



Présentation du Plan

« Santé des jeunes »

Mercredi 27 février 2008

Dossier de presse

**Contact Presse – Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
01 40 56 40 14**

Sommaire

- I- Communiqué de presse de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé de la jeunesse et des sports**
– Présentation du Plan « Santé des jeunes ». **Page 3**
- II- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à lutter efficacement contre les conduites à risque.** **Page 6**
1. Les jeunes et le cannabis.
 2. Les jeunes et l'alcool.
 3. Développer un environnement nutritionnel équilibré chez les jeunes.
- III- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à mieux répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables.** **Page 15**
1. Les jeunes et la souffrance psychique : les maisons des adolescents.
 2. Les jeunes et l'information santé : mieux connaître le numéro vert Fil Santé Jeunes.
 3. Les jeunes en situation de vulnérabilité : expérimenter un module de prévention santé
 4. Les jeunes en situation de vulnérabilité et la contraception.
 5. Les jeunes et la crise suicidaire : améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge.
 6. Lutter contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité.
- IV- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à développer les activités physiques et sportives chez les jeunes.** **Page 30**
1. Le sport pour les enfants scolarisés.
 2. Le sport universitaire.
- V- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé.** **Page 33**
1. La déclinaison des politiques de santé publique vers les jeunes.
 2. Aider la population étudiante à mieux s'intégrer dans le système de santé.
 3. L'établissement d'un passeport pour la santé des jeunes.

**I – Communiqué de presse de Roselyne Bachelot-Narquin,
ministre de la santé, de la jeunesse et des sports –
Présentation du Plan « Santé des jeunes ».**

(Cf page suivante.)



Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Communiqué de presse

Paris, le mercredi 27 février 2008

Présentation du plan « Santé des jeunes »

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a présenté une communication sur le plan « santé - jeunes ».

Ce plan comporte une série de mesures visant à mieux protéger la santé des jeunes, principalement de 16 à 25 ans, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité.

1. Face à la diffusion préoccupante des comportements à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées, le plan met l'accent sur :

- la lutte contre les pratiques addictives : **la législation actuelle sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs sera rendue plus cohérente et protectrice ;**
- **la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées.** Il s'agit d'agir sur l'environnement des jeunes, notamment en matière de publicité, de bonnes pratiques autour des caisses des grandes surfaces, de restauration scolaire. Un observatoire de la qualité alimentaire sera créé ;
- la **lutte contre l'anorexie** : une charte sera prochainement signée avec les professionnels du secteur de l'image du corps ; la protection des mannequins, en particulier lorsqu'ils sont mineurs par la médecine du travail et l'inspection du travail ; l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie sera réprimée.

2. Des mesures particulières seront prises en faveur des jeunes les plus vulnérables qui se trouvent dans des situations dramatiques :

- **des « maisons des adolescents »** destinées aux jeunes en grande vulnérabilité seront créées dans tous les départements d'ici 2010, en priorité dans les quartiers populaires ; des équipes mobiles pluridisciplinaires iront, à partir de ces maisons, au devant des jeunes ;

- un **programme de prévention santé en milieu scolaire et universitaire** qui tiendra compte des inégalités territoriales en matière de santé, sera expérimenté ;
- une campagne de promotion **du numéro vert « fil santé jeunes »** (0 800 235 236) sera engagée. Le numéro d'appel sera réduit à 4 chiffres et la gratuité à partir de téléphones portables sera expérimentée ;
- un dispositif de **repérage et la prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique chez les jeunes**, plus particulièrement chez les **jeunes homosexuels**, sera mis en place ; le cinéaste André Téchiné, participera à l'élaboration d'une campagne d'information qui sera lancée dès cette année ;
- la **campagne « contraception 2008-2009 »** sera adaptée aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

4. Le plan santé des jeunes repose également sur le **développement de la place des activités physiques et sportives dans la vie courante des jeunes**. Le nombre d'heures d'activités sportives sera augmenté à l'école dès la rentrée prochaine. Les crédits du Centre National du Développement Sportifs (CNDS) ont été abondés en 2008 à cet effet. Le développement du sport à l'université sera favorisé ; une mission sur le sport à l'université sera confiée à Stéphane Diagana.

5. Le Plan permet aux jeunes de devenir acteur de leur santé tout en répondant à leur désir d'autonomie et de responsabilité :

- les étudiants pourront mieux s'intégrer au système de santé en ayant la possibilité **d'effectuer en plusieurs fois le versement de leurs cotisations maladie** pour les prochaines inscriptions universitaires. Les **services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé** (SUMPPS) pourront plus facilement **se transformer en centres de santé** délivrant des soins curatifs ;
- enfin, tous les jeunes de 16 à 25 ans pourront bénéficier, **dès le 1^{er} janvier 2009**, d'une **consultation annuelle et gratuite** chez le médecin généraliste de leur choix. Les mineurs n'auront pas besoin d'un accord parental. Ils recevront en même temps que leur première carte Vitale à 16 ans un **« passeport pour la santé »**, leur rappelant leurs droits en matière de santé et indiquant les structures de soins les plus proches de chez eux.

Contact Presse :

Géraldine DALBAN-MOREYNAS – Conseillère pour la presse et la communication

01 40 56 40 14

II – Les mesures du plan « Santé des jeunes » visant à lutter efficacement contre les conduites à risque.

1. Les jeunes et le cannabis.

a) Contexte et enjeux

La France figure parmi les plus importants consommateurs en Europe tant chez les jeunes adultes que chez les adolescents. Le cannabis est ainsi le 1^{er} produit stupéfiant saisi sur le territoire. De l'observation des consommations des collégiens et des lycéens en France en 2003 et de leur mise en perspective, on peut dégager les grands traits suivants :

- **La très grande majorité des élèves a expérimenté les substances psychoactives** : 49,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis (données 2005). 10,8% des élèves de 17 ans en ont un usage régulier (au moins 10 fois par mois). Les garçons sont, d'une manière générale, plus nombreux que les filles à faire l'expérience des substances psychoactives (15% des garçons de 17 ans contre 6,8% des filles). A 17-18 ans, au vu d'un test de repérage, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme problématiques.
- **La consommation de cannabis a fortement augmenté au cours de la décennie 1993-2003**, notamment jusqu'en 1999. On observe en 2003 une grande proximité des niveaux de consommation régulière entre cannabis et alcool à partir de l'âge de 16 ans, et ce tant pour les garçons que pour les filles. A cet égard, le prix moyen d'un gramme de cannabis se situe aujourd'hui autour de 4 euros (-30% en dix ans).
- **Le milieu de l'adolescence apparaît comme une période charnière** du point de vue des expérimentations et de l'entrée dans les consommations régulières : l'âge moyen de la première expérimentation se situe à 15 ans. Les élèves les plus jeunes sont surtout expérimentateurs de substances licites, l'expérimentation de cannabis augmente principalement après 14 ans. Quant aux consommations régulières, elles restent rares avant 14 ans et se développent nettement à partir de 15 ans.

Les consultations destinées aux jeunes consommateurs et à leur famille, mises en place en 2005, ont attiré 16 000 usagers au cours de la première année d'existence de ce dispositif. En prenant en compte l'ensemble des dépenses supportées par la collectivité, **le coût social du cannabis peut être estimé à 919 millions d'euros.**

b) Mesures

- **Mise en place de consultations « jeunes consommateurs » dans le nouveau cadre juridique des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).** Ce cadre permettra d'assurer leur pérennité et leur meilleure coordination avec le dispositif de soins et de mieux prendre en compte la problématique de la polyconsommation.

- **Expérimentation d'un test de repérage de l'usage à risque de cannabis** en lien avec l'éducation nationale (mise en place d'une étude «ROC-ADO» dans les établissements secondaires des trois académies d'Ile-de-France).

c) Acteurs

- mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT),
- ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (direction générale de la santé),
- fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie),
- observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

d) Calendrier

2008

e) Financement

- S'agissant des consultations jeunes consommateurs : pas de coût supplémentaire – financement actuel 4 millions d'euros (ONDAM médico-social).
- S'agissant de l'expérimentation d'un test de repérage : 60 K€ (conception) déjà financés par la DGS, pas de coût supplémentaire pour les expérimentations (via les infirmières scolaires, crédits Etat).

f) Evaluation

Enquêtes sur l'évolution de la consommation quotidienne de cannabis chez les jeunes de 17 ans (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

2. Les jeunes et l'alcool.

a) Contexte et enjeux

Le niveau de consommation d'alcool sur le territoire français semble avoir légèrement augmenté ou en tout cas s'être stabilisé entre 2005 et 2006, pour tous types d'alcool, après avoir connu une baisse sur 7 ans, même parmi les moins de 25 ans.

