

Conférence nationale de santé

RENDRE EFFECTIVE LA SOLIDARITE EN SANTE AVEC LES JEUNES

avis présenté lors de l'assemblée plénière du 03.04.14

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



Conférence nationale de santé

Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunesⁱ

Préambule :

L'avis de la [Conférence nationale de santé](#) (C.N.S.) sur « les jeunes et la solidarité en santé » résulte d'un processus de démocratie sanitaire en plusieurs étapes.

Au cours de l'année 2013, la C.N.S. a très fortement axé ses travaux sur la solidarité en santé, sur ses modalités d'expression et d'organisation. Ainsi elle a adopté 2 avis le 18.06.13, l'un intitulé « [Pour une évolution solidaire du système de santé](#) », et l'autre « [Faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie](#) ».

A l'issue de ces travaux, au regard des interrogations formulées sur l'avenir de notre système de solidarités, la C.N.S. a souhaité se tourner vers les jeunes sur qui cet avenir repose pour recueillir leur perception et leurs recommandations.

Dans cette perspective, en partenariat avec la Direction générale de la santé¹ et le [Conseil économique, social et environnemental](#), la C.N.S. a organisé un débat public sur « [les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ?](#) », le 02.12.13. Ce débat public a été organisé de la façon suivante :

- à partir d'une [feuille de route établie avec le ministère de la santé](#), a été mis en place un [comité d'orientation](#) rassemblant les organisateurs du débat et les acteurs concernant par les jeunes et la santé (associations, syndicats, unions, assurance Maladie, mutuelles, ministères, établissements publics et agences, ...) ². Sur appel à candidatures, un [groupe de 22 jeunes](#) a été constitué. Sans prétendre à la représentativité statistique, ce groupe se caractérise par la diversité sociologique, d'âge et géographique ;
- avec l'aide d'un prestataire, l'[Agence nouvelle des solidarités actives](#) (A.N.S.A), le groupe de jeunes a produit un [cahier d'acteurs](#) qui a été le fil conducteur du **débat public**. Celui-ci a réuni environ 300 jeunes, pour moitié lycéens, majoritairement d'Ile de France, et des représentants de la C.N.S., du C.E.S.E., des associations, syndicats, unions, de l'assurance maladie et des mutuelles,

¹ Direction du ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#)

² Voir en annexes les listes des membres du groupe de travail/comité d'orientation



des ministères, des établissements publics et agences. Le débat a été structuré autour du cahier des acteurs, alternant synthèse par des membres du panel de jeunes et discussion avec le public. A l'issue de ce débat, le [cahier d'acteurs](#) a été amendé, sans modifications fondamentales ;

- le [Directeur général de la santé a saisi, par lettre en date du 05.12.13, la Conférence nationale de santé](#), pour un avis sur les jeunes et la solidarité, dans la perspective de contribuer à la [Stratégie nationale de santé](#) ;
- la C.N.S. a constitué un [groupe de travail](#)³ associant le groupe de jeunes impliqués dans le débat public, des membres de la C.N.S. après appel à candidatures, ainsi que des représentants des ministères de la santé, de l'éducation nationale, de la jeunesse, de l'enseignement supérieur, de l'agriculture et de la justice, du travail... Le travail du groupe a été enrichi de contributions libres adressées au rapporteur, le Pr Laurent GERBAUD⁴.

La [Commission permanente](#) de la C.N.S. a régulièrement suivi les travaux et donné son accord pour présentation en assemblée plénière.

L'avis a été approuvé par les membres présents lors de l'[assemblée plénière de la C.N.S. le 03.04.14](#) (sans vote formel, faute de *quorum*⁵).

Il faut souligner que le présent avis découle d'un processus qui peut être considéré comme exemplaire en terme d'exercice de démocratie sanitaire ; en effet :

- il prend en compte les conclusions d'un débat public animé par des jeunes et rassemblant majoritairement des jeunes,
- il résulte des travaux d'un groupe de travail de la C.N.S. associant le groupe de jeunes,
- cette élaboration a permis une construction progressive de réflexivité au sein du groupe de travail. L'association entre groupe de jeunes, représentants d'institutions et membres volontaires de la C.N.S. a permis une expression libre de positions diverses voire divergentes, dans le respect des positionnements respectifs, pour aboutir aux recommandations présentées ici.

³ Voir en annexes les listes des membres du groupe de travail/comité d'orientation

⁴ sur intranet, en accès réservé aux membres du groupe de travail, aux membres de la C.N.S. : lire les [contributions](#)

⁵ fixé à 50 % soit 60 membres : le 03.04., 52 personnes présentes et pouvoirs



Sommaire

Préambule.....2

Sommaire.....4

Synthèse de l’avis – principales recommandations.....5

Les recommandations de la C.N.S. pour rendre effective la solidarité avec les jeunes

1 - La solidarité doit se traduire par une politique de promotion de la santé et de prévention adaptée aux jeunes.....6

2 - La solidarité doit se traduire par des dispositifs adaptés à la situation de tous les jeunes.....10

3 - La solidarité en santé doit se traduire par l’égal accès pour tous et toutes à une information pertinente et adaptée.....15

4 - La solidarité des jeunes doit pouvoir trouver ses modes d’expression.....17

Conclusion : jeunes et solidarité en santé, un enjeu majeur.....19

Annexes.....20

A1. Les contributeurs à l’élaboration de l’avis.....21

A2. Le cahier d’acteurs élaboré par les jeunes.....25



Synthèse de l'avis – principales recommandations :

Cet avis s'appuie sur les conclusions du débat public organisé par la [C.N.S.](#) et le Ministère des affaires sociales et de la santé en partenariat avec le [Conseil économique, social et environnemental](#) du 02.12.13 sur « [Les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ?](#) ». Il a été élaboré dans le cadre d'un [groupe de travail](#) de la C.N.S. auquel ont été associés [les jeunes](#) fortement impliqués dans l'organisation du débat public. Cet avis comporte de nombreuses propositions qui doivent être considérées dans leur ensemble. Toutefois, la **C.N.S. entend mettre plus particulièrement en exergue les propositions suivantes** qui doivent permettre de renforcer la solidarité envers les jeunes et favoriser l'exercice par les jeunes de solidarités à l'égard de leurs pairs ou d'autres membres de la société :

- 1) faire de l'éducation à la santé par les pairs l'un des axes essentiels des actions de prévention en direction des jeunes. Ceci suppose un plan de formation et de supervision des jeunes, une évaluation continue des actions entreprises et leur intégration dans une vraie politique de promotion de la santé ;
- 2) résoudre la question de la couverture maladie des jeunes, en en faisant un droit commun identique à celui des autres catégories d'âge, sans rupture en fonction des changements de statut dans le parcours de vie des jeunes (étudiants, stagiaires, travailleurs, sans activité, ..) ;
- 3) développer un réseau territorial de référents santé à même de favoriser l'accès aux droits, aux structures de santé et de soins pour les jeunes ;
- 4) développer une offre de soins et de prévention adaptée à la population jeune, axée sur ses problèmes de santé et d'inclusion dans la société et cohérente sur l'ensemble du territoire, quelles que soient les institutions qui la mettent en œuvre, dans la logique du service public territorial de santé ;
- 5) développer l'accès à l'information pour tous, dans le cadre du service public d'information prévu dans la [Stratégie nationale de santé](#), en s'appuyant notamment sur la création d'une cartographie construite sur une approche territoriale, du point de vue des utilisateurs et incluant toutes les structures de soins et de prévention, indépendamment de leurs statuts et sources de financement ;
- 6) favoriser l'expression de la solidarité par les jeunes en valorisant leur engagement ([Valorisation des acquis de l'expérience](#), [crédits E.C.T.S.](#), ...) ;
- 7) associer les jeunes aux politiques de santé qui les concernent, tant lors des prises de décisions que lors des mises en place et de leurs évaluations. Il s'agit de créer un modèle de co-décision reposant sur la participation des jeunes à l'élaboration des politiques de santé dont ils sont la « cible ».

La perception que les jeunes peuvent avoir de la façon dont s'exerce la solidarité en santé est un enjeu majeur pour l'avenir de notre système solidaire si l'on souhaite le pérenniser. Si un certain



nombre de jeunes particulièrement investis et avertis sont bien conscients des principes de la solidarité en santé, la grande majorité des jeunes les ignorent et perçoivent seulement les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour accéder aux droits, aux soins et à la prévention. Il y a donc un double défi à relever : améliorer l'information de tous et faire vivre réellement les principes de la solidarité à l'égard de tous, sans oublier les jeunes souvent en situation particulièrement vulnérable.

