulouse, Mission rurale Haute-Garonne, Cahors Bagnères, Albi) proposent un accompagnement psychologique.

La première attente des missions locales de la région vis-à-vis de ce dispositif : faciliter l'accès aux soins

Les missions locales ont été interrogées sur leurs attentes vis-à-vis des visites médicales et/ou bilans de santé. Cinq missions locales sur les six qui développent un volet santé souhaitent avant tout que ce dispositif favorise l'accès aux soins pour des jeunes souvent éloignés du système de santé en permettant d'établir un contact avec un médecin ; cette première attente est retrouvée dans plus de la moitié des régions.

L'une des attentes le plus souvent formulée ensuite (4 structures sur 6) est le repérage des contre-indications médicales liées à l'exercice d'un métier : ces visites permettent de déceler chez certaines jeunes des caractéristiques qui constituent des handicaps pour l'exercice du métier qu'ils ont choisi (problème de vue, de dos, vertiges...). Cette deuxième attente est aussi enregistrée dans 12 autres régions.

Mais 4 missions locales sur 6 attendent également de ces visites qu'elles « fassent de la prévention » et qu'elles « réalisent un examen médical général ».

Des bilans de santé réalisés le plus souvent dans les centres d'examens de santé de la CPAM

Seules les missions locales de Toulouse et de Haute-Garonne ont pu développer un dispositif de visites médicales assurées par le médecin de l'Association Prism. Ces visites se déroulent dans les locaux de la mission locale, dans un espace santé local ou dans les organismes de formation.

Pour faire réaliser un « bilan de santé » aux jeunes qu'ils accueillent, les missions locales de la Haute-Garonne, du Lot, du Tarn Sud et du Tarn-et-Garonne font appel aux centres d'examens de santé de la CPAM.

Ces constats sont comparables à ceux que l'on observe sur l'ensemble des régions françaises : dans deux-tiers des régions, les bilans de santé sont habituellement organisés en collaboration avec les centres d'examens de santé de la CPAM.

On notera que la mission locale du Gers fait parfois appel à un généraliste pour réaliser des « visites médicales » (28 en 2001).

1058 visites médicales ou bilans de santé réalisés en 2001

Ces visites ou bilans sont répartis comme suit :

- mission locale de Toulouse : 600 visites médicales ou bilans de santé

- mission locale de la Haute-Garonne : 125 visites médicales et 130 bilans de santé
- mission locale du Gers : 28 visites médicales réalisées par des médecins généralistes
- mission locale du Tarn Sud : 32 bilans spécialisés (réalisés par un médecin généraliste) ou bilans de santé (CPAM)
- mission locale de Tarn-et-Garonne : 143 bilans de santé (CPAM)

D'une façon générale, les visites médicales sont proposées à des jeunes qui entrent dans un processus d'insertion ou de formation ; les bilans de santé sont conseillés à ces mêmes jeunes, mais ils peuvent être également proposés à tout jeune accueilli à la mission locale.

Une information systématique par la mission locale sur la possibilité de bénéficier d'une visite médicale ou d'un bilan de santé

Dans toutes les structures, les missions locales informent les jeunes de la possibilité de réaliser une visite médicale ou un bilan de santé. Cette proposition est faite aux jeunes :

- au cours d'un entretien avec conseiller de la mission locale : 6 structures sur 6 ;
- lors d'une réunion de sensibilisation avec partenaires extérieurs (le plus souvent par la CPAM) : 5 structures sur 6 ;
- par le relais d'organisme de formation : 4 structures sur 6 ;
- par le relais des foyers de jeunes travailleurs ;
- par le relais des travailleurs sociaux ;
- par courrier aux familles.

Une préparation à la visite médicale ou au bilan de santé dans seulement deux départements

La préparation à la visite médicale ou au bilan de santé est réalisée seulement dans le Gers et la Haute-Garonne : à travers des entretiens individuels ou des réunions collectives, « réunions santé », réalisées par l'Association PRISM en Haute-Garonne ; par un médecin généraliste dans le Gers intervenant en lien avec la CPAM.

Des modalités et des suites données différentes selon les départements

Les bilans de santé réalisés dans les centres d'examen de santé de la CPAM suivent tous un protocole médical, même s'il n'est pas spécifiquement adapté aux jeunes. L'association PRISM a mis en place son propre protocole médical.

Les suites données à l'issue de la visite ou du bilan sont différentes selon les structures :

- missions locales de Haute-Garonne et de Montauban : seul le jeune est destinataire du compte rendu ;
- mission locale de Castres : le jeune et le médecin traitant reçoivent le compte rendu ;
- missions locales de Toulouse et d'Auch : le jeune, le médecin traitant et la mission locale sont destinataires du compte rendu.

Parfois, les médecins qui pratiquent les visites médicales ou les bilans de santé adressent une fiche à visée statistique aux missions locales ; c'est le cas pour les missions locales de Toulouse, de Haute-Garonne, d'Auch et de Castres ; en Haute-

Garonne, l'association PRISM fait également le lien avec la CPAM et le Conseil Régional.

Les dispositions prises auprès des jeunes à la suite de la visite médicale peuvent concerner :

- une prise de rendez-vous : 3 structures sur 6 (Toulouse, Auch, Castres) ;
- une recherche d'aide financière : 3 sur 6 (Toulouse, Auch, Castres) ;
- un accompagnement sur les lieux de soins (Toulouse).

Dans les autres cas, la poursuite des soins est laissée à l'initiative des jeunes.

Dans la majorité des cas, les missions locales ne sont donc pas informées de la réalisation effective des soins.

2.2 - Mise en œuvre de l'approche qualitative

Comité de pilotage régional

En Midi-Pyrénées, la réalisation de la recherche action a été encadrée par un comité de pilotage animé par l'Association régionale des missions locales et composé de représentants des missions locales de la région, du Conseil régional, de la DRTEFP, de la Drass, de l'Assurance maladie et de l'URML. Ce comité a posé comme principes de :

- situer la recherche-action dans une perspective de promotion de la santé et non pas seulement de repérage des inaptitudes des jeunes concernés.
- construire un terrain d'entente entre tous les partenaires dans le cadre d'un accompagnement santé, afin d'élaborer des propositions pour les dispositifs régionaux plus efficaces.

Organisation des entretiens

La liste des partenaires institutionnels régionaux et départementaux à interroger a été définie avec le comité de pilotage.

Un courrier conjoint de l'ORS et de l'Association régionale des missions locales a été envoyé à tous les partenaires devant être interrogés pour les informer de la démarche.

Ces entretiens avaient pour objectifs de recueillir des informations sur leur implication dans le domaine de l'insertion et de la santé des jeunes, de dégager ce que sont, selon eux, les forces et les faiblesses du dispositif des visites médicales et des bilans de santé, et de rechercher ensemble les nouveaux cadres qui pourraient être mis en place pour optimiser le dispositif et faciliter sa cohérence.

Une première analyse des entretiens a été présentée et mise en débat au comité de pilotage ; cela a permis de dégager ensemble des pistes de réflexion pour proposer des orientations.

Treize entretiens ont été réalisés ; ils ne peuvent pas être considérés comme représentatifs d'un positionnement institutionnel extrapolable au niveau régional ; ils ne

sont que le reflet d'un contexte et d'une dynamique locale particulière. Ainsi, dans ce rapport, sont présentés les points de vue convergents, les sujets à débat, les idées et les propositions émises, susceptibles d'alimenter la réflexion régionale pour une redéfinition ou une réorientation de l'approche santé dans les missions locales et de la place que peuvent y prendre les visites médicales et/ou les bilans de santé.

Personnes rencontrées

Conseil Régional : M. SIMON, Responsable de la Formation
Conseil Régional, antenne de l'Aveyron : Mme REYNES, Responsable de l'antenne
Ddass du Tarn : Mmes PREVOT et ARENE, Pôle social
Ddass de la Haute-Garonne : Mme FAURROUX, Pôle social
Ddass de Tarn et Garonne : Mme RISPE, Actions de santé
Conseil Général de la Haute-Garonne : Mme le Dr TUC PERISSIER, Responsable des Actions de Santé
Conseil Général du Tarn : Mme BILERY, Adjointe du responsable à la mission protection de l'enfance
CPAM de la Haute-Garonne : Mme le Dr GUILLEBAUD, Responsable du centre d'examens de santé
CPAM du Tarn : Mme MONNIER, Responsable du centre d'examens de santé
MSA du Tarn : Mme ESCAFFIT, Chargée d'études en action sociale
Inspection Régionale du Travail : Mme le Dr EHSTER, Médecin Inspecteur Régional.
Et
Association PRISM (opérateur du dispositif « visites médicales » en Haute-Garonne) : M. FIERRO, Directeur
Mission locale du Tarn Nord : Mme GARCIA, Référente santé

2.3 - Analyse des entretiens

Les missions locales et leur partenariat

Un partenariat tant institutionnel que de terrain

Les missions locales ont noué autour d'elles de solides liens avec leurs partenaires. Ce partenariat est à la fois institutionnel et de terrain : institutionnel, car les différents partenaires interrogés, en particulier, CPAM, Ddass et Conseil général, sont membres des instances délibératives de la mission locale, voire de commissions thématiques qu'elles ont mises en place (commission santé dans le Tarn Nord).

De plus, les professionnels des missions locales et des institutions se retrouvent dans les différents lieux de concertation mis en place dans le cadre des politiques départementales. Le partenariat est également de terrain car plusieurs dispositifs sont

co-gérés : TRACE, FAJ... ; des collaborations concrètes se nouent également pour la réalisation d'actions ponctuelles : actions de santé, information, petits déjeuners...

Une absence de réflexion partenariale autour du dispositif « visites médicales » ou « bilans de santé »

L'ensemble des partenaires interrogés ont eu l'occasion d'aborder avec les missions locales les problèmes de santé des jeunes, obstacles à leur insertion sociale et professionnelle, que ce soit dans des commissions santé mises en place par les missions locales ou bien dans des groupes de travail se réunissant dans le cadre de programmes ou dispositifs pilotés par d'autres instances départementales (Etat, Conseil général).

Il n'y a cependant eu aucune réflexion partenariale sur le dispositif « visites médicales » ou « bilans de santé » : sa pertinence, les conditions de sa mise en œuvre, les améliorations à y apporter n'ont jamais été débattues...

