

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION 2012-2016

Plan d'action « Enfants, Adolescents, Jeunes »

Dr Jasmine MORETTI et
Mme Nicole MIROGLIO
pilotes régionaux

Direction Santé Publique et Environnementale

12 avril 2012



Le plan d'action "Enfants, Adolescents, Jeunes" de l'ARS PACA, Direction Santé Publique et Environnementale, est un des six plans déclinés du Schéma Régional de Prévention, volet Prévention, Promotion de la santé.

Il a été rédigé en concertation avec des partenaires institutionnels, des associations et experts de thématiques.

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à son élaboration.

Les pilotes régionaux de ce plan d'action de l'ARS PACA :

Jasmine Moretti jasmine.moretti@ars.sante.fr
Tél : 04.94.09.84.19 ou 04.13.55.82.86

Nicole Miroglio nicole.miroglio@ars.sante.fr
Tél : 04.13.55.82.97

La collaboratrice en charge de la gestion administrative et financière des subventions de ce plan d'action :

Béatrice Perin beatrice.perin@ars.sante.fr
Tel. : 04.13.55.82.79

Sommaire

| | |
|---|-------|
| CONTEXTE | p. 5 |
| La population des jeunes en Paca | p. 5 |
| Les inégalités sociales de santé | p. 6 |
| Les priorités | p. 7 |
| Références aux plans nationaux, schémas régionaux et conventions | p. 8 |
| Recommandations | |
| 1. Objectif général 1 : Mieux comprendre et prendre en compte les inégalités territoriales de santé | p. 8 |
| Objectif opérationnel 1.A "améliorer l'accès à la prévention bucco-dentaire, au dépistage et à la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles psychomoteurs | p. 8 |
| Objectif opérationnel 1 B "augmenter la couverture vaccinale notamment chez les adolescents et jeunes adultes" | p.15 |
| Objectif opérationnel 1C "identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants" | p. 16 |
| 2. Objectif général 2 Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale | p. 17 |
| Objectif opérationnel 2.A "développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement" | p. 18 |
| Objectif opérationnel 2 B "informer les parents de facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés" | p. 22 |
| Objectif opérationnel 2C "développer les instances de prise en charge des tentatives de suicide et diminuer la récurrence de TS ou des crises suicidaires" | p. 23 |
| 3. Objectif général 3 Prévenir l'usage de produits psycho-actifs, les addictions et leurs conséquences | p. 25 |
| Objectif opérationnel 3.A "développer des actions de prévention des addictions" | p. 25 |
| Objectif opérationnel 3 B "développer des programmes de prévention de réduction des risques, y compris sexuels dans les milieux festifs et commerciaux" | p. 28 |

| | |
|--|-------|
| 4. Objectif général 4 Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé | p. 34 |
| Objectif opérationnel 4.A "promouvoir des actions d'éducation à la santé" | p. 34 |
| Objectif opérationnel 4 B "mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants" | p. 35 |
| Objectif opérationnel 4 C "soutenir la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents/enfants/institutions" | p. 36 |
| 5. Objectif 5 Promouvoir des actions pour améliorer la vie affective | p. 38 |
| Objectif opérationnel 5.A "développer des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle" | |
| Objectif opérationnel 5 B "renforcer l'accès à une contraception adaptée pour éviter les grossesses non désirées" | |
| 6. Objectif 6 Prévenir les maladies chroniques | p. 39 |
| Objectif opérationnel 6.A "développer des programmes spécifiques de prévention du surpoids et de l'obésité sur des territoires ou des milieux dans une démarche de promotion de la santé" | p. 39 |
| Objectif opérationnel 6 B "développer des partenariats privilégiés" | p. 40 |
| 7. ANNEXES | p. 42 |
| Annexe 1 : plan d'action spécifique du comité de pilotage régional chargé de proposer une stratégie dans le domaine de la politique vaccinale | p. 43 |
| Annexe 2 : Plan d'action spécifique élaboré dans le cadre des travaux menés par la commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile | p. 58 |

CONTEXTE

Ce plan d'action concerne les enfants, adolescents, jeunes, âgés de 6 à 25 ans. Les jeunes en détention font partie de ce public et ne seront pas traités dans le Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention (PRAPS).

Les problèmes et besoins sont spécifiques selon les âges. Les modalités d'actions doivent être adaptées aux principales étapes du développement de l'enfant.

Certains facteurs contribuent au développement de l'enfant et du jeune :

- Les compétences personnelles : estime de soi, habiletés intellectuelles et cognitives, affirmation de sa propre autonomie, connaissances et attitudes positives face à la santé, capacité à filtrer et analyser les informations...
- Les compétences sociales : capacité à utiliser le langage, à communiquer, à construire un réseau social, à demander de l'aide, à avoir une position critique...
- Les habitudes de vie adéquates

Les troubles du développement de l'enfant, s'ils ne bénéficient pas d'une prise en charge précoce, vont infléchir durablement, voire définitivement sur le déroulement de son existence, notamment par l'impact qu'ils ont sur la réussite scolaire de l'enfant ou sur les facultés d'adaptation sociale. Ces troubles peuvent trouver leur origine dans une plus grande fragilité biologique, être directement liés à son environnement familial (pauvreté intense, relations affectives carencées, maltraitance...) ou dans le social (saturnisme). Il est primordial de repérer précocement et orienter les enfants en souffrance.

Au-delà des facteurs socioculturels, économiques et financiers, certaines familles de couches sociales dites défavorisées n'accordent que peu d'intérêt à l'éducation et à la scolarité, et par suite, aux difficultés de leurs enfants en milieu scolaire sans avoir conscience de leur impact sur le développement futur de leur enfant et leur insertion dans le monde des adultes.

Représentant 13 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé est proche de la notion de bien-être. Leurs modes de vie se caractérisent cependant parfois par l'adoption de comportements à risque. En 2008, 29% des jeunes de 17 ans déclarent fumer quotidiennement et 9 % consommer régulièrement de l'alcool (au moins dix usages au cours du dernier mois).

Si les jeunes se considèrent globalement bien informés des risques pour leur santé, ils se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La prévalence de l'obésité chez les 18-24 ans continue d'augmenter : elle a doublé entre 1997 et 2009 selon l'enquête ObEpi¹.

D'autres enjeux concernent les questions liées à une sexualité non ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les mineures. Il faudrait favoriser l'autonomie et l'accès aux soins des jeunes et renforcer l'information auprès des adolescents.

La population des jeunes en PACA

En 2006, la région compte 850 000 jeunes de 15 à 29 ans (18% de la population). 393 400 personnes vivent dans les territoires de base de la politique de la ville mis en place en 1996, les zones urbaines sensibles (ZUS), soit 8,2% de la population régionale (6,8 % population France métropolitaine). La part des moins de 6 ans dans les ZUS est supérieure d'un tiers à celle observée dans les unités urbaines englobantes² et celle des moins de 20 ans, d'un quart. Dans les ZUS, comme dans leurs unités urbaines, les 18-24 ans, étudiants et jeunes actifs, sont surreprésentés par rapport aux autres classes d'âge, ce qui est caractéristique des grandes agglomérations. Les familles monoparentales sont plus fréquentes dans les ZUS que dans les

¹ ObEpi Inserm/tns healthcare(kantar health)/Roche

² La notion d'unité urbaine repose sur la continuité de l'habitat : est considéré comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti et comptant au moins 2 000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. Les unités urbaines englobantes des zones urbaines sensibles sont les unités urbaines comprenant chacune au moins une ZUS.

unités urbaines englobantes : 25,7 % des familles des ZUS sont monoparentales, contre 15,8 % dans leurs unités urbaines. L'écart entre ces deux zones géographiques est constant depuis 1999.

En 2007, 10,9% des jeunes de 17 ans de notre région ont été repérés en difficultés importantes face à l'écrit (12% en France) dont 5,2% en grande difficulté.

La région PACA compte au 1^{er} janvier 2008³, 1 439 220 jeunes de moins de 25 ans, 43 045 vivent dans les Alpes de Haute Provence, 36 867 dans les Hautes Alpes, 300 812 dans les Alpes Maritimes, 617 358 dans les Bouches du Rhône, 276 625 dans le Var et 164 513 dans le Vaucluse.

Au regard du niveau des indicateurs de l'état de santé recueillis en 2009-2010, des disparités sociales importantes sont notées pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge⁴.

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé apparaissant dès l'enfance, période déterminante pour les politiques de prévention et de réduction des inégalités.

La région PACA figure parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes : en 2009, 290 000 enfants et jeunes de moins de 18 ans étaient concernés. Le taux de pauvreté infantile⁵ en PACA (28,5%) est supérieur au taux métropolitain (22%) (DROS PACA) La région présente, en fait, une situation contrastée avec des territoires qui concentrent davantage de personnes pauvres. Seul le département des Hautes-Alpes se situe en-dessous de ce taux (19%). C'est dans les Bouches-du-Rhône que le taux est le plus élevé (31%), suivi du Vaucluse (28%), puis du Var, des Alpes-de-Haute-Provence (25%) et des Alpes-Maritimes (24%). Les disparités entre les communes peuvent être très importantes.

Dans la région, un enfant pauvre sur deux vit dans une famille monoparentale. Celles-ci sont féminines dans 90% des cas. Les enfants à bas revenus appartiennent plus souvent à des familles nombreuses (41%) que les enfants vivant dans des foyers au-dessus du seuil de bas revenus (29%). Le pic de pauvreté infantile est observé à 3 ans (32,2%).

L'adolescence, entre l'enfance et l'âge adulte, est une période évolutive, avec de multiples trajectoires possibles. L'individu construit son avenir, cherchant à s'émanciper de son enfance, bonne ou moins bonne, parfois pathogène et traumatique. Ses nouvelles capacités lui permettent d'apprendre, d'imaginer, d'expérimenter. Mais cette période de mutation signifie également fragilité et exposition à de nombreux risques ou a des échecs, dans le champ somatique, psychologique, éducatif ou social. Si la majorité des adolescents va bien, il faut les accompagner dans tous les dispositifs de prévention, repérer et prendre en charge des symptômes tels que les tentatives de suicide, les addictions, les conduites à risques...

Selon Patricia Medina⁶, sociologue, les jeunes sont en bonne santé... mais certains plus que d'autres. Les inégalités de santé liées au milieu social concernent également les jeunes. Différentes études qualitatives réalisées concernant les adolescents ou les jeunes en insertion, confirment que les jeunes «héritent» des difficultés socio-économiques de leurs parents, notamment en matière d'accès aux soins. Les jeunes issus de milieux précaires ont ainsi, notamment, des difficultés à financer, ou à faire financer par leurs parents, les soins de dentisterie, ce qui a un impact négatif sur leur qualité de vie, leur apparence physique, et par conséquent sur leur image d'eux mêmes. Ces jeunes, comme leurs familles, sont confrontés à des arbitrages économiques quotidiens, défavorables aux consultations à visée préventive ou même curative et au suivi médical : la santé n'est pas la priorité. Enfin, au-delà de ces contraintes économiques, c'est au sein de la famille que les habitudes de «soin de soi» ou de «non soin», d'hygiène de vie, se transmettent : dans ce domaine également, la précarité sociale mais aussi psychologique des parents retentit sur les jeunes, qui vont plus ou moins s'approprier leur santé.

C'est par ailleurs autour de la souffrance psychique et des conduites à risques que se concentrent les problèmes de santé des jeunes. La précarité familiale, l'échec scolaire, le chômage, engendrent un fort mal-être : «déprime», anxiété, faible estime de soi, pessimisme quant à l'avenir, sont des thématiques récurrentes dans les entretiens avec les jeunes. Le mal-être se traduit parfois par des conduites à risques :

³ Source INSEE

⁴ DREES 2010 - N° 747 • janvier 2011 Sandrine DANET, Nicolas COCAGNE, Aurélie FOURCADE

⁵ Le taux de pauvreté infantile ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population (Source DROS PACA).

⁶ Patricia Medina chargée d'études à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes

surreprésentées chez les garçons (consommations abusives d'alcool et de cannabis, ivresses, consommations chroniques, mais aussi la conduite automobile dangereuse)

Des différences sont également notables entre jeunes en difficultés d'insertion des zones urbaines et des zones rurales.

Le fait d'être en apprentissage ou d'avoir un emploi n'est pas toujours une garantie en matière de santé

Enfin, lorsque les relations sont conflictuelles avec les parents, lorsque le « portage » parental est faible ou inexistant, toutes les difficultés sont amplifiées : difficultés matérielles (notamment logement), affaiblissement des réseaux sociaux liés à la famille, désorientation par rapport au système de soins, difficultés à prendre «soin de soi », prises de risques accrues...

Au bilan, la précarité affective, cumulée à la précarité sociale et économique, est défavorable à une bonne insertion sociale et à un bon état de santé chez les jeunes aussi.

Les priorités

Chacun des domaines stratégiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) a été analysé dans le cadre de la rédaction du Schéma Régional de Prévention (SRP). Plusieurs priorités ont été identifiées en fonction d'une approche par public.

Les objectifs généraux de la population, enfants, adolescents et jeunes, cités dans le SRP sont repris dans ce plan d'action et sont déclinés sous la forme d'objectifs opérationnels précisant pour chacun d'eux les actions attendues. Les mesures proposées visent en priorité certains problèmes de santé ou comportements à risques mais aussi la promotion d'une santé épanouie.

Les objectifs généraux suivants sont déclinés :

- Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé
- Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale
- Prévenir l'usage de produits psycho-actifs, les addictions et leurs conséquences
- Promouvoir des facteurs de protection et de connaissance en santé
- Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les territoires socialement très vulnérables qui ont été identifiés dans le SRP. Ce sont les **35 cantons regroupés cumulant plusieurs indicateurs de défavorisation** :

- Alpes de Haute-Provence : les Mées, Riez et Manosque,
- Hautes-Alpes : Rosans
- Alpes-Maritimes : Nice, Tende et Breil sur Roya,
- Bouches-du-Rhône : Tarascon, Port-St Louis du Rhône, Marseille, Arles, Marignane, Martigues, Vitrolles, Salon de Provence, Saintes-Maries-de-la-Mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne,
- Var : Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer, Le Luc, Fréjus
- Vaucluse : Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault.

Pour certains objectifs opérationnels de ce plan d'action, des territoires spécifiques sont précisés.

Pour les publics scolaires, sont privilégiés les territoires où sont implantés les Réseaux d'Éducation Prioritaire⁷ :

- les R.R.S (Réseaux de Réussite Scolaire)
- les R ÉCLAIR (Réseaux Écoles, Collèges, Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)

⁷ En lieu et place des réseaux existants dans l'éducation prioritaire (ZEP et REP), ont été constitués les réseaux dits « de réussite scolaire » (circulaire n°2006-058) et les réseaux ECLAIR (Ecoles, collèges, lycées, ambition, innovation, réussite).

A titre indicatif, le tableau ci-après indique le nombre et la proportion d'établissements dans un réseau ambition réussite (réseau antérieur au réseau ECLAIR), à la rentrée 2010 dans la région Paca (deux académies : Aix-Marseille et Nice)

| | Collège | | | | Écoles | | |
|-----------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|--|
| | Nombre de collèges dans l'académie | % sur la totalité des collèges de l'académie | Effectifs, nombre de collégiens | % sur la totalité des collégiens de l'académie | Nombre d'écoles dans l'académie | Effectifs d'élèves de l'académie | % sur la totalité d'élèves de l'académie |
| Aix-Marseille | 26 | 12.4 | 12014 | 10.5 | 129 | 23112 | 9.2 |
| Nice | 6 | 4.2 | 3019 | 3.5 | 44 | 7364 | 4.2 |
| France métropolitaine | 209 | 4.1 | 85065 | 3.6 | 1422 | 225744 | 4.1 |

Repères et références statistiques - RES édition 2011

Références aux plans nationaux, schémas régionaux ou conventions :

Programme national d'actions contre le suicide 2011/2014

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Schéma régional d'addictologie PACA 2010/2011

Plan national nutrition santé 2011/2015

Plan Obésité 2011/2013

Programme Alimentation et Insertion 2011 (P.A.I)

Plan Santé au Travail 2010-(décliné par la DIRECCTE)

Plan régional stratégique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes

Convention d'objectifs relative aux collaborations entre le Préfet de région, les Préfets de département et l'ARS, en matière de santé, jeunesse, sports et cohésion sociale en PACA du 16 mars 2011.