Les recommandations de la C.N.S. pour rendre effective la solidarité avec les jeunes :

1- La solidarité doit se traduire par une politique de promotion de la santé et de prévention adaptée aux jeunes :

*La C.N.S. se félicite du fait que la prévention soit le 1er axe retenu pour la [Stratégie nationale de santé](#). Au cours de ses [avis](#), elle appelle à une réorganisation en ce sens de notre système de santé. Elle souligne que le développement d'une véritable politique de promotion de la santé nécessite plusieurs restructurations des politiques actuelles. En effet, Il s'agit de faire en sorte que soit prise en compte la promotion de la santé dans toute politique publique ; d'assurer une présence suffisante d'acteurs de la prévention et promotion de la santé sur les territoires (alors que beaucoup sont en train de disparaître faute de financement) ; de garantir un accès de tous à la prévention ; de faire **de l'éducation par les pairs l'un des axes essentiels des modalités d'intervention auprès des jeunes** ; de faire en sorte que les partenariats institutions scolaires- professionnels de santé- associations, l'adaptation des actions au public et leur enracinement dans le concret, la mise en cohérence des actions et des modes de vie institutionnels deviennent la règle (et non ce qui est encore trop perçu comme une possibilité optionnelle au système éducatif).*

Les approches transversales sont à privilégier plutôt que les approches thématiques centrées sur la sexualité / vie affective, les addictions, En ce sens, **une approche populationnelle et territoriale** paraît plus à même de surmonter les difficultés actuellement rencontrées, en particulier celles concernant les inégalités sociales de santé. C'est également cette approche populationnelle globale qui est à même de prendre en compte les problématiques de parcours de santé.

Il y a lieu également d'unifier la politique de prévention/ promotion de la santé au niveau national à partir d'une approche populationnelle et non par structure ou institution. Alors que les [Agences régionales de santé](#) (A.R.S.) doivent développer un schéma de prévention, la politique nationale reste éclatée en plusieurs plans et animée par plusieurs directions nationales ou agences.

Une approche interministérielle de la promotion de la santé au travers d'un secrétariat interministériel à la santé est souhaitable.

Concernant les jeunes, la C.N.S. formule plus particulièrement les recommandations suivantes :

- **développer la promotion de la santé en direction des jeunes** afin de favoriser la santé et le bien-être en s'appuyant sur une démocratie sanitaire rénovée favorisant l'expression des jeunes, et reposant sur les principes suivants :
 - promouvoir la création d'environnements favorables à la santé, au moins autant que la



promotion de comportements individuels protecteurs,

- interroger et évaluer toute politique et action publiques quant à la façon dont elle renforce la santé et à quelque niveau que soit menée cette politique, national, régional ou local, par l'Etat, les collectivités locales, les A.R.S.,... et favoriser la participation des jeunes à l'élaboration de ces politiques,
 - travailler la cohérence de ces politiques afin d'éviter de créer des ruptures, par exemple lorsque les rythmes de vie imposés sont contraires à la promotion de l'activité physique, du bien manger, au respect des temps de repas et de sommeil,...
 - assurer la pérennité de la présence de structures de prévention et promotion de la santé sur l'ensemble des territoires ;
- **faire de l'éducation à la santé par les pairs l'un des axes essentiels de l'effort de prévention.** Les expérimentations sont nombreuses et ont montré l'efficacité de cette forme d'intervention. Il s'agit maintenant de généraliser la démarche pour que tous et toutes puissent en bénéficier. La démarche est exigeante : il faut constamment former de nouveaux pairs (tout jeune vieillissant vite), évaluer l'adéquation des objectifs éducatifs avec les pratiques et assurer une supervision et un encadrement des jeunes formés. Il faut disposer de vrais plans de formation de volontaires sur tout le territoire, formation pouvant être assurée par des acteurs associatifs reconnus ou des acteurs institutionnels. Ceci impose de structurer, de pérenniser et d'étendre ce qui existe en :
- **soutenant les associations et structures réalisant de l'éducation à la santé par les pairs** de façon à ce qu'elles puissent assurer chaque année la formation des jeunes qui interviendront auprès d'autres jeunes,
 - **homogénéisant les pratiques de formation de pairs**, de sorte à garantir la qualité du message et la nature des messages délivrés, ce qui peut passer par une labellisation des structures et associations assurant cette formation,
 - **développant des partenariats conventionnels pluri annuels entre associations, structures de prévention et institutions accueillant des jeunes** -établissements d'enseignements dépendant des ministères chargés de l'[éducation nationale](#), de l'[agriculture](#), de la [culture](#), de la [Protection judiciaire de la jeunesse](#) (P.J.J.), Maisons d'enfants à caractère social accueillant des enfants placés par l'Aide sociale à l'enfance (A.S.E.), foyers,...- portant à la fois sur l'éducation à la santé mais aussi sur la promotion de la santé *via* le cadre de vie ou d'étude ;
- **faire reconnaître pour les jeunes volontaires l'implication en prévention et éducation à la santé comme une vraie expérience et un vrai apprentissage.** Ceci peut se faire sous forme d'un acquis d'expérience reconnu ou d'unité d'enseignement apportant des crédits E.C.T.S.⁶ pour des étudiants. Il serait pertinent de procéder à une identification spécifique de ce type d'implication au sein du parcours universitaire, d'en faire un élément inclus dans l'évaluation des formations par l'[Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur](#) (A.E.R.E.S.) de sorte à considérer cette formation comme devant exister dans toute Communauté universitaire

⁶ E.C.T.S. : crédits d'enseignements européens, échelle de normation de la valeur des unités d'enseignement et des diplômes commune à toute l'Union Européenne



d'enseignement (C.U.E.) et évaluée comme toute autre formation (programme de formation, qualité des intervenants, nombre de personnes formées) ;

- **renforcer la formation des personnels des institutions accueillant des jeunes, à l'éducation à la santé par les pairs**, tout comme aux enjeux de la promotion de la santé, de façon à les associer plus largement aux politiques de santé de chaque établissement et d'éviter que celles-ci ne soient confinées à la seule santé scolaire ;
- **construire la promotion de la santé, la prévention et l'éducation à la santé à partir d'une analyse des besoins impliquant les jeunes et s'articulant autour de 2 axes transversaux :**
 - **la promotion du bien-être** comprenant notamment, l'épanouissement, la protection de la santé (activité physique, nutrition,...), la promotion du bien-être psychologique, la gestion du stress, ainsi que la compréhension des mécanismes de la souffrance psychologique et les stratégies de prise en charge précoce des problèmes psychiques, **l'éducation à la vie sexuelle et affective**, (comprenant également l'apprentissage de la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles, l'apprentissage du respect de l'autre et du respect des différences, l'égalité femmes-hommes), la prévention des **addictions et des prises de risques excessives**, (en favorisant les approches motivationnelles et réflexives mais aussi appuyées par une information sur les risques, les possibilités de prise en charge précoce, les stratégies de réduction de risque),
 - **l'apprentissage du bon usage du système de santé et de protection sociale**, comportant notamment l'éducation aux principes de la protection sociale, les questions de solidarité inter-générationnelles, le bon usage du système de santé, les modalités d'accès et de recours aux soins, à la prévention, et utilisant la capacité des jeunes à décoder le système de santé en favorisant très tôt la prise de parole des jeunes sur les questions de santé. Cet apprentissage en direction de tous les jeunes quels que soient leurs statuts, pourrait prendre la forme d'une journée spécifique de formation, lors de la remise de la carte vitale, sur le modèle de la journée d'appel à la défense ;
- **cibler le collège comme point central d'action des politiques d'éducation à la santé**, afin de toucher tous les jeunes et y compris les élèves à risque de décrochage avant qu'ils ne sortent du système scolaire.
Respecter la différenciation des politiques de prévention et d'éducation à la santé selon les tranches d'âge des jeunes, notamment au collège, la principale partition se faisant entre les 6^{ème} et 5^{ème} d'un côté et les 4^{ème} et 3^{ème} de l'autre ;
- **réitérer les actions de prévention tout au long du cursus** scolaire et formatif, de façon adaptée à chaque tranche d'âge, s'adressant à tous les jeunes, et en assurant une cohérence d'ensemble, et développer tout au long de ce cursus une attitude d'écoute bienveillante sur les questions de santé ;
- veiller à ce que les politiques d'éducation à la santé ainsi que les actions de prévention soient étendues au sein des **établissements médico-sociaux qui accueillent des enfants** en situation de handicap ou placés par l'Aide sociale à l'enfance (A.S.E.), en s'assurant que ces actions soient adaptées et



accessibles à tous ;