9 à 10% des jeunes Français âgés de 18-25 ans présentent des signes d'usage problématique d'alcool. En outre, parmi les nouvelles générations, les ivresses alcooliques apparaissent en hausse entre 2003 et 2005 chez les adolescents de 17 ans.

L'usage d'alcool chez les jeunes est moins fréquent que dans la plupart des autres pays européens, notamment quant à ses modalités problématiques (ivresses, alcoolisations ponctuelles excessives). Néanmoins, on observe une augmentation de cette modalité d'intoxication alcoolique aiguë, souvent qualifiée de « binge drinking », notion mal définie, incluant souvent les comportements de consommation alcoolique dans le but d'obtenir un état d'ivresse. Ces intoxications alcooliques aiguës peuvent notamment entraîner des comas éthyliques parfois mortels qui ont été signalés dès l'âge de 12 ans.

En outre, les comportements de polyconsommation majorent l'inquiétude en rapport avec les problèmes d'addiction chez les jeunes. L'excès d'alcool chez les jeunes est responsable de décès par intoxication, d'accidents de la route, d'actes de violence avec blessures, séquelles et handicaps, de conséquences sociales (absentéisme et démotivation, tentatives de suicides, rapports sexuels non protégés imprévus).

b) Mesures

- harmoniser et modifier la législation relative à la vente d'alcool aux mineurs pour limiter l'offre aux mineurs de plus de seize ans ;
- développer les **consultations jeunes consommateurs** au sein des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ce qui permettra également une meilleure prise en charge des fréquentes polyconsommations, une plus grande information et le développement de la responsabilité des jeunes et des adultes ;
- réaliser une **campagne média** afin de sensibiliser les jeunes aux dangers immédiats d'une consommation d'alcool s'inscrivant dans une recherche d'ivresse (TV et dispositif Web).

c) Acteurs

- mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ;
- ministère de la santé de la jeunesse et des sports ;
- ministère de l'économie et des finances – secrétariat d'Etat à la consommation et au tourisme ;
- ministères de l'intérieur / de la défense pour les contrôles ;
- institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

d) Calendrier

- Dès février 2008, commencer les concertations sous l'égide de la MILDT.
- Juin 2008, lancement de la campagne média.

e) **Financement**

Le développement des consultations jeunes consommateurs n'entraînera pas de coût supplémentaire (financement sur l'enveloppe médico sociale de l'Ondam).
Le coût de la campagne média est estimé à 3,5 M €.

f) **Evaluation**

Ivresses alcooliques chez les jeunes de 17 ans (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

3. Développer un environnement nutritionnel équilibré chez les jeunes.

a) Contexte et enjeux.

Les troubles des conduites alimentaires chez les jeunes constituent un enjeu majeur de santé publique :

- l'obésité, reconnue par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme une maladie grave à l'origine de complications sévères parfois mortelles, a une prévalence de **3,5% chez les enfants de 3 à 17 ans** ;
- **l'anorexie**, pathologie grave, invalidante et complexe, toucherait **entre 30 000 et 40 000 personnes par an en France.**

Les conduites alimentaires responsables de surpoids ou d'obésité chez les jeunes sont liées à plusieurs facteurs :

- place de l'alimentation et du repas dans la vie familiale ;
- équilibre des menus non respecté ;
- consommation d'aliments et de boissons sucrés ou salés en dehors des repas ;
- déficit d'activité physique.

Le programme national nutrition santé (PNNS) vise depuis 2001 à lutter contre l'obésité et le surpoids à travers des actions visant à en limiter la prévalence, en particulier chez les jeunes.

Toutefois, une meilleure connaissance de ces facteurs et de leurs interactions permet d'adapter et de diversifier les réponses apportées :

- plusieurs **études de l'INPES** suggèrent que **les messages sanitaires dans les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant** de synthèse incitent à la réflexion et aux changements de comportements. Plus particulièrement, chez les jeunes, les résultats en termes de mémorisation, compréhension et agrément sont positifs. Toutefois, cette mémorisation est à double tranchant car, si elle confirme l'impact de ces messages sanitaires, elle confirme aussi l'impact des messages publicitaires ;
- la sensibilisation du public doit également passer par les professionnels au contact de la population, notamment des jeunes. **Une formation adaptée et actualisée en nutrition de l'ensemble de ces professionnels est indispensable.** Un rapport a été préparé sur le sujet par le Pr Ambroise Martin et doit être remis à Madame la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ;
- une **étude de l'AFSSA** menée en 2006 a montré que **la qualité des repas servis en restauration scolaire n'était pas optimum** au regard de la circulaire interministérielle de juin 2001 sur l'amélioration de ces repas et que ce texte est mal connue ;
- enfin, **la représentation du corps par la société**, qui érige la minceur voire la maigreur en modèle de beauté, est à prendre en compte dans le domaine des troubles anorexiques, la quête de la maigreur peut alors entraîner des troubles du comportement alimentaire, notamment chez les plus vulnérables et les adolescents, pouvant déboucher sur l'anorexie (0,2 % des adolescentes de 15-19 ans, si l'on ne considère que les formes d'anorexie restrictive pure), parfois accompagnée de

boulimie (1 % des jeunes filles de 17-19 ans), avec l'adoption de régimes alimentaires dangereux pour la santé. Les Professeurs Rufo (pédopsychiatre) et Poulain (sociologue) ont été chargés d'une mission dont le but est de parvenir, en lien avec les acteurs, qui font usage de la représentation collective du corps dans leurs métiers, à un cadre d'engagement volontaire et collectif portant sur la publicité, la mode et l'apparence du corps, ainsi que sur la protection des personnes travaillant dans le mannequinât.

b) Mesures.

Agir sur l'impact des messages publicitaires pour modifier les comportements alimentaires des jeunes.

Dans un premier temps, il sera proposé aux interprofessions, entreprises et annonceurs (qui sont favorables à une démarche d'autodiscipline) que les pouvoirs publics élaborent un cadre dans lequel ils pourraient inscrire des engagements volontaires. Une telle démarche correspond à ce qui est fait dans le cadre du PNNS et concernera différentes plages de publicités sur les chaînes pour enfants. Elles porteront également sur :

- les différents supports à considérer et, le cas échéant, les heures de diffusion ;
- les modalités d'utilisation de ces supports. Il s'agira d'éviter tout « placement de produit » dans les émissions pour jeunes et de recourir à certaines images très positives, telles que l'utilisation des sportifs, ou de héros de film d'animation ;
- les lieux à prendre en compte pour limiter l'impact de la publicité sur les enfants, notamment en sanctuarisant l'école vis-à-vis de toute tentative de promotion commerciale alimentaire.

L'âge limite à prendre en compte (12 ou 16 ou 18 ans) ainsi que les aliments et boissons concernés seront définis précisément en concertation entre les pouvoirs publics et les entreprises professionnelles.

En cas d'échec de cette démarche, des mesures législatives d'interdiction de la publicité de certains aliments dans les programmes télévisés destinés aux enfants conjointement avec le ministère de la culture seront prises.

Acteurs

Pouvoirs publics.

Interprofessions, entreprises et annonceurs du secteur agro-alimentaire.

Calendrier

Réunion en mars 2008 avec les interprofessions, entreprises et annonceurs du secteur agro-alimentaire.

Evaluation

Une évaluation sera réalisée en juin 2008.

➤ **Améliorer la formation des professionnels.**

Il s'agit d'analyser les programmes de formation des professionnels, notamment de la santé, du domaine social, de l'éducation, en rapport avec les jeunes, afin de faire évoluer les programmes de formation initiale et les programmes de formation continue dans le domaine de la nutrition en particulier pour tenir compte des attentes et besoins des jeunes.

Acteurs

Ministère de l'éducation nationale, collège des enseignants de nutrition, représentants des professions concernées (notamment médecins, diététiciens, professions paramédicales, IUFM...), Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

Calendrier

2008 – 2010.

Evaluation

Développement et mise en œuvre de nouveaux cursus fin 2010.

➤ **Améliorer la qualité des repas.**

Il s'agit d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas dans les cantines scolaires et universitaires :

- adopter un texte plus contraignant que la circulaire de 2001 en vue d'assurer une amélioration de la qualité des repas servis en restauration scolaire, en se basant sur les recommandations 2007 du groupement d'étude des marchés de restauration collective et nutrition ;
- adapter ce texte aux cantines universitaires ;
- mettre en place un label santé en restauration scolaire et universitaire.