Recommandations

Les porteurs de projet peuvent faire appel pour un accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre, le suivi ou l'évaluation de ces actions aux partenaires opérationnels du Pôle régional de compétences en éducation pour la santé, notamment les comités départementaux d'éducation pour la santé.

Les différents indicateurs fournis lors de l'évaluation des actions devront préciser en sus des indicateurs du cahier des charges, l'âge et le sexe des enfants, adolescents, jeunes concernés.

Ces données permettront d'établir un état des lieux sexué et partagé des actions et des intervenants en matière de santé des jeunes filles et garçons (rôle de chacun, optimisation des partenariats, couverture territoriale des actions)

L'INPES réalise un certain nombre d'outils de prévention validés et mis en ligne sur le site INPES :

<http://www.inpes.sante.fr>.

Toutes les actions proposées en milieu scolaire devront avoir obtenu l'accord et l'agrément de l'Education Nationale avant le dépôt du projet. Elles devront s'inscrire dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement (Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté). Les projets à développer doivent viser à favoriser l'engagement des écoles et des établissements scolaires dans un programme ou un projet d'Education à la Santé.

Ils doivent prévoir plus particulièrement :

- ✓ la promotion d'un travail partenarial interne et externe qui favorisera une approche globale, qui intègre école, quartier et famille. Le rôle du CESC est essentiel pour assurer la coordination du travail dans une démarche qui associera et responsabilisera les parents et les élèves (délégués ou volontaires) dans l'élaboration et la réalisation d'un programme de promotion de la santé.
- ✓ le développement d'une démarche participative attribuant un rôle aux élèves,
- ✓ l'intégration de principes d'éducation pour la santé par des méthodes pluridisciplinaires et transversales



Différents documents d'accompagnement réalisés dans la collection « Repères » sont destinés à soutenir à différents niveaux la mise en œuvre des actions dans les établissements scolaires et sont un cadre de référence pour tous. Ces documents sont mis en ligne sur le site Education Nationale, Eduscol :

- <http://eduscol.education.fr/D0060/default.htm>
- <http://eduscol.education.fr/nutrition>

Les promoteurs de projets s'attacheront à exposer précisément et de façon argumentée la ou les problématiques visées, à formuler des objectifs clairs, réalistes et chiffrés en montrant la pertinence de ces objectifs au regard des problèmes mis en évidence. Ils devront décrire l'action qu'ils souhaitent mettre en œuvre et enfin présenter les indicateurs d'évaluation qu'ils ont retenus pour suivre l'évolution de leur projet en vue de pouvoir éventuellement le réajuster ou d'apprécier son efficacité.

Ils devront tout particulièrement mettre en évidence la nature du partenariat sur lequel ils s'appuient pour mettre en œuvre leur action en détaillant ses modalités concrètes d'organisation, de répartition éventuelle des tâches,...

Les actions cofinancées seront retenues en priorité.

OBJECTIF GENERAL 1 :

« Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé »

Objectif opérationnel 1A : « Améliorer l'accès à la prévention bucco-dentaire, au dépistage et à la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles psychomoteurs. »

1.A.1. Augmenter le recours à L'EBD. Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD

Contexte

Selon le docteur Catherine Le Galès-Camus, sous-directeur général de l'OMS : "on croit que la carie dentaire ne pose plus problème dans les pays développés, alors qu'elle touche 60 à 90 % des enfants d'âge scolaire et la grande majorité des adultes".

L'OMS souligne que "les effets des maladies bucco-dentaires : douleurs, souffrances, dysfonctionnements et baisse de la qualité de la vie, sont nombreux et coûteux".

Certaines périodes critiques de la vie sont marquées par une augmentation du nombre de caries : petite enfance et enfance et au moment de quitter le foyer familial. Le suivi de l'état de santé bucco dentaire au moment de l'enfance et de l'adolescence est un facteur essentiel pour prévenir les complications à l'âge adulte. Le seul brossage des dents par l'enfant n'est pas suffisant. L'acquisition des connaissances en matière d'hygiène bucco dentaire est indispensable.

La mesure des indices carieux révèle une inégalité sociale de santé à tous les âges. Une faible proportion d'enfants présente une majorité de caries. La prévalence de la carie dentaire était, dans les études réalisées, significativement plus importante chez les enfants en situation de précarité, scolarisés en ZEP ou nés à l'étranger. Les données soulignaient également un besoin en soins important : le nombre moyen de dents cariées non soignées était compris entre 0,75 et 1,00 chez les enfants de 6 ans et entre 0,50 et 0,60 chez les enfants de 12 ans. Cependant, le besoin en soins était concentré sur une faible proportion d'enfants (20 à 30 % d'entre eux). Les enfants scolarisés en ZEP ou les enfants en situation de précarité présentaient des indices carieux et des signes de polycarie beaucoup plus importants par rapport aux autres enfants. Par ailleurs, un lien entre la présence de carie chez les enfants de moins de 6 ans et le faible niveau d'étude de la mère ou le bas niveau socio-économique de la famille a été mis en évidence. Moins de 2% des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées contre 11% des enfants d'ouvriers. Plus encore, dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire, 17% des élèves présentent au moins deux dents cariées non soignées contre 6% pour ceux scolarisés hors ZEP (respectivement 19% et 8%, six ans auparavant).

Le dispositif M'T DENTS est une campagne nationale de santé bucco-dentaire menée par l'Assurance Maladie pour promouvoir l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit auprès des jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, avec remboursement intégral des soins conservateurs consécutifs chez un praticien du choix de la famille.

- Pour l'ensemble de ces tranches d'âge, les résultats fin 2010 en PACA étaient de 24,98% de recours à l'EBD (population concernée = 222 389 enfants) versus 31,4% pour la France entière (population concernée = 3 063 226 enfants).
- Pour les enfants de 6 ans, les résultats s'élevaient respectivement à 34% de recours à l'EBD en PACA (population concernée = 45 779 enfants) versus 41% France entière (population concernée = 662 248 enfants)
- Pour les enfants de 12 ans, les résultats s'élevaient respectivement à 24,4% (population concernée = 45 644 enfants) versus 30,8% (population concernée = 626 637 enfants). [Données du régime général de sécurité sociale].

Or, selon les résultats de la recherche-action sur le recours au dispositif M'T Dents, auprès de familles résidant sur les territoires visés par l'action des Ateliers Santé Ville de Marseille nord et centre ville⁸, « la santé bucco-dentaire est un domaine soumis à des inégalités sociales importantes » et « le risque sur lequel repose le dispositif ... n'est pas perçu ou évalué comme tel par les populations. »

Pour les populations fragilisées, les problèmes bucco-dentaires ne font pas partie des préoccupations majeures de santé ; par ailleurs, « le manque de disponibilité des parents et l'investissement que le recours à l'EBD demande font de ce dernier une démarche contraignante. »

De cette étude, ressortent les préconisations suivantes :

- L'EBD devra être présenté en mettant en avant les bénéfices et l'évitement des problèmes apportés par la prévention des affections bucco-dentaires : éviter la douleur et les pathologies entravantes (susceptibles d'avoir un impact sur la concentration ou l'efficacité à l'école ou au travail).
- Il sera important de communiquer autour de la valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaire, sociales).
- Les mères devront constituer les acteurs cibles privilégiés du dispositif.
- Il est important de mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace. Ceci, en veillant à valoriser les comportements d'hygiène adoptés par le public afin de ne pas les mettre en échec.
- L'émetteur du message devra être crédible et de fait incarner l'expertise en matière de santé bucco-dentaire pour donner du poids et de l'impact au message préventif transmis.
- La communication réalisée devra privilégier l'échange oral.
- Les informations transmises devront être données dans un langage adapté au public visé, allant à l'essentiel et axé sur les représentations et préoccupations de celui-ci.

La participation de tous les enfants et adolescents aux examens de prévention du programme de prévention de l'Assurance maladie (M'T dents) est fortement recommandée par la HAS.

Publics cibles

Les différents acteurs présents et intervenants auprès des enfants (parents, éducateurs, éducateurs sportifs, services de santé, personnels des collectivités, associations de quartier...).

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables.

Ces territoires seront à réviser ou à compléter de nouveaux territoires en fonction des données de l'Assurance Maladie obtenues sur les taux de réalisation des EBD.

Actions attendues

- Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD. Actions de communications orales réalisées sur l'invitation et la sensibilisation à l'intérêt de réaliser un examen de prévention bucco dentaire gratuit, chez les enfants à des âges clés du développement dentaire 6 et 12 ans.

Observations/recommandations

Communication orale de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères. Les informations transmises devront être données dans un langage adapté au public visé, allant à l'essentiel et axé sur les représentations et préoccupations de celui-ci.

L'EBD devra être présenté en mettant en avant les bénéfices et l'évitement des problèmes apportés par la prévention des affections bucco-dentaires : éviter la douleur et les pathologies entravantes (susceptibles d'avoir un impact sur la concentration ou l'efficacité à l'école ou au travail).

Veiller à valoriser les comportements d'hygiène adoptés par le public afin de ne pas les mettre en échec.

Ces actions devront être réalisées hors milieu scolaire, et en collaboration avec l'Assurance Maladie (CPAM, RSI, MSA...), les ASV, les CCAS, les associations de quartiers....

⁸ Etude réalisée en 2010 par l'Association Psychologie(s) & Santé / AP&S à Marseille - avec le soutien financier de l'ARS PACA dans le cadre du Programme Régional de Santé N°7 PACA (objectif opérationnel N°3).

Indicateurs de suivi

- Nombre d'actions de communication orale réalisées par territoire ciblé et par structure
- Nombre de participants : parents et catégorie des participants.
- Nombre et type de personnes touchées par action de sensibilisation réalisée

- Evolution du taux de recours à l'EBD donnée par l'Assurance Maladie et notamment les CPAM par territoire.
- Atteindre 45% de participation à l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans

1.A.2 Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires.

Publics cibles

Les publics cibles des actions de communication pourront être les enfants de 6 ans mais surtout les différents acteurs présents autour de l'enfant, notamment les mères.
Les enfants ayant réalisé un EBD.

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables.
Ces territoires seront à réviser ou à compléter de nouveaux territoires en fonction des données de l'Assurance Maladie obtenues sur les taux de réalisation des EBD.

Actions attendues

- Actions de communications orales préconisées par l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD. Ces actions devront s'adapter à la population susceptible de recevoir les messages. Elles devront également prendre en compte l'accompagnement des enfants jusqu'au soin.
- Évaluer le recours aux soins et le suivi des soins sur les territoires ciblés

Observations/recommandations

Ces actions doivent être complémentaires et non redondantes aux actions menées par l'Assurance Maladie. Le partenariat avec l'Assurance Maladie est indispensable à la mise en œuvre des actions. Développer un partenariat avec la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) pour le suivi des soins par les chirurgiens dentistes conseils.

Indicateurs de suivi

- Nombre d'enfants soignés par rapport à ceux nécessitant des soins
- Nombre d'actions de communication réalisées par territoire cible et par structure
- Nombre de participants : parents et catégorie des participants..
- Nombre et type de personnes touchées par action de sensibilisation réalisée
- Nombre d'enfants accompagnés aux soins
- Nombre d'enfants ayant eu recours aux soins

1.A.3. Améliorer l'accès au dépistage et à la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles psychomoteurs

Contexte

Le dépistage des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages est effectué par les médecins de l'Education Nationale dans le cadre du bilan de 6 ans.

L'accès à un bilan complémentaire plus complet après cet examen et aux soins est difficile sur certains secteurs géographiques du fait de plusieurs obstacles :

- difficultés financières des familles (bilan psychomoteur), liste d'attente au niveau des CMP, CMPP et réseaux d'unité diagnostic
- difficultés de transport dans les zones rurales, manque de professionnels (orthophonistes..) sur certains secteurs
- faible motivation de certaines familles....

Le repérage et le dépistage chez les enfants de 6 à 12 ans reste à développer avec de nouveaux outils (reperdys, evalCE1) dans la suite du projet régional « six pour dys » qui a été financé par le GRSP. L'accès au bilan et aux soins suite à ce repérage / dépistage est limité par les mêmes facteurs que précédemment dans certains secteurs prioritaires.

A partir des bilans de santé effectués par les médecins des PMI à l'école maternelle au moyen de l'outil standardisé EVALMATER⁹, il est possible de disposer des données de prévalence suivantes :

| Région PACA | Troubles du langage | | Troubles psychomoteurs | |
|-------------------------------|---------------------|------------|------------------------|------------|
| | A revoir | A orienter | A revoir | A orienter |
| 3 ans 6 mois à moins de 4 ans | 31,2% | 6,9% | 12,5% | 1,4% |
| 4 ans à 4 ans 6 mois | 23,5% | 7,7% | 9,1% | 1,7% |

Un suivi de 180 enfants issus de cette enquête a montré que le taux d'enfants effectivement suivis était élevé (86%). Par contre, parmi les enfants orientés, le taux de prise en charge était de 40%.

Publics cibles :

Les enfants dépistés dans le cadre du bilan de 6 ans
Les enfants dont les troubles sont dépistés entre 6 et 12 ans

Territoires cibles

Les établissements dispositif ECLAIR (Ecole Collège Lycée Ambition Innovation Réussite)
Les établissements situés en territoire de vulnérabilité sociale ou caractérisés par des difficultés d'accès aux soins (ruraux)

Actions attendues

- Généralisation de l'utilisation des outils de repérage Reperdys en CM1 / CM2 (outil en cours de finalisation d'expérimentation en direction des professeurs des écoles) et évaluation CE1)
- Actions de sensibilisation des professionnels au repérage, au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement aux soins des enfants : professionnels de santé, éducatifs, sociaux.
- Développer des exemples de collaboration ou de partenariats professionnels permettant le suivi des élèves repérés et dépistés et l'accompagnement jusqu'aux soins.

Observations

Les actions seront menées en partenariat avec l'Éducation Nationale, elles devront prévoir un retour d'informations sur la nature et le degré de suivi des enfants repérés et dépistés par l'Education Nationale. Les enfants devront être accompagnés jusqu'aux soins.

Indicateurs

- Améliorer d'ici 5 ans le taux d'enfants dépistés et suivis pour des troubles spécifiques des apprentissages.
- Nombre d'actions de sensibilisation par territoire ciblé
- Nombre et catégorie des personnes sensibilisées par territoire ciblé
- Nombre et taux d'enfants dépistés pour des troubles par territoire ciblé
- Nombre et taux d'enfants suivis pour des troubles par territoire ciblé
- Nombre et taux d'enfants accompagnés jusqu'aux soins par territoire ciblé
- Nombre de collaboration, partenariat, mis en œuvre

⁹ Source ORS PACA 2003 – étude menée auprès de 3 000 enfants

Objectif opérationnel 1 B : « augmenter la couverture vaccinale notamment chez les adolescents et jeunes adultes »

Un plan d'action spécifique pour répondre à cet objectif a été élaboré dans le cadre des travaux du "comité de pilotage régional chargé de proposer une stratégie dans le domaine de la politique vaccinale".

Plan d'action spécifique en annexe 1

Objectif opérationnel 1C : « identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme...) »

Les inégalités territoriales de santé s'expliquent à la fois par des facteurs sociaux et des facteurs environnementaux. L'habitat cumule ces deux facteurs et vient aggraver les inégalités de santé des populations défavorisées.

De fait, l'identification, sur le territoire de la région PACA des lieux où l'habitat est dit « indigne ¹⁰ » permet de cibler des actions en vue d'améliorer la santé de leurs occupants.

L'Insee estimait en 2006 à 12 000 le nombre de logements ne disposant pas du confort sanitaire de base.

L'impact sur la santé des occupants est de nature très variée et va du saturnisme infantile, aux intoxications oxygénées, et plus généralement aux maladies respiratoires de type chronique comme l'asthme.

Le problème n'est pas circonscrit au milieu urbain mais existe aussi en milieu rural : le département des Alpes de Haute Provence, par exemple a la plus forte proportion de logements antérieurs à 1949.

De plus, aujourd'hui, si l'action est principalement ciblée sur l'habitat ancien, une nouvelle préoccupation émerge relativement à la qualité de l'intérieur et pourrait conduire à d'autres types d'action principalement ciblée sur les nouveaux projets accueillant des populations sensibles, en particulier les enfants (établissements scolaires, crèches).