- **considérer que la [santé scolaire](#) et la Protection maternelle et infantile (volet planification et éducation familiale) ont un rôle majeur à jouer dans une Stratégie nationale de santé qui veut donner la priorité à la prévention ; assurer l'articulation de la santé scolaire et de la P.M.I. avec les autres acteurs de santé sur un territoire ; renforcer les moyens de la santé scolaire et de la P.M.I. et les doter de statuts plus attractifs** de façon à éviter l'existence de postes non pourvus ou partagés entre différents établissements réduisant le temps de présence réel auprès des élèves ;
- **renforcer le rôle des C.E.S.C.⁷ au sein des établissements d'enseignement**, en les légitimant comme acteurs de l'enseignement, leurs actions étant considérées comme concourant à la réalisation des programmes scolaires et notamment en renforçant leurs rôles dans **l'élaboration de plans de promotion de la santé, élaboration à laquelle les jeunes doivent être associés. Ces plans** (comprenant l'éducation pour la santé et la prévention) doivent exister dans chaque établissement, et leurs bilans doivent être synthétisés, consolidés et évalués à l'échelon des territoires de santé ;
- **renforcer la place de l'éducation à la santé dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;**
- **se doter d'une politique proactive de prévention dans les lieux de vie**, en favorisant et finançant de façon pérenne les actions allant sur les lieux de loisirs, de sport, d'expression culturelle, les lieux festifs et *via* les maraudes ;
- **renforcer le rôle des familles et le lien avec les familles** en développant des actions spécifiques à leur égard, dans le cadre ci-avant posé ;
- **doter le schéma régional de prévention d'un chapitre spécifique pour les jeunes :**
 - **reprenant la focalisation sur la promotion de la santé et sur l'éducation à la santé par les pairs,**
 - veillant à la généralisation de la contractualisation entre associations et structures de prévention et institutions recevant des jeunes,
 - visant à s'assurer que, **au moins en collège, chaque élève aura bénéficié** des deux axes d'actions : la promotion du bien-être et l'apprentissage du système de santé et de protection sociale,
 - **permettant de coordonner sur un territoire de santé les moyens** pouvant être mis en œuvre, dans le cadre du développement de services publics territoriaux de santé en prévention, en veillant particulièrement à ce que les territoires cumulant le plus de défaveurs ne soient pas des territoires oubliés de la prévention ;

⁷ C.E.S.C. : [Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté](#)



2 - La solidarité doit se traduire par des dispositifs adaptés à la situation de tous les jeunes :

Il s'agit de réduire les défaveurs dont les jeunes font l'objet, que ce soit en termes d'accès aux soins, ou d'accès aux droits. Les causes de ces défaveurs sont des approches segmentées des droits (selon des tranches d'âge, des statuts particuliers comme celui d'étudiant) pour une population mobile tant géographiquement que par ses changements réguliers de statut (alternance entre stages, emplois, études,...).

La C.N.S. formule les recommandations suivantes :

➤ **favoriser l'accès à la santé (prévention, soins, accompagnement, droits) en développant une logique de compétence élargie des intervenants santé de premier niveau.** L'accès à la santé et aux droits repose sur des dispositifs souvent fractionnés, cloisonnés, nécessitant parfois d'instruire plusieurs fois des demandes qui pourtant semblent proches. Il s'agit de faire en sorte que tout « premier intervenant » quelles que soient sa profession ou son institution (professionnel de santé, professionnel social,...) soit formé et autorisé à élargir son champ de compétence pour inclure un jeune dans le système de santé, par exemple en permettant d'initier une prise en charge ou d'orienter rapidement sur une structure de proximité fonctionnelle permettant cette prise en charge.

Ceci repose sur :

- **la constitution de réseaux de référents santé, qui soient réellement opérationnels à l'échelon d'un territoire.** Ce réseau pourrait par exemple s'inspirer des expériences d'adultes relais en santé (comme, par exemple mis en œuvre par la ville de [Valence](#)⁸). Ces référents santé devront être sensibilisés aux spécificités des jeunes en situation de handicap. La constitution de ce réseau repose sur la signature d'un contrat territorial de santé, incluant le partage d'objectifs communs (le projet territorial), l'identification des partenaires *via* un annuaire partagé, l'existence d'un temps dédié au travail de réseau auprès de chaque partenaire du réseau. Une fois constitué, ce projet territorial pourrait alors être contractualisé auprès de l'Agence régionale de santé. L'A.R.S. a en charge de faire en sorte (impulsion, incitation auprès des acteurs) que tous les territoires de santé où cela est nécessaire fassent l'objet d'une démarche de ce type ;
- ce réseau s'appuierait notamment sur des **référents jeunes au sein des Caisses primaires d'assurance maladie (C.P.A.M.)** et des permanences d'accès pour les populations isolées en mairie, au sein de maisons de santé, de centres de santé et de centres d'examen de santé et de réseaux associatifs ;
- des **démarches pro actives de la part des professionnels pour favoriser l'accès aux droits**, incluant les interventions sur les lieux de vie, de loisirs, les lieux festifs, l'action des maraudes,

⁸ Voir aussi sur l'extranet (accueil réservé aux membres) : les [contributions](#) des membres du groupe de travail



une mise en œuvre effective de responsabilité populationnelle ;

- l'expérimentation et l'accompagnement du développement de missions nationales de service civique dans le domaine de la santé en lien avec l'[Agence du service civique](#) et que les volontaires du service civique puisse tous bénéficier d'une formation afin qu'ils deviennent acteurs de leur santé et relais d'information et de prévention. A mettre dans le chapitre prévention ?
- **assurer la présence en nombre suffisant de dispositifs de soins adaptés et les rendre accessibles au plus grand nombre** : maison des adolescents et Points accueil écoute jeunes (P.A.E.J.) dont les espaces santé jeunes⁹ font partie, centres de santé (notamment pour les étudiants et autres jeunes), [Centres de planification et d'éducation familiale](#) (C.P.E.F.),... Concernant les Centres de santé des universités, il y aurait lieu de développer une politique nationale structurée, continue et appuyée par des moyens suffisants, permettant la montée en compétence des services de santé universitaires et généralisant ce type d'activité. Il faut également que ces centres touchent l'ensemble des post baccalauréats (B.T.S.¹⁰, étudiants dépendant du ministère de l'agriculture, de la culture, instituts et écoles professionnels,...). La question de l'accessibilité comporte celle de **l'information sur ces dispositifs** (voir §3). Il est par ailleurs important de rappeler qu'assurer le développement commence par **assurer la pérennité** de l'existant et éviter que la disparition de structures ou de fortes réductions d'activité pour des raisons budgétaires n'impactent gravement toute politique de santé de moyen et long terme, cette pérennisation impliquant l'Etat, les A.R.S. et les collectivités territoriales ;
- sans attendre 2017, **faire du tiers payant chez les jeunes la règle en faisant des jeunes un public prioritaire** de la généralisation du tiers payant et permettre l'exercice d'un **droit automatique au tarif opposable**, ceci afin d'éviter des mauvaises surprises fréquemment évoquées de secteur 2, de dépassement d'honoraires effectués sans « tact » ni « mesure » ;
- **éviter les ruptures de soins en réexaminant les mécanismes de sanctions liées au non-respect du dispositif du médecin traitant pour les jeunes**, notamment en cas de recours à un centre de santé ou à un service de santé universitaire. Ceci permettrait d'éviter que cette population mobile, n'ayant pas toujours envie d'abandonner son médecin traitant habituel au gré de ses déplacements, soit l'une des plus pénalisées par ce dispositif ;
- **reconnaitre un droit à la couverture maladie pour les jeunes** (les jeunes sont souvent sans ressources et il leur faut néanmoins payer une cotisation pour accéder à la couverture maladie ; alors qu'ils pourraient bénéficier de la Couverture médicale universelle ([C.M.U.](#)) comme tout adulte résidant depuis 3 mois en France) ; **simplifier les modalités de reconnaissance de ce droit, notamment en faisant en sorte que cette couverture suive le jeune d'un statut à l'autre, sans ruptures**, suivant le principe dit du « sac à dos ». Ainsi le transfert ou le suivi d'un dossier serait à la charge des institutions qui accompagneraient les changements de statuts liés à l'âge, à l'entrée ou à la sortie des études et à l'accès au travail. Ceci éviterait de créer une barrière à l'entrée liée à la fourniture de documents administratifs, notamment pour les jeunes les plus mobiles ou les plus