Au mieux il y a eu une concertation avec la CPAM ou la Mutualité sociale agricole pour organiser l'accès au bilan de santé des jeunes accueillis par la mission locale avec même, à certains endroits, la formalisation d'outils de liaison. Mais il n'y a pas de confrontation avec les autres partenaires sur les résultats, les limites du dispositif, les orientations à lui donner etc. Même si les partenaires savent que les missions locales s'intéressent à la santé, très peu connaissent les modalités concrètes de leur implication dans ce champ.

L'opinion des partenaires sur les visites médicales et les bilans de santé

Peu de partenaires ont une vision claire du dispositif « visites médicales » ou « bilans de santé » mis en œuvre par les missions locales et quasiment aucun ne fait la différence entre ces deux dispositifs. Cependant, certains partenaires, en raison de leur implication professionnelle propre, ont une perception des points forts et points faibles de ce type d'intervention, et tous ont une opinion sur l'approche santé auprès des jeunes en insertion. On peut ainsi dégager quelques consensus sur les facteurs susceptibles de favoriser ou de limiter les diverses démarches de santé auprès de ce public.

Les facteurs favorisant

...l'accès à la visite médicale ou au bilan de santé et leur pertinence

- Intégrer la visite médicale ou le bilan de santé dans le déroulement du stage favorise l'adhésion des jeunes, d'une part parce que le fait d'avoir un public captif facilite la préparation collective à la démarche, d'autre part parce que, dans ce cas là, le bilan de santé est perçu par le jeune comme une étape essentielle de son parcours d'insertion, au même titre que les autres modules.
- La formalisation d'un partenariat entre mission locale et centre d'examen de santé (notamment à l'aide d'outils de liaison) a en général facilité le suivi et l'accompagnement du jeune à l'issue du bilan : soit la mission locale s'en charge, soit le service social de la CRAM.

- Mais le partenariat mission locale/CPAM n'est pas suffisant. Pour que le bilan de santé ait un sens, il faut qu'il y ait ensuite un accompagnement vers les soins et un suivi : ceux-ci ne sont réellement possibles que si la mission locale a pu se constituer un réseau de professionnels ressources susceptibles d'être interpellés rapidement et d'apporter des réponses adaptées.

.....la mise en place d'une démarche santé

- L'identification au sein des missions locales de « référents santé » signe une sensibilisation de la structure à cette thématique ; ces référents sont garants de la prise en compte de la santé au sein de la structure et par les conseillers techniques ; ils facilitent aussi la recherche de partenaires ressources à l'extérieur de la mission locale.
- Le premier accueil est déterminant pour « accrocher » le jeune ; seule une formation peut permettre aux accueillants d'aborder, à ce moment-là des questions de santé.
- L'organisation d'actions collectives, type « ateliers santé », comme le CODES a pu en mener en Tarn-et-Garonne, semble favoriser une sensibilisation à la santé susceptible d'entraîner ensuite des démarches plus individuelles. Ces ateliers portent en général sur des problèmes identifiés par les jeunes eux-mêmes (sommeil, contraception, nutrition...) et font appel à des techniques inter-actives (théâtre, création artistique...) ; cela nécessite néanmoins que l'animation soit faite par un professionnel formé.
- Le recours possible à un psychologue au sein de la mission locale ou auprès d'un organisme extérieur. En effet, les problèmes de mal être ou de santé mentale sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les conseillers techniques des missions locales. Le fait de pouvoir, sans délai, proposer au jeune un entretien avec un psychologue peut être l'amorce d'une démarche de santé plus globale et plus durable. C'est aussi une « solution » pour le conseiller technique qui n'est pas formé pour répondre à ce type de problème. Ces démarches ont été formalisées dans le Lot (permanence de psychologue dans les locaux de la mission locale) et en Haute-Garonne (recours à l'association PRISM).

Les facteurs limitant l'adhésion des jeunes au bilan de santé et d'une façon plus générale à une démarche de santé tiennent :

- **... aux jeunes eux-mêmes....**

Les jeunes, en général, se soucient peu de leur santé car le plus souvent ils vont bien. C'est également vrai pour la majorité des jeunes en situation de précarité. Quant à ceux qui ont des problèmes de santé, soit ils n'en ont pas conscience, soit cette problématique leur paraît secondaire par rapport à « la galère » qu'ils vivent (pas de logement, de revenus...). Il est difficile dans ce contexte de les faire adhérer à une démarche de santé : bilan de santé, amorce de soins, suivi...

Tous les partenaires interrogés soulignent d'autre part l'importance et la fréquence des problèmes de souffrance psychologique chez les jeunes auxquels ils ont affaire. Ce sont

le plus souvent ces problèmes qui font obstacle à la démarche d'insertion et leur prise en charge reste difficile :

- difficulté à faire prendre conscience aux jeunes de problèmes de cette nature ;
- manque de réactivité du secteur psychiatrique : délais de rendez-vous trop longs entraînant l'abandon de la démarche de soins, « renvoi de balle » entre la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile, structures en surcharge...
- difficulté d'accès à des consultations de psychologues qui ne sont pas remboursées.

- **...à la mission locale...**

La mission locale n'est pas repérée par le public et par les partenaires comme un lieu ressource en matière de santé. Les missions locales ont pour vocation première de s'occuper de l'emploi des jeunes et ce n'est que parce que les problèmes de santé interféraient dans les parcours d'insertion qu'elles se sont intéressées à la santé et elles ne l'ont pas fait de manière homogène. Certaines d'entre elles ne font pas toujours de la santé une priorité ; dans ce cas, les jeunes sont « mollement » incités à faire un bilan de santé ou une visite médicale. La formation et la motivation des personnels sont primordiales dans ce domaine. De plus, après le bilan de santé, l'accompagnement vers les soins et le suivi sont difficiles à organiser pour une mission locale qui doit se constituer un réseau qui échappe un peu à son « partenariat naturel ».

Par ailleurs, les jeunes les plus désinsérés ne s'adressent pas à la mission locale : comment les repérer ? les amener à une démarche santé ? les représentants des conseils généraux interrogés disent qu'ils peuvent être des partenaires en matière de repérage, à travers les circonscriptions d'action médico-sociale qui touchent un public plus large.

- **...ou au dispositif « bilan de santé »...**

- L'accessibilité géographique au centre d'examen de santé n'est pas toujours effective ; elle est souvent difficile en dehors des chefs lieux de département. D'autre part, il y a des départements, comme l'Aveyron, où il n'y a pas de centre d'examen de santé et pas de solutions de substitution.
- Certains partenaires interrogés pensent que le contenu du bilan de santé n'est pas adapté : les aspects psychologiques ne sont pas suffisamment abordés ; les consommations à risque sont traitées de façon moralisatrice, il manque les aspects d'hygiène de vie, nutrition, sommeil... qui sont pourtant les plus problématiques chez les jeunes ; le bilan est souvent considéré comme « un travail à la chaîne » avec une approche individuelle trop restreinte.
- L'échange d'information entre la CPAM et la mission locale sur les résultats des bilans ou les suites qui lui sont données est jugé insuffisant.

Les réflexions et les questions en débat pour une évolution du dispositif

Les visites médicales et les bilans de santé

Il y a un consensus des professionnels des missions locales pour considérer que les visites médicales peuvent être un outil d'insertion, un outil d'évaluation des « aptitudes », un outil d'accès aux soins, à condition que l'organisation du dispositif soit partenariale et s'inscrive dans la durée.

Dans ce contexte, le bilan de santé vient en complément : il permet une sensibilisation des jeunes à la santé.

L'absence de cadrage, de cahier des charges, de réflexion commune sur la place des visites médicales et du bilan de santé dans le parcours d'insertion et le fait que le budget correspondant à ces actions ne soit plus identifié spécifiquement mais « fondu » dans le budget global de la structure, sont certainement à l'origine de la « dilution » des actions santé dans de nombreuses missions locales.

Mais inversement, c'est aussi peut-être ce qui a permis de diversifier et d'adapter les réponses en fonction des besoins et surtout des ressources disponibles dans les différents territoires.

Des questions restent encore en débat pour définir les orientations possibles de ce dispositif :

Faut-il rendre obligatoire le bilan de santé pour tout jeune en stage d'insertion ?

Pour certains cela permet de sensibiliser le jeune à sa santé et peut être une amorce à d'autres approches éducatives. Pour d'autres cela n'est pas souhaitable car il faut laisser au jeune un espace de décision et il faut que le bilan soit intégré dans un processus pour que le jeune le considère comme « un outil pour lui ». En tout état de cause, une réflexion est à mener avec le centre d'examen de santé du département et les partenaires du territoire concerné pour organiser le dispositif en termes d'échanges d'information et de modalités d'accompagnement et de suivi des jeunes à l'issue du bilan.

Faut-il systématiser les visites médicales à visée professionnelle ?

Les missions locales ont rappelé à plusieurs occasions combien elles jugeaient importante cette visite médicale qui permet de valider ou d'invalider un projet professionnel. Elle évite parfois des mises en échec pour des jeunes présentant des contre-indications pour le métier auquel ils avaient choisi de se former.

Pour quels jeunes recommander cette visite médicale ? A quel moment de leur parcours ? par qui ? médecin généraliste formé aux problématiques de l'insertion ? médecin du travail ?

Cela suppose de développer des collaborations et une réflexion avec les médecins du travail afin qu'ils appréhendent le jeune d'une façon plus globale en s'appuyant sur ses ressources et non sur ses inaptitudes.

Il apparaît également nécessaire d'établir ou de renforcer les liens avec les tuteurs des jeunes lorsqu'ils sont en stage en entreprise et avec les médecins du travail qui les voient à ce moment là.

La formation

L'organisation de « modules santé » dans tout stage d'insertion proposé aux jeunes était systématique il y a encore quelques années. Il était fait appel à des partenaires associatifs (CDPA, CODES etc.) qui venaient présenter leurs actions et faisaient de l'information et de la prévention sur les thèmes relevant de leur champ de compétence. Ces acteurs venaient « bénévolement » car ils considéraient que ce type d'intervention relevait de leurs missions. Cela permettait la constitution d'un réseau de partenaires

prêts ensuite à se mobiliser pour des actions en commun. Les budgets de fonctionnement alloués par les différentes institutions se sont beaucoup resserrés et surtout ont été de plus en plus souvent « fléchés » sur des objectifs et actions. En conséquence, ces associations n'ont plus les moyens d'intervenir dans les stages comme par le passé. Le budget des missions locales n'a pas non plus permis de dégager des financements pour ces interventions qui ont donc peu à peu disparu.