Publics cibles

Principalement les enfants et les mères qui constituent des populations particulièrement sensibles du fait de leur période d'exposition et pour lesquels les conséquences seront les plus graves.

Territoires cibles

Les grands centres urbains

L'habitat ancien

Les nouveaux projets pour la problématique de l'air intérieur

Actions attendues

- Sensibilisation des occupants
- Information des professionnels de santé qui sont amenés à diagnostiquer les pathologies liées à l'habitat.

Observations/recommandations

Les services de PMI apparaissent comme des relais privilégiés d'information à destination des occupants de logements.

Quelques actions illustrant ces différents aspects sont déjà incluses dans le Plan régional santé environnement (PRSE) :

- Projet 7.1.1.1 : créer des consultations médicales « pathologies environnementales », porté par l'APHM
- Projet 7.2.1.6 : Mettre en place une campagne de mesure des pollutions intérieures dans les lieux accueillant des enfants et sensibiliser le public. Porté par la commune de Salon de Provence
- Projet 7.2.4.2 : Valoriser la campagne expérimentale réalisée dans les écoles et les crèches. Portée par l'Ars et la DREAL
- Projet 11.3.1.6 : prévenir et réduire les risques d'exposition au plomb dans l'environnement, porté par le CODES 13

Indicateurs de suivi

- Nombre et types d'actions développées par territoire
- Nombre et types d'ateliers ou de séances par action
- Nombre et type de participants aux séances, aux formations aux ateliers
- Nombre et type de supports de communication élaborés/diffusés

¹⁰ La notion d'habitat indigne est définie par l'article 4 de la loi du 31 mai 1990 modifiée par la loi Mille du 25 mars 2009

OBJECTIF GENERAL 2 :

« AMELIORER LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE, DE LA CRISE SUICIDAIRE, DES TENTATIVES DE SUICIDE ET DES TROUBLES DE SANTE MENTALE »

Comme la sante physique, la sante mentale ne se limite pas à l'absence de maladie. Une enquête réalisée en PACA entre 2002 et 2007 montre qu'un tiers de la population âgée de 18 ans (soit environ 1 245 000 personnes) et plus a déclaré une maladie mentale au moment de l'enquête¹¹.

Chez l'enfant

En général la distinction est faite entre les troubles dits envahissants (psychoses, autisme), les troubles dits extériorisés (troubles des conduites, oppositionnels, de l'attention avec hyperactivité) et ceux dits intériorisés (angoisse de séparation, anxiété généralisée, phobies, troubles dépressifs).

En Paca, en 2004-2005, une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 6-11 ans scolarisés dans les écoles primaires de notre région a montré des prévalences de troubles intériorisés et de troubles extériorisés de respectivement 19,6 % et 12,6 %. Ces troubles sont plus fréquents chez les enfants dont le chef de famille est ouvrier (25,5% vs 13% si le chef de famille est cadre supérieur). La présence de ces troubles semble également liée au niveau d'études des parents.

Chez l'adolescent

Une étude a été menée en 2008 chez les adolescents vivants en foyers socio-éducatifs dans les Bouches du Rhône afin de déterminer la prévalence des troubles mentaux dans cette population. L'étude a porté sur les adolescents de 13 à 17 ans inclus, 183 jeunes (106 garçons et 77 filles) ont été inclus dans l'enquête. Les résultats montrent que 48,6% des adolescents présentent au moins un trouble mental (troubles anxieux, dépressif, des conduites, du comportement alimentaire, symptômes psychotiques, hyperactivité avec déficit de l'attention). La comorbidité est élevée, plus de la moitié d'entre eux (24,6%) présentent au moins deux troubles.

La prévalence des troubles mentaux chez les adolescents placés dans les foyers socio-éducatifs des Bouches du Rhône est 2 à 3,5 fois plus élevée que dans la population générale des adolescents. Les troubles anxieux et la dépression sont très fréquents ainsi que les tentatives de suicide.

On estime que 15% des jeunes de 11 à 18 ans présentent des signes tangibles de souffrance psychique exprimée dans une grande diversité de comportements, allant de plaintes somatiques aux conduites plus ou moins spectaculaires.

La région compte 5 maisons des adolescents implantées dans les principales villes à l'exclusion du Var et des Hautes-Alpes. Il n'existe qu'un seul réseau souffrance psychique à Marseille.

Une enquête menée sur l'année 2005-2006 dans six universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et publiée par le Bulletin de l'Institut de veille sanitaire montre qu'un étudiant sur quatre de première année souffre de troubles psychiatriques sérieux. Dépression et anxiété frappent encore plus les filles (33%) que les garçons (16,3%). Pour la dépression, les « deux tiers des troubles apparaissent après l'entrée à l'université ». Plus de la moitié des victimes d'une de ces pathologies mentales, en subissent les conséquences, « importantes sur leurs études ou le travail », leurs « relations avec leurs proches » ou leurs « relations sociales ». A fortiori pour les 76% de ceux touchés « conjointement » par la dépression et les troubles anxieux, une comorbidité nettement plus répandue. A peine 30% d'entre eux consultent des professionnels de la santé mentale¹².

Le Programme National d'actions contre le suicide (2011-2014) développe 6 axes :

- AXE I : Développement de la prévention et de la postvention,
- AXE II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire.
- AXE III : Information et communication autour la prévention du suicide
- AXE IV : Formation des professionnels
- AXE V : Études et recherche

¹¹ ORS PACA :source Santé mentale et population générale :image et réalité de la région PACA : Infostat n°9

¹² JL Vannier CHU Nice

- AXE VI : Suivi et animation du programme d'actions contre le suicide

Son objectif est donc de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, les autres professionnels au contact des personnes à risque, les familles et les associations spécialisées.

Le plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 a initié des formations au repérage précoce des signes de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et adolescents. Notamment des formations de formateurs à destination des médecins scolaires et de PMI ont été mises en place, impulsées par les Directions Régionales d'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) et l'Éducation nationale pour l'utilisation du référentiel rédigé avec la Fédération Française de Psychiatrie (FFP).

La DGS a mis en place depuis 2001 une formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire

En ce qui concerne les professionnels, en région PACA, le développement de formations au repérage de la crise suicidaire auprès des personnes ressources ont été mises en œuvre à partir de 6 sites : les 2 CHU Marseille et Nice, les CH de Digne, Montfavet, Montperrin et Pierrefeu.

Ces formations se sont poursuivies sur l'ensemble des départements de la région avec la formation nationale de binômes formateurs qui forment les personnes ressources. Elles se sont poursuivies avec un financement Etat jusqu'en 2010. Ces formations sont désormais inscrites dans le catalogue de formation continue de l'ensemble des établissements sanitaires suite à la demande du directeur général de l'ARS en mai 2010.

Les types de personnes formées sont :

- Les personnels de santé des établissements de santé (infirmiers, médecins...)
- Les personnels de l'Éducation nationale (infirmières, médecins)
- Les personnels de la justice (administration pénitentiaire)
- Les travailleurs sociaux (PAEJ)

Il n'y a pas eu d'actions relevant du programme 13 du PRSP 2005/2009 (Mieux repérer, prévoir et prendre en charge la souffrance psychique et le suicide) dans les départements des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes.

Objectif opérationnel 2A : « Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement »

Cet objectif doit permettre notamment de mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents. En effet, des enfants et des adolescents en souffrance se signalent de plus en plus tôt par des plaintes somatiques, des troubles du comportement qui ne sont pas toujours reconnus comme des signaux d'alarme, mais dont la fréquence et la durée doivent alerter (repli sur soi, violences, absentéisme, modifications importantes des résultats scolaires...).

La formation des professionnels concerne différents publics. Les professionnels du soin sont formés dans le cadre de la formation continue. Il s'agit ici de former les professionnels de l'action sociale, et les différents acteurs au contact des enfants et adolescents, qui nécessitent une formation au repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire, de même que ceux travaillant en milieu carcéral.

Le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) comporte un Axe IV : Formation des professionnels dont l'action 34 est : Déployer des actions de sensibilisation et de formation en direction des différentes catégories de professionnels de l'éducation nationale. Des enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire seront inclus dans les formations initiales et continues de différentes catégories de professionnels.

En 2010, en région PACA, 294 personnes ont été formées au repérage à la crise suicidaire, dont 56 en milieu pénitentiaire. Ces formations étaient coordonnées par le réseau CRES-CODES

Il existe de nombreuses formations sur la région PACA, proposée par différents organismes et financées par différentes instances. Afin d'éviter les « doublons » sur les territoires il sera réalisé dans un premier temps, un état des lieux et dans un second temps la poursuite des formations sur les territoires n'en ayant pas bénéficié.

2.A.1 Réaliser un état des lieux des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des professionnels de santé et du social.

Publics cibles

Les porteurs de projet, les différentes institutions, les associations intervenant auprès des jeunes (6 à 25 ans) dans les lieux fréquentés habituellement par ceux-ci.

Professionnels pluridisciplinaires, personnels Education Nationale (professionnels de santé, sociaux, psychologues scolaires, COP, CPE, enseignants ...), service universitaires de prévention et de soins, éducateurs en centres de loisirs ou sportifs, personnel des centres sociaux, missions locales, associations de proximité, personnels en établissements pénitentiaires, Protection Judiciaire de la Jeunesse, maisons des adolescents....

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables et lieux de détention pour mineurs.

Actions attendues

- Réaliser un état des lieux des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des professionnels de santé et du social.
- Réaliser un état des lieux des pratiques de repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire.
- Evaluer les besoins nécessaires et cibler les professionnels à former par territoire

Observations/recommandations

L'ensemble des intervenants auprès des jeunes sur un même territoire devra être consulté. Les différents intervenants pluridisciplinaires seront recensés. Conseil régional, Conseil Général, collectivités, DRJSCS, Éducation Nationale, PJJ... et seront consultés. Il faudra préciser si les intervenants ont eu une formation.

Indicateurs de suivi

- Nombre de formations réalisées par territoire et par structure
- Nombre de professionnels touchés par la formation et restant à former par territoire ciblé et par structure
- Catégorie des personnes formées et restant à former par territoire ciblé et par structure
- Taux de satisfaction quant à la formation (enquête de satisfaction par questionnaire)
- Nombre et type de pratiques différentes permettant le repérage et l'orientation des jeunes

2.A.2. Poursuivre le développement des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des professionnels du social.

Publics cibles

Professionnels pluridisciplinaires intervenant auprès des jeunes (6 à 25 ans) dans les lieux fréquentés habituellement par ceux-ci. Personnels Education Nationale (professionnels de santé, sociaux, psychologues scolaires, COP, CPE, enseignants), service universitaire de prévention et de soins, éducateurs en centres de loisirs ou sportifs, personnel des centres sociaux, missions locales, associations de proximité, personnel en établissements pénitentiaires....)

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables et identifiés par l'état des lieux nécessitant des formations.

Actions attendues

- Former et sensibiliser les professionnels gravitant autour des jeunes à la problématique du mal être des adolescents dont la crise suicidaire. Ces acteurs sensibilisés et formés devront être capables d'identifier la problématique de troubles psychiques, reconnaître les premiers signes d'alerte chez un jeune, et être capable de l'orienter vers les personnes ressources
- Promouvoir le guide pour le repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à destination des professionnels du soin et de l'action sociale non médecins (en cours de finalisation).

Observations/recommandations

Ces actions devront :

Garantir la transversalité du secteur social et médical,

Favoriser la pluridisciplinarité.

Faire connaître les dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale.

Former les différents professionnels de façon à ce qu'ils aient un langage commun quelque soit leur secteur d'activité.

Les professionnels devront être capables de mettre en pratique leur formation.

Cet objectif sera mené en concertation celui issu du plan d'action « population générale ».

Indicateurs de suivi

- Nombre de formations réalisées par territoire ciblé
- Nombre et type de professionnels touchés par la formation
- Taux de satisfaction quant à la formation (enquête de satisfaction par questionnaire)
- Nombre d'enfants et d'adolescents bénéficiant d'un repérage précoce des troubles psychiques par territoire ciblé et par structure touchée
- Nombre d'enfants / jeunes/ adolescents orientés vers des personnes ressources par les professionnels sensibilisés par territoire ciblé et par structure touchée.

2.A.3. Assurer le premier accueil des jeunes en souffrance psychique

Publics cibles

Professionnels intervenant auprès des enfants ou adolescents mais ne disposant pas de professionnels de santé capables d'assurer un premier accueil (Missions Locales, centres sociaux, associations de proximité, centres pénitentiaires pour mineurs, PJJ....)
Enfants, Adolescents, jeunes.

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables. et les centres pénitentiaires pour mineurs

Actions attendues

- A partir du dispositif des formations sur le repérage de la crise suicidaire déployé en région PACA, proposer un premier accueil réactif pour les adolescents et jeunes adultes qui agissent dans l'immédiateté.
- Développer des relais réactifs capables de repérer les facteurs de risques.
- Développer les compétences psychosociales des enfants, jeunes et adolescents.
- Accompagner les personnes en souffrance psychique.
- Orienter les enfants, jeunes et adolescents vers les dispositifs existants.

Observations/recommandations

Action réalisée par des acteurs formés à la souffrance psychique ne disposant pas de professionnels de santé au sein de leur structure, mais touchant de nombreux enfants et adolescents.

Indicateurs de suivi

- Nombre d'enfants, adolescents, jeunes accueillis et en souffrance psychique par territoire ciblé et par structure
- Nombre d'enfants, adolescents, jeunes, orientés vers un professionnel de santé par territoire ciblé et par structure
- Nombre et type d'orientation par territoire ciblé et par structure

Objectif opérationnel 2B : « Informer les parents de facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés »

L'organisation des soins est mal connue de la population, des médecins généralistes et des médias, Les professionnels de la psychiatrie ont du mal à expliquer leur action et à travailler avec leurs partenaires dans la cité. Les parents sont souvent démunis, face aux problèmes de santé mentale. La souffrance psychique des jeunes concerne toutes les catégories socioprofessionnelles.

2.B.1. Informer les parents de facteurs de risques repérables

Publics cibles

Les parents des enfants, adolescents et jeunes.

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables

Actions attendues

- Mettre en place des actions de communication permettant aux parents de mieux connaître les facteurs de risques.
- Développer les compétences psychosociales des parents

Observations/recommandations

Développer un partenariat avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé et notamment les médecins généralistes et les pharmaciens d'officines.

S'appuyer sur les professionnels de santé et les réseaux en contact avec les parents.

Concernant l'action « développer les compétences psychosociales » : l'estime de soi ; savoir parler à son ado, comment parler à son ado ...

Indicateurs de suivi

- Nombre et type d'actions de communication réalisées par territoire ciblé et par structure
- Nombre de parents informés et accompagnés par territoire ciblé et par structure

Objectif opérationnel 2C : « Développer des instances de prise en charge des tentatives de suicide et diminuer la récurrence de tentatives de suicide ou des crises suicidaires »

En PACA, en 2005, on estimait à 9116 le nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide (TS). Le risque de suicide est beaucoup plus élevé lors des récurrences de TS. La prévention de ces récurrences est donc essentielle. Elle porte à la fois sur la prise en charge des TS à l'hôpital et le suivi post-hospitalisation. Par ailleurs, l'identification et la prise en charge par les médecins généralistes des personnes ayant des idées suicidaires sont essentielles.

2.C.1. Développer des instances pour mieux coordonner les différents partenaires impliqués dans la prise en charge des adolescents en amont et en aval afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge des adolescents

Il s'agit de garantir une réponse rapide dans la prise en charge coordonnée, médicale et sociale et le suivi du jeune. Assurer la coordination d'interventions autour des situations de souffrance psychique.

Publics cibles

Les différents partenaires du secteur médical et social.
 Les réseaux et associations de coordination préexistants.
 Les personnels Education Nationale (Professionnels de santé sociaux, psychologues scolaires, COP, CPE, enseignants, personnels de direction tous exerçant dans l'enseignement public), et personnels des structures spécialisées (CMPP, secteurs de psychiatrie, services de médecine pour adolescents...)
 Le personnel pénitentiaire, la PJJ
 Les maisons des adolescents

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables, les centres pénitentiaires pour mineurs et les territoires où les réseaux existent déjà.

Actions attendues

- Création d'une coordination multi-partenariale au travers de conventions permettant l'amélioration de la prise en charge globale et individuelle du jeune suicidant .
- Développer la collaboration entre le milieu scolaire et les structures spécialisées (CMPP, secteurs de psychiatrie, consultations de médecine pour adolescents...)