⁹ [N.D.L.R. : <http://www.jeunes.gouv.fr/interministeriel/sante-et-bien-etre/acces-aux-soins/article/la-carto-sante-jeunes>]

¹⁰ B.T.S. : brevet de technicien supérieur



précaires (par exemple, ayant le plus de mal à justifier d'un domicile ou ayant à se domicilier dans un lieu rapidement obsolète) ;

- **favoriser l'accès à une complémentaire santé** en simplifiant les règles d'accès (notamment en les limitant à des seuls critères de revenus liés à une activité professionnelle) et par la **généralisation de dispositifs type « chèque santé jeunes »** ;
- **favoriser la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurances complémentaires** en santé en standardisant la présentation afin de permettre des choix réellement éclairés *en appliquant l'article 64 de la Loi « [HAMON](#) » dans le sens le plus large* ¹¹ ;
- **étendre les droits jusqu'à une entrée stable dans la vie active** (accès à un Contrat à durée indéterminée, titularisation,...), ce qui amène à proposer de repousser l'âge limite usuel de 25 ans à 28 ou 29 ans pour l'ensemble des dispositifs. Il s'agit de proposer une vision dynamique de la limite d'âge, basée notamment sur l'âge moyen d'entrée dans la vie active ;
- **permettre l'accès des jeunes-** et notamment ceux en situations de **précarité** :
 - à des **bilans de santé** :
 - **en milieu scolaire**, par la réalisation sur tout le territoire d'un bilan de santé lors de la 12^{ème} année,
 - par l'accès aux centres d'examen de santé dotés de missions renouvelées les faisant évoluer en centres de prévention avec des bilans et actions de santé spécifiques pour les juniors (10-15 ans et prenant en compte les différences entre pré-adolescents et –adolescents) et les jeunes (16-25 ans), des actions d'éducation à la santé (adaptés aux tranches d'âge précédemment citées), la possibilité de vacciner et d'initier une prise en charge lorsque nécessaire,
 - à des **centres gratuits de vaccination**, localisés dans les centres de santé, des maisons des adolescents, des centres d'examen de santé – centres de prévention,...
 - **en développant les liens entre les structures pro actives** (maraudes,...) **et les structures « fixes »** (centres de santé, centres de dépistage, de vaccination, centres d'examen de santé,...) par des **partenariats conventionnels** déclinés **dans chaque territoire** de santé,
 - **en étendant l'action des structures pro actives dans des zones** où elles sont peu présentes, et en particulier si ces zones sont **marquées par un faible taux de professionnels de santé** (zones rurales, périphéries pauvres de grandes agglomérations,...). Cette extension pourrait également être accompagnée de structures mobiles de dépistage, de vaccination, d'examen

¹¹ la loi « HAMON » (loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation) prévoit de faire figurer de façon simple et normalisée, chiffrés en euros, les frais de soins parmi les plus courants ou ceux pour lesquels le reste à charge est le plus important, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité Sociale –



de santé ou de soins ;

- **améliorer l'accès à la contraception d'urgence**, notamment en dehors des établissements d'enseignement scolaire, en la faisant rembourser à 100 % par le régime général (actuellement ce n'est le cas que pour les moins de 18 ans) afin d'en garantir la gratuité dans tous les cas de recours et en développant l'information sur les modalités d'utilisation et les lieux d'accès, notamment *via* la cartographie ;
- **permettre la liberté de choix du moyen de contraception** en favorisant une offre diversifiée auprès de tous les professionnels et en informant mieux et de façon plus standardisée, tant les professionnels que les usagers, sur les techniques existantes, leurs avantages et inconvénients. Ceci amène à proposer **le remboursement à 100 % de tous les moyens de contraception par la sécurité sociale¹²** et **l'accès à des préservatifs masculins et féminins gratuits ou à très faible coût**. Ceci peut se faire en élargissant les barrières d'âge pour l'accès au P.A.S.S. contraception. Ce thème comporte également l'information sur les risques liés à certaines contraceptions et sur le repérage de complications thromboemboliques éventuelles ;
- **garantir dans les faits le respect de la confidentialité vis-à-vis des parents** quant au recours à une contraception régulière comme d'urgence, tout comme en situation de grossesse (remboursement de tests diagnostiques sanguins de grossesse,...)¹³ ;
- **développer un recours rapide à un centre d'orthogénie ou auprès d'un professionnel de santé habilité à pratiquer des Interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) médicamenteuses ambulatoires**, sur tout le territoire et quelle que soit la condition socio-économique de la femme ; **doter chaque territoire d'un nombre suffisant de centres d'orthogénie** permettant un accès pour toutes, y compris pendant les périodes de vacances. Cet accès repose sur la géolocalisation des centres et médecins habilités, la gratuité de cet accès, la capacité des centres d'orthogénie à proposer une première consultation dans les 48 h et une meilleure rémunération des médecins habilités. Cet accès à l'I.V.G. comprend le fait de faire de chaque centre hospitalier un point d'entrée potentiel à un dispositif d'I.V.G. ;
- **favoriser le recours à des centres de dépistage gratuits des I.S.T.** (V.I.H. inclus) que ceux-ci soient **spécialisés** (Centres de dépistage anonyme et gratuit, dispensaires anti vénériens,...) **ou non** (Centres de planification ou d'éducation familiale, centres d'examen de santé, centres de santé, consultations dédiées de centre hospitalier,...) en permettant qu'il y en ait au moins un accessible sur chaque territoire de santé, dont le recours est gratuit, ayant des périodes d'ouverture permettant un accès réel, géolocalisé dans le système cartographique et faire en sorte de bien conserver la confidentialité de ce type de recours ;
- **favoriser la prise en charge précoce de la souffrance psychologique** (ce qui en inclut tous les aspects, y compris la consommation abusive de produits psychoactifs) à l'échelon de chaque

¹² voir les dossiers sur ameli.fr : [contraception](#) et [Délivrance de la contraception pour les jeunes filles mineures](#)

¹³ article [L 5134-1](#) du code de la santé publique ; [choisir sa contraception quand on est mineure](#), etc.



territoire par :

- le décloisonnement des structures existantes, en **développant des réseaux de prise en charge de proximité dans une approche populationnelle**,
- **l'information sur la souffrance psychologique**, ses causes et les moyens d'y faire face, ce qui renvoie à la fois à l'action de la santé scolaire, des C.E.S.C. et des psychologues scolaires, mais avec l'idée d'en faire une action beaucoup plus large, non limitée à ces seuls acteurs, mais étendu à l'ensemble de la communauté éducative, et dès le collège afin d'y intégrer les élèves à risque de décrochage,
- **la sensibilisation des parents sur les premiers signes révélateurs d'une telle souffrance**,
- des **partenariats entre institutions accueillant des jeunes et structures de prise en charge** des problèmes psychologiques (maisons des adolescents, centres de santé, Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques – I.T.E.P., Centres médico-psychologiques et Centres médico-psycho-pédagogiques, -,...), tant au niveau national que local,
- **l'accès à des lieux d'écoute** neutres et préservant la confidentialité, dans et en dehors des institutions accueillant des jeunes, développer les possibilités d'écoute et d'échange par téléphone mais aussi par internet,
- **la formation des personnels des institutions**, accueillant des jeunes, au repérage et à la prise en charge précoce de la souffrance psychologique, tout comme au respect de la confidentialité et du secret médical/professionnel ; de façon à faire de la lutte contre la souffrance psychologique un enjeu largement partagé et dans le respect des compétences de chacun, ce qui suppose un réel plan de formation dans ce domaine visant à assurer qu'un nombre minimal de professionnels soit formé dans chaque établissement.