Il y a cependant un consensus de l'ensemble des partenaires sur l'utilité de ces modules qui permettent de structurer les actions santé collectives et individuelles. Le Conseil régional est prêt à les systématiser dans tous les stages à partir d'un cahier des charges régional élaboré avec tous les partenaires concernés. Il faut néanmoins que l'intervention soit assurée par un personnel formé à ces problématiques, ce qui n'est pas le cas des formateurs des centres de formation qui organisent les stages d'insertion ; faire appel à des intervenants spécialisés nécessite un budget dont ne dispose pas le Conseil Régional et que les missions locales ne peuvent pas mobiliser. La formation des formateurs n'est-elle pas une orientation à envisager ? éventuellement dans le cadre du SREPS (Schéma régional de l'éducation pour la santé) ?

La formation des personnels des missions locales est également primordiale ; il faut, en particulier, mener une réflexion sur le premier entretien (parfois le seul) déterminant pour « l'accroche » du jeune : comment aborder à ce moment là les questions de santé, cela implique de travailler sur les représentations de la santé qu'ont les jeunes afin de définir les modalités les plus pertinentes d'intervention.

L'information est également importante, il faut mettre à disposition dans les locaux des missions locales une information de qualité et actualisée.

Place et rôle d'un « médiateur santé »

Les professionnels des missions locales sont très intéressés par la fonction de médiation santé assurée par une personne ou un organisme qui sert de lien entre le jeune, la mission locale, et tout dispositif ou professionnel du champ de la santé. Cette fonction aide et rassure les missions locales pour appréhender des problématiques qui leur sont peu familières.

A cet égard, l'expérience de la collaboration des missions locales de la Haute-Garonne avec l'association PRISM peut être décrite à titre d'exemple. L'association PRISM organise et anime pour ce département le dispositif visites médicales et bilans de santé et, plus largement, elle structure l'ensemble de la dynamique autour de la santé dans les deux missions locales. Elle assure la formation des conseillers techniques des missions locales, fait avec eux, régulièrement, des réunions de régulation et a formalisé des outils de liaison. Ce partenariat de proximité permet d'optimiser, d'une part, les dispositifs visites médicales et bilans de santé, et, d'autre part, la prise en compte individuelle des problèmes de santé des jeunes accueillis.

- Le dispositif « visites médicales » : elles sont systématiques lorsque le jeune a un projet professionnel. Elles s'apparentent alors à des consultations de médecine de main d'œuvre : il s'agit de valider le projet professionnel, de repérer les inaptitudes mais aussi et surtout les capacités et les compétences du jeune. Ces visites sont réalisées par un médecin formé aux problématiques de l'insertion qui fait une véritable évaluation médico-psycho-sociale.

Ces visites peuvent aussi être proposées au cas par cas à la demande du conseiller technique lorsque le jeune est vraiment « désinséré ».

- Le dispositif « bilan de santé » : il est proposé de façon systématique aux jeunes qui sont en stage, après une information collective réalisée en partenariat entre PRISM et la CPAM. Le bilan de santé est également proposé lorsqu'un problème de santé est repéré ou si le jeune n'a pas eu de suivi médical depuis longtemps. Les bilans de santé sont réalisés dans le centre d'examen de santé de la CPAM ; le suivi est assuré par PRISM.

- Le suivi individuel : l'association PRISM a constitué un réseau de professionnels libéraux, hospitaliers, du secteur psychiatrique permettant une prise en charge rapide des jeunes ayant besoin d'un suivi en termes de soins. Il y a également retour d'information vers PRISM. Un psychologue assure une permanence dans l'association et est un recours facile lorsqu'un professionnel de la mission locale est confronté à un jeune ayant un problème psychologique ; cette consultation permet en outre, de repérer ce qui relève du simple mal être et ce qui est pathologique.

PRISM assure une véritable fonction de médiation, accompagnant les jeunes vers les soins, aidant les personnels de la mission locale à faire face aux besoins de santé des jeunes qu'ils accueillent et d'une façon plus globale, en faisant le lien entre le jeune et l'ensemble des autres interlocuteurs sur les questions de santé.

Cette fonction de médiation est à mettre en débat. Quel profil et quel rôle assigne-t-on au médiateur ? Intervient-il sur un territoire pour mettre en réseau les partenaires de ce territoire ? au sein d'une structure avec comme population cible celle qui fréquente la structure ?.....

La souffrance psychosociale

Les problèmes psychologiques sont, de l'avis unanime, très fréquents chez les jeunes accueillis dans les missions locales et difficiles à prendre en compte.

Quelles modalités de réponses ? équipe mobile ? accès facilité à des consultations de psychologues ?

Il faut veiller cependant à ne pas médicaliser systématiquement le mal être adolescent.

3 - Nord-Pas-de-Calais

La région Nord-Pas-de-Calais reste la région la plus jeune de France, même si la part des moins de 25 ans tend à diminuer régulièrement. En 2002, les jeunes représentaient 36,1 % de la population régionale. Le contexte socio-économique est moins favorable dans la région qu'en moyenne en France : plusieurs indicateurs font apparaître des écarts importants depuis de nombreuses années, notamment dans le domaine du chômage et plus particulièrement chez les jeunes. En 2000, plus de la moitié des actifs de 15-19 ans de la région est au chômage et 36 % des 20-24 ans (25 % au niveau national). On comprend au regard de ces quelques indicateurs l'enjeu que peut revêtir les missions locales dans la région Nord-Pas-de-Calais.

En 2002, 64 893 jeunes ont bénéficié d'un entretien avec un référent mission locale, ce qui représente près de 11 % de la population des 16-25 ans. Les chiffres de l'Association régionale des missions locales stipulent notamment que sur l'ensemble des structures de la région, le nombre des « premiers accueils » est en augmentation en 2002 de 9 % par rapport à 2001. Parmi les demandes des jeunes lors des entretiens, il est recensé des « demandes de services », et celles concernant la santé représentent 5 % des demandes, en progression de 69 % sur un an.

3.1 - Approche quantitative

Dans le but de compléter l'enquête qualitative, les résultats quantitatifs régionaux, sont synthétisés afin de faciliter une lecture globale de l'étude par région.

Il faut signaler, que l'enquête nationale a été envoyée à de nombreuses PAIO qui n'étaient plus en activité. En effet, au moment de l'enquête, il ne reste plus dans la région que trois PAIO. Cette information explique le pourcentage de réponse des missions locales et PAIO dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Volet santé dans les missions locales

Les modules pour l'éducation à la santé tiennent une place importante dans le dispositif santé

Dans six régions françaises, 100 % des missions locales et des PAIO mettent en place un volet santé. C'est le cas de 82 % des missions locales de la région Nord-Pas-de-Calais. Les 18 % restants n'intègrent pas la santé dans leur dispositif d'insertion des jeunes, même si un bilan de santé reste toujours possible.

On observe une singularité régionale concernant les actions de santé mises en place dans les missions locales. En effet, les missions locales en Nord-Pas-de-Calais arrivent en seconde position, derrière la Guadeloupe, pour la réalisation de modules d'éducation

pour la santé, représentant 17 % de leurs actions, contre 8 % seulement au niveau national. Au-delà de cet aspect, on note à parts égales (20,6 %) les actions de prévention, les visites médicales et l'accompagnement psychologique.

Un objectif prédominant : le repérage des contre-indications professionnelles

Pour les structures de la région, arrivent largement en tête des attentes, le repérage des contre-indications médicales à certains métiers avec presque 30 % des réponses, bien au-delà de la moyenne nationale qui est de 17 %. Viennent ensuite, la prévention, l'éducation pour la santé et l'examen médical général.

Lieux de réalisation des visites médicales et bilan de santé

Les centres d'examen de santé de la CPAM, enregistrent près de 2/3 des visites médicales de l'ensemble des régions françaises. Cette configuration ne se retrouve pas dans le Nord-Pas-de-Calais. La grande majorité des visites médicales se déroulent dans 44 % des cas dans les centres de médecine du travail (325 visites en 2001 sur un total de 384), contre 7,7 % en moyenne en France. Dans la région, les visites médicales se déroulent dans 22 % des cas dans les centres CPAM, puis dans la même proportion (11 %) dans un cabinet libéral et à l'hôpital. Aucune visite ne se déroule au sein des missions locales, ni dans un centre de santé municipal ou dans un espace santé local.

Organisation des visites médicales et bilans de santé

Les visites médicales sont proposées principalement par les organismes de formation

Les jeunes de la région suivis par les missions locales, se voient proposer dans 30 % des cas, (25,6 % en France) une visite médicale par leur organisme de formation. Il s'agit donc de jeunes engagés dans un parcours d'insertion professionnelle.

Cette information est délivrée aux jeunes également par le conseiller de la mission locale pour 23,3 % des réponses, puis à parts égales, le référent santé et un partenaire extérieur lors d'une réunion de sensibilisation.

Une mission locale sur deux propose une préparation à la visite médicale ou bilan de santé

Dans les réponses à l'enquête nationale, il ressort que 50 % des missions locales proposent une préparation à la visite médicale ou au bilan de santé, par le biais d'une réunion d'information collective ou d'un module d'éducation pour la santé animé par un intervenant extérieur. Cependant, ce résultat quantitatif est à relativiser, car les deux départements de la région ne possèdent pas le même fonctionnement en ce qui concerne les bilans de santé, et, de plus, seulement cinq structures ont répondu à cette question. Les 1 278 jeunes ayant eu une préparation, correspondent en moyenne à 87 jeunes par structure. Seulement 25 % des préparations se font lors d'un entretien individuel. Sur l'ensemble des régions de France, 32 % des préparations sont réalisées par des intervenants des centres CPAM.

Jeunes ayant bénéficié d'une visite médicale ou bilan de santé

Le questionnaire ne faisant pas la distinction entre visite médicale et bilan de santé, les réponses qui suivent sont à nuancer. Les pourcentages régionaux font état de 35 % de jeunes en formation qualifiante, 25 % en formation non qualifiante (il doit s'agir là des jeunes en DIP qui bénéficient plutôt d'un bilan de santé), 15 % de jeunes entrant dans un processus d'insertion et 15 % d'autres jeunes.