Observations/recommandations

Ce dispositif spécifique doit coordonner les différents institutions pour une prise en charge pluridisciplinaires d'enfants, d'adolescents et de jeunes.

Il devra permettre de mieux comprendre le rôle de chacun et d'articuler les interventions.

Ce dispositif devra permettre en permanence le contact avec les familles, les médecins, les partenaires des secteurs socio éducatifs et scolaires.

Il devra améliorer l'efficacité, la prise en charge psychique et le suivi des jeunes en garantissant l'action coordonnée des secteurs du médical et du social.

Il interviendra également en soutien des professionnels ou des équipes confrontés à des situations aiguës. L'ensemble des professionnels de santé et particulièrement les professionnels libéraux ont bien entendu vocation à participer à ces dispositifs.

Indicateurs de suivi

- Nombre et nature de conventions signées
- Nombre de coordinations multi-partenariales existantes, nombre et détail des coordinations
- Nombre de prises en charges globales
- Nombre de suivis de jeunes coordonnés entre le secteur médical et social
-

Ces quatre indicateurs doivent être réalisés par territoires ciblé et par structure

Objectif opérationnel 2D : « Démarche de labellisation des lieux d'accueil de l'adolescent en souffrance psychique »

Expérimentation des Bouches du Rhône

Contexte de la création du comité départemental adolescent

Au cours de l'année 2009, des groupes de travail ont été constitués pour réfléchir sur la prise en charge des adolescents « difficiles » présentant des troubles du comportement associés à des troubles psychiatriques. Cette réflexion, menée à l'initiative de l'ex DDASS, a permis d'associer un grand nombre de partenaires concernés par la problématique. Trois groupes composés de représentants du secteur sanitaire (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie, directeurs d'établissements), du secteur médico-social (ITEP), de représentants du Conseil Général (Directeur de la Maison Départementale des adolescents), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, de l'Inspection d'Académie et de la Ville de Marseille, ont travaillé sur les thématiques suivantes :

- En amont : la prévention, le repérage et le premier accueil,
- Le soin et l'hospitalisation,
- La crise et l'urgence,

Au cours de la restitution des travaux, l'ensemble des acteurs a fait ressortir, de façon prégnante, la nécessité de mettre en place une instance départementale de coordination et de suivi de la prise en charge de ces adolescents « difficiles », instance co-animée par l'Etat et le Conseil Général des Bouches du Rhône. Le Conseil Général a proposé que cette instance soit adossée à l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance.

Label « accueil et consultation pour adolescents » ARS-CG13

Label proposé aux institutions le souhaitant, à condition qu'elles remplissent les critères de qualité définis :

- Horaire d'ouverture au-delà des temps scolaires, après 17h
- Présence d'un soignant (infirmier ou psychologue) sur place, accessible d'emblée,
- Possibilité d'une consultation avec un psychiatre dans les 48h,
- Absence de condition d'accueil (sectorisation, anonymat possible, gratuité, etc...), c'est-à-dire accueillir l'adolescent « tel qu'il se présente »,
- Formalisation d'une articulation avec un service d'urgence hospitalière de proximité.

L'objectif

Cette action s'inscrit dans une démarche de prévention de l'apparition de troubles psychiatriques, ou de leur aggravation, au moyen d'un repérage le plus précocement possible dans le parcours de l'adolescent.

La labellisation donnera lieu à une communication grand public à l'échelle départementale, sous forme d'un « flyer » qui listera les lieux éligibles. Les lieux de diffusion seront plutôt dans des espaces spécialisés et tout lieux susceptible d'accueillir les adolescents: Maisons de la solidarité, Collèges et lycées, mais aussi les CPAM, les CCAS, etc....

Suivi de l'expérimentation des Bouches du Rhône

Evaluer la démarche initiée par la DT 1 3 pour la labellisation « accueil et consultation pour adolescents »
Selon les résultats, de l'évaluation développer cette démarche dans les autres territoires.

OBJECTIF GENERAL 3 :

« PREVENIR L'USAGE DE PRODUITS PSYCHO-ACTIFS, LES ADDICTIONS ET LEURS CONSEQUENCES »

Objectif opérationnel 3A : « **développer des actions de prévention des addictions (jeunes scolarisés ou hors système scolaire)** »

3.A.1 Favoriser l'implication des professionnels de santé et du social pour le repérage, l'orientation et le conseil auprès des jeunes usagers de drogue ayant des usages de drogues illicites ou licites problématiques (excessifs, nocifs,...) dommageables à leur santé, leur formation scolaire, et leur sécurité, risques routiers, au travail,...

Selon les résultats 2008 de l'enquête ESCAPAD, à 17 ans, la région présente des niveaux d'expérimentation de médicaments psychotropes et des autres produits illicites supérieurs à ceux mesurés dans le reste de la France¹³.

De plus, si la consommation régulière d'alcool caractérise les usages des populations adultes et âgées, la consommation ponctuelle et excessive d'alcool est plutôt la marque de la jeunesse. Les phénomènes d'ivresse ou de consommation sévère d'alcool (5 verres ou plus en une seule occasion) se développent ces dernières années parmi les jeunes. Ce nouveau mode de consommation provoque des dommages sanitaires particulièrement graves (maladies, dépendances, comas éthyliques,...)

De manière générale, le développement du dispositif de soin dans la région (en application du plan addictions) doit s'accompagner de différentes mesures facilitant son recours et son adaptation permanente aux besoins.

L'ensemble des professionnels de santé et du social au contact des jeunes est aujourd'hui concerné par ces questions, et se doit d'apporter une réponse fondée et adaptée en termes d'orientations. Cela suppose leur sensibilisation à ces questions et l'amélioration de leur utilisation d'outils et méthodes pour le repérage précoce, l'entretien de prévention, et l'orientation et/ou l'intervention brève, si besoin.

Publics cibles

Professionnels du social et de la santé y compris scolaire et universitaire, des centres de prévention santé, de la médecine du travail (apprentis, saisonniers,...) au contact des publics jeunes

Territoires cibles

Tous les territoires à population jeune vulnérable et susceptible de développer des conduites à risques

Actions attendues

- Sensibiliser les professionnels de santé et du social accueillant des jeunes, à la connaissance de ces usages chez les jeunes en particulier s'agissant des abus d'alcool, d'usage problématique de cannabis, d'expérimentations de cocaïne ou autres produits illicites, et nouvelles addictions dites sans drogues (jeu en ligne, jeux vidéo,...)
- Favoriser chez ces professionnels la prise en compte des pratiques et outils de type RPIB¹⁴, des questionnaires et grilles d'évaluation, de repérage des conduites à risques, entretiens de motivation, de prévention,...

¹³ Exceptions faites pour l'héroïne et les champignons hallucinogènes où les différences sont trop faibles pour être significatives.

Observations/recommandations

L'amélioration ou l'amplification d'un accueil pour la prévention ou le soin, effectué le plus précocement possible, s'agissant des usages problématiques de drogues ou autres problème d'addiction, supposent un double mouvement :

- La facilitation d'un accueil par les CJC et CSAPA de ces publics orientés par l'extérieur
- la capacité à mobiliser / associer les professionnels du social et de la santé, qui sont en « première ligne », en amont du soin.

Les projets pourront proposer à la fois la formation / sensibilisation de ces acteurs de première ligne et le rapprochement de ceux-ci avec les professionnels des CSAPA et des CJC.

Les projets pourront ainsi prévoir des rencontres communes par territoires, ayant pour but de permettre à ces professionnels de différents domaines, d'échanger sur leurs préoccupations et leurs pratiques respectives. Ils pourront s'articuler avec les objectifs proposés sur l'axe « repérage et prise en charge de la souffrance psychique, des crises suicidaires, des tentatives de suicides et des troubles de santé mentale »

Indicateurs de suivi

- Nombre de formations mises en place au RPIB, aux méthodes d'entretien motivationnel
- Nombre de participants aux formations...
- Nombre de temps de rencontres entre professionnels des deux champs (CJC et CSAPA / acteurs de première ligne)
- Nombre et catégorie des participants aux rencontres
- Satisfaction des bénéficiaires des formations

Ces indicateurs doivent être réalisés par territoire ciblé et par structure

3.A.2 Développer la prévention auprès des jeunes scolarisés, appliquant les programmes prévus par l'éducation nationale et s'appuyant sur les équipes éducatives des établissements, sensibilisées et formées à cette approche

La loi de santé publique du 9 août 2004 préconise qu'une information sur la prévention des conduites addictives soit mise en œuvre tout au long de la scolarité (du CM2 jusqu'à la Terminale). Depuis 2005, certaines connaissances et compétences pouvant être favorisées par la prévention des conduites à risques font partie du socle commun de compétences devant être validées en fin de scolarité.

Cette activité de prévention est mise en œuvre par les personnels de l'Education nationale dans les établissements scolaires, en particulier par leurs équipes éducatives, et inscrite dans les projets portés par les CESC.

Elle est présentée et explicitée dans le « guide d'intervention pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire », rédigé par la MILDT et la DESCO et édité par le CNDP en 2010 sous une version réactualisée et diffusée à l'ensemble des établissements secondaires des deux Académies.

Pour autant, les équipes des établissements scolaires ne disposent pas toujours des outils et des ressources pour mettre en œuvre un programme de prévention des conduites addictives, d'autant plus que les produits et les usages qui en sont faits évoluent rapidement.

Un appui associatif aux établissements est dans ce cadre souvent souhaitable, afin de leur apporter contenus et méthodes.

Enfin, un guide similaire concernant l'action en premier degré est en cours de validation. Des programmes d'éducation à la santé sur la question des conduites addictives sont donc également envisageables dans les classes de CM2, menées par l'éducation nationale avec si besoin un appui associatif.

¹⁴ Repérage précoce et intervention brève

Publics cibles

Les élèves scolarisés en public et en privé du CM2 à la terminale

Territoires prioritaires :

Les territoires où sont implantés les Réseaux d'Éducation Prioritaire :

- les R.R.S (Réseaux de Réussite Scolaire)
- les R ÉCLAIR (Réseaux Écoles, Collèges, Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)

Actions attendues

Renforcer, dans tous les établissements (écoles, collèges, lycées), le programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'appuyant sur le guide d'intervention réalisé en partenariat avec la DESCO, la MILDT, la DGS et l'INPES téléchargeable sur les sites :

www.eduscol.education.fr

www.drogues.gouv.fr

Indicateurs de résultats

- Nombre d'actions mises en place par cycle
- Nombre d'élèves sensibilisés

3.A.3 Développer la prévention, réduire les conduites addictives et diminuer les consommations excessives (tabac, alcool, drogues illicites ou produits détournés de leur usage...) auprès de jeunes, sous forme de programmes adaptés aux lieux et structures de rencontres avec ce public, s'appuyant sur les équipes d'accueil et éducatives sensibilisées à cette approche. Action hors établissements de l'EN

Traditionnellement, les projets de prévention des conduites addictives ont privilégié le milieu scolaire pour viser le public jeune. La région n'échappe pas à ce constat, puisque beaucoup moins d'actions de prévention sont menées dans d'autres lieux de vie des jeunes, ou ont ciblé d'autres équipes éducatives (animateurs socioculturels, encadrants sportifs, travailleurs sociaux, éducateurs,...)

Or l'on sait qu'un certain nombre de ces professionnels ont du mal à se positionner par rapport aux pratiques de consommation des jeunes qu'ils encadrent, voire aux risques encourus par leur participation à des activités illicites (revente de cannabis, conduite sans permis, avec alcoolisation,...), et encore moins mettent en œuvre des actions de prévention de façon autonome.

Publics cibles

Jeunes fréquentant les structures hors établissement public de l'Éducation nationale, dont :

- les clubs sportifs, centres socioculturels, missions locales, entreprises d'insertion, lieux d'hébergements des jeunes (FJT,...) centres de formation d'apprentis, lycées agricoles
- les établissements accueillant les jeunes sous main de justice (centres de détention pour mineurs, centres socioéducatifs,...)
- les établissements d'accueil des jeunes en suivi éducatif, sur des mesures ASE

Le personnel éducatif ou autres adultes attachés à ces établissements

Les parents et proches de ces jeunes

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables.

Les lieux accueillant les jeunes en situation précaire, avec des difficultés sociales et familiales,

Les structures de détention ou de suivi socio éducatif des mineurs sous main de justice.

Actions attendues

- Mettre en œuvre des séances de sensibilisation, permettant l'expression des jeunes sur les conduites addictives, afin de développer leurs compétences face aux risques liés à la consommation des produits psychoactifs
- Améliorer les compétences des adultes encadrant les jeunes autour de la problématique addictions telle qu'elle s'exprime dans leur structure, par des actions d'informations et /ou de formations pour un repérage précoce, un suivi éducatif adapté et par la transmission de savoirs faire en matière d'action de prévention collective

Observations/recommandations

Les projets proposés concernent l'abord d'une structure ou d'un groupe d'établissements de même nature, et doivent porter sur l'aide apportée à l'équipe pour faire face aux difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs missions vis à vis des conduites addictives et problèmes associés.

Ces projets font mention des méthodes pour identifier et résoudre les situations rencontrées par ces équipes, et les accompagner pour conduire par elles mêmes des actions de prévention.

Seront privilégiées les structures n'ayant pas la possibilité de mobiliser la formation continue, ou les projets hors cadre de ce type d'actions.

Les projets proposés dans le cadre des conduites addictives chez les jeunes sportifs seront instruits en partenariat avec la Direction Régionale de la Jeunesse et du Sport et de la Cohésion Sociale

Indicateurs de suivi

- Nature et nombre des structures suivies
- Nombre et type d'actions développées dans ce domaine
- Nombre de jeunes ayant bénéficié d'une action de prévention par territoire ciblé et par structure
- Nombre et types d'actions de prévention initiées suite à des actions de sensibilisation / formations en direction de professionnel par territoire ciblé et par structure
- Nombre de professionnels formés et sensibilisés et catégories socioprofessionnelles concernées
- Résultat de l'analyse des questionnaires de satisfaction remplis par les participants et les responsables d'institutions
- Nombre de parents rencontrés par territoire et par structure

Objectif opérationnel 3B : « développer des programmes de prévention de réduction des risques (RDR), y compris sexuels dans les milieux festifs et commerciaux »

3.B.1 Engager une démarche de recherche action, associant toutes les parties prenantes, pour organiser et développer en milieu festif et sur l'ensemble de la région, un plan d'action de prévention et de RDR en réponse aux besoins identifiés

Le milieu festif est l'objet de diverses interrogations concernant la situation existante (ampleur et évolution des phénomènes, publics concernés,...) et la réponse qui est actuellement apportée aux pratiques observées dans ce milieu, en matière de consommations de substances psychoactives, licites ou illicites et de comportements à risques (ivresses, comas éthyliques, risques sexuels, routiers, comportements violents)

Les acteurs associatifs, trop peu nombreux, sont souvent peu en capacité d'engager des actions du point de vue de la prévention ou de la réduction des risques (au vu de la diversité, du nombre de lieux, de la taille des fêtes, de leur dispersion sur le territoire, des difficultés à intervenir dans des lieux privés, comme les discothèques...) et des besoins de qualification grandissante, au vu de la variété des contextes à risques.

L'ensemble des parties prenantes (services de l'état, associations, privés, élus,...) coopère peu en amont de ces temps festifs, ou durant leur tenue ; il s'en suit nombre de difficultés, incompréhensions, qui pourraient être anticipées et évitées.

Il apparaît, dans cette région, un déficit de connaissances sur le phénomène festif et de cohérence dans l'engagement des diverses composantes de l'action publique.

Une démarche de recherche action permettra de définir un plan d'action pluriannuel. L'engagement dans ce processus, par contre, ne doit en aucun cas signifier l'interruption ou la suspension des actions de réduction des risques dans les espaces festifs régionaux, menées par les associations.