De façon symétrique et parallèle, cet ensemble de mesures pourrait s'appliquer sur chaque territoire pour les **addictions** portant sur :

- **l'information et la lutte contre les méconnaissances, représentations erronées et fausses idées concernant les différentes addictions**,
- **l'apprentissage des approches motivationnelles** et des interventions brèves par différents acteurs en santé, du système éducatif et d'institutions prenant en charge des jeunes,
- le développement d'une approche par la gestion des risques, pouvant aller jusqu'à une éducation à la prise de risque et à la protection de soi,
- **la prise en charge précoce** des jeunes ayant des problèmes d'addiction,
- **une présence accrue sur internet comportant le développement de sites motivationnels** (à l'exemple d'[addict'prev](#)), l'intervention dans les réseaux sociaux et forums de discussions, le développement d'applications pour mobiles incitant à la réduction de consommation et à la



réduction de risques,...

- **mieux articuler dispositifs de prévention et de soins au niveau de chaque territoire de santé** et favoriser l'expression des jeunes quant à ces dispositifs et leur articulation,
- développer les actions de recherche sur la santé des jeunes accueillis au sein des établissements médico-sociaux, qu'ils soient en situation de handicap ou placés par l'A.S.E. pour améliorer les connaissances sur la santé de ces jeunes et les moyens de l'améliorer.

3 - La solidarité en santé doit se traduire par l'égal accès pour tous et toutes à une information pertinente et adaptée :

Le droit à l'information est l'un des piliers de la démocratie sanitaire. Il est un des garants fondamentaux d'un égal accès à la santé. La méconnaissance de services existants, notamment publics ou associatifs, fragilise l'accès de tous à la santé.

La C.N.S. se félicite que la **création d'un service public d'information en santé** soit inscrite à la [Stratégie nationale de santé](#). Ce service doit être un outil pour la construction des parcours de santé et être conçu de telle façon qu'il soit accessible à tous. Ainsi, il devra reposer sur plusieurs canaux (internet, téléphone mais aussi *présentiels*) ; le service public d'information doit être à même de donner l'ensemble des informations (directement ou par orientation) sur la santé et ses déterminants, la promotion de la santé, l'accès à l'offre en santé, aux droits en santé ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement. Ce service public devrait inclure une cartographie des acteurs de la santé, dans une approche territorialisée en proximité, afin de permettre à chacun d'identifier les interlocuteurs appropriés en fonction de sa situation.

Plus particulièrement concernant l'accès à l'information pour les jeunes, la C.N.S. formule les recommandations suivantes :

- le service public d'information doit être adapté aux jeunes, à tous les jeunes, notamment ceux en situation de handicap,
- le service public d'information doit inclure **une cartographie de l'accès aux acteurs de la santé (en termes de droits, de soins, d'accompagnement comme de prévention), adaptée aux populations de jeunes**. Le manque d'information sur les dispositifs existant localement est pénalisant et peut conduire les jeunes à ne pas consulter, ou à ne pas le faire de façon optimale en termes de délais et de structures de recours, ou à consulter un médecin en secteur 2 ou appliquant un dépassement d'honoraires alors que le jeune peut être en situation de disposer de ressources limitées. Il s'agit de renverser l'analyse qui est trop souvent faite du point de vue des institutions pour la basculer du point de vue des usagers potentiels (par exemple, dans le système actuel, en allant sur le site d'une institution, on accède à la liste et localisation des professionnels qui la composent - dans le nouveau système, sur un territoire donné, on aurait la liste, les compétences et les caractéristiques de tous les intervenants disponibles concourant à la santé).



Il s'agit de réaliser une approche qui serait à la fois à l'usage :

- **des personnes** concernées et de leurs proches, leur permettant de trouver selon leur statut et leur localisation les professionnels auxquels ils pourront se référer,
- **des décideurs** de façon à faire apparaître pour chaque territoire de santé et selon le type de population, quels sont les professionnels réellement présents en première ligne. Ceci permettrait également d'identifier les territoires cumulant des handicaps d'accès, où la non présence d'une institution donnée ne serait pas compensée par une autre, ce qui permettrait de cibler les manques d'accès à résoudre en priorité (la cartographie est un outil indispensable au diagnostic territorial),
- **des professionnels** qui disposeraient ainsi d'une information actualisée, directement utilisable dans leur contexte de travail, notamment pour être en mesure d'orienter le jeune de façon pertinente vers les prestations complémentaires qui lui sont nécessaires.

Cette cartographie devrait concerner aussi bien l'accès aux structures de soins que de prévention et d'éducation à la santé et d'accès aux droits ; on peut ainsi citer :

- les structures de prévention individuelle (centres de dépistage du V.I.H., des I.S.T., de prise en charge des addictions, centres de vaccination, centre d'examen de santé – surtout dans le cadre d'une évolution en centre de prévention, dispositifs fonctionnels de santé scolaire, universitaire,...), ainsi que les structures d'écoute telles que les Points accueil écoute jeunes (P.A.E.J.), les points relais santé des [Missions locales pour l'emploi des jeunes...](#),
- les structures de soins et d'accompagnement -centres et maisons de santé, médecins exerçant en secteur 1 ou appliquant le tiers payant, dispensaires spécialisés, maisons des adolescents, [Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie](#) (C.S.A.P.A.) en ambulatoire, consultations jeunes consommateurs (dont celles intégrées dans des maisons des adolescents), services d'urgence, maisons médicales de garde,...,
- les structures traitant notamment de contraception et d'accès à l'I.V.G. (les mêmes structures que précédemment auxquelles on peut ajouter, les Centres de planification et d'éducation familiales (C.P.E.F.), les sages-femmes libérales ou consultant en secteur hospitalier ou en centres de santé, les centres d'orthogénie et d'I.V.G., les établissements d'information et de conseil conjugal, les pharmacies et infirmeries scolaires et universitaires délivrant des contraceptions d'urgence,...).

La cartographie devra être :

- **ergonomique**, par exemple en fonctionnant à partir de phrases interrogatives issues du langage courant, de façon à la rendre compréhensible à toutes et tous,
- **accessible à tous, c'est-à-dire facile à lire et à comprendre mais également adaptée aux jeunes en situation de handicap**,



- **fonctionnelle**, par exemple en comportant les horaires d'ouverture, les conditions d'accès, les tarifs, le reste à charge, le délai d'attente avant le premier rendez-vous,...
- **conforme à la réalité du moment** c'est-à-dire faisant apparaître des personnes réellement en poste de façon actualisée afin d'éviter de renvoyer les jeunes sur des structures inactives ou des postes non occupés,
- **globale** et ne pas se limiter à une cartographie d'une partie seulement des professionnels de santé (comme les géolocalisations de médecins fonctionnant sur certaines applications),
- **géolocalisée et différenciée** selon les tranches d'âge ou le statut (par exemple étudiant ou non,...) lorsque cela est pertinent,
- **développée pour différents supports** : internet, application pour mobiles,..., et en accès gratuit à partir de différents lieux d'accueil

La C.N.S. insiste sur le fait que l'existence d'une information disponible ne suffit pas à garantir l'appropriation de cette information par les jeunes et qu'il y a lieu de s'interroger sur les modalités d'accompagnement nécessaires. Parmi celles-ci, il y a lieu d'impliquer dans cette démarche, les relais naturels d'information que sont, pour les jeunes, les familles et de maintenir un réseau de correspondants clairement identifiés comme pouvaient l'être les correspondants en Caisses primaires d'assurance maladie, tout en s'appuyant sur les réseaux associatifs existants.

L'amélioration de l'accessibilité aux informations en santé, couplée à l'amélioration du niveau de compréhension des questions de santé représentent les 2 axes de la littératie en santé que des experts canadiens ont définie comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux de vie.

4 - La solidarité des jeunes doit pouvoir trouver ses modes d'expression :

Les jeunes ont exprimé leur attachement à notre système de santé solidaire. Néanmoins ce dernier doit prendre davantage en compte la parole et les attentes spécifiques de tous les jeunes sans oublier les jeunes en situation de handicap, les jeunes pris en charge par le secteur de la protection de l'enfance,

...

Des jeunes sont prêts à être acteurs solidaires du système de santé ; aussi est-il nécessaire de prévoir une plus grande intégration des jeunes aux actions de santé, ce qui est à la base de l'éducation à la santé par les pairs, ce qui a déjà été évoqué, mais peut se décliner par d'autres moyens.