Acteurs

Ministères chargés de la santé, de l'éducation nationale, de l'agriculture et de la pêche, de l'intérieur, en lien avec les collectivités locales.

Calendrier

Publication du texte : automne 2008.

Label Santé : début 2009.

Evaluation

Publication du texte et mise en application.

Nombre de cantines scolaires ayant obtenu le label santé.

➤ **Protéger les jeunes de l'adoption de comportements alimentaires en lien avec l'image du corps véhiculée par la société : la signature de la charte d'engagement.**

Une charte qui prévoit les trois grands axes d'engagement suivants est en cours de validation :

1. sensibiliser le public à l'acceptation de la diversité corporelle ;

2. protéger la santé des mannequins, dans le cadre des dispositions législatives existantes, en particulier celle des jeunes exerçant le mannequinât en lien avec leur famille ;
3. mieux informer le public sur l'utilisation de l'image du corps pour éviter les phénomènes de stigmatisation et de promotion de la maigreur, auxquels les jeunes sont très réceptifs.

Acteurs

Interprofessions, entreprises et annonceurs du secteur de l'habillement, de la mode, du mannequinât.

Calendrier

La charte devrait être signée entre la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et les acteurs concernés (mode, habillement, publicité, agences de mannequinât) au cours du premier trimestre 2008.

Dans les suites de cette charte, des projets d'actions concrètes et mesurables seront déclinées par tous les signataires.

Evaluation

Une évaluation sera réalisée fin 2008.

- **Protéger les jeunes de l'adoption de comportements alimentaires en lien avec l'image du corps véhiculée par la société : protéger la santé des mannequins.**

Contexte

Des dispositions législatives et réglementaires sont en vigueur pour le suivi médical des mineurs employés dans les spectacles et la mode et les mannequins adultes, avec la promulgation d'un décret modificatif le 24 août 2007. Actuellement dans le mannequinat et spectacle :

- **pour les mineurs soumis à l'obligation scolaire**, leur emploi par une entreprise de spectacles, ou en vue d'exercer une activité de mannequin, fait l'objet, en sus des dispositions du code du travail régissant l'emploi des mineurs, d'une législation et d'une réglementation spécifiques. Ainsi, les textes prévoient un examen médical tous les 3 mois pour les enfants de moins de trois ans, tous les 6 mois pour ceux de 3 à 6 ans et tous les ans pour les plus de 6 ans. Le contenu de cet examen doit être déterminé par arrêté de la ministre chargée de la santé et la rédaction d'un cahier des charges est en cours, en collaboration avec le ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité ;
- **pour les mannequins adultes ou mineurs de plus de 16 ans non soumis à l'obligation scolaire**, ils bénéficient de la visite médicale d'embauche prévue et l'examen médical reste valable un an si le mannequin est employé par une seule agence ou 6 mois s'il est employé par plusieurs agences, avec un examen par période de douze mois.

Mesures

- Le contenu des visites médicales des mannequins adultes ou mineurs de plus de 16 ans n'étant pas défini, il s'agit de déterminer un **référentiel sur le contenu** de ces visites

et des examens et mesures requis, en partenariat avec la médecine du travail. Le pesage et l'indice de masse corporelle, avec des seuils précis, constitueraient des critères sanitaires d'aptitude pour défiler,

- il s'agit également d'envisager de **rapprocher le rythme** de ces visites médicales,
- tout organisateur de manifestation devra pouvoir fournir un certificat d'aptitude des mannequins de validité datant d'un mois.

Acteurs

- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
- Professionnels du secteur.

Calendrier

- Premier trimestre 2008.

- **Protéger les jeunes de l'adoption de comportements alimentaires en lien avec l'image du corps véhiculée par la société : créer une incrimination spécifique des supports faisant l'apologie de l'anorexie.**

Il est proposé de créer une incrimination spécifique pour les contenus diffusés par les médias, quel que soit leur support, qui mettent en danger des personnes fragiles par provocation à l'extrême maigreur. Ces nouvelles dispositions seraient intégrées dans le Code Pénal.

Acteurs

- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- Ministère de la justice.

Calendrier

Le projet de loi pourrait être déposé dès le 1^{er} semestre 2008.

Evaluation

Nombre de condamnations prononcées sur la base de cette mesure.

III- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à mieux répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables.

1. Les jeunes et la souffrance psychique : les maisons des adolescents.

a) Le contexte

Les maisons des adolescents (MDA), créées suite aux conclusions de la conférence de la famille de 2004, sont des espaces dédiés aux jeunes. Elles ont pour mission d'apporter des réponses de santé diversifiées aux adolescents les plus en difficulté ou en rupture. Grâce à un accueil et une écoute personnalisés, elles peuvent faire des propositions de soin adaptées dans un souci de pluridisciplinarité et de continuité des prises en charge, avec implication des familles en cas de besoin.

Le programme des MDA vise à assurer un maillage territorial satisfaisant à raison d'au moins une MDA par département. L'expérience suggère que certains départements étendus, ou à forte densité démographique, ou à forte population adolescente, pouvaient bénéficier de plus d'une implantation : tel est le cas par exemple de la Seine-Saint-Denis.

Les projets doivent pour être éligibles, répondre à un cahier des charges précis qui insiste en particulier sur la nécessité d'un partenariat (pluralité de financeurs, travail en réseau, etc.) et sur la réalité d'une offre de soins supplémentaire dans les domaines psychiatrique et somatique : dermatologie, gynécologie, nutrition...

La montée en charge de ces MDA se fait progressivement mais de manière continue, la plupart des grandes villes de la métropole étant désormais pourvues ou en voie de l'être.

La défenseure des enfants dans son rapport 2007 demande que la généralisation de ces structures soit accélérée, ce à quoi vise le programme en cours de déploiement. Par ailleurs, certains professionnels de santé alertent les pouvoirs publics sur des initiatives locales qui répondraient insuffisamment aux besoins et attentes de jeunes, en particulier au niveau de la pluridisciplinarité, de la qualité de leur prise en charge et de l'accompagnement des familles.

Au 30 juin 2007, 39 MDA étaient aidées par des crédits publics. Les services de l'Etat ont par ailleurs noué avec la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France un partenariat visant à coordonner les interventions financières tout en respectant les priorités de chacun.

b) Mesures

- **Recenser et évaluer toutes les maisons des adolescents** qui se sont créées à partir de différentes initiatives, afin de mieux connaître et caractériser leurs activités et en dresser une typologie ;
- **Accélérer** les partenariats et l'émergence de projets avec une priorité dans les quartiers urbains en difficulté et de zones rurales éloignées ;
- **Labelliser** ces structures garantes de la qualité des prestations offertes, répondant au cahier des charges et tenant compte de la **mise en réseau des partenaires** professionnels, institutionnels et associatifs du territoire concerné ;
- **Créer des équipes mobiles adossées aux maisons des adolescents** pour aller vers les jeunes les plus en difficulté : il s'agit d'élargir l'actuel cahier des charges des MDA.

c) Acteurs

Professionnels de santé, action sociale, éducation nationale, justice et collectivités territoriales (missions locales - point accueil et écoute santé jeunes – planning familial – etc.) pour une mise en réseau et synergie de ces différents partenaires.

d) Calendrier

Au moins une maison des adolescents par département d'ici 2010.

d) Financement

- Etat et Assurance maladie : La première tranche 2006 -2010 a prévu des crédits à hauteur de 26 millions d'euros, répartis sur l'ONDAM hospitalier (2,4M par an), le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (0,8M par an) et les crédits d'action sociale de l'Etat (2M par an).
En 2008, 5,2 millions d'euros sont prévus pour soutenir les nouveaux projets émanant en régions des professionnels et partenaires institutionnels (professionnels de santé, action sociale, éducation nationale, justice et collectivités territoriales), avec une attention particulière portée aux quartiers urbains en difficulté et aux zones rurales éloignées.
- La Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

2. Les jeunes et l'information santé : mieux connaître le numéro vert Fil Santé Jeunes.

a) Contexte et enjeux

Afin de répondre aux besoins d'informations, de conseils et d'écoute exprimés par les jeunes, les pouvoirs publics confièrent en 1995 à l'Ecole des parents et des éducateurs d'Ile de France la ligne téléphonique « Fil santé jeunes », service anonyme et gratuit. **C'est un numéro vert accessible 7 jours sur 7 de 8h à minuit au 0 800 235 236. En 2001, ce dispositif a été complété par un site internet (www.filsantejeunes.com).**

La possibilité offerte de s'adresser de façon anonyme à un adulte compétent, légitimé comme personne de confiance, sécurise le jeune et favorise sa prise de parole et sa liberté d'expression. Ce recours est d'autant plus précieux pour des jeunes en difficulté ou isolés qui ne peuvent partager craintes et angoisses avec leur entourage. Il est donc essentiel que ce dispositif soit largement connu des jeunes par l'intermédiaire, notamment, de supports qui leur sont familiers.