Dans cette rubrique, la région Nord-Pas-de-Calais est en première position pour les visites médicales réalisées par des jeunes en formation professionnelle. En ce qui concerne les caractéristiques par sexe, on retrouve les mêmes pourcentages de 60 % de filles pour 40 % de garçons, avec presque un jeune sur deux entre 19-21 ans, puis on trouve les 22-25 ans et enfin les 16-18 ans.

Les suites données aux visites médicales et aux bilans de santé

Le jeune est prioritairement destinataire du compte rendu médical

L'enquête quantitative fait apparaître que dans moins d'un cas sur deux (47,8 %) c'est le jeune lui-même qui est destinataire du compte rendu médical, dans 21,7 % des cas, c'est la mission locale, et dans 17 % le médecin traitant. Dans ce domaine, l'enquête qualitative en Nord-Pas-de-Calais mentionne de manière générale que le jeune est toujours prioritaire pour l'envoi de ce compte rendu de visite ou de bilan. Au niveau national, le jeune reçoit le compte rendu dans 61 % des cas.

On note un fort taux de non réponse à la question concernant l'éventualité d'un recueil de données épidémiologiques des visites médicales et des bilans de santé.

Les missions locales sont sollicitées en cas de besoin d'aides financières pour la poursuite des soins

Il apparaît que dans le Nord-Pas-de-Calais, comme au niveau national, les missions locales sont interpellées pour des suites à donner aux visites médicales et aux bilans de santé en cas de nécessité de recherches financières pour la poursuite des soins.

Les suites prennent également la forme d'accompagnement sur les lieux de soins et de prise de rendez-vous.

La poursuite des soins est basée sur la libre adhésion du jeune à son projet de santé, ce qui explique qu'une mission locale sur deux ne répond pas à cet question, les conseillers missions locales ne sont pas forcément mis au courant des différentes démarches de santé éventuelles à mettre en œuvre.

Financements

Sur 22 structures régionales ayant répondu à l'enquête nationale seulement 2 ont répondu à cette question. Ces chiffres ne sont donc ni significatifs, ni exploitables. Pour une analyse plus poussée des financements alloués aux missions locales dans le

domaine de la santé, il faudrait y ajouter les subventions telles que la politique de la ville, les PRS, subventions communales etc.

En conclusion,

il apparaît clairement une spécificité de fonctionnement de la région Nord-Pas-de-Calais par rapport à l'ensemble des autres régions. On peut regretter la faible participation des missions locales et PAIO à l'enquête nationale, même si des éléments d'explication peuvent être donnés. Au moment de la réalisation de l'enquête les PAIO fermaient les unes après les autres pour disparaître au 1^{er} janvier 2004. De plus, la région Nord-Pas-de-Calais possède des dispositifs bien distincts pour la réalisation des visites médicales et des bilans de santé, il aura peut-être été difficile aux missions locales de correctement renseigner certaines questions.

3.2 - Mise en œuvre de l'approche qualitative

Comité de pilotage régional

Conformément au cahier des charges de cette étude, le second volet constitué d'une enquête approfondie dans trois régions, repose sur la constitution d'un comité de pilotage régional présidé par la Drass.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, le comité de pilotage permet de créer un lien entre les différents acteurs qui évaluent les actions de santé en mission locale.

En effet, trois démarches se juxtaposent :

- évaluation par le Cres de la fiche programme dans le cadre du PRS ;
- évaluation Drass dans le cadre d'un mémoire de DESS ;
- évaluation Fnors/Ors.

Ce comité de pilotage fut réuni à trois reprises : 15 avril 2003, 2 juin 2003 et 19 janvier 2004. Il est animé par Mme Elisabeth Vérité de la Drass.

Constitution du comité de pilotage :

- Conseil Régional
- DRTEFP
- Cres
- Conseils généraux Nord et Pas-de-Calais
- Institut Pasteur
- ISTNF
- Ddass Nord et Pas-de-Calais
- CDES
- ARML
- ORS Nord-Pas-de-Calais

Organisation des entretiens

La méthode établie par le groupe inter-ORS prévoyait une douzaine d'entretiens d'acteurs régionaux. Les grandes lignes de la grille d'entretien ainsi que la liste des institutions et des personnes à interviewer ont été validés par le comité de pilotage.

Les douze entretiens se sont déroulés de mi-juin à fin septembre 2003, dans les institutions, sur la base de prise de notes avec compte rendu d'entretien. Le déroulement des entretiens suivait le protocole prévu en s'adaptant aux différents interlocuteurs. Le temps consacré à chaque entretien était compris entre une heure et une heure trente, à laquelle il faut ajouter deux heures de restitution écrite de l'entretien. Trois entretiens téléphoniques ont complétés les informations reçues.

Personnes rencontrées

Comité régional pour l'éducation à la santé (Cres) : M. Benoît DEJONGHE, chargé de projet du réseau santé des missions locales

Missions locales de Roubaix : M. Patrick GARCIA, référent santé et co-animateur du réseau santé des missions locales

Conseil régional Nord-Pas-de-Calais : Mme Nathalie BREYNE, chargée de missions pour la formation professionnelle

Mission locale DRTPF : M. Jacques VANPEENE, chargé de missions, Mme Claudie BOULENGIER, responsable du financement

Institut Pasteur de Lille : M. le Dr MACAIGNE, Mme Isabelle CARTON

Conseil général du Pas-de-Calais : Mme Patricia GONDOLO, chargée d'études social-santé, Mme le Dr Marie-Laure FORZY, Direction de la Promotion de la Santé

Conseil Général du Nord : Mme PLENAT

Drass Nord-Pas-de-Calais : Mme le Dr Elysabeth VERITE, médecin inspecteur

Ddass du Pas-de-Calais : Mme le Dr Delphine BESSIERE, médecin inspecteur (Promotion de la santé), Mme Anne-Marie TETELIN, inspecteur (Unité Jeunesse Intégration)

Ddass du Nord : Mme Nathalie GUYADER

Institut Santé Travail du Nord de la France : Mr Stéphane VANDENBUSSCHE

3.3 - Analyse des entretiens

En 1999, sont transférées au Conseil régional des compétences concernant l'organisation des visites médicales des jeunes de 16 à 25 ans en parcours d'insertion professionnelle, suivis en missions locales. A cette occasion, le Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais a fait le choix d'augmenter les moyens affectés à aux actions périphériques d'aide à l'emploi. La ligne budgétaire allouée aux visites médicales professionnelles est de 1 million de francs (152 449 euros) en 1999. A ce jour, cette ligne budgétaire reste inchangée. Cette compétence est dévolue à la Direction de la formation professionnelle plutôt qu'à la mission santé.

Avant cette date, dans le cadre de la reprise complète du dispositif Crédit Formation Individualisé (CFI), la Région gère depuis le 1^{er} janvier 1997 les compétences déléguées par l'Etat et faisant l'objet d'une convention, à savoir : les postes de correspondants, les bilans de compétences, et les visites médicales. Cette dernière mesure d'accompagnement en faveur des jeunes âgées de 16 à 25 ans jusqu'alors confiée aux Ddass a donc été transférée au Conseil régional.

L'année 1998 permet de faire le point sur le dispositif de santé réservé, jusqu'ici, exclusivement aux stagiaires du CFI et de lui donner plus de cohérence sur l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais.

Dans le même temps, la Région demande au Comité régional d'éducation pour la santé Nord-Pas-de-Calais (Cres) de réaliser un état des lieux dynamique auprès des missions locales et PAIO de la région, d'accompagner les médecins lors des séances collectives, d'assurer le suivi des visites médicales et de prendre en charge la coordination de l'ensemble du programme (délibération du 28 septembre 1998 du Conseil Régional).

Suite à cet état des lieux, le Conseil régional décide que les visites médicales seront systématiques pour les jeunes en parcours d'insertion professionnelle en lien avec les organismes de formation Il confie cette mission à l'ISTNF et mandate le Cres pour la coordination des bilans de santé et la mise en œuvre d'un programme de santé dans le cadre des PRS.

Ce programme d'animation régionale des missions locales 2000-2006 comprend 5 objectifs :

Axe 1 : favoriser, organiser et développer des actions de santé et de protection sociale visant au bien-être des jeunes de 16-25 ans par l'accompagnement vers l'autonomie et dans un retour au droit commun.

Axe 2 : adapter, développer et renforcer la professionnalisation et les compétences du personnel des missions locales et PAIO en matière de santé sur l'ensemble du territoire régional.

Axe 3 : améliorer la communication et valoriser les pratiques et les actions de santé du réseau des missions locales et PAIO en interne et aussi à l'extérieur de celui-ci.

Axe 4 : favoriser la réflexion et la prospective en matière de santé.

Axe 5 : organiser et développer un programme de santé en cohérence avec l'ensemble des partenaires du réseau des missions locales et des PAIO et avec les PRS.

Les missions locales et leur partenariat

Les missions locales ont été précurseurs dans le domaine de la mise en place d'actions de santé. Cependant, il apparaît aujourd'hui, à l'écoute de plusieurs partenaires institutionnels, qu'elles ne trouvent pas exactement leur place au sein du dispositif des visites médicales. De leur côté, les référents santé ne se sentent pas suffisamment associés ; ils manquent même de visibilité sur le processus.

Pourtant, même si le dispositif santé/travail possède des manques liés à des causes tangibles (manque de médecins du travail), il apparaît comme pertinent avec des marges d'évolution. Les rencontres biennuelles par bassin entre l'ISTNF et les missions locales ne suffisent pas à aplanir le manque d'information et de travail transversal.

Le Conseil régional estime que le réseau des missions locales devrait se trouver au cœur du dispositif sous forme de « plaque tournante » des informations pour aider le jeune dans sa démarche d'insertion ; mais il devrait également fonctionner, pour la santé comme dans les autres domaines, comme relais d'information et d'orientation élaborant un maximum de partenariats extérieurs tout en suivant le jeune dans ces démarches.

Pour les bilans de santé, les missions locales du Nord semblent plus actrices du fait de l'organisation avec les centres du Conseil général. Pour les mêmes raisons, les missions locales du Pas-de-Calais semblent plus éloignées de la démarche bilan de santé.

Le réseau des référents santé fait apparaître une « frustration » de ces acteurs face au manque de concertation en matière de santé, à l'apparent morcellement de la prise en charge du jeune, et au manque de « retour » d'information. On se trouve à ce stade entre confidentialité et autonomie du jeune face à sa santé et un besoin d'information des missions locales dans l'accompagnement du jeune. Le débat et les réflexions dans ce domaine restent à mener.