Pour favoriser l'expression de la solidarité en santé par les jeunes, la C.N.S. formule les recommandations suivantes :

- **éduquer à la solidarité en santé**, à l'apprentissage des différences liées aux diverses natures de handicap, quels que soient l'âge et le sexe, au respect de l'autre au sein de l'enseignement et amplifier **l'information et la compréhension sur les différents aspects du handicap**, leurs modes de révélation et de prise en charge,



- **créer des espaces de rencontre et d'échanges, des lieux de sociabilité entre jeunes et anciens et favoriser l'accès des jeunes à des actions d'aide et de soutien aux anciens,**
- **favoriser l'intégration des jeunes en situation de handicap** en permettant l'accès des personnes handicapées dans les lieux de vie (et développer une vraie cartographie de l'accessibilité selon les différents types de handicap) et plus largement, **développer l'inclusion des jeunes en situation de handicap au sein des résidences**, y compris dans le cadre de séjours temporaires (résidences universitaires, lieux de vacances,...),
- **favoriser l'investissement de jeunes dans l'aide auprès de jeunes handicapés de leur âge**, en diffusant mieux l'information sur les associations de soutien et les modalités d'engagement et en reconnaissant cet engagement en termes de validation d'acquis,
- **favoriser l'engagement des jeunes handicapés** dans le mouvement associatif, et notamment en solidarité en santé.

La Stratégie nationale de santé fait du développement de la démocratie sanitaire un axe prioritaire. Assurer la participation des jeunes à celle-ci est une démarche nécessaire si l'on veut vraiment la voir se développer. Il y a lieu de diffuser largement une information sur ce qu'est la démocratie sanitaire, ses modalités de fonctionnement, ses instances et les possibilités données à tous d'y participer. Les initiatives prises récemment en matière de débats publics avec les jeunes, montrent combien ceux-ci sont intéressés voire passionnés par les sujets de santé, d'organisation du système de santé et de solidarité. Aussi, la C.N.S. formule les recommandations suivantes :

- **favoriser l'expression directe du point de vue des jeunes dans les instances de démocratie sanitaire**, en lien avec les instances de démocratie, par exemple par la création de sections jeunes au sein des [Conférences régionales de la santé et de l'autonomie](#) ou en répétant à différents échelons les processus de panels de jeunes du type de celui fait le 02.12.13 (le « [groupe de jeunes](#) ») à l'échelon national dans le cadre du débat public organisé par la Conférence nationale de santé. Cela passe également par une réflexion sur la participation de jeunes dans d'autres instances (telles les [Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge](#) pour des hôpitaux ayant des secteurs de pédiatrie, de médecine de l'adolescent ou ayant une forte activité en direction de jeunes adultes, les instances de pilotage de centres de santé, de maison des adolescents,...),
- **analyser l'impact de toute politique publique sur la santé des jeunes** et favoriser leur expression dans ce domaine,
- **impliquer les jeunes dans l'élaboration des politiques publiques en santé** qui les concernent ainsi que leur évaluation, de façon à ce que leur engagement ait une traduction effective,
- **développer les actions de promotion de la santé, de prévention et d'éducation à la santé à partir de l'expression des jeunes** en favorisant leur capacité à s'exprimer et à s'engager lors de l'élaboration des schémas de prévention et promotion de la santé.



Conclusion : les jeunes et la solidarité en santé, un enjeu majeur :

La perception que les jeunes peuvent avoir de la façon dont s'exerce la solidarité en santé est un enjeu majeur pour l'avenir de notre système solidaire si l'on souhaite le pérenniser.

En effet, si un certain nombre de jeunes particulièrement investis et avertis sont bien conscients des principes de la solidarité en santé, la grande majorité des jeunes les ignorent et perçoivent seulement les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour accéder aux droits, aux soins et à la prévention. Il ne faut pas sous estimer un risque de rejet de leur part lorsqu'il leur sera demandé de contribuer de fait à cette solidarité nationale.

Il y a donc un double défi à relever : améliorer l'information de tous sur les éléments constitutifs de notre système de solidarité, en faire percevoir les atouts et les enjeux en matière de réduction des inégalités ainsi qu'en même temps la fragilité ; simultanément, il faut **faire vivre réellement ces principes de la solidarité à l'égard de tous**, sans oublier les jeunes souvent en situation particulièrement vulnérable.

Pour réaliser cette mutation, **il est essentiel d'associer les jeunes aux décisions** d'orientation des politiques de santé à leur égard. A l'heure actuelle, les modalités de prise de décision paraissent difficiles à appréhender et ne laissant aucune possibilité de décision partagée. Cette association peut prendre diverses formes (débat publics, participation aux instances de démocratie sanitaire, groupes de travail, ...).

La C.N.S. approuve le fait que les jeunes soient 1 des 5 thèmes prioritaires de la Stratégie nationale de santé. Il est certain que la façon dont nous favorisons l'insertion sociale et sociétale des jeunes, en incluant la santé et ses déterminants, est un facteur majeur de pérennisation de notre système solidaire.

Cet avis comporte de nombreuses propositions qui ne sont cohérentes que si elles sont prises en compte dans leur ensemble. Parmi celles-ci, **il y a 7 propositions particulièrement structurantes** :

- 1)** faire de l'éducation à la santé par les pairs l'un des axes essentiels des actions de prévention en direction des jeunes. Ceci suppose un plan de formation et de supervision des jeunes, une évaluation continue des actions entreprises et leur intégration dans une vraie politique de promotion de la santé ;
- 2)** résoudre la question de la couverture maladie des jeunes, en en faisant un droit commun identique à celui des autres catégories d'âge, sans rupture en fonction des changements de statut dans le parcours de vie des jeunes (étudiants, stagiaires, travailleurs, sans activité, ..) ;
- 3)** développer un réseau territorial de référents santé à même de favoriser l'accès aux droits, aux structures de santé et de soins pour les jeunes ;
- 4)** développer une offre de soins et de prévention adaptée à la population jeune, axée sur ses problèmes de santé et d'inclusion dans la société et cohérente sur l'ensemble du territoire, quelles que soient les institutions qui la mettent en œuvre, dans la logique du service public



territorial de santé ;

- 5) développer l'accès à l'information pour tous, dans le cadre du service public d'information prévu dans la Stratégie nationale de santé, en s'appuyant notamment sur la création d'une cartographie construite sur une approche territoriale, du point de vue des utilisateurs et incluant toutes les structures de soins et de prévention, indépendamment de leurs statuts et sources de financement,
- 6) favoriser l'expression de la solidarité par les jeunes en valorisant leur engagement (valorisation des acquis de l'expérience, crédits E.C.T.S., ...)
- 7) associer les jeunes aux politiques de santé qui les concernent, tant lors des prises de décisions que lors des mises en place des politiques et de leurs évaluations. Il s'agit de créer un modèle de co-décision reposant sur la participation des jeunes à l'élaboration des politiques de santé dont ils sont la « cible ».

[dernières modifications : le 19.05.14]



Annexes :

A1. Les contributeurs à l'élaboration de l'avis :

- **le rapporteur** : **M. Laurent GERBAUD**, Professeur des universités- praticien hospitalier C.H.U. de Clermont-Ferrand, directeur du Service de santé universitaire de Clermont-Université , membre du Collège des acteurs de la prévention de la C.N.S., élu à la Commission spécialisée « droits des usagers »,
- **la présidente de la Conférence nationale de santé** : **Mme Bernadette DEVICTOR**,
- **les jeunes du groupe** :

BALLAIRE Julien, la mutuelle des étudiants ([L.M.D.E.](#))

BEAUVICHE Caroline, [Croix-Rouge](#)

BELADJERI Hemza, Association nationale des conseils d'enfants et de jeunes ([A.N.A.C.E.J.](#))

BOISSET Mariella, [Mission locale bassin carcaissonnais](#)

BUREAU Angélique

CHAILLY Xavier, [A.T.D. quart monde](#)

COULON Anthony, [Institut Tomkiewicz](#)

DESCOURS Bertrand, [Croix-Rouge](#)

D'HERVE Célia, Union nationale pour l'habitat des jeunes ([U.N.H.A.J.](#))

DUDEMAINE Daphnée, [Unis-cité](#)

FAVRIE Ambroise, [EMEVIA](#)