La plate-forme téléphonique traite en moyenne 300.000 appels par an, le nombre d'appels dits « sérieux » étant estimé à environ 50 000 /an, soit 140 par jour. La durée moyenne de ces appels à contenu est de cinq minutes. En parallèle, le site a reçu un million de visites en 2007. Les thèmes les plus abordés concernent la santé physique, psychologique et sociale : contraception, sexualité, vie relationnelle et affective, problèmes somatiques, accès aux soins, difficultés psychologiques, mal-être, prévention du suicide, idées suicidaires.

Il s'agit d'améliorer la connaissance par les jeunes de ce numéro de téléphone et son accessibilité.

b) Mesures

- Transformer le numéro actuel en numéro à 4 chiffres pour une meilleure mémorisation.
- Expérimenter la gratuité des appels depuis un mobile : l'expérimentation serait évaluée au bout d'un an de fonctionnement (intérêt, nombre d'appels fantaisistes embolisant les appels à contenu sérieux...).
- Mener une campagne de promotion du numéro vert de Fil Santé Jeunes par Internet (campagne de bannière). Il est à noter que la promotion du numéro est déjà assurée via l'INPES en direction des jeunes, en particulier dans le cadre des campagnes contraception.
- Améliorer le site internet en termes d'ergonomie, d'attractivité (présentation plus en phase avec les jeunes), de travail de référencement par achat de mots clés (pour améliorer la recherche du site par mots clés).

c) Acteurs

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Ecole des parents et des éducateurs d'Ile de France.

d) Calendrier

2008

e) **Financement.**

Montant du financement :

- pour la campagne de promotion : 300 000 euros
- pour le numéro à 4 chiffres : 40 000 euros /an
- pour la gratuité des appels depuis un téléphone mobile : 100 000 euros pour une année d'expérimentation

Sources du financement : INPES

f) **Evaluation.**

Nombre d'appels traités par Fil Santé Jeunes et typologie des appels.

Nombre de visites sur le site internet.

3. Les jeunes en situation de vulnérabilité : expérimenter un module de prévention/santé

a) Contexte et enjeux

Différentes actions de prévention en milieu scolaire sont organisées : séance d'information et d'éducation à la sexualité rendues obligatoires depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ; prévention des conduites addictives ; informations sur les violences en particulier routières. Mais ces actions sont de contenu et de qualité inégaux et restent bien souvent sectorielles.

Les jeunes sont alors confrontés à une approche segmentée de la santé, sans cohérence ni lien entre les différents programmes proposés, sans l'approche globale de promotion de la santé prenant en compte la diversité des représentations, des attitudes et des comportements en relation avec la prévention. En effet, la prévention chez l'adolescent est un problème complexe, à facettes multiples et des programmes de prévention qui se veulent efficaces doivent considérer plusieurs facteurs, du milieu ambiant et social et du comportement et s'articuler entre eux. Or tous les adolescents sont scolarisés au collège et au moins jusqu'à 16 ans.

Le développement de la prévention et la promotion de la santé pour les jeunes scolarisés peut ainsi devenir **un outil de lutte contre les inégalités de santé**.

De plus, l'organisation de ces différentes séances ciblées en établissement scolaire rencontre des difficultés de mise en œuvre. Il s'agit de réunir une équipe active, de convaincre l'administration et/ou les professeurs, de trouver les plages horaires nécessaires, de faire exprimer aux jeunes leurs préoccupations et leurs besoins, de prévoir l'évaluation des actions et des programmes.

Plutôt que d'un saupoudrage d'information, les collégiens et lycéens ont besoin surtout d'un lieu de parole et d'échange identifié avec comme intervenants des professionnels formés (éducateur, infirmière, psychologue, conseillère conjugale et familiale, médecin, acteur de la prévention...). La qualité des interventions doit être garantie ainsi qu'un accès équitable sur tout le territoire à ces informations. Pour ce faire, les actions de promotion de la santé doivent être reconnues et soutenues dans le cursus scolaire.

b) Mesures

Les objectifs sont, d'une part, de permettre à chaque jeune scolarisé de faire des choix éclairés et responsables, de lui donner les moyens de prendre soin de sa propre santé, et, d'autre part, d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis des déterminants de la santé et des situations à risques.

- 1) évaluer les actions actuelles de prévention à la santé en milieu scolaire, notamment en termes d'impact

- 2) créer un module prévention/santé intégré dans l'emploi du temps et l'expérimenter sur une année scolaire dans plusieurs établissements scolaires volontaires, dans des régions ou des quartiers où les indicateurs de santé sont préoccupants.

Ce module s'appuiera sur celui déjà existant dans les programmes des élèves de la 4^e au baccalauréat dans l'enseignement agricole.

Ce module fera appel à une pédagogie participative, avec plusieurs intervenants formés à ce type de pédagogie.

Les thèmes seront adaptés aux tranches d'âge, notamment :

- développement de l'estime de soi
- développement des compétences psychosociales
- éducation à la vie affective et sexuelle (prévention des IST)
- connaissances des substances addictives et des situations à risque

c) Acteurs

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; ministère de l'éducation nationale ; ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ; ministère de l'agriculture et de la pêche ; ministère du logement et de la ville.

Recteurs d'académie

Médecine scolaire

Professionnels de santé médicaux et non médicaux.

Secteur associatif.

Collectivités locales

d) Calendrier

Année scolaire 2008 – 2009 , dans des régions pilotes

e) Financement

- Enveloppe financière variable selon le nombre d'établissements scolaires volontaires pour l'expérimentation.

f) Evaluation

- Comparaison des résultats avec ceux des actions actuellement menées (protocoles à déterminer) : étude d'impact.

- Questionnaires de satisfaction des collégiens et lycéens concernés.

4. Les jeunes en situation de vulnérabilité et la contraception.

a) Contexte et enjeux

La période durant laquelle la contraception doit être efficace s'est allongée au fil des années :

- l'âge moyen auquel les jeunes filles et les jeunes garçons ont leur premier rapport sexuel se situe autour de 17,5 ans. Si cet âge a peu évolué pour les garçons depuis les trois dernières décennies, il s'est en revanche abaissé d'environ un an chez les jeunes filles durant la même période ;
- la période entre le premier rapport sexuel et la naissance d'un enfant augmente régulièrement, l'âge moyen des mères à la naissance de leur 1^{er} enfant se situant en 2007 à 29,9 ans (chiffre INSEE 2007).

Les résultats du Baromètre Santé 2005 indiquent qu'à l'entrée dans la sexualité, le préservatif est très utilisé (85% d'utilisation lors du premier rapport entre 2000 et 2005) et que 80,8% des jeunes femmes de 20-24 ans ont recours à la pilule. Toutefois, malgré une large diffusion des méthodes contraceptives depuis 40 ans (seules moins de 5% des femmes potentiellement concernées par une grossesse qu'elles ne souhaitent pas, n'utilisent pas de moyen contraceptif), le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ne diminue pas, notamment chez les femmes de moins de 24 ans. C'est ce que les chercheurs appellent le « **paradoxe contraceptif français** ».

On estime globalement à 33% le taux des grossesses non prévues, 60% d'entre elles donnant lieu à une IVG. Fait plus préoccupant encore, près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de cette grossesse, dont 30% emploient une contraception « médicalisée » nécessitant une prescription.

Les raisons à l'origine des échecs sont variées : difficultés d'accès à une information claire et actualisée sur les méthodes disponibles et aux moyens contraceptifs en particulier chez les adolescents (échanges intra-familiaux difficiles, information par les pairs insuffisante ou tronquée, information relevant des seuls cours de biologie du lycée...). A ces facteurs s'ajoutent les difficultés rencontrées par l'ensemble des femmes : prescription pas toujours adaptée à leurs conditions de vie sociale, affective et sexuelle, et méconnaissance des modalités d'utilisation de la contraception d'urgence.

Le développement de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire permet une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé publique - prévention du sida, maladies sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, violences sexuelles... et d'une démarche pédagogique.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception confère à l'éducation nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées ». Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue un des axes prioritaires du partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la santé et de l'éducation

nationale, et plus récemment au travers de contrats de partenariats avec le ministère de la justice (protection judiciaire de la jeunesse) et avec celui de l'agriculture et de la pêche.