Les visites médicales

Un dispositif expérimental a été confié à l'Institut de médecine du travail pour une durée de trois ans. La mission en est simple : l'organisation et la réalisation des visites médicales des jeunes en parcours d'insertion professionnelle. L'ISTNF (Institut Santé Travail du Nord de la France) met en place un dispositif « santé/travail » en lien avec les Relais Techniques Territoriaux (RTT) et les missions locales. L'objectif est de réaliser 3000 visites en 3 ans.

• *L'organisation*

Le processus « santé/travail » fut constitué de différentes étapes :

- deux interventions au début de stage, indiquant aux jeunes les réalités et les risques de la branche professionnelle choisie, ainsi que la préparation à la visite médicale ;
- une visite médicale individualisée ;
- une séance collective dans le cadre de la filière choisie par le jeune.

Très vite un premier constat s'impose sur la diminution du nombre de jeunes tout au long du parcours.

Le processus a évolué pour arriver à son type actuel :

- une séance de sensibilisation de 3 heures ;
- « un entretien médical individualisé ».

L'objectif de cet entretien individualisé est de faire un tour d'horizon complet de l'état de santé global du jeune. Le protocole médical appliqué est le même que celui employé pour les visites médicales du travail, le temps de l'entretien est de 30 minutes.

Pourquoi « entretien médical individualisé » ?

Il ne peut s'agir ici de visite médicale de même nature que les consultations classiques de la médecine du travail. En effet, les jeunes en parcours d'insertion ne dépendent pas du régime salarié, avec obligation de deux visites médicales du travail par an. De plus, les médecins du travail de « santé/travail » ne peuvent déclarer, une incapacité à tel ou tel emploi. Le médecin se trouve bien là dans une démarche de prévention, d'alerte et d'information.

Le médecin n'a pas obligation d'informer le centre de formation, ni la mission locale des suites de cet entretien. Après la visite, le jeune est tenu informé par l'intermédiaire d'une fiche confidentielle ; s'il le souhaite, il peut en discuter avec le référent santé de la mission locale.

Le processus santé/travail sert de validation, et il conforte le jeune dans son choix professionnel. Cependant, dans 1 cas sur 100, ce choix ne peut pas, pour des raisons de santé, être validé par le médecin du travail. Dans ce cas, le médecin, ne peut pas imposer au jeune un changement d'orientation. Il ne peut qu'être fortement conseillé. Alors, le relais partenarial se met en place autour du jeune concerné car il existe des dispositions contractuelles. Cependant, rappelons que le jeune peut refuser cette nouvelle orientation. Dans certains bassins d'emploi, le partenariat entre les missions locales et l'ISTNF s'est amplifié ; aussi, les missions locales assurent conjointement la première séance collective d'information, ce qui permet également un meilleur suivi (Boulogne-sur-Mer, Béthune, Bruay-en-Artois, Lens).

De façon plus générale, deux réunions de bilan sont prévues annuellement, en janvier et en juin, à la fois pour faire le point sur la situation de certains jeunes en formation mais également pour rencontrer certaines missions locales moins investies dans le champ de la santé.

• *Les acteurs*

Les médecins du travail sont tenus par la législation de rencontrer 3 500 salariés par an et de faire des interventions de prévention. Les médecins du travail volontaires pour le projet voient les jeunes en formation sur le volet prévention de leur mission.

Vingt-cinq médecins du travail sont entrés dans ce dispositif et ils constituent 16 services de santé/travail volontaires. Ils ont tous conscience de l'intérêt de la prévention.

Les objectifs du dispositif sont les suivants : coordination, création d'outils spécifiques, logistique, gestion financière du projet.

• *Effectifs des entretiens médicaux individualisés et coût*

Les médecins du travail de ce dispositif voient 100 stagiaires par an et ce chiffre est difficile à tenir.

Le coût de ce dispositif s'élève à 1 million de francs (152 449 euros) par an pour un objectif de 2 500 à 3 000 stagiaires en 3 ans. L'ISTNF reçoit directement les fonds du Conseil Régional.

• *Points forts et points faibles du dispositif*

Les points forts:

- le taux de suivi du parcours chez les jeunes est de 95 %,
- la coordination du dispositif est assurée par l'ISTNF en lien direct avec le Conseil régional ,
- bonne couverture régionale,
- investissement volontaire des médecins.

Les points faibles :

- les entretiens médicaux individualisés doivent se faire avant le démarrage des formations pour les jeunes soit entre janvier/février et septembre/octobre, délai difficile à tenir pour les médecins qui doivent continuer d'assurer leurs visites médicales du travail classique ;
- la couverture est quasi maximum, excepté Calais/Montreuil par manque de médecin (ex : sur Fourmies le service de santé/travail a procédé à l'embauche d'un médecin du travail préretraité pour assurer les entretiens) ;
- les entretiens médicaux individualisés et les séances collectives touchent tous les publics, y compris les adultes de plus de 26 ans, même si à l'origine ils ne sont pas concernés. Cet état de fait s'explique par la situation de reprise économique des années 2000-2001, les centres de formation se vidant à cause de la reprise de l'emploi. Les personnes en démarche d'insertion professionnelle étaient plus éloignées de l'emploi.

Les bilans de santé

Lors du transfert de compétences des visites médicales pour les jeunes en parcours d'insertion professionnelle, les missions locales se sont inquiétées de la démarche d'accompagnement de santé pour ces jeunes, et pour tous les autres jeunes accueillis en mission locale. Pour répondre à cette attente, le Conseil régional a missionné le Comité régional d'éducation à la santé (Cres) pour l'animation d'un réseau des référents santé avec pour objectifs : soutien méthodologique, formation, animation de groupes, évaluation, réalisation d'outils. Un financement dans le cadre des PRS fut attribué, et reconduit sur 3 ans, 2003 étant l'année de l'évaluation. Le Cres assure cette mission en partenariat avec le Comité départemental d'éducation à la santé (Codes) des deux départements. Les bilans de santé sont proposés aux jeunes entrés dans le dispositif Dynamique d'Insertion Professionnelle (DIP) ainsi qu'aux jeunes bénéficiant du programme TRACE.

• *Organisation*

Globalement, le dispositif des bilans de santé peut s'observer par département. Cet état de fait est inhérent, d'une part, à l'organisation des deux Conseils régionaux en matière de santé, et, d'autre part, aux partenariats différents des missions locales dans les deux départements.

- Dans le Nord

Les missions locales ont initié des conventions partenariales avec les Centres de prévention de santé (CPS) du Conseil général. Ce partenariat porte sur l'animation, conjointe ou non, de séances collectives d'information pré-bilan de santé pour les jeunes en DIP ou programme TRACE. Les bilans de santé sont réalisés dans les centres CPAM. L'infirmière du CPS assure le suivi médical en fonction du souhait du jeune. La fiche de suivi est envoyée au jeune et à son médecin de famille.

Les centres des CPAM sont territorialisés : par exemple, les jeunes de Lille, Armentières, Lens et Calais (villes du département du Pas-de-Calais) sont vus à l'institut Pasteur de Lille (les déplacements sont assurés en bus).

- Dans le Pas-de-Calais

L'organisation est différente, l'échelon partenarial avec le département n'existe pas. Le Conseil général a initié des Services Locaux de Promotion de la Santé (SLPS) qui assurent des séances d'informations dans les missions locales. Les jeunes qui le souhaitent réalisent leur bilan de santé également dans les centres CPAM ou sur Boulogne-sur-Mer au Centre hospitalier général par convention entre l'hôpital et la mission locale. La fiche de suivi est envoyée au médecin traitant.

L'opinion des partenaires sur les visites médicales et les bilans de santé

Les conseils d'administration des missions locales volontaristes dans le domaine de la santé trouvent des financements à la création de postes de référents santé. Il est légitime que le travail qui leur ait dévolu aboutisse. Les missions locales confrontées sur le terrain au mal-être des jeunes sont en demande de soutien logistique, de personnel pour répondre à ce malaise rencontré lors des accueils.

Leurs demandes portent sur :

- la permanence de psychologue dans chaque mission locale,
- davantage de financement pour effectuer des modules santé,
- un accès à des bilans de santé pour tous les jeunes.

Les missions locales accompagnées dans leur démarche de santé par l'aide méthodologique du CRES en collaboration avec les CDES des départements du Nord et du Pas-de-Calais, développent des ateliers santé en direction des jeunes, animés par leur soin ou faisant appel à des intervenants extérieurs.

Dans ce cadre, de plus en plus de partenariats se tissent et les projets voient le jour, laissant malgré tout lors des réunions du réseau des référents santé, un léger goût de « trop peu » pour répondre à la demande grandissante et de plus en plus pressante du malaise de jeunes.

Les missions locales émergent principalement, aux financements des communes, Etat (DDASS), Conseils généraux (notamment dans une collaboration sur le FAJ) et

également sur les PRS (santé des jeunes)/PTS (Programme Territorial de Santé du Conseil général).

Actuellement, plusieurs missions locales offrent la possibilité d'une permanence d'un psychologue dans le nord. Dans le Pas-de-Calais, il existe des permanences de ce type dans toutes les missions locales du département, dans le cadre du Plan local d'accès aux soins antérieur aux PRS. Depuis la mise en place du PRAPS, le réseau des missions locales demande la généralisation de ces permanences dans le nord également, avec des propositions d'élaboration d'un travail en partenariat avec les hôpitaux ou les CMP et la mise en place d'un outil d'évaluation régulier de ce dispositif.

Plusieurs partenaires institutionnels des missions locales ont évoqué un problème de « turn-over » du personnel, mais également un manque de formation dans certains domaines, et des dossiers de demandes de subventions pas assez étayés. En réponse à ces différents éléments la DRTEFP et le réseau des missions locales ont édité une « Charte de qualité » afin de professionnaliser le personnel. Un protocole d'accord régional des missions locales, signé le 14 novembre 2000 par l'Etat, la Région et l'Association régionale des missions locales, prévoit la mise en œuvre d'une démarche qualité avec l'ensemble des missions locales de la Région.

3.4 - Propositions des professionnels pour l'évolution du dispositif

Suite à la série d'entretiens réalisés, il apparaît que la région Nord-Pas-de-Calais est très active et possède une organisation bien « orchestrée » en matière de visites médicales et de bilans de santé pour les jeunes de 16 à 25 ans accueillis en mission locale.