FORT Maïté, Association nationale des points accueil-écoute jeunes ([A.N.P.A.E.J.](#))

GOSENS Sylvie, [A.T.D. quart monde](#)

GUILLAUME Eve, Fédération des associations générales étudiantes ([F.A.G.E.](#))

GUYMARE Julian, [Institut Tomkiewicz](#)

HIMIDI Adil, [Unis-cité](#)

JOHN Jessy, [A.T.D. quart monde](#)

LEON Floriane, Union chrétienne de jeunes gens ([U.C.J.G. - Y.M.C.A.](#))

MELLET Régis, Association nationale des points accueil-écoute jeunes ([A.N.P.A.E.J.](#))

PINEL Régis, [Institut Tomkiewicz](#)

RACHID Mohamed, Association nationale des points accueil-écoute jeunes ([A.N.P.A.E.J.](#))

RIBEAUD Lisa, Union nationale des étudiants de France ([U.N.E.F.](#))

SABARA Oumar, Association nationale des points accueil-écoute jeunes ([A.N.P.A.E.J.](#))

SCHUHMACHER Marie, [Scouts et guides de France](#)

VELGHE Aurore, [Mission locale bassin carcaissonnais](#)

WIART Ambrine, Association nationale des conseils d'enfants et de jeunes ([A.N.A.C.E.J.](#))

et de l'Agence nouvelle des solidarités actives [A.N.S.A.](#) :

LENCHANTIN Jérémy

ROUSSEY Simon

- **les membres du [groupe de travail](#) et/ou du [comité d'orientation](#) :**

pour le groupe de jeunes également membres du groupe de travail, voir ci-dessus,
pour les personnes ayant transmis des contributions écrites, voir ci-dessous



AMBROISE Patrick, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la santé (D.G.S.)
AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire [I.N.J.E.P.](#)
BACQUERIE Mirentxu, [Fil santé jeunes](#)
BARBIER Franck, membre de la C.N.S., [AIDES](#)
BELLON Marie, membre de la C.N.S., médecin de santé scolaire
BENAMSILI Sonia, ministère de l'éducation nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire (D.GE.SCO)
BENTEGEAT Sophie, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (S.G.M.C.A.S.) ;
BEYSSEN Monique, Association pour adultes et jeunes handicapés, [A.P.A.J.H.](#)
BOISSONNAT Huguette et Jean-Pierre, membre de la C.N.S., [A.T.D. Quart monde](#)
BORDENAVE Vincent, Union nationale des étudiants de France ([U.N.E.F.](#))
BRISTOL Patricia, ministère de l'éducation nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire (D.GE.SCO)
BROUARD Camille, [Fédération nationale mutualité française](#)
CADENEL Annie, membre de la C.N.S., Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée ([A.N.C.R.E.A.I.](#))
CAMATCHY Serge, membre de la C.N.S., [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – La Réunion](#)
CARTON Stéphane, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (D.G.E.S.I.P.)
CAUMEL-DAUPHIN Francine, membre de la C.N.S., Union nationale des professionnels de santé ([U.N.P.S.](#))
CAUSSE David, membre de la C.N.S., Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ([F.E.H.A.P.](#))
CHANE-HIME Brigitte, [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – La Réunion](#)
CHARLES Chantal, Fédération des espaces santé jeunes, [F.E.S.J.](#)
CHKROUN Benjamin, [EMEVA](#)
COLOMBO Marie-Christine, membre de la C.N.S., médecin de P.M.I. (protection maternelle et infantile)
COLL Jean-Marie, membre de la C.N.S., association des paralysés de France ([A.P.F.](#))
COTTIN Patrick, Association nationale des maisons des adolescents ([A.N.M.D.A.](#))
DELORD Patricia, Association nationale des points accueil écoute jeunes ([A.N.P.A.E.J.](#))
DELPEY Vincent, Conseil national des missions locales ([C.N.M.L.](#))
DENIAU Lionel, membre de la C.N.S., Association des instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques et de leurs réseaux ([A.I.R.e](#))
DE REDON Marie-Josèphe, Conseil national des missions locales ([C.N.M.L.](#))
DIDANE Salim, Union nationale pour l'habitat des jeunes ([U.N.H.A.J.](#))
DIETRICH Thomas, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la santé (D.G.S.)
DUCIMETIERRE Pierre, membre de la C.N.S., Alliance pour les sciences de la vie et de la santé ([AVIESAN](#))
DULIN Antoine, Conseil économique, social et environnemental ([C.E.S.E.](#))
DUPUIS Jean-Yves, membre de la C.N.S., Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ([F.E.H.A.P.](#))
DUTERTRE Joël, Conseil national des missions locales ([C.N.M.L.](#))
ELALOUANI Nadia, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ([A.C.Sé](#))
FABRE Claire, Union nationale des missions locales ([U.N.M.L.](#))
FAIVRE Henri, membre de la C.N.S., Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés ([C.L.A.P.E.A.H.A.](#)),
FAU Yvon, membre de la C.N.S., [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – Midi-Pyrénées](#)
FAURE Jean-Louis, membre de la C.N.S., Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap ([O.N.F.R.I.H.](#))
FERRE Norbert, membre de la C.N.S., Association française des hémophiles ([A.F.H.](#))
FERRON Christine, membre de la C.N.S., [Institut régional d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne](#)
FORGEOT Danielle, [ministère de la justice](#) – protection judiciaire de la jeunesse (P.J.J.)
FRANCOIS Julie, Association pour adultes et jeunes handicapés, [A.P.A.J.H.](#)
FREYSZ Marc, membre de la C.N.S., [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - Bourgogne](#)



GARGASSON Myriam, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la cohésion sociale (D.G.C.S.)

GARROS Bertrand, membre de la C.N.S., [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - Aquitaine](#)

GAUBERT Marie-Noëlle, [Mission locale du bassin carcassonnais](#)

GUILBERT Philippe; ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction général de la santé (D.C.S.)

HARDY Daniel, membre de la C.N.S., Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux ([U.N.I.O.P.S.S.](#))

HENRY Patrick, membre de la C.N.S., [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - Aquitaine](#)

HOURTIGUET Catherine, membre de la C.N.S., membre de la C.N.S., Union nationale des professionnels de santé ([U.N.P.S.](#))

KOELHER Mathieu, Jeunes solidarité cancer ([J.S.C.](#))

KOZINSKI Julia, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Délégation à l'information et à la communication (D.I.C.O.M.)

LAMBERT Marianick, membre de la C.N.S., Collectif inter associatif sur la santé ([C.I.S.S.](#))

LAMBOY Beatrice, [Institut national de prévention et d'éducation pour la santé](#) (I.N.P.E.S.)

LANDRE Sophie, représentante de la [F.E.H.A.P.](#) pour MM. DUPUIS et CAUSSE, membres de la C.N.S.

LATOUR Nathalie, membre de la C.N.S., [Fédération addiction](#)

LECHATELLIER Laure, membre de la C.N.S., [Conseil régional d'Ile de France](#)

LEGRAND Eric, [Ecole des Hautes études en santé publique](#) (E.H.E.S.P.), membre de la [chaire recherche jeunesse](#)

LEMONNIER Fabienne, [Institut national de prévention et d'éducation pour la santé](#) (I.N.P.E.S.)

LEROY Martine, membre de la C.N.S., [planning familial](#)

LEWIK Sylviane, représentante de l'Union nationale des réseaux de santé ([U.N.R. santé](#)) pour MM. NAGARD et HERVE, membres de la C.N.S.

LOPEZ Sabrina, membre de la C.N.S., Fédération hospitalière de France ([F.H.F.](#))

MAHAH Daouia, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ([C.N.L.E.](#))

MAHMOUDI Djemila, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [C.N.L.E.](#)

MAURO Juliette, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la santé (D.G.S.)

MARCHAND BUTTIN Françoise, [ministère de la justice](#) – protection judiciaire de la jeunesse (P.J.J.)

MARTIN-DECHANET Jocelyne, membre de la C.N.S., médecin de santé scolaire

MAX Daniel, Fédération espaces santé jeunes ([F.E.S.J.](#))

METTAUER Vincent, [Agence régionale de santé Ile de France](#) (A.R.S.), pôle démocratie sanitaire

MONNERAT Elisabeth, Association nationale des points accueil écoute jeunes ([A.N.P.A.E.J.](#))

MEFFRE Dominique, ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative, Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (D.J.E.P.V.A.)