Publics cibles

- Les jeunes qui fréquentent les milieux où se diffusent la musique techno en alternatif (free parties) ou commercial (discothèques,...)
- Les jeunes qui fréquentent les espaces et temps de rencontres à vocation festive, durant des temps organisés (festivals, fêtes votives,...) ou sans organisateur désigné (places, rues, plage,... et fêtes privées)
- Les institutions parties prenantes de l'organisation de manifestations, de la sécurité, de la prévention et de la réduction des risques dans les lieux festifs

Territoires cibles

Tous les territoires

Actions attendues

Année 1 : engager une recherche action au plan de la région, qui permettra de :

- décrire le champ concerné par l'action publique (milieu commercial de type discothèques alternatif, avec les free parties, fêtes votives, privées, fêtes étudiantes,...)
- faire un état des lieux des difficultés rencontrées par l'ensemble des parties prenantes (autorités sécuritaires et sanitaires, organisateurs, associations de RDR, étudiantes, élus locaux,...)
- proposer un plan d'action déclinant la stratégie définie de manière concertée entre ces parties prenantes.

-

Années 2 à 5 :

- développer dans les espaces festifs régionaux des actions de prévention et de RDR, ou prolonger les actions existantes, à hauteur des besoins, qui soient en phase avec le plan d'action défini en année 1
- les types d'action concernent les trois domaines ciblés : le milieu festif « techno », le milieu étudiant et les formations des acteurs locaux à la RDR

Observations/recommandations

Cette action suppose la coopération entre différents acteurs publics et associatifs : les élus locaux, les services de l'état (cohésion sociale, jeunesse et sports, Education nationale, sécurité publique, Justice,...) les délégations territoriales ARS, les associations spécialisées, les organisateurs de soirées, les patrons de discothèques, ...

Des plans d'action locaux pourraient être définis dans chaque département, par les Préfectures, les chefs de projet MILDT, les médiateurs « rassemblements festifs » départementaux, les coordonnateurs sécurité routière, les délégations territoriales ARS, les élus locaux....

Indicateurs de suivi

- évaluation de la recherche action
- recensement des difficultés
- plan d'action stratégique
- nombre et type d'actions
- recensement des différentes catégories de lieux où sont conduites les actions
- nombre de participants aux actions
- nombre et type de partenaires participants

3.B.2 Développer dans la région des interventions préventives et de réduction des risques dans les espaces festifs alternatifs

La région, depuis le milieu des années 80, est le lieu de rassemblements festifs d'ampleur plus ou moins grande et de nature diverse (free parties, technivals, rave,...) et qui correspondent aux formes évolutives du phénomène culturel propre à l'histoire de ce mouvement.

La présence de sites montagneux, à faible peuplement, d'une zone côtière très fréquentée en été et riche en fêtes estivales, la proximité avec l'Italie et la Catalogne, font de cette région une zone fortement attractive pour des publics habitués de ces rassemblements festifs.

D'autre part, pour ces raisons, et également pour des motifs économiques liés à leur situation précaire, à la possibilité d'accès à des petits métiers liés à la saisonnalité, à la difficulté de vivre dans d'autres régions, moins agréables du point de vue climat, ... de nombreuses personnes choisissent de s'installer de façon plus ou moins durable dans la région. Ce mouvement, qui s'amplifie, génère une nouvelle population qui développe des modes de vie spécifiques, incluant des habitats précaires en milieu urbain, en caravane ou camion.

Des associations de réduction des risques s'adressent à ces publics depuis de nombreuses années ; il s'agit des jeunes fréquentant le milieu festif alternatif régional et particulièrement les jeunes en situation d'errance et d'habitat précaire, souvent usagers du milieu festif. Les besoins de prévention de ces publics, concernant les risques infectieux, sanitaires ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la consommation de substances psychoactives licites ou illicites, aux pratiques "culturelles" (piercing, tatouage) et aux pratiques sexuelles (IST, VIH, hépatites) sont identifiés et pris en compte lors de rencontres de terrain.

Les actions visent à :

- Offrir aux jeunes au sein même de la manifestation festive, ou sur le lieu de vie la possibilité de bénéficier d'une action de prévention et d'information adaptée à leurs usages, pratiques et comportements liés à la consommation de substances psychoactives licites et illicites.
- Permettre aux jeunes présentant un problème d'addiction de bénéficier d'une information spécifique sur les dispositifs de prise en charge accessibles en région PACA (centre d'addictologie, CAARUD, CSAPA...)
- Diminuer le nombre de nouvelles contaminations IST, VIH et Hépatites C chez les jeunes fréquentant le milieu alternatif, en favorisant leur accès à la prévention, l'information sur les prises de risques (sexuelle et toxicomanie) et la mise à disposition de matériel de réduction des risques adapté.

Publics cibles

Les jeunes fréquentant les espaces festifs (par exemple type électronique) et/ou les lieux de vie alternatifs de type squats et camions

Territoires cibles

Haut Var, Vaucluse, Alpes de haute Provence, Hautes Alpes, Alpes Maritimes Nord (Tende, vallée de la Roya)

Zones d'habitat précaire des territoires urbains

Actions attendues

- Assurer une intervention lors des événements festifs régionaux, sous forme de stands, et/ou des visites régulières dans les lieux de vie alternatifs.

Ces interventions visent à :

- Proposer un accueil et/ou des entretiens individuels d'information et de conseils aux jeunes afin de les sensibiliser sur les risques liés à la consommation de produits psychoactifs.
- Informer sur les prises de risques sexuelles et liées aux usages de drogues, les problèmes d'IST, les modes de contamination, et orienter les jeunes sur les dispositifs régionaux de prise en charge spécifiques (CDAG, CIDIST, Espaces santé jeunes, CJC,...)
- Mettre à disposition des supports d'information et de prévention (flyers et brochures) sur les produits, les risques encourus, les dommages sanitaires et psychologiques, des bouchons d'oreille,

des éthylo-tests, et le matériel de prévention et de réduction des risques (préservatifs masculins et féminins, kits d'injection, outils d'inhalation type « roule ta paille »...).

Observations/recommandations

Développer un partenariat et mutualiser les moyens et les compétences afin de répondre aux besoins des populations d'usagers vivant dans les squats.

L'action doit contribuer à développer le travail de réseau et indiquer le partenariat opérationnel régional : CAARUD, CSAPA, CJC, CDAG, ... et /ou associations intervenant auprès de publics en situation précaire, en particulier par le logement.

Indicateurs de suivi

Indicateurs de l'activité sur le volet festif :

- Nombre, type d'interventions réalisées par territoire
- Nombre, type et lieux géographique des manifestations
- Nombre de jeunes présents à la manifestation
- Nombre de passages au stand
- Nombre et type de supports d'information et de prévention diffusés
- Nombre et type de matériels de réduction des risques (RdR) distribués (roule ta paille, kit, préservatif..)
- Nombre de contacts et nombre d'entretiens RdR effectif

3.B.3 Développer les interventions préventives auprès d'usagers de drogues "actifs" dans les temps et lieux festifs « informels » par la formation et la sensibilisation des acteurs locaux de la prévention

Dans une partie importante du territoire, hors zone côtière et des villes moyennes, les interventions de type RDR sont relativement récentes, liées notamment à la création de CAARUD. Ainsi, les opérateurs de RDR, les principes d'action et les méthodes utilisées restent relativement mal connus et compris par les acteurs du champ de drogues et des toxicomanies, surtout ceux relevant de la prévention. D'où des relais d'information ou des articulations d'actions qui ne se font pas toujours.

Pour autant, des investigations spécifiques menées dans le cadre du dispositif TREND en 2008 (Tendances récentes et nouvelles drogues, enquête annuelle coordonnée par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) montrent des besoins réels dans ce domaine, particulièrement dans les zones rurales, et souvent en lien avec des micro manifestations festives mobilisant des réseaux d'amis ou de copains, autour de la musique et la fête, et donnant lieu à des consommations de produits illicites.

Ainsi, si les pratiques d'usage des jeunes apparaissent peu différentes selon les contextes urbain ou rural, il n'y a pas ou très peu en zones rurales d'associations intervenant au devant des publics pour informer quant aux risques induits par les produits disponibles, ou pour amener les jeunes consommateurs à engager une réflexion sur leurs pratiques voire s'inscrire dans une démarche de soins.

Cette difficulté ne concerne pas que les problèmes d'usages de drogues illicites. Il est également avéré qu'il y a autant de difficultés à intervenir vis-à-vis des phénomènes d'alcoolisation excessive, souvent accolés à des fêtes locales ou des fêtes privées.

Les acteurs locaux de ces territoires, participant à la prévention des addictions, souvent issus de l'éducation à la santé, la prévention spécialisée, de l'animation,...ne sont pas toujours formés à la prise en compte à visée préventive, sous forme individuelle ou collective, de ces publics usagers de drogues ou aynta des conduites d'alcoolisation excessive. En effet, les programmes de prévention ont souvent comme pré-requis de s'adresser à des non usagers ; d'autre part, la relation avec des usagers actifs ne peut se réduire à une orientation vers les soins, qui ne correspond que rarement aux attentes de ces jeunes usagers.

Publics cibles

Services d'animation, d'éducation, de médiation. Tout professionnel au contact des jeunes, dans ses différents lieux de vie, de formation ou d'emploi. Centres sportifs.

Territoires cibles

Les territoires vulnérables et en priorité : Haut Var, Vaucluse, Alpes de haute Provence, Hautes Alpes, Alpes Maritimes Nord (Tende, vallée de la Roya)

Actions attendues

- développer la première année, pour des acteurs locaux de la prévention, et dans chaque territoire de santé ciblé, une formation/ sensibilisation aux méthodes de repérage et d'intervention utilisées en réduction des risques ou en prévention, gestion expérientielle,...
- procéder à n+2 à un accompagnement de ces personnes formées, et renouveler l'offre de formation sur le territoire
- idem les années suivantes (accompagnement + formations nouveau groupe)

Observations/recommandations

Après un recensement des formations déjà effectuées sur ces territoires, ces actions doivent se faire en partenariat avec les services des dispositifs en addictologie et les organismes de formation habilités / agréés dans le domaine de la prévention.

Les modules de formation proposés par les organismes devront s'inscrire dans un cahier des charges qui sera communiqué par l'appel à projet.

Les projets proposés dans le cadre des conduites addictives chez les jeunes sportifs seront instruits en partenariat avec la Direction Régionale de la Jeunesse et du Sport et de la Cohésion Sociale

Indicateurs de suivi

- Nombre et contenu de formations réalisées, nombre de participants (15 au moins par session)
- Indices de satisfaction en fin de formation (prise en compte des attentes)
- Nombre de mise en œuvre d'un accompagnement : nombre de projets suivis
- Qualité de l'accompagnement (avis des personnes formées)
- Résultats / publics jeunes : nombre de suivis, groupes, ...

3.B.4 Développer la prévention auprès de jeunes étudiants sous forme d'actions adaptées aux lieux et structures de rencontres avec ce public

La majorité des jeunes ont expérimenté l'alcool (92,6% ESCAPAD 2008). La plupart du temps cette consommation est festive (pour 78% des étudiants, ENSE3). Malgré tout, 11% des jeunes (ESCAPAD) et 13% des étudiants consomment de l'alcool pour être ivres, ce qui fait de la recherche d'ivresse le deuxième motif de consommation.

Les risques élevés d'accidentologie (la population des 18/24 ans est celle qui est le plus touchée par les accidents de la route), l'impact sanitaire et social de cette consommation, la difficulté à poursuivre des études voire le décrochage chez les plus fragiles, les manifestations de violences et le risque de dépendance doivent être pris en considération.

En 2010, suite à des incidents dramatiques lors de soirées étudiantes, la ministre de l'enseignement supérieur commande un rapport sur l'organisation des soirées et des préconisations concernant la réduction des risques lors d'évènements étudiants. Le rapport Daoust préconise des mesures d'accompagnement et de RDR ainsi que la formation des associations d'étudiants qui organisent les évènements festifs.

Le lieu d'ivresse est majoritairement (60%ENSE3) la sphère privée (à domicile ou chez des amis), la soirée étudiante est le deuxième lieu (17% ENSE3) suivie par la discothèque (8%ENSE3) et le bar (7%ENSE3). Aussi, intervenir sur les évènements festifs ne suffit pas, il est nécessaire de construire et pérenniser un plan de prévention des comportements à risques des étudiants en intervenant par l'intermédiaire de pairs sur les lieux d'études et de vie des étudiants.

Publics cibles

Etudiants de la région PACA

Territoires cibles

Les facultés et écoles post bac de la région organisant des fêtes

Actions attendues

- Développer des programmes de prévention en milieu universitaire privilégiant une approche par les pairs, et en impliquant les associations étudiantes.
- Sensibiliser ou former des organisateurs des soirées étudiantes à la prévention et la réduction des risques y compris sexuels (Responsabilité juridique, risques sanitaires, accidentologie, mesures de prévention, gestion de personnes en état d'ivresse, pratiques de consommations associées,...).

Observations/recommandations

Partenariat avec les associations d'étudiants, les mutuelles étudiantes, les services de médecine préventive universitaire. L'intervention en réduction des risques lors des soirées et événement festifs, se fera par, des pairs formés, encadrés par des professionnels. Cette formation devra sensibiliser les organisateurs à mettre en place des soirées « différentes » sans sollicitation excessive à la consommation d'alcool.

Indicateurs de suivi

- Nombre de formations développées
- Nombre de jeunes organisateurs de soirées formés
- Satisfaction des participants aux formations
- Nombre et types d'actions de RDR initiées suite à des actions de formation
- Nombre et type de mesures de prévention initiées suite à des actions de sensibilisation et de formation
- Nombre de soirées « différentes » mises en œuvre

Tous ces indicateurs doivent être réalisés par territoire ciblé et par structure

OBJECTIF GENERAL 4 :

« PROMOUVOIR DES FACTEURS DE PROTECTION ET DES CONNAISSANCES EN SANTE »

Objectif opérationnel 4A : Promouvoir des actions d'éducation à la santé (notamment sur l'activité physique/nutrition, l'hygiène, le sommeil, la gestion du stress et le bruit, les addictions et la santé sexuelle...)

Publics cibles

Jeunes de 6 à 25 ans.
Etudiants, jeunes en insertion, jeunes sous main de justice
Les personnes relais intervenant auprès de ce public

Territoires prioritaires

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables.
Les territoires engagés dans une démarche territoriale de promotion de la santé
Les territoires avec des établissements concernés par les jeunes sous main de justice

Les actions susceptibles d'être financées

- Ateliers santé interactifs
- Groupes de paroles
- Formations des personnes relais sur les thématiques de promotion de la santé et de démarche participative.

Observations/Recommandations

Ces actions d'éducation à la santé « globale » peuvent intégrer une ou plusieurs thématiques. Il est précisé toutefois que ces actions portant qu'une seule thématique spécifique suivante : « souffrance psychique", "conduites addictives", "vie affective et sexuelle" ou "nutrition/activité physique" seront à développer dans le cadre des objectifs spécifiques du plan d'action, respectivement les objectifs 2, 3, 5 et 6

Par ailleurs, une démarche participative avec les bénéficiaires de l'action devra être privilégiée.

Indicateurs

- Nombre, types et contenu des actions développées
- Nombre, types et contenu des ateliers ou des séances par action
- Nombre de formations
- Nombre et type de participants aux séances, aux formations aux ateliers
- Qualité des actions appréciée à travers le contenu, les thématiques abordées et l'assiduité du public

Tous ces indicateurs doivent être réalisés par territoire ciblé et par structure

Objectif opérationnel 4 B : Mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants

Les actions d'éducation pour la santé et d'éducation du patient visent l'adaptation des attitudes et des comportements influençant la santé. Pour être efficaces, elles interviennent simultanément sur trois déterminants du comportement accessibles à l'éducation : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

Selon Francis Nock¹⁵, s'il est assez facile de prendre en compte l'acquisition ou le renforcement de connaissances et de compétences techniques (utiliser un préservatif, composer un menu équilibré...), le travail sur le savoir-être est plus délicat.

Le concept de compétences psychosociales a fait son apparition en France pour les actions de promotion de la santé dans les années 1990. Il fait référence en général aux travaux de l'O.M.S. et de l'U.N.E.S.C.O., qui ont défini 10 compétences à développer au cours de l'éducation, pour permettre l'adoption de comportements favorables à la santé. Il s'agit de :

- ✓ Savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions,
- ✓ Savoir se faire comprendre, pouvoir entrer en relation avec les autres,
- ✓ Avoir une pensée critique, avoir une pensée créative,
- ✓ Se connaître soi-même, éprouver de l'empathie,
- ✓ Savoir gérer le stress, savoir gérer ses émotions

L'apprentissage des compétences psychosociales (celles qui favorisent la vie en société) s'opère au sein de la famille et de son entourage, mais l'école joue un rôle majeur. Très générales, les compétences décrites ci-dessus, sont utilisées dans les programmes de promotion de la santé à destination des enfants, principalement dans le cadre d'une collaboration avec les équipes éducatives.