Une amélioration peut être apportée dans le Pas-de-Calais par rapport au Nord où il existe un maillon supplémentaire assuré par les infirmières des Centres de Prévention Santé.

Il ressort toutefois un grand manque de lisibilité globale sur les missions des uns par rapport aux autres, et un manque de coordination des différents dispositifs (visites médicales et bilans de santé). Dans les faits, par exemple, à ce jour, il a été impossible d'obtenir, pour le présent rapport, les chiffres exacts du nombre de jeunes ayant bénéficié de l'un ou de l'autre des dispositifs.

Une réflexion partenariale sur l'ensemble des dispositifs paraît nécessaire sur différents axes :

- définir le rôle et la place de chacun dans les dispositifs,
- accentuer le travail partenarial ISTNF/missions locales,
- redéfinir la place destinée à la santé dans l'accompagnement du jeune (souhaits des tutelles / observations sur le terrain des missions locales),
- mettre en place d'un recueil de données,
- organiser le retour nécessaire des informations de santé aux missions locales (lesquelles, pourquoi, comment ?),
- redéfinir le rôle des référents santé : leur place dans les dispositifs, leur rôle fédérateur et partenarial local.

4 - Synthèse et conclusion

Les trois études approfondies réalisées en Bretagne, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais, permettent de préciser quelques tendances émergentes à partir du constat actuel ainsi que les principales attentes des acteurs locaux quant à l'évolution des dispositifs proposés.

Cette synthèse présente les **caractéristiques de l'existant** et les **propositions d'évolution** évoquées par les personnes rencontrées, éléments d'analyse issus des trois études régionales. Sont ainsi exposées les tendances communes, complétées de quelques spécificités locales susceptibles d'enrichir la réflexion à la fois au niveau national et régional.

4.1 - Les caractéristiques de l'existant

➤ En lien avec le partenariat

• *Des dispositifs qui s'appuient sur un partenariat local, diversifié*

Que le partenariat soit institutionnel ou de terrain, il apparaît fortement diversifié non seulement entre les régions mais également au niveau des différents départements qui les composent.

Ainsi en dehors du partenariat institutionnel et des relations fonctionnelles avec les centres d'examens de santé retrouvées dans les trois régions, le partenariat « de terrain » ou « informel » élaboré dans l'environnement immédiat des missions locales présente pratiquement autant de facettes qu'il y a de structures au sein des régions.

Les modes d'organisation mis en place apparaissent comme le fruit de constructions spécifiques, liées aux relations entretenues localement par les professionnels, de ce fait elles ne s'avèrent pas facilement reproductibles.

Soulignons d'autre part la spécificité de la région Nord-Pas-de-Calais qui parallèlement aux bilans proposés par les centres d'examens de santé de la CPAM a mis en place un dispositif expérimental en partenariat avec l'Institut de Médecine du travail du Nord de la France et la CRES, afin de proposer des visites médicales aux jeunes en parcours d'insertion professionnelle.

• *Mais un manque de réflexion commune entre partenaires*

Cet aspect apparaît en Bretagne et en Midi-Pyrénées, dans ces deux régions, les partenaires institutionnels souhaiteraient davantage de visibilité au niveau des objectifs poursuivis par les dispositifs mis en place, la nécessité de leur évaluation est également soulignée.

• *Des difficultés de positionnement des différents acteurs concernés*

Qu'il soit le fait des partenaires institutionnels ou des missions locales, cet aspect de l'analyse est souligné dans les trois régions.

➤ **En lien avec les dispositifs mis en place**

Les points de vue exprimés par les partenaires interrogés quant aux dispositifs mis en place concernent essentiellement les régions Bretagne et Midi-Pyrénées.

• ***Un manque de repérage réglementaire est une confusion des objectifs des bilans de santé et/ou visites médicales***

Dans ces deux régions, les difficultés à différencier « visites médicales » et « bilans de santé » transparaissent.

Peu de partenaires ont une vision claire de la réglementation et de ses objectifs, toutefois les notions conjointes d'« approche globale de la santé » et d'« évaluation de l'aptitude » à suivre les formations sont bien au cœur des préoccupations des différents professionnels rencontrés.

• ***Des questionnements vis-à-vis des bilans de santé de la CPAM***

Si en Bretagne et en Midi-Pyrénées les avis se rejoignent sur l'intérêt de proposer aux jeunes des bilans de santé dans le cadre de leur stage de formation, ce contexte favorisant leur adhésion, il y a également convergence de vues concernant les questionnements ou réserves émises vis-à-vis de ces modes de prise en charge.

Les partenaires s'interrogent sur le contenu des bilans de santé et sur leur adaptation à ce public particulier, ils ont également le sentiment que les aspects psychologiques ne sont pas suffisamment pris en compte dans le cadre de ce dispositif.

D'autre part les problèmes posés par la prise en charge post-bilan sont mis en avant, le bénéfice du bilan de santé étant fortement réduit en l'absence de relais pour l'accompagnement vers les soins et le suivi des jeunes.

Dans ces deux régions, les partenaires s'interrogent également sur la nécessité de proposer le bilan de santé à tout jeune en stage d'insertion voire à tout jeune accueilli en mission locale, la position alternative étant de l'intégrer dans une démarche plus globale permettant au jeune de se l'approprier.

Enfin précisons que l'accès aux centres d'examen de santé n'est pas homogène sur l'ensemble de la région ceci plus particulièrement en Midi-Pyrénées. En Bretagne, l'organisation diffère selon les endroits et la prise en charge des ressortissants de la MSA fluctue au gré des « montages locaux ».

Par ailleurs les échanges d'information entre les centres d'examen de santé et les missions locales apparaissent insuffisants.

4.2 - Les propositions d'évolution

Si dans les trois régions il y a un consensus sur l'intérêt de proposer aux jeunes une prise en charge efficace répondant aux besoins repérés par les professionnels, les propositions d'évolution se situent à la fois au niveau du cadrage général et dans les modes d'organisation loco-régionaux.

➤ **Au plan du cadrage général**

Qu'elle soit réglementaire, institutionnelle ou financière, la demande d'une clarification des objectifs et d'un référentiel plus précis, émane des trois régions sous réserve qu'elle s'appuie sur les expériences locales.

Des précisions s'avèrent nécessaires quant aux **caractéristiques des jeunes** prioritairement concernés et à la place dévolue à la santé dans la prise en charge de ces populations.

Dans ce contexte se posent également les questions relatives au contenu des visites médicales à visée professionnelle et à celui des bilans de santé.

D'autre part le malaise exprimé par certaines institutions et par les missions locales elles-mêmes, justifie d'une **re-définition du rôle** de chacun des acteurs concernés par ces problématiques.

De même les **aspects financiers** ont été évoqués, ils se situent plus spécifiquement au niveau régional et infra-régional, les différences entre les régions traduisant les orientations des politiques régionales et départementales.

➤ **Au plan loco-régional**

Les points de vue se rejoignent sur les aspects liés à la **formation des professionnels** des missions locales, ce besoin est repéré à la fois par les structures elles-mêmes et par plusieurs de leurs partenaires.

L'accent est mis sur l'importance du premier entretien et sur la nécessité d'aborder, à ce moment précis, les questions de santé dans de bonnes conditions afin de proposer aux jeunes les modalités d'intervention les plus adaptées à leur situation.

L'analyse des besoins et des réponses à y apporter et également souhaitée plus spécifiquement en regard des difficultés de mise en œuvre d'un soutien psychologique.

En Bretagne comme en Midi-Pyrénées, différentes propositions ont été émises : cellules de soutien psychologique, lieux de suivi, relais de proximité, équipe mobile, accès facilité à des consultations de psychologues...

L'importance de **l'éducation à la santé** est soulignée dans les trois régions, elle apparaît comme devant faire partie intégrante du contenu des stages de formation.

En Bretagne, est également mis en avant par les partenaires, l'intérêt de **contractualiser les partenariats** locaux afin de les rendre plus visibles et plus pérennes.

Enfin l'expérience de « médiation santé » développée dans le département de la Haute-Garonne apparaît riche d'enseignements dans la mesure où elle répond à plusieurs des questionnements évoqués par les partenaires des trois régions étudiées.

4.3 - En conclusion

Rappelons que les différents partenaires, services de l'Etat et de l'Assurance maladie, souhaitent reconsidérer le dispositif des visites médicales proposées aux jeunes en situation de précarité, afin en finalité d'élaborer un cahier des charges pour son organisation future.

Les études régionales s'inscrivent dans cette logique dans la mesure où elles mettent en évidence la demande des acteurs locaux quant à une clarification de la réglementation et des objectifs poursuivis en matière de visites médicales et/ou bilans de santé proposés à ces populations.

Parallèlement, ces études ont mis en avant l'importance du partenariat local et la diversité des organisations mises en œuvre.

Ces expériences devraient largement étayer la réflexion engagée au niveau national.

Enfin, soulignons l'intérêt pour ces travaux de nombreux professionnels ; ils souhaitent les prolonger en engageant une démarche plus locale, permettant d'approfondir les principales questions soulevées par l'étude régionale.

Annexes

Tableau 1 - Caractère obligatoire de la visite pour les jeunes entrant dans un processus d'insertion (en %)

Lecture : En Alsace pour les jeunes entrant dans un processus d'insertion la visite médicale est conseillée dans 100 % des cas.

	Obligatoire	Conseillée	Facultative	Non réponse
Alsace	0,0	100,0	0,0	0,0
Aquitaine	0,0	87,5	12,5	0,0
Auvergne	0,0	87,5	12,5	0,0
Basse-Normandie	0,0	66,7	33,3	0,0
Bourgogne	0,0	71,4	28,6	0,0
Bretagne	9,1	63,6	18,2	9,1
Centre	9,1	72,7	9,1	9,1
Champagne-Ardenne	0,0	90,0	10,0	0,0
Corse	50,0	0,0	50,0	0,0
Franche-Comté	0,0	100,0	0,0	0,0
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0	0,0
Guyane	100,0	0,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	0,0	100,0	0,0	0,0
Ile-de-France	2,1	85,4	12,5	0,0
Languedoc-Roussillon	0,0	100,0	0,0	0,0
Limousin	25,0	50,0	0,0	25,0
Lorraine	7,7	69,2	23,1	0,0
Martinique	0,0	100,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	0,0	66,7	33,3	0,0
Nord-Pas-de-Calais	0,0	33,3	66,7	0,0
Pays de la Loire	0,0	52,9	29,4	17,6
Picardie	11,1	77,8	11,1	0,0
Poitou-Charentes	20,0	80,0	0,0	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9,1	72,7	18,2	0,0
Réunion	0,0	100,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	0,0	71,4	28,6	0,0
France entière	5,3	74,8	17,3	2,7

Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 2 - Caractère obligatoire de la visite pour les jeunes entrant dans un dispositif de formation non qualifiante (en %)

Lecture : En Alsace pour les jeunes entrant dans un dispositif de formation non qualifiante la visite médicale est obligatoire dans 44,4 % des cas.