MOREUX Flore, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la santé (D.G.S.)

NAZON Christiane, membre de la C.N.S., Fédération française des groupements de parkinsoniens ([F.F.G.P.](#))

NEPPEL Corentin, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (S.G.M.C.A.S.)

OLYMPIE Alain, association François Aupetit ([A.F.A.](#))

PERROT Vincent, membre de la C.N.S., Consommation, logement, cadre de vie ([C.L.C.V.](#))

PIRLET Marie, [Agence régionale de santé Ile de France](#) (A.R.S.), pôle démocratie sanitaire

POHER Muriel, représentante de l'[U.N.A.P.E.I.](#) pour Mme PRADO et M. BLANCHET, membres de la C.N.S.

POUJADE Clémence, [Apprentis d'Auteuil](#)

RAMEL Magali, [A.T.D. Quart monde](#)

RECHTMAN Richard, membre de la C.N.S., Alliance pour les sciences de la vie et de la santé ([AVIESAN](#))

RHEIN Christiane, Union chrétienne de jeunes gens ([U.C.J.G. - Y.M.C.A.](#))

RIVIERE Marianne, membre de la C.N.S., [Association française du lupus et autres maladies auto-immunes](#)

ROBERT Carole, membre de la C.N.S., [Fibromyalgie France](#)

ROCHAIX Lise, membre de la C.N.S., personnalité qualifiée

ROCHETTE Aurore, membre de la C.N.S., [Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé](#)

ROMMENS Jacqueline, Conseil national des missions locales ([C.N.M.L.](#)) – animatrice régionale des missions locales (A.R.M.L.) Nord Pas-de-Calais



RUSCH Emmanuel, Président de la Commission spécialisée « droits des usagers » de la C.N.S.
SADOT Corine, [ministère de l'agriculture](#), bureau de la vie scolaire, étudiante et insertion
SALOME Laure, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la santé (D.G.S.)
SALOMEZ Jean-Louis, [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – Nord Pas de Calais](#)
SERVANT Anne-Marie, Fédération des espaces santé jeunes ([F.E.S.J.](#))
SEVAUX Marie-Aude, Jeunes solidarité cancer ([J.S.C.](#))
SIAVELLIS Hélène, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la cohésion sociale (D.G.C.S.)
SIMON François, [Conseil régional Midi-Pyrénées](#)
TENENBAUM Françoise, membre de la C.N.S., [Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - Bourgogne](#)
THEVENIN Laurent, membre de la C.N.S., Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux ([U.N.I.O.P.S.S.](#))
TRAVAILLEUR Béatrice, [EMEVIA](#)
TRELLU KANE Marie, Conseil économique, social et environnemental ([C.E.S.E.](#))
VERGER Myriam, Union chrétienne de jeunes gens ([U.C.J.G. - Y.M.C.A.](#))
VISCONTINI Alexandre, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de la santé, secrétaire général de la Conférence nationale de santé
VULDY Chantal, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.)
WITTEVRONGEL Jocelyne, membre de la C.N.S., Union nationale des professionnels de santé ([U.N.P.S.](#))
ZAROUKIAN Anouch, Forum Français de la Jeunesse ([F.F.J.](#))
ZIMMERMANN Sylvie, ministère des [affaires sociales](#) et de la [santé](#), Délégation à l'information et à la communication (D.I.C.O.M.)

Les contributions écrites : sur l'[extranet du site de la C.N.S.](#) (en accès réservé aux membres)

classées par ordre alphabétique des auteur(e)s les réactions et contributions reçues¹⁴ :

- Transmissions par **Mme Nadia AFTISSE** - Direction Santé familles environnement - de la ville de Valence (Drôme) :
 - Dispositif d'adultes relais 1986-2014 - ville de Valence,
 - Présentation du dispositif santé jeunes - ville de Valence,
 - Rapport d'évaluation du dispositif d'adultes relais de la ville de Valence - Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire (C.A.R.E.P.S.) - n° 692 - octobre 2012 ;
- Faire du droit à la santé une réalité pour tous les jeunes - Avis santé des jeunes de la C.N.S. – Stratégie nationale de santé - contribution de la L.M.D.E. -, transmission par **M. Julien BALLAIRE** - la mutuelle des étudiants, membre du « groupe jeunes » ;
- Remarques et contributions des Centres de planification et d'éducation familiales de Meurthe et Moselle, transmis par **Mme M.C. COLOMBO**, médecin P.M.I., membre de la C.N.S. ;
- La prévention santé avec des jeunes en service civique - Réponse à l'appel à contributions dans le cadre du débat public : « Les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ? » - Unis-cité -, transmission par **Mme Daphné DUDEMAINE** - Ambassadrice Unis-Cité, membre du « groupe jeunes » ;
- Contributions sur le Projet de REcherche sur la SAnté des JEunes - transmission par **M. le Dr Joël DUTERTE**, porteur de l'expérimentation sociale pour la jeunesse "PRESAJE, de la santé à l'emploi", pour la Maison de l'emploi et de la formation (M.D.E.F.) de Sénart ;
- Contribution de jeunes - foyer des jeunes travailleurs en Albigeois - transmission par **Mme M.N. GAUBERT**,

¹⁴ ne sont listées ici que les contributions (et pas les propositions d'amendements faites lors de la mise en consultation du projet d'avis), que ces personnes soient également remerciées de leur participation active, dont M. Antoine DULIN et Mme Marie TRELLU KANE Marie (C.E.S.E.) ainsi que toutes et tous les jeunes qui ont participé oralement au débat public le 02.12.13 ;



éducatrice spécialisée) ;

- "Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire", co-rédaction par AIDES, E.S.P.T., F.N.E.S., S.F.S.P., etc, transmis par **M. GERBAUD**, rédacteur, membre de la C.N.S./C.S.D.U. ;
- Contributions de la Fédération des associations générales étudiantes (F.A.G.E.) sur la santé des étudiants et sur la sécurité sociale des étudiants, transmises par **Mme Eve GUILLAUME**, membre du « groupe de jeunes » ;
- « ESPAIR » - rapport d'évaluation (...) - Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (F.E.J.) - transmission par **M. Eric LE GRAND**, sociologue consultant en promotion de la santé, Professeur affilié à l'Ecole des hautes études en santé publique (E.H.E.S.P.) - membre de la chaire recherche jeunesse ;
- Transmissions par **Mme M. LEROY**, planning familial, membre de la C.N.S. :
 - Rapport relatif à l'accès à l'I.V.G. - Volet 1 : information sur l'avortement sur Internet, sous la présidence de Mme F. LAURANT - Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes - septembre 2013 -,
 - Contribution du Planning Familial sur la contraception et l'éducation à la sexualité -,
 - "Les PASS CONTRACEPTION : à chacun son mode d'emploi !" -,
- Et toi, t'en penses quoi ? - La solidarité, c'est bon pour la santé -, transmission par **Mme la Dr Françoise MARCHAND BUTTIN** - Médecin de santé publique - Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse ;
- Contribution de la Fédération des espaces santé jeunes (F.E.S.J.) - débat public C.N.S. du 02.12.13 : « Les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ? » -, transmission par **Mme Peggy PERILLAT**, Coordinatrice F.E.S.J., membre du « groupe de jeunes » ;
- Contribution du réseau des Missions locales d'Aquitaine - Débat sur l'évolution solidaire de notre système de santé vis-à-vis des 16-25 ans - mars 2014, transmission par **Mme Constance DE PEYRELONGUE** - A.R.M.L. Aquitaine ;
- Commentaires sur le débat public du 02.12.13 par de **Mme Muriel POHER** - U.N.A.P.E.I. ;

A2. [Le cahier d'acteurs élaboré par les jeunes](#)



Sur le site internet de la C.N.S. : [Débat public du 02.12.13 DE LA C.N.S. : "Les jeunes et la santé : Comment être plus solidaires ?](#) »



afin de faciliter la lecture du présent texte, le masculin est employé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Avis

Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunes

présenté en assemblée plénière le 03.04.14

Ministère des affaires sociales et de la santé
Direction générale de la santé
Secrétariat général de la Conférence nationale de santé
14 av. Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.
Tél : 01.40.56.53.72 –
courriel : cns@sante.gouv.fr
site internet : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html