Par ailleurs, l'éducation à la sexualité et la contraception gratuite et anonyme sont accessibles aux jeunes dans les centres de planification et d'éducation familiale (1 196 sites de CEPF sur le territoire). Mais l'organisation du dispositif d'information pour les jeunes sortis du cadre scolaire reste insuffisante.

b) Mesures

- **Centrer la campagne nationale d'information sur la contraception 2008** sur les publics jeunes, garçons et filles, en inscrivant la contraception dans le cadre d'informations pratiques et techniques sur les thèmes de la sexualité, de la vie sentimentale et de la contraception.

Le dispositif prévu comprend une nouvelle campagne TV, des films sur Internet et des spots diffusés sur les radios jeunes, la rediffusion des chroniques sur la sexualité, le VIH, la contraception,... sur Skyrock, de même que les brochures « questions d'ados » et « Choisir sa contraception » qui donnent des réponses concises et simples à toutes les questions que se posent les 15-18 ans. L'ensemble des outils renverra sur le numéro de Fil santé jeunes. Une diffusion de SMS sur les téléphones mobiles sera réalisée via l'opération "sexto" destinée aux jeunes, visant à délivrer des informations pratiques et en temps réel sur la contraception (où se procurer la contraception d'urgence, que faire en cas d'oubli de pilule ...).

- **Développer un site Internet de référence sur la sexualité** pour inciter à l'adoption de comportements de prévention (VIH, IST, contraception,...). Ce site répondra aux questions que se posent les jeunes sur la sexualité et mettra en valeur les comportements de prévention. La sexualité sera abordée de manière globale (risques, contraception, mais aussi corps, pratiques, relations...). Il fera des liens vers les sites partenaires : Fil santé jeunes, sida info service, etc. Une campagne web permettra de promouvoir ce site. L'approche consistant à resituer la contraception dans le cadre plus vaste de l'entrée dans la sexualité sera ainsi renforcée.
- **Intégrer un volet « contraception »** dans les conventions établies entre le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports **et le secteur associatif** intervenant auprès des populations en situation de vulnérabilité. Hors milieux scolaires, organiser des **formations ciblées** pour les professionnels des missions locales, des foyers de jeunes travailleurs, des associations de jeunesse des structures accueillant les jeunes handicapés et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse.
- **Organiser de nouvelles sessions de formation auprès des enseignants et d'élèves relais** à partir de l'évaluation du dispositif d'éducation à la sexualité mis en place dans les collèges et les lycées.
- **Lancer une action pilote dans une région** pour coupler l'information aux jeunes avec un accès facilité aux contraceptifs en partenariat avec les professionnels, les centres de planification et d'éducation familiale.

- **Consulter sur l'élargissement de la prescription des contraceptifs par les sages-femmes** et son renouvellement par les infirmiers.
- **Améliorer l'observance** en adaptant le conditionnement des contraceptifs avec l'AFSSAPS et les laboratoires.

c) Acteurs

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Direction générale de la santé.
- Partenaires institutionnels et associatifs.
- Education nationale.
- Collectivités territoriales.
- Professionnels de santé.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

d) Calendrier

- Avril 2008 : Lancement de la seconde phase de la campagne contraception.
- Octobre 2008 : Ouverture d'un site internet relatif à l'adoption de comportements de prévention dans le domaine de la sexualité.
- Septembre 2008 : action pilote.

e) Financement

Montant du financement :

- Campagne contraception : 5,5 millions d'euros.
- Site sur l'adoption de comportements de prévention dans le domaine de la sexualité : 400 000 euros.

Sources du financement : Budgets INPES.

f) Evaluation

- Post test quantitatif et qualitatif des supports.
- Evaluation des résultats de l'action pilote régionale (début 2009).

5. Les jeunes et la crise suicidaire : améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge.

a) Contexte et enjeux

À l'adolescence, plusieurs troubles sont susceptibles d'apparaître : les troubles anxieux, de l'humeur, du comportement. Ces troubles se traduisent par une grande souffrance psychique, qui peut aussi être à l'origine d'une crise suicidaire. Le suicide, deuxième cause de mortalité entre 15 et 24 ans, avec 600 décès annuels (567 en 2005) et plusieurs milliers de tentatives de suicide, est considéré comme une cause évitable de décès (la mortalité prématurée évitable en France est l'une des plus élevée d'Europe).

Un contexte de précarité socioéconomique est un facteur de fragilisation du jeune, de son environnement proche et un risque d'aggravation des troubles.

Une « stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 » a permis d'organiser **des formations pour le repérage de la crise suicidaire** qui ont largement bénéficié aux infirmiers scolaires. L'évaluation de ces formations en a été très positive.

Des actions auprès des professionnels de première ligne (sociaux, éducatifs...) ont été menées pour faciliter l'observation et l'orientation des jeunes présentant des manifestations de souffrance psychique. En effet, ces professionnels souvent mis en difficulté orientent trop directement le jeune vers les pédopsychiatres, sans intervention préalable d'autres médecins (médecin généraliste, médecins de la protection maternelle et infantile ou de l'éducation nationale).

Il s'agit de la diffusion d'**un référentiel à l'usage des médecins de première ligne** (PMI, centre de santé, santé scolaire, médecins libéraux...), élaboré par le collège de pédopsychiatrie de la fédération française de psychiatrie à la demande des ministères de la Santé et de l'Education nationale et de l'organisation **d'une formation de formateurs** assurée par l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP). Les 150 médecins formés en 2006 et 2007, multiplient ces formations au niveau régional au bénéfice des acteurs de terrain.

b) Mesures

Déployer les formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire et celles sur la souffrance psychique des jeunes.

Deux types de formation seront déployés : une sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire à l'attention des professionnels intervenant au niveau des jeunes ; une autre sur la souffrance psychique des jeunes à l'attention des médecins de première ligne.

La formation sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire ciblera dès 2008 les jeunes particulièrement vulnérables et moins accessibles que le public relevant de l'éducation nationale : lycées agricoles (en plus des collèges et lycées généraux), étudiants ou jeunes chômeurs en marge des circuits de formation. À cette fin, un programme de sensibilisation et de formation des intervenants auprès de ces publics sera élaboré (en milieu rural, universitaire ou au sein de structures d'accompagnement telles les missions locales et les points accueil écoute jeunes).

La formation de formateurs pour les médecins de première ligne sur la base du référentiel « Repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et adolescents » sera poursuivie et déployée dans toutes les régions.

Diffuser un guide pour mieux agir en milieu scolaire sur les comportements à risque.

Un guide concernant les comportements à risques des enfants et des adolescents sera diffusé à plusieurs milliers d'exemplaires par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (« Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire » INPES - collection « Référentiels »). Ce guide propose des stratégies de prévention reconnues auprès des professionnels de la prévention intervenant en milieu scolaire.

c) Acteurs

Pour les formations :

Direction générale de la santé, groupements régionaux de santé publique, fédération française de psychiatrie (FFP), école nationale de la santé publique (ENSP), psychiatres, pédopsychiatres, médecins de PMI, médecins de l'Education nationale, psychologues.

Binômes de formateurs composés d'un psychiatre et d'un psychologue formés au niveau national pour l'organisation des formations en régions

Pour le guide : INPES

d) Calendrier

Premier trimestre 2008 : diffusion du guide sur les comportements à risque des enfants et des adolescents.

Année 2008 : action de formation de formateurs sur la base du référentiel « Repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et adolescents » et premiers déploiements en région.

Année 2009 : poursuite et montée en charge du déploiement en région auprès des médecins de première ligne.

e) Financement

Pour les formations :

- Montant du financement : 700 000 euros par an pour la formation des formateurs et le déploiement de la formation au niveau régional de la formation au repérage de la crise suicidaire
- Montant du financement : 450 000 euros/an pour la formation de formateurs et le déploiement en région de la formation au repérage de la souffrance psychique

Pour le guide : INPES

f) Evaluation

- Nombre de formateurs formés au référentiel.
- Nombre de personnes formées en région suite au déploiement.
- Nombre de formations et de personnes formées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire.
- Mise en place en 2008 d'un tableau de bord avec indicateurs de suivi du déploiement de la formation.

6. Lutter contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité.

a) Contexte et enjeux

Si l'affirmation de soi ne va pas sans difficulté pour la plupart des jeunes, cette démarche peut prendre pour les jeunes homosexuels, une dimension plus «dramatique» en raison de la stigmatisation culturelle : repli sur soi, crainte de l'hostilité de l'entourage, isolement, peuvent entraîner des troubles de comportement et une mise en danger sociale et sanitaire.