	Obligatoire	Conseillée	Facultative	Non réponse
Alsace	44,4	55,6	0,0	0,0
Aquitaine	18,8	68,8	6,3	6,3
Auvergne	33,3	55,6	11,1	0,0
Basse-Normandie	14,3	71,4	14,3	0,0
Bourgogne	28,6	71,4	0,0	0,0
Bretagne	14,3	78,6	7,1	0,0
Centre	14,3	64,3	14,3	7,1
Champagne-Ardenne	27,3	72,7	0,0	0,0
Corse	100,0	0,0	0,0	0,0
Franche-Comté	40,0	60,0	0,0	0,0
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0	0,0
Guyane	100,0	0,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	20,0	80,0	0,0	0,0
Ile-de-France	3,2	80,6	12,9	3,2
Languedoc-Roussillon	0,0	0,0	0,0	0,0
Limousin	50,0	50,0	0,0	0,0
Lorraine	45,5	54,5	0,0	0,0
Martinique	100,0	0,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	0,0	100,0	0,0	0,0
Nord-Pas-de-Calais	0,0	60,0	40,0	0,0
Pays de la Loire	28,6	57,1	4,8	9,5
Picardie	20,0	60,0	20,0	0,0
Poitou-Charentes	33,3	66,7	0,0	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	27,3	63,6	9,1	0,0
Réunion	0,0	100,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	27,3	59,1	9,1	4,5
France entière	25,4	64,9	7,3	2,4

Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 3 - Caractère obligatoire de la visite pour les jeunes entrant dans un dispositif de formation qualifiante (en %)

Lecture : En Alsace pour les jeunes entrant dans un dispositif de formation qualifiante la visite médicale est obligatoire dans 37,5 % des cas.

	Obligatoire	Conseillée	Facultative	Non réponse
Alsace	37,5	62,5	0,0	0,0
Aquitaine	36,4	54,5	9,1	0,0
Auvergne	20,0	60,0	20,0	0,0
Basse-Normandie	33,3	66,7	0,0	0,0
Bourgogne	28,6	71,4	0,0	0,0
Bretagne	20,0	70,0	10,0	0,0
Centre	23,1	53,8	15,4	7,7
Champagne-Ardenne	23,1	76,9	0,0	0,0
Corse	100,0	0,0	0,0	0,0
Franche-Comté	33,3	66,7	0,0	0,0
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0	0,0
Guyane	100,0	0,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	40,0	60,0	0,0	0,0
Ile-de-France	3,8	80,8	15,4	0,0
Languedoc-Roussillon	0,0	0,0	0,0	0,0
Limousin	33,3	66,7	0,0	0,0
Lorraine	53,8	46,2	0,0	0,0
Martinique	100,0	0,0	0,0	0,0
Midi-Pyrénées	0,0	100,0	0,0	0,0
Nord-Pas-de-Calais	42,9	57,1	0,0	0,0
Pays de la Loire	33,3	41,7	16,7	8,3
Picardie	20,0	20,0	60,0	0,0
Poitou-Charentes	20,0	80,0	0,0	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	52,2	39,1	8,7	0,0
Réunion	50,0	50,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	19,0	66,7	14,3	0,0
France entière	31,1	59,0	9,0	0,9

Source : Enquête Fnors 2003

Tableau 4 - Caractère obligatoire de la visite pour les jeunes demandeurs d'emploi accueillis (en %)

Lecture : En Alsace pour les jeunes demandeurs d'emploi accueillis la visite médicale est facultative dans 100 % des cas.

	Obligatoire	Conseillée	Facultative	Non réponse
Alsace	0,0	0,0	100,0	0,0
Aquitaine	0,0	80,0	20,0	0,0
Auvergne	0,0	75,0	25,0	0,0
Basse-Normandie	0,0	0,0	0,0	0,0
Bourgogne	0,0	57,1	42,9	0,0
Bretagne	0,0	44,4	55,6	0,0
Centre	0,0	75,0	25,0	0,0
Champagne-Ardenne	0,0	45,5	54,5	0,0
Corse	0,0	0,0	0,0	0,0
Franche-Comté	0,0	100,0	0,0	0,0
Guadeloupe	0,0	100,0	0,0	0,0
Guyane	0,0	100,0	0,0	0,0
Haute-Normandie	0,0	50,0	50,0	0,0
Ile-de-France	2,3	52,3	40,9	4,5
Languedoc-Roussillon	0,0	100,0	0,0	0,0
Limousin	0,0	75,0	25,0	0,0
Lorraine	0,0	81,8	18,2	0,0
Martinique	0,0	50,0	50,0	0,0
Midi-Pyrénées	0,0	66,7	33,3	0,0
Nord-Pas-de-Calais	0,0	50,0	50,0	0,0
Pays de la Loire	0,0	44,4	55,6	0,0
Picardie	0,0	66,7	25,0	8,3
Poitou-Charentes	0,0	66,7	33,3	0,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,0	50,0	50,0	0,0
Réunion	0,0	0,0	0,0	0,0
Rhône-Alpes	0,0	55,0	40,0	5,0
France entière	0,6	58,4	38,7	2,3

Source : Enquête Fnors 2003

Enquête sur les visites médicales destinées aux jeunes suivis par les missions locales ou les PAIO

Nom : Mission locale ou PAIO (*rayez la mention inutile*)

de :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fax :

Mail :

Ne rien inscrire
dans ce cadre

Numéro département

Numéro ML

Nom et fonction de la personne qui remplit ce questionnaire (pour contact éventuel) :

.....

Question préalable

1 - Avez-vous un volet santé dans votre mission locale (ou PAIO) ? oui 1 non 2

Si oui, sous quelle forme (*cocher une ou plusieurs cases*)

- | | |
|---|----------------------------|
| Actions de prévention (campagne d'information santé, élaboration d'outils santé...) | <input type="checkbox"/> 1 |
| Module d'éducation pour la santé | <input type="checkbox"/> 2 |
| Accompagnement psychologique | <input type="checkbox"/> 3 |
| Actions de couverture sociale et mutualisation | <input type="checkbox"/> 4 |
| Visites médicales proposées aux jeunes | <input type="checkbox"/> 5 |
| Etudes sur la santé des jeunes | <input type="checkbox"/> 6 |
| Lieu ressource espace santé | <input type="checkbox"/> 7 |
| Autre (préciser) | <input type="checkbox"/> 8 |

_____ 8b

*Merci de renvoyer
malgré tout ce
questionnaire
à l'adresse
indiquée au dos*

si case 5 non cochée

Objectifs des visites médicales

2 - Actuellement, quelles sont vos **3** principales attentes vis-à-vis des visites médicales ?

(cocher seulement 3 cases)

- | | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Prévention | <input type="checkbox"/> 1 | Orientation vers des soins | <input type="checkbox"/> 5 |
| Education à la santé | <input type="checkbox"/> 2 | Dépistage | <input type="checkbox"/> 7 |
| Repérage des situations à risque des jeunes | <input type="checkbox"/> 3 | Vérification de l'état vaccinal | <input type="checkbox"/> 8 |
| Repérage de contre-indications médicales à certains métiers | <input type="checkbox"/> 4 | Autre (préciser) | <input type="checkbox"/> 9 |
| Examen médical général | <input type="checkbox"/> 5 | _____ | 9b |

Information des jeunes sur les visites médicales

3a - A quels jeunes une visite médicale est-elle proposée ?

Pour chaque public concerné, répondre à la question 3b

- | | | obligatoire | conseillée | facultative |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Aux jeunes qui entrent dans un processus d'insertion | <input type="checkbox"/> 1 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aux jeunes qui entrent dans un dispositif : | de formation non qualifiante | <input type="checkbox"/> 2 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | de formation qualifiante | <input type="checkbox"/> 3 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A tout jeune demandeur d'emploi accueilli en mission locale | <input type="checkbox"/> 4 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autres jeunes (préciser) | <input type="checkbox"/> 5 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3b - cette visite médicale est-elle :

4 - Comment les jeunes sont-ils informés de la possibilité d'une visite médicale ?

- | | | | |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| Au cours d'un entretien avec un conseiller de la mission locale | <input type="checkbox"/> 1 | Par le relais des mairies | <input type="checkbox"/> 5 |
| Par une information du référent santé de la mission locale | <input type="checkbox"/> 2 | Par le relais des travailleurs sociaux | <input type="checkbox"/> 7 |
| Lors d'une réunion de sensibilisation avec des partenaires extérieurs | <input type="checkbox"/> 3 | Par courrier aux familles | <input type="checkbox"/> 8 |
| Par le relais d'un organisme de formation | <input type="checkbox"/> 4 | Autre (préciser) | <input type="checkbox"/> 9 |
| Par le relais des foyers de jeunes travailleurs | <input type="checkbox"/> 5 | _____ | 9b |

Préparation à la visite médicale

Attention : afin que vous puissiez fournir des données chiffrées validées, les questions 5a et 5b se réfèrent à l'année **2001**

5 - Les jeunes bénéficient-ils d'une préparation à la visite ? oui 1 non 2 → Si non, passer à la question 6

Si oui : a) combien de jeunes ont bénéficié de cette préparation en 2001 ? | | | | |

b) comment se déroule cette préparation ?

- Par un entretien individuel 1
- Par une réunion collective consacrée uniquement à la visite médicale 2 dans ce cas, combien de réunions en 2001 ? | | | | |
- Dans le cadre d'une réunion santé ou d'un module santé 3 dans ce cas, combien de réunions en 2001 ? | | | | |

c) quels sont les intervenants ?