Un programme de prévention précoce, testé et validé à grande échelle au Québec, le PRODAS (programme de développement affectif et social) vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales. Il agit de façon coordonnée sur trois facteurs essentiels du développement humain : la conscience de soi, la réalisation de soi (et donc l'estime de soi) et l'interaction sociale. C'est un programme pédagogique qui permet un travail de long terme avec les enfants dès le plus jeune âge (4 ans) et tout au long de la scolarité. Il peut se définir comme une méthodologie éducative et préventive de développement de la personne, basée sur l'expression des ressentis. Il est conçu pour aider les jeunes à se comprendre et se respecter eux-mêmes pour ensuite comprendre et respecter les autres. Il vise à favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des enfants.

Une adaptation du programme PRODAS au contexte local du centre ville de Marseille a fait l'objet d'une première mise en œuvre expérimentale sur la période 2005-2008 en centre ville de Marseille puis dans certains établissements du 14^e et 15^e arrondissement. En 2008, elle s'est étendue aux quartiers de Saint-Mauront et Belle-de-Mai dans le cadre du projet « La Santé on s'y Met Tous ». En 2010-2011, 20 classes ont été accompagnées, et 25 autres classes mettaient en œuvre le programme grâce à un enseignant formé et autonome.

D'autres programmes ont été expérimentés dans la région, par exemple le projet Peer Education ITA FRA, qui avait pour objectif de former des jeunes à conduire des actions de prévention auprès de leurs pairs. Ces moments de formation avaient également pour objectifs de développer leurs habilités psychosociales nécessaires pour adopter des comportements de prévention et à minima des comportements réduisant de façon significative les risques qu'ils seraient amenés à prendre.

Public cible

Enfants et jeunes fréquentant les écoles élémentaires, les établissements secondaires et fréquentant les accueils de loisirs sans hébergement (ALSH)

¹⁵ Francis Nock - Janvier 2008- La place des compétences psychosociales dans les actions de prévention et de promotion de la santé

Territoires cibles

En priorité à Marseille, zones en CUCS et éventuellement à étendre sur un autre territoire avec un Réseau d'Éducation Prioritaire :

Actions attendues

Favoriser l'inscription du PRODAS dans le programme annuel de formation des enseignants en s'appuyant sur l'expérimentation Hirsch sur les quartiers St Mauront/Belle de Mai à Marseille et l'extension progressive de ce type d'expérimentation à d'autres territoires de la région PACA.

Sensibilisation et/ou formations de la communauté éducative (scolaire et hors scolaire) au développement des compétences psychosociales, pouvant inclure l'accompagnement des équipes éducatives pour faciliter le transfert des compétences et des échanges de pratiques.

Développement ou création d'outils pédagogiques ou de documents nécessaires aux activités.

Mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protection et de compétences psychosociales.

Observations

Le partenariat étroit avec l'Éducation Nationale d'une part et le dispositif CUCS d'autre part est indispensable.

La mise en œuvre des actions soutenues doit viser le développement de l'ensemble des compétences psychosociales, s'intégrer dans un projet pédagogique porté par l'équipe éducative et s'inscrire dans la durée.

Indicateurs de suivi

- - Nombre et type de formations proposées
- - Nombre et catégorie des personnels inscrits aux sensibilisations et aux formations
- - Nombres de projets pédagogiques incluant cette thématique
- - Nombre de structures investies dans ce programme pédagogique
- - Nombre d'enfants et jeunes touchés

Tous ces indicateurs doivent être réalisés par territoire ciblé et par structure

Objectif opérationnel 4 C : Soutenir la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents/enfants /institutions.

Public cible

Parents des enfants, préadolescents et adolescents

Parents qui se sentent en difficulté par rapport à la fonction parentale

Si les actions de prévention s'adressent théoriquement à tous les futurs parents et/ou parents, il conviendra de privilégier ceux dont la situation (conditions de vie, environnement, handicap, histoire familiale, santé...) rend plus difficile l'exercice de la fonction parentale et risque d'induire maltraitance et/ou troubles du comportement chez l'enfant ou l'adolescent.

Territoires cibles

Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables
Les territoires couverts par les réseaux de soutien à la parentalité.

Les territoires couverts par une démarche territoriale de promotion de la santé et les maisons des adolescents.

Actions attendues

Informers les parents sur les lieux ressources avec les supports adaptés à la population cible.

Développer les compétences éducatives de parents et proches vis-à-vis des questions liées à l'adolescence, en particulier celles concernant les usages de substances psychoactives.

Groupes de paroles pour les parents animés par des professionnels qualifiés.

Formation et concertation des acteurs en contact avec des parents ; échange et analyse de la pratique.

Indicateurs de suivi

- - Nombre et type d'actions d'information réalisées
- - Nombre de groupes de paroles réalisés
- - Nombre et type de supports d'information créés et/ou diffusés
- - Nombre de parents et de familles concernés
- - Nombre et type de professionnels animateurs
- - Résultat de l'analyse de satisfaction des bénéficiaires

Ces indicateurs doivent être réalisés par territoires ciblés et par structure

OBJECTIF GENERAL 5 :

« PROMOUVOIR DES ACTIONS POUR AMELIORER LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES JEUNES »

Un plan d'action spécifique pour répondre à cet objectif a été élaboré dans le cadre des travaux de la commission de coordination des politiques publiques de santé, dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI.

Objectifs opérationnels :

- ✓ Développer des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle.
- ✓ Renforcer l'accès à une contraception adaptée pour éviter les grossesses non désirées

Plan d'action spécifique en annexe 2

OBJECTIF GENERAL 6 : « PREVENIR LES MALADIES CHRONIQUES »

Objectif opérationnel 6 A : Développer des programmes spécifiques de prévention du surpoids et de l'obésité sur des territoires ou des milieux dans une démarche de promotion de la santé

Contexte

L'obésité est un facteur de risque majeur de maladie chronique : le risque cardio-vasculaire est multiplié par trois, comme le risque de diabète.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) préconise la promotion des repères nutritionnels : une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée. La dernière version (2011-2015) est en lien avec le Plan national obésité et le Plan national alimentation du ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire.

La région méditerranéenne est l'une des plus touchées pour la prévalence de l'obésité chez l'enfant avec cependant pour notre région une évolution vers une stabilisation voire une diminution.

Une étude¹⁶ de l'ORS PACA menée à partir des données 2002-2003 concluait à un excès de risque d'obésité dans les communes défavorisées et dans les communes urbaines, indépendamment des facteurs sociaux individuels. La prévalence de l'obésité était significativement plus élevée chez les enfants dont la mère était inactive, chez ceux dont le père était ouvrier ou appartenant à la catégorie « agriculteur exploitant, artisan, commerçant, chef d'entreprise » ou à une profession intermédiaire par comparaison aux cadres et aux professions intellectuelles supérieures.

En 2005-2006, parmi les étudiants de première année, 12% des garçons et 6% des filles étaient en surpoids et 2% des garçons et 3% des filles étaient obèses, 16% des filles étaient maigres (6% des garçons). Pour la même période, seulement 38,7% des étudiants et 28,7% des étudiantes fréquentaient le restaurant universitaire. Chez les étudiantes, c'est parmi celles ayant le niveau socio-économique le plus faible que cette fréquentation était la moins importante.

L'enquête DREES-EN de 2005-2006 montre, pour la région PACA, une surcharge pondérale des élèves de grande section de maternelle (5/6 ans) de 14,2 %¹⁷

Au premier semestre 2010, une nouvelle enquête partenariale ARS/Education Nationale¹⁸ montre un taux moins élevé, environ 10 %.

Toutefois, le surpoids reste un problème de santé d'actualité dans la région. En effet, cette dernière enquête a mis aussi en évidence que les élèves des anciennes zones d'éducation prioritaire (ZEP) et ceux des zones classées Réseau Ambition Réussite (RAR) ont un taux de surpoids et d'obésité augmenté (14 % de surpoids dans les ZEP, 17 % dans les RAR). Ces ZEP et RAR correspondent à des secteurs où des conditions socio-économiques sont défavorables. De faibles conditions socio-économiques sont donc un facteur d'inégalité de santé relativement au surpoids et à l'obésité des enfants, facteur de risque pour l'avenir des jeunes concernés.

Publics cibles :

Jeunes de 6 à 25 ans, repérés en situation de surpoids ou d'obésité et leurs parents.

¹⁶ VERGER P. et al. Caractéristiques sociales individuelles, contexte résidentiel et prévalence des problèmes de poids dans la petite enfance : une analyse multi niveau. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 55 (2007) 347-356

¹⁷ BEH n° 31 du 6 septembre 2011

¹⁸ Exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé des enfants de grande section de maternelle (le taux de visite d'admission est de plus de 83 %, près de 15000 élèves). Elaboration d'une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent. (Convention 2010 ARS/Rectorat d'Aix Marseille). Résultats sur *Infostat* n° 12- septembre 2011.

Territoires cibles :

- ✓ Les territoires prioritaires au regard des cantons regroupés les plus vulnérables
- ✓ Les territoires en CUCS,
- ✓ Les territoires où sont implantés les Réseaux d'Éducation Prioritaire :
 - les R.R.S (Réseaux de Réussite Scolaire)
 - les R ÉCLAIR (Réseaux Écoles, Collèges, Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)
- ✓ Campus universitaires

Actions attendues :

- Mise en œuvre de programmes associant des actions de sensibilisation, des ateliers sur l'alimentation, sur la pratique sportive et les déplacements non motorisés. Les activités seront adaptées au public cible.
- Favoriser l'activité physique des jeunes filles
- Sensibilisation des acteurs relais en contact avec les publics cibles sur le thème de la nutrition.

Observations / Recommandations :

Les messages à transmettre sont ceux contenus dans le PNNS et le plan obésité

Indicateurs de suivi :

- - Nombre, type et contenu des programmes développés
- - Nombre et âge des jeunes participants au programme
- - Nombre et type d'actions de sensibilisation,
- - Nombre et catégorie des participants aux actions de sensibilisation

Ces indicateurs doivent être réalisés par territoires ciblés et par structure

Objectif opérationnel 6 B : Développer des partenariats privilégiés

Il existe une communication de données épidémiologiques effectuée tous les trois ans par les Rectorats au ministère de l'Éducation nationale permettant de mener des études sur le surpoids et l'obésité au sein de chaque région.

Une convention signée en 2010 avec le rectorat d'Aix Marseille permet l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé des enfants en grande section de maternelle (âge des enfants 5/6 ans) afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent (départements concernés : Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Alpes de Haute Provence, Hautes Alpes). Les premiers résultats sont communiqués en septembre 2011.

- Un premier objectif serait d'étendre cette étude épidémiologique sur les départements couverts par l'académie de Nice (Var et Alpes Maritimes). Un partenariat est donc à engager avec le rectorat de Nice,
- Un deuxième objectif serait de les réitérer à trois grandes étapes du cursus scolaire des enfants : à l'entrée en collège, à l'entrée en lycée et en début de cursus universitaire et de déterminer les territoires les plus concernés par le surpoids et l'obésité,
- Ces études permettront une meilleure connaissance des territoires concernés par le surpoids et l'obésité des enfants et ainsi d'adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement les actions « nutrition » au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernés sur les territoires identifiés.

Résultat attendu à la fin du plan d'action :

La baisse ou au moins la stabilisation des IMC des enfants en surpoids ou en obésité dans les territoires étudiés.

ANNEXES

Annexe 1 : Plan d'action spécifique élaboré par le comité de pilotage régional chargé de proposer une stratégie dans le domaine de la politique vaccinale

(cf. objectif opérationnel 1B, page 13)

Annexe 2 : Plan d'action spécifique élaboré dans le cadre des travaux menés par la commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

(cf. objectif général 5, page 36)

COMITE DE PILOTAGE REGIONAL CHARGE DE
PROPOSER UNE STRATEGIE DANS LE DOMAINE DE
LA POLITIQUE VACCINALE

PLAN D' ACTIONS

COPIL DU 18/10/2011



**UN OBJECTIF STRATEGIQUE : AUGMENTER LA
COUVERTURE VACCINALE NOTAMMENT
CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES**

TROIS AXES ESSENTIELS :

- ✚ L'AMELIORATION DE LA CONNAISSANCE DE LA
COUVERTURE VACCINALE ;**

- ✚ DES ACTIONS DE COMMUNICATION NECESSAIRES,
MAIS PAS SUFFISANTES ;**

- ✚ DES ACTIONS PLUS LARGES DE SANTE PUBLIQUE A
PROMOUVOIR**

OBJECTIF GENERAL N° 1

AMELIORER LA CONNAISSANCE DE LA COUVERTURE VACCINALE

ENJEUX :

- ✚ Les données de couverture vaccinale : un élément essentiel pour orienter les politiques à conduire, notamment pour anticiper les réémergences de certaines maladies à prévention vaccinale ;
- ✚ Une cible à atteindre : disponibilité rapide des données et à un niveau territorial suffisamment fin ;
- ✚ Importance de l'articulation entre les dispositifs nationaux, régionaux et départementaux.

UN OBJECTIF INTERMEDIAIRE

- ✚ Se doter d'indicateurs de couverture vaccinale significatifs au niveau régional

NB : Les travaux du groupe « améliorer la connaissance sur la couverture vaccinale » ne sont pas achevés. L'objectif intermédiaire susvisé est donc susceptible d'évoluer, d'être enrichi par des objectifs complémentaires...

**OBJECTIF INTERMEDIAIRE N° 1-1 : SE DOTER D'INDICATEURS DE COUVERTURE VACCINALE
SIGNIFICATIFS AU NIVEAU REGIONAL**

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action | Date de début et date de fin | Cout de l'action | Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles)</i> | Avancement projet % |
|--|--|--|------------------------------|------------------|--|----------------------------|
| <p>- Améliorer l'exploitation des certificats de santé du 24^{ème} mois (améliorer la qualité du recueil des données, et élargir l'exploitation des CS24 à l'ensemble des départements</p> | <p>ARS/CIRE Sud Est Mme SIX</p> | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>de la région)</p> <p>- Tenir compte des données des bilans de santé en école maternelle</p> <p>A COMPLETER EN FONCTION DES PROPOSITIONS A VENIR DU GROUPE DE TRAVAIL QUI POURSUIT SES TRAVAUX</p> | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

OBJECTIF GENERAL N° 2

ENGAGER UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION DURABLE PLUS UNIFIEE ET COHERENTE AUTOUR DES MALADIES A PREVENTION VACCINALE

ENJEUX :

- ✚ Placer le médecin traitant comme un acteur premier de la vaccination, lui transmettre les informations nécessaires à l'amélioration de la pratique vaccinale. Dans 95 % des cas, le médecin traitant est le médecin généraliste. Ces derniers sont massivement adhérents au principe de la vaccination. Il ne s'agit pas de les convaincre, mais de renforcer l'acte vaccinal. Les messages à leur transmettre doivent être ciblés sur les aspects pratiques de la vaccination et comporter des arguments pour convaincre les patients (exemple : arguments scientifiques à diffuser pour l'hépatite B mal connue) ;
- ✚ Accroître l'adhésion des autres professionnels de santé, en faire des relais d'information. Cibler plus particulièrement les infirmiers et kinésithérapeutes qui sont fréquemment au contact des patients ;
- ✚ Modifier l'image de la vaccination, redonner confiance à la population.

DEUX OBJECTIFS INTERMEDIAIRES A DEVELOPPER

- ✚ L'un en direction des professionnels de santé ;
- ✚ L'autre en direction de la population.