Le mal être des jeunes lié à la découverte de leur homosexualité, de leur difficulté à l'accepter ou à l'assumer peut conduire à des pensées suicidaires :

- La plupart des études sur la suicidalité chez les homosexuels et bisexuels trouve que celle-ci est supérieure à celle des hétérosexuels. Si la littérature internationale est concordante sur le risque suicidaire accru pour les personnes homosexuelles, en France on ne dispose pas d'étude complète sur ce problème.
- Une comparaison entre les hétérosexuels et les homos et bisexuels de l'échantillon du Baromètre santé 2005 de l'INPES relève une prévalence de 10,4% d'épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois chez les homos et bisexuels à comparer à 3,9% chez les hétérosexuels. La prévalence des pensées suicidaires dans l'année est de 12,9% chez les homo et bisexuels versus 6,4% chez les hétérosexuels. La prévalence des tentatives de suicide au moins une fois dans la vie est de 7,5% chez les homo et bisexuels versus 2,5% chez les hétérosexuels masculins. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les femmes homo et bisexuelles et les hétérosexuelles en termes d'épisodes dépressifs, pensées suicidaires et tentatives de suicide dans l'enquête Baromètre santé 2005. D'autres études montrent également une sursuicidalité à la fois chez les homo et bisexuels masculins mais aussi féminins (Remafedi et al).
- Selon les travaux disponibles (d'Augelli - 1993) cette situation serait liée aux attitudes négatives vis à vis des homosexuels (homophobie, lesbophobie), au harcèlement et aux actes de violence envers les gays.

Dans le rapport issu des travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé, Anne Tursz écrit : *« 25 % des garçons accueillis pour suicide évoquent leur homosexualité pour la première fois après la tentative. De plus la synthèse de plusieurs études récentes permet de constater que si, chez les 12-25 ans, les sujets homo, bi ou transsexuels représentent 6 % de la population générale masculine, ils constituent 50 % de l'ensemble des garçons décédés par suicide pour la même tranche d'âge ».*

Plusieurs travaux amènent à penser que l'homophobie est à l'origine d'une souffrance aigüe. Ainsi, pour la France, l'étude de Marc Shelly en 2005, menée par l'association Aremedia et l'INSERM, conclut que les jeunes hommes homosexuels ont 13 fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les jeunes hommes hétérosexuels.

Cependant, traiter le sujet du suicide de manière directe, via notamment le canal des médias, peut se révéler contreproductif car pouvant favoriser le passage à l'acte. C'est pourquoi il est proposé d'aborder la prévention du suicide chez les jeunes homosexuels à travers le prisme de la **découverte de la sexualité et de l'homosexualité** et de favoriser le dialogue autour de ces sujets parmi les jeunes afin de lever les tabous et de renforcer l'acceptabilité des différents comportements.

En sensibilisant les institutions concernées par les jeunes, en développant information et dialogue, on contribue à développer les conditions d'une meilleure prise en compte des problèmes spécifiques des jeunes homosexuels et à améliorer de ce fait leur état de santé. Cette analyse fonde la conduite d'action de prévention et d'éducation à la santé spécifique en direction des jeunes homosexuels, ainsi qu'une politique gouvernementale vigoureuse de lutte contre l'homophobie.

b) Mesures

En plus du soutien aux associations luttant contre l'homophobie que le ministère a engagé depuis plusieurs années, deux dispositifs sont proposés, l'un sur internet avec le soutien d'un cinéaste de renom, André Téchiné, l'autre via un outil d'édition.

Afin de faire évoluer les représentations sociales sur les questions d'homosexualité et de favoriser le dialogue autour de la découverte de son orientation sexuelle, un dispositif global de communication pourrait être développé. Il visera d'une part, à mettre le sujet sur la place publique via des actions mobilisatrices à forte visibilité, et d'autre part, à répondre aux besoins des adolescents en termes d'information et de soutien via la mise à disposition d'outils et de dispositifs de réponses personnalisés.

➤ Concours de synopsis pour une mini-série ou de court-métrages sous la direction d'André Téchiné.

Il semble important de proposer une action permettant à la fois de créer un événement médiatique sur le sujet, mais aussi de favoriser l'implication et la mobilisation des jeunes. Pour cela, une série de court-métrages ou un concours de synopsis pour une série pourra être organisé avec le soutien d'André Téchiné. Un jury présidé par André Téchiné sélectionnera plusieurs auteurs qui formeront un pool de scénaristes.

Plusieurs épisodes seront tournés et diffusés via un partenariat avec une ou des chaînes de télévision. L'objectif sera de faire travailler les jeunes autour des questions d'acceptation de son orientation sexuelle par l'adolescent et par l'entourage. Une promotion du concours sera réalisée via le web (bannières, chats, vidéo, lobbying blogosphère) pour inciter les jeunes à déposer leur synopsis. La série pourrait être déclinée en web série et/ou en roman-photos.

Budget :

INPES –autres partenariats.

Calendrier : w

Lancement du concours au printemps 2008, réalisation de la série fin 2008.

➤ Outils d'information.

- Une brochure sur le thème "**Découvrir son homosexualité**" doit être réalisée. Il s'agira de dédramatiser la découverte de l'homosexualité, de permettre son acceptation et de soutenir l'adolescent en l'accompagnant pour faire face aux réactions possibles de son entourage.

- Un site internet transversal sur la sexualité sera réalisé avec pour objectifs de favoriser une entrée et une installation positive dans la sexualité et d'inciter à l'adoption de comportements de prévention (VIH, IST, contraception,...).

La sexualité sera abordée de manière globale (risques, contraception, mais aussi corps, pratiques, relationnel...). Il fera des liens vers les sites partenaires : Fil santé jeunes, sida info service, etc.

Budget :

400 000 euros.

Calendrier :

Rentrée scolaire 2008.

➤ **Dispositifs de réponses personnalisées.**

Afin de répondre aux questions des jeunes, il est important de leur faire connaître la ligne AZUR, qui est un dispositif d'écoute des jeunes s'interrogeant sur leur orientation sexuelle. Pour ce faire, la ligne sera partenaire du concours de synopsis/court-métrages pour la série et figurera sur l'ensemble des outils de communication (brochure, web, série, relations presse,...).

Ligne azur

Numéro : 0810 20 30 40, numéro azur (prix d'une communication locale)

Dispositif d'accueil téléphonique ouvert selon des horaires variables selon les jours de la semaine.

Mission : prévention des conduites à risques relatives au VIH/sida, aux hépatites, aux infections sexuellement transmissibles et aux risques suicidaires auprès des jeunes se posant des questions sur leur orientation ou leur identité sexuelle ou ayant des difficultés à la vivre. Soutien des proches et des professionnels confrontés à une personne se trouvant en difficulté par rapport à son identité ou son orientation sexuelle.

➤ **Internet.**

- Un site Internet dédié, parrainé par le cinéaste président du jury, dont l'objectif sera de recueillir des témoignages vidéo anonymes (ou pas) de jeunes homosexuels sur leurs difficultés à le dire, de faire témoigner les jeunes qui souhaitent parler de leur orientation sexuelle.
- Une promotion du site incitera les jeunes à le consulter et à y déposer des contributions.

c) **Acteurs**

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- Associations partenaires.

d) Calendrier

- Elaboration des dispositifs au cours de l'année 2008.
- Lancement à l'occasion de la journée mondiale du sida, le 1^{er} décembre 2008.

e) Financement

- Montant du financement : Internet : 500 000 euros.
- Edition : 200 000 euros.
- Sources du financement : Budgets INPES.

f) Evaluation

Post test quantitatif et qualitatif des supports.

IV- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à développer les activités physiques et sportives chez les jeunes.