- Conseiller de la mission locale 1
 - Référent santé de la mission locale 2
 - Intervenant d'un centre d'examens de santé CPAM 3
 - Autre intervenant 4
- préciser lequel | _____ | 4b

Réalisation des visites médicales

Attention : afin que vous puissiez fournir des données chiffrées validées, les questions 7 et 8b se réfèrent à l'année **2001**

	en 2000	en 2001	en 2002
6 - Combien de visites médicales ont été réalisées ?	_____	_____	_____
7 - Combien de jeunes ont bénéficié de ces visites en 2001 ?			
a) Selon le sexe		b) Selon l'âge (garçons + filles) :	
Garçons _____	Filles _____	16-18 ans _____	19-21 ans _____ 22-25 ans _____
8 - Réalisation des visites			
a) Actuellement, où sont-elles réalisées ?		b) Nombre de visites réalisées en 2001 selon les lieux	
A la mission locale	<input type="checkbox"/> 1	_____	_____
Dans un centre d'exams de santé de la CPAM	<input type="checkbox"/> 2	_____	_____
Dans un centre de santé municipal ou mutualiste	<input type="checkbox"/> 3	_____	_____
Dans un centre de médecine du travail	<input type="checkbox"/> 4	_____	_____
Dans un «espace santé local»	<input type="checkbox"/> 5	_____	_____
Par un médecin libéral dans son cabinet	<input type="checkbox"/> 6	_____	_____
A l'hôpital	<input type="checkbox"/> 7	_____	_____
Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> 8	_____	_____
_____ 8b			
9 - Un protocole médical ou un cahier des charges est-il utilisé pour ces visites,			
en dehors des visites faites dans les centres d'exams de santé CPAM ? oui <input type="checkbox"/> 1 non <input type="checkbox"/> 2			
Si oui, merci d'en envoyer un exemplaire avec ce questionnaire rempli.			
10 - A l'issue de la visite, qui est destinataire du compte rendu de la visite médicale ?			
Le jeune	<input type="checkbox"/> 1	La mission locale	<input type="checkbox"/> 4
Sa famille	<input type="checkbox"/> 2	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> 5
Le médecin traitant	<input type="checkbox"/> 3	_____ 5b	
11 - En cas de nécessité d'une poursuite des soins :			
• quelles dispositions votre mission peut-elle être amenée à prendre ?			
Prise de rendez-vous	<input type="checkbox"/> 1	Poursuite des soins laissée à l'initiative du jeune	<input type="checkbox"/> 4
Recherche d'aide financière	<input type="checkbox"/> 2	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> 5
Accompagnement sur les lieux de soins	<input type="checkbox"/> 3	_____ 5b	
• votre mission locale est-elle informée de la réalisation effective de ces soins ? oui <input type="checkbox"/> 1 non <input type="checkbox"/> 2			
12 - Les médecins qui pratiquent les visites médicales pour votre mission locale remplissent-ils			
une fiche à visée statistique (fiche de suivi, recueil épidémiologique...)? oui <input type="checkbox"/> 1 non <input type="checkbox"/> 2 ne sait pas <input type="checkbox"/> 3			
Si oui, à qui est-elle transmise _____ 1b			

Aspects financiers

13 - En 2002, quel était le montant de l'enveloppe allouée aux visites médicales par le Conseil régional ?

|_|_|_|_|_|_|_| euros

14 - En 2002, avez-vous eu des financements complémentaires pour les visites médicales ? oui 1 non 2

Si oui, quelle en était la provenance :

- | | | | |
|-------------------------|----------------------------|------------------|---|
| Drass | <input type="checkbox"/> 3 | Commune(s) | <input type="checkbox"/> 6 |
| Ddass | <input type="checkbox"/> 4 | Mutuelle(s) | <input type="checkbox"/> 7 |
| Conseil(s) général(aux) | <input type="checkbox"/> 5 | Autre (préciser) | <input type="checkbox"/> 8 _____ sb |

15 - En 2002, avez-vous eu des visites médicales financées par des fonds nationaux ? oui 1 non 2

- Si oui :
- pour des visites médicales réalisées par les centres d'examens de santé CPAM 3
 - pour des visites médicales organisées par la Mutualité sociale agricole 4

Merci de préciser en quelques lignes les éléments complémentaires que vous jugerez utiles de donner concernant les visites médicales :

**Merci de retourner ce questionnaire avant le ~~25 mars 2008~~ 5 mai
à : FNORS - 62 boulevard Garibaldi 75015 PARIS**

En cas de problème pour répondre, vous pouvez contacter la FNORS au 01 56 58 52 40

**Recherche-action sur les visites médicales
et bilans de santé pour les jeunes de 16-25 ans
dans le cadre des dispositifs d'insertion et de formation**

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

Institution :

Références et fonction de la ou les personnes interrogées :

**PROGRAMMES ET ACTIONS D'INSERTION EN FAVEUR DES
JEUNES DANS LESQUELS L'INSTITUTION EST IMPLIQUEE**

Préciser les modalités de participation (pilotage, financière, logistique) de l'institution à des programmes et des actions d'insertion en faveur des jeunes (passées et actuelles) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Parmi ces actions, quelle est la place des questions de santé ?

.....
.....
.....
.....
.....

Participez-vous à des actions spécifiques dans le domaine de la santé pour **l'insertion professionnelle** des jeunes ?

.....
.....
.....
.....

Quelle connaissance avez-vous des implications des Missions locales dans le champ santé ?

.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont les différents modes de relation de votre institution avec les Missions locales ?

.....
.....
.....
.....
.....

CONNAISSANCE ET OPINION SUR LA MISE EN PLACE DES VISITES MEDICALES

- **Quand, comment** (initiative, circulaire...) **et par qui** ont été mises en place ces visites médicales :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **les objectifs poursuivis**

.....
.....
.....
.....
.....

- **le public visé** (jeunes en formation, tout jeune accueilli à la Mission Locale...)

.....
.....

.....
.....

- **les effecteurs** qui ont été mobilisés et l'organisation qui a été mise en place

.....
.....
.....
.....
.....

CONNAISSANCE ET OPINION SUR LE DISPOSITIF ACTUEL DE VISITES MEDICALES ET/OU BILANS DE SANTE

En termes de :

- **Public visé :**

visite médicale
.....
.....
.....

bilan de santé
.....
.....
.....

- **Modalités d'intervention** (visite médicale, bilan de santé) :

.....

- **Effecteurs mobilisés** (exemple : médecin généraliste)

.....

- Modalités de gestion, de pilotage et d'évaluation

.....
.....
.....
.....

- Partenaires financiers mobilisés

.....
.....
.....
.....

LES VISITES MEDICALES

- Quels sont d'après vous les points forts et les faiblesses du dispositif actuel en termes de :

LES VISITES MEDICALES	Points forts	Points faibles
Couverture des besoins		
Ciblage de la population		
Visibilité (information du public, information des accueillants)		
Accessibilité		
Pertinence des procédures mises en place (contenu de la visite, compétence des professionnels, préparation à la visite, accompagnement aux soins)		
Articulation avec les ressources locales pour ce public		
Articulation avec les autres actions santé et programmes d'insertion développés dans le département pour les jeunes		

LES BILANS DE SANTE

- Quels sont d'après vous les points forts et les faiblesses du dispositif actuel en termes de :

LES BILANS DE SANTE	Points forts	Points faibles
Couverture des besoins		
Ciblage de la population		
Visibilité (information du public, information des accueillants)		
Accessibilité		
Pertinence des procédures mises en place (contenu de la visite, compétence des professionnels, préparation à la visite, accompagnement aux soins)		
Articulation avec les ressources locales pour ce public		
Articulation avec les autres actions santé et programmes d'insertion développés dans le département pour les jeunes		

- **Quelles sont selon vous les principes et les conditions nécessaires à respecter pour que ces visites médicales ou bilans de santé s'intègrent dans une prise en charge globale des jeunes, dans un programme d'insertion ?**

.....
.....
.....
.....

ORIENTATIONS

Quelles évolutions du (ou des) dispositif(s) vous semblent nécessaires et quels scénarii pourraient être proposés et mis en place en termes de :

- Indications de ces visites (quels jeunes ?)

.....
.....
.....
.....

- Modalités (caractère obligatoire ou non, quelle préparation, quel accompagnement, quelle intégration dans module de formation...):

.....
.....
.....
.....

- Visibilité

.....
.....
.....
.....

- Accessibilité

.....
.....
.....
.....

- Effecteur à mobiliser

.....
.....
.....
.....

- Partenariat à mobiliser

.....

.....

.....

.....

- Modes de gestion, de co-pilotage et d'évaluation

.....

.....

.....

.....

- Articulation avec les ressources locales à rechercher

.....

.....

.....

.....

- Pensez-vous que d'autres actions santé sont à développer pour répondre aux besoins de santé des jeunes (ex : accompagnement psychologique...) ?

.....

.....

.....

.....

POSITION DE L'INSTITUTION

- Quelle implication et quelle place peut souhaiter prendre votre institution dans le cadre de ces visites ou de ces bilans de santé (adaptation de certaines de vos interventions, participation au pilotage, suivi, évaluation, participation au financement)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- De façon plus générale, quelle place souhaite prendre votre institution dans les programmes santé jeunes en situation de précarité ?

.....

.....

.....

.....

Glossaire

ARML : Association régionale des missions locales
 CAF : Caisse d'allocation familiale
 CDPA : Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
 CDPM : Centres départementaux de prévention médicale
 CFI : Contrat de formation individualisé
 CMU : Couverture maladie universelle
 CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
 CODES ou CDES : Comité départemental d'éducation à la santé
 CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
 CPS : Centre prévention santé
 CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
 CRES : Comité régional d'éducation à la santé
 DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DFP : Direction de la formation professionnelle
 DIIJ : Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
 DIP : Dynamique d'insertion professionnelle
 DGAS : Direction générale de l'action sociale
 DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
 DGS : Direction générale de la santé
 DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
 DSS : Direction du service santé
 FAJ : Fonds d'aide aux jeunes
 IRSA : Institut inter-régional pour la santé
 ISTNF : Institut de santé travail du nord de la France
 ML : Mission locale
 MSA : Mutualité sociale agricole
 MST : Maladies sexuellement transmissibles
 PAIO : Permanence d'accueil, d'information et d'orientation
 PMI : Protection maternelle et infantile
 PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
 PRISM : Association
 PRS : Programme régional de santé
 PTS : Programme territorial de santé
 SREPS : Schéma régional d'éducation pour la santé
 TRACE : Programme d'insertion sur mesure pour les jeunes de 16 à 25 ans
 URML : Union régionale des médecins libéraux