OBJECTIF INTERMEDIAIRE N° 2-1 : DEVELOPPER DES STRATEGIES DE COMMUNICATION ADAPTEES EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

OBJECTIF SPECIFIQUE N°1 : DONNER UNE PRIORITE AUX ACTIONS DE COMMUNICATION SE RAPPORTANT A LA ROUGEOLE

Objectif abandonné en raison du lancement de la campagne nationale

OBJECTIF SPECIFIQUE N°2 : PROMOUVOIR DE MANIERE PERENNE DES ACTIONS DE COMMUNICATION EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action | Date de début et date de fin | Cout de l'action | Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles)</i> | Avancement projet % |
|--|---|--|------------------------------|------------------|--|---------------------|
| Envoi de messages réguliers aux professionnels de santé (aspects pratiques de la | CRES / Assurance Maladie Mme MANSOUR | - - | - - | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| <p>vaccination et arguments scientifiques) ; Adaptation de la communication aux médecins spécialistes et salariés.</p> | <p>M. DUTHILLEUL</p> | | | | | |
| <p>Envoyer des messages d'alerte aux médecins libéraux en fonction de la situation épidémiologique.....</p> | <p>ARS</p> | | | | | |

OBJECTIF INTERMEDIAIRE N° 2-2 : DEVELOPPER DES STRATEGIES DE COMMUNICATION ADAPTEES EN DIRECTION DE LA POPULATION

OBJECTIF SPECIFIQUE N°1 : COMMUNIQUER DE FACON PERMANENTE AUPRES DU PUBLIC

| <p>Action retenue</p> | <p>Chef(s) de file</p> | <p>Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action</p> | <p>Date de début et date de fin</p> | <p>Cout de l'action</p> | <p>Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles)</i></p> | <p>Avancement projet %</p> |
|------------------------------|-------------------------------|--|--|--------------------------------|---|--|
|------------------------------|-------------------------------|--|--|--------------------------------|---|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Création par les régimes d'assurance maladie d'une lettre d'information aux assurés | CRES / Assurance Maladie Mme MANSOUR M. DUTHILLEUL | | | | | |
| Diffusion régulière d'un outil de promotion du calendrier vaccinal | CRES / Assurance Maladie Mme MANSOUR M. DUTHILLEUL | | | | | |
| Prendre appui sur les mutuelles étudiantes pour sensibiliser ce public | ARS | | | | | |

OBJECTIF SPECIFIQUE N° 2 : AMELIORER L'IMAGE DE LA VACCINATION

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action | Date de début et date de fin | Cout de l'action | Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles)</i> | Avancement projet % |
|---|--|--|------------------------------|------------------|--|----------------------------|
| Envisager une campagne publicitaire sur le web, sur les radios régionales | CRES / Assurance Maladie Mme MANSOUR M. DUTHILLEUL | | | | | |
| Mettre à disposition de différentes structures une liste de « personnes ressource » dans le domaine de la vaccination | ARS | | | | | |

OBJECTIF SPECIFIQUE N° 3 : CONTINUER A FAIRE DE LA SEMAINE EUROPEENNE DE LA VACCINATION UN TEMPS FORT DE MOBILISATION D' INFORMATION ET DE COMMUNICATION

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action | Date de début et date de fin | Cout de l'action | Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles)</i> | Avancement projet % |
|---|--|--|------------------------------|------------------|--|----------------------------|
| Proposer un programme d'actions conforme aux orientations nationales, tout en étant adapté à la région PACA | CRES / Assurance Maladie Mme MANSOUR | | | | | |

OBJECTIF GENERAL N°3 : DEVELOPPER DES STRATEGIES VOLONTARISTES AU PROFIT DE LA POLITIQUE VACCINALE EN REGION PACA

ENJEUX :

- ✚ Développer et mieux organiser la politique vaccinale en région PACA, en améliorant la connaissance sur les couvertures vaccinales et les comportements de prescriptions vaccinales, en renforçant les pratiques vaccinales grâce à des partenariats plus forts et à de nouveaux outils

TROIS OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

- ✚ La promotion d'outils au service du suivi de la couverture vaccinale et du renforcement de la pratique vaccinale;
- ✚ Le développement d'une stratégie unifiée des services publics de vaccination ;
- ✚ Une meilleure connaissance des comportements de prescriptions vaccinales des médecins.

OBJECTIF INTERMEDIAIRE N° 3-1 : DEVELOPPER LA POLITIQUE DE COUVERTURE VACCINALE ET METTRE EN OEUVRE DES OUTILS INCITATIFS ET/OU FACILITATEURS

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action | Date de début et date de fin | Cout de l'action | Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles)</i> | Avancement projet % |
|---|---|--|------------------------------|------------------|--|----------------------------|
| Reconduire les vérifications du statut vaccinal ROR des élèves de 6 ^{ème} et terminales, et communiquer les données au COPIL | EDUCATION NATIONALE | | | | | |
| Etudier les conditions de faisabilité de la mise à | VILLE DE MARSEILLE/ APHM M SEYLER | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| disposition auprès des médecins généralistes de l'outil experts « mes vaccins.net » | M FOURNIER | | | | | |
| Etudier les conditions de faisabilité de l'utilisation par les services de vaccination publics de l'outil expert « mes vaccins.net » | VILLE DE MARSEILLE/ APHM M SEYLER M FOURNIER | | | | | |
| Inciter les médecins attachés aux crèches, les médecins du travail notamment hospitaliers et les médecins de santé scolaire et universitaire à contrôler le statut vaccinal de leur personnel | ARS | | | | | |
| Inciter les services de maternité des établissements de santé à développer la vaccination BCG | ARS | | | | | |

OBJECTIF INTERMEDIAIRE N°3-2 : DEVELOPPER UNE STRATEGIE UNIFIEE DES SERVICES PUBLICS DE VACCINATION ET PROMOUVOIR LES ACTIONS DE VACCINATION COLLECTIVE

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s) activité(s) envisagée(s) pour mettre en œuvre l'action | Date de début et date de fin | Cout de l'action | Source(s) de financement <i>(si plusieurs sources, indiquer le montant se</i> | Avancement projet % |
|-----------------------|------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
|-----------------------|------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|

| | | | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|--|
| | | | | | <i>rapportant à chacune d'elles)</i> | |
| Initier des actions de vaccination collective dans le cadre de l'action de vérification du statut vaccinal des élèves de 6 ^{ème} et terminales | ARS | | | | | |
| Harmoniser à l'échelon régional les stratégies de vaccination des services de vaccination publics | ARS | | | | | |

OBJECTIF INTERMEDIAIRE N°3-3 : MIEUX COMPRENDRE LES COMPORTEMENTS DE PRESCRIPTIONS VACCINALES DES MEDECINS

| Action retenue | Chef(s) de file | Principale(s)) activité(s) envisagée(s)) pour mettre en œuvre l'action | Date de débu t et date de fin | Cout de l'actio n | Source(s) de financemen t (si plusieurs sources, indiquer le montant se rapportant à chacune d'elles) | Avancemen t projet % |
|---|--|--|---|----------------------------|--|----------------------------|
| A partir d'une analyse des comportements de prescriptions | VILLE DE MARSEILLE/APH M M SEYLER | | | | | |

| | | | | | | |
|---|------------|--|--|--|--|--|
| vaccinales, mettre en place une formation ciblée à destination des médecins généralistes «sou s vaccinants», et en mesurer l'impact sur leurs pratiques de prescriptions vaccinales | M FOURNIER | | | | | |
|---|------------|--|--|--|--|--|

Annexe 2

Plan d'actions "SANTÉ DES JEUNES, VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE"

COMMISSION DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ
DANS LES DOMAINES DE LA PRÉVENTION, DE LA SANTÉ SCOLAIRE, DE LA
SANTÉ AU TRAVAIL ET DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE PACA

Le 19 mars 2012



Le plan d'actions « Santé des jeunes, vie affective et sexuelle » a été élaboré dans le cadre des travaux de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Cette commission partenariale, dont il convient de saluer l'engagement et la mobilisation de ses membres, est animée par la Direction Santé Publique et Environnementale de l'ARS PACA.

PREAMBULE

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est un établissement public administratif, créé par la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Elle pilote la santé publique en région et régule l'offre sanitaire et médico-sociale afin d'améliorer la santé des habitants.

Le projet régional de santé (PRS) 2012/2016 de l'ARS définit la stratégie de l'agence, organise et programme sa mise en œuvre opérationnelle comporte :

- Un plan stratégique régional de santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- Des schémas régionaux de mise en œuvre dont le **schéma régional de prévention, volet prévention, promotion de la santé (SRP)**,
- Des plans d'action et/ou programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un plan d'action spécifique relatif à la vie affective et sexuelle des jeunes.

En 2011, la commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile¹⁹, pilotée par l'ARS a choisi de travailler plus particulièrement sur la problématique de la santé des jeunes en région PACA. Pour se faire, elle a mandaté son comité technique pour l'élaboration d'un plan d'actions précis et coordonné sur le thème « vie affective et sexuelle des jeunes ». Celui-ci a été voté à l'unanimité lors de la séance plénière du 5 décembre 2011.

¹⁹ La commission de coordination des politiques publiques de santé, dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile a été créée par la loi HPST. En effet, l'article L.1432-1 du Code la santé publique prévoit que l'Agence régionale de santé mette en place une commission de coordination des politiques publiques compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par ses membres dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. Le décret N° 2010-346 du 31 mars 2010 en précise le cadre réglementaire.

Pour assurer ses missions, la commission, comme le prévoit l'article D. 1432-4 du décret, peut :

- ✓ Décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention ;
- ✓ Favoriser, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et déterminer les modalités de leur éventuel cofinancement ;
- ✓ Définir les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'agence régionale de santé pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région ;
- ✓ Permettre le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

Les institutions membres de la commission :

La commission, présidée par le Directeur de l'ARS ou son représentant est composée de vingt-sept membres²⁰ :

- Le représentant du Préfet de région

- Des représentants de l'Etat exerçant des compétences dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé :

- ✓ Le Recteur de l'académie d'Aix-Marseille
- ✓ Le Recteur de l'académie de Nice
- ✓ Le Directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- ✓ Le Directeur régional des entreprises, de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi
- ✓ Le Directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- ✓ Le Directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
- ✓ Le Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse
- ✓ Le Directeur départemental de la cohésion sociale des Bouches du Rhône
- ✓ Le Directeur interrégional des services pénitentiaires Paca Corse

- Des représentants des collectivités territoriales :

✓ Deux Conseillers régionaux élus en sein par l'assemblée délibérante dont Madame la Vice Présidente Santé Alimentation

- ✓ Le Président du conseil général des Alpes de Haute Provence
- ✓ Le Président du conseil général des Hautes Alpes
- ✓ Le Président du conseil général des Alpes Maritimes
- ✓ Le Président du conseil général des Bouches du Rhône
- ✓ Le Président du conseil général du Var
- ✓ Le Président du conseil général de Vaucluse

✓ Quatre représentants des communes et des groupements de communes, désignés par l'Association des maires de France :

- Mairie de Camaret sur Aigues (84)
- Mairie de Mouans-Sartoux (06)
- Mairie de Marseille (13)
- Mairie de Revest les Eaux (83)

- Des représentants des organismes de sécurité sociale, œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé :

- ✓ Le Directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- ✓ Le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches du Rhône, désigné par le Directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie
- ✓ Le Directeur de la caisse de base du régime social des indépendants, désigné par le Directeur de la caisse nationale
- ✓ Le Directeur de la caisse régionale de la Mutualité sociale agricole désigné par l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole

²⁰ Article D. 1432-1 du décret, composition nominative arrêté du directeur général de l'ARS N° 2011DSPE/07/78 du 20 juillet 2011

LES OBJECTIFS

Objectif opérationnel 1:

«Développer des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle»

Contexte

Le Baromètre santé de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2005 met en évidence que deux jeunes sur trois de 15-25 ans de la région PACA ont déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie. Parmi eux 91% ont déclaré avoir été sexuellement actifs au cours des douze derniers mois précédents l'enquête et 80% avoir utilisé un moyen de contraception, en majorité la pilule, suivi du préservatif masculin et un quart avait déjà réalisé un test de dépistage VIH/SIDA ou de l'hépatite C. L'enquête confirme la place centrale de la pilule comme moyen de contraception dans toutes les tranches d'âge, même chez les plus jeunes, où son utilisation est déjà plus fréquente que le préservatif.

En matière de contraception, son recours est en augmentation chez les adolescentes, celles-ci l'utilisent encore moins souvent que les femmes plus âgées et plus fréquemment de manière épisodique ou discontinue. Par ailleurs, l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel a connu une forte augmentation au cours des vingt dernières années. En France comme en PACA, près de 9 jeunes sur 10 interrogés en 2005, ont déclarés l'avoir utilisé lors de leur premier rapport contre moins de 20% vingt ans plus tôt. De ce point de vue, les comportements des jeunes de la région PACA ne diffèrent pas de ceux des autres jeunes français.²¹

Chez les étudiants de 18-24 ans de première année ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois, 19 % des garçons et 31 % des filles ont déclaré ne pas avoir toujours utilisé un préservatif.²²

Concernant les échecs de contraception, ils sont plus fréquents chez les jeunes filles, car elles sont moins expérimentées. Il semble que chez les adolescentes, le manque de connaissance, d'expérience vis-à-vis de la contraception et les difficultés d'accès liées à celle-ci (visite d'un médecin, informations sur les lieux de délivrance des contraceptifs...) puisse expliquer en partie son mauvais usage, son usage irrégulier ou son absence d'utilisation. Au-delà du déficit d'information qui est souvent cité comme une cause de grossesse non désirée, beaucoup de jeunes filles peuvent vivre une sexualité cachée vis-à-vis de leur environnement familial (par pudeur ou par crainte de la réaction des parents liée à une sexualité trop précoce ou interdite...). Cela peut constituer un obstacle à une démarche informative et effective vis-à-vis de la contraception (difficultés d'accès à l'information, aux professionnels de santé, ressources insuffisantes pour se procurer les contraceptifs ...).

Par ailleurs, les jeunes constituent une population ayant davantage de rapports irréguliers et/ou de partenaires occasionnels, mettant en évidence des prises de risque plus importantes concernant les infections sexuellement transmissibles mais également les risques de grossesse. Plusieurs travaux ont souligné les liens complexes entre les pratiques préventives à l'égard du VIH et des infections sexuellement transmissibles et les pratiques contraceptives. Il est possible que l'accent mis sur la prévention du sida et l'usage du préservatif ait pu faire ressortir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection au VIH, et n'ait pas incité les jeunes femmes à recourir à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif. Il est à craindre que l'usage du préservatif tende à devenir occasionnel chez les jeunes lorsque le risque d'infection à VIH est écarté.

²¹ Etats de santé et inégalités en région PACA 2010

²² Comportements de santé des étudiants de 1^{ère} année inscrits dans les universités de la région PACA – repère santé.2007 ORS PACA

Publics cibles

- Tous les jeunes de 12 à 25 ans notamment les plus vulnérables, y compris les jeunes sous main de justice.

Il est à noter que même si la priorité est ici donnée aux jeunes âgés de 12 à 25 ans, des actions d'éducation à la sexualité²³ sont mises en œuvre dès 6 ans en milieu scolaire, leur permettant de s'approprier progressivement les éléments essentiels de leur développement affectif et sexuel.

- Les professionnels au contact des jeunes ou des étudiants.

Territoires cibles

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur des territoires socialement vulnérables dont :

- ✓ Les cantons regroupés identifiés cumulant plusieurs facteurs de défavorisation dans le Schéma régional de prévention,
- ✓ Les territoires en CUCS,
- ✓ Pour les publics scolaires, les territoires où sont implantés les Réseaux d'Éducation Prioritaire :
 - les R.R.S (Réseaux de Réussite Scolaire)
 - les R. ÉCLAIR (Réseaux Écoles, Collèges, Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)
- ✓ Les campus universitaires
- ✓ Les établissements pénitentiaires pour mineurs.

Actions attendues

Les actions visent à donner la possibilité aux jeunes de comprendre les dimensions de leur sexualité et de les intégrer positivement à leur personnalité et à leurs pratiques. Elles devront leur permettre de faire des choix éclairés et responsables, d'améliorer leurs connaissances, leurs attitudes vis-à-vis des déterminants de santé et de certaines situations à risques notamment pour ce qui concerne le VIH/SIDA et les IST.

Objectif opérationnel 1.1 : Développer des actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes et des étudiants

Ces actions s'appuieront sur la valorisation et le développement des compétences psycho-sociales. Elles devront intégrer, dans une approche globale, des éléments actualisés portant sur :

- ✓ la contraception,
- ✓ la prévention des grossesses non désirées,
- ✓ la prévention du VIH-SIDA et des IST, l'incitation au dépistage et la promotion de la vaccination (hépatite B et HPV),
- ✓ la lutte contre l'homophobie,
- ✓ la prévention des violences de genre.