1. Le sport pour les enfants scolarisés.

a) Contexte : le sport comme moyen de prévention primaire

Le sport peut contribuer au bien-être et à la prévention primaire en apportant un impact bénéfique sur la santé. On peut citer quelques unes de ses vertus en lien avec la santé des jeunes :

- **santé physique** : prévention de **l'obésité infantile**, problèmes liés à la croissance... ;
- **santé mentale** :
 - o **amélioration de la sociabilisation** (cercle d'amis) ;
 - o présence d'un **référent adulte accepté** (contrairement au professeur, au parent...) qui permet une forme de restructuration de l'adolescent ;
 - o **estime de soi** (Fox, 2000) et qualité de vie subjective (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000). Le sport en redonnant une bonne image du corps améliore la confiance et l'estime de soi ;
 - o **diminution de l'anxiété** (Fox, 2000; Landers & Arent, 2001 ; Taylor, 2000) ;
 - o **efficacité comparable à celle de certains traitements médicamenteux** et des interventions psychothérapeutiques dans le traitement des individus présentant des symptômes dépressifs modérés (Craft, 2005 ; Craft & Landers, 1998 ; Faulkner & Biddle, 2001) ;
 - o protection contre les idées suicidaires et les tentatives de suicide par la pratique d'une activité physique intense ou collective (Brown & Blanton, 2002) ;

Le sport (plus exactement **l'arrêt de la pratique sportive**) peut être un signal. De nombreux adolescents peuvent montrer ainsi leur mal-être en se faisant dispenser d'éducation sportive et physique à l'école ou arrêtant le club. Les mesures visant à inciter les jeunes à la pratique sportive peuvent donc contribuer à avoir un impact positif sur leur santé.

b) Mesures

Mesures déjà entérinées à l'été 2007 :

- **Temps scolaire : passer de 3 à 4 heures d'activités sportives au primaire.** La mise en place est envisagée à la **rentrée 2008** ;
- **Temps périscolaire : mise en place du dispositif d'accompagnement éducatif qui comporte un volet sport.** Sur les créneaux 16h00-18h00, des activités physiques encadrées et adaptées sont proposées aux jeunes. La mesure, déjà effective depuis la **rentrée 2007 dans les collèges d'éducation prioritaire**, sera étendue à la **rentrée 2008 à l'ensemble des collèges ainsi qu'aux écoles primaires en zones d'éducation prioritaire**. Finalement, cette mesure sera appliquée à **partir de la rentrée 2009 à l'ensemble de la population scolaire**.

Ces deux mesures permettront à la fois :

- une **augmentation quantitative** de la pratique ;
- un apport de **connaissances théoriques** (dopage, connaissance du corps, hygiène, alimentation...). Ces connaissances devraient d'ailleurs être soumises à évaluation dans le cadre de **l'ajout d'une nouvelle compétence au socle commun (huitième pilier nommé « maîtrise du corps »)** souhaité par le Président de la République et en cours d'étude au Ministère de l'Education Nationale.

c) **Acteurs :**

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et CNDS (Centre national pour le développement du sport) ;
- Ministère de l'Education Nationale.

d) **Financement :**

- Pour le volet sport de l'accompagnement éducatif : **+20M€ de crédits nouveaux sur le budget CNDS**. Ces crédits seront utilisés pour des financements d'équipements, de matériel et pour des soutiens à des projets menés par les associations et clubs sportifs ;
- En parallèle de cette augmentation de budget : **30% de la totalité des crédits CNDS (soit 80M€)** seront fléchés sur les **mesures** destinées à l'augmentation de la pratique sportive des **jeunes scolarisés et des habitants des quartiers**.

2. Le sport universitaire.

a) contexte : un système complexe qui doit évoluer

Quatre grands acteurs se partagent aujourd'hui la question du sport universitaire:

1. Les services universitaires d'activités physiques et sportives (SUAPS) ;
2. La Fédération Française des Sports Universitaires (FFSU) ;
3. L'Union Nationale des Clubs Universitaires (UNCU) ;
4. Les UFR de Sciences et techniques des activités Physiques et Sportives (STAPS).

A ces 4 structures, s'ajoute une cinquième instance, le *Conseil national du Sport Universitaire* (CNSU) lieu de concertation et d'échanges des 4 instances précitées.

b) Mesures

Plusieurs objectifs peuvent être assignés à une réforme du fonctionnement du sport à l'université :

- rendre plus lisible le sport universitaire ;
- mobiliser les universités et les Présidents d'Université en clarifiant les attentes de l'Etat vis-à-vis de leur politique sportive ;
- stabiliser et rationaliser la cohabitation des structures au plan local et national ;
- revenir à une réelle participation de l'étudiant à l'animation du sport universitaire ;
- garantir le temps plein de l'occupation des ISU et améliorer leur gestion.

Les propositions de réforme existent mais sont dispersées. Ce constat plaide largement pour le recours à une personnalité objective ou extérieure pour faire une série de propositions pour rationaliser le dispositif.

La **mission confiée à Stéphane DIAGANA et Gérard AUNEAU** devra s'articuler autour de cinq points :

1. la place et le rôle des étudiants dans le sport universitaire ;
2. la place du sport dans les cursus universitaires ;
3. l'utilisation et la gestion optimale des installations sportives universitaires ;
4. le financement du sport à l'université ;
5. la place et la promotion du sport de haut niveau à l'université.

V- Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé.

1. La déclinaison des politiques de santé publique vers les jeunes.

a) Contexte et enjeux

La multiplicité des intervenants auprès des jeunes et l'autonomie des universités nuisent à la cohérence des politiques de santé publique en direction des jeunes. En outre, le ministère de la santé ne dispose pas de données exhaustives et agrégées sur la santé des jeunes afin d'orienter son action.

b) Mesures

Les mesures envisagées visent à renforcer la cohérence des politiques de santé à travers une meilleure association des différents intervenants auprès des jeunes en matière de santé publique. Les contours de ce partenariat avec les associations et les mutuelles concernées pourraient s'articuler autour des axes suivants :

- **le développement d'une stratégie de lutte contre les excès de la consommation d'alcool** en lien avec les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) et les mutuelles étudiantes (concertations en vue de l'encadrement des soirées parrainées par des marques d'alcools ou la pratique des « open bars » ; mise en place de consultations d'addictologie sur les campus, etc.) ;
- **la déclinaison de mesures visant spécifiquement les jeunes dans la stratégie « contraception »** : les SUMPPS, les mutuelles étudiantes et les principales associations œuvrant dans ce domaine (Solidarité Sida, etc.) pourront être systématiquement répertoriés comme principaux relais de la campagne nationale d'information sur la contraception initiée par l'INPES depuis le 2^e semestre 2007 (sur une durée de 3 ans notamment). Ces relais bénéficieront de supports d'information et les liens entre les sites santé et ceux utilisés par les étudiants pour leur scolarité seront développés ;
- **le renforcement des actions sur le repérage de la crise suicidaire** : les personnels les plus proches des jeunes (SUMPPS, services sociaux, associations, CROUS, etc.) pourront bénéficier de formation sur le repérage de la crise suicidaire proposées par le ministère de la santé dans le cadre de la stratégie de prévention du suicide ;
- **l'amélioration de la connaissance de l'état de santé des jeunes, avec l'organisation d'une « conférence biennale sur la santé des jeunes »** : une telle manifestation permettrait d'établir une synthèse des expériences en matière de santé publique menées par les différents intervenants auprès des étudiants (SUMPPS, mutuelles, CROUS, associations spécialisées, etc.) et de collecter des indicateurs de santé agrégés, notamment sur l'évolution de certaines conduites addictives (tabac, drogues, alcool). Le comité de pilotage du groupe de réflexion « enseignement supérieur-santé » (GRESS), mis en place

fin 2001, associant les différents acteurs impliqués sur la question de la santé des étudiants pourrait être pérennisé afin d'assurer le secrétariat permanent de la conférence biennale.

c) Acteurs

- directions et services du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (DGS, DSS, MILDT, INPES), direction générale de l'enseignement supérieur (DGES)
- mutuelles étudiantes (FEDEME, USEM, LMDE) ;
- organisations représentatives des étudiants (FAGE, UNEF, UNI, confédération étudiante) ;
- réseau d'associations étudiantes (ANIMAFAC);
- association des médecins directeurs des SUMPPS, association des responsables de CROUS ;
- Conférence des présidents d'université (CPU).

d) Calendrier

- février–mars : réunions de concertations avec les mutuelles étudiantes, les organisations représentatives des étudiants et les associations de jeunes travailleurs ;
- avril : synthèse des propositions et validation par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports ;
- mai-juin : expertise par les services (DGS, DSS, INPES, MILDT), publication des circulaires, définition des offres de formation, et mise à disposition des brochures par l'INPES ;
- janvier 2009 : tenue de la 1^{ère} conférence biennale sur la santé des jeunes.

e) Financement

Le coût du renforcement de l'offre de formations sur le repérage de la crise suicidaire pour les personnels intervenant auprès des jeunes est estimé à 700 K€. L'organisation d'une conférence biennale sur la santé des étudiants est estimée à 50 K€/an.

f) Evaluation

La tenue de la conférence biennale sur la santé des étudiants sera l'occasion de faire un bilan sur l'application des différentes mesures.