Concernant plus précisément l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, il s'agira de favoriser la généralisation d'une démarche d'éducation à la sexualité assurée précocement sur tout le cursus scolaire, de l'enseignement élémentaire jusqu'à l'entrée dans l'enseignement supérieur²⁴.

L'éducation à la sexualité est un apprentissage complexe qui suppose la maîtrise de nombreuses compétences.

Il s'agira ici de donner à **des professionnels quotidiennement au contact des jeunes** :

²³ Circulaire Education Nationale N°2003-027 du 17/02/2003-B.O.EN N°9 du 27 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, orientations rappelées dans le rapport de synthèse de l'Inspection générale des affaires sociales en Octobre 2009 " Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 "

²⁴ idem

- des éléments leur permettant de mieux se connaître afin d'orienter les jeunes vers le bon interlocuteur et de contribuer, de leur place, à une action commune d'éducation à la vie affective et sexuelle,
- des éléments leur permettant d'adapter leur réponse en fonction de l'urgence ou de la non-urgence de la situation du jeune.

Objectif opérationnel 1.2 : Développer des formations-actions **auprès des professionnels** au contact des jeunes ou des étudiants à l'échelle d'un territoire, visant à :

- faire évoluer leurs pratiques,
- créer les conditions d'une culture commune.

C'est à l'échelle locale que la coordination des actions devra être développée. Il sera donc intéressant de s'appuyer sur des actions déjà menées, notamment dans le cadre de plans locaux de santé publique²⁵.

Ces actions seront menées notamment auprès des :

- ✓ Personnels Education Nationale,
- ✓ Travailleurs sociaux,
- ✓ Equipes médico-psycho-sociales,
- ✓ Professionnels de santé,
- ✓ Professionnels des missions locales, Points Accueil Ecoute Jeunes, Maison des Adolescents, Organismes de formation professionnelle par exemple les Espaces Territoriaux d'Accès aux Premiers Savoirs (ETAPS), associations de prévention ...
- ✓ Professionnels des foyers de jeunes travailleurs,
- ✓ Professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse,
- ✓ animateurs socioculturels et sportifs
- ✓ Professionnels au contact des jeunes handicapés

Ces formations devront actualiser les connaissances d'ordre biologique, socioculturel, psychologique, juridique et intégrer des réflexions d'ordre éthique partagées.

Elles devront également permettre des échanges de pratique professionnelle ainsi qu'une réflexion sur la mutualisation des outils pédagogiques et des supports utilisés auprès des jeunes.

Objectif opérationnel 1.3 : Rédiger une Charte de bonnes pratiques en éducation à la vie affective et sexuelle des jeunes, à destination des professionnels qui interviennent auprès des jeunes ou des étudiants. Elle sera élaborée par le Comité technique de la Commission de coordination en s'appuyant sur la « Charte de l'éducateur en éducation à la sexualité et à la vie » de l'Académie d'Aix Marseille. L'objectif étant d'avoir une référence éthique commune sur l'éducation à la sexualité au niveau régional.

Objectif opérationnel 1.4 : Organiser des actions de formation **et d'accompagnement à destination de jeunes ou d'étudiants volontaires** afin qu'ils deviennent des relais.

Ces actions pourront être développées notamment dans le cadre du Comité de la vie lycéenne, du Conseil municipal, général ou régional des jeunes et auprès du CROUS, interlocuteur privilégié des étudiants y compris des non-universitaires.

Par ailleurs, elles devront s'appuyer sur des expérimentations probantes²⁶, telles que l'action du Conseil municipal des jeunes d'Aix en Provence accompagnée par le Planning familial des Bouches du Rhône qui a permis la création d'un guide à destination des jeunes, ou le projet d'Education par les Pairs, mis en place par la Mutualité Française PACA dans le cadre du programme de coopération européenne ALCOTRA.²⁷

²⁵ Par exemple, actions menées par certains Ateliers Santé Ville : - Journée annuelle d'échange de pratiques sur « contraception et prévention des grossesses non désirées » à destination des professionnels du secteur sanitaire et social organisé par l'ASV Martigues/Port de Bouc (13), Axes et Objectifs prioritaires du PLSP 2010-2013. - Commune de Valbonne Sophia Antipolis, actions d'éducation à la santé et à la sexualité menées par ASV dans les collèges du canton de Bar sur Loup.

²⁶ En référence aux données de la littérature ou à une expérience locale ayant fait l'objet d'une évaluation positive.

²⁷ Ce projet financé par le Conseil général des Alpes Maritimes, l'Union Européenne, le Conseil régional Paca et l'ARS Paca a pour objectif de former des jeunes à conduire des actions de prévention auprès de leurs pairs (Peer Education ITA FRA).

Observations/recommandations

Le discours sur la sexualité doit être adapté au public cible. Il devra intégrer une dimension participative.

Les modes d'intervention devront privilégier des outils diversifiés, innovants et adaptés à la spécificité de ce public ainsi qu'aux nouvelles technologies.

Concernant les jeunes scolarisés, il s'agira d'une information et d'une éducation à la sexualité en référence à l'article L312-16 du Code de l'Éducation issu des dispositions de l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception qui les rendent obligatoires dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. L'éducation à la sexualité est inscrite parmi les compétences sociales et civiques requises dans le socle commun des connaissances et des compétences.

Les actions menées dans les collèges et les lycées pourront associer des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Ces actions devront s'inscrire dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement (Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté)²⁸.

Dans ce cadre, il serait intéressant de développer des actions d'éducation à la sexualité sur la base de l'expérimentation déjà menée depuis 2006 dans le cadre défini entre le Rectorat de l'Académie d'Aix-Marseille, la faculté de médecine de Marseille Hôpital Nord, le Planning familial des Bouches-du-Rhône et le Conseil Général.²⁹ L'objectif étant de sensibiliser les futurs médecins et d'améliorer leurs connaissances dans le domaine de l'éducation à la sexualité et à la contraception, avec une mise en pratique dans différents collèges volontaires.

Concernant les actions dans le domaine de la prévention du VIH-SIDA et des IST, elles devront s'inscrire dans le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010/2014 en référence aux actions :

- ✓ T3 « *Poursuivre la sensibilisation des jeunes à la prévention et améliorer leurs connaissances sur le VIH/SIDA et les IST au cours du cursus scolaire et universitaire* ». L'objectif étant de poursuivre l'intégration de la prévention du VIH/SIDA à une approche globale de la santé sexuelle.
- ✓ T4 « *Permettre aux jeunes sous protection judiciaire de bénéficier des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle, à la contraception et à la prévention du VIH et les IST* ». L'objectif étant de permettre aux jeunes sous protection judiciaire de bénéficier des mêmes actions de prévention VIH/SIDA, IST que les jeunes en milieu scolaire.

Indicateurs de suivi de l'objectif 1 :

- Nombre d'actions d'éducation à la sexualité réalisées par territoire et par établissement,
- Liste des thèmes abordés dans le cadre de ces actions,
- Nombre de jeunes concernés par type d'établissement ou structure,
- Nombre de formations réalisées auprès des professionnels,
- Nombre de personnes relais formées :
 - professionnels relais,
 - jeunes ou étudiants relais,
- Nombre et type de professionnels concernés par ces formations, par structure,
- Rédaction d'une charte régionale de bonnes pratiques.

²⁸ Circulaire Éducation Nationale N°2003-027 du 17/02/2003-B.O.EN N°9 du 27 février 2003

²⁹ Création d'un module optionnel sur la contraception pour les étudiants de 3^{ème} année de médecine à l'hôpital Nord de Marseille, validé par le Rectorat de l'Académie d'Aix Marseille et piloté par le Pr Florence Bretelle, service de gynéco-obstétrique.

Objectif opérationnel 2: «Renforcer l'accès à une contraception adaptée pour éviter les grossesses non désirées »

Contexte

En 2005, environ 22 900 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ont été réalisées dans la région Paca. Depuis dix ans ce nombre a continué d'augmenter deux fois plus vite qu'au niveau national. Notre région a le taux de recours à l'IVG le plus élevé des régions métropolitaines (après la Corse) avec 20.9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. Ainsi en dix ans, le nombre d'IVG pour 1000 femmes dans cette tranche d'âge est passé de 16.3 à 20.9.³⁰

En Paca, si la majorité des IVG concerne les femmes de 20-34 ans, le taux d'IVG chez les mineures est l'un des plus élevés des régions françaises en 2001 (12,6 ‰). Les taux variaient selon les régions de 7 ‰ (Rhône) à 14,1 ‰ (Corse)³¹. Les écarts mesurés d'une région à l'autre ne sont pas liés à des différences de structure par âge mais plus vraisemblablement à des différences comportementales (sexualité, contraception, désir d'enfant...) et socio-économiques (structures familiales, revenus...)³².

Parmi les étudiantes de 18-24 ans de notre région, 3 % ont déjà eu recours à une IVG au cours de leur vie. Ce résultat est identique à celui observé à partir de l'analyse des données recueillies dans les établissements hospitaliers de la région en 2005 chez des filles âgées de 18 à 24 ans (3 %). Si l'on ne considère que les étudiantes sexuellement actives et âgées de 20-24 ans, la proportion de celles déclarant avoir eu recours à l'IVG au cours de leur vie atteint 8 %³³.

L'âge et le niveau d'éducation des femmes sont des variables déterminantes d'un recours tardif à l'IVG : les femmes ayant un faible niveau d'éducation ont un risque plus important de se présenter tardivement pour une IVG, ainsi que les adolescentes de moins de 20 ans, sans doute du fait d'un moindre accès à l'information sur les lieux de recours à l'IVG. Chez les femmes jeunes (de moins de 25 ans), le choix de recourir à l'IVG est fortement corrélé au désir de poursuivre des études.

En Paca en 2005 le délai maximum pour la prise de la pilule du lendemain n'était connu que par une minorité des étudiantes de 18-24 ans de première année de notre région (21,8%) tandis que son accès libre en pharmacie était connu de la majorité (90%). Trois étudiantes sur dix âgées de 18 à 24 ans ont déjà eu recours à la contraception d'urgence.

Publics cibles

- Tous les jeunes de 12 à 25 ans notamment les plus vulnérables, y compris les jeunes sous main de justice,
- Les professionnels au contact des jeunes ou des étudiants,
- Les parents des jeunes concernés.

³⁰ Info statistiques DRASS PACA Octobre 2007

³¹ ORS Paca, Interruptions volontaires de grossesse. Etats des lieux en France et en Paca, Revue des connaissances et recommandations pour des études actions en 2005.

³² DRESS Etudes et résultats 2003, VILAIN A, MOUQUET M, les interruptions de grossesse en 2001

³³ ORS Paca, Comportement de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Paca, Repère Santé. 2007

Territoires cibles

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur des territoires socialement vulnérables dont :

- ✓ Les cantons regroupés identifiés cumulant plusieurs facteurs de défavorisation dans le Schéma régional de prévention,
- ✓ Les territoires en CUCS,
- ✓ Pour les publics scolaires, les territoires où sont implantés les Réseaux d'Éducation Prioritaire :
 - les R.R.S (Réseaux de Réussite Scolaire)
 - les R. ÉCLAIR (Réseaux Écoles, Collèges, Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)
- ✓ Les campus universitaires,
- ✓ Les établissements pénitentiaires pour mineurs.

Actions attendues

Objectif opérationnel 2.1 : Renforcer la communication sur le N° Vert Contraception et IVG. Cette action sera mise en œuvre dans le cadre du plan d'action "Population Générale" issu du Schéma régional de prévention développé par l'ARS PACA.

Objectif opérationnel 2.2 : Faciliter l'orientation des jeunes dans les différents dispositifs existants pour favoriser l'accès à une contraception adaptée :

- ✓ Adapter les dispositifs d'information aux moyens de communication utilisés par les jeunes (Web info, MSN),
- ✓ Etendre, en fonction des résultats, l'expérimentation Web info menée par le Planning familial des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse (adresse MSN en phase test le mercredi après midi),
- ✓ Développer ces nouveaux moyens de communication dans les autres dispositifs existants (centres de planification, Carrefour santé jeunes développé dans le département des Alpes Maritimes).

Objectif opérationnel 2.3 : Rendre plus opérant le dispositif d'accès anonyme et gratuit à la contraception pour les jeunes :

- ✓ Améliorer l'accessibilité des centres de planification et d'éducation familiale sur l'ensemble de la région en adaptant leurs horaires, les jours d'ouverture et la signalétique,
- ✓ Développer et formaliser dans les zones peu ou pas couvertes par les centres de planification des partenariats entre professionnels libéraux et financeurs (l'assurance maladie, les conseils généraux et le Conseil régional) pour permettre aux jeunes de bénéficier d'une consultation anonyme et gratuite et d'une contraception adaptée à leur situation.

Actions attendues auprès des professionnels

Faciliter l'accès précoce à une réponse multi partenariale :

Objectif opérationnel 2.4 : Sensibiliser et former les professionnels en contact avec les jeunes pour optimiser leur orientation vers les bonnes ressources et s'approprier une culture commune sur la sexualité et la contraception. Il s'agira ici d'une mise à jour de leur connaissance des différents dispositifs existants (qui fait quoi?).

- ✓ Les professionnels concernés : éducateurs, animateurs de centres socio-culturels, référents mission locale, personnels des centres de formation pour apprentis et des établissements d'enseignement agricole.

Objectif opérationnel 2.5 : Développer un partenariat avec l'URPS pour sensibiliser les professionnels de santé (généralistes, sages-femmes et pharmaciens)³⁴ sur les moyens de contraception adaptés aux jeunes et sur la spécificité de l'entretien à mener. Ce partenariat pourra être étendu aux SISA (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires) en cours de création, qui pourraient être des interlocuteurs privilégiés avec les professionnels. Il s'agira ici d'un travail autour de l'actualisation des bonnes pratiques et de références partagées entre les différents professionnels concernés.

Observations/recommandations

Il s'agira de :

- ✓ développer des formations multi-partenariales avec un ancrage territorial mettant l'accent sur l'importance de la première écoute et de l'orientation (posture professionnelle),
- ✓ s'assurer que les professionnels formés disposent des outils d'information nécessaires à une orientation ciblée et des coordonnées des structures spécialisées,
- ✓ s'assurer de la mise à jour de l'annuaire santé jeunes (élaboré par le CRES) et de sa promotion auprès de l'URPS.

Actions attendues auprès des parents

Objectif opérationnel 2.6 : Mettre en œuvre des actions d'information sur la vie affective et sexuelle et la contraception des jeunes auprès des parents.

Actions à mener auprès et avec les associations familiales (UDAF), les centres sociaux et les réseaux de santé communautaire et les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP), les associations de parents d'élèves, les associations de parents d'enfants handicapés.

Elles seront menées prioritairement auprès de parents en situation de vulnérabilité, dans le cadre notamment de groupes de parole, café des parents, école des parents, assemblée plénière organisée par l'Université du citoyen.

Ressources à développer

Développer des partenariats privilégiés, pouvant aboutir à la mise en œuvre de conventions :

Objectif opérationnel 2.7 : Pour faciliter l'accès à **une contraception anonyme et gratuite**, avec le service de Médecine préventive universitaire dans une démarche plus globale d'accès à la prévention et à la santé. L'objectif ici étant de limiter le renoncement aux soins des étudiants notamment pour des raisons financières,

Objectif opérationnel 2.8 : Faciliter l'accès des jeunes à **une contraception d'urgence anonyme et gratuite**, par une sensibilisation et une information des pharmaciens en partenariat avec l'URPS et le Conseil de l'ordre des pharmaciens.

Indicateurs de suivi de l'objectif 2 :

- Type d'adaptation de dispositifs aux moyens de communications utilisés par les jeunes,
- Nombre et description des adaptations mises en place par les centres de planification et d'éducation familiale en termes de signalétique, de jours et d'horaires d'ouverture, dans l'optique d'en améliorer l'accès,

³⁴ En référence aux bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)

- Nombre, description des partenariats formalisés développés en matière d'accès anonyme et gratuit à la contraception pour les jeunes dans les zones peu ou pas couvertes,
- Nombre et contenu des formations à destination des professionnels en contact avec les jeunes,
- Nombre et type de professionnels touchés par ces formations,
- Nombre de professionnels de santé sensibilisés aux moyens de contraception adaptés aux jeunes via le partenariat avec les URPS,
- Nombre, type et contenu des actions d'information organisées à destination des parents,
- Si le recueil de cet indicateur est possible : nombre de contraception d'urgence anonyme et gratuite délivrée en officine.

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10