2. Aider la population étudiante à mieux s'intégrer dans le système de santé.

a) Contexte et enjeux

Notre système de santé n'est pas toujours suffisamment adapté aux besoins des étudiants qui souhaitent à la fois plus de flexibilité dans leurs rapports aux professionnels de santé (pas de prise de rendez-vous) et éviter d'avoir à faire l'avance de frais. L'expérience montre en outre que des visites récurrentes auprès d'une même équipe de professionnels de santé facilitent l'établissement de relations de confiance propices au repérage de certaines situations de vulnérabilité et à la diffusion de messages cohérents de santé publique.

De nombreux étudiants rencontrent par ailleurs des difficultés pour s'acquitter en une seule fois de leur cotisation maladie (192 € pour l'année universitaire 2007/2008) au moment de leur inscription, période où ils doivent faire face à d'importantes dépenses obligatoires (caution, achats de livres, etc.). Ces difficultés expliquent en partie les retards dans la prise en charge des soins par le régime étudiant et peut contribuer à des phénomènes de renoncement aux soins.

b) Mesures

- **La première mesure concerne le développement d'une offre de soins facilement accessible pour les étudiants et permettant l'établissement d'un suivi récurrent :** elle consiste à réviser les missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) prévues par le décret du 3 mai 1988 afin que ceux qui le souhaitent puisse obtenir plus facilement l'agrément par les DRASS afin :
 - de se constituer en centre de santé ;
 - de se constituer en observatoire local de la santé étudiante, chargé de recueillir des données épidémiologiques en coopération avec les antennes locales des mutuelles étudiantes ;
 - de se constituer en centre de planification familiale.

- **La deuxième mesure consiste à autoriser le fractionnement des cotisations maladie qui pourraient être prélevées sur la base de trois paiements mensuels** débutant le mois suivant l'inscription, soit les 15 juillet, 15 août et 15 septembre pour les inscriptions de juin et les 15 octobre, 15 novembre et 15 décembre pour les inscriptions de septembre. Les paiements pourraient être effectués par prélèvements automatiques sur les comptes bancaires des étudiants ou par le dépôt de trois chèques lors de l'inscription. Il revient toutefois aux universités de fixer les modalités concrètes de ces paiements dont la gestion serait confiée aux agents comptables des établissements. Cette mesure pourrait également s'étendre au fractionnement des droits d'inscription dont les montants sont comparables et dont le paiement s'effectue en même temps que les cotisations maladie. Une modification par décret en Conseil d'Etat de l'article R 381-15 du code de la sécurité sociale est nécessaire. Les règles de la comptabilité publique ne font pas obstacle à cette réforme.

c) Acteurs

- direction de la sécurité sociale (DSS), direction générale de la santé (DGS), direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) ;
- bureau de la conférence des présidents d'universités (CPU) ;

- association des médecins directeurs de SUMPPS ;
- agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS).

d) Calendrier

- mars-avril : concertations sur le projet de décret modifiant le décret du 3 mai 1988 ;
- février-mars : concertation sur le projet de décret en Conseil d'Etat modifiant l'article R 381-15 du code de la sécurité sociale ;
- avril : transmission du projet de décret au Conseil d'Etat ;
- début juin : entrée en vigueur des décrets.

e) Financement

L'obtention par les SUMPPS de l'agrément en centre de santé devrait s'effectuer de manière progressive (de l'ordre d'une dizaine de SUMPPS par an). Le coût pour l'Etat et l'assurance maladie est estimé à 3 M€ supplémentaires par an.

Concernant le fractionnement du versement des cotisations étudiantes, il est proposé de décaler le reversement par les universités des cotisations encaissées aux URSSAF (165 M€ collectés en 2006), actuellement effectué au plus tard le 15 décembre, de trois mois. Cet avantage de trésorerie représenterait un coût de 1,5 M€ pour la sécurité sociale.

f) Evaluation

La DGS, en lien avec la DGES, sera chargée d'établir un tableau de bord permettant le suivi de la montée en charge de l'agrément des SUMPPS en centres de santé.

L'ACOSS sera chargée de fournir un point de situation sur le reversement des cotisations maladies étudiantes par les universités afin de calculer le taux de recours à la mesure.

3. L'établissement d'un passeport pour la santé des jeunes.

a) Contexte et enjeux

Les résultats de différentes enquêtes suggèrent que les jeunes connaissent assez mal leurs droits et identifient difficilement les structures susceptibles de répondre à leurs attentes en matière de santé au moment même où ils peuvent avoir besoin de bénéficier, sans l'accord parental, des conseils d'un professionnel et d'un suivi adapté aux problèmes de leur âge.

Les mesures proposées visent à faciliter l'accès des jeunes de 16 à 25 ans au système de santé en leur faisant bénéficier d'une **consultation de prévention annuelle et gratuite chez le médecin généraliste de leur choix**. Ils recevront en outre, à l'occasion de la réception de leur première carte vitale (à 16 ans), un « **passeport** » **individuel**, comprenant un **récapitulatif de leurs droits** en matière de santé, des informations sur les **structures de soins les plus proches de chez eux** à même de répondre gratuitement et sans l'accord parental à leurs attentes ainsi qu'un **tableau de bord** comprenant quelques grands indicateurs de santé.

b) Mesures

Les différentes caisses d'assurance maladie enverront chaque année un coupon aux jeunes de 16-25 ans leur permettant de **bénéficier d'une consultation de prévention sans avoir à faire l'avance des frais** (application du mécanisme du tiers payant). L'inclusion dans le cadre des contrats responsables, de la prise en charge totale de la participation des assurés âgés de 16 à 25 ans d'au moins une consultation de prévention par an permettra aux assurés bénéficiant d'une complémentaire santé d'être couverts à 100%. Pour les autres jeunes ne bénéficiant pas de couverture complémentaire (18% d'entre eux environ), le reste à charge de cette consultation sera financé par le fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

Il sera demandé à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) d'assurer la **diffusion d'un « passeport pour la santé »** aux caisses d'assurance maladie. Il sera **remis aux assurés au moment de la réception de leur première carte vitale** (l'année de leur 16^e anniversaire).

Ce document, qui se présentera sous la forme d'un petit livret, récapitulera les **principaux droits des jeunes dans le domaine de la santé** : dispositif de la CMU-c, prise en charge des dépenses de santé en cas de déplacement ou de séjour à l'étranger, mode de fonctionnement du parcours de soins, protection contre les dépassements d'honoraires abusifs, etc.

Ce passeport permettra également aux jeunes d'**identifier les structures à proximité de chez eux et offrant des soins anonymes et gratuits** :

- centres de planification et d'éducation familiale, offrant des consultations et délivrant des moyens de contraception gratuits pour les mineurs ;
- centres de dépistage anonymes et gratuits (VIH- Hépatites) ;
- centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) anonymes et gratuits ;
- lieux de consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ;
- centres d'examen de santé gérés par la CNAMTS et les mutuelles ;
- centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Ce passeport contiendra également un « **tableau de bord** » permettant à son titulaire de gérer de façon autonome sa propre santé : seuil minimal et maximal de l'indice de masse corporelle (IMC), actes de préventions particulièrement utiles contre certaines pathologies graves (cancer de l'utérus, hépatites, etc.), composition d'un repas équilibré, symptômes de l'apparition de troubles du comportement, etc.

c) **Acteurs**

- direction de la sécurité sociale (DSS), direction budget (DB), institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) ;
- Haute autorité de santé (HAS).

d) **Calendrier**

- mars – avril : concertation avec les organismes d'assurance maladie complémentaires et les caisses nationales d'assurance maladie,
- mai : transmission pour avis du projet d'arrêté modifiant l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale à la HAS et à l'UNOCAM,
- mai : transmission pour avis à la CNAMTS du projet d'avenant au contrat d'objectif et de gestion (COG) du FNPEIS,
- juin : signature de l'arrêté par les ministres en charge de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget,
- juin : signature de l'avenant à la COG du FNPEIS,
- juin-septembre : élaboration de la maquette du passeport pour la santé des jeunes par l'INPES,
- janvier 2009 : entrée en vigueur de la consultation de prévention prise en charge à 100% pour tous les jeunes de 16 à 25 ans, diffusion des passeports aux assurés.

e) **Financement**

Le coût de la prise en charge par le FNPEIS de la participation des assurés de 16–25 ans ne bénéficiant pas d'une couverture maladie complémentaire est **estimé à 10 M€ au maximum par an**.

f) **Evaluation**

L'impact de cette mesure sera évalué à travers le suivi des décaissements du FNPEIS.